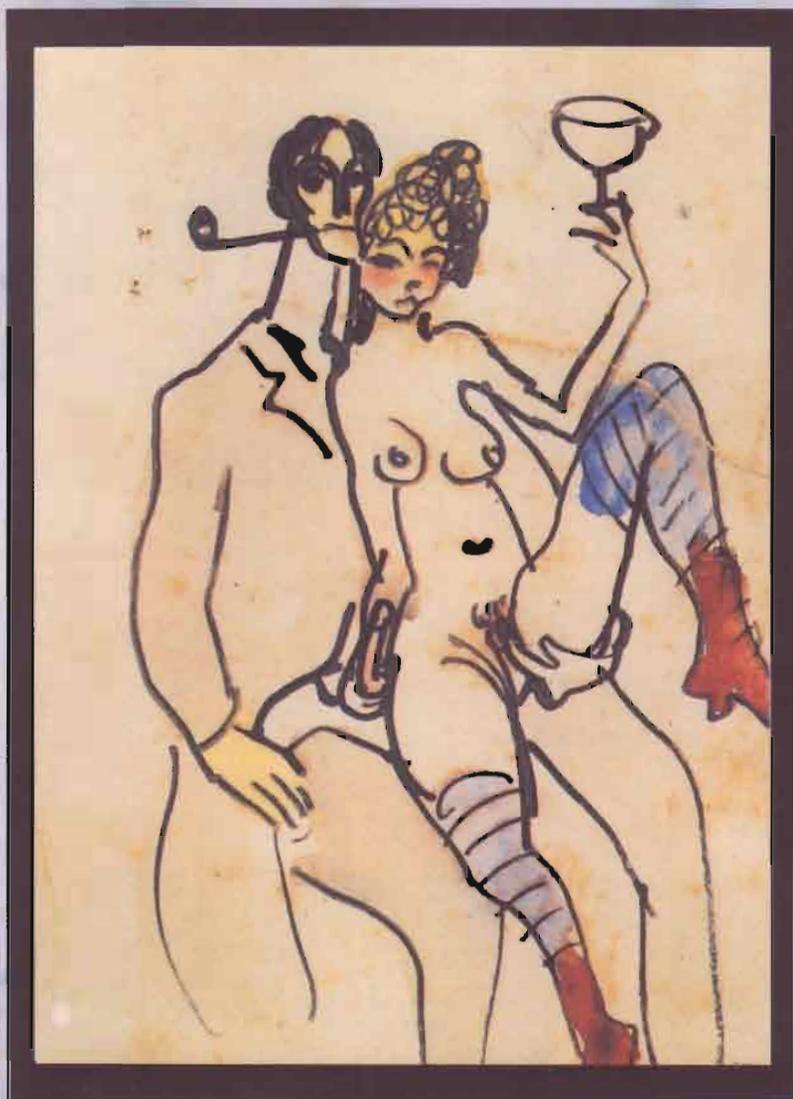


LA SÍFILIS EN LA MEDICINA



ANTONIO L. TURNES

Ediciones Granada

EG

MICROBIOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA

EL INDEBILITAMIENTO DEL TROPICANISMO

LA PREVENCIÓN DE LA

LA PREVENCIÓN DE LA

EL INDEBILITAMIENTO DEL TROPICANISMO

LA PREVENCIÓN DE LA

EL INDEBILITAMIENTO DEL TROPICANISMO

LA SÍFILIS

EN LA MEDICINA

LA PREVENCIÓN DE LA

Una aproximación a su historia

LA PREVENCIÓN DE LA

© Antonio L. Turnes, 2007
alturnes@adinet.com.uy
José Ellauri 868, apto. 202
C.P. 11300, Montevideo, Uruguay

ISBN: 978-9974-96-322-1

FONDO DE LA CARÁTULA:

Treponema pallidum.

IMAGEN DE CARÁTULA:

Ángel Fernández de Soto con una mujer

Pablo Ruiz Picasso (1881 – 1973)

Barcelona, hacia 1902/03.

Acuarela y tinta china sobre papel, 21 x 15,2 cm

Barcelona, Museu Picasso

FOTO DE SOLAPA:

Estudio de la Calle de San Juan

Diseño Gráfico: Felipe Furtado Pachón.

Se prohíbe la reproducción de este libro,
por cualquier medio, sin autorización del autor.

ÍNDICE

	NOTICIA PRELIMINAR	9
I.	HACE CIEN AÑOS CIENTÍFICOS ALEMANES DESCUBRIERON AGENTE CAUSAL DE LA SÍFILIS	13
II.	INTRODUCCIÓN - GENERALIDADES	17
III.	EPIDEMIOLOGÍA	23
IV.	ALGUNOS DATOS DE LA PATOLOGÍA	29
V.	ESTUDIOS CLÍNICOS	35
	EL DESCUBRIMIENTO DEL TREPONEMA	39
	LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS	40
	LA PARÁLISIS GENERAL (PG)	42
	LESIONES PRIMARIAS CURIOSAS	46
	LA SORDERA SIFILÍTICA	47
	LESIONES OCULARES	47
	LA SÍFILIS EN EL NIÑO	48
VI.	UNA MIRADA EN DIFERENTES ÉPOCAS	51
	EN LA ANTIGÜEDAD	51
	EN TIEMPOS DE HIPÓCRATES	53
	EN TIEMPOS DE GALÉNO	59
	EN OTRAS CULTURAS, FUERA DEL MUNDO GRECO-LATINO	61
	EN LA EDAD MEDIA	62
	EN EL RENACIMIENTO	64
VII.	EL ORIGEN DE ALGUNOS TÉRMINOS	71
VIII.	TRATAMIENTOS DIVERSOS	75
	UN FÁRMACO AMERICANO PARA UNA ENFERMEDAD UNIVERSAL	77
	LA TERAPÉUTICA DE LA SÍFILIS A COMIENZOS DEL SIGLO XX	78
	LOS MEDICAMENTOS DEL POSITIVISMO LAS BALAS MÁGICAS	83
	LA PENICILINA Y LA ERA ANTIBIÓTICA	89
IX.	EL ORIGEN DE LAS DOS TEORÍAS	97
X.	LA SÍFILIS EN EL MUNDO GLOBALIZADO DE HOY	103

XI.	ALGUNOS PACIENTES CÉLEBRES	107
XII.	ALGUNAS PUBLICACIONES	121
XIII.	ANTECEDENTES DE LA LUCHA CONTRA LA SÍFILIS EN EL URUGUAY	133
	UNA NOTICIA DE LA AMÉRICA COLONIAL	135
	LA SÍFILIS EN EL URUGUAY DEL NOVECIENTOS	138
	LA PROSTITUCIÓN Y LA PROFILAXIS	160
XIV.	LA VIDA PRIVADA Y LA INGERENCIA MÉDICA	171
	EL USO EN COMUNIDAD DEL MATE	172
	LA HOMOSEXUALIDAD MASCULINA	173
	EL SERVICIO DOMÉSTICO Y LA SEXUALIDAD	174
	LA EUGENESIA	176
	EL ALCOHOLISMO	176
	LOS MÉDICOS DEL NOVECIENTOS	179
XV.	ALGUNOS CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS	189
XVI.	DIFERENCIAS Y VENTAJAS DE LOS MODERNOS TRATAMIENTOS	195
XVII.	RESUMEN	197
XVIII.	ANEXO I: PARENTESCOS SORPRENDENTES MERCURIO Y MERCEDES	199
ANEXO II:	BREVE HISTORIA DEL CONDÓN	201
	EL USO DEL CONDÓN HACE 3000 AÑOS	202
	EL USO DEL CONDÓN EN LA EUROPA ANTIGUA	202
	LOS CONDONES DE CAUCHO	203
	LA REVOLUCIÓN SEXUAL DE LA DÉCADA DE 1960	204
	EL RESURGIMIENTO DEL CONDÓN	204
	VENTAJAS DEL USO DEL CONDÓN	205
	OTRAS VERSIONES	206
ANEXO III:	NOMENCLATURA Y APOLOGÍA DEL CARAJÓ, por Francisco Acuña de Figueroa.	209
XIX.	BIBLIOGRAFÍA	215
	ÍNDICE ALFABÉTICO	221

NOTICIA PRELIMINAR

*El texto que sigue es motivado por la conmemoración de los 100 años del descubrimiento del *Treponema pallidum*, realizado por Hoffmann y Schaudinn en 1905.*

El autor emplea esta oportunidad para hacer una revisión, no exhaustiva sino sugerente, para que lectores vinculados o no con las profesiones de salud, puedan visualizar, de una manera amplia y no restringida a una mirada única, de tal o cual rama del saber, un tema que lejos de ser histórico, es perfectamente vigente. Aspira a ser una visión sobre un tema viejo y actual; polémico y contradictorio. Pero no resuelto, aunque se conozca el agente, la forma de transmisión, y la terapéutica específica de esta famosa enfermedad. Incluso a nivel de organizaciones internacionales de salud, que dan diverso relieve a su prevalencia y asignan diferentes recursos a su estudio y combate.

La revisión de antecedentes puede contribuir a una visión más amplia de un fenómeno muy nombrado, pero poco conocido. Aunque no agote las referencias de la literatura médica, ni los muchos textos que se han acumulado a lo largo de los siglos sobre esta afección, que han marcado a diferentes sociedades, ha motivado investigaciones y tratamientos de éxito variado, y modificado la vida de las personas.

Esta entidad tuvo enorme repercusión social, política, artística y económica. Con tanta fuerza y preocupación social como la generada en las últimas dos décadas del siglo XX y la actualidad por el HIV-SIDA, otra pandemia de transmisión sexual. Tal vez existió desde la antigüedad, pero no se la reconoció hasta el siglo XV, atribuyendo su introducción a los descubridores de América. Ella signó una extensa época, con enfermos, debates, investigaciones y descubrimientos sorprendentes, que finalmente le dieron una solución definitiva y de bajo costo. Pero antes de alcanzarla, varios investigadores perdieron su vida, por errores de apreciación, que durante siglos se sostuvieron, confundiendo enfermedades del mismo origen, aunque provocadas por agentes diferentes. Otros científicos, por errores o descuidos llegaron al descubrimiento de importantes productos para combatirla. Una demostración inequívoca, de cómo se construye el conocimiento científico, con aciertos y errores. Permanece todavía esta afección en una zona de la sensibilidad social, la intimidad de las personas, donde el pudor todavía la

hace “secreta”. Lo que a menudo interfiere con su diagnóstico y tratamiento precoz, que aseguraría la curación.

A los muchos millones de seres innominados que han padecido la afección o que han muerto por su causa, se agregan algunos pocos casos, que por tratarse de personalidades destacadas en la conducción de diversos países, líderes religiosos o políticos, artistas de todos los tiempos, permiten valorar cómo ha influido la afección en sus obras, destinos y acciones. Lo que fueron capaces de hacer a pesar de, o a causa de, la misma enfermedad. Es posible conjeturar que muchos más de los conocidos, que dirigieron destinos de naciones o fueron destacados creadores, la padecieran, aún entre nosotros, permaneciendo sus casos en el territorio del secreto profesional o de ese manto de silencio. Como sucede con el “iceberg”, es mucho menos lo que está a la vista, de lo que permanece oculto. Tal vez esta vieja afección, vinculada a uno de los siete pecados capitales (la Lujuria) se ha mantenido por tres factores: la Mentira (disimulada por la hipocresía social), la Ignorancia (de quienes la contraen y de los que están llamados a detectarla precozmente y tratarla adecuadamente) y la Ambición (un deseo ardiente de conseguir poder, riquezas, dignidades o fama), que a menudo han contribuido en la Historia a ocultar esta infección que tanto daño produjo y produce a la Humanidad.

Los avances del conocimiento, que han permitido curar la enfermedad, no aseguran, sin embargo, que esas alternativas terapéuticas estén disponibles por igual, con equidad, para todas las personas que hoy los precisarían. La prevención, que es también parte de ese conocimiento y la educación e información, herramientas fundamentales del progreso de los pueblos, han sido y deberán ser piezas fundamentales para combatir ésta y otras afecciones. Captar la atención de los destinatarios y los profesionales (de la salud, de la educación, de la comunicación) es siempre necesario para superar estos desafíos que la Humanidad tiene planteados desde hace tantos siglos. Aún cuando aparezcan otras enfermedades nuevas, emergentes o re-emergentes, tales como el VIH-SIDA, tan o más graves, como en su momento lo fue la que aquí tratamos, que por momentos impida ver que sigue existiendo y afectando, a pesar de los avances de la ciencia y los recursos cuantiosos disponibles para tratarla, la vida de tantos seres. Lejos de resolver los desafíos que su persistencia plantea, la ignorancia no hace más que agravarlos. De ahí que este Centenario puede ser oportunidad para revisar cuánto se ha hecho y cuándo queda pendiente de realizar.

Tal como ha ocurrido en otros casos, la comunidad científica y la opinión pública han dado más trascendencia al descubrimiento de los medios para curar la enfermedad, que a la identificación de su agente productor. Y los Premios Nobel alcanzaron a varios de quienes contribuyeron con la introducción de fármacos, pero no fueron dados para reconocer el mérito de los descubridores de la etiología. Y en el imaginario colectivo, tienen mucha mayor recordación los nombres de Ehrlich y Fleming, que los de Hoffmann y Schaudinn.

DE LA SÍFILIS

El mejor homenaje a quienes descubrieron el agente, será la divulgación de su obra, y la repercusión de todo lo relacionado con la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad, que es esencialmente evitable. La erradicación de la misma, como ya ha ocurrido con otras afecciones trasmisibles, será cuestión de tiempo y esfuerzo, en todo el planeta. Un compromiso de todos.

Montevideo (Uruguay), 1º de setiembre de 2007

I

HACE CIEN AÑOS, CIENTÍFICOS ALEMANES DESCUBRIERON AGENTE CAUSAL DE LA SÍFILIS

Bautizada en el pasado como enfermedad francesa, la sífilis fue causante de enfermedad y muerte en decenas de millones de humanos, en todo el mundo. Sólo hace cien años, el 3 de marzo de 1905, dos médicos alemanes descubrieron el agente causal de esta insidiosa enfermedad venérea, que en Europa fue durante cinco siglos muy temida, tanto como casi ninguna otra infección. Si bien la sífilis es en la actualidad curable, las autoridades sanitarias advierten sobre un aumento de los casos de sífilis en determinadas regiones del mundo, debido a comportamientos sexuales de riesgo y sin protección.

Se presume que los espiroqueta *Treponema pallidum*, la bacteria móvil y en forma de espiral que causa la sífilis, fue llevada tras el descubrimiento de América a fines del siglo XV a Europa. Los marinos habrían sido los responsables de difundir esta enfermedad. Como veremos más adelante, esta afirmación carece de fundamento, y no puede atribuirse a Colón y sus marineros la introducción de la enfermedad en el continente europeo.

Fue bautizada en 1530 como *sifilis*, por una poesía didáctica redactada por un médico italiano, en la que el pastor *Syphilus* fue castigado con la enfermedad por llevar una vida inmoral y plena de vicios. En el lenguaje popular, la infección fue llamada durante mucho tiempo *enfermedad de los franceses*, o en latín como *morbus gallicus*, porque los soldados del rey francés Carlos VIII murieron a fines del siglo XV por una epidemia de sífilis durante el sitio de Nápoles. También se la denominó, por ello como *mal napolitano*.¹

1 VIGNALE, Raúl. AMOR, Francisco, PACIEL, José: HISTORIA, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL URUGUAY, Academia Nacional de Medicina, Montevideo, 1986, 360 páginas. Pág. 4: "Las 16 horas del 22 de febrero de 1495, se la considera como la "hora natal de la sífilis". A esa hora, se firmó la rendición de Nápoles, en la guerra que en el otoño de 1494 emprendió Carlos VIII de Francia con una armada de 50.000 hombres, contra Fernando II de Nápoles. En ambos ejércitos, habían soldados españoles que junto con Colón, habían regresado del Nuevo Mundo. Los hombres del ejército de Carlos VIII eran mercenarios, mientras que los de Fernando II, representaban la ayuda militar que España enviara para colaborar con la defensa del reino de Nápoles. Italia, que se

La medicina le dio a la enfermedad el nombre latín *lues*, que simplemente significa epidemia. La sífilis es insidiosa: la enfermedad presenta varios estadios y en sus inicios, con frecuencia pasa inadvertida.

Tras la infección, en el aparato genital aparecen primero pequeñas lesiones indoloras y algunos ganglios linfáticos inguinales tumefactos, los “bubones”, recibiendo por ello, entre los españoles el nombre de “*enfermedad de las bubas*”. Recién en el segundo estadio, entre nueve y diez semanas después del contagio, se presenta una erupción cutánea generalizada, en la que visibles manchas cubren el cuerpo.

Pero sólo entre tres y cinco años más tarde, a veces muchos más, la enfermedad despliega toda su fuerza destructora. Cuando el paciente ya perdió la memoria de aquellos primeros signos de advertencia, aparentemente inconexos. El agente ataca entonces huesos, articulaciones y órganos, y puede causar incapacidades físicas. Si la espiroqueta alcanza el cerebro, aparecen enfermedades mentales o neurológicas invalidantes. A comienzos del siglo XX, los pacientes con sífilis eran tratados mediante inyecciones y vapores de mercurio. Además de no ser muy efectivo, el método tenía graves efectos secundarios, porque el mercurio es tóxico para los riñones y el tejido nervioso.

Es el mérito del médico militar berlinés Erich Hoffmann (1868- 1959) y del zoólogo Fritz Schaudinn (1871-1906) haber dilucidado definitivamente la causa de la sífilis, aplicando los *postulados de Koch*.²

hallaba en los brazos de la lujuria y la afeminación y debilitada por las rivalidades entre sus estados, no pudo resistir las bien organizadas fuerzas de Carlos VIII y el avance de sus ejércitos a través de la península, que, fue más una marcha triunfal de corrupción que una campaña militar. Al ser licenciadas las tropas de ambos ejércitos, luego de la rendición, éstos se dispersaron por toda Europa, junto con mujeres prostitutas que en aquella época acompañaban a los ejércitos. Es en este momento que comienza una verdadera epidemia de una afección hasta entonces no identificada. En el ejército de Carlos VIII había mercenarios de varios países, lo que explica esa rápida difusión.”

2 KOCH, Robert (1843- 1910) recibió el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1905, por su descubrimiento del Bacilo de la tuberculosis *Mycobacterium tuberculosis*, que en adelante llevaría su nombre. Bacteriólogo alemán nacido en Clausthal (Hannover) y muerto en Baden Baden. Estudió en la Universidad de Gotinga y, después de trabajar en el Hospital General de Hamburgo, y en el Manicomio de Lagenhogen, desempeñó como voluntario la misión de cirujano militar durante la Guerra Franco Prusiana. Más tarde, en Bomst, se dedicó al ejercicio de la Medicina y a los estudios bacteriológicos. Aisló el *Bacillus anthracis*, en 1877, productor del carbunco o ántrax. Seis años más tarde propuso un método de vacunación contra esta nueva enfermedad, transmitida al hombre por el ganado vacuno o lanar. Formuló los cuatro postulados sobre la demostración de la etiología de las enfermedades bacterianas. Fue designado miembro del Comité Imperial de Sanidad de Berlín (1880), donde ensayó varios métodos para la filtración

En la clínica berlinesa *La Charité* descubrieron el agente, la bacteria *Spirochaeta pallida*, que en la actualidad es denominada *Treponema pallidum*. La crónica de la medicina fija para ello la fecha del 3 de marzo de 1905. Que la causa de la sífilis, en comparación con otras enfermedades infecciosas, fue reconocida tan tardíamente no sólo se debió a que era difícil de identificar el agente patógeno. La represión durante siglos de la investigación de temas relacionados con el sexo por parte del Estado y la Iglesia contribuyó en Europa a que también quienes estudiaban enfermedades venéreas llevaran durante mucho tiempo un estigma. Por más que entre los religiosos, papas y reyes, estuvieran algunos de los enfermos más destacados.

En 1905 la sífilis aún no estaba derrotada. Un año después, en 1906, el bacteriólogo alemán August von Wassermann (1866-1925) desarrolló un análisis con el que se podía detectar al agente en estadios tempranos de la enfermedad, la reacción que lleva su nombre y que se utilizó durante cincuenta años. En 1909, el médico y serólogo alemán Paul Ehrlich (1854-1915) desarrolló la sustancia Salvarsán, un compuesto químico con arsénico, que se convirtió en la primera quimioterapia, para el tratamiento de la sífilis.

Pero sólo cuando el bacteriólogo británico Alexander Fleming descubrió en 1928 la penicilina, que comenzó a utilizarse a partir de 1943, esta enfermedad venérea se transformó en curable. Actualmente ya no es temida como una enfermedad mortal, pero la incidencia de la sífilis sigue siendo elevada, en particular en los países en vías de desarrollo.

veremos que la situación es ampliamente peor y la situación sanitaria más desfavorable.

En la vida de Schaudinn, no todo fueron éxitos; cosechó también algún fracaso en su trabajo científico, que finalmente lo llevó a la muerte tempranamente, cuando experimentaba con amibas patógenas.⁴

4 Crónica de una polémica centenaria. LAS AMIBAS EN ALEMANIA: La diferenciación entre *Entamoeba coli* y *E. histolytica* fue iniciada por dos médicos alemanes, Quincke y Roos, en 1893. Ellos descubrieron además la forma de resistencia de la amiba, el quiste. De Quincke sabemos que fue una eminencia en la Universidad de Kiel, en la que realizó importantes contribuciones, entre ellas la introducción de la punción lumbar a la práctica médica. Menor suerte corrió su colega Roos en cuanto a guardar un lugar en la posteridad, ya que de él no se conoce siquiera la fecha de su muerte. Fritz Schaudinn concluyó la diferenciación entre las *entamoebas coli e histolytica* con base en interpretaciones erróneas y observaciones incorrectas. Con su gran peso académico —como protozoólogo— logró imponer el nombre científico de *Entamoeba histolytica* —feliz designación— para la amiba parásita. Schaudinn, quien murió a los 35 años debido a complicaciones por amibiasis que se produjo él mismo, identificó erróneamente las amibas no patógenas con las caracterizadas por Lesh. Los errores de Schaudinn y su prematura muerte no impidieron que hiciera —a pesar de ser zoólogo, o tal vez por ello mismo— grandes contribuciones a la medicina, entre las que destaca el descubrimiento del agente causal de la sífilis, el *Treponema pallidum*, y varios descubrimientos importantes en el campo del paludismo. Schaudinn retrasó el conocimiento en amibiasis al describir un supuesto ciclo de vida de las amibas patógenas totalmente ficticio, que incluía un proceso de esporulación, obviamente inexistente, hasta que en 1909 Huber mostró sin dudas que las amibas se propagan de un huésped a otro en forma de quistes. La autoridad científica de Schaudinn era tal que varios investigadores confirmaron —supuestamente— la presencia del inexistente fenómeno de esporulación de las amibas parásitas. Entre ellos se cuenta al norteamericano Craig, bien conocido posteriormente como gran autoridad en amibiasis quien, en 1908, “demostró”, mediante ilustraciones cuidadosas, la inexistente esporulación. <http://www.monografias.com>

II

INTRODUCCIÓN - GENERALIDADES

El *Treponema pallidum* es el agente causal de la sífilis, una antigua enfermedad de transmisión sexual. Es un microorganismo de forma espiralada, larga, fina y pequeña, de 5 a 15 μm de largo por 0,2 μm de ancho; las vueltas de espira están espaciadas regularmente una de otra una distancia de 1 μm , con un característico movimiento de rotación sobre su eje. Generalmente el eje mayor de la espiral es recto, pero algunas veces pueden encorvarse en tal forma que el organismo por momentos conforma un círculo completo, retornando luego a su posición normal recta. Son tan delgadas que no se ven con facilidad, a menos que se emplee la iluminación de fondo oscuro o la inmunofluorescencia. No se tiñen bien con los colorantes de anilina, aunque reducen el nitrato de plata a plata metálica, la cual se deposita sobre su superficie en tal forma que los treponemas pueden ser observados en los tejidos (impregnación argéntica de Levaditi).⁵ Miembro de la familia *Spirocheta*, aunque no todas las bacterias espiraladas o helicoidales son *Spirochetas*, se reconocen: los *Spirilla*, la mayoría de las cuales son saprofitas; los *Spiroplasma*, incluyendo mycoplasmas; los *Vibrio*, que comprenden a *Campylobacter* y *Helicobacter* (uno de los cuales, *Helicobacter pylori* es el agente de la úlcera gastroduodenal); y las *Spirochetas*, un grupo de cinco géneros, ampliamente diseminada en la naturaleza y hallada en el medio ambiente, de las cuales las tres primeras son patógenas para el humano: *Treponema*, *Borrelia* y *Leptospira*, siendo las dos últimas no patógenas: *Spirocheta* y *Cristispira*.

El *Treponema pallidum* puede permanecer móvil por 3 a 6 días a 25° C; en sangre total o en plasma almacenados a 4° C, los microorganismos permanecen viables por lo menos 24 horas, lo cual es de posible importancia en las transfusiones de sangre. La desecación mata a las espiroquetas rápidamente, así como lo hace también la elevación de la temperatura a 42° C; este hecho constituía, en parte, la base para la terapéutica febril de la sífilis, como luego veremos.⁶

La *Sífilis* se difunde principalmente por contacto sexual, o por la administración de sangre infectada mediante transfusión⁷ (modalidad adquirida), o mediante

5 JAWETZ, Ernest, MELNICK, Joseph L., ADELBERG, Edward A., Manual de Microbiología Médica, 5a. Edición El Manual Moderno S.A., México D.F., 1973, 617 páginas. Pág. 261.

6 JAWETZ, Ernest, MELNICK, Joseph L., ADELBERG, Edward A., Manual de Microbiología Médica, 5a. Edición El Manual Moderno S.A., México D.F., 1973, 617 páginas. Pág. 261.

7 Lo que rara vez podría ocurrir actualmente en virtud de que en forma sistemática la sangre a transfundir se debe someter a un tamizaje para la detección de múltiples enfermedades de transmisión sanguínea, entre las cuales la sífilis.

la transmisión transplacentaria de madre infectada a feto (modalidad connatal mal denominada congénita).

En la *forma adquirida*, la transmisión sexual requiere exposición a lesiones húmedas de piel o mucosas. La promiscuidad sexual ha derivado, en todos los tiempos, en un incremento de los casos clínicos. Los síntomas transcurren naturalmente por tres etapas. La primaria (el chancro duro, de bordes elevados y fondo indurado, visible en genitales y zonas mucosas, u oculto en el interior de vagina, recto, o de la cavidad oral, con o sin adenopatías regionales notorias e indoloras, de cuyas localizaciones puede recuperarse el *T. pallidum*). La secundaria (manifestaciones diseminadas en piel y mucosas, caracterizada por lesiones máculo papulosas, exudativas, denominadas sífilides, eventualmente acompañada de adenitis generalizada) aparece de uno a tres meses después del período primario. La terciaria o tardía, lesiones características en diversos órganos y sistemas, particularmente el sistema nervioso central (SNC) corazón y grandes vasos arteriales (aneurismas sífilíticos de la aorta), hígado y esqueleto (con los gomas⁸ y las periostitis deformantes), aparece luego de dos a tres años más tarde. Aproximadamente en el 30% de los casos se presentan lesiones terciarias, pero sólo en la mitad resulta enfermedad clínica. El sistema cardiovascular es el más atacado por las lesiones terciarias (80 a 85%); las del SNC explican del 5 al 10%; el resto está constituido por lesiones denominadas gomas de hígado y otros órganos. Estas localizaciones no se excluyen mutuamente.⁹

En la *forma connatal*, las lesiones características más notables afectan los tejidos mucocutáneos y huesos, con lesiones descamantes o exfoliativas de la superficie cutánea corporal, particularmente de palmas y plantas, peribucales y perianales; osteocondritis y pericondritis que afectan principalmente nariz y piernas (deformidad de la nariz en "*silla de montar*" y curvatura anterior de la tibia, con "*tibia en sable*"); lesiones hepáticas con intensa fibrosis sífilis meningovascular, alteraciones oculares consistentes en queratitis intersticial o coroiditis y la retina manchada de la sífilis congénita, entre otras manifestaciones.¹⁰

8 ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Tercera Edición. Interamericana, México, 1968, 1332 páginas. Página 275–276. Goma: de aparición tardía, es una zona focal de destrucción inflamatoria no supurada, posiblemente causada por la localización de espiroquetas en un tejido, y caracterizada por necrosis completa de color gris blanco llamada necrosis gomosa. Pueden ocurrir en cualquier sitio, pero suelen presentarse en tejidos mucocutáneos, hígado, huesos y testículos, únicos o múltiples, desde tamaños microscópicos hasta grandes masas tumorales de tejido necrótico. Están rodeados por una pared de cicatrización fibroblástica. Su erosión, cuando es superficial cutáneo o submucoso, puede producir una úlcera desgarrada persistente y rebelde a los tratamientos.

9 ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Tercera Edición. Interamericana, México, 1968, 1332 páginas. Página 276.

10 ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Tercera Edición. Interamericana, México, 1968, 1332 páginas. Páginas 277–278.

El diagnóstico del *Treponema pallidum* se hace en fresco mediante el raspado de la lesión (chancro duro o indurado), o por punción de las adenopatías satélites, en el microscopio *in vivo* mediante la observación en fondo oscuro o por contraste de fases, apreciando sus movimientos característicos; mediante los tests de inmunofluorescencia como el FTA/Abs (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes) y el MHA-TP (prueba de microhemaglutinación de anticuerpos a *Treponema pallidum*) o el test de investigación de anticuerpo hemaglutinante contra *Treponema pallidum* conocido como TPHA, cuando se disponga de ellos, para diferenciar reacciones biológicas positivas falsas.¹¹

Su *distribución geográfica* es universal. Algunos autores diferencian tres subespecies. El *Treponema pallidum subespecie pallidum*, agente de la sífilis venérea, enfermedad estrictamente humana, de transmisión habitualmente directa en el curso de relaciones sexuales (o por vía transfusional o transplacentaria) y de distribución mundial. El *Treponema pallidum subespecie endemicum* es el agente de la sífilis endémica no venérea, o "bejel" o "njovera", limitada a las regiones desérticas. El *Treponema pallidum subespecie carateum* es el agente de la "pinta", "mal del pinto" o "carate" que se observa solamente en América Central y del Sur, como una treponematosi crónica y aguda manifestada por infección cutánea, muy contagiosa, no venérea. Otro *Treponema pallidum subespecie pertenue* es el agente del "pian", conocido también como "frambesía", una treponematosi crónica de distribución en las zonas rurales tropicales, húmedas y cálidas, que se trasmite por contacto directo no venéreo.¹² Esta última está distribuida en las islas del Pacífico sur, Indias Orientales Holandesas, Filipinas, India, Ceilán y África; en Centroamérica, Sudamérica y Antillas, con casos esporádicos en el Hemisferio norte. Se caracteriza principalmente por lesiones cutáneas y mucosas que forman granulomas verrugosos voluminosos (frambesiomias) y por lesiones tardías destructivas semejantes a gomas de la piel y los huesos. No se trasmite por vía placentaria y rara vez o nunca ataca estructuras viscerales como los sistemas cardiovascular y nervioso central.¹³

El *tratamiento* del chancro duro (la lesión inicial) se realiza actualmente mediante la inyección intramuscular de penicilina, desde su introducción en la década del 1940, por dosis diarias intramusculares de penicilina cristalina o por una dosis única de 2:400.000 UI de penicilina benzetacínica, de

11 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Publicación Científica y Técnica No. 581. EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES: James Chin, Editor. 17ª. Edición. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Washington DC, 2001, 748 páginas. La cita es tomada de la página 572. Esta publicación distingue entre la *sífilis venérea*, en las páginas 571 a 578, de la *sífilis endémica no venérea* (*Bejel*, *Njovera*), en páginas 578 a 580.

12 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Publicación Científica y Técnica No. 581. Op. Cit. Páginas 304 - 307 (para la Frambesia tropical) y páginas 514 - 515 para la Pinta.

13 ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Tercera Edición. Interamericana, México, 1968, pág. 278.

liberación prolongada. Al igual que la gonococcia, ha desarrollado alguna pequeña resistencia, que puede ser tratada mediante la tetraciclina u otros antibióticos apropiados. No obstante disponerse de tratamientos eficaces, la afección permanece como un importante problema de salud pública mundial. *No existe vacuna para la prevención del mal.*

Hoy en día no se ven en el mundo occidental, las sífilis evolucionadas, que llenaron bibliotecas de la Medicina en los siglos anteriores y a principios del siglo XX, ocupando importantes espacios en la producción científica de los patólogos y clínicos de todo el mundo, y también del Uruguay. Los patólogos, traumatólogos, neurólogos, cirujanos y médicos de otras disciplinas se dedicaron durante años a hacer minuciosas descripciones de las repercusiones a todo nivel de la sífilis terciaria y sus manifestaciones en diferentes territorios. El estudio del líquido céfalo raquídeo ocupó amplio espacio. En nuestro medio una publicación del Sindicato Médico del Uruguay dedicó abundante atención al tema.¹⁴ José Brito Foresti, Américo Ricaldoni en las primeras décadas del siglo XX, Piaggio Blanco¹⁵ en la década del 40, entre otros muchos clínicos brillantes, dedicaron mucho de su tiempo a publicar sobre las manifestaciones clínicas, sobre todo acerca de las formas cardiovasculares y neurológicas de la sífilis. El Hospital Vilardebó (el principal hospital psiquiátrico desde el último tercio del siglo XIX en Uruguay) y otros centros similares en todo el mundo, albergaron durante décadas miles de pacientes con alteraciones irreversibles de la enfermedad. Sin embargo su análisis excedería el propósito de esta publicación

Piaggio Blanco publicó, en 1942, el libro "Lecciones de Neuropatología" que muchas décadas luego de su muerte, seguía sembrando enseñanzas sobre la neurosífilis. En 1933 efectuó un Relato sobre Tratamiento de las meningitis sífilíticas terciarias y tratamiento de las neurosífilis parenquimatosas

14 CASTELLS, Constancio E. y GHERARDI, Jorge: EL LÍQUIDO CÉFALO RAQUÍDEO. Fisiopatología y Síndromes Humorales. Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Talleres Gráficos A. Monteverde & Cía. 1947. 399 páginas.

15 PIAGGIO BLANCO, Raúl (1905 – 1952). Publicación de homenaje auspiciada por el Ministerio de Instrucción Pública. Apartado de Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Vol. 37, Nros. 7 y 8 – Julio – Agosto 1952, páginas 259 a 422. Montevideo, 1953, 169 páginas. (Cortesía del Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón, Director del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo)

16 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 16. Imprenta Letras, 1942, Montevideo.

incipientes.¹⁷ En 1931 publica un trabajo sobre la insuficiencia aórtica.¹⁸ En 1933 un artículo sobre Meningitis sifilíticas agudas y febriles tardías¹⁹ y sobre el tratamiento de las meningitis sifilíticas terciarias y tratamiento precoz de las sífilis parenquimatosas.²⁰ En 1940 un artículo sobre Sífilis nerviosa.²¹ En 1941 uno sobre Sífilis nerviosa parenquimatosas.²² En 1948 realiza un estudio del citograma de la adenopatía sifilítica.²³

17 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 17: Piaggio Blanco, R.A., Taglioretti, M. y Fascioli, A. Tratamiento de las meningitis sifilíticas terciarias y tratamiento de las neurosífilis parenquimatosas incipientes. Relato de la Sociedad Médico - Quirúrgica del Hospital Pasteur al Congreso Anual de la Federación de las Sociedades Médico - Científicas del Uruguay. Noviembre, 1933 (Arch. Urug. Med. Cir. Especialid. V. 4, p. 111 - 126, 1934).

18 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 19: La insuficiencia aórtica. Tipos clínicos. Consideraciones clínicas y terapéuticas. El Est. Libre, v. 12, 1931).

19 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 20: Piaggio Blanco, R.A., Fascioli, A., y Taglioretti, M.: Meningitis sifilíticas agudas y febriles, tardías. Rev. Méd. Uruguay, V. 36, p. 15 - 28; 1933)

20 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 20: Piaggio Blanco, R. A., Taglioretti, M., y Fascioli, A.: Tratamiento de las meningitis sifilíticas terciarias y tratamiento precoz de las sífilis parenquimatosas (Arch. Urug. Med. Cir. Especialid., v. 2, p. 673 - 696; 1933)

21 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 25: Piaggio Blanco, R.A.: Sífilis nerviosa. (El Est. Libre. V. 18, No. 162, p. 36 - 44, 1940)

22 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 25: Sífilis nerviosa parenquimatosas. (Día Méd. Urugu., v. 9, p. 554 - 560; 1941).

23 PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Op. Cit. Pág. 28: Piaggio Blanco, R.A. y Paseyro, P.: El citograma de la adenopatía sifilítica. Primaria. (Anal. Clín. Inst. Ent. Infecc., v. 3, p. 463 - 492; 1948).

III

EPIDEMIOLOGÍA

Más allá de los antecedentes históricos, en el tiempo actual, casi todos los casos de sífilis se adquieren por contacto sexual con lesiones infectadas (o sea, el chancro, placas mucosas, erupción cutánea o condiloma plano). Otras formas menos frecuentes de transmisión son el contacto personal no sexual y la infección adquirida *in útero* o por transfusiones sanguíneas.

“El número total de casos declarados de sífilis que se informan anualmente en Estados Unidos descendió homogéneamente desde 575.593 en 1943 a un mínimo de 64.621 en 1977, un 88% de descenso, aunque después aumentó a 134.255 en 1990, con un incremento de un 97% desde 1986 hasta 1990. El número de casos nuevos de sífilis contagiosa alcanzó un máximo en 1947, luego descendió a unos 6.000 en 1956; desde entonces ha habido un incremento bastante constante de la sífilis infecciosa, con tres fases de acmé o rápido incremento: en 1960, con 10.000 nuevos casos más que en 1956; en 1982, con 13.000 nuevos casos más que en 1979; y desde 1986 a 1990, con un incremento de 22.340 nuevos casos en sólo 4 años. En 1990, se informaron 50.223 casos de sífilis primaria y secundaria y 55.132 casos de sífilis latente precoz; el número de casos no diagnosticados se calcula que es mucho mayor.

Los grupos de población con mayor riesgo de adquirir sífilis han sufrido un cambio. Entre 1977 y 1982 la mitad aproximadamente de los enfermos de sífilis precoz en Estados Unidos eran varones homosexuales o bisexuales. Actualmente ha disminuido la sífilis precoz en este grupo de población debido en parte al cambio de las prácticas sexuales promovido por la epidemia de SIDA (sobre todo por la relación con pareja estable y la protección con preservativo o condón). La epidemia actual de sífilis está afectando principalmente a varones y mujeres heterosexuales de raza negra u origen hispano, sobre todo en ciudades. En algunas de ellas, la sífilis infecciosa guarda correlación significativa con el intercambio de sexo por cocaína “crac”, para fumar. La incidencia máxima de sífilis se observa entre los 15 y 34 años. Aunque la incidencia declarada de sífilis es mucho mayor en negros e hispanos que en blancos, y mayor en zonas urbanas que rurales, las diferencias pueden depender de que la minoría urbana se trata en clínicas

públicas, donde es más rigurosa la declaración de casos. El número de casos de sífilis precoz es máximo en grandes ciudades y zonas muy pobladas, como la ciudad de Nueva York, algunas partes de Florida y Texas, Los Angeles, y el distrito de Columbia (Washington D. C.)

La incidencia de sífilis congénita es paralela a la de sífilis infecciosa en mujeres. El número de casos descritos de sífilis congénita en niños menores de un año fue mínimo (107 casos) en 1978, cuando la sífilis infecciosa era más frecuente en varones homosexuales y bisexuales.

El espectacular incremento de las sífilis primaria y secundaria en la mujer, desde 1986 a 1988 ha provocado un aumento proporcional del número de niños nacidos con sífilis congénita, llegando a 2.899 niños en 1990. Es importante señalar, sin embargo, que la definición de sífilis congénita se amplió en 1989 y ahora comprende a todos los niños vivos o nacidos muertos de madres con sífilis no tratada o mal tratada en el momento del parto.

Aproximadamente, uno de cada dos individuos que mantienen contactos sexuales de personas con sífilis infecciosa se infectan. Muchos de ellos ya presentan manifestaciones sífilíticas cuando consultan y cerca del 30% de los contactos aparentemente no infectados explorados en los 30 días siguientes a la exposición estarán en el período de incubación y presentarán sífilis si no se tratan. Por eso se ha vuelto tan importante para el control de la sífilis la identificación y el tratamiento "epidemiológico" de todos los individuos que han sufrido una exposición reciente. Por cada pareja sexual que notificó exposición o sífilis durante 1991, el CDC (Center for Disease Control, de los EUA) estima que aproximadamente el 0.2 (el 20%) desarrolló una sífilis nueva previamente no tratada y recibió tratamiento, y que el 0.5 (50%) se expuso pero fue seronegativo y recibió tratamiento profiláctico. También es importante identificar a las personas infectadas por pruebas serológicas en mujeres embarazadas, personas ingresadas en hospitales o exploradas en consultorios y reclutas. Más discutidas son las leyes o reglamentos que exigen sistemáticamente pruebas serológicas prematrimoniales para la sífilis, donde el rendimiento es indudablemente bajo, aunque no existen datos nacionales."²⁴

El mayor país en superficie y población de América del Sur, el Brasil, con amplia frontera terrestre y tráfico con Uruguay, tiene un panorama complejo con la sífilis. Alrededor del 1,1% de la población brasileña – en torno a las 937.000

24 LUKEHART, Sheila A. y HOLMES, King K. Capítulo 133, dedicado a *Sífilis*, en HARRISON: Principios de Medicina Interna, 13ª. Edición, Interamericana – McGraw Hill, España, 1994, Tomo I, páginas 846 y 847.

personas – está infectada por la sífilis todos los años, según estimaciones del Ministerio de Salud de Brasil. Se estima que aproximadamente 60.000 gestantes (el 1,7% de las mujeres grávidas) son portadoras de la infección. El gran peligro en ese caso es la trasmisión al bebé durante el embarazo. Sin embargo, aunque el tratamiento sea simple, cerca del 70% de las embarazadas infectadas transmiten la enfermedad a los bebés, pues no hacen el tratamiento adecuado. La sífilis en la gravidez puede causar graves problemas de salud al recién nacido, o conducir al aborto. Para revertir esta situación, el Ministerio de Salud de Brasil ha invertido en acciones que amplíen el diagnóstico y tratamiento adecuado.²⁵

México registraba, a fines de 1997, 538.000 casos nuevos estimados; nuestro Cono sur 165.000; el Área Andina 795.000; América Central 173.000; el Caribe no Latino 70.000; el Caribe Latino 239.000, totalizando para las Américas un total de 2:928.000 casos nuevos estimados, frente a 7:276.000 de gonorrea; 9:312.000 de clamidiasis, y 18.488.000 de tricomoniasis, según la publicación más reciente de la Organización Panamericana de la Salud.²⁶

No obstante lo anterior, es posible hoy que médicos que viajen a otros sitios del planeta, por razones de placer, o en el ejercicio de misiones profesionales humanitarias, puedan encontrar algunas de las manifestaciones de esta afección en estadios que se veían hace muchas décadas en nuestro medio. De ahí la necesidad permanente de recordar algunos de los hechos más relevantes de la patología y la historia de esta singular afección, tan vinculada a la intimidad de las personas y a sus prácticas de relacionamiento en diferentes entornos. Que ha tenido tanta repercusión social, económica y política para los más diversos Estados, con referencia especial al nuestro. Tema objeto de prevención, pero también generador de temor, de terror y de prácticas que hoy podemos apreciar con diferente enfoque. A veces, con un fuerte toque de discriminación, autoritarismo, o generador de intensas polémicas entre médicos.

En su último informe, la Organización Mundial de la Salud, agrupa esta enfermedad, entre las que mayor preocupación le ocasionan.²⁷ Y para que no

25 Ministerio de Salud del Brasil. Programa de HIV-SIDA.

26 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: **La Salud en las Américas. Edición de 2002, Volumen 1, Washington D.C., 2002, Cuadro 25, página 346.**

27 Enfermedades que siguen cogiendo desprevenido al mundo. Mientras prosigue la batalla para el control de las enfermedades infecciosas conocidas, han surgido otras amenazas nuevas. <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish>

tengamos una falsa idea, a pesar de los cuantiosos recursos que se vuelcan a las campañas para difusión acerca del HIV-SIDA, nos revela que:

En 1994, casi el 90% de los casos de sífilis notificados se produjeron en Europa. En el pasado decenio se produjo también en la región un aumento teatral (o más bien espectacular) de la sífilis y de otras ITS²⁸. En la Federación de Rusia se observó en 1989-1995 un aumento de 40 veces de las tasas de infección por sífilis, mientras que las tasas en los Nuevos Estados Independientes aumentaron en 15-30 veces.

La Organización Panamericana de la Salud (la regional en las Américas de la OMS) tiene una visión diferente, más actualizada y eficiente, según las comunicaciones disponibles. Tal es el estado actual del tema, según la OPS:

“Plan regional contra la sífilis: La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó un nuevo plan de acción regional para eliminar la sífilis congénita de las Américas, durante el congreso “Youth and Health: Generation on the Edge”, del Global Health Council, que se realizó en Washington, D.C., en junio de 2004.

La sífilis continúa siendo un grave problema de salud pública especialmente en Latinoamérica y el Caribe, en donde, según datos de la OPS, al menos 330.000 embarazadas que padecen esta enfermedad no reciben tratamiento.

Como consecuencia de la falta de terapia durante el embarazo, se estima que nacen alrededor de 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar de embarazos termina en aborto espontáneo o la muerte del bebé. Los bebés que nacen infectados, con o sin síntomas, si no reciben tratamiento de inmediato pueden desarrollar problemas graves como retraso en el desarrollo, daño de órganos e incluso la muerte.

La enfermedad se puede prevenir con una única dosis de penicilina, menos costosa que una lata de gaseosa.

28 Así denominan ahora a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), antes conocidas como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

En Estados Unidos ha habido un incremento en los casos de sífilis. En 2002, se reportaron más de 32.000 casos, lo que significa un incremento de 12,4% con respecto a 2001. La incidencia entre hombres es 3,5 veces mayor que entre mujeres, y los casos siguen aumentando especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres.

A nivel continental, pocos países tienen un esfuerzo sostenido y coordinado para alcanzar la eliminación de esta enfermedad. Y, aunque la mayoría tiene una norma para el tamizaje de sífilis en embarazadas, pocas veces se aplica en forma sistemática, dice Julia Valderrama, experta de la OPS en infecciones transmitidas sexualmente.

La falta de información es otro de los puntos clave para atacar. Por eso, la OPS está elaborando la línea de acción regional con datos epidemiológicos de los países, a la vez que realiza un estudio sobre el subregistro de sífilis materna en tres de ellos: Argentina, Bolivia y República Dominicana."

En consecuencia, en el ámbito regional está mejor encarado el tema que en el mundial, poniéndose énfasis en que es clave la información, y la acción de los gobiernos para implementar políticas serias y eficaces, lo que obviamente está faltando.

Publicaciones científicas recientes efectuadas en el mundo occidental, en enero de 2007²⁹, indican que China enfrenta un grave problema de salud pública en la actualidad, posiblemente vinculado a políticas públicas y fallas en los servicios de salud, luego de años que la enfermedad había sido virtualmente eliminada. El estudio, publicado en la revista médica británica "The Lancet" destaca que entre 1993 y 2005, el número de casos de la enfermedad sexualmente transmitida aumentó en 500%. Adicionalmente, el número de bebés nacidos con sífilis en el mismo periodo se elevó en 72%. Myron Cohen, de la Universidad de Carolina del Norte, y uno de los autores del estudio, afirma que hay dos razones principales para el drástico aumento de la enfermedad: La primera, es la transición de China a una economía estilo occidental y una floreciente industria del sexo. La segunda, es la política oficial de un solo hijo, que ha disminuido el número de mujeres aptas para casarse, por lo cual los hombres buscan prostitutas, que a menudo son las portadoras de la enfermedad. La investigación destaca que las tasas de sífilis a menudo actúan como un barómetro de la infección de VIH.

²⁹ *Lancet* 2007;369:132-138

Como consecuencia, y motivados por estas circunstancias, científicos chinos piden una campaña nacional de cribado o screening de población y el adecuado tratamiento para detener la epidemia de sífilis

Científicos del Centro Nacional para el Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Lepra de China han realizado un llamamiento urgente para que se ponga en marcha una campaña nacional de cribado y tratamiento para detener la epidemia de sífilis que se extiende rápidamente en el país, según publica *"The Lancet"*.

El crecimiento de la prostitución en China, con la modificación de los hábitos sexuales, junto con déficits de acceso a servicios de salud de poblaciones de alto riesgo debido a su estigma social, así como la escasa calidad y el alto coste de los servicios unido a la falta de inmunidad de la población, son las causas del resurgimiento de la sífilis en el país. Así lo pone de manifiesto un estudio de citado centro, que ha calculado la incidencia de la sífilis en China recolectando y evaluando datos de los casos registrados en el programa nacional de vigilancia.

Los autores descubrieron que tras un índice de 0,2 casos por 100.000 personas entre 1989 y 1993, la incidencia de esta enfermedad se incrementó de 0,17 casos por 100.000 habitantes en 1993 a 6,5 casos por 100.000 en 1999. Entre 2000 y 2005, la incidencia media de las fases primarias y secundarias de la enfermedad fue de 5,13 casos por 100.000 personas casa año.

Los investigadores también apreciaron un incremento muy rápido de la tasa de incidencia de la sífilis congénita, con un porcentaje de incremento al año del 71,9%, desde 0.01 casos por 100.000 nacimientos en 1991 a 19,68 casos en 2005.

Durante la primera mitad del siglo XX, China experimentó una de las mayores epidemias de sífilis en la historia de la humanidad. Sin embargo, la introducción de tamizajes masivos mediante pruebas convencionales, tratamientos gratuitos y el cierre de prostíbulos fueron medidas altamente efectivas con la virtual eliminación de la sífilis y otras ITS en 1960 y durante los siguientes 20 años. Sin duda todo un desafío para una de las economías más pujantes del mundo actual.

IV

ALGUNOS DATOS DE LA PATOLOGÍA

La sífilis afecta por lo general a personas jóvenes sexualmente activas. Pero también a niños o personas ancianas, vinculado a sus relaciones sexuales consentidas, o como consecuencia de abusos o violencia. Las diferencias raciales en la incidencia reflejan más bien factores sociales y educativos que biológicos, aunque en los Estados Unidos se ha observado que es nueve veces más frecuente entre las personas de piel negra que entre los blancos.³⁰

La lesión primaria peneana sifilítica, la más comúnmente vista por un médico en cualquier parte, hace su aparición alrededor de dos a cuatro semanas después del contagio sexual. Sobre el glande, sobre la corona, en el prepucio, sobre el pene y aún sobre la región pubiana o en el escroto, se desarrolla una pápula indolora o pústula que se abre para formar una úlcera indurada, en forma de sacabocados. La lesión puede ser tan pequeña y pasajera que puede pasar inadvertida. Microscópicamente los tejidos se hallan infiltrados densamente con células redondas pequeñas y células plasmáticas. También se desarrolla cierta proliferación de la íntima de los vasos sanguíneos. La úlcera es relativamente profunda, tiene bordes indurados, una base limpia y no es dolorosa a la presión. Si no se trata, la curación espontánea es lenta. Por palpación pueden descubrirse algunos ganglios linfáticos inguinales agrandados. No son dolorosos a menos que la lesión primaria se haya sobreinfectado por gérmenes piógenos, lo cual ocurre muy rara vez.³¹ Debe diferenciarse de la *linfogranulopatía venérea* (o *enfermedad de Nicolás y Favre*), del granuloma inguinal, de la balanitis gangrenosa y erosiva y del herpes, todas las que pueden semejar el chancro luético. También el chancro blando, una enfermedad venérea común, cuya úlcera primaria puede asemejarle al sifilítico, también acompañada de adenitis inguinal, causada por *Hemophilus ducreyi*, cuya mayor incidencia ocurre en hombres con prepucio largo y malos hábitos higiénicos. Todas las úlceras del pene deben ser consideradas como sifilíticas mientras no se pruebe lo contrario.

30 CHIN, J. El control de las enfermedades transmisibles. Washington, DC, OPS; 2001; 581: 571-73.

31 SMITH, Donald R.: Urología General, 2ª. Edición. El Manual Moderno S.A., México DF, 1965, 382 páginas. Pág. 158. Este es un ejemplo cómo los textos de urología (éste es de origen estadounidense) incluían un capítulo de aspectos urológicos de las enfermedades venéreas en el hombre. Tendremos oportunidad de apreciar que en Uruguay la situación es muy otra.

“A pesar de los grandes adelantos logrados en la lucha contra la sífilis, la infección sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más importantes del hombre. Tiene importancia clínica particular porque la lesión inicial y la diseminación generalizada ulterior con frecuencia no se acompañan de signos ni síntomas alarmantes. La enfermedad puede entrar entonces en un período de latencia, que mucho después va seguido de lesiones incapacitantes o mortales. Se estima que el 80 por 100 de estos pacientes acuden al médico por vez primera cuando ya presentan lesiones viscerales tardías. Aunque casi todas estas manifestaciones se localizan en unos cuantos sistemas, sobre todo cardiovascular y nervioso central, en casos raros hay ataque de otros órganos o estructuras. Esta localización al azar, que no puede predecirse, origina multiplicidad de síndromes clínicos. Muchos clínicos, (Sir William) Osler entre ellos, han llamado a esta infección “el gran mimo”. ³²

Respecto a la localización terciaria en el corazón y la aorta, es oportuno recurrir a uno de los clásicos tratados de Cardiología.³³ Friedberg establece que *“La frecuencia de la sífilis ha disminuido mucho gracias a la educación, las medidas de sanidad pública y los nuevos fármacos. Por ello, y por el tratamiento eficaz de la enfermedad temprana, hoy la sífilis cardiovascular es rara. Probablemente le corresponden menos del 0.5 % de los casos de enfermedad cardíaca en casi todas las regiones de Estados Unidos, excepto el sur”*³⁴; sin embargo, aún en éste ha disminuido la sífilis cardiovascular. *La cardiopatía sífilítica raramente es enfermedad primaria del corazón, dependiente de lesiones inflamatorias difusas o gomosas del miocardio. En la gran mayoría de los casos es secundaria a infección sífilítica de la aorta (aortitis luética) y sus complicaciones. Se ha observado aortitis sífilítica en*

32 ROBBINS, Stanley L.: Tratado de Patología, 3ra. Edición. Editorial Interamericana, México, 1968, 1332 páginas. (Pág. 273).

33 FRIEDBERG, Charles K.: Enfermedades del Corazón. Segunda Edición. Editorial Interamericana, México 1964. 1175 páginas. Dedicó el Capítulo 35 al tema *“Sífilis del Corazón y la Aorta”* (páginas 911 – 924).

34 AMORETTI, Aquiles R.: Op. Cit. Pág. 38 – 39: *En Uruguay se constataba similar diferencia. Al respecto decía este autor: “Los sífilíticos más afectados de aortitis son, por mucho margen, los negros. Los negros se dedican preferentemente a labores pesadas, lo cual vuelve evidente la relación de ese factor mecánico con la mayor incidencia de aortitis en esta raza. En la raza negra la sífilis sigue un curso mucho más favorable que en la raza blanca respecto a todo orden de complicación visceral, excepto para las aortitis. El sistema defensivo actúa con mayor eficacia en los negros, quizá como consecuencia de la más intensa participación tegumentaria. Como la aortitis sífilítica depende de factores mecánicos, nada tiene que hacer la exaltación defensiva para resguardar a la raza negra de dicha complicación.”*

la autopsia de más de 75% de los casos no tratados de sífilis. Sin embargo, en clínica sólo se comprueba participación cardiovascular en el 10% de los pacientes con sífilis de vieja fecha." Informa que luego de un período de latencia de 15 a 25 años, desde la infección sifilítica y la aparición de manifestaciones clínicas cardiovasculares, aparecen síntomas y signos clínicos cuando las lesiones aórticas son suficientemente graves y extensas o afectan los orificios de las coronarias y las válvulas sigmoideas aórticas. Confirma que las principales lesiones cardioaórticas incluyen la aortitis luética y sus complicaciones: insuficiencia de la válvula aórtica, estenosis u oclusión de los *ostium* coronarios y aneurisma (favorecido por la hipertensión y la realización de tareas que requieren esfuerzo físico; de ahí la aparición predominante en personas de piel negra, que por razones socio-económicas realizan ese tipo de tareas). Las lesiones miocárdicas primarias son gomosas y de miocarditis sifilítica. El endocardio y el pericardio raramente están invadidos, y en caso de serlo es por extensión de las lesiones aórticas o miocárdicas. La mesoaortitis productiva depende de lesiones de la capa media de la aorta, dependiendo de la lesión de sus *vasa vasorum*, donde la lesión esencial es la necrosis del tejido muscular y elástico de la pared arterial, con formación de cicatriz que trastorna netamente la arquitectura de esta capa. Estas cicatrices, de forma muchas veces estrellada, producen un adelgazamiento de la pared aórtica y la pérdida de elasticidad de la misma depende esencialmente de la destrucción de la capa media, retrayéndose el tejido cicatrizal desde la adventicia hasta la íntima arterial. Respecto del estrechamiento u oclusión de los *ostium* coronarios se observa entre el 10% y el 25% de los casos. Un autor citado por Friedberg, mediante mediciones sistemáticas, estableció que el estrechamiento se registraba en un 33% de sus pacientes con aortitis luética. En algunos casos se suman estas lesiones a las resultantes cicatrizales de la fiebre reumática. Pero destaca que a pesar de la relativa frecuencia de la estenosis u oclusión coronaria sifilítica, es raro que se produzca el consiguiente infarto miocárdico. Sí es más frecuente hallar insuficiencia aórtica sifilítica. El aneurisma suele producir muerte súbita, ocurriendo en personas relativamente jóvenes (con edades por debajo de los 50 años), preferentemente portadores de hipertensión arterial (generalmente mal tratados de su sífilis en el episodio primario, o tratados incompletamente, y por otra parte, no bien controlados por su hipertensión arterial) y que realizan tareas pesadas que requieren esfuerzo físico intenso. Sus localizaciones preferentes, por orden de frecuencia son: aneurisma de aorta ascendente, más raramente del arco aórtico, de la aorta descendente o de la abdominal. Los aneurismas de la aorta abdominal suelen considerarse ateroscleróticos, siendo la sífilis responsable sólo del 9% de los

casos. En nuestro medio, Raúl C. Praderi³⁵ recordaba así su primer contacto con un aneurisma luético de aorta: "Nunca olvidaré, un aneurisma sífilítico de aorta torácica que se había comido la columna vertebral y estaba en contacto con la duramadre. Fue una de las primeras imágenes impactantes de patología que tuve en mi vida y que siempre recordaré. No la volví a ver, porque los aneurismas sífilíticos desaparecieron con el tratamiento de la sífilis con antibióticos (penicilina)".

Sobre las localizaciones de la enfermedad *en el Sistema Nervioso Central*, decía Lord Brain en su Tratado:

*"La sífilis se está volviendo cada vez menos frecuente y menos peligrosa como resultado de la quimioterapia moderna. El Registro General de Estadística Anual evidencia que la mortalidad por parálisis general disminuyó en un 94 por ciento en Inglaterra y Gales, entre los años 1916 y 1954, y la de tabes dorsal en un 86,2 por ciento, en el mismo lapso. En la Edad Media, las cefaleas y las parálisis eran atribuidas a la sífilis; pero antes del siglo XIX se tuvieron escasos conocimientos sobre la neurosífilis. En 1822, Bayle describió la parálisis general, aunque este término fue utilizado por primera vez por Delaye en 1824, y la primera descripción exacta de la tabes fue hecha por Romberg en 1846, y ampliada luego por Duchenne y Charcot. En 1869, Fournier describió la sífilis congénita e introdujo el concepto de la parasífilis, y en el mismo año Argyll Robertson describió las alteraciones pupilares que llevan su nombre. El descubrimiento del agente patógeno, el Treponema pallidum, por Schaudinn y Hoffman en 1905 y la creación de la reacción de Bordet-Wassermann (1901-7), hicieron posible identificar como sífilíticas a manifestaciones cuya vinculación con la sífilis había sido hasta entonces sólo cuestión especulativa. Todavía quedan, sin embargo, muchos problemas sin resolver sobre la etiología y la clasificación de la neurosífilis."*³⁶

Desde el punto de vista de las manifestaciones psiquiátricas, un Tratado de Psiquiatría francés de mediados de la década de 1970³⁷, dedica un capítulo a

35 <http://www.smu.org.uy/historia/praderi-cir.html>

EL CIRUJANO Y LA RELACIÓN ANÁATOMO CLÍNICA AC. RAUL CARLOS PRADERI

36 BRAIN, Lord: Enfermedades del Sistema Nervioso. Segunda Edición, El Ateneo, Buenos Aires, 1965, 713 páginas. (Pág. 299).

37 EY, Henry, BERNARD, P.Y BRISSET, Ch.: TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 6ª. Edición. Toray - Masson S.A., Barcelona, España, 1974. 1183 páginas. (Páginas 786 - 804).

los *Trastornos mentales de la sífilis*. Comprende allí a las Psicosis sifilíticas, la Sífilis Cerebral, los Trastornos mentales de la Tabes y la Parálisis General. Expresan estos autores, a modo de introducción:

“La penetración del treponema sifilítico en los centros nerviosos engendra manifestaciones variadas. Se distinguen clásicamente los accidentes primosecundarios, expresión de un brote inflamatorio meningoencefálico, los accidentes del terciarismo constituidos por lesiones vasculares (arteritis), y finalmente el cuadro clínico de la “parálisis general”, debido a una meningoencefalitis o el cuadro originado por una alteración de los cordones posteriores de la médula (tabes).

Desde hace algunos años, las manifestaciones de la neurosífilis se caracterizan por su relativa rareza. Esto depende, según G. Boudin y Durupt (1955), de tres causas principales: el valor del descubrimiento de la sífilis en su estadio primosecundario y la eficacia de las terapéuticas aplicadas, la importancia de un diagnóstico clínico precoz en toda sífilis nerviosa y la eficacia de las actuales terapéuticas sobre la sífilis nerviosa y especialmente sobre la parálisis general.

Actualmente, se tiende a sustituir la dualidad clásica de sífilis cerebral (terciarismo) y parálisis general (período cuaternario o metastífilis) por una concepción unitaria. Esta unidad de la sífilis nerviosa, particularmente defendida por Alajouanine, Thurel y Durupt (1948) viene determinada por la casi constancia de una leucocitosis raquídea y especialmente cefálica, traducción de una meningoencefalitis difusa, a veces latente, que constituye el nexo común de todos los aspectos clínicos de la neurosífilis.

Los trastornos mentales pueden aparecer en cualquier período de evolución de la sífilis, períodos primosecundario o terciario, pero principalmente aparecen como complicación tardía o incluso muy tardía (8, 10, 20 ó 30 años después del accidente primario).

Hay que distinguir a estas complicaciones mentales, graves y generalmente tardías de la neurosífilis, de los accidentes mentales benignos o episódicos contemporáneos al período primosecundario condicionados por la toxi-infección sifilítica y sus reacciones meníngeas.”

Al principio la enfermedad era mortal y aguda, mataba en pocos días. Hoy ella es de transmisión sexual, de evolución crónica o lenta, que ataca prácticamente todos los órganos del cuerpo, producida específicamente por *Treponema pallidum*. La sífilis junto con la tuberculosis son consideradas las grandes simuladoras, ya que a veces aparentan cualquier tipo de enfermedad o pueden

ser confundidas con cualquier otra afección. Hoy se da nueva presencia a la sífilis, con más fuerza, viéndose clínicamente lesiones en todos los estadios tanto primarias como secundarias. Esto tiene que ver con cambios en el estilo de vida, la disminución del miedo (sobre todo en varones) por el tratamiento accesible; el incremento de relaciones sexuales entre jóvenes y adolescentes por el uso de anticonceptivos, que han dejado de lado el preservativo o condón; el incremento de la prostitución (por problemas económico-sociales) a la que se dedican muchas mujeres y hombres que no encuentran trabajo. También al incremento del turismo y particularmente al turismo sexual.

Recordemos que el *Treponema pallidum* es un agente sumamente lábil expuesto a las condiciones ambientales: muere rápidamente; no resiste a la desecación; muere con la mayoría de los desinfectantes; es altamente sensible a la penicilina (aunque algunas cepas se hayan hecho resistentes), y es lábil a concentraciones bajas de tetraciclina y eritromicina.

V

ESTUDIOS CLÍNICOS

Varios fueron los autores, a lo largo de la historia, que procuraron llegar a un conocimiento más detallado de la enfermedad, fuera de las intuiciones de Girolamo Fracastorius, que teorizaba sobre partículas que transmitían las infecciones, sin duda, en el buen camino.

En tiempos de Francisco de la Boë Silvio (1614 – 1672)³⁸, la sífilis tenía todavía a mediados del siglo XVII, una extensión importante, pese a que había perdido algo de la malignidad difícil que la caracterizaba durante su primera presentación epidémica. En su tratado sobre la enfermedad francesa, dividido en 397 párrafos, describe Silvio como síntoma más precoz de la sífilis el llamado flujo espermático sucio del órgano masculino, lo cual demuestra que él, igual que todos los de su tiempo, consideró la gonorrea como un estado inicial (no obligatorio) de la sífilis, concepto bajo el cual se clasificaban todas las enfermedades de transmisión sexual. En dicho flujo, que consiste en su mayor parte en pus o glóbulos blancos de la sangre, se vio materializado el “veneno” que transmitía el contagio y que – si no se podía curar la enfermedad en sus comienzos – se extendía desde el lugar de la entrada a todas partes del cuerpo, dando motivo a las transformaciones locales de órganos, situadas en focos. De este modo se consideraban originadas todas las formas de erupciones cutáneas, las alteraciones de las membranas mucosas, los focos en el escroto, en el sistema óseo y la musculatura, así como las grandes hinchazones en las ingles, llamadas bultos de Venus, que se presentan muy pronto. Silvio recomendaba para el tratamiento, en primer lugar, los preparados de mercurio, acreditados desde hacía mucho tiempo. La capacidad medicamentosa de las sales de mercurio en la sífilis se explica como consecuencia de que estas sales contienen un componente ácido que motiva que el mercurio se traslade

38 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit. Págs. 479 – 486. De origen francés, actuó como profesor académico principalmente en Amsterdam y Leyden. Introdujo en Holanda, según modelo italiano, el perfeccionamiento de la formación médica, que consistía en la enseñanza clínica sistemática junto al lecho del paciente. Permitió a los estudiantes que le acompañasen en su visita a los enfermos. Ellos podían oír a éstos describir sus molestias, seguir la marcha del reconocimiento, aprender a conocer los métodos de tratamiento y, finalmente, en casos mortales, bajo la dirección del profesor, convencerse con sus propios ojos de las transformaciones en el cadáver. De estatura imponente y de brillante capacidad oratoria, fue un discípulo convencido de la teoría de Harvey sobre la circulación de la sangre, siendo parte central de su Fisiología

con mayor facilidad al foco luético. Con esto la propiedad especial del metal de disolver y destruir la mucosa ácida llega a mejor expresión y es como una preparación para su capacidad todavía más importante de eliminar ésta del cuerpo. Eso ocurre a través de las glándulas salivales en forma de un flujo aumentado de saliva, también llamado salivación, efecto según el cual se dirigía el tratamiento con mercurio. Entre los principales preparados de segunda línea recomendados por Silvio para la evacuación de líquido mucoso impurificado por el "veneno" de Venus, eran los principales la corteza de quina, la raíz de zarzaparrilla y la madera del guayaco. La explicación para su actuación se suponía que se basaba en la transpiración, especialmente si se suministraba en forma de infusiones con cantidades grandes de agua caliente a pacientes que debían guardar reposo en cama muy bien abrigados. Personas fuertes fueron expuestas durante meses a dos semejantes curas de sudor diarias. Esto estaba completado por la administración de agentes diuréticos y vomitivos, dirigidos todos a la expulsión de la mezcla perjudicial de ácido y de líquido mucoso, a través de todos los orificios del cuerpo, incluso los poros de la piel.³⁹

Tomás Sydenham (1624 – 1689)⁴⁰ opinó que la blenorragia en sí no era otra cosa que una forma menos grave de la sífilis, debido a que, en la blenorragia, la materia patológica salía dentro de breve tiempo en forma de pus a través de las vías urinarias, mientras que en la sífilis se volvía trascendental justamente porque este proceso de limpieza por otra causa no era realizado.

39 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit. Pág. 484 - 485.

40 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit. Pág. 500 – 516: TOMÁS SYDENHAM nació en Winford Eagle, en el condado Dorset, de padres puritanos. Su tiempo de estudios, efectuados parcialmente en Oxford, parcialmente en Montpellier, coincidió con una de las épocas más intranquilas de la historia de Inglaterra. Al estallar la guerra civil, Sydenham se había enrolado en las tropas de Cromwell y, como oficial de caballería tuvo el mando de un escuadrón. Su compañero, de más edad, Harvey, de quien Sydenham jamás habla en sus trabajos, perteneció al campo realista. Al volver a una situación más pacífica, Sydenham se estableció en Londres y ejerció en esta ciudad, entonces ya de una población muy densa y castigada por las epidemias, un amplio consultorio médico. A este éxito contribuyeron su actitud religiosa, con el sentimiento de que respondía ante Dios del cuidado de sus pacientes; su profunda compasión por ellos; su seriedad serena, que no excluía el humor, y, finalmente, quizá también su representación de autoridad como veterano. La contribución de Sydenham a la Medicina puede compararse en cierto modo a la de Linneo a la Botánica. Sus esfuerzos estaban dirigidos hacia una separación de las enfermedades de una forma más práctica que la establecida por los antiguos.

Bell, en 1700, inoculó a estudiantes de medicina y fue capaz de determinar que sífilis y gonorrea eran entidades clínicamente diferentes. Sin embargo, esta idea no fue aceptada de inmediato, por la fuerte influencia de los trabajos de Hunter en la época.⁴¹

John Hunter (1728 – 1793), que actuaba en Inglaterra casi simultáneamente con Morgagni⁴², pero cuarenta y seis años más joven que aquél, puede decirse

41 LUGONES BOTELL, Miguel A. y colaboradores: Sífilis y gonorrea; parte de su historia.

42 El establecimiento de formas típicas de enfermar, «especies morbosas», a partir de la observación de los enfermos, fue el programa que emprendió el inglés Thomas Sydenham (1624-1689) en el siglo XVII. Se habría de generalizar durante el siglo siguiente, en gran medida por el impulso del holandés Hermann Boerhaave (1668-1738) desde la Universidad de Leyden. Boerhaave lo asoció a la enseñanza junto al lecho del enfermo, método heredado de la escuela de Padua, e insistió en la importancia de la investigación necrópsica. Bajo su enorme influencia, los resultados de la cada vez más extendida y frecuente práctica de autopsias comenzaron a publicarse en una serie de libros de intención sistematizadora. La obra del italiano **Giovanni Battista Morgagni** (1682-1771) representa, como veremos, la culminación de esta corriente. No sólo se le considera por ello el fundador de la anatomía patológica moderna, sino también el de una medicina basada en el diagnóstico clínico de las lesiones orgánicas, que durante la primera mitad del siglo XIX dominó desde París el desarrollo de la medicina científica moderna.

Giovanni Battista Morgagni nació en 1682 en Forlín, cerca de Bolonia. En la Universidad de Bolonia estudió medicina especialmente influido por las enseñanzas de dos discípulos de Malpighi, I. F. Albertini (1662-1738) y A. M. Valsalva (1666-1723). Tras graduarse en 1701 fue asistente de Valsalva e incluso le sustituyó en la docencia universitaria durante un año. Su primer libro *Adversaria anatomica prima* (Bolonia, 1706) le valió el reconocimiento internacional como anatomista, pero quiso regresar a su ciudad natal en 1709 para practicar la medicina. A pesar de ejercerla con gran éxito aceptó la segunda cátedra de medicina teórica en la Universidad de Padua en 1711, a la edad de 29 años. Cuatro años después pasó a enseñar anatomía desde la cátedra que habían ocupado antes que él Vesalio y Faloppio, puesto que desempeñó hasta su muerte, cuando contaba 90 años. Le sobrevino entre sus estudiantes, tras seis décadas de magisterio ininterrumpido en Padua. Junto con la enseñanza había desarrollado una actividad incansable en sala de disección y en la práctica de autopsias, así como en el laboratorio, donde a la observación microscópica y al examen químico de las piezas llegó a sumar la experimentación con animales.

Las formas habituales de comunicación científica en su época eran la exposición directa y la discusión con los colegas de los hallazgos que se tenían por novedosos, y así se entiende que a pesar de su gran influencia en la medicina coetánea, Morgagni publicara su gran obra médica cuando contaba 80 años de edad. Antes había publicado sus libros de anatomía humana *Adversaria anatomica* (1706; 1717; 1719) y *Epistolae anatomicae* (1728; 1740). En 1761 se imprimía en Padua (Venecia) su *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* («Sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades, investigadas desde el punto de vista anatómico»), que sentó las bases de la anatomía patológica moderna como fundamento de la patología y la clínica.

Se le reconoce creador de la moderna anatomía patológica, pero su libro es un libro de patología y clínica. Describe las enfermedades por orden «de la cabeza a los pies», como era habitual en la época, exponiendo más de quinientos casos clínicos uno tras otro, y a

que es el fundador de la Patología experimental, como Morgagni lo fue de la Anatomía Patológica. Si bien dedicó su atención a múltiples territorios, como coleccionista fanático, como cirujano y como experimentador, en Anatomía, Zoología, Geología, Anatomía comparada, Patología experimental, Medicina interna, llamaron mucho la atención sus investigaciones sobre las enfermedades sexuales, especialmente la sífilis. Aquí su codicia de conocimientos y experiencia, imposible de satisfacer, hizo que Hunter no tuviera reparos ni ante la amenaza de su propia salud, inoculándose a sí mismo con flujo blenorragico. Con tan mala fortuna de emplear pus de un enfermo que, además, sufría sífilis. La consecuencia fue que tuvo los síntomas tanto

cada caso sigue un informe necrópsico. La mayoría son del propio Morgagni aunque incluye muchos de Valsalva y alguno de autores de su confianza. Morgagni trata de explicar cada cuadro clínico relacionando sistemáticamente los síntomas observados en el enfermo con las lesiones halladas en la autopsia del cadáver. Presenta la patología especial en su totalidad, sobre una base anatómica.

Las lesiones anatómicas se constituyeron en el fundamento de la ciencia y la práctica médicas al comenzar el siglo XIX en el programa «anatomoclínico» de la escuela de París. Mientras que en la obra del Morgagni la lesión todavía está subordinada a las observaciones clínicas, para la nueva medicina que se estableció en el París postrevolucionario, el diagnóstico se habría de basar en señales objetivas de lesión («signos anatomopatológicos») y no en los síntomas del enfermo. Lafn Entralgo ha calificado la obra de Morgagni de «hito decisivo» porque su empresa, fundada en la observación y la experiencia, hizo posible tanto la edificación de «una anatomía patológica pura, concebida como ciencia fundamental de la patología entera», como también la generalización de la «mentalidad anatomoclínica», dos de las grandes novedades del nacimiento, en el siglo XIX, de la medicina moderna.

Como gran anatomista a la altura de su tiempo, Morgagni describió numerosas estructuras anatómicas, algunas de las cuales llevan hoy su nombre. Entre otras el ventrículo laríngeo, el apéndice testicular y los *appendices vesiculosae* paraováricos; el lóbulo medio de la próstata es la «carúncula de Morgagni» y denominamos «cripta de Morgagni» a la fosa navicular de la uretra; las *columnae* y los *sinus* anales son las «columnas y senos de Morgagni». Varios espacios conocemos hoy por «agujeros de Morgagni», entre ellos el ciego lingual (*foramen cecum linguae*), el singular del oído interno (*foramen singulare*), o los pleuroperitoneales (trígono esternocostal o también cisura de Larrey).

Asimismo nos ha legado la descripción detallada de numerosas lesiones como gomas cerebrales, la atrofia amarilla aguda del hígado, la tuberculosis renal o los aneurismas, siempre como hallazgos necrópsicos relacionados con el cuadro clínico que presentaron en vida los pacientes. Es también el caso de la enfermedad mitral. Llamamos «síndrome de Morgagni» a la asociación de hiperostosis frontal, virilismo y obesidad, y a Morgagni debemos la primera descripción precisa del bloqueo cardíaco («enfermedad de Morgagni-Stokes-Adams»), que explica un caso de pérdida súbita de conciencia acompañada de convulsiones. «Hernia de Morgagni» designa hoy a la hernia diafragmática retroesternal congénita, con expulsión de tejido abdominal hacia el tórax a través del pequeño espacio esterno-costal (uno a cada lado del diafragma) que da paso a los vasos epigástricos superiores y que denominamos agujero pleuroperitoneal o de Morgagni.

Ref: Carla P. Aguirre Marcó, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia

de la blenorragia como de la sífilis y llegó a persuadirse fuertemente que ambos síntomas eran consecuencia de una sola enfermedad. Murió, según algunos historiadores, de un aneurisma sífilítico de la aorta. Fue un mártir de la ciencia. Tal equivocación fue corregida en la década de 1830 por el clínico francés Felipe [o Philip] Ricord (1799 – 1889)⁴³ Las disputas sobre el origen determinaron que a la sífilis se le conociera como “enfermedad de La Española”, “mal francés”, “mal napolitano”, etc. Ricord, que había nacido en Baltimore (en los Estados Unidos de América), pero practicaba la Medicina en París, llevó a cabo más de 1.000 estudios, demostrando de forma inequívoca que sífilis y gonorrea eran entidades diferentes. Veinte años después, Sims describió tumores inflamatorios en la mujer y los relacionó con la gonococcia. Esto fue comprobado por Werthein, quien cultivó el pus de las trompas.⁴⁴ Sin embargo, Hunter logró distinguir el chancro blando del duro, sífilítico, que aún lleva su nombre.⁴⁵ Otros autores, como Hutchinson y Hallopeau ⁴⁶ hicieron también sus aportes, el primero describiendo las modificaciones dentarias de los pacientes con la sífilis congénita.⁴⁷

EL DESCUBRIMIENTO DEL TREPONEMA

Fue un lugar común, durante mucho tiempo, en particular de quienes practicaron el tratamiento con los preparados mercuriales, expresar que: *“Por una hora con Venus, veinte años con Mercurio”*.⁴⁸

43 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit. En el campo de la sífilis, Philip Ricord (1799 – 1889) desacreditó la creencia de Hunter en la unidad de la gonorrea y de la sífilis cuando inoculó pus gonorreico a 2.500 pacientes, sin que ninguno contrajera la sífilis. En sus clases en el *Hôpital du Midi*, del que era director, decía con frecuencia: “Caballeros: la sífilis es una afección que hay que estudiar sin contraerla”. Fue presidente de honor del Primer Congreso Internacional de Dermatología, que se celebró en París, del 5 al 10 de agosto de 1889, y cuya presidencia efectiva ostentó Hardy.

44 LUGONES BOTELL, Miguel A. y col.: SÍFILIS y GONORREA; PARTE DE SU HISTORIA.

45 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit., pág. 600 – 604.

46 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit.: HENRY HALLOPEAU (1842 – 1919) escribió más de ochocientos trabajos científicos; fue dermatólogo y patólogo general. Distinguió la *dermatitis vegetans* del *penphigus vegetans*, y describió también el *lichen planus atrophicus*.

47 LUGONES BOTELL, Miguel A. y col.: SÍFILIS y GONORREA; PARTE DE SU HISTORIA.

48 LUGONES BOTELL, Miguel A. y col.: SÍFILIS y GONORREA; PARTE DE SU HISTORIA.

Las características clínicas de la enfermedad fueron precisadas por Fournier en el siglo XIX y fue el zoólogo Fritz Schaudinn y el dermatólogo Erich Hoffmann quienes se atribuyeron el mérito de descubrir el agente causal, el *Treponema pallidum*, en 1905. En 1906 se desarrollaron por primera vez las reacciones serológicas por Wassermann, Neisser y Bruck.⁴⁹

Entre 1909 y 1910 se introdujo el Salvarsán (del grupo de los arsenicales, que llenaron una nueva época en el tratamiento de esta afección), por Paul Ehrlich, utilizado en la terapéutica de la sífilis.⁵⁰ En 1911, Noguchi cultivó el treponema. En 1913 se aisló el germen del sistema nervioso central de un tabético.

En 1943 se impuso el primer tratamiento con Penicilina y 6 años más tarde, en 1949, se creó por Nelson y Mayer la prueba de inmovilización del *Treponema pallidum*, mediante la inyección de material patológico extraído de la lesión del paciente (exudación del raspado del chancro duro o líquido obtenido por punción de la adenopatía satélite) en el testículo del conejo.

LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS

Las pruebas serológicas para la sífilis son fundamentalmente de dos tipos: las que demuestran la reagina (el antígeno) y las que demuestran el anticuerpo específico. La determinación cualitativa y cuantitativa de las reaginas en el

49 Resulta particularmente interesante consignar que, en su tiempo se dio más relevancia al tratamiento eficaz, que al diagnóstico de la enfermedad. Quienes intervinieron para determinar el agente etiológico, no fueron premiados con el Nobel, como sí lo fueron luego quienes encontraron agentes quimioterápicos o antibióticos que trajeron una solución al problema médico y social.

50 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit.: Desde 1914 se disponía de tratamientos muy avanzados para las cuatro grandes infecciones debidas a protozoarios. Con los arsenicales pentavalentes se podían combatir algunas tripanosomiasis. Con los trivalentes – salvarsanes – la sífilis. La emetina se usaba en la amebiasis desde 1912 y la quinina permitió ejercer una terapia supresiva del paludismo. En 1921 Levaditi, un rumano que trabajaba en el Instituto Pasteur de París, introdujo el BISMUTO en la terapéutica antisifilítica. Durante más de 20 años la medicación de la sífilis se hizo en base a los arsenicales trivalentes (salvarsanes y derivados) y de preparados de bismuto como complemento. Salvando los inconvenientes derivados de la toxicidad hepática del arsénico y de la renal del bismuto, la terapéutica era eficaz y permitió un control bastante efectivo de la sífilis a costa de tratamientos repetidos y prolongados. Hasta la llegada de la penicilina, esta técnica terapéutica se mantendría sin grandes variaciones.

siero del paciente luego de la segunda o tercera semana de infección, o en el LCR después de la cuarta a octava semana, se realiza mediante la detección de lípidos extraídos con alcohol a partir de tejidos de mamíferos; la cardiolípidina obtenida de corazón de buey es un difosfatidil-glicerol. Requiere la adición de lecitina y de colesterol, o de otros "sensibilizadores", para reaccionar con la reagina sifilítica. Las reacciones comúnmente empleadas son de floculación o de fijación del complemento. Las pruebas de floculación (los denominados tests o pruebas de Hinton, Kahn, Kline, Mazzini, VDRL, etc.) están basadas en que las partículas del antígeno lipídico permanecen dispersas en el suero normal, pero se combinan con la reagina para formar agregados visibles, particularmente cuando se les agita o centrifuga. Las pruebas VDRL positivas se negativizan 6 a 24 meses después de un tratamiento antisifilítico efectivo. Las pruebas de fijación del complemento (Wassermann, Kolmer), están basadas en el hecho de que los sueros que contienen reaginas fijan el complemento en presencia del "antígeno" de cardiolípidina; es necesario cerciorarse de que el suero no es "anticomplementario" (es decir, que no destruye el complemento en ausencia del antígeno). Puede hacerse una estimación de la cantidad de reaginas presentes en el suero llevando a cabo las pruebas serológicas luéticas con diluciones progresivas al doble del suero, y expresando el "título" como la más alta dilución que aún da un resultado positivo. La "reagina" parece ser una mezcla de anticuerpos IgM e IgA. La especificidad parece estar dirigida contra algunos antígenos titulares que están ampliamente distribuidos.⁵¹

La aparición en la década de 1960 del V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratories test), una reacción diagnóstica para detección de anticuerpos, fue un paso adelante para la detección masiva de la sífilis, en todos los fluidos orgánicos, y sustituyó ampliamente a la reacción de Wassermann, a la de Kahn y otras anteriormente en uso. Aunque se produjeran con el VDRL falsos positivos, y reacciones cruzadas con otras afecciones (conectivopatías entre ellas), fue adoptada universalmente para la detección de la sífilis durante las últimas cinco décadas, y hasta el presente se emplea como estudio diagnóstico de primera línea. Es una reacción de alta especificidad y sensibilidad, unida a su bajo costo y facilidad de realización.⁵² Reemplazó a las apreciaciones

51 JAWETZ, Ernest, MELNICK, Joseph L., ADELBERG, Edward A., Manual de Microbiología Médica, 5a. Edición El Manual Moderno S.A., México D.F., 1973. 617 páginas. Pág. 263.

52 LUKEHART, Sheila A. y HOLMES, King K.: SÍFILIS, en HARRISON, Principios de Medicina Interna, 13ª. Edición. Pág. 854: Como el antígeno empleado en las pruebas

subjetivas valoradas en cruces, (Wassermann de + a ++++), por la valoración de las diluciones, que permitía un seguimiento clínico cuantitativo de la evolución (a través de la curva evolutiva de sus sucesivas diluciones) y de los efectos terapéuticos.

En la vieja Unión Soviética, las clínicas psiquiátricas trataban las lesiones de la neurosífilis, a mediados de la década de 1950, con inyecciones intravenosas de arsenicales, yodo-bismuto, y el biyoduro de mercurio, introduciéndose tardíamente el tratamiento con penicilina inyectable.⁵³

LA PARÁLISIS GENERAL (PG)

Henry Ey, en su Tratado de Psiquiatría ya citado ⁵⁴ dedica la mayor parte de su capítulo a la descripción clínica de la Parálisis General y al tratamiento de la sífilis nerviosa. Y bajo el título de "*Generalidades*", resume:

no treponémicas se encuentra en otros tejidos, esas pruebas pueden ser positivas en personas sin infección treponémica, aunque es raro que los títulos excedan de 1:8. Las pruebas reagínicas positivas falsas se consideran agudas si se vuelven negativas en 6 meses, pudiendo ocurrir así en diversas infecciones agudas, como enfermedades virales, neumonía por micoplasma y paludismo, así como después de algunas inmunizaciones. Las positividades crónicas, que persisten 6 meses o más se observan en drogadictos por vía intravenosa, enfermedades autoinmunitarias y en la edad avanzada. Hay pruebas reagínicas falsamente positivas en un 25% de adictos a narcóticos y en un 10 a 20% de los enfermos con lupus eritematoso sistémico activo. El carácter autoinmunitario de las pruebas reagínicas positivas falsas se sospecha porque en un 15 a 45% de quienes repetidamente dan resultados positivos falsos aparece un lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades del tejido conectivo. Otros anticuerpos encontrados con mucha frecuencia en el suero de sujetos con positividad persistentemente falsa a las pruebas reagínicas son los anticuerpos antinucleares, antitiroideos y antimitocondriales, así como el factor reumatoide y las crioglobulinas. El anticuerpo de Donath - Landsteiner responsable de la hemoglobinuria paroxística al frío es una hemolisina autoinmunitaria que aparece en la sífilis. La frecuencia de pruebas reagínicas falsamente positivas aumenta en la edad avanzada, de modo que un 10% de las personas de más de 70 años las presentan. Otras enfermedades que se acompañan de hiperglobulinemia, como la lepra, también pueden dar reacciones positivas falsas crónicas.

53 MOROZOV, G. y ROMASÉNKO, V.: Neuropatología y Psiquiatría, edición revisada por el Prof. Juan Planelles, Miembro Correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS y de la Real Academia de Madrid. Editorial Paz, Moscú, 1960. 311 páginas. (Páginas 194 - 205).

54 EY, Henry, BERNARD, P. Y BRISSET, Ch.: TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 6ª. Edición Toray - Masson S.A., Barcelona, España. Páginas 791 a 804.

“La parálisis general (P.G.) es la manifestación clínica de la meningoencefalitis específica⁵⁵, caracterizada por una evolución demencial progresiva, a menudo acompaña de euforia y de ideas de grandeza y asociada a un síndrome parético generalizado. Esta afección, primeramente confundida con otros estados terminales de ciertas formas de alienación mental (Esquirol), fue individualizada por primera vez por Bayle (1822) como una enfermedad al parecer debida a una causa única: la inflamación crónica de la aracnoides (aracnoiditis crónica). Recordemos, aunque sea de paso, que la identificación de este agrupamiento clínico por Bayle marca una etapa en la historia de la psiquiatría. En efecto, por un momento se creyó haber descubierto una entidad clínica patognomónica de una lesión, por sí mismo específica. La P.G. llegó así a ser el prototipo de las entidades anatomoclínicas que por largo tiempo se buscó individualizar.

La naturaleza sifilítica de la afección descrita por Bayle fue objeto de numerosas discusiones. Fournier (1879) fue el primero en relacionar la P.G. con su etiología sifilítica. Él la colocó dentro del grupo de las “parálisis” en razón de su carácter tardío e inconstante en la patología de la afección. Mas no se demostró formalmente su naturaleza sifilítica hasta 1913, con Noguchi, quien descubrió el treponema en el cerebro de los paralíticos generales.

A continuación la P.G., hasta entonces forma incurable de la neurosífilis, franqueó su última etapa histórica con los descubrimientos terapéuticos que permiten su curación como cualquier otra forma de sífilis nerviosa y que la han convertido en un síndrome que cada día se hace más raro. En 1917, Wagner von Jauregg utilizó la malarioterapia. Un poco más tarde, Sézary y Barbé demostraron la eficacia del estovarsol sódico. Finalmente, en 1943, Mahoney introdujo la penicilina en el tratamiento de la afección.”

Del estudio clínico que realiza este autor, que abarca una fase preclínica, con cefaleas profundas y tenaces, acompañada por una bioquímica del LCR con moderada hipercitosis raquídea, una hiperalbuminosis que no sobrepasa los 0,60 g., con Bordet-Wassermann (B.W.) generalmente positivo; siguen unas formas de comienzo polimorfo, que sólo permiten sospechar las manifestaciones clínicas iniciales de la PG, sin otro hallazgo que los exámenes bioquímicos, con excitación intelectual y accesos maníacos, o con estados depresivos con ideas hipocondríacas; o la forma *neurasténica* (Gilbert-Ballet) que constituye una forma frecuente: el trabajo se realiza con dificultad, el humor se altera, el enfermo se queja de que su cerebro está vacío, de que su sangre está podrida, etc.; los *estados confusionales* y su asociación con la

⁵⁵ El término “específico/a” se empleó en la jerga médica para designar la patología sifilítica o tuberculosa, en su contexto.

intoxicación etílica (P.G. rociada) que puede desviar el diagnóstico; se sigue de un *debilitamiento progresivo* (dismnesia, apatía psíquica, fatigabilidad, dificultades de la atención, disminución del sentido moral y del juicio). Finalmente, la PG puede manifestarse por un *acto médico legal* (robo, exhibicionismo, atentado a las costumbres, escándalos, extensión de cheques sin fondos, etc.), o sea, *la forma médico legal de la PG incipiente*: donde su sello son los actos que testifican siempre la gran confianza del enfermo consigo mismo y la megalomanía.

La *forma expansiva con ideas de grandeza*, es la que estos autores toman como tipo para la descripción del *período de estado*. Integrado con un síndrome neurológico característico:

a) *Síndrome parético*, con un *facies* que evoca el diagnóstico; la *disartria*: palabra titubeante, imprecisa, con obstáculo en ciertas sílabas, que se impone espontáneamente al observador, lo más frecuente; pero que cuando es discreta los trastornos no son revelados más que por ciertas palabras de prueba que es necesario hacer repetir al enfermo, tales como: "anticonstitucionalmente", "trigésimo tercer regimiento de artillería", "yo he fumado seis finas pipas pequeñas", etc. Como final de la evolución, el farfulleo o atropello de la palabra puede hacerla incomprensible y es muy característico de la afección. El *temblor* es también signo constante, localizado al principio en el territorio labiolingual, o generalizado e incluso con los *trastornos de la escritura*, que se inician por pequeñas ondulaciones de los grafismos. La *marcha* que se hace cada vez más difícil, vacilante e inestable, hasta el punto de no permitirle abandonar su lecho o butaca al enfermo. Y al *examen* dos signos fundamentales: *el signo de Argyll-Robertson*, patognomónico de la sífilis nerviosa, que no se halla en un 25% de los casos; y la *hiperreflexia osteotendinosa*.

b) *Síndrome demencial*, con una demencia *primitiva, profunda, progresiva y global*, que altera todas las capacidades del individuo y toda la organización de su personalidad, distinguiendo tres clases de trastornos: déficit de la capacidad operativa, déficit de la capacidad sintética y trastornos de la afectividad. Aquí destaca el trastorno fundamental del juicio que consiste en la imprevisión de las consecuencias, en la inexactitud de las apreciaciones de los valores morales, de la realidad y de sí mismo (pérdida de autocrítica). Esta alteración del sistema de valores propios de la razón y de la lógica constituye el *Yo-demencial* del PG. Lo cual puede ponerse fácilmente en evidencia durante el examen, haciendo, por ejemplo, redactar y firmar al enfermo toda clase de

compromisos o explorando su programa vital, sus proyectos, su concepción y previsión de las situaciones futuras o posibles. Desencadena *trastornos del equilibrio instintivoafectivo*, con humor expansivo, *exaltación eufórica*, y una *liberación de las tendencias instintivas*, tendencias egoístas y pulsiones eróticas (que desencadenan la agresividad, la glotonería o las conductas eróticas desenfrenadas).

c) *Síndrome delirante*: con ideas delirantes de forma típica: *múltiples, móviles, absurdas y contradictorias*. El tema más característico de esta forma expansiva típica es el *delirio megalomaniaco*. El enfermo cree poseer una fortuna, ser dueño del universo entero. Algunos declaran que orinan diamantes o están dispuestos a casarse con 25.000 mujeres; se atribuyen papeles políticos extravagantes. Por otra parte, y este caso es frecuente, se trata de ideas de satisfacción, de potencia sexual, de riqueza; estas ideas forman una especie de delirio de "exageración" donde todos los valores se hinchan con una vanidosa *inflación tragicómica*. También pueden hallarse delirios de tipo depresivo, *de temas hipocondríacos*, ideas de suicidio y posibilidad de ideas delirantes de *transformación corporal* y de negación.

d) *Síndrome humoral*, al que atribuyen estos autores importancia decisiva, ya que permite hacer el diagnóstico antes de la aparición de los signos clínicos, así como establecer un *pronóstico*, seguir la evolución de la enfermedad bajo la influencia del tratamiento, medir su eficacia y fijar su duración. En tal caso las reacciones de hemólisis o de floculación en *sangre* pueden indicar que el individuo está afectado de sífilis, pero no de sífilis nerviosa. Aún el 14% de las PG pueden tener una reacción de B-W. negativa en sangre y positiva en el LCR; por el contrario el *test de Nelson* es prácticamente positivo siempre en la sangre de los PG.

La *evolución* de estos procesos, abandonados a sí mismos, tiene un sentido *irrevocablemente progresivo*, grave e incluso mortal en término de 4 ó 5 años.

LESIONES PRIMARIAS CURIOSAS

Resulta curiosa la descripción hecha por dos autores uruguayos, de prestigio internacional, en el campo de la otorrinolaringología, acerca de lesiones en el aparato auditivo: ⁵⁶ *“La manifestación primaria puede presentarse, aunque excepcionalmente, en la oreja, especialmente por besos o mordiscos. Su diagnóstico es difícil; fijarse, sobre todo, en la ulceración y la adenopatía. La roseola y la sífilide existen junto con las mismas manifestaciones cutáneas generalizadas; su diagnóstico no se presta a dudas. Más interesante es el condiloma plano y el exantema papuloso del conducto [auditivo externo] coincidiendo o no con las mismas lesiones detrás de la oreja, en la sífilis hereditaria: angostan el conducto y se ulceran produciendo infiltración y secreción rojiza. Puede producirse también un goma originado en el periostio de la mastoide: la radiografía ayuda al diagnóstico. En el período de generalización o secundario, la sífilis puede atacar el oído medio, pero es generalmente difícil separar lo que puede corresponder a un estado catarral o inflamatorio y a la sífilis. Esta será, naturalmente, de sospechar en un sífilítico diagnosticado con Wassermann + en la sangre. En un estado catarral de la caja [del tímpano], la sordera excesiva, y sobre todo si es de percepción, hace pensar en que la sífilis interviene en el proceso, lo que comprueba la rápida curación por sólo el tratamiento antisifilítico. La sífilis puede atacar precozmente el sistema nervioso y entre los nervios craneanos el más a menudo atacado es el VIII par, dando algo de sordera. Con frecuencia la audición es normal; pero hay acortamiento del Schwabach y trastornos del vestibular (por ejemplo, abolición de la reacción calórica y conservación de la giratoria o viceversa). Se ven fenómenos bruscos de sordera o fenómenos lentos como de una neuritis esclerosa del VIII par. La curva del audiograma marca a veces la caída profunda de la audición hacia el tono 1.028, por ejemplo. El signo de Henneberg, signo de fístula sin fístula, se encuentra en la sífilis hereditaria. Puede encontrarse el llamado signo de la fístula laberíntica: si se aumenta la presión del aire en el oído externo de un sujeto que tenga su oído y membrana anatómicamente sano, no se producirá nistagmus ni mareo, pero esto pasará en algunos sífilíticos, especialmente hereditarios, como si en el laberinto óseo hubiera una fístula que dejara pasar la presión. Es necesario saber que al iniciar una cura antisifilítica enérgica pueden aparecer en los primeros días, especialmente con los arsenicales, exacerbaciones a veces marcadas, con sordera bruscamente aumentada, vértigos, vómitos y hasta quedar el*

56 ALONSO, Justo Marcelino y ALONSO REGULES, Justo Elías: Manual de Otorrinolaringología (para el médico práctico y el estudiante). 3ra. Edición, Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1964, 324 páginas. Páginas 70 – 71.

oído definitivamente sordo (reacción de Harisch – Herxheimer). Eso mismo se observó en el tratamiento por la penicilina: si se usa ese antibiótico se aconseja dar, primero, durante tres días, 50.000 unidades diarias, dos días a 100.000 por día, tres días a 300.000 por día, y luego a un millón diario, en una sola dosis, para hacer el tratamiento prolongado corriente.”

LA SORDERA SIFILÍTICA

Décadas más tarde, otros autores uruguayos⁵⁷ publicarían un estudio sobre la sordera sifilítica, señalando la importancia de investigar la etiología luética, de acuerdo a los métodos de laboratorio más modernos disponibles en su época, fundamentalmente la prueba de FTA/Abs, sobre todo en sorderas neurosensoriales con máscara de hydrops coclear, en las sorderas bruscas y especialmente en aquellas con muy mala discriminación, realizando un examen exhaustivo de esta afección.

LESIONES OCULARES

Otro destacado autor uruguayo, actualmente residiendo desde hace más de tres décadas en Barcelona, Jorge Ferrer⁵⁸, describe el tratamiento de las afecciones oculares específicas, siguiendo las mismas pautas que cualquier foco extraocular del mismo origen, siguiendo a S. Kimura. Al hablar del esquema terapéutico de la sífilis, preconiza la administración “de 10.000.000 de unidades de penicilina distribuidas durante 20 días; debe esperarse una reacción de Herxheimer local, con intensificación de la uveítis 8 a 12 horas después de la inyección, o general, en alrededor de la mitad de los pacientes así tratados. En caso de intolerancia se pueden indicar tetraciclinas, dado que el bismuto y el arsénico se hallan desplazados en la actualidad. Existe un 10 – 15% de fracasos para los que está indicada la repetición de la serie. Este tratamiento, aunque obligatorio, no impide la recidiva homo o contralateral, ni acorta la evolución del empuje de la queratitis heredoluética o de la uveítis por lúes adquirida. La acción antiinflamatoria sobre la reacción de autoinmunidad causante sólo la tendrían los corticosteroides.”

57 OREGGIA, Fernando, RIZZI, Milton, ROTKIER, Isaac (Dermatólogo). Sordera Sifilítica. Comunicación presentada en sesión de la Sociedad Rioplatense de ORL realizada en octubre de 1975. Anales de Oto-Rino-Laringología del Uruguay, 1976: páginas 34 – 50. (Cortesía del Dr. Milton Rizzi Castro).

58 FERRER, Jorge: Oftalmología para el Médico Práctico. Ediciones Oficina del Libro – AEM, Montevideo, Uruguay, 1968, 155 páginas. Páginas 27 – 28.

LA SÍFILIS EN EL NIÑO

Si bien son de aplicación general las apreciaciones que se han hecho más arriba, existen algunas peculiaridades de la infección en el niño.

La sífilis congénita a menudo pasa inadvertida en la primera infancia. De todos los casos declarados oficialmente en los Estados Unidos, en la década del '70, sólo un 10% fueron descubiertos en el curso del primer año de vida. La mayoría de los casos publicados correspondían a enfermos de más de 10 años de edad, cuando se observaron las secuelas tardías. La prevención y el control de la sífilis congénita dependen de una elevada sagacidad clínica asegurada con la utilización de medios diagnósticos.

Antes del cuarto mes de vida fetal es rara la infección treponémica, y aunque rara vez provoca abortos, si la madre no es tratada, la cuarta parte de los casos producen un feto muerto. El 75% restante de madres seropositivas no tratadas dan nacimiento a fetos vivos que pueden no presentar anormalidades clínicas durante semanas o meses. Los tejidos fetales afectados con mayor frecuencia en los mortinatos son los huesos, médula ósea, pulmones, hígado y bazo. Las lesiones de piel y mucosas en la sífilis congénita precoz se manifiestan generalmente en pocas semanas o meses después del nacimiento. De no ser tratada en la primera infancia, la sífilis congénita puede manifestarse mediante otras alteraciones en la córnea, dientes, huesos, paladar (con perforaciones) y sistema nervioso en los años posteriores.

Las manifestaciones clínicas características de la sífilis congénita florida comprenden diversas erupciones, intensa rinitis, lesiones húmedas mucocutáneas de boca, ano y genitales, seudoparálisis dolorosa de los miembros y visceromegalias (hígado, bazo y ganglios linfáticos). Las lesiones cutáneo-mucosas muestran la presencia del *Treponema pallidum* en el examen de fondo oscuro. Pueden existir placas elevadas en la región perianal, e incluso condilomas. Pero estas erupciones no son pruriginosas.

La seudoparálisis característica (denominada *parálisis de Parrot*) en uno o varios miembros, es debida a alteraciones óseas de osteocondritis y periostitis sífilíticas.

Si no es tratada, la sífilis congénita precoz cede con frecuencia. Pero el *Treponema pallidum* puede persistir en los tejidos. Se ha demostrado que el agente puede persistir en los tejidos oculares durante 5 ó 6 decenios. Sin embargo, el niño pronto deja de ser contagioso y probablemente no puede reinfectarse con sífilis adquirida. La niña no puede tampoco ocasionar sífilis.

congénita a su descendencia (“sífilis de tercera generación”). Los gérmenes dentarios de los incisivos permanentes y de los primeros molares permanentes se forman durante las primeras semanas de vida extrauterina, cuando puede ser importante la acción de la sífilis congénita precoz. Cada uno de los incisivos permanentes puede tener forma de taco con una muesca central (*los dientes incisivos de Hutchinson*) y las cúspides de la superficie de los molares pueden aparecer apretadas entre sí (molar en forma de mora). Los dientes caducos (los llamados “dientes de leche”) no aparecen deformados.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita tardía son las que aparecen únicamente después de la primera infancia. Las más frecuentes afectan al esqueleto, ojos y SNC, y las lesiones cardiovasculares, los gomas subcutáneos, la hemoglobinuria paroxística o lesiones de otras vísceras habitualmente más características de la sífilis tardía de los adultos. La lesión ocular más frecuente es la queratitis intersticial, unilateral o bilateral, que aparece a cualquier edad. Produce intensa fotofobia y lagrimeo, con progresiva opacidad corneal que puede conducir a la ceguera en el curso de algunas semanas o meses. Menos frecuentes son la coroiditis, retinitis, oclusiones vasculares y atrofia del nervio óptico. En la edad prepuberal puede manifestarse la infección sífilítica meningovascular de manera brusca, bajo forma de hemiplejía o convulsiones.

La clásica *tríada de Hutchinson* de la sífilis congénita tardía consiste en sordera nerviosa, queratitis intersticial e incisivos de Hutchinson.

Las alteraciones esqueléticas comprenden una periostitis persistente o recidivante que ocasiona engrosamiento crónico de los huesos, particularmente la incurvación hacia delante de la tibia, denominada “*tibia en sable*”. Como manifestaciones tardías pueden aparecer dactilitis, con tumefacciones articulares ocasionales sin causa manifiesta, en los adolescentes, con localización en la rodilla (*articulación de Clutton*). Las lesiones gomosas de los huesos de la nariz o del paladar pueden ocasionar la destrucción del dorso de la nariz (de los huesos propios) o la perforación del paladar.

El principal escollo diagnóstico reside en no pensar en la sífilis. En la *sífilis congénita precoz*, deben considerarse los siguientes diagnósticos: eritema del pañal, sarna, epidermólisis ampollar, erupciones debidas a medicamentos, moniliasis cutánea, pénfigo, enfermedad de Letterer-Siwe, síndrome de la tibia fetal, infección por citomegalovirus, toxoplasmosis, poliomiелitis

aguda, escorbuto, osteomielitis piógena, síndrome de Caffey y síndrome del niño golpeado, entre otros. Las secreciones nasales y a veces sanguinolentas, que producen excoriación del labio superior, pueden semejar la difteria nasal. La *sífilis congénita tardía* puede hacer sospechar conjuntivitis flictenular, retraso mental indiferenciado, osteomielitis, epilepsia, hemiplejia idiopática, coriorretinitis toxoplasmática adquirida, entre otros.⁵⁹

59 NELSON, Waldo E., VAUGHAN, Victor C. y McKAY, R. James: Tratado de Pediatría, Sexta Edición, Salvat Editores S.A., 1974, 2 tomos, 1632 páginas. Páginas 619 – 625.

VI

UNA MIRADA EN DIFERENTES ÉPOCAS

EN LA ANTIGÜEDAD

La historia de la sífilis es hasta nuestros días confusa. Durante siglos se ha afirmado, aunque no científicamente probado, que apareció en Europa importada de América, traída por los conquistadores españoles. Sin embargo, investigaciones posteriores fundadas en la paleo patología abogan por la presencia de la sífilis en Europa desde épocas mucho más remotas. Cualquiera fuera su origen, parece históricamente probado que surgió en Europa bruscamente a finales del siglo XV con tres características diferenciales: producir epidemias de rápida difusión, transmitirse por vía sexual y presentar una sintomatología aparatosa y grave.

En el antiguo Egipto la sífilis no había aparecido, aunque sí la gonorrea.⁶⁰

Los paleo patólogos clásicos se han ocupado del origen de la sífilis. En el estudio de más de 30.000 esqueletos egipcios y nubios realizado por E. Smith y Wood Jones (1910) no encontraron un solo caso en el que pudiera darse por cierto la presencia de esta enfermedad. En cambio se encontraron lesiones compatibles con sífilis en esqueletos de Cañete (Paracas, Perú), de Tlatelolco (México) y de Río Negro (Argentina).

Las úlceras de los huesos craneales halladas en las grutas del Neolítico francés, en Marne (Michaëlis, 1930) y en Transbaikalia en la Edad del Bronce (Rojlin, 1935) constituyen casos suficientemente probados y bastarían para poner una interrogación a la tesis que desde Hunter (1864) niega la sífilis en el Viejo Mundo precolombino.⁶¹

60 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina.

61 LAÍN ENTRALGO, Pedro. Op. Cit.

Escritos chinos de hace más de 2.500 años, describen una infección uretral, tratable por esencia de soja. Una infección similar a la sífilis fue descrita por los chinos hace miles de años. Y la plaga bíblica de Moob ha sido también reconocida como sífilis por muchos autores.⁶²

Una enfermedad de transmisión sexual, posiblemente gonorrea, fue la que afectó a Sara, la mujer de Abraham, según cuenta la Biblia⁶³ (Génesis, 12:9 a 20). La afectación de la fertilidad podría ser también la causa de la incapacidad de Sara para concebir hasta muy tardíamente. La misma infección puede haber sido la plaga que se extendió por la corte del faraón y sus concubinas. En el Levítico (13: 1-46; 14: 1-57; 15: 1-33; 18: 1-30; 19: 29) se describe una enfermedad de transmisión sexual (entre otras, circunstancias que hacen a: ley acerca de la "lepra"; la impureza del hombre y la mujer; ley acerca de la purificación del "leproso"; uniones ilícitas y pecados contra naturaleza; apareamiento con bestias y esclavas). Moisés no solamente describe la contagiosidad de la enfermedad de transmisión sexual, sino que da normas para prevenir el contagio y su diseminación. En el libro de los Números (5: 2 a 31) se habla sobre enfermedades de transmisión sexual que aparecen en tiempos de guerra. Esta enfermedad, posiblemente la gonorrea, afectó a los israelitas mientras guerreaban con los madianitas (31: 9 – 20). Por eso Moisés prohibió las relaciones sexuales durante el tiempo de inicio de los síntomas.

En el papiro de Ebers⁶⁴ (uno de los documentos más antiguos atribuido a la medicina egipcia) se describen síntomas de uretritis aguda; además se da una fórmula para curarla por medio de la instilación intrauretral de aceite de sándalo.

62 BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ÁLVAREZ, Miguel Ángel; GALINDO SANTANA, Belkys María y GALA GONZÁLEZ, Ángela: Sífilis: pasado y presente. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba.

http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm

63 NÁCAR FUSTER, Eloíno – COLUNGA, Alberto, O.P., de la Pontificia Universidad de Salamanca: Sagrada Biblia, Sexta Edición, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1955, 1583 páginas.

64 LAÍN ENTRALGO, Pedro. Op. Cit. El Papiro de Ebers: fecha XVIII dinastía (alrededor de 1550 a.C.) encontrado en una tumba de Tebas. Se conserva en la Universidad de Leipzig.

EN TIEMPOS DE HIPÓCRATES

Se atribuye a Hipócrates (460 – 355 a.C.) una de las primeras descripciones científicas de la infección gonocócica. Él habría disecado la uretra de hombres infectados y notó la existencia de modificaciones de la superficie epitelial, además de la secreción. Describió la estenosis uretral que con frecuencia la acompaña.⁶⁵

Sin embargo, en los Tratados Hipocráticos se menciona, en sus diferentes libros, aspectos vinculados con lesiones genitales, tanto del varón como de la mujer, naturalmente sin mayores precisiones etiológicas ni terminológicas. No obstante, deja sembrada la duda acerca de si podría tratarse de este tipo de lesiones. Veamos algunos ejemplos:

“Las mujeres a las que se les produzca una llaga en la matriz, bien sea consecuente con un parto, bien sea consecuente con un tumor, bien sea por algún otro motivo, necesariamente a éstas les sobrevienen fiebres, inflamación de los ganglios inguinales⁶⁶ y dolores en estas regiones. Si, por otra parte, también los loquios se suprimen totalmente, en esta mujer las afecciones existentes son completamente más confusas y más persistentes; además de tales padecimientos, se presentan dolores en los hipocondrios y en la cabeza.” (De Predicciones II)⁶⁷

(62) *“Todos estos trastornos se presentan sobre todo en el caso de las nulíparas, pero muchas veces también en el de las que han dado a luz. Son peligrosos, como se ha dicho, y en la mayoría de los casos agudos, violentos y difíciles de captar por la siguiente razón: las mujeres tienen enfermedades propias y a veces ellas ni siquiera saben qué les pasa hasta que no experimentan las enfermedades provenientes de las reglas y se van haciendo viejas. En ese caso, la necesidad y el tiempo les enseña la causa*

65 Estas afirmaciones vinculadas a Hipócrates de Cos y su escuela, no han podido ser confirmadas en los Tratados Hipocráticos, edición en 8 tomos de la Editorial Gredos, que carece de índice alfabético. Lo contrario sucede con las siguientes.

66 Aquí el editor aclara que: “Dentro de su estudio de los términos relacionados con hinchazón e inflamación en el Corpus Hipocrático, H. Dönt menciona este pasaje, y da como significado de *boubón*, aquí, “inflamación de los ganglios inguinales”, que he recogido”.

67 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997, Volumen II, pág. 261.

de las afecciones. A veces, a las que no conocen la causa de su trastorno las afecciones les llegan a resultar incurables ya antes de que el médico haya podido aprender correctamente de boca de la enferma el mal por el que se ve aquejada. En efecto, se avergüenzan de contarlo aunque lo sepan y por inexperience y desconocimiento les parece vergonzoso.

También ocurre que los médicos se equivocan por no informarse con exactitud del motivo de una enfermedad concreta y tratarla como enfermedad masculina.⁶⁸ Ya se ha visto a muchas morir por ese tipo de afecciones. Sin embargo, conviene inquirir enseguida y con exactitud la razón, pues el tratamiento de las enfermedades femeninas difiere mucho del de las masculinas.

(63) "Si la matriz se ha ulcerado, libera sangre y pus, y hay un fuerte olor. La mujer se ve atacada por un dolor agudo en las caderas, ingles y en el bajo vientre. El dolor va subiendo hacia arriba hasta la cintura, los costados y omóplatos; a veces llega incluso a las clavículas y es irritante. La cabeza duele mucho y hay desvaríos. Con el tiempo, la enferma se hincha toda y se ve atacada de astenia, desmayo, fiebre ligera y escalofríos. Se hinchan sobre todo las piernas.

La enfermedad ataca después de un aborto a la mujer a la que, después de haber perdido a la criatura corrompida dentro, no le vienen los flujos loquiales y cuyo cuello del útero arde. También ataca después de los flujos, y si en ellos fluyen sustancias que son agrias y biliosas, éstas se irritan. Cuando el médico se encuentre con una paciente así, en cuanto aparezcan los dolores, que lave con abundante agua caliente y aplique fomentos donde se localice el dolor. Si los dolores están arriba y la mujer es fuerte, hacer una fumigación completa y dar a beber un medicamento evacuante. Si lo permite la época del año, cocer suero y dárselo a beber durante cinco días, si la enferma es capaz. En caso de que no haya suero, cocer leche de burra y darla a beber durante tres o cuatro días. Después de la cura de leche⁶⁹, se hará que se recobre con agua y alimentos apropiados: carne tierna de cordero joven, aves, acelgas y calabaza. Que se abstenga de alimentos salados y agrios, de cualquier pescado, carne de cerdo, vaca y cabra, y que coma pan."

68 Esta mención podría bien tomarse como indudable referencia a enfermedad de transmisión sexual.

69 El Editor nos aclara que "El suero (orrós) es un producto que se obtiene de la leche y que está compuesto por agua y elementos solubles, como sales, azúcares y albúmina. Es bastante usado en terapia ginecológica, al parecer por sus efectos laxantes." Y en este artículo, nos aporta: "La cura por ingestión de leche (galaktoposíe) en combinación con la ingestión de suero, es un remedio típico de los tratados ginecológicos."

(Enfermedades de las Mujeres I) ⁷⁰

(64) “Cuando la matriz se ulcera, expulsa sangre, pus e ícor. En efecto, al haberse corrompido, se produce una enfermedad en ella. El bajo vientre se hincha y la enferma adelgaza: al tacto se resiente de dolor como si hubiera una herida. La enferma tiene fiebre y dentera y un dolor agudo e intenso en los genitales, en el pubis, en el bajo vientre, en la cintura y en las caderas”.

Esta enfermedad se presenta sobre todo después del parto, cuando alguna materia desgarrada se corrompe dentro de la matriz, y después de un aborto; también espontáneamente. Si el médico se encuentra con un caso de éstos, hay que lavar con abundante agua caliente y allí donde esté localizado el dolor aplicar fomentos y una esponja mojada en agua caliente. Que la paciente haga una irrigación evitando las sustancias agrias y astringentes. Se añadirán sustancias emolientes del modo en que al médico le parezca que es adecuado. Moler grano de lino y de saúco mezclados con miel, y fabricar con ellos un medicamento para utilizarlo de este modo: que el médico se lave con agua caliente, coja una esponja o un trozo blanco de lana, lo sumerja en agua caliente y limpie los genitales y las úlceras. Después, sumergiendo la esponja o el trozo de lana en vino puro, que haga con ella lo mismo. Efectuar seguidamente uncciones con el medicamento preparado antes cuantas veces le parezca al médico conveniente, y mezclar con él después resina y manteca de cerdo ⁷¹ y hacer que se lo unte con el dedo varias veces al día y por la noche. Tras esto, tostar grano de lino, triturarlo y tamizarlo, triturar adormidera blanca ⁷² en harina y tamizarla, cocer queso de cabra, extraerle el suero y el salitre y mezclarle mantequilla y flor de harina de cebada. Después, hacer porciones iguales del medicamento, del queso y de la harina y dárselos a beber en ayunas al alba, mezclando vino seco rebajado. Por la tarde administrarlos mezclando también ciceón espeso. Dar a beber alguno de los preparados destinados a las mujeres, el que mejor admita.

Mientras fluya sangre abundante y haya fuertes dolores que ceden por poco tiempo, conviene hacer eso. Pero cuando la úlcera sea menor y la

⁷⁰ TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997, Volumen IV, Pág. 128 – 129.

⁷¹ El Editor nos agrega que: “La manteca de cerdo, al igual que la grasa de otros animales, se utiliza por lo general como excipiente para preparar algunos tipos de ungüentos.”

⁷² La adormidera blanca quizá sea la variedad de la que habla Dioscórides, una especie de *papáver* doméstica que se siembra en los huertos y cuya simiente, blanca, se utiliza en panes de uso medicinal. A esta variedad, según Dioscórides, se la denomina *stylakitis*. (Nota del Editor).

enferma se vea atacada por dolores leves y a largos intervalos de tiempo, hay que hacer que beba los medicamentos por cuyo efecto se purgaría la parte inferior en vez de la superior, dejando transcurrir todo el tiempo que se juzgue necesario. Fumigar con sustancias suaves, haciendo sentar encima a la enferma, según se juzgue oportuno en cada momento. Si la paciente hace esto, se cura. Esta enfermedad es lenta y mortal y pocas escapan a ella.” (Enfermedades de las Mujeres I)⁷³

(90) *“Cuando hay úlceras que escuecen y cuando hay inflamación, utilizar esta irrigación: mezclar grasa de ganso y resina, diluirlas en agua tibia e irrigarlas. O bien miel, fundir con ella manteca e irrigarlas. También se puede rallar brionia en una cantidad de un tazón pequeño y añadir la misma cantidad de mirra y miel, diluir en vino tinto oloroso e irrigar tibio.*

Si los bordes de los labios están ulcerados o infestados de pústulas durante la regla, utilizar carne de buey, mantequilla o grasa de ganso, y anís, azafrán o polvo de Chipre⁷⁴; triturar todos estos componentes y untar con ellos el trozo de carne aplicándolo como pesario.

Si hay úlceras y éstas pican, carne de buey untada en grasa y aplicada como pesario; hacer además una irrigación. En caso de que las úlceras tengan mal aspecto, hacer fumigaciones con raíz de higuera y beber después pera en vino dulce.

Cuando hay úlceras en las partes genitales, untar en ellas grasa de buey, cocer bien mirto en vino y hacer un lavado con el vino, o bien lavar a base de hojas de olivo, zarza y granado. El mismo efecto tienen las hojas de persea⁷⁵ y el vino de Prannio: triturar bien las hojas y aplicar el preparado a los genitales. Igualmente sirve el grano de eneldo y el de apio triturados y aplicados en unguento.

Si hay aftas en esas partes, curarlas del siguiente modo: un trozo de carne de buey de dos palmos de largo y del grosor aproximado de un mango; aplicarlo en pesario hasta el atardecer y quitarlo por la noche. Al día siguiente aplicarlo de nuevo hasta mediodía y beber además vino dulce mezclado con miel.

73 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997, Volumen IV, Pág. 131 - 132.

74 El polvo de Chipre es el óxido de cobre (el cobre es el mineral chipriota por excelencia). (Nota del Editor).

75 Cierta frutal egipcio a veces confundido con el melocotonero erróneamente. Fortes, *op.cit.*, entre otros, acepta la clasificación de *Mimusops schimperii* Hochst. Para esta planta, mientras que hasta ahora se había propuesto la de *Cordia myxa* L. (Nota del Editor).

Una irrigación para cuando la matriz esté ulcerada y sobrevenga estranguria: puerros, grano de saúco, séseli, anís, incienso, mirra y vino en cantidad idéntica a la del agua de la cocción de los productos anteriores; se mezcla todo, se cuece, se deja enfriar y se irriga con moderación. También se pueden irrigar miel, manteca, médula y cera.

En todos los casos de úlceras que haya o se produzcan en los genitales, triturar bien hojas de olivo, de zarza, de hiedra y de granado dulce; diluirlas en vino añejo, aplicarlas de noche a los genitales en un trozo de lana y hacer también una cataplasma con ellas. Cuando sea de día quitarla, cocer mirto en vino y lavar la zona.

También se puede utilizar grasa de ganso y resina derretidas y hacer una irrigación; o hacer la irrigación con manteca y aceite de cedro mezclados con un poco de miel.

Para secar las úlceras del cuello del útero triturar en vino flor de plata y hacer una irrigación, o bien hacerla de manteca con miel, o diluir en vino tinto fuerte que esté templado brionia, mirra y miel e irrigar con ello al día siguiente. Cocer en agua hojas de lentisco e irrigar con ello.

Otro remedio en caso de que se ulcere el cuello del útero: manteca, incienso, mirra, resina y médula de ciervo para hacer una irrigación con todo ello; o bien, cocer lentejas en agua, colarlas y hacer la irrigación con el agua. Cuando fluya agua de la matriz, haya llagas y éstas escuezan, untar la zona con grasa de ganso y un huevo; o, también, grasa de oveja o de cerdo y lentejas cocidas en vino rebajado con la mitad de agua e irrigar con ello.

Las llagas de los genitales empaparlas con vino, esparcir en ellas polvo de incienso, zarza y corteza de pino y lavarlas con el agua de la cocción de estos elementos.” (Enfermedades de las Mujeres I) ⁷⁶

En “Sobre las Mujeres Estériles” ⁷⁷ se lee, en el párrafo [227]: “Si una mujer no tiene fiebre en la zona genital interna, y no puede quedarse embarazada a causa de la matriz, no puede tener relaciones sexuales con su marido y siente somnolencia y desgana, mezclar vino con miel, verterlo en los genitales y fumigar con mirra. Introducir en el ano un pesario a base de una mezcla de grasa de ganso e infundirlo también dentro de los genitales. Irrigar luego aceite mezclándole una cantidad de miel.”

⁷⁶ TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997. Volumen IV, Pág. 184 - 186

⁷⁷ TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997. Volumen IV, Pág. 309.

En “Sobre la Naturaleza de la Mujer”⁷⁸ se lee, en el párrafo 83: “*Si hay úlceras en los genitales, untarlos con grasa de buey y aplicarla en pesario. Lavar con cocimiento de mirto en vino.*”

En “Epidemias”, Libro III⁷⁹, en el párrafo 7, se lee: “*Había también otras fiebres, acerca de las que se escribirá. Bocas, en muchos, llenas de aftas y de llagas. Flujos abundantes por los genitales, llagas, tumores por fuera y por dentro: los de las ingles⁸⁰. Oftalmías húmedas, prolongadas, con sufrimiento. Excrecencias en los párpados por fuera y por dentro, que destruyen la vista de muchos y a las que denominan “higos”. Y se desarrollaban también muchas sobre las otras llagas y en los genitales. Muchos ántrax durante el verano y otras afecciones que son llamadas “putrefacción”. Grandes pústulas. En muchos, grandes herpes.*”

Podrá conjeturarse qué género de patología haya querido tratar Hipócrates y su escuela en estos fragmentos. Pero no cabe duda, que algunas citas se corresponden con lesiones de enfermedades de contagio sexual.

Se cree que la sífilis ya estaba presente en la Antigua Grecia. Hipócrates (460 a.C.), en su tercer libro sobre Epidemias, escribió sobre abscesos y ulceraciones de los genitales. También Cornelius Celsus (25 a.C.) describió úlceras venéreas serpiginosas y gangrenosas. Plinio el Mayor, en el primer trabajo enciclopédico conocido sobre Historia Natural, describió como “Boas” a erupciones como las de la sífilis.⁸¹

78 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997, Volumen IV. Pág. 409.

79 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997, Volumen V. Pág. 108.

80 Nota del Editor: “*Tá perí boubónas*: se refiere a los tumores o hinchazones formados en las ingles. *Boubón* en algunos pasajes corresponde también a una “inflamación de los ganglios inguinales”.

81 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco. PACIEL, José: HISTORIA, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL URUGUAY, Academia Nacional de Medicina, Montevideo, 1986. 360 páginas. Páginas 9 y 10.

EN TIEMPOS DE GALENO

Galeno (129 d.C., a 216 d.C.) acuñó el término *gonorrea*. En *De Locis Affectis* (Sobre la localización de las Enfermedades) ⁸² Dedicar un capítulo completo (el 6) de su Libro VI a: *Ulceración del pene. La gonorrea y el priapismo. La erección y la eyaculación. Autodidaxia de algunas funciones; ejemplos.* Transcribiremos solamente los párrafos 438 a 442, por tratarse de las descripciones médicas originales más antiguas que hemos encontrado:

#438 De las sustancias excretadas por el ano son pocas las que indican afección de las partes cercanas, correspondiendo la mayoría a dolencias de intestinos, estómago, bazo e hígado, e incluso siendo a veces indicios de los humores del cuerpo entero; igualmente, pocas de las sustancias expulsadas por el pene indican una afección propia, y la mayoría son indicios de la vejiga y riñones, del hígado y el bazo, del pulmón y el tórax, y de la condición humoral de todo el cuerpo. Se distinguen por las otras características que corresponden, como hemos dicho, a cada parte afectada.

Reconocerás que es el propio pene el afectado por los siguientes síntomas: es señal cierta de su ulceración el dolor que en él se produce, junto con la evacuación urinaria de algunas materias inherentes a la úlcera. Éstas se distinguen de las procedentes de la vejiga porque aparecen en el primer chorro, mientras que las de la vejiga salen mezcladas con la orina. Además, las úlceras del pene producen un continuo escozor durante la micción, sobre todo cuando quedan al aire al desprenderse la costra de úlcera o la suciedad. Las inflamaciones y las afecciones semejantes se reconocen aún más fácilmente; pero respecto a la gonorrea y el priapismo es preferible extenderse.

439 La gonorrea es una expulsión involuntaria de esperma, pero se la puede llamar más atinadamente incontrolada, al ser una expulsión frecuente de esperma, sin dilatación del pene. El priapismo es un incremento de todo el pene en extensión y grosor, sin excitación erótica ni calor añadido, como les ocurre a algunos individuos acostados boca arriba. Así lo han definido algunos; pero se puede hacer de forma más concisa: es un aumento o hinchazón permanente del pene. Obviamente su nombre deriva del de

⁸² GALENO: SOBRE LA LOCALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES (De Locis Affectis). Biblioteca clásica Gredos. Introducciones de Luis García Ballester, Madrid, 1997, 462 páginas. Médico y filósofo nacido en Pérgamo, que se formó y practicó en Alejandría y luego vivió en Roma, como médico del Emperador Marco Aurelio, y luego de su muerte, lo fue de su hijo Cómodo.

*Priapo*⁸³, que es esculpido y pintado con un pene así por naturaleza. El nombre de la gonorrea está evidentemente compuesto de goné (pues semen se dice también goné y gónos) y de rein.

440 Con el esperma ocurre como con todas las demás sustancias evacuadas de nuestro cuerpo; su expulsión tiene lugar de dos formas: unas veces son expulsadas por los cuerpos que las contienen, otras veces fluyen espontáneamente al no ser retenidas por debilidad de los cuerpos mismos. El trabajo, pues, de la naturaleza respecto a todas estas materias semejantes consiste tanto en expulsarlas como en retenerlas en los momentos adecuados. La expulsión tiene lugar cuando se abre el conducto del desagüe y el resto de la cavidad se contrae y empuja todo lo que contiene hacia el canal abierto; y la retención, al mantenerse el canal cerrado y no haber ninguna presión del continente sobre el contenido, sino todo lo contrario, contracción y retención. Así funcionan, en el estado natural, las secreciones y retenciones de los humores contenidos en los órganos huecos. Pero, en el estado patológico, las retenciones tienen lugar por falta de fuerza de la capacidad secretora, y las secreciones, por debilidad de la capacidad de retención o por alguna afección que excita las partes de la misma forma que lo hace la facultad secretora natural, como les ocurre a los conductos espermáticos en las epilepsias y otros espasmos que se producen con violencia.

441 En otras partes, como manos, pies o dedos, vemos también que los espasmos se producen, unas veces al mismo tiempo que se convulsiona todo el cuerpo, y otras veces, cuando sólo están afectadas estas partes. No es, pues, extraño que sólo en los vasos espermáticos se produzca una dolencia como la gonorrea, análoga a las emisiones involuntarias de orina, cuando la propia fuerza retentiva se halla paralizada. La gonorrea es, por tanto, una afección de los órganos espermáticos, no del pene, que es utilizado como vía de expulsión del esperma. En cambio, el priapismo parece claramente un síntoma del pene, y también es posible que, cuando éste no tiene ninguna afección propia especial, sea sólo un síntoma de las arterias, que a veces sufren un estado anormal como el que se produce en ellas cuando tiene lugar la erección natural de todo el pene. Que el pene se hincha por un pneuma es evidente para quienes observan la rapidez de su inflamación y contracción, pues ningún humor es capaz de hacer un cambio tan rápido en uno y otro sentido. Puesto que esto es así y en las disecciones se ve que las grandes

83 Priapo, considerado generalmente como hijo de Afrodita y Dioniso (o Hermes, Zeus o Adonis), era representado como un hombre deforme con un enorme falo en erección. (Nota de Galeno).

arterias desembocan en una parte tan pequeña como el pene, y se observa también la sustancia que lo compone y que ninguna otra parte posee – pues el pene es un cuerpo de aspecto nervioso y completamente cavernoso, excepto lo que se llama glande ⁸⁴ -, lo único que se puede pensar es que se hincha en las erecciones al llenarse de un pneuma vaporoso procedente de las arterias, y por eso el glande siempre tiene el mismo aspecto, porque no existe en él el nervio cavernoso.

442 ¿Cuál es, pues, la causa de que el pene se ponga erecto en la excitación amorosa o cuando se está acostado boca arriba y se calienta la zona lumbar? Si se encuentra la causa, podemos confiar en descubrir también la afección del priapismo. Es absolutamente evidente que la primera causa es necesariamente la repleción de las arterias, del nervio cavernoso, o de ambos, cuando han experimentado algún cambio en su constitución anterior. Observemos ahora cuál es el más influyente de estos dos órganos, o si lo son ambos al mismo tiempo, comenzando por lo siguiente. ⁸⁵

EN OTRAS CULTURAS, FUERA DEL MUNDO GRECO - LATINO

En la Biblia se usaba indistintamente la palabra *sara'at* aplicable a dermatopatías contagiosas y no contagiosas. En la versión de la Biblia de los Setenta, se atribuye a la voz “lepra”, un significado distinto del actual, tal vez debido a que quienes traducían no tenían formación médica. En la Antigüedad, lepra no se aplicaba a las lesiones producidas por *Mycobacterium leprae*, (el que no era por entonces identificado) sino más bien a la actual *psoriasis*. En el *Levítico* 13:43, se habla de chancro duro; y en *Levítico* 13:11 se menciona la sífilis crónica, bejel y frambesia.

La Medicina Hindú del siglo XVI aparece dominada por el gran médico de Benarés, Bhâvamishra, en cuyo Bhâvaprakasha se cita la sífilis, *phiranga*, enfermedad introducida por los portugueses, así como su remedio, *cobasini*, que debió ser importado hacia 1535. ⁸⁶

⁸⁴ *Bálanos* significa “bellota” y “glande del pene”, por su semejanza con este fruto. (Nota de Galeno).

⁸⁵ Los párrafos siguientes conducen al examen de la cuestión del priapismo, y a distintas situaciones clínicas, que sería muy distante del tema central de esta exposición, por lo que interrumpimos aquí la transcripción de Galeno.

⁸⁶ LAÍN ENTRALGO, Pedro. Op. Cit.

En China, durante la dinastía Ming (1368 – 1644) aparece mencionada en el Pent sao Kang-mu de Li Che-chen (1518 – 1593). Menciona la sífilis, aparecida en China en torno a los años 1505 – 1506, casi al mismo tiempo que era señalada por los médicos occidentales, árabes e hindúes, y tratada en toda Eurasia con preparados mercuriales y *la raíz de China*.⁸⁷

EN LA EDAD MEDIA

En la Edad Media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, devastando pueblos y ciudades enteras. En los siglos XV y XVI una epidemia de sífilis arrasó Europa, dejando como resultado miles de muertos, por carecerse de terapéutica eficaz. Sólo se disponía de las plegarias.

Los cambios en la vida sexual registrados en la Edad Media y principios de la Edad Moderna, tienen mucho que ver con la eclosión de esta enfermedad. Podría hablarse de una “*patología de la abstinencia*”. Ya en los escritos hipocráticos se resaltaban los peligros que encerraba, tanto para el hombre como para la mujer, una abstinencia demasiado prolongada. La situación sexual, no fue nunca tan crítica en la Antigüedad, debido a una forma de vida más natural. Pero con la castidad reclamada por la Iglesia cristiana en general y la completa abstinencia para la mayor parte de sus servidores, se originó una fuerte oposición a las exigencias de la higiene que desde la Antigüedad se practicaban, lo que sin duda aparejó numerosos conflictos. La regla esencial de conducta, en lo que hace al hombre, consistió en tratar de dominar todas las fantasías eróticas impulsoras del humor viscoso hacia los órganos sexuales, debiéndose identificar sin duda la fluxión de la flema al cerebro, con la corriente pecaminosa de pensamiento del mismo órgano. Cuando la vida intelectual era demasiado perturbada por deseos impuros, se recomendaba contra ello la sangría de venas superficiales situadas en la cara interna superior del muslo. Con respecto a la mujer, también se dan muy prudentes consejos. Las molestias que podían originarse para ella en caso de abstinencia consistían en la ascensión del útero en el vientre en busca de la flema. Pero la exigencia imperiosa de la higiene, en unión con la fuerza del pecado original, se abrió paso paulatinamente a través de los diques religiosos y, al igual que un aluvión, acabó la naturaleza por hacer valer su derecho largamente reprimido. Hubo un verdadero tránsito desde la represión (recordemos los tres siglos de Cruzadas y la aparición de los “cinturones de castidad” para asegurar la continencia de la mujer, a veces idolatrada y a

87 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit.

veces tratada como mero objeto sexual) hasta las eclosiones y orgías que se daban entre los nobles y en algunos círculos religiosos e intelectuales. Esto explica, en parte, las costumbres disolutas que caracterizaron las postrimerías de la Edad Media, las cuales arrastraron a su vez, una enorme propagación de enfermedades venéreas que alcanzaron su culminación en el tránsito a la Edad Moderna, cuando la sífilis causaba estragos en la mayor parte de Europa.⁸⁸

En el siglo XII en Londres una norma prohibía a dueños de burdeles contratar mujeres que padecieran escozor de genitales, interpretando tal vez la sensación de ardor miccional (sin descartar los ectoparásitos como el *Pthyrus pubis* o ladilla).

Por el año 1300 *John Ardeme*, cirujano de *Ricardo II* y *Enrique IV* de Inglaterra, fue el primero en utilizar el término *purgación*. El origen de esta palabra es poco claro y puede hacerse referencia a la palabra francesa *clap plover*, que significa buba; a *le clapier*, casa de prostitución; o a la palabra *clappers*, que eran instrumentos para hacer ruido y advertir la proximidad de leprosos.

Ya hacia el año 600 d.C se comenzó a aislar a los leprosos, adoptándose en lo sucesivo medidas de precaución cada vez más severas. Se les obligaba a utilizar pilas especiales de agua bendita, asignándoles asientos separados en las iglesias, cuando los desventurados no podían disponer de capilla especial. Incluso había algunas iglesias destinadas exclusivamente para estos enfermos. (Recordemos que la denominación de "leprosos" incluía un amplio abanico de afecciones con lesiones ostensibles de piel, por su simple aspecto que provocaba repugnancia o rechazo y en consecuencia aislamiento y discriminación, sin una certificación etiológica; por lo cual es posible que muchos de los así denominados, padecieran afecciones diferentes a la lepra propiamente dicha).

También la sífilis dio su dura lección sobre las propiedades y consecuencias de las enfermedades infecciosas. Esta grave enfermedad venérea hace una repentina aparición en la literatura médica, ya que no empieza a hablarse de ella hasta el último decenio del siglo XV, alcanzando en este breve período una rápida propagación en todos los ámbitos de Europa con el nombre de *mal français* o *morbus gallicus*. Esta circunstancia ha dado

⁸⁸ FAHRAEUS, Robin: *Historia de la Medicina*: páginas 263 – 264.

pie durante mucho tiempo a la errónea suposición de que la sífilis fue una nueva enfermedad en Europa, importada de América por los marineros de Colón.

Parece comprobado que con anterioridad a esa fecha era ya endémica en el continente europeo. Su mayor propagación en dicho tiempo se debió sin duda, en parte, a la circunstancia antes citada de que la higiene antigua tal vez dominante, prohibía la continencia. Otra causa debió de ser seguramente el aumento del tráfico y de los medios de comunicación. Pero es también posible que la fuerte propagación del “mal francés” fuese sólo aparente, debido a las mayores posibilidades para diagnosticar la sífilis, circunstancia que no debe nunca perderse de vista cuando se desea explicar la aparición de nuevas enfermedades o la mayor frecuencia de las ya conocidas. Manifestóse la sífilis en esta época bajo modalidades muy variadas y corrientemente en forma de ulceraciones en diferentes partes del cuerpo. La identificación o el diagnóstico no se logró en gran escala antes de que se llegase al descubrimiento de que todas, o al menos la mayor parte de las alteraciones patológicas de este género, que curaban rápidamente por el tratamiento de mercurio, podían ser consideradas como sífilis.⁸⁹

En Múnich existe en la biblioteca del Estado Bávaro una ilustración con una breve plegaria de intercesión a *San Dionisio, el Patrono de los sífilíticos*. Era tiempo en el que sólo podía tratarse la enfermedad mediante la oración. En cada una de las esquinas inferiores de esta plegaria hay pintado un penitente con una erupción cutánea, cuya cabeza mira al cielo en actitud suplicante.⁹⁰

EN EL RENACIMIENTO

Los bañeros y barberos formaban un grupo de curanderos más sencillos y no ambulantes, que practicaban pequeñas intervenciones como aplicación de ventosas, extracción de piezas dentarias y sangrías. Parecido a este grupo era el de los cirujanos no académicos, que se hacían cargo de las luxaciones, fracturas óseas y heridas de toda clase, y en caso extremo, también de las amputaciones. Un trabajo que al principio de la Edad Moderna proporcionaba buenos ingresos fue el tratamiento de la lúes, efectuado en gran parte por los

89 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit. Pág. 287 – 288.

90 SPENCE, R.M., *Gonococcia*. Clin. Obst. Ginec. 1983; 1(3): 129-31, citado por LUGONES BOTELL, Miguel A. y colaboradores.

cirujanos, quienes de este modo lograron elevar bastante su situación social y económica. Con todo, el aumento de su prestigio no fue tan importante, ya que a fines del siglo XV se combinaron en Francia, legalmente, el trabajo del barbero y el del cirujano.

En las intervenciones quirúrgicas de mayor alcance fueron los fracasos una cosa corriente, factor que proporcionó a los cirujanos continuas dificultades, más aún por el hecho de que cada operación era una verdadera tortura (la anestesia era por entonces desconocida). A las desagradables relaciones que por estas dificultades se establecían entre la ciencia médica y la administración de justicia, hay que añadir otra, a saber: el verdugo, que disfrutaba en ciertos círculos de un prestigio médico y que a menudo fue consultado. Otra disciplina emparentada con la cirugía, la obstetricia, estaba al comienzo de la Edad Moderna igualmente retrasada en el aspecto social. La puericultura era asunto de las mujeres. La exclusión del hombre al terminarse el embarazo no fue del todo obligatoria, y en caso de graves complicaciones se solía llamar a un cirujano o médico, por si pudiera resultar útil. Sin embargo, las pocas intervenciones en casos esporádicos no sirvieron para fomentar la ciencia obstétrica. Hubo que conformarse con la habilidad profesional de una comadrona, la cual aprendía las manipulaciones de su antecesora y se las enseñaba a la que había de sucederle.

En el ambiente de esta extraña mezcla de estafa, curandería y medicina primitiva creció la auténtica Cirugía en el siglo XVI, época real de su nacimiento. En la mayoría de los países occidentales surgieron los cirujanos o los llamados médicos de heridas, con sus nuevos libros de enseñanza en el arte de operar y de tratar heridas. En el mundo sencillo de los barberos y cirujanos aparece Ambrosio Paré (1510 – 1590), la figura precursora de la Cirugía moderna y orgullo de Francia en un sector de la Medicina en el que los franceses, durante siglos enteros, mantuvieron una posición sobresaliente.⁹¹

⁹¹ FAHRAEUS, Robin. Op. Cit. Páginas 361 – 373. AMBROSIO PARÉ nació en Laval y de allí en su juventud se fue a París para emplearse como aprendiz de barbero. Al cabo de algún tiempo entró como enfermero en el hospital Hôtel-Dieu, donde prestó servicios durante tres años y para practicar lo que allí había aprendido sobre cirugía militar, siguió al ejército francés en su marcha a Italia. El rey Francisco mandó a Piamonte en 1536 su ejército para combatir las tropas imperiales, en el que servía un joven barbero cirujano de veintiseis años, llamado Ambrosio Paré. En el ataque a una fortaleza en el norte de Italia tuvieron los franceses muchas bajas, heridos principalmente por arma de fuego. A Paré le faltaba experiencia en el tratamiento de esta clase de heridas. Sin embargo, durante la primera batalla había estudiado el libro que trataba estos asuntos, la *Practica in Chirurgia*, aparecida por primera vez en 1514, de Juan Vigo (1460 – 1520), el mejor de los médicos de traumatismos en Italia por aquel tiempo, y que al tiempo de

Al tiempo que Colón descubrió el Nuevo Mundo, entre los indios existentes estaban en forma destacada los Caribes y los Araucos, que junto con los Siboneyes se asentaron progresivamente en las Antillas, procedentes de las sabanas del Orinoco. Entre los dos primeros grupos, las enfermedades más comunes fueron la sífilis y la frambesia, (sólo la sífilis es de contagio venéreo; la frambesia no lo es).⁹²

Al regreso de Colón del Nuevo Mundo, hace eclosión la sífilis en Europa Continental. Allí aparecen los defensores de la teoría colombina y precolombina de la sífilis, como veremos más adelante.

La epidemia de sífilis comenzó en Barcelona poco después del regreso de Colón⁹³,

la batalla mencionada, estaba ya traducida al francés. Para más seguridad, Paré se informó con sus colegas de mayor edad en el ejército, en lo referente a las indicaciones de Vigo sobre el tratamiento con aceite de las heridas de arma de fuego, y todos ellos se lo confirmaron: el aceite debía hervir por completo. Quizá fue Paré muy generoso o el número de heridos demasiado grande. El caso es que se terminó el aceite. Para los restantes heridos se vio obligado a utilizar la pomada acostumbrada, compuesta de yema de huevo, aceite de rosas y trementina. Por la noche se acostó desesperado, sin poder conciliar el sueño, y al amanecer se levantó para ver si sus enfermos tratados sin aceite ya habían fallecido. Le admiró encontrarlos relativamente bien, mientras que el estado de los tratados con aceite era peor, pues todos tenían mucha fiebre y fuertes dolores en sus lesiones gravemente quemadas e infectadas. “Por este motivo – finaliza Paré su relato – tomé la decisión de no quemar nunca más a estos pobres heridos por arma de fuego.” Ambrosio Paré pasó casi toda su larga vida en campaña, participando en numerosas batallas y en asaltos y sitios a ciudades y fortalezas, en una de cuyas ocasiones cayó prisionero de los imperiales. Su tarea principal era el cuidado de los heridos, sin otra recompensa, según él mismo cuenta, que la amistad de muchos soldados valientes. Cuando la casualidad le llevó a la sitiada ciudad de Metz, lo pasearon los soldados en hombros por la ciudad. Sin embargo, su categoría llegó a ser muy elevada, pues sirvió como cirujano nada menos que a cuatro reyes franceses. Ambrosio Paré murió en 1590, a los ochenta años de edad. La tradición dice que fue tan amado por los buenos como odiado por los malos, que en París eran mayoría. Para usar sus propias palabras, diremos que su obra parecía una luz encendida que no perdía brillo al encender otras luces. Subrayó siempre ante sus discípulos que el alma de la verdadera ciencia se halla en la experiencia propia. En la estatua levantada en su honor en su ciudad natal, una inscripción dice con expresión de Paré, que demuestra tanto orgullo como modestia: “*Je le pansay, et Dieu le guarist*”, esto es: “Yo le curé, y Dios le sanó”.

92 LAÍN ENTRALGO, Pedro. Op. Cit.

93 THOMAS, Hugh: El Imperio Español. De Colón a Magallanes. Planeta. Barcelona, 2004, 840 páginas. Páginas 124 – 128: Debe recordarse que Cristóbal Colón, al término de su primer viaje, fue al encuentro de los Reyes Católicos en Barcelona, donde ellos permanecieron largo tiempo. Colón llegó a Barcelona probablemente el 21 de abril de 1493. Según el padre Bartolomé Las Casas, las calles estaban llenas, y los monarcas recibieron a Colón como a un héroe, permitiéndole sentarse en su presencia y cabalgar junto a ellos durante sus recorridos. Las Casas añadía que el Almirante “parecía un senador del pueblo romano”. Pedro Mártir de Anglería, que estuvo presente, escribió

que “Colón fue recibido con honores por el rey y la reina, que lo hicieron sentar en su presencia, una muestra de gran afecto y honor entre los españoles”. Y añadía que Colón era como “uno de esos personajes a quienes en la Antigüedad convertían en dioses”. El cartógrafo Jaume Ferrer, que también estuvo allí, pensaba que el Almirante era “como un apóstol que hacía por Occidente lo que santo Tomás había hecho en la India”. Se rezó un *Te deum* en la capilla y, según el padre Las Casas, “Qué júbilo, qué gozo, qué alegría bañó los corazones de todos”, al arrodillarse emocionados. Colón le regaló a la reina hutías (mamífero roedor abundante en Las Antillas, de pelaje espeso y suave, parecido a la nutria, y hoy casi extinguido), guindillas, boniatos, monos, loros, oro y seis hombres que llevaban pendientes de oro y aros en la nariz, unos hombres que no eran blancos, sino “del color del membrillo”. Aquellos taínos (indios primitivos habitantes de la isla de Cuba) fueron bautizados y apadrinados por la familia real, y uno de ellos, “Juan de Castilla”, fue nombrado paje, aunque lamentablemente “Dios lo llamó pronto a su lado”. Durante los diez meses que Colón estuvo ausente de la corte, los monarcas habían abandonado Granada y Santa Fe, a finales de mayo de 1492. Primero fueron a Córdoba y después viajaron hacia el norte, deteniéndose de vez en cuando hasta llegar a Barcelona, el 18 de octubre, donde permanecieron hasta finales de enero de 1493, básicamente a supervisar la negociación diplomática para recuperar el Rosellón y la Cerdeña, que el padre de Fernando, Juan II, había hipotecado al rey Luis XI de Francia en los años sesenta de esa centuria. Entretanto, la reina preparó su reforma de los monasterios. En diciembre de 1492 Fernando había sido atacado por un hombre con un cuchillo en la plaza del Rey de la capital catalana. Por suerte el rey llevaba una gruesa cadena de oro que desvió el arma y le permitió sobrevivir al ataque. El agresor era un perturbado mental, “el payés Juan de Cañamares”, que confesó que el demonio le había dicho que matase al rey, porque el reino le pertenecía a él por derecho. La reina “fue de inmediato junto a su esposo”, tras ordenar que cuatro galeras de guerra se situasen frente al muelle para proteger al infante. “Llamaron a un batallón de médicos y cirujanos – escribió Pedro Mártir de Anglería -, y oscilamos entre el miedo y la esperanza”. Tras varios días con fiebre, Fernando se recuperó. El agresor tuvo una muerte espantosa, cuyos detalles le fueron ocultados a la reina Isabel hasta que se hubo producido. Isabel le escribió a su confesor Talavera: “Pues vemos como los reyes pueden morir en cualquier desastre. Razón es aparejar a bien morir”. El 19 de enero de 1493, los dos monarcas firmaron un tratado con Francia en virtud del cual Francia devolvía a Aragón las disputadas regiones del Rosellón y de la Cerdeña de las que se habían apoderado en los años sesenta del siglo XV. A cambio, los soberanos españoles accedieron a que el rey Carlos VIII fuese a Italia para desafiar en combate singular al sobrino de Fernando, Ferrante, rey de Nápoles. Mientras tanto, los Reyes tomaron debida nota de la noticia de que el papa Inocencio VIII moría a fines de julio de 1492, y de su apresurado entierro en un sepulcro diseñado por Pollaiuolo – y de que el cónclave cardenalicio había votado al cardenal Borgia, de la misma familia valenciana que Calixto III (su tío), que ascendió así al papado con el nombre de Alejandro VI a la edad de sesenta y un años. “Una victoria lograda – dijo Guiccardini -, porque compró abiertamente muchos votos, en parte con la promesa de cargos y prebendas”. Aunque muchos pensaban que este Papa Borgia sería un papa angelical, no ambicioso del poder terrenal, sino del bien de las almas, era descaradamente sensual y amante de las cosas del mundo, sobre todo de las mujeres, además de gran promotor de su familia

y se expandió a las tropas francesas que sitiaban Nápoles, recorriendo luego toda Europa, planteándole numerosas interrogantes a los médicos de la época.

Ni la sífilis ni la gonorrea (salvo lo ya transcrito de Galeno) figuraban descritas en los textos clásicos, de allí que los perplejos seguidores de Galeno y Avicena no supieran a qué atenerse respecto a su diagnóstico y tratamiento. La confusión llegó a ser tan grande que ambas enfermedades fueron consideradas una única entidad morbosa, error que persistió durante varios siglos. Es de hacer notar que Juan Fernel fue el primero en defender la separación de ambos cuadros.

Cuando el orgulloso ejército de Carlos VIII de Francia avanzó sobre Nápoles, sus generales no podían suponer el desastre que se avecinaba. Al sitiar la ciudad, las prostitutas y vivanderas francesas tomaron contacto con los soldados españoles, que colaboraban como aliados de los galos. Pocas semanas después, las tropas del rey Carlos comenzaban una rápida retirada hacia el norte, abatidas por una misteriosa epidemia y sembrando el contagio entre las poblaciones que encontraban en su camino. La gran virulencia de la epidemia y el hecho de que los italianos la contrajeran de los franceses (y éstos a su vez de los españoles a través del trato sexual con sus prostitutas y vivanderas) hicieron que los itálicos llamaran a la enfermedad *morbus Gallico*, o sea “mal francés”.

Varios interrogantes se plantean al historiador ante este acontecimiento: ¿fue una epidemia de sífilis exclusivamente o un conjunto de enfermedades las que afectaron a los sitiadores? ¿Es realmente la sífilis una enfermedad americana? Lo cierto es que la sífilis estuvo allí presente entre los enemigos de Nápoles.

Se ha discutido abundantemente sobre cuál fue el origen de la pandemia de sífilis que asoló Europa en el siglo XV, en caso de no ser los mercenarios de Carlos VIII de Francia, que previamente habrían acompañado a Cristóbal

(incluyendo a su criminal hijo César). En todo caso los monarcas detestaban la idea de un papa “perverso, lascivo y con desmedida ambición para sus hijos”. El mismo autor señala (página 164) que: El 2 de febrero de 1494, Antonio de Torres, el hombre de los monarcas en La Española, y a quien Colón pensó encomendar el mando del fuerte de La Isabela, zarpó rumbo a España con doce de las naves que formaban parte de la expedición (dejando a Colón con cinco), portando una carta a modo de memoria formal del Almirante; una carta de Álvarez Chanca, que también embarcó, así como oro por valor de treinta mil ducados, canela, pimientos, leña, un grupo de indios que habían esclavizado y sesenta papagayos. Torres también llevó consigo a varios centenares, ahora decepcionados, de aquellos que partieron en 1493. Aquél fue aparentemente el viaje que introdujo la sífilis en el Viejo Mundo (la única aportación negativa del Nuevo Mundo).

Colón en su primer viaje. ¿Podría ser que la sífilis endémica se extendiera durante el siglo XV por toda Europa debido a la miseria generalizada y a las guerras? ¿Podría ser que el curso grave de la enfermedad se debiera a un aumento de la virulencia del treponema endémico? ¿Podría deberse a un terreno abonado a la enfermedad como lo era la población hambrienta, pobre y debilitada de la época? Quizás esta última hipótesis sea la más verosímil si, a la luz de la historia, observamos que ilustres personajes de los siglos XV y XVI, como los reyes de Francia Carlos VIII y Francisco I, los papas Alejandro VI, Julio II y León X, César y Lucrecia Borgia, Erasmo de Rotterdam y Benvenuto Cellini, sobrevivieron a la sífilis sin secuelas.⁹⁴

El cronista Gonzalo Hernández de Oviedo y Valdés (1478 – 1557) puede considerarse el gran difusor renacentista del origen americano del mal, y esa opinión ha sido generalmente aceptada hasta tiempos bastante modernos. Sólo a principios del siglo XX, algunos autores han supuesto que la sífilis existía en Europa en tiempos precolombinos y que lo característico del Renacimiento fue su inusitada virulencia. Esta discusión todavía no ha sido aclarada definitivamente y habrá entonces que esperar nuevos estudios para dirimirla. La literatura médica renacentista es pródiga en interpretaciones sobre las causas de esta enfermedad: aberraciones sexuales, contraída por prácticas contra natura de los indios con las llamas (los camélidos andinos), o unión de distintas enfermedades.

Su terapéutica fue ensayada con el mercurio o con tinturas y otras aplicaciones de un árbol americano, el guayaco. Célebres médicos dedicados al tratamiento del nuevo mal fueron los italianos Berengario da Capri (ca. 1470 – 1570) y Niccoló Massa (- 1569). Este último fue el autor de una difundida obra que lleva por nombre *De morbo Gallico*. Sin embargo, el más importante autor renacentista sobre el tema fue el veronés Gerolamo Fracastoro (1478 – 1553), autor de una interesante teoría sobre el contagio de las enfermedades e inventor del nombre *sífilis*, que suplió al de *mal francés*.⁹⁵

El médico y poeta judío sefardí Francisco López de Villalobos, fue uno de los primeros descriptores de la sífilis. En 1498 publicó una memoria sobre la

⁹⁴ BOROBIO, María Victoria. *El enigma de la sífilis*. Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla.

⁹⁵ PAPP, Desiderio y AGÜERO, Abel L.: *Breve historia de la Medicina*. Editorial Claridad, Buenos Aires, 1994, 325 páginas. Páginas 146 – 149.

peste bubónica.⁹⁶ El médico *marrano* portugués Antonio Ribeira Sánchez, nacido en Portugal en 1699 y famoso discípulo de Boerhaave fue el primero que introdujo el sublimado [de mercurio] en la terapia de la sífilis. Él fue médico recomendado por su maestro para tratar a los Zares, y actuó como médico de cámara de Isabel Petrovna y de Catalina II. Pero cuando se supo que en la Corte del Zar que él era judío, le amenazaron de muerte y debió huir, llegando dificultosamente de vuelta a París.⁹⁷

Los pacientes que padecían tanto gonorrea como sífilis, llevaban a muchos autores a creer que ambas enfermedades estaban relacionadas y que la gonorrea era un síntoma temprano de la sífilis.⁹⁸

96 LAÍN ENTRALGO; Pedro. Op. Cit.

97 LAÍN ENTRALGO. Pedro: Op. Cit.

98 LUGONES BOTELL, Migucl A., MOLINET DUARTE, Isabel, QUINTANA RIVERÓN, Tania Yamilé y VÁZQUEZ SÁNCHEZ, Mario: SÍFILIS Y GONORREA; PARTE DE SU HISTORIA. Revista Cubana de Medicina General Integral. Octubre – Diciembre, 1995. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi14495.htm

VII

EL ORIGEN DE ALGUNOS TÉRMINOS

Fue Girolamo Fracastorius⁹⁹ - como ya fue dicho - quien bautizó la enfermedad con el nombre de "sífilis". La palabra "sífilis" deriva del nombre del pastor *Syphilus*, inspirado en una historia de Ovidio, de un poema titulado *Syphilis sive morbus gallicus*, escrito en el siglo XVI (1530) por este autor. En el poema de Fracastorius, Sífilis era el nombre del pastor héroe, que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña. Y su castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad.

El término "lues", utilizado también como sinónimo, significa epidemia en latín y en el habla popular se han empleado otras designaciones, como epidemia del placer y enfermedad francesa, procedentes de una época en que la sífilis era mucho más frecuente que hoy y en la que el tratamiento posible era muy deficiente.

La denominación de "venérea" viene de Venus,¹⁰⁰ denominación latina de la diosa griega del amor (Afrodita)¹⁰¹, y su antigüedad y origen constituyen

⁹⁹ FAHRAEUS, Robin: Historia de la Medicina. Gustavo Gili editores, Barcelona, 1956, 724 páginas. JERÓNIMO FRACASTORO (1478 - 1553), nació en Verona, estudió en Padua y trabajó más tarde como médico cerca del Lago di Garda. Como auténtico renacentista, dominó varias ramas compartiendo con Leonardo da Vinci el honor de haber comprendido el origen de los fósiles geológicos. Su libro *De contagione et contagiosis morbis*, publicado en 1546, soluciona teóricamente lo que se podría considerar el problema principal de la ciencia médica. Dejó descripciones clásicas de varias enfermedades infectocontagiosas, entre las que destaca el tifus exantemático, anteriormente confundido con la peste y con la fiebre nerviosa. (páginas 384 - 386).

¹⁰⁰ GRIMAL, Pierre: Diccionario de Mitología Griega y Romana. Ediciones Paidós Ibérica S.A., Barcelona, España, 1994, 635 páginas. Pág. 536: **VENUS: Divinidad latina muy antigua que, en sus orígenes, parece haber sido protectora de los huertos. Poseía un santuario cerca de Ardea, antes de la fundación de Roma. Venus no pertenece al número de las grandes divinidades romanas. Sólo desde el siglo II a.C., fue asimilada a la Afrodita griega, cuya personalidad y leyendas tomó. La gens Julia, que pretendía descender de Eneas, tenía por consiguiente, a Venus por antepasada.**

¹⁰¹ GRIMAL, Pierre: Diccionario de Mitología Griega y Romana. Ediciones Paidós Ibérica S.A., Barcelona, España, 1994, 635 páginas. Pág. 11 - 12: **AFRODITA: Es la diosa del amor, identificada en Roma con la antigua divinidad itálica Venus. Sobre su nacimiento se transmiten dos tradiciones diferentes: ora es considerada como hija de Zeus y de**

Dione, ora hija de Urano, cuyos órganos sexuales, cortados por Crono, cayeron al mar y engendraron a la diosa, la “mujer nacida de las olas”, o “nacida del semen del dios”. Apenas salida del mar, Afrodita fue llevada por los Céfiros, primero, a Citera, y luego a la costa de Chipre, donde fue acogida por las Estaciones (las *Horas*), vestida, ataviada y conducida por ellas a la morada de los Inmortales. Posteriormente, Platón imaginó la existencia de dos Afroditas distintas: la nacida de Urano (el Cielo), Afrodita Urania, diosa del amor puro, y la hija de Dione, la Afrodita Pandemo (es decir, la Afrodita Popular), diosa del amor vulgar. Pero ésta es una interpretación filosófica tardía, extraña a los mitos más antiguos de la diosa. En torno a Afrodita se han formado diversas leyendas, que no constituyen una historia coherente, sino episodios distintos en los que ella interviene. Afrodita casó con Hefesto, el dios cojo [de ambos pies] de Lemnos, pero amaba a Ares, el dios de la guerra. Homero cuenta cómo, de madrugada, los dos amantes fueron sorprendidos por el Sol, que fue a contar la aventura a Hefesto. Éste preparó secretamente una trampa: se trataba de una red mágica, que él sólo podía accionar. Una noche en que los dos amantes se hallaban en el lecho de Afrodita, Hefesto cerró la red sobre ellos y llamó a todos los dioses del Olimpo. El espectáculo produjo en todos extremo regocijo. A ruegos de Poseidón, Hefesto consintió en retirar la red, y la diosa escapó, avergonzada, hacia Chipre, mientras Ares se dirigía a Tracia. De los amores de Ares y Afrodita nacieron Eros y Anteros, Deimo y Fobo (el Terror y el Temor) y Harmonía (que más tarde, en Tebas, casó con Cadmo), lista a la que se añade a veces Príapo, el dios de Lámpsaco, protector de los jardines (pues, en ciertas tradiciones, Afrodita es considerada la diosa de los jardines, si bien esto sea en rigor aplicable a su encarnación italiana, Venus). Los amores de Afrodita no se limitaron a Ares. Cuando Mirra, convertida en árbol, hubo dado a luz a Adonis, Afrodita recogió al niño, que era bellissimo, y le confió a Perséfone. Después, ésta se negó a devolverlo. El caso fue sometido a Zeus, quien decretó que el joven permanecería un tercio de cada año con Perséfone y los otros dos tercios con Afrodita. Pronto, malherido por un jabalí, Adonis murió, tal vez víctima de los celos de Ares. La diosa amó también a Anquises en el Ida de Triade y tuvo de él dos hijos, Eneas y, según ciertas tradiciones, Lirno. Las iras y maldiciones de Afrodita se hicieron famosas. Ella inspiró a Eos (la Aurora) un amor irresistible por Orión, para castigarla por haber cedido a Ares. También castigó, porque no la honraban, a todas las mujeres de Lemnos, impregnándolas de un olor insoportable, hasta el punto de que sus maridos las abandonaron por cautivas tracias. Las lemnias dieron muerte a todos los hombres de la isla y fundaron una sociedad de mujeres, hasta el día en que los argonautas llegaron y les dieron hijos. Afrodita castigó también a las hijas de Cíniras, en Pafos, obligándolas a prostituirse con extranjeros. Su favor no era menos peligroso. Un día la Discordia lanzó una manzana destinada a la más hermosa de las tres diosas, Hera, Atenea y Afrodita. Zeus ordenó a Hermes que las condujese a las tres al monte Ida de Triade para que fuesen juzgadas por Alejandro, que más tarde debía ser conocido con el nombre de Paris. Las tres divinidades iniciaron ante él un debate, vanagloriándose cada una de su belleza y prometiéndole regalos. Hera le ofreció el reino del universo; Atenea, hacerlo invencible en la guerra, y Afrodita la mano de Helena. Fue elegida Afrodita, y de aquí que esté ligada a los orígenes de la guerra de Troya. Durante toda la campaña concedió su protección a los troyanos y, en particular, a Paris. Cuando éste se batió en singular combate con Menelao y estuvo a punto de sucumbir, Afrodita lo salvó del peligro y provocó el incidente que

una de las controversias clásicas en la historia de la medicina, además de disquisiciones cruditas de un Académico de la la Lengua Española.¹⁰²

reanudó las hostilidades. Más tarde protegió también a Eneas cuando iba a ser muerto por Diomedes; éste incluso llegó a herir a la diosa. Pero la protección de Afrodita no pudo impedir la caída de Troya ni la muerte de Paris. No obstante, logró conservar la raza troyana, y, gracias a ella, Eneas, con su padre Anquises y su hijo Juló (o Ascanio), llevándose los Penates de Troya, pudo escapar de la ciudad en llamas, en busca de una tierra donde crearse una nueva patria. De este modo, Roma tuvo por particular protectora a Afrodita – Venus, la cual pasaba por ser la antepasada de los Julios, los descendientes de Juló y, por tanto, de Eneas y de la diosa. Por eso César le erigió un templo bajo la invocación de Venus Madre, *Venus Genitrix*. Los animales favoritos de la diosa eran las palomas. Un tiro de estas aves arrastraba su carro. Sus plantas eran la rosa y el mirto.

102 CELA, Camilo José: Diccionario Secreto (Uno). Alianza Alfaguara. Madrid, 1974. Pág. 45: Venéreo, a Del lat. Vulg. *Venéreus*, perteneciente a Venus, diosa del amor y la hermosura, de las gracias y los deleites carnales. Perteneciente o relativo al amor, erótico. Acad., ya en Autoridades, con dif. Redacción: perteneciente o relativo al deleite sensual o acto carnal, y también, desde 1869, gálico, más tarde mal contagio, etc.; Andrés Laguna, *Dioscórides*, VI, pref., habla de “conversación venérea” entre una doncella muy acabada y hermosa y algunos reyes y príncipes, en el sent. de conversación amorosa o sobre el amor o erótica, y Góngora, *Dulce congoja*, vs. 1 – 2:

Halló trabados en venéreo duelo
a Marte y Venus una vez Cupido,

en la clara acep. de lid amorosa; faltaban más de trescientos años para que apareciese su acep. enferma y la 1ª. actual era, pienso que más científica aunque adivinadamente, la única en uso. Entiendo que la 2ª. acep. de Acad. peca de obviada, ya que tan pertenecen a la venus los sonetos de Garcilaso como el mal francés de las trongas que Quevedo mandaba al hospital de Antón Martín. Autoridades reg. “venéreo”, lo que pertenece a la venus; “venus”, deleite sensual o acto venéreo; “venustidad”, hermosura perfecta, y “venusto”, hermoso; Acad., a más de las voces dichas y la 2ª. acep. de “venéreo” de la que hablaba, da cabida, todavía en 1925, a “venusted”, venustidad; el or. de estas voces es conocido y no plantea problema etim. Alguno: venéreo, del lat. *Venéreus*, y venustez y venustidad, a través del cast. venusto, del lat. *Venustus*, bello, gracioso, elegante, adornado: de donde la cuna, inmediata o mediata, de todas ellas es una y la misma. No obstante, las voces “venusted”, “venustidad” y “venusto”, sobre ceñirse a más poéticos y delicados conceptos, no han salido del ámbito de la lengua culta, y sobre “venéreo”, que tuvo mejor acogida – y en el pecado hubo de llevar la penitencia-, gravitó, por evidente pobreza léxica, el peso entero de todos los matices que, a lo largo del tiempo, se fueron haciendo precisos; la paradoja llegó a producirse y, en la actualidad, “venéreo”, prevalece en el uso de las gentes como señalamiento determinadamente infeccioso, Solana, *La sala de disección*, en *Madrid. Escenas y costumbres*, 2ª. Serie, pág. 142: “el color de las pústulas, úlceras y erupciones de los enfermos que ocupan las salas de venéreo”. Es no poco forzado imaginarse a la diosa Venus, pletórica de hermosura y donaire y emergiendo, triunfal y gloriosa pasajera en el marco de una irisada concha de nácar, del fondo de las aguas, como vehículo portador de gonococos, de treponemas. Eros, Afrodita y Cupido tuvieron mayor fortuna; no hay enfermedades

Los europeos comenzaron a ser conscientes de la enfermedad a partir del año 1500, pero algunas investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores, incluso en las citas bíblicas.¹⁰³

eróticas (purgaciones, chancros, etc.; la erotomanía es otra cosa) y sí hay, en cambio, arte o literatura eróticas; tampoco hay males afrodisíacos (no descendamos por los despeñaderos del masoquismo), pero sí manjares o pensamientos que lo son; Cupido no causó adj. que señale circunstancia alguna, noble o innoble. La acep. inicial es hoy infrecuente aunque no haya desaparecido del todo, Vicente Díez de Tejada, *¡Madres, las que tenéis hijas!*, pág. 36: “Ajenas aún al deleite venéreo...”

103 <http://www.diariomedico.com/entorno/ent040900comtris.htm> = Unas excavaciones revelan que la sífilis no procede de América. Citado el 15 de enero de 2004).

VIII

TRATAMIENTOS DIVERSOS

*“Por una hora con Venus,
veinte años con Mercurio”*

*Gravora quaedum sunt remedia periculus
 (“Es peor el remedio que la enfermedad”)*

Andreas Vesalius, en 1546, durante una prolongada visita a Ratisbona (actual Regensburg, unos 100 km. al NE de Múnich, Alemania), escribió una larga carta relacionada en parte con el descubrimiento de la raíz China (*Chinae radix*) para el tratamiento de la sífilis.

Paracelso intentó sustituir las perjudiciales materias brutas por preparaciones químicas atóxicas, en especial el mercurio para el tratamiento de esta enfermedad.

Aldo Mieli dice que uno de los grandes acontecimientos que sacudieron los espíritus de los siglos XV y XVI, fue la enorme ampliación de los conocimientos científicos en todas sus ramas, fomentados por los excepcionales descubrimientos geográficos de la época.

Todo esto tuvo una extraordinaria repercusión en medicina y farmacia. En efecto, nuevos materiales se pusieron a disposición de la humanidad que ampliaron el conjunto de fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades, pero al mismo tiempo aparecieron enfermedades no conocidas hasta entonces, como el mal de las búbias (bubas) o sífilis, que constituyó una de las grandes preocupaciones de los médicos de la época.

Las nuevas enfermedades y los nuevos medicamentos revolucionaron el pensamiento y quehacer de médicos y farmacéuticos. ¿A qué enfermedad podía equipararse entre las conocidas, la sífilis? ¿Habría existido antes en el viejo mundo? ¿Era lógico emplear medicamentos que no habían conocido Galeno y sus seguidores? ¿Cómo podía aceptarse que una nueva droga, que era caliente, sirviera para combatir enfermedades que se distinguían por su virtud de cálidas, como fue el caso de la quina en el siglo XVIII?

Estas y otras preguntas semejantes se debatían en la mente de quienes de alguna manera se ocupaban de los medicamentos, como se constata en las obras que aparecen a partir del siglo XVI, cuando además se empiezan a conocer nuevas drogas procedentes del Nuevo Mundo (las Indias occidentales), y de las Indias orientales.

Las primeras noticias de las drogas de América, no fueron dadas por especialistas en la materia, sino principalmente por viajeros que habían ido allí con fines muy distintos. Por religiosos, como José de Acosta, Bernardino de Sahagún, Martín del Barco (Centenera), López de Gomara y otros; políticos cuyo principal representante es Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés; o militares como Cieza de León, Vargas Machuca, y muchos más. Es natural que cuantos fueron a aquellas tierras teniendo una cultura, tratasen de revelar de alguna manera las novedades que observaban, y mucho más cuando los reyes españoles se preocupaban de que se recogieran todas las noticias posibles sobre la salubridad de aquellos territorios, las enfermedades que aquejaban a los indígenas, los medios curativos que utilizaban y las plantas que se encontraran, indicando su virtud medicinal; disposiciones éstas que quedaron plasmadas en la *Instrucción y memoria de las Relaciones que se han de hacer para la descripción de las Indias que su Majestad manda hacer, para el buen gobierno y ennoblecimiento de ellas*, publicada en 1577 y ampliamente difundida.

La Casa Real española había demostrado ya antes su interés por este tema y una prueba de ello es que Felipe II designase a su médico Hernández para que al frente de una comisión fuera a Nueva España, con el fin de estudiar su flora medicinal, que, decía *se tiene relación que en ella hay más cantidad de plantas de yerbas y otras semillas medicinales que en otra parte*. Esta comisión real trabajó desde 1571 a 1577 y es la primera expedición científica de los tiempos modernos.

Hernández no sólo recogió información y muestras medicinales; durante algún tiempo residió en México experimentando los efectos terapéuticos de muchos de los materiales recogidos, en el Hospital Real de los Indios.

A su regreso a España, redactó varias obras, dos de ellas referentes a temas arqueológicos y una tercera, la más importante, dedicada al estudio y descripción de las plantas medicinales de México. Murió Hernández sin ver publicados ninguno de sus trabajos, que quedaron depositados en la

Biblioteca del Escorial; allí estudió sus manuscritos Nardo Antonio Rechi, o Recco, quien hizo un extracto de la obra y lo pasó a la Academia de los Linceos que la publicó en Roma con el título de *Rerum medicarum Novae Hispaniae thesaurus*, aunque también ha sido conocida con el de *Tesoro de las cosas medicinales de Nueva España*. El padre Francisco Ximénez lo dio a la imprenta en México en 1615 con el título de *Quatro libros de la naturaleza y virtudes de los árboles, plantas y animales de Nueva España*.¹⁰⁴

UN FÁRMACO AMERICANO PARA UNA ENFERMEDAD UNIVERSAL

Pier Andrea Mattioli (1500 – 1577), nacido en Siena, hijo de Francisco Mattioli (médico) y de Lucrezia Buoninsegni, estudió medicina en Padua. A él se debe el conocimiento de Dioscórides en Europa, a quien tradujo. Su primer opúsculo médico fue sobre el uso del guayacán para el tratamiento del *morbus gallicus*, en 1533.¹⁰⁵

Otro autor español¹⁰⁶ atribuye a Nicolás Monardes, médico español nacido en Sevilla en fecha no precisada, graduado en Alcalá en 1533, licenciado y doctorado en 1547, y muerto a edad avanzada en 1588, quien publicó entre 1565 y 1574, varios libros dedicados a describir *“las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales, que sirven al uso de Medicina”*. Sus obras, que fueron traducidas al italiano, francés, inglés y alemán, a lo largo de los años siguientes, hasta 1615, tratan de la introducción de diversos productos de uso medicinal, como el *“sasafrás”* y el *“palo santo”*, la *“cañafístola”*, el *“mechoacán”*, las avellanas, los piñones y las habas purgativas. También menciona pormenorizadamente a la *“piedra bezoar”* y la que llama *“yerva escuerzonera”*, con virtudes contra venenos. Pero lo fundamental es la descripción de dos productos para el “mal de bubas”, la sífilis: ellos son *“el guayacán”* y la *“zarzaparrilla”*. Estos productos son mencionados en una publicación de 1565, donde hace referencia al “guayacán” o guayaco, procedente de Santo Domingo, la isla Española, también conocido como

104 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. (Páginas 330 – 331).

105 LAÍN ENTRALGO. Pedro. Op. Cit.

106 GRANJEL, Luis S.: *Las repercusiones Médicas del Descubrimiento*. En *“La Medicina en el Descubrimiento”*, dirección de Juan Riera, Acta Histórico – Médica Vallisoletana, XXXIV, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones, 1991, 114 páginas.

“*palo de Indias*” y el que designa como “*palo santo*” y que se obtendría en Puerto Rico. Enfrentándolo al uso del mercurio, primer remedio al que se recurrió para esta enfermedad venérea, el criterio de Monardes es favorable al guayaco, y así lo expone en expresivos términos: “...*cierto para este mal, es el mejor y más alto remedio de cuantos hasta hoy se han hallado, y que con más certinidad y más firmemente sana y cura la tal enfermedad*”.¹⁰⁷

El Guayaco, procede del árbol de guayaco, *Guajacum officinale*, pertenece al género de las plantas cigofiláceas, y era llevado a Europa en troncos bastante voluminosos, teniéndoselo por el más acreditado de los leños sudoríficos, y fue empleado con profusión para el tratamiento de la sífilis. No fue conocido en Europa hasta 1508. Según Martín de Argenta la curación del célebre guerrero Van Hutten, motivó que escribiese una obra ensalzando sus virtudes, lo cual fue causa de que en 1519 se extendiese su conocimiento por todo el antiguo mundo. En su cura siguió el método que empleaban los naturales, reducido a tomar el cocimiento en bastante dosis por mañana y tarde y obligándoles a dar carreras violentas, esgrimir las armas o trabajar en las minas, hasta bañarse en sudor, tratamiento que se mantenía por un período de 50 ó 60 días. Su empleo como antisifilítico en España se generalizó a partir de 1520 – 30, fecha en que se abandonaba la terapéutica con mercurio. El tratamiento se acompañaba con frecuentes purgas, como ocurrió cuando se le administró al emperador Carlos V en 1535, para tratar su enfermedad de gota, sin éxito alguno, para más tarde, hacia 1545, reemplazarlo por la zarparrilla y la quina.¹⁰⁸

LA TERAPÉUTICA DE LA SÍFILIS A COMIENZOS DEL SIGLO XX

Una Guía Formulario de Terapéutica de V. Herzen, publicada en París, en 1917¹⁰⁹, permite tener una aproximación a lo que eran las pautas de tratamiento para la sífilis en la época, provenientes de uno de los centros mundiales de mayor prestigio anterior. Ante todo, *higiene rigurosa*; tomar mucho aire. Ordenar al paciente realizar gimnasia, esgrima, equitación, ciclismo, caza, evitando las fatigas. Recomendar al enfermo dormir regularmente de 7 a 8 horas por noche

107 GRANJEL, Luis S.: Op. Cit. Páginas 35 – 36.

108 PASTOR FRECHOSO, Félix Francisco: *La Materia Médica Americana en Castilla*. En “*La Medicina en el Descubrimiento*”, dirección de Juan Riera, Acta Histórico – Médica Vallisoletana, XXXIV, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones, 1991, 114 páginas. Págs. 54 y 55.

109 HERZEN, V.: *Guide – Formulaire de Thérapeutique*, Neuvième édition, Paris, Librairie J. B. Bailliére et Fils, 1917. 1096 páginas.

y renunciar a los trabajos intelectuales **exagerados** y a la vida mundana. Nada de alcohol, un poco de vino con las **comidas**, **proscribir** el tabaco. Combatir toda intoxicación crónica (alcoholismo, **saturnismo**, morfinomanía, etc.), tratar la anemia, las diátesis y el paludismo **crónico**, si ellos existieran. Respecto a la *higiene moral* : reconfortar y esclarecer a los enfermos: representarles la situación tal como ella es y no como ellos se la imaginan; decirles que la sífilis es una enfermedad, que como tantas otras, puede curar, a condición de que se la trate, y que tratada, ella deja a sus víctimas bien tranquilas; que les permitirá el matrimonio, luego de un cierto tiempo de depuración (3 a 4 años), y que les permitirá, asimismo, tener la esperanza de una procreación y un futuro sanos y sólidos, etc. (siguiendo a Fournier).

Respecto a la dirección general del tratamiento de la sífilis, si se trata del chancro sífilítico indudable: preconiza comenzar de inmediato el tratamiento específico (hidrargirio o arsenobenzol); el retardo, atenúa o suprime la primera oportunidad. Si se trata de un chancro dudoso: esperar, para instituir el tratamiento específico, la aparición de las manifestaciones secundarias (roseola) y cuidarse de prescribir el mercurio o de emplear el arsenobenzol en tanto el diagnóstico sea dudoso. En todo sífilítico (en período secundario) emplear el método de los *tratamientos sucesivos o tratamiento crónico intermitente*, que consiste en una serie de curas, mercuriales de entrada, yoduradas más tarde, escalonadas al curso de los primeros años de la enfermedad y separados unos de otros por períodos de reposo, en tanto más prolongados cuanto se retrasa el comienzo del tratamiento o de la infección. O mejor, practicar tres o cuatro *inyecciones de arsenobenzol* y ordenar enseguida el tratamiento mercurial **crónico intermitente**, restando el mercurio de la medicación corriente, a la **medicación de fondo**.

En cuanto al esquema de aplicación del tratamiento mercurial y el yodurado **crónico e intermitente**: *Primer* tratamiento mercurial (10 cgr de protoyoduro **variante**, por ejemplo) de 8 semanas de duración, seguido de un período de **reposo** de alrededor de 4 a 6 semanas. *Segundo* tratamiento mercurial, de una **duración** de 6 semanas, seguido de 2 a 3 meses de reposo. *Tercer* tratamiento, **durante** el mismo tiempo, seguido de un período de desacostumbramiento de 3 meses. *Cuarto* tratamiento mercurial de 6 semanas. Los cuatro tratamientos **mercuriales** realizados en el curso del primer año; continuar con 3 tratamientos **en** el curso del segundo año y con 2 en el tercero. En el curso del tercer **año**, comenzar a administrar el *yoduro de potasio*, él también por *curas intermitentes*, de 4 a 6 semanas, según la tolerancia gástrica y a la dosis de 3 **gr** por día. Prescribir 4 curas al curso del primer año de este tratamiento (3er **año** de tratamiento), alternando con las curas mercuriales; tres curas en el año

siguiente (4to año de tratamiento); dos en el curso del año siguiente. Luego de este tratamiento, continuar administrándole *yoduro a perpetuidad*, a razón de dos curas de seis semanas por año (según Fournier).

Recordar siempre que el sujeto sifilítico está amenazado particularmente del quinto al décimo año por las tres grandes complicaciones de la sífilis tardía: la sífilis cerebral, el tabes, la parálisis general; ordenar por consecuencia durante este período las *curas mercuriales complementarias o de refuerzo*, semestrales, pero enérgicas: fricciones mercuriales, una media docena de inyecciones de aceite gris con 6 a 8 cgr de mercurio, estadia en una estación sulfurosa (según Fournier).

Con el tratamiento mercurial, no olvidar que la *medicación puede ocasionar algunos accidentes*: estomatitis, trastornos gastro-intestinales, trastornos nutritivos y dermatosis que constituyen la hidrargiria y *que es necesario prevenir examinando el funcionamiento de los emuntorios* (riñón, hígado, etc.), antes de comenzar cualquier tratamiento hidrargírico, y *vigilar atentamente la depuración urinaria* en los sujetos sometidos a la medicación mercurial, porque, por una parte, la eliminación ordinaria del mercurio es suprimida en aquellos que presentan albuminuria, y por otra parte, la administración prolongada de mercurio puede producir alteraciones renales. Además *mantener en buen estado la boca del sujeto a quien se le administrará mercurio*: prescribir lavados cotidianos con una solución de clorato de potasio, o mejor con *agua oxigenada*, cortada con tres partes de agua hervida, y el cepillado dental, mañana y noche, con un polvo dentífrico (carbón, carbonato de cal, etc.). Recurrir a la ablación preventiva del sarro dentario, a la obturación de todas las piezas cariadas, a la extracción de las raíces y a la supresión de una prótesis capaz de excoriar las encías. Descartar cualquier causa de irritación de la boca (tabaco, alcohol, alimentos picantes y ácidos, licores, bebidas calientes). Puede hacerse penetrar el mercurio en la economía por la vía cutánea, por la vía respiratoria, por la vía estomacal, por la vía subcutánea, y por la vía sanguínea.

Luego este autor describe, con el mayor detalle, la aplicación de los diferentes preparados y vías de administración. Las *fricciones mercuriales con el unguento napolitano* (ungüento mercurial doble, 30 gr divididos en 7 cartuchos, a razón de uno por día, y en los casos graves, como la sífilis cerebral, 2 por día), con las precauciones para el operador y el paciente, con una duración del tratamiento por serie de cuatro máximo cinco semanas. Los *baños mercuriales* (con bicloruro de mercurio y clorhidrato de amoníaco y agua destilada), no debiendo

sobrepasar en el adulto la dosis de 20 gramos de bicloruro por baño (según Fournier). Este tratamiento se reservó preferentemente para los niños. Las *fumigaciones mercuriales*, método incierto sobre el que no insiste. Y finalmente, las famosas *inyecciones mercuriales*, para las cuales describe desde la antisepsia, hasta el punto de inoculación (punto de Smirnoff, foseta retrotrocantérica), a nivel de la unión lumbosacra. Distingue entre la inyección en el hombre y la inyección en la mujer, con la que debe tenerse especial precaución de que la punción quede siempre por debajo de la línea del corsé. Describe con el mayor detalle los diversos preparados, afirmando que las inyecciones mercuriales solubles son en ese momento el único procedimiento para introducir una dosis determinada de mercurio en el organismo, dependiendo la eficacia de la cantidad de mercurio introducido y en la circulación en un tiempo dado, que era indispensable conocer. Sólo se indicaba este método en circunstancias dadas: 1) cuando había necesidad de instituir una medicación intensiva; 2) cuando el estómago parecería no tolerar el mercurio (Fournier); 3) cuando hay manifestaciones tenaces, rebeldes a las medicaciones corrientes (Herzen). La dosis eficaz media de mercurio por inyección es de 1 cgr por día, elevando a 2 si se quiere tratar más enérgicamente, sin sobrepasar esta cifra salvo indicaciones especiales. Allí aparecen el sublimado corrosivo, el benzoato de hidrargirio, el salicilato neutro de mercurio, el lactato neutro de hidrargirio, el biyoduro de mercurio, cada uno con sus diferentes excipientes. Y las preferencias de los distintos autores hacia los preparados y dosis: Herzen aplica un cc por día durante 20 días consecutivos; Gaucher 2 a 3 cc por día, durante 20 inyecciones diarias. Lévy-Bing 1 cc por día. Dielafoy 1 a 2 cc cada día durante 20 consecutivos. En casos graves se admite doblar estas dosis. Sigue el *método por ingestión*, cómodo, práctico y seguro, salvo en algunos casos particulares: cuando existe estado mórbido previo de vías digestivas; en estado de caquexia; en caso donde está indicado liberar las vías digestivas a favor de otras juzgadas oportunas; en caso donde el daño presente hace imperiosa una mercurialización rápida (sífilis visceral, cerebral, oftalmía) debiendo recurrir entonces a las fricciones o a las inyecciones. Y así continúa extendiéndose en la administración de cada preparado; primero los mercuriales; luego el yoduro de potasio, y por último la aplicación de la arsenoterapia con las inyecciones intravenosas de arsenobenzol y las de neoarsenobenzol (salvarsán y neosalvarsán).¹¹⁰ Dedicó aún breves párrafos para el tratamiento local,

¹¹⁰ HERZEN, V.: Guide - Formulaire de Thérapeutique, Neuvième édition. Paris. Librairie

en caso de fagedenismo ¹¹¹, y en las formas ulcerosas casi fagedénicas. Y finalmente, dos párrafos para aspectos especiales: Sífilis y Matrimonio; Sífilis y Embarazo. Permite *el matrimonio* cuando se cumplen todas estas condiciones: 1) por lo menos han transcurrido cuatro años luego de la aparición del chancro; 2) cuando el enfermo ha seguido rigurosamente el tratamiento antisifilítico, serio y regular (arsenobenzol y mercurial); 3) cuando no se han manifestado accidentes específicos al menos un año y medio después que la serología se negativizó. *Contraindica* absolutamente el matrimonio cuando estas condiciones no se reúnen, o con accidentes viscerales graves posteriores, tales como ataxia locomotriz, parálisis general, etc. Respecto del *embarazo*, en todos los casos (padre y madre sifilíticos; madre sifilítica y padre sano; madre sana y padre sifilítico) instituye el tratamiento específico antisifilítico mercurial continuo, o de preferencia interrumpido (20 días de tratamiento por mes, seguidos de 10 días de suspensión para descanso digestivo), utilizando según el caso la vía gástrica, la cutánea o la subcutánea. La intervención debe hacerse en la época más precoz del comienzo del embarazo, vigilando atentamente el estado renal, mediante dos exámenes de orina por semana. Administrar el yodoargirato de potasio, en solución o en jarabe. También puede utilizarse el arsenobenzol o mejor el neoarsenobenzol a dosis moderadas, en casos que el tratamiento mixto yodo mercurial sea insuficiente, o en los casos en que la mujer encinta no ha sido sometida a un tratamiento regular antes de la fecundación y que presenta durante la gestación accidentes sifilíticos.¹¹²

Estos enfoques terapéuticos suponían una larga sujeción al tratamiento de los pacientes, la interrupción de sus planes personales, o la asunción de graves riesgos funcionales, además de sus costos. Aunque incorporaba productos arsenicales, descubiertos en su propio tiempo, no se apartaba de las reglas establecidas en general, por los fundadores de la moderna terapéutica mercurial, particularmente Fournier en el siglo XIX. Tendremos ocasión de ver más adelante, la abismal diferencia en riesgos,

J. B. Bailliére et Fils, 1917, 1096 páginas. Páginas 939 – 963.

111 **Fagedena o fagedeno** (del griego *phagédaina*, hambre canina). Ulceración que se extiende rápidamente por corrosión de los tejidos vecinos. (Diccionario de Ciencias Médicas. Octava Edición, Librería “El Ateneo”, Buenos Aires, Argentina, 1988, 1314 páginas. Pág.: 424.

112 **HERZEN, V.**: Guide – Formulaire de Thérapeutique, Neuvième édition. Paris, Librairie J. B. Bailliére et Fils, 1917, 1096 páginas. Páginas 962 – 963.

efectividad, mortalidad y eficacia terapéutica de los preparados que habrían de irrumpir en la década de 1940 y que transformarían la historia de los tratamientos para los pacientes sífilíticos.

LOS MEDICAMENTOS DEL POSITIVISMO: LAS BALAS MÁGICAS

Los fármacos anteriores al siglo XIX eran resultado de observaciones empíricas o de la aplicación a la terapéutica de sistemas fisiológicos fundamentados en teorías y construcciones filosóficas. Por vez primera surge a lo largo del siglo XIX una farmacología experimental que ensaya sistemáticamente el efecto terapéutico de las sustancias susceptibles de ser utilizadas como medicamentos.

Karl Gustav Mitscherlich (1805 – 1871), profesor de Farmacología en Berlín desde 1844, inicia la experimentación sistemática con medicamentos. Se crean varios departamentos universitarios donde se investiga el efecto de los fármacos y Rudolf Buccheim (1820 – 1879), profesor en Dorpat, funda el primer Instituto de Farmacología de Europa. Le sigue el de Bonn, obra de Binz (1832 – 1912). Los éxitos no se hacen esperar y se incorporan a la medicación la pilocarpina, la cocaína, la ergotina, la heroína, la estrofantina y la novocaína, entre otros medicamentos. La investigación farmacológica fructifica espectacularmente en tres frentes: la medicación hipnótica (hidrato de cloral, paraldehído, sulfonal, veronal, luminal), la salicílica (ácido salicílico, salipirina, aspirina) y la térmico analgésica (antipirina, fenacetina, piramidón).

En la figura de Paul Ehrlich (1854 – 1915), Premio Nobel de Medicina en 1908 ¹¹³, puede quintaesenciarse la farmacología positivista. Su intención era convertir el medicamento en una “bala mágica” capaz de matar los gérmenes patógenos sin producir lesión alguna en el organismo sano: la especificidad absoluta del remedio carente por completo de efectos secundarios nocivos. Sus reiterados experimentos iban en ese sentido y de ahí sus centenares de

113 EHRlich, Paul (nacido en Strehlen, Silesia, hoy Stzelin, Polonia, el 14 de marzo de 1854; fallecido en Hamburgo (Alemania) el 20 de agosto de 1915. Fue bacteriólogo alemán. Obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, compartido con el ruso Ilya Mechnikov, en reconocimiento al trabajo de ambos en la química inmunológica. http://es.wikipedia.org/wiki/Paul_Ehrlich

ensayos con las sustancias, modificándolas hasta que se aproximaban a ese ideal de actuar como “balas mágicas”, tan benéficas como privadas de efectos perjudiciales.

La farmacia del positivismo, inspirada por el principio enunciado explícitamente por Ehrlich, concede más importancia a la acción terapéutica de los fármacos así ensayados que a la curativa de la naturaleza y a las normas higiénicas y dietéticas. El descubrimiento de fármacos realmente activos y eficaces, comprobados experimentalmente y ensayados para conocer sus efectos secundarios y sus contraindicaciones, conduce directamente a la farmacia del siglo XX, con el espectacular desarrollo de los fármacos, convertidos en el principal recurso médico contra la enfermedad. Su uso excesivo e indiscriminado, carente del necesario control, producirá la denominada “plétora o invasión farmacéutica”, característica de una sociedad de abundancia, medicada hasta la saturación.

Además de su obra teórica, Paul Ehrlich consiguió introducir en terapéutica dos medicamentos que han pasado a la historia de la farmacia y de la medicina. Se trata del *Salvarsán ó 606* (denominado así por haberse investigado en esa serie 605 productos antes) y del *Neosalvarsán ó 914* (siguiendo la misma cuenta), fármacos arsenicales administrados contra la sífilis, que no fueron desplazados como agentes antivenéreos hasta la época de los antibióticos.¹¹⁴

Hasta la culminación de las experiencias de P. Ehrlich, la quimioterapia sintética era claramente sintomática. Los investigadores buscaban disponer de fármacos más eficaces que los extraídos de la materia médica tradicional. La síntesis del hidrato de cloral (Liebig, 1832), del ácido salicílico (Kolbe y Lautemann, 1860), y de la estovaina (Fourneau, 1904), ilustran las tres líneas básicas seguidas por la quimioterapia sintética durante el siglo XIX y la primera década del siglo XX, es decir, obtención de hipnóticos, analgésicos y anestésicos locales más poderosos que los procedentes de la naturaleza.

Paul Ehrlich había destacado en varios campos de la ciencia, con sus investigaciones de tinción diferenciada de células sanguíneas; empleó para ello numerosos colorantes de síntesis y pudo observar los interesantes efectos que producían no sólo sobre tejidos animales, sino también sobre

114 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. (Tomo II. Páginas 532 – 533).

determinados microorganismos. Unna había utilizado el ictiol y la resorcina en el tratamiento de algunas afecciones dermatológicas. Koch usó como antiséptico el verde de malaquita. Ehrlich y Guttman publicaron en 1891 los trabajos confirmando que el azul de metileno mataba *in vitro* los parásitos de la malaria. Esto puede considerarse como la iniciación de los experimentos quimioterápicos de Ehrlich, tratando de encontrar la *bala mágica*, es decir, un colorante letal para el tripanosoma pero que no lesionara el organismo del animal infestado.

Ehrlich, gran lector de trabajos científicos, conocía los estudios de Laveran, demostrativos de la capacidad del ácido arsenioso de destruir transitoriamente los tripanosomas de la enfermedad del sueño (*Tripanosoma gambiense*). En 1902 Ehrlich da comienzo a la tarea de modificar la estructura química de una serie de colorantes hasta conseguir, después de más de quinientos ensayos, dar con uno que se mostrara prometedor: la benzopurpurina. Para facilitar la difusión de la benzopurpurina en los tejidos, Ehrlich introdujo un grupo sulfúrico, obteniendo el nuevo colorante rojo de tripán, capaz de proteger a los ratones de experimentación frente a dosis letales de tripanosomas. Aunque el rojo de tripán demostró ser eficaz sólo en determinadas especies, estaba dado el paso inicial de la terapéutica etiológica.

Las enfermedades producidas por protozoos (tripanosomiasis, sífilis) venían siendo tratadas, con resultados inciertos y alto riesgo terapéutico, con derivados orgánicos del arsénico, el más utilizado en clínica era el ácido arsánico conocido como *atoxil*. Obtenido en 1860 por Bechamp, había sido incorporado a la terapéutica por Blumenthal y utilizado para combatir la enfermedad del sueño por científicos de gran renombre, entre ellos Roberto Koch. El *atoxil*, de evidente capacidad tripanocida, y peligrosos efectos colaterales que podían ocasionar la muerte del paciente, fue elegido por Ehrlich como molécula básica de su línea de experimentación. En 1907, él y el químico Bertheim determinaron la fórmula estructural correcta del *atoxil*, señalando que la ausencia de actividad parasiticida del *atoxil in vitro*, era debida al arsénico pentavalente que en el organismo se reducía a trivalente activo sobre los tripanosomas. La reducción del arsénico del *atoxil* o la incorporación de cadenas laterales modificaba notablemente las propiedades farmacológicas del compuesto inicial.

El descubrimiento por Schaudinn (1905) del *Treponema pallidum* como agente etiológico de la sífilis y la comprobación de las múltiples analogías existentes entre el tripanosoma y la espiroqueta, unido a la posibilidad de reproducir

las lesiones sifilíticas en animales de experimentación, llevaron a Ehrlich y a sus inmediatos colaboradores (Bertheim, Shiga, Hata) a extender la línea de investigación hacia la consecución de fármacos activos en el tratamiento de los dos tipos de enfermedades producidas por protozoos.

Ehrlich modificó sistemáticamente la estructura del atoxil y obtuvo cientos de derivados arsenicales, que eran cuidadosamente ensayados en su actividad y toxicidad en los laboratorios de terapéutica experimental.

En 1909, Ehrlich depositó en Sachahiro Hata la responsabilidad de ensayar la serie 600 de los derivados del atoxil. El compuesto número 606 o dioxidiamidoarsenobenzol demostró poseer una notable acción curativa y profiláctica de las lesiones sifilíticas como no se había observado en compuesto alguno hasta el momento, al mismo tiempo, los efectos colaterales adversos eran de menor intensidad que los producidos por el atoxil. Ehrlich denominó al nuevo compuesto *salvarsán*, es decir, salvación por el arsénico. El salvarsán constituía el primer agente quimioterápico específico eficaz, obtenido por síntesis. Sin embargo no era un fármaco inocuo, su utilización en clínica demostró su capacidad de provocar reacciones tóxicas que podían desembocar en la muerte del paciente.

Buscando la *bala mágica*, Ehrlich introdujo en 1912 el *neosalvarsán*, compuesto que correspondía al derivado número 914 del atoxil, activo en el tratamiento de la sífilis y mucho más fácil de manejar por el médico por cuanto forma soluciones neutras que eliminan el peligro de las necrosis locales. El neosalvarsán es el producto de condensación del salvarsán con el formaldehidosulfoxilato sódico.

Ehrlich había logrado, con la brillante creación del salvarsán, sentar las sólidas estructuras de la quimioterapia etiológica.

Dos años antes del descubrimiento del salvarsán, P. Gelmo, químico especializado en colorantes, había sintetizado un interesante compuesto: la para-aminobenceno-sulfonamida, la cual era, según decía, activa frente a determinados microorganismos. Las observaciones de Gelmo pasaron desapercibidas en el mundo científico hasta el redescubrimiento de su capacidad bacteriostática veinticinco años después.

En 1932, los químicos F. Mietzsch y J. Klarer, sintetizaron un nuevo colorante obtenido por introducción en el núcleo azoico del grupo sulfonamida en

posición para. El nuevo colorante fue patentado con el nombre de Prontosil rojo y fue sometido a los ensayos *in vitro* de rutina en los cuales demostró ser totalmente inactivo.

Pero Domagk ¹¹⁵, director del laboratorio de quimioterapia de la Bayer, había montado un nuevo método de experimentación animal para comprobar la actividad antibacteriana de los compuestos sintetizados en los laboratorios químicos. Su fina intuición le hace someter a la experimentación *in vivo* el prontosil que había resultado absolutamente inoperante *in vitro*. En el animal entero, el prontosil demuestra una actividad antibacteriana de magnitud hasta entonces desconocida, capaz de proteger y curar a los ratones de experimentación que han recibido dosis letales de cultivos de estreptococos y además demuestra ser inocuo para el organismo del animal. A pesar de los resultados obtenidos en el laboratorio y de la comprobación de sus efectos antibacterianos en el hombre, Domagk no publica sus investigaciones hasta 1935 bajo el título de *Contribución a la quimioterapia de las infecciones bacterianas*.

Los trabajos de Domagk son comprobados por científicos de diversos países. En el Instituto Pasteur de París, los esposos Trefouëls investigaron la paradójica

¹¹⁵ DOMAGK, Gerhard Johannes Paul: (nacido el 30 de octubre de 1895 en Lagow, Brandenburgo, Alemania; fallecido el 24 de abril de 1964, en Burgberg, cerca de Königfeld, Alemania). Bacteriólogo y patólogo alemán, que fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1939 por su descubrimiento (anunciado en 1932) de los efectos antibacterianos del Prontosil, la primera de las drogas sulfamidadas. Durante la 1ª. Guerra Mundial, trabajó en los hospitales para pacientes de cólera, en Rusia, sirviendo al Ejército Alemán en sus brigadas sanitarias. De allí volvió fuertemente impresionado por la impotencia de los médicos militares para enfrentar el cólera, la tifoidea, infecciones diarreicas y otras enfermedades infecciosas. Retomó sus estudios médicos una vez finalizada la Guerra. Graduado como médico en Kiel, en 1921. Luego trabajó en el laboratorio con Max Bürger, sobre creatina y creatinina, y más tarde realizó otros estudios metabólicos bajo la dirección de los Profesores Hoppe – Seyler y Emmerich. En 1924 comenzó como docente de Anatomía Patológica en Greifswald y más tarde en la Universidad de Münster. Trabajó para la I.G. Farbenindustrie (Bayer) en Wuppertal – Elberfeld, inspirado por las ideas de Paul Ehrlich, como director del laboratorio para Patología y Bacteriología Experimental. Imposibilitado de aceptar el Premio Nobel en su momento, a causa de la política del régimen Nazi, Domagk recibió en 1947 una medalla de oro y diploma. Fue también un investigador activo en tuberculosis y cáncer.

<http://www.nobelprize.org> y <http://www.my-webz.com>

actividad del prontosil, activo *in vivo* pero no *in vitro*, y demostraron que en el organismo animal se produce la ruptura del puente azoico del prontosil, quedando libre el grupo sulfanilamido que es en realidad el responsable de la actividad bacteriostática del prontosil.

En 1936 los trabajos de Ernesto Fourneau ¹¹⁶ y colaboradores confirman que la sulfanilamida como tal es tan efectiva como el prontosil para controlar las enfermedades producidas por bacterias.

Colebrook, en Inglaterra, comprueba la efectividad del prontosil para combatir las fiebres puerperales, cuya tasa de mortalidad giraba en torno al 28%, logrando disminuirla al 8%, siendo el primer tratamiento efectivo en este tipo de infecciones, casi noventa años después de las experiencias de Semelweiss. Con el descubrimiento del poder antibacteriano de la sulfanilamida se inicia la etapa más brillante de la historia de la quimioterapia. Comienza la búsqueda de sulfonamidas con actividad específica frente a gérmenes distintos.

En el corto período de tiempo comprendido entre 1938 y 1942 se desarrollan gran número de derivados de sulfonamidas, se introducen sucesivamente en la terapéutica el sulfatiazol, la sulfacetamida, la sulfametacina y la sulfaguanidina, por nombrar algunas. La sulfaguanidina, de baja solubilidad, fue de enorme utilidad en la Segunda Guerra Mundial para el tratamiento de la disentería bacilar que diezaba las tropas aliadas que luchaban en el Lejano Oriente.

El éxito terapéutico alcanzado por las sulfamidas, primeros agentes quimioterápicos activos para combatir las infecciones bacterianas, fue rápidamente superado por el sensacional descubrimiento de la terapia por antibióticos. ¹¹⁷

116 FOURNEAU, Ernesto: Farmacéutico francés descubridor de la estovaina y el estovarsol entre otras muchas sustancias, y que demostró que la sulfanilamida, era el principio que actuaba contra las bacterias en el prontosil, nombre con el que se comercializó por los alemanes el primer específico antibacteriano.

117 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986. 2 tomos, 840 páginas. (Páginas 547 – 550).

LA PENICILINA Y LA ERA ANTIBIÓTICA

La era de los antibióticos no comenzó hasta que Alexander Fleming¹¹⁸ publicó

118 FLEMING, Sir Alexander (nació en Ayrshire, Escocia el 6 de agosto de 1881, y falleció en Londres el 11 de marzo de 1955). Es el descubridor de la proteína antimicrobiana llamada lisozima y de la penicilina. Hasta la 1ª. Guerra Mundial trabajó como médico microbiólogo en el Hospital St. Mary de Londres y profesor de Bacteriología de la Universidad de Londres. Durante su condición de estudiante, Fleming ganó la beca en ciencias nacionales del mencionado Hospital, y tras una brillante carrera académica, en la que obtuvo diversos premios, logró en 1908, juntamente con su grado de bachiller en Medicina de la Universidad de Londres, la medalla de oro de la misma institución. Fleming se caracterizó siempre por su perseverancia y amor a la profesión que abrazó. Durante la 1ª. Guerra Mundial fue médico militar en los frentes de Francia, quedando impresionado por los resultados de la mortalidad causada por la gangrena gaseosa en los heridos de metralla. A partir de 1920 estudia el antagonismo microbiano y en 1922 descubre la *lisozima*. De regreso al St. Mary investigó sustancias antimicrobianas y descubrió la producida por el hongo *Penicillium notatum*, que publicó en el British Journal of Experimental Pathology en 1929. Accidentalmente el azar tejió ufano en la tela de su vida. Durante unas pruebas de laboratorio, olvidó colocar la cubierta sobre una caja de Petri en la cual estaba cultivando gérmenes de supuración, esto es, estafilococos, en un medio de agar que proporcionaba alimento a los cultivos. Tiempo después vio que la placa estaba cubierta de moho. El ojo alerta de Fleming advirtió, con sorpresa, que donde quiera que se encontraba el moho, los gérmenes desaparecían. Fue una revelación, pues no le cupo duda que el moho devastaba las colonias de los gérmenes. Fleming descubrió, así la *penicilina*, potente microbicida que hace basar buena parte de la terapéutica actual en los procesos infecciosos. El investigador identificó el moho: era el *Penicillium notatum*. Una sola parte diluida en 24.000.000 basta para impedir el desarrollo de bacterias patógenas e infecciosas. La penicilina impide el desarrollo de muchas de ellas; en cambio, es inocua para otras. Es de gran efecto sobre el estafilococo, el estreptococo, el neumococo, el meningococo y aún para los gonococos. Tiene su origen en el mencionado hongo. La sustancia antimicrobiana se produce en una solución diluida, conteniendo otras sustancias, las cuales son capaces de llegar hasta destruir el principio buscado. Por eso se la debe concentrar eliminando las impurezas y luego secarla. Para llegar a obtener la penicilina del hongo, hubo primero que conocer hasta sus hábitos, ya que su cultivo sobre ciertas sustancias no producía el hongo *penicillium*; sobre ciertas otras, muy poco, y, en cambio, en abundancia sobre otras. Esto llevó tiempo. La comunidad científica no le prestó atención, a aquella comunicación científica inicial, pensando que era útil sólo para tratar infecciones banales. El antibiótico despertó el interés de los investigadores norteamericanos durante la 2ª. Guerra Mundial, quienes intentaban emular a la medicina militar alemana, que disponía de las sulfamidas. Los químicos Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey desarrollaron el método apropiado para purificarla y producirla. En 1945 Fleming compartió con ellos el Premio Nobel de Medicina y Fisiología. En su modestia, su descubridor aseguró que el hallazgo, era "una colaboración entre el hombre y la naturaleza". Sir Alexander Fleming fue enterrado como héroe nacional en la Catedral de San Pablo, en Londres. Se le considera el iniciador de la llamada "Era de los antibióticos".

http://www.es.wikipedia.org/wiki/Alexander_Fleming - Complementada la información

los resultados de sus observaciones.

En 1896, Ernest Duchesne, un estudiante de medicina francés, demostró la actividad antibacteriana del *Penicillium glaucum* y publicó sus hallazgos en su tesis; la observación no llamó la atención entonces.¹¹⁹

El descubrimiento de la penicilina debe catalogarse entre los **“cuentos de hadas de la medicina”**. Este valiosísimo agente, que posee un poder sorprendente para interrumpir la proliferación de ciertos microbios, se extrae de un moho (*Penicillium notatum*) que antes había sido considerado como una plaga desagradable, lo mismo que las polillas y los óxidos que alteran y destruyen, pero que ahora debe ser considerado en la misma categoría del sapo, al cual consideraban nuestros abuelos como un animal “horrible y venenoso, pero que llevaba una piedra preciosa en su cabeza”. Los mohos se esconden en los rincones húmedos, echan a perder nuestras conservas, y son un signo de decadencia y muerte donde quiera que aparecen; además tienen una inclinación especial por los medios nutritivos en que el bacteriólogo cultiva los gérmenes con que está experimentando, y destruyen mucho de su trabajo al invadirlos y extenderse sobre ellos sus propias colonias. El caso fue que una simple observación – muy al estilo de Pasteur – dio origen al descubrimiento.¹²⁰

En 1928, Fleming, en el transcurso de sus investigaciones sobre los efectos de los antisépticos frente a diversos microorganismos, vio que uno de los cultivos de estafilococos había sido contaminado accidentalmente por un moho. El hongo contaminante producía un interesante proceso de lisis de las colonias vecinas de estafilococos y formaba a su alrededor un halo de inhibición. Interesado en el fenómeno, Fleming utilizó para su estudio una serie de técnicas originales desarrolladas años antes por su equipo para estudiar el efecto de la lisozima. El moho era capaz de inhibir microorganismos gram positivos, especialmente estafilococos, estreptococos y bacilos diftéricos como se evidencia por la ausencia de crecimiento bacteriano en las regiones

con la suministrada por: PREMIOS NOBEL: La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio, Biblioteca Hispania, Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas. (Páginas 301 – 303).

119 MANDELL, Gerald L. y SANDE, Merle A., Las Penicilinas, en: GOODMAN GILMAN, Alfred, GOODMAN, Luis S., y GILMAN, Alfred: Las Bases farmacológicas de la terapéutica. Sexta edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982, 1756 páginas, Página 1106.

120 HAYWARD, J. A. : Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1956, 321 páginas. Pág. 198.

del agar vecinas al cultivo de moho. Fleming denominó penicilina a la sustancia responsable de la inhibición bacteriana y el micólogo del hospital identificó el moho como *Penicillium rubrum*. El gran éxito de Fleming fue la exacta interpretación del proceso observado. La penicilina resultaba activa en diluciones extremadamente altas y demostraba carecer prácticamente de toxicidad. El paso siguiente fue tratar de aislar y purificar la sustancia producida por el *Penicillium*. La falta de conocimientos químicos adecuados impidió que Fleming progresara en sus investigaciones. Publicó los resultados en una serie de artículos, el primero de los cuales apareció en 1929, sin lograr despertar ningún interés en el mundo científico.

El bioquímico Raistrick y sus ayudantes, interesados en el estudio de los mohos, abordaron la empresa de aislar la penicilina. Entre los años 1930 y 1932, Raistrick mejoró el caldo de cultivo del *penicillium*, que había sido clasificado correctamente por el micólogo norteamericano Ch. Tom como *Penicillium notatum*, obteniendo mayores rendimientos. Sin embargo, al tratar de extraer el principio activo, la penicilina se perdía.

En realidad no fue hasta la introducción de las sulfonamidas, en 1935, cuando los medios científicos comenzaron a considerar como posibilidad real la quimioterapia de las infecciones bacterianas. Fleming fue de los primeros en aceptar la terapia por sulfonamidas así como había aceptado y utilizado en su momento la terapéutica con salvarsán.

Al finalizar la década de los treinta, varios equipos de investigadores tratan de encontrar sustancias naturales con actividad antimicrobiana. Dentro de esta línea destaca R. Dubos que, en 1939, había logrado separar del *Bacillus brevis* una sustancia activa frente a bacterias gram positivas que llamó *gramicidina*, tóxica para el hombre.

Los trabajos de Dubos estimularon a dos científicos Florey ¹²¹ y Chain ¹²²,

121 FLOREY, Sir Howard Walter (nacido en Adelaida, Australia, el 24 de setiembre de 1898 y falleció en Oxford, Inglaterra, el 21 (26 según una de las fuentes citadas) de febrero de 1968). Farmacólogo australiano. Graduado en Adelaida, se trasladó luego a Oxford para investigar mohos y bacterias. Realizó estudios en el Magdalen College de Oxford y de filosofía con Sherrington en la Universidad de la misma ciudad, con Krogh en Copenhague y con Bouin en Estrasburgo. Perfeccionóse en Madrid, en el Instituto Ramón y Cajal. En 1935 fue nombrado profesor de patología de Sir William Dunn, de Oxford. Florey dio realidad práctica al notable descubrimiento de Alejandro Fleming: la *penicilina*. Este había descubierto en 1929 el producto bactericida del hongo *penicillium notatum*, trabajando sin desmayos para obtenerlo puro, a los fines terapéuticos, pero sin conseguirlo. Era posible disolver la penicilina en el éter y extraerla así del moho, mas lo dificultoso era liberarla del éter y capacitarla para ser usada. Merced a su empeño y perseverancia y también por la valiosa cooperación que le prestaron su esposa, el joven médico alemán Ernesto Chain, los facultativos Leslie Falk, estadounidense, y Norman Heatley, británico, pudo liberarla del éter y producirla pura en solución acuosa. De esta suerte nació la penicilina estable y libre de impurezas. Florey verificó su poder bactericida, su específico influjo bacterioscópico, su acción sobre los glóbulos rojos y tejidos, así como la eliminación, dosificación, etc., incorporando a la terapéutica contemporánea una de las más poderosas armas para la preservación contra enfermedades de complicado tratamiento profiláctico hasta entonces. A mediados de 1941, Florey y Heatley se trasladaron a Estados Unidos para proseguir sus trabajos (durante la guerra) iniciándose poco después la fabricación de penicilina en gran escala. Avanzando el tiempo, Florey integró una comisión científica angloestadounidense que se trasladó a Moscú, visitando Nueva Guinea, Australia y Nueva Zelanda, indicando normas para la fabricación y tratamiento con la droga. En 1945 compartió el Premio Nobel con dicho descubridor y con Ernst Boris Chain. Posee, además, título nobiliario conferido por los reyes de Inglaterra, y otros diversos adjudicados por instituciones científicas.

http://www.es.wikipedia.org/wiki/Howard_Walter_Florey (Complementada la información con la suministrada por: PREMIOS NOBEL: La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio, Biblioteca Hispania, Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas). (Páginas 303 – 304).

122 CHAIN, Ernst Boris (1906 – 1979). Médico alemán. Nació en Berlín en 1906. Doctor en la Universidad de Oxford (Inglaterra). Súbdito británico. Codescubridor de la penicilina en su estado de pureza. Con fondos provenientes de las subvenciones de la Fundación Rockefeller y del Consejo Británico de Investigación Médica, este joven médico trabajó incansablemente junto al gran maestro australiano Howard Walter Florey, coadyuvando eficazmente a la purificación de la penicilina. Hacia 1929, Alexander Fleming había descubierto la nueva droga del hongo *Penicillium notatum*, pero le era muy dificultoso obtenerla libre de impurezas, apta para ser usada en terapéutica. Esa misión le estaba reservada a otros hombres de ciencia, entre los que se encontraba Chain. Fleming se puso en contacto con Florey y este inteligente patólogo, profesor de Oxford, inició los correspondientes trabajos tendentes a producir penicilina en estado puro. Entre sus colaboradores inmediatos se encontraban su esposa, Chain, Leslie Falk y Norman Heatley. Trabajaron todos con inusitados esfuerzos hasta conseguir ver

en la búsqueda de compuestos antimicrobianos de origen natural. Les llamó la atención los estudios de Fleming sobre la lisozima y a través de ellos conocieron las investigaciones con la penicilina. Ayudados por la Fundación Rockefeller, Florey y Chain reprodujeron los trabajos de Fleming y de Raistrick, comprobando la inestabilidad de la penicilina. En 1939 todo el asunto de los usos terapéuticos de la penicilina, de su eficacia como agente bacteriostático, de su cultivo y extracción, y de su estandarización, fue abordado por el profesor Florey y sus colaboradores de Oxford, y el resultado de sus investigaciones apareció en un trabajo ahora histórico, que fue publicado en el *Lancet*, en agosto de 1941.¹²³

Para esa época, la penicilina amorfa cruda tenía sólo 10% de pureza y se necesitaban casi 100 litros del caldo en el que se había cultivado el hongo para obtener suficiente antibiótico para tratar a un paciente durante 24 horas. Herrell (1945) relata que el grupo de Oxford llegó a usar enormes recipientes para cultivos de *P. notatum*. El caso No. 1 del informe de 1941 de Oxford era un policía que sufría de una severa infección mixta estafilocócica y estreptocócica. Se lo trató con penicilina, recuperada en parte de la orina de otros pacientes que habían recibido la droga. Se dice que un profesor de Oxford describió a la penicilina como una sustancia notable, cultivada en "chatas" (bedpans) y purificada por su paso a través de la policía local. La expansión del programa clínico exigió la producción de cantidades de penicilina más grandes de las que podían obtenerse en el laboratorio, y pronto se inició un amplio programa de investigación en los Estados Unidos. Durante 1942, 122 millones de unidades de penicilina se pusieron a disposición de los interesados,

coronados sus esfuerzos con el éxito (1940), esto es, hallar la forma y manera de purificar la penicilina. Los investigadores, trabajando en común, verificaron su poder bactericida y su específica acción bacteriostática, como así también su acción sobre los glóbulos rojos y los tejidos, la eliminación y dosificación, comprobando con optimismo que era inocua para el organismo y no dejaba secuelas. Fleming, Florey y Chain obtuvieron el premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1945. Director científico del Centro Internacional de Investigaciones Microbiológicas de Roma, estudió el metabolismo intermedio de microorganismos, especialmente el problema de la biosíntesis de la penicilina y la formación de ácidos orgánicos por hongos. Dirigió trabajos sobre el metabolismo del sistema nervioso y del cerebro y sobre la acción de la insulina, en el Departamento de Bioquímica del Instituto Superior de Sanidad de Roma, del que fue Director. Murió el 14 de agosto de 1979. (Tomado de PREMIOS NOBEL. La Fundación y biografías de los galardonados, por Santos Salvaggio. Biblioteca Hispania. Editorial Ramón Sopena, S.A., Barcelona, España, 1981, 640 páginas. (Páginas 300 – 301).

123 HAYWARD, J. A.: Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1956, 321 páginas. Pág. 199.

y los primeros ensayos clínicos se llevaron a cabo en la Universidad de Yale y en la Clínica Mayo, con resultados espectaculares. En la primavera de 1943, 200 pacientes ya habían sido tratados con la droga. Los resultados fueron tan llamativos que el General Surgeon de los Estados Unidos autorizó ensayos del antibiótico en un hospital militar. Poco después la penicilina se adoptó en todos los servicios médicos de las fuerzas armadas del país. En el verano de 1943 se publicaron los resultados clínicos en 500 pacientes (National Research Council, 1943). El procedimiento de fermentación profunda para la biosíntesis de la penicilina se desarrolló en los Northern Regional Research Laboratories del Departamento de Agricultura, Peoria, Illinois, y significó un progreso fundamental en la producción en gran escala del antibiótico. De una producción total de pocos centenares de millones de unidades por mes en los primeros tiempos, la cantidad fabricada subió a más de 200 trillones de unidades (casi 150 toneladas) en 1950. La primera penicilina comercializable costaba varios dólares por cada cien mil unidades; hoy, la misma dosis cuesta sólo unos pocos centavos de dólar.¹²⁴

E. B. Chain, joven químico alemán, logra obtener la sal sódica de la penicilina, gracias a su excelente preparación en química. La concentración del producto se consiguió por liofilización, que proporcionó un polvo rico en penicilina estable y parcialmente pura.

Fue H. W. Florey, profesor de patología, el encargado de realizar las comprobaciones en los animales de experimentación. Confirmó las observaciones de Fleming sobre la baja toxicidad de la penicilina y su espectro de actividad antimicrobiana. Heatley se unió al equipo original y junto con Chain perfeccionó el método de purificación, consiguiendo un producto mil veces más activo que el caldo inicial y que poseía diez veces la actividad antimicrobiana de las sulfonamidas.

Las asombrosas propiedades terapéuticas de la penicilina purificada quedan de manifiesto en los primeros ensayos con animales de experimentación y el llamado equipo de Oxford publica los resultados en mayo de 1940. En febrero del año siguiente logran suficiente cantidad de penicilina para hacer el ensayo en el hombre, y concretamente el 12 de febrero de 1941 fue tratado

124 MANDELL, Gerald L. y SANDE, Merle A., Las Penicilinas, en: GOODMAN GILMAN, Alfred, GODDMAN, Luis S., y GILMAN, Alfred: Las Bases farmacológicas de la terapéutica. Sexta edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982, 1756 páginas. Páginas 1106 y 1007.

el primer paciente, como fue mencionado antes, un policía afectado por una septicemia estafilo y estreptocócica que no había remitido al tratamiento con sulfamidas. El paciente agonizaba cuando recibió la primera inyección intravenosa de penicilina. El éxito fue espectacular; al cuarto día la fiebre había descendido, pero al finalizar el quinto se había agotado la reserva de penicilina, a pesar de recuperarse la que se excretaba por la orina, y el paciente falleció. Los primeros diez ensayos clínicos efectuados por Florey, Abraham, Heatley y colaboradores, fueron publicados en agosto de 1941. A partir de aquel momento el problema era conseguir las cantidades necesarias del nuevo medicamento para su aplicación en clínica, lo que significaba un gran desafío para la tecnología farmacéutica.

Al mismo tiempo que se efectuaban los ensayos clínicos, el equipo de Chain seguía estudiando el nuevo compuesto y en el plazo de pocos meses se conocieron la mayor parte de las propiedades físicas, químicas y farmacológicas de la penicilina.

Las dramáticas circunstancias vividas en Europa al declararse la segunda guerra mundial llevaron a Florey y Heatley a desplazarse a los Estados Unidos en julio de 1941. En aquel país recibieron la ayuda del Departamento de Agricultura y en los laboratorios del Northern Regional Research en Peoria se desarrollaron las técnicas de cultivo en profundidad, que permitieron mejorar el rendimiento obtenido con los clásicos cultivos de superficie.¹²⁵ Allí comienza la búsqueda sistemática de nuevas cepas de *Penicillium* de alto rendimiento, logrando aislar el *Penicillium chrysogenum*.

Las investigaciones sobre la penicilina, mantenidas en secreto por los gobiernos americano e inglés hasta fines de 1945, se desarrollaron paralelamente en otros centros, en los cuales se consiguieron mutantes del *Penicillium chrysogenum*, bombardeando las cepas originales con luz ultravioleta y rayos X, hasta llevar su rendimiento de 100 U./ml hasta 600 U./ml. Una sub- cepa de *Penicillium chrysogenum* proporcionó rendimientos de 1000 U./ml. Los mutantes de *Penicillium chrysogenum* obtenidos en el laboratorio siguen siendo en la actualidad la mejor fuente de penicilina G.

Una vez montada la producción de penicilina, surgen nuevas metas para los investigadores, obtener penicilinas nuevas y mejores, más cómodas de

¹²⁵ El grupo de Oxford comenzó con un cultivo de *Penicillium notatum* de rendimiento 2 U./ml en cultivos de superficie; los realizados en profundidad y la modificación de los medios nutritivos permitieron alcanzar rendimientos de 400 U./ml.

administrar, más estables y de mayor amplitud de acción.¹²⁶

Este proceso, ocurrido por la investigación incesante de científicos europeos preocupados por lograr combatir ciertos flagelos, muestran que en ese camino se encontraron sustancias que transformaron radicalmente el enfoque terapéutico, aún cuando los primeros indicios eran para descartar algunos de esos productos, que darían, gracias a la tenacidad, inteligencia y la intuición de estos investigadores, resultados que habrían de cambiar el curso de la historia.

Nuestro memorable Maestro Rodolfo V. Talice, relata el conocimiento que hizo de dos de estos Premios Nobel:

"IV) Fleming, Alexander. Inglés. Descubridor de la penicilina. Lo conocí en Londres. Su laboratorio "por suerte muy viejo", lleno de manchones verdosos en el techo... "si hubiese sido flamante, no hubiese descubierto la penicilina..." (expresiones del propio científico).

"V) Florey, Howard (Sir). Australiano. Lo traté días y días durante su estadía en Montevideo en 1946. En 1949 lo reencontré en Oxford. Hombre comunicativo, sencillo, sin tesituras ni alardes. Incluso en los severos ámbitos de la gloriosa Universidad, no desperdiciaba ocasión para deslizar humoradas oportunas."¹²⁷

126 HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A. Madrid, 1986, 2 tomos, 840 páginas. (Páginas 554 – 556).

127 TALICE, Rodolfo V. : MEMORIAS DEL SIGLO. Segundo Escandell S.A. Publicaciones & Ediciones. Barreiro y Ramos, noviembre 1994, Montevideo. 331 páginas. Página 186.



Girolamo Fracastorius, monumento en Verona, su lugar natal



Cristóbal Colón



Mercurio, el metal líquido



Fritz Schaudinn



Erich Hoffmann

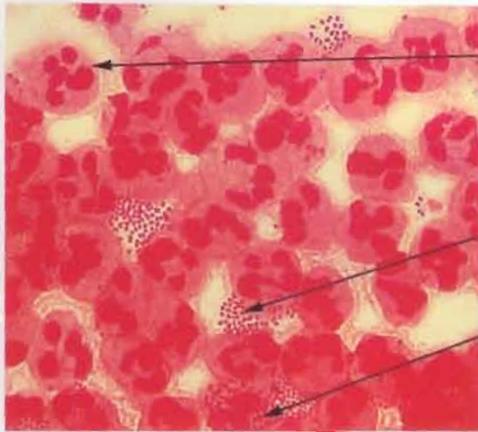


Treponema pallidum, microfotografía con microscopio electrónico



A. Neisser

Neisseria gonorrhoeae
(gonococo)



polymorphonuclear leukocyte

Extracellular gram-negative diplococci

Intracellular gram-negative diplococci



Gerhard Domagk



Paul Ehrlich y
Sachahiro Hata



Paul Ehrlich



Neosalvarsán



Felipe II (España)



Carlos II (España)



Monasterio de San Lorenzo del Escorial, construido por Felipe II para albergar el Panteón de los Reyes

Monasterio de San Lorenzo del Escorial, Panteón de los Infantes



Marie de Rabutin - Chantal,
marquise de Sévigné



Condón Masculino

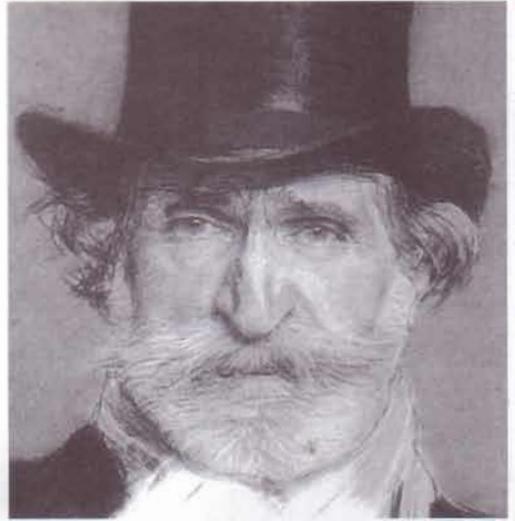


Condón Femenino





Franz Schubert



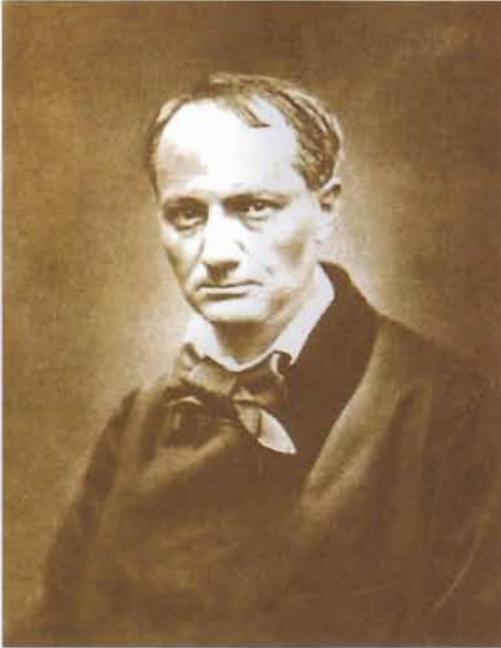
Giuseppe Verdi



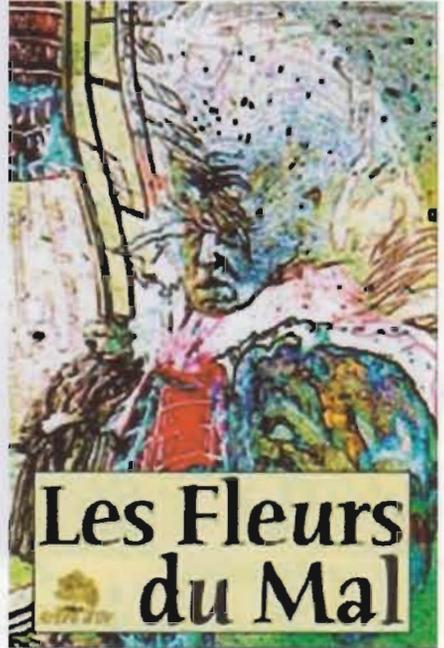
Lord Byron



Heinrich Heine



Charles Baudelaire



Charles Baudelaire,
Las Flores del Mal



Federico Nietzsche



Oscar Wilde



Francisco de Goya y Lucientes



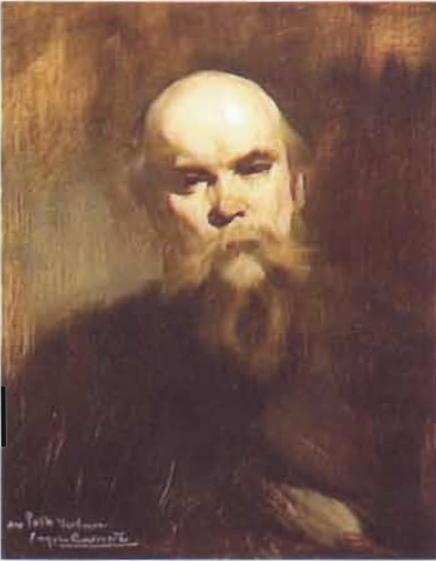
Abraham Lincoln



Vladimir Ilich Ulianov (Lenin)



James Joyce



Paul Verlaine



Vincent Van Gogh



Paul Gauguin



Pablo Ruiz Picasso



Paulina Luisi junto a sus
compañeros de la Facultad
de Medicina. (Circa 1901)



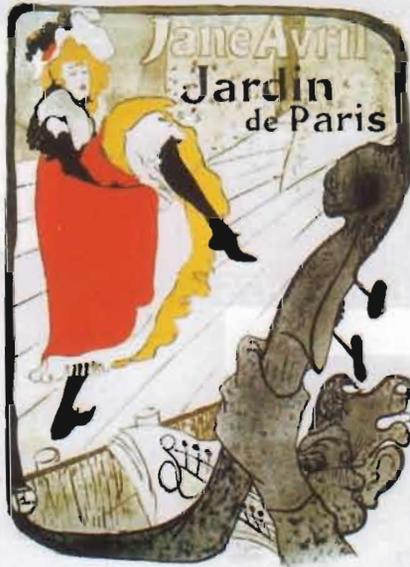
Alicia Moreau de Justo



Arthur Rimbaud

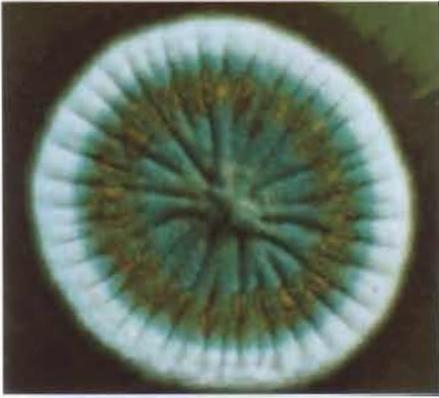


Guy de Maupassant

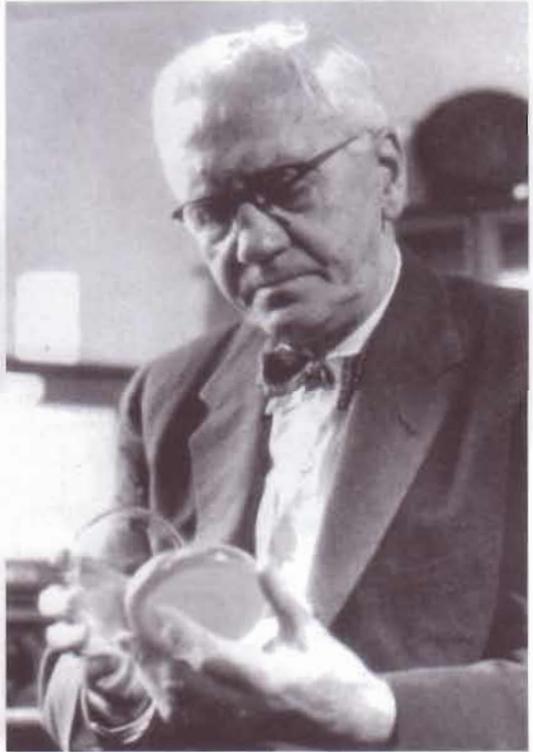


La alegría de París





Penicillium notatum, cultivo



Sir Alexander Fleming



Howard Walter Florey



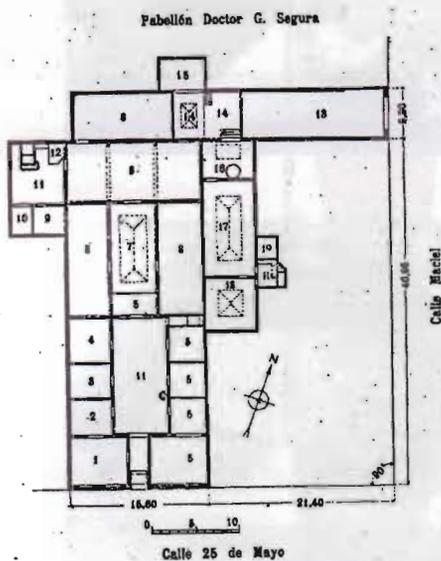
Ernest Boris Chain



Alfredo Vidal y Fuentes



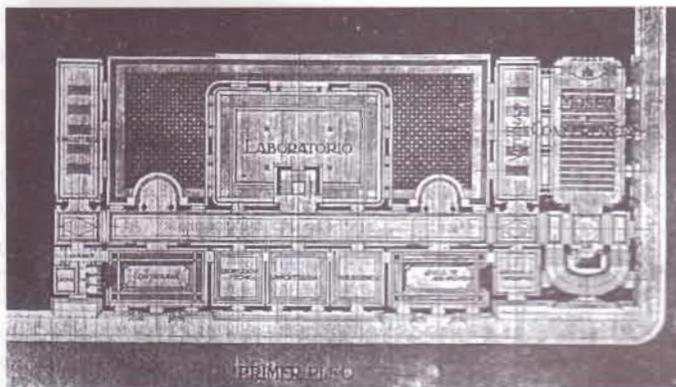
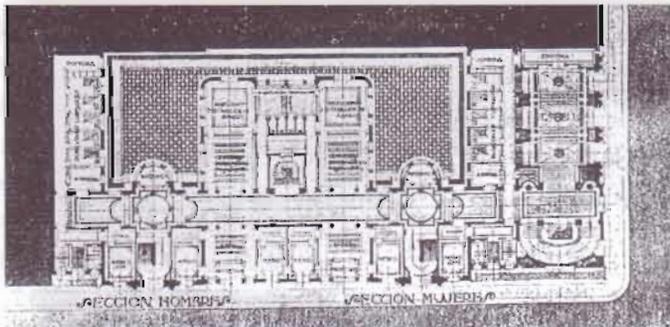
Alejandro Gallinal



Planta del pabellón del Sifilicomicio Nacional
"Dr. Germán Segura"

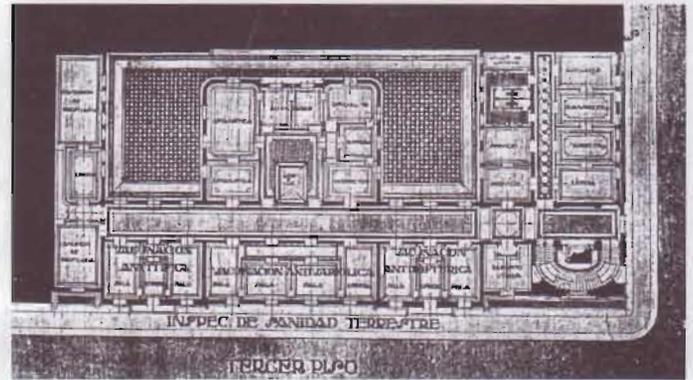
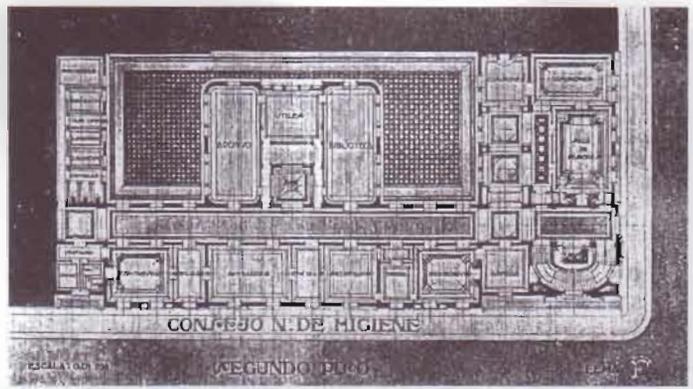


Instituto Profiláctico de
la Sífilis, construido por
el Consejo Nacional de
Higiene, actual sede del
Ministerio de Salud Pública



Detalle de las plantas del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Detalle de las plantas del Instituto Profiláctico de la Sífilis



IX

EL ORIGEN DE LAS DOS TEORÍAS

El hallazgo de lesiones sifilíticas óseas en las excavaciones arqueológicas ha dividido a los investigadores en dos grandes grupos: uno situando el origen en las Américas (los colombinos, que le atribuyen a Cristóbal Colón su introducción en el continente europeo), y otro que ubica el origen en Europa, Cercano Oriente y África.

Los primeros plantean que hace cinco siglos se introdujo en Europa procedente de América recién descubierta, a través de los conquistadores. Ya a finales del siglo XV se había propagado, tras el infructuoso sitio de Nápoles en 1495, por las tropas francesas de Carlos VIII. Durante el sitio, las prostitutas francesas tuvieron relaciones sexuales con los soldados españoles, y probablemente aquellas contrajeron así la sífilis, que luego transmitieron también generosamente a los soldados franceses, pues estos se retiraron rápidamente abatidos por una "misteriosa epidemia", de ahí el nombre de *morbo gallico*.

Desde principios del siglo XVI se convirtió en azote de la humanidad. Fue un mal innumerable, un estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La Iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino. Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había terapéutica eficaz; anteriormente sólo se disponía de plegarias, como fue dicho, encomendándose hasta un santo específico la protección de los enfermos. El miedo a la enfermedad condujo a la incorporación de uno de los 14 Santos de Urgencia de la Iglesia: San Dionisio fue el Patrono de los sifilíticos. A comienzos del siglo XVI alrededor del 15% de la población europea padecía esta afección.¹²⁸

Otro grupo de investigadores ha descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental, lo cual ha reavivado las discusiones y planteado la posibilidad de un origen común. Una infección similar a la sífilis fue descrita por los chinos hace miles de años. La plaga bíblica de Moab ha sido también reconocida como sífilis por muchos autores. Tanto en Europa como en América, Medio Oriente y África hay testimonios en los escritos

128 BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ÁLVAREZ, Miguel Ángel, GALINDO SANTANA, Belkys María y GALA GONZÁLEZ, Ángela: *Sífilis: pasado y presente*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", Cuba.

y en las manifestaciones artísticas más antiguas acerca de la evidencia de esa enfermedad. Los sustentadores de esta teoría la basan en similitudes morfológicas y estructurales, y en la comunidad antigénica de los distintos treponemas entre sí, así como en los rasgos semejantes existentes en los cuadros clínicos que producen. Esta es la teoría unitaria defendida por Hudson, quien postula un único microorganismo cuya cuna pudo ser originariamente África, hace miles de años. Allí produjo una enfermedad denominada *yaws* que se extendió hacia el este y norte del continente a través del tráfico de esclavos (Egipto importaba esclavos del centro de África ya en el tercer milenio antes de Cristo). Con el paso del tiempo, la enfermedad se extendió a la península arábiga y Mesopotamia, donde se denominó *bejel*. Probablemente llegó a Europa desde el este, a través de las Cruzadas, en los siglos XIII y XIV. En el oeste del continente europeo, pudieron ser los viajes de los marinos portugueses y españoles por la costa africana desde los siglos XII y XIII, quienes, junto con esclavos negros, importaron los treponemas.

Durante los siglos XVII y XVIII se identificaron en Europa una serie de enfermedades similares a *yaws* en zonas rurales y pobres de la periferia del continente: *spirocolon* en Grecia o Bosnia, *pian* en Nérac (Francia), *scurvy* en Irlanda, *sibbens* en Escocia o el demonio de los pantanos en Jutlandia. Estas enfermedades eran el resultado de un contacto directo, más frecuente en la infancia, pero que afectaban a todas las edades, y cuya propagación se realizaba con frecuencia en el seno de la familia. En su conjunto, a estos cuadros se les denominó sífilis endémica. Sus manifestaciones clínicas se fueron modificando en los distintos países debido a las condiciones climáticas, costumbres, higiene o pobreza de sus habitantes. Gracias a la invención del jabón en el siglo XIV y la mejora en los hábitos de higiene personal, los treponemas tuvieron que adaptarse para sobrevivir en la nueva situación. Algunos de ellos lo hicieron: emigraron a áreas húmedas del cuerpo humano, transmitiéndose por vía sexual, a la vez que pudieron sufrir una mutación que los volvió más infecciosos y virulentos, dando lugar a la sífilis epidémica tal como la conocemos actualmente. Otros, se mantuvieron en áreas deprimidas, manteniendo los cuadros de sífilis endémica hasta entrado el siglo XX, en regiones como Rusia o los Balcanes. Por eso, hay autores que prefieren hablar de treponematosis.

Hay excavaciones que revelan que la sífilis no procede de América. Un estudio de 240 esqueletos descubiertos en 1994 en un convento de frailes agustinos al norte de Inglaterra (que estuvo habitado entre 1316 y 1539), permite sostener

que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje. Estos esqueletos excavados en Hull y fechados por el carbono 14 (radiactivo) entre el año 1350 y 1370, poseían claros signos de padecer sífilis en un 60% de los casos, según informes del departamento de Arqueología de la Universidad de Bradford, al norte de Inglaterra, que realizó estas investigaciones.¹²⁹ Los huesos largos de la pierna presentaban cambios compatibles con el diagnóstico de sífilis epidémica.^{130, 131}

129 BERDASQUERA CORCHO, Denis; LAZO ÁLVAREZ, Miguel Ángel; GALINDO SANTANA, Belkys María y GALA GONZÁLEZ, Ángela . Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba.

130 BOROBIÓ, María Victoria: El Enigma de la Sífilis. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.
http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis3.htm

131 DIARIO MÉDICO (España): Unas excavaciones revelan que la sífilis no procede de América. 4.9.200.

<http://www.diariomedico.com/entorno/ent040900comtris.html> El texto publicado en este periódico médico español informa lo siguiente:

Estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje

Unas excavaciones revelan que la sífilis no procede de América

La teoría que sostienen científicos acerca de que la sífilis fue traída a Europa desde América por exploradores europeos y transmitida a su alrededor o surgida de un modo independiente en cada región no tiene validez, según recoge el estudio de unos esqueletos en un convento en el norte de Inglaterra. Los resultados sostienen que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje.

Excavaciones recientes en un convento en el norte de Inglaterra sostienen la teoría de que la sífilis no llegó del Nuevo Mundo a Europa.

"Los esqueletos excavados en Hull fechados entre el año 1300 y 1450 poseen claros signos de padecer sífilis", explica Ángela Boylston, paleopatologista y jefa del equipo arqueológico de la Universidad de Bradford, en el norte de Inglaterra, que realiza las investigaciones.

Los científicos desde hace tiempo han pensado que la sífilis fue traída a Europa desde América por exploradores europeos y transmitida a su alrededor o surgida de un modo independiente en cada región. Los esqueletos estudiados hace poco sugieren que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Cristóbal Colón volviera de su primer viaje. Los europeos empezaron a ser conscientes de la enfermedad después del año 1500, pero algunas investigaciones creen que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en periodos anteriores.

La sífilis inicia su desarrollo como una inflamación, se desarrolla como un sarpullido, produce fiebre y fatiga, años después la infección puede acarrear serias complicaciones coronarias o cerebrales.

"Este descubrimiento cambia nuestra visión sobre la historia de la sífilis", comenta Boylston. "Existen varios esqueletos alrededor del país con signos de sífilis que podían

Los primeros informes acerca del tratamiento específico con mercurio para la sífilis, se registra en 1499, por el doctor Francisco Villalobos (antes mencionado), médico de Castilla, quien empleaba el "ungüento para las bubas" ya antes del descubrimiento de América. De esta época procede el axioma *Gravora quaedum sunt remedia periculus* ("Es peor el remedio que la enfermedad"), debido a los efectos tóxicos que los preparados mercuriales tenían sobre los pacientes.

Fue Paracelso¹³² quien afirmó que madres sifilíticas engendraban hijos

estar fechados con anterioridad a Colón. Pero el interés de este lugar de enterramientos radica en que la sífilis se muestra en varios individuos, no sólo en uno, o en dos. Esto nos hace pensar que la sífilis estuvo presente en la Inglaterra medieval".

David Evans, quien dirige las excavaciones en los enterramientos Agustínianos, fecha los esqueletos un poco más tarde -entre 1450 y 1475- según la estratificación.

Cuatro de los esqueletos muestran signos de la enfermedad, según ha indicado Evans en un artículo de la revista *British Archeology*. "La enfermedad, contraída 20 años antes, deja su marca en los huesos, mientras avanza hasta producir la muerte", escribe Evans. "Esas víctimas contrajeron la sífilis mucho tiempo antes del regreso de Colón y de sus barcos del nuevo mundo -tradicionalmente considerada como la razón de la llegada de La gran sífilis a Europa". Donald J. Ortner, administrador de la sección de Antropología Física del museo Smithsonian, en Washington, afirma que este descubrimiento en Hull ayuda a clarificar algunas dudas acerca de los orígenes biológicos de la enfermedad. "Pienso que existen otras explicaciones plausibles acerca de los orígenes de la sífilis", dice Ortner, quien asegura que también es posible que puede haber sido producido por yaws, el tubérculo de la frambesia, asociado a enfermedades que no son transmitidas por vía sexual o el bejel. Yaws, dolencia situada en la áreas tropicales y subtropicales, normalmente se produce en niños. Bejel se desarrolla en la zona Este y Norte de Africa. Las tres enfermedades están causadas por el microorganismo *Treponema pertenue*. El descubrimiento en Hull "convierte las preguntas acerca del origen biológico de la sífilis mucho más interesantes. Si nosotros estamos hablando que un solo organismo sea el causante de tres enfermedades distintas, entonces tendremos un tipo similar de enfermedades que se desarrollaban en Europa mucho antes de Colón", dijo Ortner. La gran pregunta es si la sífilis apareció como una enfermedad de transmisión sexual.

132 FAHRAEUS, Robin: Op. Cit, pág. 321: PARACELSO (Felipe Auréolo Teofrasto Bombasto de Hohenheim), que se llamaba a sí mismo Paracelso, queriendo significar con ello que era superior a Celso, un autor médico de la Antigüedad, nació en Suiza en 1493, estudió en Ferrara graduándose alrededor de 1515, como médico. Recorrió casi toda Europa, hablándonos en sus escritos de Portugal, España, Inglaterra, La Marca, Prusia, Lituania, Polonia, Hungría, Valaquia, Transilvania, Croacia y otros países. Visitó Estocolmo y Dinamarca. Según varios datos, era dado a la bebida, encontrándosele por las mañanas en los albergues, tras las noches de orgía y borrachera, tendido en la cama con las botas en la cabecera, "porque los pies son los que más trabajan, son también los

sifilíticos, reconociendo la forma congénita de transmisión.

Por este tiempo se iniciaron los tratamientos con mercuriales. Este tratamiento mató más enfermos que la propia sífilis, si a su efecto deletéreo añadimos que en algunos hospitales, luego de la cura, le propinaban al enfermo una tunda de palos para castigar “la carne pecadora”.

Diversos autores han incorporado estas dos teorías en sus publicaciones más recientes. Particularmente Frederick F. Cartwright y Michael Biddiss.¹³³

que más descanso necesitan”. Es fama de que Paracelso era castrado o impotente. Como fuera, las mujeres parece ser que no desempeñaron ningún papel en su vida. Durante sus viajes veíase con toda suerte de hombres, barberos, bañeros, curanderos, alquimistas, médicos, monjes, nobles y plebeyos, inteligentes y simples, para enterarse de lo que sabían acerca de las enfermedades y la manera de curarlas. En 1526 fue nombrado profesor de Medicina en Basilea. Fue alcanzado por la muerte en Salzburgo en 1541, en la hostería de “El Caballo Blanco”. Y como todo en su vida estuvo rodeado de leyenda, también su final fue controvertido. Mientras unos sostuvieron que murió asesinado en una riña tras una noche de francachela, Van Helmont, gran admirador suyo, sostiene que se debió su muerte al envenenamiento por las emanaciones de mercurio, mientras trabajaba en su laboratorio. Sus enemigos y detractores se burlaban de que hubiera muerto tan joven, luego de tanta jactancia por haber descubierto la piedra filosofal. (Páginas 321 - 336).

133 CARTWRIGHT, Frederick F. y BIDDISS, Michael: *Grandes pestes de la Historia*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 2005. 262 páginas. Es traducción del original en inglés *Disease and History*, publicada por vez primera en 1972, con ediciones posteriores en 2000 y 2004. Cartwright (fallecido en noviembre de 2001) ha sido director del Departamento de Historia de la Medicina en el King's College Medical School, de Londres, y Biddiss es profesor de Historia en la Universidad de Reading, Inglaterra.

X

LA SÍFILIS EN EL MUNDO GLOBALIZADO DE HOY

En la España franquista, por 1946, Camilo José Cela, recorrió la meseta castellana, siendo joven, publicando *"Viaje a la Alcarria"*¹³⁴ señalando como comentario de un hombre del pueblo llamado Trillo: *"La pena fue que se perdieran los baños de Carlos III, que eran famosos en toda España. Ya sabrá usted lo que decía el refrán: que Trillo todo lo cura, menos gálico y locura"*. Tal era la búsqueda de soluciones mágicas para una enfermedad que llevaba tantos fracasos, que hasta las curas termales le habían adjudicado, hasta que la experiencia mostró su inutilidad.

Después de 500 años de existencia certificada, la sífilis mostró un marcado aumento de incidencia en los países occidentales a partir de 1955, que incrementó de un 30 a un 85% por año. Entre 1958 y 1960 hubo un descenso de la incidencia de la enfermedad, que volvió a crecer a partir de los años 70, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde esta época se considera la existencia de millones de sífilíticos distribuidos en forma desigual entre las naciones, explicándose su diseminación y reaparición, a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas, y a los puertos y los mayores tráfico comerciales y turísticos.

Actualmente estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual en el mundo, siendo de ellos 3,5 millones por sífilis. En las Américas las tasas de incidencia de la sífilis primaria y secundaria, la detectada serológicamente y la congénita, son de 2 a 5 veces más elevadas que en los países industrializados, aunque en la mayoría de los países de la región se observa una disminución en los casos de sífilis adquirida, y en algunos se registra un aumento de la incidencia de casos de sífilis congénita. Esta inconsistencia aparente estaría relacionada con un mejor registro de los casos de sífilis congénita concomitante a un empobrecimiento o subregistro de la sífilis adquirida. La repercusión de la salud más seria tiende a ocurrir en mujeres y recién nacidos.

¹³⁴ CELA, Camilo José: *Viaje a la Alcarria*. Ediciones Destino S.A., Barcelona, 2002, 205 páginas. Pág. 111.

La sífilis, sin lugar a dudas, es una de las infecciones de transmisión sexual que mayores daños ha ocasionado a lo largo de la historia, sólo comparable con los efectos devastadores del VIH/SIDA.¹³⁵ Ello sin perjuicio de la incidencia del herpes genital, la clamydiasis, blenorragia o gonococcia, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papiloma virus humanos, hepatitis B y C, entre otras, de incidencia frecuente en todo el planeta.

La religión hebrea no admite el condón.

La Iglesia católica rechaza el uso del preservativo, incluso en el contexto de la pandemia del HIV-SIDA. Sin embargo, la Conferencia Episcopal Española, en enero de 2005 ha aprobado el uso del condón en dicho contexto. Como vemos, la influencia de la religión en las prácticas sexuales, incluso en la prevención de las ITS, sigue siendo mayoritariamente negativa.

En el mundo islámico el panorama es no menos triste. También allí la religión hace sentir su pesada carga de prejuicio a la hora de cuidar aspectos de salud.¹³⁶ Veamos este diálogo con una bióloga senegalesa:

-¿Cuántos de esos 50 niños están infectados por el VIH? -Unos diez. -¿Son tratados de forma diferente? -No porque nadie lo sabe. Se les marginaría. -¿Y eso? -Incluso pondremos en esa casa otros huérfanos no afectados por el sida para disimular. Y desde luego no colgaremos ningún rótulo que ponga «Huérfanos de sida». -¿Qué pasaría? -Que ningún pariente lejano nos traería a su niño huérfano por miedo a que la vergüenza cayera sobre su familia. -¿Pero cómo puede usted trabajar contra el sida en estas condiciones? -Es muy difícil porque oficialmente el sida, en Senegal, sólo afecta al 2% de la población senegalesa. La cifra real es muy superior, claro. -¿El islam protege la fidelidad de pareja y por tanto un relativo control del sida?

-Efectivamente, pero lo que protege la fidelidad lo propaga la bigamia. -¿La virginidad es un valor? -Lo es tanto para el islam como para la sociedad y

135 BERDASQUERA CORCHO, Denis y col. Op. Cit.

136 <http://www.dracnet.es/cac/200207/20020720.html> Cara a Cara, por Víctor Colomer Boury Niang: sida en Africa «Los enfermos lo ocultan hasta la muerte» La bióloga senegalesa, casada y madre de cinco, presidenta de la entidad Waw Coumba (Mujeres Valientes) y coordinadora en la ciudad de Mbour del proyecto de Actúa Vallés para niños huérfanos del sida, Boury Niang, 48, ha visitado Sabadell.

cultura senegalesas. La mayoría de chicas se casan vírgenes. Eso ayuda un poco. -¿Se oculta el sida por miedo a perder el trabajo? -No. En eso hay leyes muy explícitas que protegen los derechos laborales del enfermo de sida. -¿Entonces por qué se oculta? -Es la enfermedad de la persona sexualmente dispersa. Y eso avergüenza. Es una vergüenza para él y para la familia. -Cuénteme eso. -Mire, incluso las prostitutas tienen prohibido trabajar con gonorrea o sífilis bajo pena de tres meses de cárcel. En cambio, si las pillan trabajando con sida no pasa nada. -¿Cómo es posible? -Hay un consenso general de camuflaje y un respeto extraordinario a la confidencialidad. -¿Cómo de extraordinario? -Pues ni siquiera a mí, que soy del cuerpo médico y regidora de sanidad de mi ciudad, se me permite decir quién tiene sida. -Pero eso va contra la salud pública. -Sí, pero hay una ley de confidencialidad muy estricta al respecto y no puede vulnerarse. -¿Ni siquiera puede decirlo a la esposa de un hombre infectado? -Ni siquiera a ella. Yo he visto parejas en que uno de los dos tiene sida y no he podido advertir al otro. He tenido que callar. -Pero ocultarlo es propagarlo. -Ése es nuestro drama. Pero ellos prefieren morir ocultándolo porque eso ahorrará la vergüenza a sus hijos”.

« ISLAM Y SIDA El islam, que por un lado frena el sida por defender virginidad y fidelidad, por el otro estimula comportamientos peligrosos. «Yo he visto cuatro hombres de un poblado emigrar a Italia, regresar con sida e infectar a sus dos mujeres cada uno, pues todos eran bígamos. Muerto el hombre, las dos viudas pasan a su hermano con lo que le infectan a él y éste a sus dos mujeres anteriores». No hace falta pues salirse del Corán para entrar en una tan sagrada como mortal progresión geométrica. «Y lo peor es que viéndolo con toda claridad, no puedo avisarles, he de callar y ver, impotente, como se contagian uno a otro», dice Nyang.

XI

ALGUNOS PACIENTES CÉLEBRES

*“Aquí yace uno que
por amar demasiado a las puercas
bajó un día al reino de los topos”.*

CHARLES BAUDELAIRE
(1821-1867)

La sífilis, de acuerdo a su forma de transmisión, no respetó fronteras, etnias ni religiones. Afectó por igual a nobles y plebeyos; a obreros, patronos, soldados de cualquier grado, músicos y literatos; reyes, emperadores y papas. A sus momentos de oscuridad y ocultamiento, sucedieron las manifestaciones de exhibición con orgullo, como sucedió en general con las enfermedades de transmisión sexual, a lo largo de la historia.

Entre los emperadores romanos, Tiberio marcha a la cabeza, habiendo contraído la infección debido a su vida disoluta, como le había sucedido también a Heliogábalo, que habría muerto de sífilis si no lo hubieran ahogado en una letrina a los 18 años. Cesonia, la disoluta y floja esposa de Calígula también estaba infectada de sífilis, mientras que el padre de Teodora (la emperatriz de Bizancio, que nació pobre, fue meretriz y luego al casarse con Justiniano fue elevada al trono imperial) también falleció a causa de la sífilis.

En la Edad Media, era tan temida como la peste bubónica, y Deodato, el cruel segundo marido de la sufrida reina ostrogoda Amalasantha, también sucumbió a ella, no sin antes hacer asesinar en la bañera a su consorte. Las raras costumbres del papa Bonifacio VIII¹³⁷ le hicieron víctima de esta enfermedad. No fue el único papa que padeció estos sufrimientos venéreos: Alejandro VI,¹³⁸ Rodrigo Borgia, padre de Lucrecia, también se vio infectado de sífilis debido a sus orgías. Su hijo César Borgia, uno de los criminales más

137 Bonifacio VIII ejerció el papado entre 1294 y 1303. *El Vaticano. Lozzi Roma, Edizioni turistiche, 1997, 97 páginas. Pág. 97.*

138 Alejandro VI ejerció el papado entre 1492 y 1503. *El Vaticano. Lizzi Roma, Edizioni turistiche, 1997. Pág. 97.*

grandes de la historia, también padeció del mismo mal. El papa Julio II ¹³⁹, protector de Miguel Angel Buonarroti, también andaba “con las bubas”, lo mismo que León X ^{140, 141}.

Enrique VIII de Inglaterra ostentaba llagas fétidas. El zar Iván “el Terrible”, de Rusia, a quien la hija de Enrique VIII – la genial Elizabeth I – le rechazó en matrimonio, la padeció. El segundo marido de la reina María Estuardo de Escocia – Lord Henry Darnley – tampoco pudo escapar al treponema en una de sus francachelas. El pobre estaba tratando de recuperarse de sus chancros recientes cuando la choza en que estaba confinado voló por los aires consecuencia de una violenta explosión, probablemente organizada por Lord Bothwell, quien sería el tercer marido de la libidinosa María. La sífilis hubiera matado también al príncipe turco Ahmed, hijo de Bayaceto II, si su hermano Selim no se le hubiera adelantado a las fiebres haciéndolo asesinar, con una espada enterrada en su espalda, para quedarse con el trono otomano.

En Francia, los reyes Carlos VIII (el que invadió Nápoles) y Francisco I, se conoce que la padecieron. Éste fue un rey tan disoluto que aún era jovencito cuando contrajo la sífilis, infectando a su primera mujer Claudia – quien murió de eso – y luego a Leonor de Habsburgo, su segunda mujer. Ninguno de estos reyes fallecieron, sin embargo, a causa de la enfermedad. ¹⁴²

A pesar de la altivez de los Habsburgo, fueron una familia real constantemente aquejada por la vergonzante sífilis. Felipe II de España la contrajo en malas lides con meretrices, a pesar de que afirmaba ser tan religioso y devoto. Luego, las fiebres que sufrió su tercera esposa, Isabel de Valois, indicarían que la pobre muchacha resultó contagiada. Su hijo anormal Carlos (a quien Giuseppe Verdi dedicó la ópera *Don Carlo*), habido con su primera esposa portuguesa, también ostentaba síntomas de sífilis congénita. El nieto de Felipe II – el rey Felipe IV de España – contrajo la sífilis de su amante María “La

139 Julio II ejerció el papado entre 1503 y 1513. *El Vaticano. Idem. ant.*

140 León X ejerció el papado entre 1513 y 1522. *El Vaticano. Idem. ant.*

141 BOROBIO, María Victoria: El Enigma de la Sífilis. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.
http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis3.htm

142 BOROBIO, María Victoria: El Enigma de la Sífilis. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.
http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis3.htm

Golosa" Calderón – y luego su hijo Carlos II traía también este mal desde el vientre de su madre, Mariana de Austria. Esta sífilis de Carlos II ocasionó severos defectos congénitos en el desafortunado rey. Carlos presentaba un cuadro clínico pavoroso. Padecía de acromegalia, una dolencia ósea que era resultado de una disfunción endócrina hipofisaria probablemente tumoral. Esta enfermedad explicaba su extraño aspecto físico y su impotencia. Carlos padecía de estruendosas migrañas, mareos y lo que parecía ser espasmo epiléptico. Desde chico se vio afectado por heridas que no cicatrizaban, úlceras cutáneas purulentas, infección de encías y hasta un médico diagnosticó sífilis congénita heredada de su lascivo y poco aseado padre, Felipe IV, quien era abonado firme de los lupanares madrileños. De hecho, Carlos II, llamado "El Hechizado", no pudo dejar descendencia en sus dos matrimonios.¹⁴³

La rama de los Habsburgos de Austria, abundó en sifilíticos. Francisco José I, el flamante esposo de la bella Sissy, ya iba bien enfermo de bubas cuando se casó con ella y la contagió. El hijo de ambos, Rodolfo de Habsburgo, por su parte, contrajo la sífilis en los burdeles de Viena, infectó a su esposa Estefanía y ensució la salud de su amante María Vetsera antes que ambos se suicidaran en Mayerling en 1889. El hermano de Francisco José I – Maximiliano – contrajo la sífilis en un crucero sexual que hizo en un yate por el Brasil, y luego llevó esta enfermedad a su adorada esposa Carlota. Ambos estaban destinados a ser los emperadores artificiales de México, pero ni con los remedios indígenas pudieron sacarse la enfermedad.¹⁴⁴

En Portugal, el rey Alfonso "el loco", no sólo era tarado, sino que también se infectó de sífilis en sus noches de juerga por Lisboa, donde buscaba prostitutas

143 RUIZ de RÍOS, Cecilia: El más triste monarca de todos: *Carlos II* de España. *Carlos II el Hechizado*, monarca español, contrajo dos matrimonios, sin poder alcanzar descendencia de ninguno. El primero, con María Luisa de Orléans, sobrina del voraz Luis XIV, el Rey Sol de Francia y hermana del que sería regente de Francia a su muerte. María Luisa llegó a confiarle al embajador galó en España que "no soy virgen en realidad, pero no creo que logre tener hijos con él." El embajador, pendiente del asunto de la sucesión, hasta hizo que le llevaran unos calzoncillos del monarca para confirmar si había trazas de semen. María Luisa se aburría como una ostra en la corte española, tan rígida, y falleció en un accidente de equitación en 1689. Su muerte dio lugar a todo tipo de cotilleos, asignándole la causa a la administración de venenos, usual en esa época, unos asignándole la causa a su suegra Mariana de Austria, y otros a las amigas sáficas de la difunta. El segundo matrimonio fue con María Ana de Neoburgo, hija del Elector del Palatinado, procedente de una familia célebre por su fecundidad, no obstante lo cual no le funcionó. Esto puso término a la dinastía de los Austria en España.

144 MEDIVISIÓN: Historia de la Medicina. *Historia de las enfermedades*: sífilis – gonorrea. <http://www.revistamedica.8m.com/histomed.111A.htm>

para después azotarlas.

Pedro I de Rusia contrajo la sífilis de su adorada Catalina, quien antes de ser su consorte y luego emperatriz, fue una prostituta llamada Martha Skavronskaya.

La nobleza menor también se vio azotada por la sífilis. El Marqués de Sade, que según dejó escrito vivía de juerga corrida, la contrajo tras un romance tempestuoso con Laura de Lauris, su linajudo primer amor, y Lord Randolph Churchill – padre del gran Winston Churchill – la adquirió en sus correrías de burdeles antes de casarse con la gringa Jennie Jerome. La bailarina y cortesana Lola Montez se dio el lujo de infectar al pianista y compositor húngaro Franz Liszt, pero ella misma murió calva, loca, pobre y en desgracia en Nueva York. No sería Franz Liszt el único músico en verse afligido por la sífilis, ya que Mozart la habría contraído, aunque es probable que no haya fallecido a causa de ella; ¹⁴⁵ Beethoven la contrajo y tal vez debiera a ella su sordera, al igual que Bedrich Smétana ¹⁴⁶; Gaetano Donizetti falleció de esta afección, luego de largos

145 http://geocities.yahoo.com.br/fmr225/classic_tan.html

146 http://es.wikipedia.org/wiki/Bed%C5%99ich_Smetana (Litomyšl, actual República Checa, 2 de marzo de 1824 - † Praga; 12 de mayo de 1884) Compositor y director de orquesta checo. Aunque históricamente los territorios que conforman Bohemia han dado grandes nombres a la música, Smetana fue el primero que supo expresar en sus obras el espíritu, la esencia y los anhelos de su patria. En este sentido, debe ser considerado como al padre de la escuela musical nacionalista checa, cuya impronta sería decisiva en los autores que lo siguieron, entre ellos Antonín Dvořák y Leoš Janáček. Hijo de un cervecero amante de la música, las aptitudes musicales se manifestaron a tan temprana edad en el pequeño Smetana, que a los seis años hizo su primera aparición en público como pianista y a los ocho escribió sus primeras piezas. Deseoso de triunfar como concertista, en 1843 el músico se trasladó a Praga con el fin de mejorar su técnica. Eran años de tensión política entre el emergente nacionalismo checo y el centralismo de las autoridades austriacas, y Smetana participó en el movimiento de concienciación patriótica con varias marchas revolucionarias y un exaltado Canto a la libertad (1848). Tras un paréntesis de cinco años en Göteborg como director de la Sociedad Filarmónica (1856-1861), colaboró en la fundación de numerosos organismos musicales checos, entre ellos el Teatro Nacional de Praga. En 1866 estrenó en él sus dos primeras óperas, *Los brandemburgueses* en Bohemia y su obra maestra, *La novia vendida*, primer ejemplo acabado de ópera nacional checa. Con ella y las que le siguieron – *Dalibor* (1867) y *Libuse* (1872), entre otras –, Smetana no sólo se convirtió en el fundador y líder de la escuela nacionalista bohemia, sino que consiguió el anhelado cargo de director del Teatro Nacional, en el que permaneció hasta que en 1874 una sordera provocada por la sífilis le obligó a presentar la dimisión. Pese a las dificultades, entre 1874 y 1879 vieron la luz los seis poemas sinfónicos que integran su obra maestra orquestal, el ciclo *Mi patria*. De esta época data también una de sus partituras más sentidas y originales, el *Cuarteto de cuerda núm. 1*, «De mi vida» (1876). Perdida la razón a consecuencia de la enfermedad, Smetana pasó los últimos años de su existencia recluido en un hospital psiquiátrico de Praga.

adecimientos ¹⁴⁷; Frédéric Chopin, Carlos María von Weber, Giuseppe Verdi también la padecieron, aunque el primero falleció de tuberculosis ¹⁴⁸; Robert Schumann también la padecería, y las complicaciones de sus últimos años estarían explicadas por esta enfermedad ¹⁴⁹; Franz Schubert ¹⁵⁰ la contrajo con “La Golosa” ¹⁵¹, la meretriz cuyas caricias le inspiraron la Sinfonía Inconclusa ¹⁵². Niccolò Paganini, el célebre violinista, también habría sido víctima de la afección, lo que le impediría tener descendencia.¹⁵³ En el Río de la Plata, Pascual Contursi, poeta y autor de letras de tango, contrajo la enfermedad en París y falleció a causa de ella en Buenos Aires.¹⁵⁴

147 Gaetano Donizetti (1797 – 1848) famoso autor de óperas bufas. Mencionado por la Enciclopedia Británica: <http://www.com/ebc/article?tocId=9362982>

148 <http://www.diariomedico.com/entorno/ent181198com.html>

149 <http://www.saladepoetas.eti.br/consagrados2/schumann> Los investigadores Eliot Slater, Alfred Meyer y Eric Sams, afirman que la demencia de Schumann sería debida a una sífilis terciaria mal curada, que el propio compositor admitió haber contraído en sus años de juventud. Esto le trajo dificultades para su actividad como director orquestal, delirios auditivos (escuchaba permanentemente la nota “la” y eso originaba severos conflictos), entre otras manifestaciones.

150 SCHUBERT, Franz: compositor austríaco (1797 – 1828). Nunca reconoció su enfermedad en público, pero la sífilis terminó con su vida a los 31 años, tras seis primaveras de agonía. Se infectó en los últimos meses de 1822 y alternó momentos de depresión suicida con otros de buena salud. En el momento de su muerte había compuesto más de mil obras. En sus últimos días escribió: “Cuando me marche a dormir, espero no levantarme jamás”. Su médico, que también trató a Beethoven, declaró que la muerte del joven compositor se debió a la descomposición de su sangre, provocada por una sífilis terciaria o final.

151 Estos apodos no aclaran a cuál de los apetitos se hace referencia, ni si se trata de la misma “Golosa”.

152 La Sinfonía llamada “Inconclusa”, es la octava de su producción, pero no la interrumpió por el término de su vida. Su última sinfonía, la Novena, fue denominada “La Grande”, esta sí póstuma.

153 <http://www.saladepoetas.eti.br/consagrados2/paganini> PAGANINI, Niccolò (1782 – 1840) Según muchos biógrafos, Paganini sentía verdadera obsesión para contraer matrimonio y formar familia. Había declarado en algunas ocasiones “*mis días pasan felices y podré verme encarnado en mis hijos*”. Sin embargo, en 1822, un destacado médico de Pavía, Siro Borda, le diagnosticó la sífilis, enfermedad que para la época resultaba incurable y representaba un impedimento para su deseo de ser padre. Debido a ello, Paganini cayó en una grave depresión y así permaneció por casi dos años, sin ser capaz de reanudar la composición.

154 <http://www.todotango.com/spanish/biblioteca/cronicas/ban> OSCAR DEL PRIORE e IRENE AMUCHÁSTEGUI: Pascual Contursi, el creador del tango canción con las características sentimentales que hoy le conocemos, había viajado en 1921 a París y

En fin, la intelectualidad también hirvió de sifilíticos. Entre los más conocidos están Erasmo de Rotterdam y Benvenuto Cellini,¹⁵⁵ Guy de Maupassant, Stendhal, Lord Byron el poeta inglés, el novelista irlandés James Joyce (autor de "Ulises")¹⁵⁶, el poeta francés Arthur Rimbaud, el bardo francés Paul Verlaine, el gran poeta galo Charles Baudelaire¹⁵⁷, el filósofo germano Federico Nietzsche¹⁵⁸, el poeta alemán Enrique Heine, el genial poeta y autor

luego volvió en 1927, seguramente época de la anécdota referida aunque Cadícamo la ubica dos años antes. El poeta tanguero perdió la razón, afectado por la sífilis (regresó a Buenos Aires en 1930, siendo internado hasta su muerte). En París, los síntomas de su locura se agudizan, potenciados por el exceso de bebida y la carencia de cuidados médicos y afectivos. Solía encerrarse en su hotel con un teatrillo de juguete, y recortando figuras de las revistas, imaginaba nuevas obras teatrales. Una noche en que nevaba copiosamente se apareció ante sus amigos con la indumentaria veraniega de moda: el palm beach. Dejando en París sus últimos versos exitosos, los de "Bandoneón arrabalero", es embarcado a Buenos Aires sin que supiera que lo estaban repatriando.

155 BOROBIO, María Victoria: El Enigma de la Sífilis. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis3.htm Contrajeron la enfermedad, pero no murieron a causa de ella.

156 JOYCE, JAMES: Escritor irlandés (1882 – 1941). Fue una noche de 1904. Joyce visitó los burdeles de Nighttown, se acostó con prostitutas y se llevó un amargo recuerdo, como su padre antes que él. La sífilis hizo estragos en su estómago y en sus ojos. En uno de ellos le provocó un glaucoma y le obligó a llevar un parche con el que aparece en muchas fotografías. Pero, para Hayden, los problemas de Joyce sólo habían empezado. El escritor contagió el mal a su mujer y a su hija, que estaba aún en el vientre de su madre. Desde niña padeció desequilibrios mentales. Joyce no se libró de padecerlos y los alternó con fiebres, depresión y ataques de paranoia. Hayden asegura que su obra más inmortal, Ulises, representa la mejor parábola sobre la sífilis y su tragedia personal.

157 BAUDELAIRE, Charles. Escritor francés (1821 - 1867), llamado el poeta maldito, confesó a su madre en 1861 que sus problemas de salud le venían de una infección venérea que contrajo en 1839, cuando éste vivía en París. Su enfermedad le impidió tener relaciones sexuales con su pareja, Jeanne Duval. Se contagió muy joven, cuando visitó prostíbulos. Su obra, Las flores del mal, tiene continuas referencias a la corrupción, la enfermedad y a la miseria de las ciudades. Para Hayden, los vampiros que aparecen en sus versos representan a las bacterias de la sífilis. Antes de morir reconoció estar sometido "al vuelo de las alas de la locura".

158 NIETZSCHE, Friedrich: Filósofo alemán (1844 – 1900). Nietzsche vio con estupor cómo un cochero golpeaba a su caballo con una fusta en Turín. Se agarró al cuello del animal y trató de consolarlo. En un ataque de locura perdió la consciencia. Hayden se vale de esta escena para realizarle un retrato mental. Se le diagnosticó la enfermedad a los 23 años. Ella afirma que se la transmitió su madre antes de nacer. Las fiebres altas, las cefaleas, el dolor de ojos y las paranoias representan síntomas claros de los estragos que le provocó una brutal

teatral irlandés Oscar Wilde ^{159, 160, 161} la escritora danesa Karen Blixen (Isak

sífilis terciaria. Los nazis, empeñados en abrazar sus ideas sobre el superhombre, se ocuparon de borrar los rastros de sífilis en su historial médico.

159 WILDE, Oscar: Escritor irlandés (1854 – 1900). Si el afecto que sentía Wilde por Lord Alfred Douglas fue “el amor innombrable”, la sífilis fue su segundo secreto. La meningitis que le atacó fue el legado que le dejó un mal venéreo, el mismo que le provocó una sordera parecida a la de Beethoven, y el mismo que le contagió una prostituta a los 20 años, cuando éste estudiaba en Oxford. Su obra *El retrato de Dorian Gray* es, en opinión de Deborah Hayden, una historia paralela a la suya, en la que la enfermedad destruye su cuerpo mientras que afronta el mundo sin una sola marca externa.

160 RIZZI, Milton: Oscar Wilde. Vida, genio y muerte otoneurológica. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología. Sección Historia de la O.R.L. 1998: 15-22. Este autor uruguayo realiza un pormenorizado estudio de la vida y condiciones de salud del poeta irlandés, concluyendo que su muerte tuvo lugar “a consecuencia de una complicación meningo-encefálica de una otitis media crónica, probablemente izquierda, cuyo comienzo puede datarse en la cárcel de Wandsworth en 1895, agravada por trastornos alimentarios y alcoholismo crónico. Es decir, una infección de oído que progresó en el curso de cinco años. También padeció, muy probablemente, de una sífilis, adquirida en el período de mayor promiscuidad de su exilio, pero ésta no fue la causa de la muerte, como pretendió estigmatizarlo la misma sociedad que lo había mandado a la cárcel según el acta de la ley criminal de 1891, que recién fue modificada en Gran Bretaña en 1967.”

161 ROBINS, Ashley H., SELLARS, Sean L.: Oscar Wilde’s terminal illness: reappraisal after a century. Department of medical history. *Lancet* November 25, 2000; 356: 1841 – 43. Estos autores, en ocasión del centenario de la muerte del poeta y autor teatral, ocurrido en París el 30 de noviembre de 1900, reafirman que es erróneo atribuir su muerte a la sífilis, como afirma desafortunadamente Richard Ellmann en su biografía. Hacen un pormenorizado examen del historial clínico de Wilde en los últimos años de su vida, señalando que en los dos años de su prisión (1895 – 97) fue examinado al menos por siete médicos, incluyendo dos psiquiatras. No hay referencia de sífilis, en los documentos de la Prison Commission. Afirman que Oscar Wilde murió de meningoencefalitis secundaria a una otitis media derecha. Mencionan que en 1982 fue subastado en Sotheby’s un documento que establece que dos médicos examinaron a Wilde en fecha 25 de noviembre de 1900, uno de ellos el Dr. Paul Claisse, un distinguido médico parisino de prestigio académico, quienes encontraron serias perturbaciones cerebrales resultantes de una supuración de larga evolución de su oído derecho, que ha sido tratada por varios años. El diagnóstico de meningoencefalitis debe ser hecho sin duda, recomendando tratamiento puramente médico, sin que sea posible ninguna intervención quirúrgica. (Cortesía del Dr. Milton Rizzi Castro).

Dinesen)¹⁶², los pintores Vincent Van Gogh¹⁶³ y Paul Gauguin, además del gran pintor español Francisco de Goya y el gran fabricante de armas Samuel Colt, padre del revólver que lleva su nombre. También Abraham Lincoln y Mary Todd, el Presidente de los Estados Unidos y la Primera Dama.¹⁶⁴ Ni siquiera el gran William Shakespeare, el poeta y dramaturgo inglés habría sido ajeno a la enfermedad, según informes recientes.¹⁶⁵ Lo cierto es que entre los

162 BLIXEN, Karen (Isak Dinesen). Escritora danesa (1885 – 1962). Cuando contaba 28 años viajó al este de África, se casó con su primo Bror von Blixen y ambos plantaron 1.500 acres de café cerca de Nairobi. Sus experiencias en el continente negro los plasmó en *Memorias de África*. Y fue allí mismo donde su marido, infectado en sus infidelidades con mujeres de la comunidad Masai, le contagió la sífilis. Para Hayden, “su enfermizo secreto” y los celos marcaron el resto de su vida. Los ataques de fiebre, una úlcera en el estómago, el insomnio y la pérdida continua de peso se hicieron constantes. Blixen se trató entonces con un nuevo producto, el Salvarsan, que se mostró más efectivo que el mercurio y significó un gran avance para la quimioterapia. Llegó a vivir 77 años.

163 VAN GOGH, Vincent: Pintor holandés (1853 – 1890). Hasta 374 cartas dedicó Van Gogh a su hermano Theo y al pintor Paul Gauguin, también sifilíticos, para describir su sufrimiento físico y mental. Vincent se enamoró en 1882 de una prostituta a la que contrató como modelo. Ella posó para su famoso cuadro *Sorrow*. Su nombre era Clasina Hoornik. Para Hayden, pudo ser ella la que le contagió el germen. Tras la experiencia artística en Arlés, junto a Gauguin, ingresó en un sanatorio mental de Saint Rémy, donde pintó paisajes en sus momentos de lucidez y sufrió episodios de locura, alucinaciones, visiones y otros síntomas de la sífilis. Se definió a sí mismo como un hombre “cargado de electricidad”, la misma que tenían sus pinceles. “Esta miseria debe terminar ya”, dijo antes de cortarse la oreja derecha y suicidarse a los 37 años.

164 LINCOLN y MARY TODD. En la Casa Blanca, Presidente de los EUA y Primera Dama (1809 – 1865) y (1818 – 1882). En 1882, los médicos enviaron una carta al Congreso que informaba sobre el precario estado de salud de Mary Todd, la viuda del presidente. No podía mover las piernas y se comportaba como una demente. Nunca reconocieron en público el nombre del mal para salvar la reputación de Lincoln, pero Hayden afirma que los síntomas de Todd eran los de una sífilis muy avanzada. Lincoln reconoció a un amigo que una chica se la contagió a los 26 años. Y fue él quien se la transmitió a su mujer y a sus tres hijos, que murieron prematuramente. Las personas que estuvieron cercanas a Lincoln declararon que se medicaba con una especie de píldoras azules que contenían agua de rosas, miel, azúcar y 65 gramos de mercurio. Pasaba de la melancolía a la hipocondría, de los silencios a los enfados más salvajes. Algunos lo comparaban con Lucifer.

165 DOTINGA, Randy: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory>
Hacia el final de su vida, el bardo se quedó calvo y puede que hasta tuviera un temblor. Teniendo en cuenta estos síntomas, además de la eterna fascinación de Shakespeare con las enfermedades venéreas, un médico piensa que sabe por qué el mayor escritor del mundo en lengua inglesa decayó en los últimos años. Sufrió de envenenamiento por mercurio causado por su tratamiento para la sífilis. Aunque Shakespeare no estaba loco como el sombrerero del cuento de Carrol, los sombrereros de su tiempo que inhalaban demasiados vapores de mercurio sí. El Dr. John J. Ross piensa que los efectos secundarios del tratamiento para

la sífilis dificultaron físicamente que pudiera escribir. Además, "si tuvo una enfermedad venérea, algunas de sus actitudes frente a las mujeres son comprensibles", agregó Ross, especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de Tufts, quien escribió acerca de su teoría para la edición del 1 de febrero de *Clinical Infectious Diseases*. Las enfermedades venéreas eran bastante comunes en los siglos 16 y 17. La sífilis era especialmente temida porque podía conllevar varios síntomas desagradables y la muerte. Los residentes de varios países europeos se culpaban unos a otros por ella. En Inglaterra, se le llama "mal francés", mientras que en Francia se llamaba "enfermedad de Nápoles", por los supuestamente lascivos residentes de esa ciudad. Shakespeare, cuyas obras de teatro más picantes están sazonadas con muchos chistes sobre prostitutas y relaciones sexuales, conocía muy bien la existencia de las enfermedades venéreas. Ross halló varios versos de sus obras que parecerían referirse a la sífilis. Shakespeare utiliza eufemismos como "mala sangre" o "el mal infinito" y "el incurable dolor de los huesos", mientras que un soneto asocia "pústula", una especie de furúnculo, con "el vicio" y "el lascivo solaz". En otro soneto, Shakespeare menciona que "el fuego del amor hace arder el agua", que Ross interpreta como una referencia al ardor que produce la micción, uno de los síntomas de sífilis. Las enfermedades venéreas "exacerbaban su imaginación", aseguró Ross. Sin embargo, Helen Vendler, experta en sonetos shakesperianos y catedrática de inglés de la Universidad de Harvard, aseguró que el autor se robó el verso del "fuego del amor" de un poema italiano. "No tiene nada que ver con estar enfermo sino, simplemente, con sentirse inflamado por el amor", aseguró y agregó que Shakespeare "no está siendo autobiográfico en su obra". Algunas personas piensan que Ross difícilmente sería de los primeros en hacer mucho ruido acerca de la posibilidad de que Shakespeare estuviera infectado con sífilis. Sin embargo, Ross aseguró que nadie nunca había contemplado la posibilidad de envenenamiento por mercurio. Además de los baños calientes que podrían haber aliviado los síntomas de la sífilis induciendo la fiebre, la exposición al mercurio era el principal tratamiento para la enfermedad en el tiempo de Shakespeare, relató Ross. Los galenos calentaban un compuesto de mercurio en un plato caliente y el paciente inhalaba los vapores. Según Ross, la evidencia de que Shakespeare había recibido este tratamiento incluye varios efectos secundarios potenciales, como la calvicie y el aparente temblor que hacía que su letra se viera ondulada en su testamento. Además, hay que tener en cuenta cómo decayó el trabajo de Shakespeare hacia el final de su vida. "El mercurio se asocia generalmente con la enfermedad psiquiátrica", explicó Ross, "y puede causar cambios en la personalidad, timidez y retraimiento". Ross no culpa a la sífilis o al envenenamiento por mercurio de la misteriosa muerte de Shakespeare en 1616 a la edad de 52. Pero sí piensa que un caso bien grave de enfermedad venérea, quizá contraída de alguna prostituta, podría haber afectado su trabajo y lo hubiera hecho poco benévolo con las mujeres. ¿Crear o no creer? Esa es la cuestión acerca de la teoría de Ross sobre Shakespeare. Un erudito tiene sus dudas. Por un lado, el tema de la sífilis podría haberle interesado a Shakespeare por razones distintas a la experiencia propia. Ofrecía "una manera efectiva instantáneamente de conectar el placer con el dolor, algo que siempre atrae a los escritores", aseguró Russell Jackson, profesor de estudios shakesperianos de la Universidad de Birmingham en Inglaterra. Agregó que "si todos los escritores isabelinos que escribían gráficamente y con detalles escabrosos sobre el mal francés y sus variantes en realidad lo sufrían, hubieran sido la generación de dramaturgos y panfletistas más plagados con enfermedades venéreas de la historia". Ross arremetió diciendo que una epidemia de sífilis podría haber asolado realmente a los escritores de la época, de la misma manera que otra enfermedad, el SIDA, diezmó a la comunidad artística en los años ochenta.

regalos de los españoles durante la Conquista, estuvo la pavorosa enfermedad, la cual era desconocida por los indígenas en su forma más patógena.¹⁶⁶

La escritora estadounidense Deborah Hayden en su libro “Genialidad, locura y los misterios de la sífilis”¹⁶⁷, critica a historiadores y biógrafos por haber subestimado el impacto de esta enfermedad en la construcción de la historia de la Humanidad.¹⁶⁸

Aclara que la enfermedad no explica el genio de Beethoven¹⁶⁹, ni la crueldad de Hitler¹⁷⁰. A Benito Mussolini, dictador italiano cuyas locuras espeluznaban a muchos, también se atribuye haber padecido sífilis.¹⁷¹ La afectación que durante siglos se vio del SNC de los pacientes alteraba su conducta. Los sífilíticos experimentaban episodios de depresión, de ira y de paranoia, seguidos por momentos de gran euforia y exaltación de su creatividad. Sus efectos, similares en cierto modo a los de algunas drogas alucinógenas, permite que sus pacientes “disfruten” de períodos en que perciben la realidad como

166 RUIZ de RÍOS, Cecilia: Sin Tapujos ni Mojigaterías: Los célebres sífilíticos de la Historia.

167 HAYDEN, Deborah: Pox: genius, madness and the mysteries of syphilis. Basic Books, New York, EUA, 2003, 379 páginas.

168 Sífilis: la maldición de Venus.
<http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/sifilis.asp>

169 BEETHOVEN, Ludwig van: compositor alemán (1770 – 1827). En diciembre de 1994 se subastó en Sotheby’s una coleta de su melena. Un análisis del pelo revelaba la existencia de restos de mercurio, uno de los medicamentos empleados contra la sífilis. Sus cartas privadas muestran sus relaciones con prostitutas en 1797, año en el que, según Deborah Hayden, contrajo la enfermedad. Atacado por fiebres, sordera y una euforia salvaje provocada por una sífilis terciaria que él llamaba su “monstruo verde”, compuso el Himno a la Alegría, de su Novena Sinfonía, su obra más famosa.

170 HITLER, Adolf: Canciller alemán de origen austríaco (1889 – 1945). El dictador acusó a los judíos de propagar la sífilis por toda Europa. Hayden apoya la tesis de muchos de sus biógrafos, que afirma que el joven Adolf frecuentó prostitutas en Viena, y que fue una joven meretriz judía la que le contagió el mal. Tras esta experiencia, no volvió a mantener relaciones sexuales. Para Hayden, los problemas de salud que arrastró el Führer lo convierten en un candidato a sífilítico. El único reconocimiento médico que se le realizó fue en su ingreso en el Ejército alemán durante la Primera Guerra Mundial. El informe se perdió cuando llegó al poder por obra y gracia de Heinrich Himmler, jefe de las SS y la Gestapo, que borró la mancha de la sífilis de su biografía.

171 RUIZ de RÍOS, Cecilia: Sin Tapujos ni Mojigaterías: Los célebres sífilíticos de la Historia.

una explosión de luz y colores brillantes. Así le adjudica la sífilis a todos los nombrados y al temible Al Capone.¹⁷²

Según esta autora, el primer europeo sífilítico habría sido Cristóbal Colón, quien se habría contagiado con las nativas de La Española (la isla conocida hoy como asiento de República Dominicana y Haití). El *Treponema pallidum* cruzó el Atlántico en su cuerpo y en el de decenas de marineros como un polizón. Durante su tercer viaje, Colón se sintió aquejado de dolores terribles, fiebre, insomnio... Afirmó que escuchaba voces en sueños, que se sentía el enviado de Dios. Fue la venganza de las Américas a los excesos de los españoles. (Sin perjuicio de lo interesante de la novela, y la riqueza de información que aporta, en lo que respecta al Almirante de la Mar Océana parecería que la historia anduvo por otro lado, como fue visto).

Algunos estudios realizados por neurólogos y psiquiatras israelíes, que estudiaron la historia clínica y los antecedentes de la autopsia de Vladimir I. Lenin, en Moscú, concluyen que su muerte podría deberse a la sífilis, aunque éste fue un secreto celosamente guardado por las autoridades soviéticas. Muerto en 1924, habría recibido tratamiento con Salvarsán en 1922, cuando esta medicación era exclusivamente empleada para esta enfermedad.¹⁷³

172 <http://www.el-mundo.es/larevista/num188/textos/43.html> (Nápoles 1899 – Miami 1947). Parece mentira que uno de los personajes más temidos e importantes de este siglo como fue Al Capone acabase derrotado por el miedo a ponerse una inyección para curarse una sífilis antigua que arrastró los últimos años de su vida. Al Capone nació en Nápoles (Italia), el 17 de enero de 1899. A los cinco años emigró con su familia a Nueva York, donde la miseria de los suburbios de esa enorme urbe tan escasa de posibilidades fue su escuela en los asuntos del hampa. Tuvieron que pasar varios años hasta que, a la muerte del temible mafioso Johnny Torrio, se proclamase jefe supremo de la Mafia en la ciudad de Chicago. Capone tenía 26 años y su ascensión resultaba imparable. Cientos de pistoleros a su servicio, incontables posesiones y 18 guardaespaldas que lo custodiaban noche y día: un equipo que le costaba más de 200.000 dólares a la semana. Fue una década de terror la de los años 20. Una de sus matanzas más célebres fue la del 14 de febrero de 1929, cuando su gente, disfrazada de policía, ametralló a sus rivales, que le disputaban el control del tráfico ilegal de licor. En realidad, todo formaba parte de un plan, pues poco después no dudó en dejarse aprehender bajo el cargo de posesión de armas para permanecer más de 12 meses en la cárcel, a salvo de la venganza del mafioso Dug Moran.

173 La noticia, publicada por Reuters en Terra – Brasil – Historia.thm el 19 de julio de 2004, menciona que el estudio apunta la sífilis como causa de muerte de V. I. Lenin. Citando un artículo publicado en la Revista Europea de Neurología, el psiquiatra Eliezer Witztum indica que la enfermedad responsable de graves daños mentales y un estado de demencia en sus últimos dos años de vida habría sido más que una

Al parecer, Adolf Hitler, el Führer, podría haber contraído la enfermedad en su juventud, transmitida por una prostituta. No cabe duda, más allá de las discusiones, que tenía cierta fijación con esta enfermedad venérea, a la que consideraba un mal judío.

En el Río de la Plata, se asegura que don Pedro de Mendoza, el Primer Adelantado y fundador de la primitiva ciudad de Buenos Aires, contrajo y

curiosidad histórica. Sus asuntos personales afectaron la vida de millones de personas a causa de sus enfermedades, de su incapacidad para liderar un país en un momento crucial, afirma Yoram Finkelstein, jefe del Departamento de diagnóstico neurológico del hospital Shaare Zedek, en Jerusalem. "Eran tiempos confusos y había un vacío de poder que acabó siendo llenado infelizmente por Stalin". El diagnóstico fue efectuado en base a documentos divulgados después de la caída de la Unión Soviética en 1991, entre ellos el expediente médico (la historia clínica), resultados de autopsia y los diarios (o registros) de los médicos que le trataron, quienes fueron obligados a guardar hermético silencio, luego de su muerte ocurrida en 1924. La causa oficial de la muerte fue una arteriosclerosis cerebral, pero sólo 8 de los 27 médicos que lo trataron le asignaron ese diagnóstico. Los dos médicos personales suyos se excusaron de llenar el testimonio o certificado de muerte oficial. Vladimir Lerner, psiquiatra de la Universidad Ben Gurión, en Beersheba, dice que trabajó en Moscú con el hijo del médico que dirigió el equipo que atendió a Lenin, y éste le contó que según su padre le refirió, hubo ocho diferentes resultados para las autopsias del líder ruso. Una de ellas apuntaba la sífilis como causa de muerte. Considerada incurable al final del siglo XIX e inicio del XX, la sífilis era confundida con otras afecciones. Tal vez la evidencia más explosiva sea el hecho de que especialistas hubieran recetado Salvarsán a Lenin en 1922, droga en base a arsénico, empleada entonces para el tratamiento de la sífilis. Causó extrañeza la falta de los exámenes de sangre en la historia clínica. ¿Por qué faltarían, si estaban los de orina y de la región lumbar? Estudiaron los expertos las alteraciones de la personalidad de Lenin años antes de manifestarse la enfermedad. La sífilis puede llevar 10 a 20 años de evolución para llegar al cerebro. Antes de la revolución, Lenin comenzó a encontrar insoportable el ruido. Personas próximas a él dijeron que se tornó irritable, y que en ocasión perdía el autocontrol. "Esas fueron las primeras manifestaciones neurológicas de la sífilis", afirmó Finkelstein. El cerebro de Lenin, conservado en un instituto de Moscú, puede contener la prueba clave final, pero los médicos dudan que las autoridades rusas permitan que investigadores independientes lo examinen algún día. La declinación de Lenin, en los dos últimos años de vida, luego de sufrir varios derrames (cerebrales) le impidió hablar, escribir o realizar operaciones matemáticas sencillas. La población nunca supo de su grave condición de salud. Luego de su muerte, Stalin transformó a Lenin en un ícono de la Revolución Rusa, exponiendo su cuerpo embalsamado en el mausoleo del Kremlin, en Moscú, donde más tarde a su muerte también él sería exhibido de la misma forma, y luego en los años 60, retirado de ese sitial de honor. "Usted no puede tener un símbolo con sífilis". Sería como si todas las teorías del socialismo y del comunismo fueran basadas en un sifilítico", dice Lerner.

murió de sífilis.¹⁷⁴ Eliseo Cantón, en su historia de la Medicina en el Río de la Plata, confirma esta versión, agregando a la información algo vinculado al famoso ungüento para las bubas de aquel ilustre médico castellano judío converso.¹⁷⁵

174 http://www.buenosaires.com.ar/historia_1.html LA PRIMERA FUNDACION DE BUENOS AIRES. En 1516, Juan Díaz de Solís fue el primer europeo que avistó el río de la Plata, al que bautizó Mar Dulce. Además de un paso al Mar del Sur (océano Pacífico), creyó ver en sus fangosas aguas una vía de acceso a las fabulosas riquezas de los reinos de Tarsis, Ofir y Cipango, que, según las leyendas desbordantes de oro y plata, se levantaban hacia el Noroeste. Su intento de desembarcar en la margen oriental del río le costó la vida a manos de los indios charrúas.

Cuatro años más tarde, los expedicionarios al mando de Hernando de Magallanes incursionaron por el entonces rebautizado Mar de Solís y comprobaron que el río de la Plata no conducía al Pacífico ni a ningún futuro áureo. No obstante, en 1526, con renovado optimismo, Sebastián Gaboto volvió a estas márgenes y estableció el que sería nombre definitivo de las aguas: río de la Plata. Retornó a España convencido de que este río era la vía segura hacia la mítica Ciudad de los césares. Unas pocas muestras de oro y plata que obtuvo de los indígenas y que llevó consigo bastaron para convencer a la Corona española de que el río de la Plata no llevaría este nombre en vano.

La monarquía española envió entonces a Pedro de Mendoza, con el título de adelantado del Río de la Plata, con la orden de hacer pie en estas tierras, cosa que hizo el 2 de febrero de 1536, Riachuelo de los Navíos, un asiento fortificado al que denominó Puerto de Nuestra Señora Santa María de Buenos Ayres.

La tranquila convivencia de los primeros días con los querandíes pronto se transformó en creciente hostilidad. El 24 de junio, la primitiva Buenos Aires fue sitiada por miles de indígenas. Ulrico Schmidel, soldado bávaro y primer cronista de la ciudad, recuerda que “la gente no tenía qué comer y se moría de hambre”. La situación fue tan terrible y el hambre tan desastroso que no bastaron ni ratones, víboras y otras sabandijas; tuvimos que comer hasta los zapatos y cueros...”

El cerco se extendió durante dieciocho meses. Finalmente, en 1537, enfermo de sífilis, Mendoza decidió regresar a España, dejando en Buenos Aires una guarnición de 100 hombres. En alta mar lo sorprendió la muerte y su cuerpo fue arrojado al agua.

175 La procedencia geográfica de la sífilis ha dado motivo a largas discusiones, y contra quienes sostienen su origen americano, hay investigadores muy serios -inclusive españoles- que afirman que fue traída a América justamente con la primera carabela de Colón y transmitida a las indias, con las cuales luego se contaminaban los marineros. A este respecto, y como valioso antecedente, se citan los versos del famoso doctor Francisco Villalobos, médico de los grandes de Castilla, sobre la cura mercurial de la sífilis, ya antes del descubrimiento de América: Ungüento para las bubas. De elimia de plata, no de otros metales, y de litargirio cerusa y calcanto de azogue, aloes, todo partes iguales y el unto de puerco mezclado a estos tales y aceite de oliandro y vinagre otro tanto, será todo aquesto en mortero majado, y con del

aceite un poquito mecello; después del vinagre será un poco echado después del aceite, y así sea tratado hasta que se haga un unguento con ello.

Sea como fuere, en lo que respecta al Río de la Plata, se insinúa que el primero en dejar el contagio pudo ser muy bien don Pedro de Mendoza, pues «fué el primer específico, con manifestaciones ulcerosas de la piel y huesos», llegado a estas márgenes.

Refiriéndose a nuestras tribus, dice el doctor Eliseo Cantón en su gran Historia de la medicina en el Río de la Plata: «Eran organismos tan vírgenes para el virus sífilítico como para el variólico; naturalezas puras e incontaminadas de expedicionarios que regresaron a España, de entre los que vinieron con Caboto, García y Mendoza, después de haber vivido y cruzándose con las indígenas, se lamentara de haber adquirido mal alguno de ellas.» Queda un consuelo paradójico: los navegantes españoles introdujeron muchas epidemias europeas, pero a bordo de sus naves trajeron también los primeros cirujanos, médicos y boticarios. La historia de la medicina europea en el Río de la Plata comienza precisamente con el descubrimiento del ancho estuario y de estas tierras legendarias.

<http://www.siicsalud.com/dato/dat016/00302000.htm>

XII

ALGUNAS PUBLICACIONES

Esta enfermedad, desde finales de la primera mitad del siglo XIX vio surgir una especialidad dentro de la Medicina, que la atendiera como patrimonio suyo de la clínica. Por el polimorfismo de sus signos y la multiplicidad de sus presentaciones, podía confundirse con muchas afecciones de la piel. De allí que la Dermatología incorporó como parte de su disciplina a la Sifilografía. Y desde hace casi un siglo, a cada paciente dermatológico, es de lo más frecuente que se le pida [antes] una reacción de Wassermann o [ahora] un VDRL, como examen de rutina, para descartar o confirmar un diagnóstico.

La primera revista dermatológica mundial probablemente sea *Annales des Maladies de la Peau et de la Syphilis* (1843 – 1852) fundada en París por Pierre- Louis Alphée Cazenave (1805 – 1877).

Cayetano del Toro, en 1875 publicó un artículo en España, sobre el tratamiento mediante fricciones de mercurio de las lesiones oculares.¹⁷⁶

Mañé Garzón y Burgues Roca¹⁷⁷ en una magnífica revisión de las publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX, registran en 1874 la primera publicación realizada en Montevideo por Juan Scolari:

176 <http://www.ofタルモ.com/se0/1998/07jul98/11.htm>

HERRERA RODRÍGUEZ, F.: Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, No. 7, julio de 1998. Cayetano del Toro y Quartiellers (1842-1915) fue una de las figuras más importantes de la medicina gaditana y andaluza del período positivista. Asimismo también es sabido que el doctor del Toro destacó como figura esencial de la oftalmología gaditana y como uno de los fundadores de la especialidad en España. El autor publicó un breve opúsculo en 1875 que se encuentra en la *Biblioteca Municipal* de Jerez de la Frontera. Curiosamente, este documento no posee la portada, en la que obviamente debe figurar el título. En los ficheros de la citada Biblioteca, se encuentra referido como *Carta sobre la sífilis*. Esta autora tuvo entonces la sensación de que este título fue otorgado por el bibliotecario al no contar con la portada de la obra. Del Toro publicó una obra en 1875 con el título *De la sífilis ocular. Su tratamiento por las fricciones mercuriales*, que con casi toda seguridad es el que corresponde al opúsculo localizado. Este texto de Cayetano del Toro sobre la sífilis ocular (1875), no ha sido suficientemente glosado y se lo puede vertebrar para su estudio en dos partes: las lesiones oculares y el tratamiento médico.

177 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Universidad de la República – Facultad de Medicina, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1996, 253 páginas.

Bases para el establecimiento de un sífilicomio de la prostitución.¹⁷⁸ Entre las publicadas en el extranjero aparece una realizada en París en 1897, por Luis Demicheri: A propos d'un cas de syphilis cérébrale avec complications oculaires. *Ann. D'Oculistique*, 59: 104 -115. ¹⁷⁹ En *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, aparece en 1882: Reglamento de la prostitución, por Manuel Adolfo Olaechea, director de la publicación.¹⁸⁰ En la *Revista Científica de Medicina y Ciencias (publicación quincenal)*, cuyos fundadores eran Nereo Iturriaga, Juan B. Morelli, Américo Ricaldoni y Juan Guglielmetti, aparece un artículo de Fernando Giribaldo, sobre Un caso de aneurisma aórtico.¹⁸¹ En *Anales de la Universidad*, que comenzó a publicarse en 1891, aparece en 1924 (5-99) una tesis presentada a la Facultad de Medicina por Miguel Ángel Jáuregui, acerca de Las reacciones meníngeas sífilíticas y la reacción del benjuí coloidal ¹⁸². En la *Revista Médica del Uruguay*, aparecida en 1898, en una edición de 1907 (Vol. 10) aparecen varios artículos: uno de Luis Calzada, acerca del Mate: su uso como transmisor de enfermedades contagiosas: tuberculosis, sífilis, etc.¹⁸³ Un artículo sobre Sífilis terciaria de las fosas nasales, de P. J. Martino; y uno sobre Sífilis gástrica, de J. Canabal ¹⁸⁴. En 1911 aparece un artículo de J. Rosende, sobre Sífilides ulcerosas de la nariz, rebeldes al tratamiento hidrargírico y tratadas por el "606". En 1912 aparecen tres: uno sobre Chancro simple del dedo índice de la mano izquierda, de José Brito Foresti; otro sobre Neuritis cubital muy probablemente sífilítica, del mismo autor, y un tercero acerca de la Reacción de Wassermann en la sífilis, de A. Scaltritti.¹⁸⁵ Tal vez fue ésta la primera vez que se describió en nuestro

178 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX., Pág. 32.

179 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 49.

180 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 80.

181 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 89.

182 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 94.

183 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 121

184 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 121.

185 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 123.

medio la utilización de esta reacción que había sido creada pocos años antes. Puesto que la RMU tuvo larga vida, aparecieron muchísimos artículos en los decenios siguientes.

Alberto Scaltritti (1879 – 1955) se desempeñó desde 1919 como Jefe de Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, designado por A. Vidal y Fuentes y ratificado en 1921 por Alejandro Gallinal (1872 – 1943). Trabaja junto a Juan A. Rodríguez en el Pabellón Germán Segura, en el control de la sífilis, siendo Director del Laboratorio de Serología del Instituto Profiláctico de la Sífilis, entre 1921 y 1925. En toda su larga trayectoria científica mantuvo correspondencia mediante cartas y tarjetas con Wassermann y Kahn, los creadores del estudio serológico de la sífilis.¹⁸⁶ Su dedicación al estudio de la serología fue de tal valor, que le permitió presentar una modificación a la técnica de Wassermann, en la Segunda Conferencia de Laboratorio sobre serodiagnóstico de la sífilis, realizado en Copenhague (Dinamarca), del 21 de mayo al 4 de junio de 1928.¹⁸⁷

En las Tesis de doctorado presentadas por uruguayos ante la Facultad de Medicina de París, que mereciera el célebre estudio de Buño y Bollini Folchi, en 1971, con aportes ulteriores de Fernando Mañé Garzón, y que cubre un período desde 1830 hasta 1935, aparece en 1888 una tesis de Enrique Pouey, titulada *Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique*.¹⁸⁸ En 1897, Ernesto Seijo presentó una titulada *Avantage des injections de benzoate de mercure dans le traitements de la syphilis*.¹⁸⁹

En las Tesis de doctorado presentadas por médicos uruguayos o que ejercieron en Montevideo, ante la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires (1830 – 1916), aparece en 1881 una de Carlos César Granero, acerca

186 LOCKHART, Jorge: El Dr. Alberto Scaltritti (1879 – 1955) Pionero de la Hemoterapia en el Uruguay. *Ses. Soc. Urug. Hist. Med.* XII (1990), 1993: 225-231.

187 SCALTRITTI, A.: *Méthodes décrites a la Conférence par le Dr. A. Scaltritti. Flocculation avec l'emploi des lipoïdes de cœur de boeuf ou de porc précipités par le chlorure de cadmium. Rapport de la Deuxieme Conférence de Laboratoire sur le Sérodiagnostic de la Syphilis tenue á Copenhague, du 21 mai au 4 juin 1928. Série de publications de la Société des Nations, III. Hygiène, 1929. III. 3. Páginas 156 – 158. (Cortesía del Dr. Fernando Mañé Garzón, Director del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo).*

188 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX. Pág. 149.

189 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX. Pág. 151.

de Las inyecciones hipodérmicas en el tratamiento de varias enfermedades y especialmente en el tratamiento de la sífilis.¹⁹⁰

En las Tesis de doctorado presentadas ante la Facultad de Medicina de Montevideo (período obligatorio 1876 – 1902), estudiadas también por Buño y Bollini Folchi, aparece en 1883 una de Francisco Soca sobre Historia de la ataxia locomotriz sifilítica.¹⁹¹ En 1891 una de José R. Mestre acerca de la Prostitución, y el mismo año una de Elías Warren sobre Sífilis hereditaria.¹⁹² En 1899 una de Santiago Cerruti, sobre Sífilis maligna precoz.¹⁹³ En 1901 una de Nicolás Casatroja, titulada Contribución al estudio de los chancros sifilíticos intra – uretrales.¹⁹⁴

José May, médico jefe de la policlínica Dermatológica, adjunto del Dispensario No. 1 (Instituto Profiláctico) y asistente de la Clínica Dermosifilopática, presentó al 2º. Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, celebrado en Montevideo en octubre de 1921, un minucioso artículo denominado “La sífilis en el Uruguay”, publicado en varios números de Anales de la Facultad de Medicina. Allí revisa datos estadísticos que comprenden un extenso período entre agosto del año 1900 y el 31 de diciembre de 1917, de los enfermos de sífilis vistos por él en el Dispensario y la Clínica del Profesor Brito Foresti, aportando una enorme variedad de datos valiosos.¹⁹⁵ Entre la multitud de información que aporta, nos informa que:

“La estadística global de los enfermos vistos en las Clínicas Dermosifilopática y Dermatológica (ésta desde el 1º. de Julio de 1918) arroja un conjunto de 8.000 enfermos sobre los cuales hay un total de nueve por ciento de sífilis iniciales, lo que es aún una suma demasiado elevada, ya que

190 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 156.

191 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 158.

192 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 159.

193 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 161.

194 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: PUBLICACIONES MÉDICAS URUGUAYAS DE LOS SIGLOS XVIII y XIX, Pág. 162.

195 MAY, José: La sífilis en el Uruguay, Anales de la Facultad de Medicina, Tomo VI, Barreiro y Ramos, 1921, Montevideo, páginas 628 a 725.

en efecto, éste es uno de los seis dispensarios que funcionan en la capital y antes de esa fecha sólo existían dos clínicas especiales, una a cargo del doctor Brito Foresti, la otra a cargo del extinto doctor Joaquín Canabal. En lo que se refiere a lo que va del año 1921 tenemos 238 casos de sífilis iniciales sobre un total de 1.750 enfermos, lo que da un 13% de sífilíticos iniciales, porcentaje también elevado.

¿A qué atribuir ese enorme porcentaje? Nuestro país cuenta con una inspección sanitaria de prostitución cuyos médicos someten a una prolija revisión a las mujeres vendedoras de caricias, pero como ya hemos tenido oportunidad de manifestarlo en nota elevada a la Comisión del Instituto Profiláctico contra la Sífilis, no basta esa medida que evita es cierto a mucha gente adquirir la sífilis. Actualmente desde 1920 se ha extendido ese examen a las mujeres que habitan en las llamadas casas de "pensión", pero no se ha resuelto el problema capital de la lucha contra las enfermedades venéreas.

En efecto, en esas casas concurrían o habitaban lo que podría llamarse la "crème" de las hetairas, que ante la perspectiva de verse, por una afección contagiosa, confinada por tiempo más o menos largo en el Pabellón Germán Segura, ha optado por retirarse, no del ejercicio de la prostitución, sino a hoteles, a pequeñas "homes", donde continúan ejerciendo su rol, libre de temor y de trabas. No por eso han cerrado su puerta esas pensiones, continúan ellas mismas abiertas, otras mujeres han sustituido a las anteriores. Quiere decir, pues, que no se ha resuelto el problema, sólo ha habido un desplazamiento de personas".¹⁹⁶

El mismo autor expone la experimentación clínica original del Químico Alfredo Prunell, aplicando la reacción de Wassermann a fluidos extraídos del chancro, cuando los estudios sanguíneos eran negativos:¹⁹⁷

"La observación diaria en la Clínica Dermosifilopática del Profesor Brito Foresti y en la Clínica Dermatológica a mi cargo, nos ha puesto más de una vez frente a problemas de diagnóstico difícil de resolver clínicamente en los casos de ulceraciones venéreas, que no siempre se presentan con los caracteres clínicos tan maravillosamente descritos por los maestros de la sifilografía, en particular Fournier, exponiendo a errores y en consecuencia a dejar transcurrir el plazo dentro del cual es más fácil tentar la cura radical

196 MAY, José: La sífilis en el Uruguay. Anales de la Facultad de Medicina, Tomo VI, Barreiro y Ramos, 1921, Montevideo, páginas 636 y 637.

197 MAY, José: La sífilis en el Uruguay. Anales de la Facultad de Medicina, Tomo VI, Barreiro y Ramos, 1921, Montevideo, páginas 639 - 653.

de la sífilis, evitando así los peligros que aparece la invasión general de todo el organismo por el virus sifilítico y que según nuestra estadística comprende un 30% de los casos de chancros iniciales.

El ultramicroscopio habitualmente aplicado al diagnóstico bacteriológico de las ulceraciones resuelve muchos casos, permitiendo así establecer de inmediato la terapéutica adecuada. Pero cuántas veces hemos requerido del laboratorio, sin lograrlo, la confirmación microscópica del diagnóstico clínico y cuantas otras, frente a ulceraciones sin los caracteres clínicos de los chancros sifilíticos, hemos tenido el informe de que existían treponemas!

En nuestra práctica privada y en nuestra experiencia de la Policlínica hemos tenido muchas veces, que esperar a la aparición de los síntomas del período de generalización para empezar el tratamiento, ya sea por reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, ya sea por manifestaciones secundarias.”..... “En estas condiciones, convencido por mi experiencia personal, por la enseñanza de los maestros como Gougerot que investigadores experimentados pueden no hallar treponema en lesiones iniciales claramente sifilíticas, el químico señor Alfredo Prunell, me habla a principios de Agosto de un nuevo método de diagnóstico precoz de la sífilis y me invita a experimentarlo en la Clínica Dermatológica y Dispensario núm. 1. Me expone su idea, original, que es la siguiente: hacer la reacción de Wassermann en la serosidad que se extraiga del chancro.”.... “Confieso que me pareció tan lógico, tan natural, tan sencillo, que manifesté mi asombro, de que en plena búsqueda de laboratorio como están millares de observadores, no se hubiera pensado en una cuestión que para mí surgía tan clara, - por lo que me puse de inmediato a enviarle material desde mi clínica privada y hospitalaria para hacer el diagnóstico precoz de sífilis y con las reservas del caso lo puse en conocimiento de mi profesor el doctor Brito Foresti, pidiéndole que en aquellos casos de su clientela que no hallara el treponema y teniendo el diagnóstico clínico de chancro sifilítico, los enviara para su observación.”... [Luego de detallar 44 observaciones, con sus características clínicas y hallazgos de laboratorio, concluye:] ...”Quiere decir, pues, que el procedimiento del Wassermann local en el accidente inicial es un nuevo auxiliar que cuenta el clínico para el diagnóstico precoz de la sífilis; en nuestra corta estadística permitió establecer que era chancro sifilítico en dos casos sobre veinticuatro, con tres excepciones.... Y en chancros diagnosticados sifilíticos en dos casos sobre diez y seis, en los que no había treponema o sea en un nueve y un trece por ciento respectivamente”.¹⁹⁸

198 Dicho sea de paso, este Químico que dedicó gran parte de su vida a la Clínica Dermosifilopática y a estas investigaciones, nombró a uno de sus hijos, luego laboratorista

En los *Anales del Instituto de Neurología*, redactados bajo la mirada póstuma de su primer Director, el Prof. Américo Ricaldoni¹⁹⁹, aparece en el funcionamiento de la clínica, un detalle de las clases dictadas, entre las que menciona una del martes 9 de agosto de 1927, dictada por el Dr. Diamante Bennati, sobre la reacción de Wassermann y las reacciones coloidales en el líquido céfalo-raquídeo. En el movimiento de enfermos, registrado entre el 1° de marzo y el 31 de diciembre de 1927, aparecen en la Sala "Visca" (hombres), a cargo del Dr. José Rossenblatt, pacientes con tabes dorsal (5 pacientes), meningitis sífilítica (1), aneurisma de aorta (1) y aortitis sífilítica (2), intoxicación mercurial (1) e intoxicación cianurada (1), sífilis con manifestaciones diversas (2); en la Sala "Bienhechores" (mujeres) a cargo del Dr. Ernesto Stirling, se contabilizaban: meningitis sífilítica (1), sífilis cerebroespinal de forma parálítica (1), tabes dorsal (4), tabes combinado (1), insuficiencia aórtica (4), sífilis con manifestaciones diversas (5), entre los pacientes hospitalizados. Entre los atendidos en el mismo año en la policlínica, a cargo del Dr. Fernando Calleriza, se encuentra una amiotrofia espinal sífilítica en un tabes (1), neuritis (¿sífilítica?) del nervio mediano, oftalmoplejia total izquierda y parcial del lado derecho, de origen sífilítico (1), tabes dorsal (3), aortitis sífilítica (2), distrofia heredo-sífilítica (1), sífilis con manifestaciones diversas (6). Entre los análisis del Laboratorio, que en dicho Instituto dirigía Diamante Bennati, se destaca en el período, 353 reacciones de Wassermann, frente a 220 dosificaciones de urea, 9 de glucosa, 9 reacciones de Widal, 128 análisis de LCR completos, 495 análisis de orina, 39 investigaciones bacteriológicas de expectoración.²⁰⁰

Entre las Lecciones y Conferencias realizadas en el Instituto de Neurología durante el mencionado año, no se registran actividades destacadas vinculadas a la patología luética. Sin embargo, en las Memorias y Artículos originales, documentos clínicos y anátomo clínicos, aparece un trabajo de Américo Ricaldoni titulado "Síndrome de la pared externa del seno cavernoso, probablemente de origen sífilítico. Fenómeno singular de la negativa del ojo

y médico, con el nombre de Schaudinn, con lo que dio testimonio de su compromiso con la ciencia y su admiración al descubridor.

199 ANALES del INSTITUTO DE NEUROLOGÍA. Facultad de Medicina de Montevideo. Imprenta Nacional, Montevideo, 1928, 514 páginas, pág. 96

200 ANALES del INSTITUTO DE NEUROLOGÍA. Facultad de Medicina de Montevideo. Imprenta Nacional, Montevideo, 1928, 514 páginas, Páginas 96 – 105.

sano a ponerse en convergencia con el enfermo.”²⁰¹

Estos datos permiten ubicarse, en la tarea diaria de una clínica destacada de la Facultad de Medicina, la frecuencia relativa de los diversos exámenes para la época.

Hemos citado ya un texto clásico sobre el Líquido Céfaló Raquídeo.²⁰² En él se realiza una completa revisión de los aspectos diagnósticos que ofrece el LCR y particularmente el interés de su estudio en el pasaje de los arsenicales y del bismuto a través de la barrera hemato-liquidiana. Respecto del arsénico, se comporta de diferente manera la barrera en sujetos con meninges normales o alteradas. Mientras que en las primeras no puede detectarse, en las alteradas es diferente, apareciendo siempre en el LCR y persistiendo mucho tiempo en él. Sobre todo en la sífilis nerviosa parece existir una permeabilidad exagerada para estos medicamentos, permeabilidad que disminuye por otros tratamientos agregados, como la malarioterapia. Se aprecian diferencias de pasaje según la composición química de los preparados. Para el bismuto, en cambio, los trabajos revisados por estos autores se encuentran sólo aquellos preparados que tienen carga negativa, permaneciendo la membrana impermeable a los cationes. Los más permeables son el tioglicocolato y el yodo bismitol, en soluciones acuosas, que se encuentran en el LCR en un 53,3% y en un 83,3% respectivamente, lo que fue corroborado por los autores del libro.²⁰³

Con relación a las reacciones de fijación del complemento y de floculación para el diagnóstico de la sífilis en el LCR, estos autores citan los estudios de Wassermann y Plaut, de 1906, que investigaron 41 casos de PG, con resultados positivos en 32 de ellos; Levaditi y Marie un año más tarde, comunican resultados positivos en pacientes con tabes dorsal. Aportan detalles técnicos de interés, en cuanto a que el LCR no requiere ser inactivado, salvo cuando hay líquido hemorrágico o xantocrómico. Comparan las sensibilidades y especificidades de las diferentes pruebas, concluyendo que la que tiene mayor sensibilidad es la de Wassermann con un 85,6%, siendo la especificidad

201 ANALES del INSTITUTO DE NEUROLOGÍA. Facultad de Medicina de Montevideo. Imprenta Nacional, Montevideo, 1928. 514 páginas. Páginas 401 – 409.

202 CASTELLS, Constanancio y GHERARDI, Jorge: EL LÍQUIDO CÉFALO – RAQUÍDEO. Fisiopatología y Síndromes Humorales, Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Monteverde & Cía., Montevideo, 1947.

203 CASTELLS, Constanancio y GHERARDI, Jorge: EL LÍQUIDO CÉFALO – RAQUÍDEO. Fisiopatología y Síndromes Humorales, Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Monteverde & Cía., Montevideo, 1947. Páginas 148 – 151.

casi general de un 100%, asignándole un alto valor diagnóstico, tomando en consideración el estudio realizado sobre valoración de las reacciones serodiagnósticas de la sífilis en el Congreso de Washington del año 1941. Detallan que dentro de las diversas afecciones neurológicas, la PG y la tabes evolutiva, raramente presentan reacciones negativas en el LCR. Por el contrario, otros tipos de neurosífilis dan un porcentaje más o menos elevado de negativos. En cuanto a las reacciones positivas, le asignan elevado valor diagnóstico por su alta especificidad, mencionando las excepciones: a) sujeto con reacciones positivas en sangre, sin neurolúes, pero cuyo LCR se haya contaminado con sangre por accidente de punción o por hemorragia patológica. Si se repiten los exámenes, una vez desaparecido el componente hemático, las reacciones se muestran negativas, con lo que se determina que el paciente, a pesar de ser sífilítico, no tiene neuro lúes. b) Puede suceder que un paciente específico con reacciones positivas en sangre, sin neurolúes, presente una permeabilidad meníngea alterada, por meningitis de cualquier etiología, permitiendo el pasaje de las reaginas al LCR. Desaparecida la causa, las reacciones se hacen negativas. Las reacciones positivas en sangre y en LCR con dos restricciones: 1) en la sífilis congénita las reacciones pueden ser negativas en la sangre y positivas en el LCR. 2) en la sífilis adquirida tardía, a pesar de reiteradas reacciones negativas en sangre, el LCR puede mostrar reacciones positivas.²⁰⁴

Ruben Ardao, en su tratado de Anatomía Patológica Quirúrgica, dedica un capítulo a la patología de la sífilis, indicando en la bibliografía una presentación en el Congreso Uruguayo de Cirugía de 1960.²⁰⁵

El mismo patólogo Ardao, realiza señalamientos de localizaciones raras de la sífilis en distintos sectores de la anatomía:

- * *rectitis sífilítica*²⁰⁶: “muy raros son los chancros rectales. Pueden existir formas ulceradas; las paredes del recto están engrosadas y rígidas por

204 CASTELLS, Constancio y GHERARDI, Jorge: EL LÍQUIDO CÉFALO-RAQUÍDEO. Fisiopatología y Síndromes Humorales, Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Monteverde & Cía., Montevideo, 1947. Pág. 125 – 127.

205 GANDÓS, R.: Osteoma osteoide. Sífilis ósea. Osteomielitis. 11º. Congreso Uruguayo de Cirugía, Tomo II: 397; 1960. Citado por ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica, Tomo I. Universidad de la República, Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1962, páginas 197 a 208.

206 ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica, Tomo II. Universidad de la República, Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1962, página 197.

la proliferación de tejido fibroso. Puede haber una retracción esclerosa con estrechez rectal. En ocasiones pueden verse gomas, pero son muy raros.”

- * *Pancreatitis en la sífilis congénita* ²⁰⁷: “puede dar localizaciones pancreáticas; son formas difusas en las que se encuentra un tejido de granulación sifilítico que contiene el treponema; otras veces se ven gomas que son de una rareza excepcional.”
- * *Colecistitis específicas* ²⁰⁸: “son verdaderas rarezas. Se han descrito colecistitis tuberculosas, sifilíticas y actinomicóticas.”
- * *Mastitis específicas por sífilis* ²⁰⁹: “De las diferentes formas del proceso sifilítico, que cada vez se ve menos, la más frecuente es el chancro de inoculación. Se ve en nodrizas que amamantan niños heredosifilíticos. El chancro es una ulceración de tamaño variable, flagedénica, de bordes cortados a pico y de fondo indurado. Pueden verse gomas, pero son muy raros.”

En el Undécimo Congreso Uruguayo de Cirugía, realizado en Montevideo del 4 al 7 de diciembre de 1960, Rodolfo Gandós Reilly realiza una detallada descripción del Osteoma Osteoide, Sífilis Ósea y Osteomielitis.²¹⁰

Allí aborda una prolija descripción de su casuística (19 casos) de sífilis ósea, consignando a propósito de la ubicación radiográfica: “Además de tener huesos “amados” por la sífilis, que ya hemos señalado, en un determinado hueso tiene preferentemente una *localización metafisaria*, siendo menos frecuente la localización diafisaria pura y rara la epifisaria. Según el sector puede ser una localización periférica y será una *periostitis* o una localización central y será una *osteítis*, pero habitualmente toma todo el hueso originando una *osteoperiostitis*. La sífilis, como todo proceso a localización ósea, presenta dos tipos de lesiones radiográficas: una *específica* (la goma), que

207 ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica, Tomo II. Universidad de la República, Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1962, página 243.

208 ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica, Tomo II. Universidad de la República, Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1962, página 286.

209 ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica, Tomo II. Universidad de la República, Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1962, página 367.

210 GANDÓS REILLY, Rodolfo: Undécimo Congreso Uruguayo de Cirugía, 4 - 7 de diciembre de 1960, Tomo II, Páginas 397 - 407.

es destructiva, lítica, en menos y otra *inespecífica* (la reacción), que es condensante y productiva. En la realidad, en cualquier tipo de lesión estas dos imágenes elementales están siempre combinadas presentándose en fórmulas asociadas y es así que se habla de “formas predominantemente *destructivas*” y “formas predominantemente *productivas*”.²¹¹ Concluye que la sífilis no tiene una forma única y esquemática de presentación, precisamente una de sus principales características es su gran atipismo, por lo que ha merecido el nombre de la “*gran simuladora*”. Y aunque destaca que la frecuencia en la clínica no es en ese momento tanta como en otras épocas, es necesario estar siempre preparado para poderla desenmascarar, y para ello destaca el siguiente esquema: pensar en ella; búsqueda de antecedentes; serología; radiografía; biopsia; evolución y resultado del tratamiento.²¹²

211 GANDÓS REILLY, Rodolfo: Undécimo Congreso Uruguayo de Cirugía, 4 - 7 de diciembre de 1960, Tomo II, Páginas 402 - 403.

212 GANDÓS REILLY, Rodolfo: Undécimo Congreso Uruguayo de Cirugía, 4 - 7 de diciembre de 1960, Tomo II, Páginas 403 - 404.

XIII

ANTECEDENTES DE LA LUCHA CONTRA LA SÍFILIS EN EL URUGUAY

*A su abuelita Anacleta
ayer preguntó Loreto:
¿Qué es enfermedad secreta?
Y ella contestó, discreta:
- La que se adquiere en secreto²¹³.*

En Uruguay, ya al fundarse la primera institución de asistencia mutua (la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, el 23 de setiembre de 1853) se definió en sus reglamentos alguna condición restrictiva para los futuros asociados, vinculados a esta patología:

Para ser admitido en la Asociación era necesario ser español, tener reputación de buena conducta y honradez, no padecer enfermedad crónica, tener de 12 a 60 años, y ejercer alguna profesión, arte u oficio. Exigía una matrícula de dos patacones al ingreso y uno de cuota mensual. Con tres meses de atraso sería excluido, sin derecho a reclamación. Para ser nuevamente admitido tendría que volver a pagar la matrícula.

La sociedad contratará médico, sangrador y botica, que gozarán de la asignación que con ellos se estipule. El socio que enfermase debería dar aviso al Secretario de la Asociación, e inmediatamente sería asistido por el Médico, sobre cuyo certificado se harán percibir al enfermo los beneficios de la sociedad. Vale decir que además del cuidado médico, le darían un patacón diario durante su enfermedad, desde el día siguiente al certificado del médico. Esto sólo para quienes fueran impedidos de ejercer su profesión, arte u oficio, en función de la enfermedad, no percibiendo compensación quienes no lo estuvieran.

La moralidad de los asociados, además de la condición de ingreso, estaba cuidada por cuanto los que enfermasen de mal venérico, sólo gozarán de

213 CELA, Camilo José: *Diccionario Secreto (Uno)*. Alianza Alfaguara, Madrid, 1974. Págs. 50 - 51: Secreto, ta Es eufemismo de **motivación moral o social**. Venéreo, erótico.

la asistencia del médico. Los heridos en desafíos, riñas, ebriedad, etc., no recibirán socorro alguno de la asociación.²¹⁴

La sífilis como entidad médico - social fue motivo de fuerte preocupación para los médicos, los educadores, los gobernantes, los ciudadanos. Como primera referencia se transcribe una anécdota narrada por el Prof. Dr. Augusto Turenne, en una conferencia dictada por él en la Facultad de Medicina, en 1927, titulada “En el umbral de la profesión”, dedicada a los estudiantes próximos a graduarse como médicos. Turenne fue el fundador del Sindicato Médico del Uruguay en 1920. Había sido Decano de la Facultad de Medicina y Profesor de Ginecología y Obstetricia, entre muchas otras actividades profesionales y académicas. Formado en su especialidad en París, guardaba reverencia, como su maestro Pedro Visca, por la Medicina francesa.

En una larga y rica disertación, abordando diversos aspectos de las obligaciones y la vida profesional, desliza esta historia:

“VIOLACIONES HONESTAS (se refería en el contexto a las violaciones del secreto médico).

Una vez llega a mi consultorio un viejo amigo mío y me dice: “yo sé que tu asistes a Fulano de Tal, que se va a casar con mi hija y me han dicho que tiene sífilis”. Siguiendo mi costumbre, le dije: “yo no te puedo decir si lo asisto o no lo asisto y menos, por consiguiente, qué es lo que tiene. Tú hablas con él y se lo preguntas. Él sabrá lo que tiene que decir.” Al amigo le pareció muy desagradable mi actitud; no podía convencerse de que yo, su viejo amigo, expusiera a su hija al contagio de la sífilis. Se fue enojado y yo me quedé intranquilo, tanto que llamé a mi enfermo y le enrostré la infamia que iba a cometer. Este señor, que parece que estaba muy documentado, en el primer momento, cuando yo lo amenacé con descubrir su enfermedad, me dijo: “Usted no lo va a hacer; usted no puede ni debe hacerlo. No debe hacerlo porque como médico tiene que guardar el secreto médico, y no puede porque el Código no se lo permite”. Adopté una actitud que pudo parecerle violenta; pero tuve la satisfacción de que este hombre se diera cuenta de la enormidad del acto que iba a cometer. Para él existía todo un conjunto de factores de orden social que impedían que se echara atrás. Sin embargo, 24 horas después tenía en mi consultorio una conferencia con el padre y

214 TURNES, Antonio L. LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS EN SU 150º aniversario. En <http://www.smu.org.uy/historia>

*entre los tres encontrábamos la fórmula salvadora. El padre muy contento de salvar a su hija de un contagio sífilítico, el futuro marido contento de haber encontrado una escapatoria con la cual podría aplazar su matrimonio y yo tranquilo por haber impedido una catástrofe. Así lo hizo; se fue a Europa a título de que sus negocios le obligaban a marcharse, permaneció tres años, volvió tratado intensamente y hoy es el padre de cuatro hijos completamente sanos. Pero os confieso que pasé un mal rato hasta que vi que este hombre cedía a mi razonamiento, porque en realidad yo me sentía fuertemente ligado por el concepto tradicional del secreto médico, pero a la vez me sentía profundamente indignado de la obligación que me imponía.”*²¹⁵

UNA NOTICIA DE LA AMÉRICA COLONIAL

A comienzos del siglo XIX, se pudo encontrar una referencia publicada en “*La Aurora de Chile*”, que dice relación con el tema y nos muestra la sensibilidad que el mismo provocaba en los estratos ilustrados de la población colonial.

En el Sumario de la *Aurora de Chile*, en alusión a la autoría del artículo aparecido en el número anterior, señala: “El coronel Godoy y don M. L. Amunátegui atribuyen este artículo á don Manuel de Salas. El autor dice él mismo ser extranjero; lo que hace inaceptable la anterior hipótesis. Don Luis Montt, sin pronunciarse sobre el asunto a favor de persona determinada, consigna que por aquellos años vivía en Santiago un médico llamado don José Antonio Sierra, del cual no se sabe si era chileno, pero que se había graduado de bachiller en la Universidad de San Felipe. Tampoco es posible decir que sea éste el autor, pues el articulista dice ser él “un extranjero sin relaciones y recién llegado” lo que no concurre con Sierra, que, en caso de ser extranjero había recibido su educación en Chile.

Continuación del Discurso hecho al Gobierno sobre la Lue Venérea

El acto de la reproducción aunque común é irresistible á los seres orgánicos, muchas veces no se origina de una verdadera necesidad. El hombre en el estado Social, y en medio de grandes poblaciones es á cada paso excitado: la vida poco activa, los alimentos nutritivos y estimulantes, y los atractivos que trahen consigo la época de lujo lo arrastran incesantemente, y la naturaleza forma un habito que tiene funestas consecuencias. Las dificultades que se

²¹⁵ TURENNE, Augusto: En el umbral de la profesión. Conferencia dictada en la Facultad de Medicina, en 1927.

<http://www.smu.org.uy/historia/umbrales.html>

presentan para abrazar el matrimonio en la mayor parte de sus individuos, cuyas causas son largas de enumerarse, dan un campo vasto á la relaxación; y así una parte del bello será buscar un modo para procurarse su manutención con la infeliz y humillante situación de presentarse á las ansias de una pervertida concupiscencia. La tolerancia es lo que se adopta por los que gobiernan como indispensable á evitar mayores desordenes, y que en el estado actual de las cosas es imposible detener: pero la salud publica exige que el orden intervenga en esta vergonzosa ocupación para que la sociedad no reciva un doble daño. La inevitable prostitución debiera esconderse de la vista de las familias púdicas y el gobierno tendria bajo un golpe de ojo el estado de salud de sus individuos. La tenacidad con que los hombres casi siempre han seguido los erróneos y absurdos sistemas de los antepasados, ha detenido los naturales progresos de las naciones; y los Legisladores han hallado siempre grandes escollos quando han tentado destruir los abusos de una envejecida ignorancia: esta misma tenacidad ha dado mucho que hacer á los filósofos en estos últimos tiempos; esperamos que el estudio de las ciencias, y de la filosofía se hagan mas comunes y entonces la sola razón será la que guie las operaciones de los hombres.- al presente puede el Gobierno vigilar sobre la salud de aquellas infelices que se hallan contaminadas, y procurarlas un asilo para su curación, comisionando á este fin á los Alcaldes de Barrios para su secreto informe con intervención de algunos facultativos.

Parece que los que gobernaron fueron mas adictos á edificar sumtuosos edificios destinados á una estéril magnificencia y luxo para hacer inmortal su nombre y lisongear su vanidad, que á dirigirse á un verdadero bien de los pueblos. Neker mucho se lamentó de esta conducta en el caduco gobierno de los Borbones en Francia. El gran Luis fue el único que dió mano al célebre Hospital de los Inválidos que tanto ha honrado su memoria; este no fue más que un asilo debido á los ilustres defensores de la patria. En esta ciudad se observa que algo se ha pecado en esto; no se conoce hasta ahora un hospital bien construido, y arreglado para alivio de una considerable parte de ciudadanos indigentes, y para los que estan destinados á la defensa de los derechos del país. La necesidad de un hospital para la curación de la lue venérea tan desoladora en este país es evidente.

Fue siempre un importante objeto de las naciones antiguas el establecimiento de los baños publicos. Aun al presente se ven los vestigios de su sumtuosidad entre los Griegos y Romanos. Su utilidad es incontestable, y exercen sobre las facultades vitales una influencia indispensable en las sociedades civilizadas.

La lue venérea sería mas benigna y no tan facil de propagarse si los baños fuesen mas comunes, y accesibles á la clase inferior. La Persia y Turquía están casi libres de su infección por el uso continuado que hacen de ellos aquellos pueblos, y nos veriamos aun libres de una multitud de afecciones cutáneas. Es verdad que la ocupación del Gobierno gira sobre quantiosos objetos, por eso una comisión de salud publica era muy apróposito para atender á estos ramos; y entonces estos dóciles habitantes conocerían que la felicidad del hombre es el verdadero objeto de las solicitudes de los que gobiernan.

La medicina es una profesión vasta, ligada á muchas ciencias: y lo mas difícil es que las leyes vitales, ó las leyes que presiden á los seres orgánicos, son variables, y que cada individuo tiene un modo de existir peculiar á su propia naturaleza. He aqui en donde reside lo mas dificultoso, y arduo en el exercicio de esta sublime profesión. La lue venérea, aunque de la misma naturaleza ataca diferentemente á cada uno por las modificaciones que halla en su organización; y el método curativo debe ser diferente según el temperamento y sensibilidad de cada individuo, aunque la substancia sea de la misma especie que se usa para su curación. Un buen medico debe atender á muchas circunstancias en la administración del mercurio, pues es una substancia muy activa, y nada indiferente; y su método debe variarse según el temperamento, edad, estado actual de la lue venérea, de una persona. Si todas estas circunstancias á veces embarazana un buen medico ¿que será de unos empíricos, é intrusos desnudos eternamente de conocimientos, que se atrevan á curar estas enfermedades? Y puedo decir que la mayor parte del pueblo está en las manos de estos atrevidos ignorantes. Diariamente veo las tristes victimas de un mal método mercurial, y lo peor es que se hace mas rebelde pues siendo un principio asentado que un continuo estímulo embota el sentido, con el mercurio administrado por una mano inexperta el virus sifilítico se hace mas tenaz, y no obedece ya á la acción de este agente por haberse hecho familiar: el mercurio; esta preciosa substancia, debe ser administrado por una mano hábil. Una buena curación interesa no solo al individuo sino á los seres que él reproduce; la lue venérea puede propagarse á muchas generaciones ¡que interesante es su extinción para el estado! El remedio está en las manos de un activo Gobierno.

Un extranjero sin relaciones y recién llegado se condeule de la deplorable situación de este país, ofrece sus débiles reflexiones, parto de su sensibilidad y espera que no recaygan sobre un terreno ingrato. Un Gobierno patriótico actualmente substituye al Colonial, los derechos sagrados del hombre seran inviolables, y la gloria de los que mandan se reducirá solamente á haber hecho

felices á sus semejantes; y de su parte los extranjeros deben propender con sus cortas facultades al bien de un pays que observa las maximas de una generosa hospitalidad.²¹⁶

LA SÍFILIS EN EL URUGUAY DEL NOVECIENTOS

La Dermatología se establece como especialidad en el Uruguay con José P. Brito Foresti, quien fue el primer profesor titular que tuvo la Cátedra, desde 1908²¹⁷. Se había formado en Francia; después le sucedió Bartolomé Vignale²¹⁸; a él siguió Aquiles R. Amoretti²¹⁹ y a éste le siguió Raúl Vignale Peirano. La Dermatología uruguaya es hija de la francesa, porque los profesores nuestros se formaron allá. Y fue aproximadamente en el año 1912,

216 <http://www.auroradechile.cl/newtenberg/681/article-3626.htm> Jueves 11 de febrero de 1813, páginas 1, 2 y 3. La sífilis causa estragos en la sociedad chilena.

217 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL; José – Historia, Evolución y estado actual de las enfermedades de transmisión sexual en el Uruguay. Montevideo, 1986. Presentado a la Academia Nacional de Medicina. Copia mecanografiada en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo, 360 páginas. (Página 335). Brito Foresti fue el primer Profesor de la Cátedra de Dermatología, que ejerció sus funciones desde 1908 a 1939. Su nombre fue recordado con un tramo de la ex calle Jaime Cibils, comprendido entre Avenida Italia y Avenida Centenario, iniciándose frente al Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. **José Brito Foresti había obtenido su cátedra por concurso de oposición. Era Profesor de Clínica Médica, con especial predilección ya desde esa Cátedra por los hechos dermatológicos. Todos quienes le conocieron destacaron su fina sensibilidad y la posesión de una cultura general poco común y una afabilidad en el trato que lo singularizaban notoriamente. Se dijo incluso que era un músico excepcional y un virtuoso ejecutante del violín. Falleció en 1939.** (Pág. 336). Fueron encargados de la Cátedra, luego de su muerte, los Profesores Agregados Héctor Santomé y José María Tiscornia Denis.

218 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL; José. Op. Cit. Pág. 335. Bartolomé Vignale le sucedió entre 1941 hasta 1959, en que cesa por límite de edad. Sucedió a Brito Foresti en la Clínica, obteniendo el cargo de profesor titular por concurso de oposición. Su nombre se recuerda con una calle en la zona de Piedras Blancas, en la intersección con la Avenida José Belloni.

219 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL; José. Op. Cit. Pág. 338: Amoretti era un eminente clínico. Pocas veces se oyeron descripciones semiológicas casi matemáticas, que sorprendían porque no era posible repetirlas ni incorporarlas al propio lenguaje, dada la exactitud irreproducible de las observaciones realizadas. Tenía una sinceridad y honestidad en sus opiniones, que muchos describían como defecto, tanto en el plano científico como en apreciaciones de todo orden, las que podrían considerarse incisivas por la contundencia de sus ideas.

que se independizó como especialidad. Antes, formaba parte de la Clínica Médica. Y se independizó del todo en el año 1920, cuando Brito Foresti vino de París.²²⁰

En los primeros años del siglo XX, la organización de la lucha antivenérea en el Uruguay, estaba centrada en:

- 1º. Clínica del Prof. Dr. José Brito Foresti.
- 2º. Clínica del Dr. Joaquín Canabal.
- 3º. Sifilicomio Nacional Dr. Germán Segura.
- 4º. Clínica del Hospital Militar.

*“En todos los servicios hospitalarios del Uruguay, se trata a los sifilíticos por sus múltiples manifestaciones y accidentes. En los de Medicina, las lesiones producidas por el espiroquete en los órganos internos y principalmente en el sistema nervioso; en los de Cirugía, las manifestaciones que por su aspecto clínico eran confundidas con enfermedades quirúrgicas y en los servicios de las especialidades de las enfermedades de la nariz, garganta y oído, y en la clínica oftalmológica, las distintas localizaciones el Treponema en los órganos correspondientes a cada una de ellas.”*²²¹

En la Memoria presentada por el Decano Dr. Manuel Quintela en 1915²²², se transcribe un decreto del Poder Ejecutivo (Ministerio de Instrucción Pública) de abril 26 de 1912, por el que se aprueba el plan de estudios formulado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, y aceptado por el Consejo Central Universitario. Allí aparece por vez primera la introducción de la Clínica Dermosifilopática en un plan de estudios médicos en Uruguay.²²³

220 VIGNALE, Raúl: en SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta VI – Reportajes: memorias y proyecciones de nuestra medicina. Sindicato Médico del Uruguay – Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2000, 193 páginas. Pág. 187.

221 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL, José. Op. Cit. Pág. 96.

222 QUINTELA, Manuel. Memoria presentada por el Decano. La Facultad de Medicina de Montevideo (1875 – 1915). Universidad de la República Oriental del Uruguay, Tipografía Moderna, 1915, 533 páginas.

223 QUINTELA, Manuel: Memoria presentada por el Decano. La Facultad de Medicina de Montevideo (1875 – 1915) Op. Citada.: Páginas 166 a 168: **Este plan que se limitaba a: “1º. A ubicar convenientemente las asignaturas reglamentarias en los distintos años, procurando disminuir en lo posible las horas de trabajo del estudiante, excesivas en el plan que rige en la actualidad. 2º. A fijar un período para la realización de los exámenes anuales, en mérito de los resultados producidos por el sistema en vigor, que autoriza a los estudiantes para escoger libremente la época de las pruebas. Considerando que en tales condiciones**

Lockhart consigna que José Brito Foresti fue el fundador de la Cátedra, cumpliendo su actuación docente en los primeros decenios del siglo XX.²²⁴ Muchas décadas después de su creación, se afirmaría la Dermatología como disciplina. Decía Bartolomé Vignale, tal vez en uno de los puntos más altos de su producción, que “El dermatólogo debe actuar como tal, pero con criterio de médico general. Esto no significa que deba ser un internista; significa solamente que debe hacer el enfoque general y orientarse como médico, buscando colaboración y si es posible actuando en equipo. Es evidente que debe ser así porque las afecciones cutáneas *más que enfermedades de la piel son en su mayoría, enfermedades en la piel*. Es una manera de decir que sirve para significar que se aprecian en la piel, pero no son propias o exclusivas de ella.” Y siguiendo a Gourgerot reproduce los siguientes conceptos: “La piel es un campo de estudio privilegiado, se ven las lesiones, se sigue la evolución, se puede estudiar histológicamente, biológicamente. Las dermatosis – dice son-, a menudo el reflejo, en piel y mucosas, de enfermedades generales y

es innecesaria la intervención legislativa, de acuerdo con la prescripción contenida en el artículo 12 de la Ley Orgánica Universitaria promulgada el 31 de diciembre de 1908, el Presidente de la República, decreta: Artículo 1º. Apruébase el plan de la referencia, distribuyendo las materias correspondientes al Doctorado en Medicina, en la siguiente forma: Primer año.- Física Médica y Biológica, medio año escolar. Química, Historia Natural Médica y Parasitología, Anatomía, Histología, medio año escolar. Trabajos prácticos de Química, Anatomía e Histología. Exámenes: Física, Química, primer año de Anatomía y de Histología, Historia Natural Médica y Parasitología.[...] Quinto año – Obstetricia y Ginecología, Materia Médica y Terapéutica. Anatomía Topográfica y Operaciones. Clínicas: de Niños, Oftalmológica, Otorinolaringológica, Dermosifilopática, Psiquiátrica. Trabajos prácticos: Medicina Operatoria, Clínicas. Exámenes: Obstetricia y Ginecología, Materia Médica y Terapéutica, Anatomía Topográfica y Operaciones...” Este decreto lleva la rúbrica del señor Presidente y del Ministro Juan Blengio Rocca.

224 LOCKHART, Jorge: La Historia del Hospital Maciel, Montevideo, 1982. Editora de Revistas, 244 páginas. Páginas 117 – 118: “José Brito Foresti egresado en 1890 fue el fundador de la Cátedra cumpliendo su actuación docente en los primeros decenios del siglo XX. La sífilis configuraba una patología de gran importancia y su tratamiento hasta ese momento se basaba en la aplicación cutánea mediante fricciones a base de mercurio. Se iniciaba también el tratamiento con arsenicales. Su actuación docente y científica fue muy relevante y se puede considerar el fundador de la escuela dermatológica uruguaya. Su tesis de 1894 es sobre “Desinfección pública” y fue padrino de tesis Juan B. Morelli. José May se inició en 1908, y sucedió a Brito Foresti aunque no fue Profesor Titular en el Hospital de Caridad. Llegó a reunir un magnífico museo de “maquetos” de las más diversas lesiones de la especialidad. Entre sus numerosos trabajos científicos se destacan sus estudios en linfogranulomatosis y la búsqueda sistemática por la reacción de Frei en las lesiones sospechosas. Asistían a su clínica otros distinguidos especialistas como Máximo Halty y más adelante ocupó la Cátedra el Prof. Bartolomé Vignale que se caracterizó por su gran empuje científico y sus singulares condiciones de docente”.

es por lo que el dermatólogo debe tener una formación de médico general. Debe hacer la síntesis de todas las disciplinas gracias al trabajo en equipo, sin despreñar la clínica que es el fundamento de todo. La dermatosis es, a menudo, un signo de aviso de una enfermedad poco grave que la revelará el examen general de todas las vísceras, etc., obligatorio para todo dermatólogo digno de este nombre. Es así, que una tuberculosis, una sífilides, una diabetides, un eczema, cáncer, revelan como una campanilla de alarma el peligro y permiten tratar lesiones que comienzan, fáciles de influir en su iniciación. Se puede decir, sin exagerar, que las dermatosis, *signos de advertencia*, han salvado numerosos enfermos.²²⁵

También la Urología tuvo su ingerencia en las enfermedades venéreas. Luis A. Surraco, el primer profesor titular de Urología, formado asimismo en Francia, tuvo el mérito de hacer de la Urología una especialidad quirúrgica, incluso mejor remunerada que la Cirugía General. Cobraba por una extirpación de riñón el doble o el triple que por una extirpación de vesícula, porque él era el único que lo hacía bien, o casi el único. Por otra parte, separó la Venereología de la Cirugía Urológica y él sólo practicaba esta última.²²⁶ Esta actitud se transmitió a sus sucesores; así Lockhart sólo menciona en su texto el goma o sífilis del testículo, dentro del diagnóstico diferencial de los tumores de ese órgano, caracterizándolo como proceso crónico que da un testículo retraído en galleta con zonas adheridas a la vaginal y con placas y chumbos de fibrosis en su superficie.²²⁷

En el año 1912, luego del hallazgo del Treponema como agente de la sífilis, empezó en Uruguay la Sifilografía y se creó la Venereología; después, en 1920, se empezó a dispersar y a ser materia de los Ginecólogos y de los Urólogos. En la década de 1980, con el advenimiento del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, se implantó de nuevo la Venereología y toman parte de la Dermatología, de la Ginecología, de la Urología, de la Farmacología y la Medicina Interna.²²⁸

225 VIGNALE, Bartolomé: Concepto actual de la Dermatología. En el Libro de Homenaje al Profesor Doctor Julio C. García Otero. Facultad de Medicina, Universidad de la República, 1962, páginas 645 – 648.

226 SCHENONE CASTIGLIONI, Héctor: en SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta V – Reportajes: memorias y proyecciones de nuestra medicina. Sindicato Médico del Uruguay – Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2000, 210 páginas. Pág. 172.

227 LOCKHART, Jorge: Manual de Urología. Oficina del Libro – FUC. Montevideo, Uruguay, diciembre 1972, 562 páginas: pág. 266.

228 VIGNALE, Raúl: en SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta VI – Reportajes: memorias

José Pedro Barrán, entre otros historiadores e investigadores de ciencias sociales, se ha ocupado de abarcar en diversos estudios la incidencia social, política y sanitaria de esta afección.²²⁹

“Los médicos fueron, al lado del clero y la policía, los agentes más eficaces de la represión sexual pues propagaron su sensibilidad “civilizada” con el ropaje del conocimiento con más prestigio en la época: la ciencia.

Los consultorios eran los confesionarios laicos del Novecientos. Allí, el médico, por su madurez y aplomo algunas veces, por su prestigio social otras, pero siempre por la autoridad que confiere un saber no vulgar y del que depende la vida, oía y era oído. Oía los secretos de alcoba de las parejas, las intimidades del hombre y la mujer solteros, la confesión de las cada día más frecuentes “histerias” femeninas y “neurastenias” masculinas, o la consulta avergonzada del adolescente temeroso de sus poluciones nocturnas. Pero allí también era oído, y, al lado del diagnóstico, el tratamiento y la receta, se vertía el consejo. Consejo y tratamiento formaban parte de una maraña donde se confundían, al grado de ya no poderse diferenciar; la cultura científica y el juicio moral, la prevención de las enfermedades venéreas, por ejemplo, y la condena a los “excesos” de la juventud, todo dentro de un gran alerta ante la “pasión”.

Un ejemplo de lo antedicho, un reflejo real pero por desgracia pálido de esas charlas de consultorio, lo brinda el folleto que a pedido del Presidente José Batlle y Ordóñez publicó en 1906 el “Consejo Nacional de Higiene” sobre “Profilaxia de las enfermedades venéreo-sifilíticas”. Esa “obrita” del médico Alfredo Vidal y Fuentes, tenía como objeto “prevenir a los jóvenes que la lean, el peligro que corren andando por ciertas casas donde no debe entrarse sino tomando grandes precauciones”. Esas enfermedades – el chancro blando, la gonorrea y la sífilis – eran “terribles”, “graves”, “muy dolorosas” y producían “la mayor parte de las veces, feas deformidades, parálisis incurables, la locura, cuando no la muerte, además de la vergüenza”, pues aunque también se las llamara “secretas”, en alguna de sus fases todos se enteraban “de la fea enfermedad que se sufre”.

El chancro blando y el sifilítico, al inflamarse tomaban “un aspecto de gangrena” y si no se atacaban pronto, “pueden comerse casi todo el miembro. Estos chancros (...) pueden dejar la cabeza del pene llena de agujeros.

y proyecciones de nuestra medicina. Sindicato Médico del Uruguay – Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2000, 193 páginas. Pág. 190.

229 BARRÁN, José Pedro: Historia de la sensibilidad en el Uruguay, Tomo 2. EL DISCIPLINAMIENTO (1860 – 1920). Ediciones de la Banda Oriental y Facultad de Humanidades y Ciencias. Uruguay, 1990, 304 páginas. Págs. 130 – 133.

y entonces al salir la orina parece que saliera de una regadera”. *El folleto describía luego las etapas de la sífilis: a los 20 días de contraída, el chancro duro sifilítico o de Hunter; a los 60 días, las manchas de color cobrizo en la piel, los fuertes dolores de cabeza y los granos y costras (acné sifilítico) que a veces invadían la cara: “Cuando estos granos son más marcados en la frente, se tiene la llamada Corona de Venus que a todo el mundo anuncia la sífilis que se lleva encima”. A los tres meses, pelo de la cabeza, cejas, pestañas, bigotes y barba, empezaban a caer, quedando “los individuos con un aspecto ridículo y repugnante”, enseguida sobrevenían las llagas en la boca, garganta, laringe y lengua, y a menudo, granos grandes en el resto de la piel, “con mucha supuración” y dolorosa. Por ellos las ropas se pegaban al cuerpo y al desprenderse dejaban “úlceras llenas de materia y sangre, que repugna al verlas, de las cuales se desprende a veces un olor a gangrena”. Luego de otros sufrimientos, se entraba en “El tercer grado de la sífilis” en que se producían tumores en los órganos importantes, por lo que muchos enfermos podían “quedarse idiotas, locos, paralíticos, mudos o sujetos a ataques de convulsiones”. A menudo entonces se llegaba a la muerte.*

El folleto fue ilustrado con tres grabados que representan las cabezas de hombres jóvenes –advirtamos, no mujeres – en diferentes estadios de la sífilis: la “papulosa generalizada”, cara y cabeza llena de pústulas y lamparones; la “polimorfa”, cara con enormes granos deformantes; y un rostro con “la nariz hundida por la sífilis”.

La adjetivación que el lector habrá ya advertido, el hecho de destinar cinco veces más espacio a la descripción de la enfermedad que a las precauciones para evitarla, y lo horripilante de los rostros mostrados en los grabados –hágase fe en el investigador -, testimonia la intención de aterrorizar al lector joven masculino, el que importaba prevenir y cuidar a aquella sociedad.

A los hombres que tuvieran “necesidad de estar con una mujer”, se les aconsejaba la prostituta inscripta y con libreta médica al día, así como lavados y lavajes diversos de ambas partes con pastillas de bicloruro. Pero el tono general de las recomendaciones tendía a la prohibición de la prostituta sin, empero, imponerla. El joven debía pensar en los riesgos que corría y hacía correr a su familia y a su descendencia “antes de ir por esas casas donde se venden los cariños a precios tan caros, que en algunos casos no basta toda una existencia para pagarlos, y hasta hay necesidad de que la familia o seres queridos contribuyan también con su dolor para satisfacer el saldo”. La moral puritana igualmente se filtraba en esta recomendación: “No debe estarse con mujeres en posiciones forzadas o viciosas. Todas ellas

predisponen a enfermedades, no solo venéreas, por la irritación producida en los órganos genitales (miembro) sino también de la médula espinal. Es sobre todo muy peligroso la posición de parado para esas enfermedades”.

La ciencia médica con el terrorismo verbal de sus descripciones y consejos, era un recurso útil para controlar los “excesos de la pasión” en los jóvenes. La enfermedad venérea se había transformado por obra y gracia del médico, en una forma de castigo merecido ante la infracción, un infierno laico, y “la corona de Venus” en el anuncio de la locura o la muerte.

En 1925, el médico montevideano Nicolás Leone Bloise, aconsejó en la Revista “Educación”, proporcionar lecciones de higiene sexual “en las escuelas industriales y en las escuelas nocturnas, frecuentadas por centenares de obreros adolescentes”. Sostuvo que era inútil toda campaña antivenérea si, además del folleto de propaganda, no se adoptaba este medio. La Medicina debía ponerse al servicio de la “naturaleza” y rechazar los “excesos”: “modificando la orientación ideológica del joven, desviándolo del cabaret, de las revistas pornográficas y de los antros de corrupción y llevándolo a la naturaleza, al campo de deportes, donde se inunda de aire y de sol, donde se vigoriza el músculo, se fortalece el carácter y se moderan apetitos precoces”.

La Medicina proporcionó así a la sensibilidad “civilizada”, fundamentos científicos.

* * *

El cura por medio de la amenaza del castigo divino, los padres por medio de su amor y su autoridad, el maestro por la razón, el médico por el terror ante las enfermedades venéreas, el policía por la vigilancia y la prisión, todos ellos contribuyeron a la conversión de la culpa y el pudor ante la sexualidad, en sentimientos permanentes del uruguayo “civilizado” del Novecientos. Posiblemente esos sentimientos sean connaturales del hombre, pero esta cultura los sobredimensionó y convirtió en valor apreciado.”

El mismo autor del texto transcrito arriba, describía en otra publicación la posición de la profesión médica, adoptada para enfrentar enfermedades de alto impacto social, contra las que se contaban pocos recursos eficaces ²³⁰:

230. BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, 1995, 342 páginas. (Páginas 75 – 81).

Los moralistas percibieron de inmediato el peligro de la nueva ética basada en la profilaxis. En 1903, Celedonio Nin y Silva condenó “los imprudentes consejos de ciertos médicos que aceptando irreflexivamente la leyenda de la necesidad de la lujuria, recomiendan este vicio”. La medicina comenzaba afirmando “que el acto sexual (era) una necesidad indispensable” y concluía recomendando “ciertos medios que precaven el contagio”, a costa de la moral y la salud pues, afirmaba Nin y Silva, “esos pretendidos preservativos de las enfermedades venéreas son barreras para el placer y telas de araña para el peligro del cual se huye”²³¹.

En 1935, Paulina Luisi ²³² fue también explícita al diferenciar

231 Utilizaba aquí este autor una expresión atribuida a una dama de París del siglo XVII, Marie de Rabutin – Chantal, marquise de Sévigné (1626 – 1696), de la corte de Luis XIV. Ella expresó, previniendo a su hija del uso de “esas tripas de res que se ponen los hombres antes del coito, y que son armaduras contra el goce y telaraña contra la enfermedad”.

<http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idl=24&idv=674>

232 La primera mujer médica graduada en la Facultad de Medicina de Uruguay, en 1908, y también la primera mujer que ejerció la profesión médica en nuestro país. La síntesis biográfica que sigue, es tomada de la publicación de la Prof. Graciela Sapriza, publicada en la revista Post-Data: PAULINA LUISI (1975-1950). Paulina nace en Colón, Entre Ríos, Argentina, en 1875. En 1878 los Luisa se trasladan a Paysandú, en la Banda Oriental del río Uruguay. Entre 1880 y 1887 realiza estudios primarios en la escuela de sus padres. En 1888 ingresa al Internado Nacional de Magisterio, Montevideo, siendo Directora María Stagnero de Munar. En 1890 se recibe de maestra normalista. En 1893 se recibe de maestra de segundo grado. En 1899 se recibe de maestra de tercer grado y bachiller. En 1900 ingresa a la Facultad de Medicina. Participa como delegada estudiantil. En 1908 (abril) recibe el título de Doctor en Medicina y Cirugía. En 1923 especialización en dermatología y enfermedades venéreas, París, Francia. En su actividad profesional, entre 1894 y 1897 ejerce como maestra. Entre los años 1897 y 1919 actúa como Profesora de la Escuela Normal. Entre 1904 y 1908 realiza el Internado en Hospitales. Entre 1913 y 1930 es Miembro del Cuerpo Médico Escolar. Entre 1919 y 1930 integra el cuerpo médico escolar. Entre 1925 y 1930 es Profesora de Higiene Social en la Escuela Normal, y es Catedrática de Higiene Social para el Magisterio. En su actividad política y social: en 1916 funda el Consejo Nacional de Mujeres. Entre 1916 y 1924 publica la revista Acción Femenina. Preside el Comité Argentino-Uruguayo de la Federación Abolicionista Internacional. Entre 1920 y 1925: Participa activamente en el extranjero como delegada oficial del gobierno ante la Sociedad de las Naciones, en congresos, conferencias y cursos. En 1922 se aparta de la dirección del Consejo Nacional de Mujeres. Comienza el predominio allí de Isabel Pinto de Vidal. En 1923 Paulina cambia el nombre de la asociación por Alianza Uruguaya de Mujeres, sin mencionar el sufragio, para ampliar objetivos, incluyendo “derechos económicos”. En 1924 fallece su padre, Ángel Luisi. En 1925 la Comisión Directiva del Consejo Nacional de Mujeres deja vacante la secretaría del Exterior, cargo que ocupaba Paulina. En octubre se le ofrece nuevamente la secretaría. El conflicto

se resuelve con el arribo de una delegada del Comité Internacional. Ese año tiene lugar un homenaje público en la Sala Verdi, ocasión que ofrece su discurso el Dr. Santín Carlos Rossi. En 1926 una asamblea la elige como presidenta honoraria del CNM. Promueve gestiones ante asambleas departamentales a favor del sufragio femenino. Inicia campaña de recolección de firmas pro sufragio. En 1930, Centenario de la Jura de la Constitución del Estado oriental: se presentan al Parlamento 4.000 firmas reclamando el voto femenino. Comité mixto del CNM, AUDEM y Paulina (siete mujeres miembros). Campaña en los departamentos a favor del voto, se forman Comités en Paysandú, Rocha y Durazno. En 1932, ocasión de la Guerra del Chaco, entre Paraguay y Bolivia, 26 asociaciones femeninas se movilizan por la paz. En diciembre se aprueba la Ley de sufragio femenino. Paulina se encuentra en Madrid, polemiza amistosamente con Sara Rey Álvarez, partidaria de fundar un Partido Feminista. En 1933, 31 de marzo, Golpe de Estado de Gabriel Terra; suicidio de Baltasar Brum. Paulina renuncia a cargos de representación. Ocupa su lugar Sofía Álvarez Vignoli de Demichelli (abogada y esposa del también abogado Alberto Demichelli, que sería Presidente de facto en la dictadura militar 1973-1985). En 1934 participa en el Comité de Lucha contra la Guerra y el Fascismo. Apoya la organización Italia Libre. En 1935 funda la Asociación de Mujeres Universitarias del Uruguay como filial de la Asociación Internacional. En 1936 integra la Comisión de Ayuda al Pueblo Español. Renuncia más tarde por discrepancia con "hombres del Partido Comunista". En 1937 integra el Comité pro-casas para niños de España leal. En 1938 dicta conferencias en el Ateneo de Montevideo. En 1942, ocasión de las Elecciones nacionales, por primera vez se presentan candidatas mujeres. Comentarios de Paulina, que había renunciado por segunda vez a ser candidata, sobre el acontecimiento. En 1943: hasta este año sigue actuando la Alianza de Mujeres. En 1946: Se aprueba Ley de Derechos Civiles para la Mujer en base al formulado por Baltasar Brum y presentado entonces por la senadora Chiquita Álvarez V. de Demichelli. El CNM sigue existiendo hasta esa fecha. El 16 de julio de 1950 muere Paulina, coincidiendo con el triunfo del fútbol uruguayo en el Campeonato Mundial en Maracanã (Brasil) por lo que su fallecimiento pasa desapercibido en medio del fervor popular por el triunfo deportivo. De sus representaciones en el extranjero debe destacarse: 1913: Comisionada por el gobierno de Batlle y Ordóñez para estudiar en Europa Higiene Social. En 1916 Delegada al 1er. Congreso Americano del Niño. 1917: Conferencia Auxiliar de Señoras, en la Oficina Sanitaria Panamericana, en Washington DC. 1919: Delegada al 1er. Congreso Internacional de Mujeres Trabajadoras, en Washington. En 1920: Delegada del gobierno a los Congresos Feministas de Noruega y Suiza. En 1920 Delegada a la 1ª. Conferencia de Mujeres Sufragistas en Madrid. En 1922 Delegada oficial al Congreso de Educación Moral en Ginebra, Suiza. Delegada del gobierno a la 4ª. Conferencia Internacional del Trabajo. Comisión de estudio de la relación entre emigración y trata de mujeres. Delegada del gobierno a Comisión Consultiva de la Liga de Naciones por conflicto chino-japonés. En 1923: Congreso Internacional de Mujeres en Roma. Elegida para integrar el Comité Ejecutivo Internacional. Congreso Internacional de Higiene y Educación Profiláctica, París, Francia. Congreso de Municipios para protección de la infancia en Milán, Italia. 1924: Congreso Internacional de Sociología en Roma, Italia. 1926: Congreso de Medicina, Pedagogía Médica y Sifilografía en Buenos Aires, Argentina. 1929: Congreso de Higiene Mental en Río de Janeiro, Brasil. 1933: Congreso Internacional sobre Cáncer en Madrid, España. 1935: En el Congreso Feminista de Estambul es nombrada Presidenta de la Comisión Internacional de Mujeres, Alianza Internacional pro sufragio de la Mujer. 1941: Delegada de la Facultad de Medicina al Congreso Internacional de Criminología, Santiago de Chile. De su participación

claramente lo que debía proponer la verdadera medicina, la educación sexual entendida como moral vigorizadora de la voluntad y propiciadora de la continencia de los jóvenes, y lo que aconsejaban otros médicos, la mera enseñanza profiláctica.

“La clase médica” uruguaya había discutido abiertamente el tema en una sesión de la Sociedad de Medicina de Montevideo en 1908. Juan Pou Orfila sostuvo en esa ocasión que “insinuar al cliente” el uso de medios profilácticos contra las enfermedades venéreas podía considerarse, tal vez, “una acción corruptora”, aunque si el “cliente” lo pedía, el facultativo debía indicar los medios profilácticos señalando que ninguno era “confiable (y que) solo debían considerarse como capaces de disminuir los peligros del contagio”. Su colega J. Brito Foresti fue más allá, al señalar: “a mi modo de ver no debe esperarse a que el cliente le interrogue a uno para darle un consejo. Yo tengo la costumbre – y me parece de ese modo cumplo mejor mi misión – de indicar a todos los enfermos la manera como pueden evitar estas enfermedades sin esperar a que el enfermo me lo pregunte. Esa es la misión más elevada que puede tener el médico: misión higienista más que terapéutica”. A ese prevenir antes que curar, respondió Pou Orfila con una afirmación que revelaba el peso de la ética tradicional: “La castidad es la madre de la fortaleza (...) Creo que el médico, al aconsejar el uso de un profiláctico, no debe contribuir en modo alguno a disminuir el temor al contagio (pues de disminuirlo, hace) obra corruptora y además, antimédica”.

Esta discusión es clave por revelar las intimidades del consultorio, e ilustrar sobre las diferencias conceptuales de “la clase médica”, ganada ya, empero, por un “realismo” que derivaba de su “clientela”, del temor al contagio, mayor ya que el ideal del control social del deseo.

Fueron los sifilógrafos los abanderados de la nueva ética cuya fuente fundamental, que no única, era la salud, la profilaxis.

En 1912 y 1916, Juan Antonio Rodríguez fue todavía ambiguo. Era una “desgracia” que los ideales morales de “la monogamia estricta y la castidad del hombre y la mujer antes el casamiento”, no funcionasen en la realidad uruguaya. “Las costumbres licenciosas” impulsadas por la urbanización y

en congresos internacionales feministas, se destacan: 1920: Cristiana y Ginebra; 1923: Roma; 1925: Roma; 1926: París; 1929: Berlín; 1932: Belgrado; 1933: Marsella; 1935: Estambul.

“muchos vicios importados de esa llamada civilización europea (...) aceleraban los instintos genitales de nuestra juventud”, por lo cual solo restaba vigilar sanitariamente a las prostitutas, aceptando el mal menor.

El Instituto Profiláctico de la Sífilis fue creado en 1917 por el Consejo Nacional de Higiene, recogiendo una propuesta que había hecho en 1916 el Dr. Juan Antonio Rodríguez el 31 de julio de 1916, en su carácter de Director del Sifilicomio Nacional “Dr. Germán Segura”. En su propuesta dirigida al Dr. Alfredo Vidal y Fuentes, Presidente del CNH, se expresaba de esta forma:

“Señor Presidente:

El Primer Congreso Nacional de Medicina del Uruguay, [realizado en 1916] sancionó con su alta autoridad, por unanimidad de votos, el Informe Oficial que me fue pedido sobre “Profilaxis de la Sífilis” y que en lo pertinente a dispensarios dice así:

1º. “Dispensarios”.- Siendo deficientes por su número, ubicación y funcionamiento los servicios hospitalarios especiales para tratar la sífilis en el Uruguay, se declara de urgente necesidad la formación de dispensarios de sífilis. 1º. En las policlínicas de las enfermedades de la piel y venéreas que funcionan actualmente en el Hospital Maciel y Pabellón Ricord, y 2º. En los distintos hospitales de la República, principalmente en Montevideo, con una organización semejante a los implantados últimamente en París por el Dr. A. Vernes, por resolución de la Asistencia Pública de dicha ciudad.

Al mismo tiempo que nuestro Cuerpo Médico aceptaba la idea de la organización de los Dispensarios de sífilis, Francia, que ha sido la cuna de tantas iniciativas atrevidas y fecundas, creaba en París, sobre la base del Dispensario del Hospital Broca, organizado por mi talentoso maestro el Dr. A. Vernes, un Instituto Profiláctico de la Sífilis, fundado por distinguidos hombres públicos: Roux, Painlevé, Landouzy, Bigourdan y Vielle, miembros de la Academia de Ciencias; Brioux, de la Academia Francesa; Monod, Presidente de la Academia de Medicina; Chantemesse, Letulle y Pinard, Profesores de la Facultad de Medicina; los Prof. Grey y el Senador Peyrot, del Colegio de Francia; el Senador Chautemps, por el Parlamento; el General Archinard y Almirante Gosechard, por el Ejército y la Marina.

En fin, todas las agrupaciones científicas, literarias, comerciales e industriales, están representadas en ese Instituto por sus primeros hombres, habiendo sido nombrados por aclamación, Presidente de Honor, el ilustre Director del Instituto Pasteur de París, Dr. Emilio Roux y Médico Jefe del Instituto el Dr. A. Vernes.

La organización de ese Instituto, formada con hombres tan ilustres en los diversos ramos del saber humano, nos demuestra que existe un altísimo interés en la obra de profilaxis de esa terrible enfermedad, debiendo nosotros seguir el camino trazado por Francia.

Diremos empleando las palabras del Sr. Ministro de las Colonias y Marina, Sen. Chautemps: "se trata de salvar la raza, porque la sífilis no disminuye solamente el valor físico del individuo, sino que ataca la fuente misma de la natalidad".

No debo insistir Sr. Presidente sobre la urgencia que existe de organizar, entre nosotros, los servicios hospitalarios especiales para hacer la verdadera profilaxis de la sífilis, porque en el trabajo mencionado demostré que la séptima parte de las defunciones habidas en el Uruguay en el año 1915, fue ocasionada por esta infección.

El número siempre creciente de sifilíticos exige, de parte de las autoridades, medidas radicales y urgentes.

La lucha contra la sífilis tiene necesidad de ser emprendida de modo tan enérgico como contra la tuberculosis y es por ello que se hace necesario la creación de un organismo profiláctico que constituya una garantía de preservación metódica contra esa enfermedad. Una doble finalidad alcanzaremos con ella: profilaxis individual y profilaxis social.

La importancia de la primera no escapa a nadie y se hace innecesario entrar en mayores detalles. En cuanto a la profilaxis social, el Consejo Nacional de Higiene sabe cuán interesante es, ya que la sífilis forma con la tuberculosis y el alcoholismo, los tres flagelos que minan toda sociedad y llenan nuestros servicios hospitalarios. La parálisis general, el tabes, los aneurismas, el aborto a repetición, degeneración infantil, hemiplejía, osteitis, lesiones oculares, cerebrales, acústicas, etc., etc., bajo etiquetas diversas que el secreto médico obliga a ocultar, derivan del microorganismo de la sífilis, produciendo así la disminución en la natalidad y aumentando la estadística de muertos prematuros, de degenerados y de crónicos.

El porvenir de la raza exige, pues, medidas profilácticas inmediatas y así lo ha entendido Francia, donde acaban de organizarse institutos de esa índole; independientes de la Asistencia Pública, con resultados excelentes.

Es muy difícil, con los métodos corrientes, disminuir la contaminación y detener la evolución de la enfermedad.

Todos los médicos sabemos que un enfermo sin ningún signo externo que denuncie su sífilis, puede ser contagioso al día siguiente, por la aparición de un accidente.

Felizmente el laboratorio viene en nuestra ayuda y es él quien nos revelará la

sífilis latente o pondrá de manifiesto la naturaleza de una lesión que pudiera confundirse.

Al mismo tiempo, el laboratorio nos contraloreará la suficiencia o insuficiencia de un tratamiento, así como la evolución ulterior de la enfermedad una vez que el tratamiento se ha aplicado.

Debemos por lo tanto, tratar de poner barreras al mal que mata más que la tuberculosis, pues su abandono nos lleva continuamente a proyectar hospitales y hospicios de alienados.

Con los medios científicos de que disponemos actualmente, podemos evitar los desastres que diariamente observamos desde que la sífilis bien tratada y contraloreada metódicamente por los médicos del laboratorio, se cura radicalmente evitando sus funestas consecuencias.

El Consejo Nacional de Higiene, que tanta atención e interés ha tenido siempre para combatir la sífilis, creando y sosteniendo con todo entusiasmo la grandiosa obra de la Inspección Médica de la Prostitución, que tantos y positivos resultados higiénicos ha dado en el Uruguay, prestará su atención y apoyo a la idea de la organización de un Instituto Profiláctico de la Sífilis, adjunto al Sifilicomio Nacional, porque nuestro servicio hospitalario tiene todos los medios necesarios para llevar a la práctica la idea que ha impulsado a los primeros hombres de Francia a crear su Instituto Profiláctico.

La creación del Instituto que solicito, impuesta por la pobreza de los servicios hospitalarios dependientes de la Asistencia Pública y por la importancia de la enfermedad, llenará uno de los tantos vacíos que existen, y espero que será el primero de la serie que tendrán que organizarse en los distintos puntos de la República, para salvar a un sinnúmero de enfermos que, por mala dirección y deficiente tratamiento de la enfermedad, son los que más tarde llenarán los hospitales y hospicios.

Resumiendo: la organización del Instituto Profiláctico de la Sífilis responderá a hacer profilaxis de la infección:

1º. Educando al enfermo en todo lo que se relacione con la enfermedad.

2º. El laboratorio investigará el Treponema pallida de Schaudinn y Hoffman, en toda lesión de la piel o de las mucosas sospechada de accidente sífilítico primitivo, pudiéndose llegar con el diagnóstico precoz y con tratamientos enérgicos, como está hoy bien demostrado:

- a) A la cura radical*
- b) A la desaparición rápida de los accidentes contagiosos (profilaxis del contagio)*
- c) A evitar los accidentes viscerales, en la inmensa mayoría de los casos.*

3º. El laboratorio practicará la reacción de Wassermann de la sangre que hará conocer al enfermo: -

- a) Su sífilis ignorada
- b) La dosificación de la actividad de su enfermedad, su intensidad, comparar los efectos de los distintos medicamentos empleados, haciendo una verdadera medida de la infección, la sifilimetría.

4º. El Instituto, por intermedio de su laboratorio, practicará los exámenes del líquido céfalo-raquídeo, que nos llevará a descubrir la infección sifilítica del sistema nervioso, pudiendo hacer desaparecer mediante tratamientos enérgicos y bien contraloreados, el *Treponema*, antes que ocasione lesiones irreparables, verdadera profilaxis de las afecciones cerebrales o medulares sifilíticas.

5º. Debe considerarse el Instituto Profiláctico de la Sífilis como un servicio público, del mismo modo que se hace con la vacuna, sin exigírsele al enfermo los documentos de su estado de indigencia.

El Sifilicomio Nacional tiene su laboratorio perfectamente organizado, cuenta con un personal científico distinguido y especializado en las investigaciones humorales de la sífilis, base esencial de un tratamiento perfecto y tiene personal subalterno, faltando solamente un médico especialista adjunto, que será el jefe de los trabajos prácticos, que nos ayude en nuestra tarea, para poder llenar el cometido a conciencia y de un perfecto acuerdo con las ideas reinantes sobre la concepción moderna de la infección y su tratamiento.

Esperando que el Consejo Nacional de Higiene prestará su mayor atención a un asunto que está en relación íntima con la salud del pueblo, me es grato saludar al Sr. Presidente muy atentamente y con toda consideración”.

No cabe duda pues, de la inspiración en la organización francesa de la profilaxis, del alto sentido salubrista de la propuesta, y de la claridad de las definiciones para los medios de la época. El proyecto fue girado a diversas dependencias del Estado, particularmente el Ministerio del Interior, por el papel asignado a la Policía, de él dependiente, en el control de la prostitución. Con leves modificaciones introducidas por los Miembros del CNH, y con una exposición de motivos realizada por el Vicepresidente del Cuerpo, Dr. José Martirené, fue luego aprobado, no sin antes requerirle al proponente la elaboración de un detallado presupuesto operativo, y de la consideración por una Comisión Especial formada por los Dres. Joaquín Canabal y Jaime H. Oliver. En la comunicación al Ministro del Interior, el Presidente del CNH, Dr. Alfredo Vidal y Fuentes realizó un prolijo detalle de la integración de funciones, para este propósito, de dicho Consejo y de la Asistencia Pública Nacional. El Ministerio del Interior respondió el 23 de mayo de 1917.

El Instituto Profiláctico de la Sífilis se crea, designándose una Comisión Honoraria para dirigirlo; al Dr. Juan Antonio Rodríguez como Jefe del Dispensario Central y Director Técnico del Instituto. Comienzan a funcionar los Dispensarios que la ley había creado y se nombra al Dr. Héctor del Campo, Médico Jefe del Dispensario No. 5 en el Paso Molino, a quien más tarde se le designará Sub Director Técnico del Instituto.

La Sociedad de Dermatología y Sifilografía, creada como Seccional de la Sociedad de Medicina de Montevideo, fue fundada el 15 de mayo de 1918. En diciembre de 1919, el Dr. Juan Antonio Rodríguez envía un proyecto sobre Profilaxis de la Sífilis en el Ejército, Armada y Policías del Uruguay, que está ampliamente glosado, al igual que todo el proceso antes descrito, en la mencionada.²³³ En dicha fundación intervino otra destacada figura de la especialidad, el Dr. José May, Primer Secretario Delegado de la Sociedad de Medicina para la fundación de la Seccional de Dermatología y Sifilografía en 1918, quien también fue Director del Departamento de Asistencia y Profilaxis Venérea.

Y como sucedió en otros aspectos, Uruguay fue el primer país de América que contó con una organización para la profilaxis de la sífilis, llevada a todos los rincones del país, en un plan sistemático y progresivo. Que abarcó la investigación de todos los focos infecciosos, particularmente en los alrededores de los cuarteles y en los prostíbulos y rancheríos a los que acudía el personal de tropa de Ejército, Marina y Policía, realizando una tarea de detección de contactos, tratamiento y control de la mayor eficacia. No obstante el alto valor de la tarea de salud pública, realizada por este medio, la visión de los historiadores y sociólogos de fines del siglo XX, fue tal vez crítica de los excesos, sin valorar adecuadamente los logros obtenidos.

La Comisión Directora Honoraria del Instituto Profiláctico de la Sífilis sería confiada al médico nacionalista Dr. Alejandro Gallinal, Senador de la República por el Departamento de Cerro Largo, quien fue autor de un proyecto de ley por el que se gravaba con un centésimo cada hectárea de tierra dedicada a la ganadería, que pasó a llamarse "Impuesto de Profilaxis contra la Sífilis". El apoyo económico que le brindó esta ley fue factor fundamental en el éxito de la lucha antivenérea.

Con el curso de los años, a partir de 1919 se inició la confección de estadísticas

233 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco. PACIEL, José. Páginas 152 – 159.

de morbilidad de las enfermedades venéreas, como base indispensable para adoptar políticas sanitarias. Con los medios que le dio la creación del Impuesto Gallinal, se proyectó y se llevó a la práctica la erección del Palacio de Salud Pública (actual sede del Ministerio de Salud Pública), que fue habilitado en 1930. El mismo fue sede del 1er. Congreso Mundial de Serología. En 1924 se habían confeccionado las bases del llamado a concurso de proyectos para la construcción del edificio destinado a sede del Instituto Profiláctico de la Sífilis y del Consejo Nacional de Higiene, en el predio ubicado en la intersección de la Avenida 18 de Julio y la ex calle Sierra, hoy denominada Juan Antonio Rodríguez. El primer premio del concurso respectivo fue logrado por los arquitectos Veltroni y Lerena Acevedo.²³⁴ En ese edificio funcionaron el Dispensario que llevó el nombre del “Dr. José Antonio Rodríguez”, una sala de sesiones para la Comisión Directora Honoraria del Instituto Profiláctico de la Sífilis, la Oficina Central de Administración, el Laboratorio Serológico, el Museo de Anatomía Plástica, y el Consejo Nacional de Higiene con todas sus dependencias.²³⁵ Pero veamos lo que continúa exponiendo José P. Barrán:

Pero fue dentro del Instituto Profiláctico de la Sífilis que la nueva ética halló sus mejores abogados, por cuanto era esta institución la que precisamente enfrentaba la demanda social más popular: precaverse del contagio antes que controlar el deseo hasta la continencia. Sus folletos de 1922 dirigidos a los jóvenes, aunque insistían “sobre las consecuencias morales (y físicas) del libertinaje”, concluían a veces por reconocer que como “los más resueltos” y “los mejores prevenidos” sucumbían “a las tentaciones malsanas”, menester era saber los medios de preservarse para reducir el riesgo: adoptar, por ejemplo, en las dos horas subsiguientes al coito, “el cuidado de desinfectarse con una mezcla antiséptica”, de la cual se proporcionaba la fórmula, “calomel, lanolina y vaselina”.

En 1923, el médico del Instituto, Héctor del Campo, razonó de forma similar. Partió de la desesperanza acerca de la posibilidad de modificar rápidamente la moral ambiente “licenciosa”, pero añadió una razón “científica” explicativa de esa “licencia”: “en estos países americanos el clima y la raza juegan un rol muy importante en el despertar de las necesidades orgánicas de la función sexual”. La continencia debía enseñarse, pero era “utópico” crearla un medio profiláctico inmediato y masivo; por ahora valía

234 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL, José. Op. Cit. Páginas 170 - 190.

235 VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL, José. Op. Cit. Pág. 180 - 181.

más confiar en la reglamentación de la prostitución y los “preservativos”.

Correspondió en 1926 al médico de la Inspección Sanitaria de la Prostitución, Miguel Becerro de Bengoa, llevar casi a sus últimas consecuencias el “realismo”. Alejar a los jóvenes de las mujeres, sostuvo, tenía implícitos dos graves peligros, el “onanismo” y la “pederastia”, “Ilagas sociales arraigadas en los niños castos que desean los abolicionistas (de la prostitución)”. La frase final era casi como el manifiesto aplebeyado de la nueva ética médica: “No debe ponerse trabas a la naturaleza, debe enseñarse a los hombres la manera de defenderse de las balas, no quedándose debajo de las camas, sino en medio del combate cuando hay que combatir, y dar a la sociedad las facultades necesarias para disminuir los peligros en esos combates, que son inevitables en la vida de los hombres e inextirpables en la vida de las mujeres”. La metáfora del acto sexual como “combate” corría por cuenta, probablemente, de una concepción de la cópula bastante extendida en la época.

El discurso público de Becerro de Bengoa fue excepcional. El saber médico, lo hemos visto, postulaba como principio biológico ideal la castidad del adolescente y condenaba la masturbación, pero ese discurso igualmente permite percibir el nacimiento de una nueva sensibilidad ante el placer y el deseo.

* * *

Los medios de “preservación” que impulsó el saber médico del Novecientos fueron la vigilancia sanitaria estricta de las prostitutas, las pomadas antisépticas contenidas en el “paquete sanitario”, y “los pequeños sacos de caoutchout” o condones. Algunos de estos métodos podían y debían combinarse.

Las polémicas entre los médicos, también estuvieron reflejadas en estos problemas preventivos y sociales.

“En las polémicas públicas entre médicos del Novecientos ya no se oían las recriminaciones vulgares del siglo XIX. La más dura que conocemos, ocurrida entre Alfredo Vidal y Fuentes y Paulina Luisi en 1925-28, en primer lugar tuvo como centro, no la acusación de un tratamiento mal hecho, como hubiera sido de rigor en el siglo XIX, sino algo tan aséptico como la profilaxis de la sífilis. En segundo lugar, fue un ejemplo de acerada cortesía. Vidal y Fuentes, que llegó a ironizar sobre las posiciones puritanas de Paulina

*Luisi en materia sexual, siempre encabezó sus cartas públicas con la mayor deferencia: “Distinguida colega y amiga”. No le fue en zaga la médica socialista que lo llamó, como era previsible: “Estimado colega y amigo”.*²³⁶

[El mismo autor, expone en otro tomo, otro detalle fino de dicha polémica entre ambos colegas]:

¿Acaso el Presidente del CNH, el médico Alfredo Vidal y Fuentes, no se burló en 1925 de la médica Paulina Luisi y sus ideas morales, violando un principio de ética profesional rara vez olvidado en polémicas públicas entre “colegas” en el Novecientos? Vidal y Fuentes quiso concluir la discusión que mantenía con la médica socialista sobre la reglamentación de la prostitución con frases que deseó irónicas: “Creo que el asunto no debería seguir ventilándose en las columnas de la prensa [...] creo sería más razonable que imitáramos el ejemplo de los poetas árabes, que colgando sus liras de los árboles añosos, que sirven de abrigo a los caudalosos ríos, expresaron que lo hacían porque ya no tenían qué cantar [...] Respetemos esta resolución [...] descansando en aquellas soledades perfumadas por la vegetación de las selvas, las cuales solo se estremecen suavemente, al sentir el glu glu de los arroyuelos”. Paulina Luisi comprendió: eso era “una manera de decirme: “a Ud no le hago caso”.”²³⁷

La medicalización de la sociedad no fue fruto de un complot de la corporación médica. Lo obvio sería señalar como causa clave lo que impresionó a los hombres del Novecientos: el avance de la Medicina. El descubrimiento de “los infinitamente pequeños” y la asepsia por Pasteur, la antisepsia por Lister, dieron la posibilidad de abrir los vientres y salvar a los pacientes en las salas de cirugía; los rayos X permitieron detectar con certeza y tempranamente la tuberculosis, así como la reacción Bordet – Wassermann seguir a la sífilis; el suero de Roux venció el crup de los niños, otro suero venció el tétanos y una vacuna la rabia; el salvarsán y sus derivados detuvieron la sífilis. Morir ya no era una consecuencia de enfermedades “terribles” que impactaban la imaginación por la rapidez del desenlace, el dolor físico y las formas angustiantes que asumía el cuerpo en la difteria, la rabia, el tétanos, la peste, el cólera. La Medicina y sus sabios la habían derrotado o

236 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992. 280 páginas. Págs. 86 – 87.

237 BARRÁN, José Pedro. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1995. 342 páginas. Página 86.

arrinconado.”²³⁸

En 1902 nació la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis con aportes estatales y privados, pero en enero de 1913 quedó en los hechos en manos de la Asistencia Pública Nacional. Sus objetivos fueron los de evitar la tuberculosis y ayudar económicamente a los bacilares. Pero las autoridades de la Liga hicieron todo lo que pudieron por medicalizar a los sectores populares pobres que atendían, debiéndose entender ahora el término más precisamente por disciplinar, habituar a conductas morales – el matrimonio y no el amancebamiento, el dormir 8 o más horas y no la “trasnochada”, etc. – y normas higiénicas: limpieza de la habitación, “la de sí propio”, empleo de saliveras, ventanas siempre abiertas, etc. Los inspectores visitaban a los enfermos subsidiados y retiraban el apoyo económico a quienes no cumplían con las prescripciones. También se utilizaron tarjetas postales, publicaciones en la prensa, conferencias y consejos en “cajas de fósforos” que, al abrirse, exhibían pensamientos moralizadores. A menudo se repartían volantes en “las ferias dominicales” pues “allí se congrega numeroso pueblo”, como decía el médico José Mainginou en 1926.²³⁹

El control médico de las prostitutas, perfeccionado desde 1905 – 1906 en el Uruguay, fue coronado con la creación en 1917 del Instituto Profiláctico de la Sífilis. Éste estampó en todos sus folletos de propaganda, en letras prominentes: “Combatir la Sífilis es servir a la Patria”, entre otras razones porque esa enfermedad “se opone al aumento de la población del país [y] deja al organismo en estado de inferioridad”. En este caso, el hombre sano se convertía en el mejor ciudadano y el mejor soldado.^{240, 241} Este Instituto Profiláctico de la Sífilis, fue dirigido por una comisión de notables presidida por el médico nacionalista Alejandro Gallinal. Sus fines eran la profilaxis y

238 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992, 280 páginas. Pág. 115.

239 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992, 280 páginas. Pág. 179.

240 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992, 280 páginas. Págs. 125.

241 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. El Capítulo III se titula “La deshonesto comandita de la medicina y la policía”, y en su contenido desfilan ocho apartados: 1. Prostitutas; 2. El “reglamentarismo”. 3. El médico-policía. 4. El “Sifilicomio Doctor Germán Segura”. 5. El revés de las tramas. 6. Los médicos “abolucionistas”. 7. Los cambios “humanizadores bajo el segundo impulso batllista”; y 8. Soldados, policías, inmigrantes pobres. (Páginas 64 a 100).

el tratamiento de la sífilis, atendiendo y dando medicamentos gratis “a todo enfermo sífilítico o que presuma serlo, indigente o no” que concurriese a sus dispensarios. También debía “educar al enfermo y al público sobre la naturaleza de la sífilis, haciendo conocer su frecuencia, sus complicaciones, su gravedad y sus terribles consecuencias.” El 6 de setiembre de 1920, y a iniciativa legislativa de Alejandro Gallinal, se promulgó la ley que creó el impuesto de un centésimo por hectárea, destinado a combatir la sífilis, con cuyo producido el Instituto debía instalar dispensarios en todos los centros de población, y formar en Montevideo, “un museo de reproducciones en cera” para que el público viese lo que hacía la enfermedad en la piel, los miembros y los órganos del hombre. El rol del Instituto Profiláctico de la Sífilis en la medicalización de la cultura uruguaya fue tan relevante como el que cupo a los hospitales, y tal vez más, porque la sífilis era la enfermedad que más atemorizaba y conducía al médico y sus inyecciones. Su sede central era imponente – es la que hoy ocupa el Ministerio de Salud Pública –, su museo de cera, aterrador, y su prestigio internacional, relevante, siendo el Uruguay, por su pequeñez y relativa poca densidad de población, el único país en que se había podido emprender una campaña masiva. Miles de enfermos o asustados concurrían anualmente a sus dispensarios que ya en 1923 eran 7 en Montevideo y 29 en todas las capitales departamentales y otras localidades del interior. En 1918 fue necesario archivar los carteles de propaganda que comunicaban desde las esquinas de las calles, días y horas de atención, porque la afluencia “había sido tal que se corrió el riesgo de agotar la medicamentación disponible”.²⁴²

Los médicos del Novecientos, por lo que la documentación certifica, apostaron sobre todo a las pomadas antisépticas. En el Uruguay de 1908 ya se recomendaba la pomada de Metchnikoff y Roux para prevenir la sífilis y la blenorragia – 10 a 20% de calomel – y el método de Blokusewski, que consistía en untarse el balano y el prepucio antes del coito con la pomada al 25% de calomel y, después del acto, orinar, aplicar al meato el pico de un aparato instilador para depositar en la uretra, durante 15 segundos, dos o tres gotas de una solución de protargol al 15% y volver a untarse con la pomada.

La Gran Guerra (1914 – 1918) difundió entre los soldados europeos y estadounidenses el uso del “paquete sanitario” y obligó a retroceder a la

242 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo I: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992, 280 páginas. Págs. 179 – 180.

moral puritana en aras de la eficacia militar, no sin inconvenientes, pues los ejércitos se diezaban ante la blenorragia y la sífilis.

En 1919, el sifilógrafo uruguayo Juan Antonio Rodríguez, dio cuenta de que “la caja, paquete o nécessaire” había sido adoptado por el Instituto Profiláctico de la Sífilis; contenía “una pastilla de jabón, pomada de Metchnikoff, bujía de protargol, toalla de papel, a la que se puede agregar un condón”. El complemento ideal de la caja, añadía, era el “gabinete profiláctico”, que había dado resultados “sorprendentes (en) el Ejército norteamericano” durante la guerra, pues luego de hacerse obligatoria la concurrencia de los soldados después del coito, la estadística había mostrado un descenso de las enfermedades venéreas del 40 al 2%. El “gabinete”, ideal para los cuarteles uruguayos, consistía en un local en donde se ponía “un irrigador con una solución de permanganato o de protargol, para que al soldado se le pueda hacer un lavaje uretral que hará profilaxis de la blenorragia”, y también “pequeños paquetitos con 15 o 20 gramos de la pomada de calomel al 33% en vaselina, para que el soldado se friccionara el pene” y evitara así el contagio de la sífilis.

Ese año de 1919, el Instituto Profiláctico de la Sífilis abrió en el local del dispensario donde se revisaba a las prostitutas, “un gabinete sanitario, local indicadísimo para todos aquellos que van a los prostíbulos del Bajo”.

En 1922, el Instituto Profiláctico de la Sífilis editó su folleto No. 2, los consejos del profesor francés Alfred Fournier, titulados “Para nuestros jóvenes”, que en Francia se repartían al cumplir éstos los 18 años. Sífilis y blenorragia merecieron otra vez detalladas descripciones de sus efectos sobre la piel, los órganos vitales, la causalidad de la locura, los hijos ciegos y muertos. Los ejemplos abundaban y eran de este tenor: “Dos jóvenes, uno pianista y otro profesor de esgrima, han debido renunciar a sus profesiones (que onstituían sus medios de subsistencia) en razón, el primero, de contorsión de las falanges, y el segundo, de rigidez incurable del hombro derecho. Un tercero ha quedado tullido de sus miembros y desde hace doce años no camina: se mueve arrastrándose con dos bastones”. Y eso por haber contraído y descuidado la curación de la más benigna, la blenorragia. La sífilis mereció un ejemplo diferente pues la enfermedad aparecía como un castigo en cierta medida justo: “Una joven seducida es contaminada por la sífilis. Oculta el hecho a su familia y no se trata. Tres meses después está literalmente cubierta de pies a cabeza por enormes úlceras, que, sin la menor

exageración, devoran por lo menos dos tercios de la piel. Durante algunas semanas se arrastra así miserablemente y a pesar de los esfuerzos médicos se extingue por agotamiento caquético, en medio del más espantoso estado, no inferior al de la misma lepra.” Pero no nos equivoquemos. El folleto estaba dirigido a los hombres jóvenes, no a las mujeres. El destinatario de la anécdota precedente no era la niña seducida, era el seductor crápula y contagiador.

El terror alcanzó su pináculo y logró su objetivo – sostiene Barrán – al referir la historia del joven colegial que *“en el día mismo de su recepción de bachillerato, va a festejar su victoria en uno de esos cafés que infectan el barrio latino [aquí quien hace el cuento, referido a París, es el profesor Alfred Fournier]. Contrae allí la blenorragia y la sífilis a la vez. Como es costumbre, no dice nada a su familia y se hace tratar a ocultas por uno de sus amigos, estudiante de medicina. Apenas librado de los síntomas aparentes se considera curado y cesa todo tratamiento. Tres años después se ve bruscamente atacado de accidentes epilépticos, y luego meningíticos, cuya naturaleza no se reconoce por ignorancia de los antecedentes. Muere en cinco meses. Ahora bien, este pobre joven, ¿era un práctico del libertinaje? No, por cierto, era su primera y fue su última caída. Jóvenes, no olvidéis este ejemplo y recordad siempre que para la sífilis, con todas sus consecuencias futuras y más desastrosas, basta un solo contacto.”*²⁴³

En 1924, el proyecto de ley del médico Alejandro Gallinal sobre educación sexual y profilaxis, incluyó un artículo que hacía obligatoria la existencia de “paquetes profilácticos” en los prostíbulos, casas de citas y pensiones de artistas. En 1927, el Instituto preparó “una gran cantidad de paquetes” que entregó en las farmacias a 8 centésimos para que en ellas se vendieran al público a 10.

El condón, de uso “libertino” en la Europa del siglo XVIII, es mencionado por primera vez, que sepamos, en 1883 por el saber médico uruguayo en la tesis sobre “Terapéutica de la sífilis” del entonces estudiante de medicina José Parietti: “Los pequeños sacos de caoutchout que con objeto preservativo se usan, han merecido al parecer con justicia de parte de una mujer de talento, el siguiente juicio: son una coraza contra el placer y una tela de araña contra el peligro”²⁴⁴. En 1908, Juan Pou Orfila confirmó que por estas

243 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992. 280 páginas. Pág. 222 - 223

244 Otra vez se reproduce el pensamiento de Madame de Sévigné.

razones, “el viejo y conocido procedimiento del condón, en cualquiera de sus dos principales variedades, el de goma y el de tripa”, era “poco aceptado”, y que se usaba “más bien que como medio profiláctico, como medio preventivo de la fecundación”²⁴⁵

LA PROSTITUCIÓN Y LA PROFILAXIS

Los médicos de la Inspección Sanitaria de la Prostitución acicatearon permanentemente a la Policía para que persiguiera a las prostitutas clandestinas, las obligara a inscribirse y pagar la visita, y remitiera las inscriptas enfermas al Sifilicomio. El poder médico –asegura Barrán – se volvió policíaco y detectivesco –algo de eso tenía ya el saber médico –, asumió conscientemente su rol de cuerpo represor y vigilante de las prostitutas, y cobró en pesos contantes y sonantes su servicio de inspección.

Los médicos que en el interior hacían de inspectores de las prostitutas los Inspectores Departamentales de Higiene de 1910 a 1914 y los Médicos del Servicio Público luego de 1915, ambos dependientes en este plano del Consejo Nacional de Higiene -, denunciaban a las mujeres que ejercían la prostitución clandestina y las remitían en ferrocarril acompañadas por un policía al Sifilicomio en Montevideo. En otras ocasiones denunciaban al Ministro del Interior la inoperancia policial en la persecución de las clandestinas y exigían se les prestara la mayor “cooperación”. En 1924, el Médico del Servicio Público de Rivera, Miguel Aguirre Aristegui, comunicó, exaltado, al Consejo Nacional de Higiene, que a raíz de su presión y el “*decidido apoyo que nos prestó la policía [...] bailantas enteras fueron a parar al Germán Segura [...] En nuestro primer mes de estar al frente de [la Inspección de la Prostitución] enviamos alrededor de 50 prostitutas, muchas de ellas de Livramento, que pasaban la línea divisoria y eran detenidas y sometidas a examen médico.*” Algunos tomaron sus nuevas tareas tan a pecho que se convirtieron en pesadillas prostibularias. En 1915, el Médico del Servicio Público de Maldonado, se puso de acuerdo “*con la autoridad policial*

245 En la Europa y los Estados Unidos del siglo XIX, el condón era fabricado de intestino de oveja, “*con una cinta que cerraba el extremo abierto*”, de piel de animales y aún de seda. Pero ya hacia 1850 “*estaban en el mercado de Estados Unidos preservativos de goma relativamente baratos*”. Su uso seguía siendo más común fuera del matrimonio, como medida profiláctica, que dentro de él, como mecanismo controlador de la natalidad. La intención recién cambió aparentemente en el siglo XX en el Uruguay. A raíz de la Primera Guerra Mundial su uso se expandió enormemente a través de los ejércitos aunque en este caso la intención dominante fue, naturalmente profiláctica. (Nota de J. P. Barrán).

para practicar visitas de sorpresa, fuera de los días reglamentarios [a fin de] sorprender a las mujeres de tránsito, procedentes de los departamentos vecinos o del extranjero, que se [ocultaban] entregadas a su comercio en los días que median entre dos revisiones, ausentándose del prostíbulo el día que debían ser examinadas". En 1925, su colega de Durazno reiteró la táctica y se hizo visitante asiduo, inesperado y estremecedor de los prostíbulos del pueblo: la inspección la hacía "cualquier día y a cualquier hora [...] ya sea por la mañana o por la tarde [...] dos, tres o cuatro veces en la semana y lo que es más importante, en días y horas imprevistos para las inscriptas." De paso, debían quedar inmovilizadas en el prostíbulo esperando al médico.

Para las prostitutas, estos médicos con hábitos policíacos eran agentes del orden público también porque, a lo menos en el interior, atendían con frecuencia en una sala de la Jefatura de Policía o las comisarías. El Poder Ejecutivo había resuelto desde 1914 – 15 que las Jefaturas "proporcionaran local y personal a los médicos inspectores", y en esas salas a menudo permanecían detenidas si tenían accidentes contagiosos de fácil curación o hasta su envío al Sifilicomio.

El Sifilicomio – cárcel era un síntoma más del afrancesamiento de nuestra cultura: solo París ofrecía en la prisión de Saint Lazare un émulo europeo del uruguayo Germán Segura. En el sexenio 1919 – 1924, ingresó al Sifilicomio un promedio de 887 prostitutas anuales, de las cuales un poco menos de la mitad procedía del interior y el resto de Montevideo. Si tenemos en cuenta que el número total de prostitutas inscriptas en la Capital fluctuaba en torno a las 400 – 500, o todas fueron encerradas allí una vez al año por lo menos, o algunas lo fueron más de una vez.²⁴⁶

Pero en 1916 y 1922, los médicos de la policlínica de enfermedades de la piel y venéreas del Hospital Maciel, y los de la Inspección Sanitaria de la Prostitución, en las instrucciones sobre higiene sexual que repartían a las prostitutas y sus clientes ya recomendaban "el irrigador" a las mujeres, y a los hombres, "el capote de goma" que, si bien "no infalible", era "el mejor preservativo" durante el coito.

Claro que con su uso no bastaba. Luego del coito debía procederse al lavado "indispensable y minucioso de todo el miembro, las bolsas y las partes vecinas, por 10 minutos por lo menos, con agua y jabón y enseguida con una solución de bicloruro de mercurio al uno por mil". Después se orinaría de

246 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Páginas 77 – 79.

esta manera: con dos dedos se apretaría la punta del caño de la orina y se haría fuerza para orinar, aflojándose de golpe los dos dedos para que la orina saliera con fuerza y “arrastrara algún contagio que haya entrado por la uretra”. Si se deseaba mayor seguridad, se podían dar “inyecciones en el canal con una solución de permanganato de potasa, hechas con la jeringa común de vidrio”. Aún así, se advertía, “*todos estos medios no son completamente seguros*” contra las enfermedades venéreas.

Estas descripciones, entre eruditas (¿y licenciosas?), tienen, además, otro objetivo, cómo se habrá ya advertido: comprobar cómo la nueva ética basada en la profilaxis también controlaba el deseo y culpabilizaba el placer. Lo esencial era colocar entre el deseo y la consumación, la mayor cantidad posible de tiempo, cuidados y reflexión, los que debían igualmente seguir al coito. El lavado “*minucioso*” del pene era una metáfora que aludía a la suciedad del espíritu y su necesaria limpieza por la reflexión.

También de esta otra forma el saber médico inventaba al adolescente y domaba “*el instinto genésico*”.²⁴⁷

En 1926, el Médico del Servicio Público de Durazno, Francisco Paladino, también Inspector sanitario de la prostitución, fue terminante: las prostitutas del interior tenían tal “*temor*” a ser enviadas al Sifilicomio que preferían borrarse del registro, volverse clandestinas y correr el riesgo de la persecución policial. A su entender esa actitud era comprensible: “*todos los médicos que conocen este pabellón se lo explican fácilmente*”. El médico Miguel Becerro de Bengoa aclaró ese mismo año el porqué del “*temor*” al referirse a “*las malas condiciones higiénicas del Hospital destinado a esas enfermas*”. En 1921, el jefe del “*servicio de orden social*” o policía de investigaciones, confirmó la enorme “*resistencia de las mujeres a asistirse en el Pabellón Germán Segura*” y lo atribuyó a que estaban “*presas*”, sin poder “*salir del Sifilicomio sin autorización del médico, ni aun siendo requeridas por el Juez. [Siempre] la policía debe recabar el correspondiente permiso del médico [para sacarlas]*”.

En 1924 y 1925, el médico en última instancia responsable y defensor más destacado del reglamentarismo uruguayo, el Presidente del Consejo

247 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. (Páginas 64 a 100).

Nacional de Higiene, Alfredo Vidal y Fuentes, confesó que: “*El Pabellón Germán Segura, donde se asilan actualmente todas las prostitutas enfermas del país, en dantesca promiscuidad [...] reclama una atención preferente para corregir sus deficiencias y hacer más tolerable [la] reclusión*”. Era “*verdad*”, añadió, el Sifilicomio tenía aspecto de “*cárcel*”, por lo cual el Consejo Nacional de Higiene había querido trasladarlo a “*una hermosa quinta – sanatorio*” pero por falta de recursos ese sanatorio no se había instalado.²⁴⁸

El servicio médico de inspección de la prostitución era pagado por la prostituta o lo costeaba el médico inspector con su tiempo si decidía no cobrar la visita. En 1914, el médico inspector de Canelones comunicó que las prostitutas no se presentaban al reconocimiento por no poder pagarlo, y en 1917, la policía montevideana coincidió con este punto de vista: la prostitución clandestina era fomentada por “*la inspección médica remunerada*”. En 1918, el médico inspector del departamento de Treinta y Tres, observó que “*las prostitutas de campaña [eran] miserablemente pobres, casi todas chinas de cuartel*”, habitantes de “*ranchos destartados*” por lo cual “*no podían pagar lo dispuesto en el Reglamento*”. Eximir las del pago quedaba librado a la caridad del médico. El de Treinta y Tres, Antonio Bargo, las visitaba en “*un domicilio sin luz, sin una cama apropiada para el examen [...] sin agua para lavarse el médico las manos*” y no les cobraba, pero advertía que su inspección mucho tenía de “*parodia*”.²⁴⁹ Este servicio desde 1874 estaba proyectado como financiado por las prostitutas. La renta provendría de dos fuentes: las patentes establecidas sobre cada meretriz y los impuestos que debían pagar las llamadas “*casas de tolerancia*”. Las meretrices que cobrasen ocho pesos, cuatro pesos o dos pesos por “*visita particular*”, abonarían cuatro pesos, dos pesos o un peso, respectivamente, por la inspección sanitaria. Los prostíbulos pagarían también de acuerdo a lo que cobrasen las prostitutas a sus clientes. Las tasas eran altas “*en atención al exorbitante estipendio que se cobra hoy en las casas de tolerancia y en razón de la naturaleza de la explotación desmedida que se hace al público*”.

El autor del proyecto estimó que estas entradas producirían un importante superávit a la Junta Económico-Administrativa de Montevideo, pues los ingresos se podían cifrar en \$ 680.000 y los gastos del Sifilicomio en solo \$ 114.720. El saldo, medio millón de pesos, casi equivalía al rendimiento de

248 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Pág. 82.

249 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Pág. 84.

la Contribución Directa que pagaban los estancieros sobre las tierras de los departamentos “de campaña”. (!) Los presupuestos del Consejo Nacional de Higiene de 1908 y 1909 muestran que la “recaudación del servicio de visitas y multas” de la Inspección Sanitaria de la Prostitución, era el más importante ingreso del Consejo, que superaba incluso lo cobrado por patentes de sanidad a los navíos. En 1912, el Inspector de Sanidad Terrestre, médico Julio Etchepare, comentó alborozado, luego de una visita por los centros dependientes del Consejo en el interior: “*Prostitución. Se hace bien. Paysandú da una renta apreciable por ese servicio.*”

Paulina Luisi, médica abolicionista o sea antirreglamentarista, sostuvo en 1931 que si el Presidente del Consejo Nacional de Higiene, José Scoseria, se proponía reformar este sistema, “*tendría que convencer a sus subordinados [los médicos de la Inspección], tendría que luchar con intereses que, no por ser inconfesables dejarán por eso de ponerle obstáculos. ¡Hay tanta gente, sin contar los proxenetes etiquetados, que sacan provecho de la prostitución reglamentada!*”

El policía, vigilante de la prostituta reglamentada y perseguidor implacable de la clandestina, era, por lo general, otro mito. En 1925, el Presidente del Consejo Nacional de Higiene relató: “*hace pocos meses el digno Jefe de Policía de Montevideo, señor Juan Carlos Gómez Folle, tuvo que trasladar una Comisaría toda entera, desde el superior hasta el último Guardia-Civil [...] por haber comprobado que algunos de sus elementos subalternos eran sindicados como proxenetes*”. Los sueldos magros del personal policial, su identificación cultural con el mundo “*rufianesco*” y prostibulario, todo eso hizo de la Policía un elemento que poco secundó a este poder médico en su afán controlador de la prostituta, sobre todo de la clandestina. El personal policial reprimía por su cuenta. Y el Consejo Nacional de Higiene llegó a imaginar un cuerpo policial propio y dependiente sólo del poder médico.²⁵⁰

Los tratamientos aplicados a las prostitutas enfermas de sífilis y blenorragia fueron autoritarios e ineficientes, incluso dentro de las posibilidades de curación que la época otorgaba. La visita de inspección a domicilio debía ser hecha por los médicos de un modo prolijo, como acotaba el Presidente del CNH en 1925: “*no tan solo en los órganos genitales de la mujer, sino también en la boca, en las fauces, en el ano y en todo su cuerpo, para darse cuenta si existen manifestaciones venéreo-sifilíticas o [...] sarna*”. Pero la

250 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Págs. 83 – 86.

premura del médico o las deficiencias del domicilio de la prostituta la reducían con frecuencia, como denunció Mateo Legnani ²⁵¹ en 1915, a *“la revisión*

251 LEGNANI, Mateo: (1884 – 1964) (*Información proporcionada por su hijo el Dr. Ramón Legnani*) 1884 – Nació el 12 de junio, en Torino Italia, hijo del Dr. Antonio Legnani y de Estela Golfarini, italiano y oriental respectivamente. Vivió su infancia en Canelones, esquinando la Plaza en la residencia conocida como “La vaca Negra” fue el mayor de los 4 hermanos que formaron el hogar Legnani Golfarini estos eran : Carlos, Raúl y Estela.

1892- Ingresa al Colegio Pfo en Montevideo en donde conoce a Baltasar Brum y Gabriel Terra.

1902 – Realiza sus estudios Universitarios en la Vieja Facultad de Medicina (Calle Sarandí y Maciel).

1909- Se recibe con el Título de **Médico Cirujano** y se traslada a San Juan Bautista (Santa Lucía, 2° sec. Jud. del Dpto. de Canelones) donde instala su consultorio médico en la posada de “Juan Chirizola” (propiedad de los Hermanos Azcoitya) ubicado en las actuales calles Rivera y Brasil.

1910 – Es miembro de la “Sociedad Italiana de Mutuo Socorro” ingresando el día 10 de febrero con el n° 83, aparece en su ficha personal, soltero de 25 años de edad, Doctor, y nacido en Torino.

1912 - el día 10 de marzo, nace en Isla Mala, Dpto. de Florida, su primogénito **Augusto**, (quien fuera Diputado de brillante carrera política en el Dpto. de Canelones), habido de su unión con Ramona Rodríguez Lorient.

1914 – Realiza su primer ensayo **“Apuntes y Reflexiones sobre el Curanderismo”** Montevideo – editorial J. Dornaleche. El día 20 de abril, nace su segunda hija **Leonor**. “Chocha”.

1915 – Es designado por la Jefatura de Policía del Dpto. de Canelones, con el cargo de **“Médico Supernumerario de la Segunda Sección Santa Lucía”**, cargo que ejerce desde el 15 de marzo y por más de 12 años ininterrumpidos hasta el día 20 de julio de 1927. Publica su segundo libro **“Ensayos de Higiene Social”** con sorpresivo prólogo para el autor, del Dr. Santín Carlos Rossi, que escribió al respecto *“El autor de este libro no conoce el prólogo, que sólo sale de las cajas por una conspiración entre el editor y el prologuista, quien temía la austeridad modestia del autor”*. En IX capítulos de 126 páginas, el mismo trata temas sobre **“los Naturistas”**, **“El Sistema Nervioso”**; **“El artritisismo”**, **“La tuberculosis y la sociedad”**, **“El Cáncer y el trabajo”**; **“La sífilis y el Alcoholismo”**; **“La decadencia orgánica”**; **“La higiene y el feminismo”**; **“Autodefensa”**.

1916 – Asiste como miembro titular al **“Primer Congreso Médico Nacional”** que se llevó a cabo en Montevideo entre los días 9 y 16 de abril, bajo la presidencia del Dr. Gerardo Arrizabalaga, y con la secretaria del Dr. Pedro Escuder Núñez. En dicho congreso el día lunes 10 de abril a las 10 de la mañana, presento su ensayo **“Contribución a la higiene del habitante de la campaña”**. Mientras que el día miércoles 12 de abril, disertó sobre la descripción médica de **“La picadura de la araña”** trabajo que mereció los elogios del Dr. García Lagos (h), quien decía que había tentado algunas experiencias hechas con arañas de lino enviadas desde la campaña; también del Dr. Vázquez se sumó a los elogios agregando que en el tratamiento le había dado muy buenos resultados los baños calientes, el aceite alcanforado, y la morfina; por último el Dr. Nogueira decía estar de acuerdo con el Dr. Legnani y hacía conocer dos observaciones entre los 14 casos que había tratado, haciendo algunas indicaciones sobre el tratamiento. Esta disertación fue luego publicada en IV tomos

bajo el patrocinio de la "Sociedad de Medicina de Montevideo" y los auspicios del Presidente de la República el señor José Batlle y Ordóñez", en sus IV tomos. Se publica su libro **"A propósito de la reinfección sifilítica"**

1917 - Publica **"Catecismo de higiene"**

1918 - **"Esbozo de una higiene Integral"**. El día 30 de octubre, nace su hija **Estela "Titina"**, quien fuera Maestra

1920 - Con 36 años de edad y dos hijos, es electo diputado por el Dpto. de Canelones de la Unión Colorada, apoyando la candidatura de Baltasar Brum.

1922 - Publica en Montevideo **"Proyectos de Higiene"** (editorial Merchant y Cía.)

1924 - Electo por 2º vez diputado por el Dpto. de Canelones (José Serrato presidente).

1926 - El 8 de mayo la Dirección General de la Asistencia Pública Nacional (APN.), a través de su Consejo directivo y el Dr. Martirené, lo designan con el cargo de **"Médico Asistente de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare"**.

1927 - Electo por 3ª vez Diputado por el Dpto. de Canelones. (Juan Campisteguy presidente).

1928 - Realiza junto a Vicente Grucci, Antonio Volpe, el Consejo Local y la Comisión de festejos del Centenario, las gestiones para la compra del solar donde se emplazara la escuela Municipal N° 103 y 104, de Santa Lucía (solar perteneciente a Bartolomé Mitre donde éste tenía el casco de su estancia, antes de la fundación de Santa Lucía).

1930 - El 18 de julio, coloca la Piedra fundamental de la Escuela Pública e inaugura varias obras dentro de la planta urbana y rural de la ciudad de Santa Lucía. Integra la Comisión de los Festejos. El día 21 de agosto nace **Mateo "Matucho"**

1931 - 4º periodo Parlamentario, es electo **Senador** por el Dpto. de Paysandú, no ocupó la banca y es nombrado **Ministro del Interior**. (Dr. Gabriel Terra)

1932 - Renuncia al cargo de Ministro del Interior y viaja a Buenos Aires. El 25 de agosto nace su hijo Ramón. (médico y político también).

1935 - Publica su libro **"Lo que debemos temer"** en defensa de la democracia.

1936 - El 21 de enero con un Capital social de \$ 195, junto a los Drs. Paperan, Carlos Paganini y Luis Irazoqui, fundan en la ciudad de Santa Lucía un "Sanatorio Médico Quirúrgico" que denominaron "Sanatorio Santa Lucía", ubicado en las actuales calles Dr. Antonio Legnani esquina Héctor Miranda, (hoy propiedad de CO.ME.CA., Cooperativa Médica de Canelones).

1939 - Publica en Montevideo el 20 de marzo su libro "Democracia auténtica" en defensa del régimen republicano y el voto popular.

1940 - El 6 de mayo el Directorio de la **"Asociación Fraternidad"** integrado por los Drs. Martín Carrera (presidente), y Walter García Maggi (secretario) lo designan para ocupar el cargo de funcionario social, designándolo Médico de la Asociación, con un sueldo anual de \$600. Realiza sus primeras audiciones radiales en CX 24 "La Voz del Aire" en su programa "Vox Populi"

1942 - Dicta sus famosas conferencias radiales en CX 24 "La Voz del Aire" en su programa "Vox Populi" tituladas **"Críticas a las Dictaduras y a las democracias vigentes"**. Recopiladas luego en un libro de más de 307 páginas.

1946 - Es nombrado por la Presidencia de la República en Consejo de Ministros como **"Delegado del Poder Ejecutivo para integrar el Consejo de Salarios para la Industria y el Comercio del Dpto. de Canelones"** junto con el Srs. Ing. Jorge Ellis y el escribano Héctor Astorga.

[de] la vulva y la vagina". Efectivamente, según lo declaraban los médicos, esta clase de inspecciones a domicilio tenían dos inconvenientes: primero, las prostitutas "*se preparaban a último momento, eliminando toda secreción sospechosa [ya que] muchas veces entre el toilet y el examen no transcurre ni un minuto*". Los procedimientos "*ingeniosos para burlar la vigilancia del médico*" eran sobre todo eficaces en la ocultación de la blenorragia y sus secreciones, mucho menos para los síntomas más claros de la sífilis en su etapa de chancros, ulceraciones, placas y roseolas. Segundo: si la visita era en el domicilio, una vez comunicada la necesidad de internación en el Sifilicomio, "*las enfermas [podían] huir*". Estos problemas desaparecían cuando la inspección se hacía en el consultorio – dispensario. Allí el médico tenía "*todos los elementos a mano, mesa de examen, luz apropiada, instrumentos para la toma de secreciones sospechosas, microscopio*"; las enfermas no tenían tiempo de "*prepararse*" para ocultar su dolencia y, razón también importante, ya "*no pueden huir: de allí pasan al Hospital*".²⁵²

En Montevideo había un consultorio-dispensario; en el interior, no siempre. Por ello, en 1920, el médico inspector del departamento de Río Negro resolvió aplicar "*un régimen que ha dado excelentes resultados: toda mujer que se inscribe, recibe una serie de Erhlich [neosalvarsán], tenga o no tenga antecedentes o manifestaciones sifilíticas*". El régimen, confesó, era "*anticientífico*" pues las inyecciones de neosalvarsán se daban por la mera sospecha que generaba el oficio y no porque la reacción de Wassermann demostrase la existencia del treponema, pero era "*excelente*" porque en todo ese año no se había comprobado "*un solo chancro indurado producido en*

1947 – Último período parlamentario, como diputado por el Dpto. Canelones (Tomás Berreta presidente).

1950 – Es autorizado por el M.S.P. Dr. Federico García Capurro, para como el mismo Decreto "**autorizar con carácter excepcional y en base a los fundamentos del presente decreto la exoneración n° 324 de fecha 14 de octubre ppdo. Al Dr. Mateo Legnani, quien podrá expedir las recetas que juzgue conveniente dentro de lo establecido en el Art.7 de la Ley Orgánica de este Ministerio.**

1952 – Integra la presidencia de la Comisión de Fomento de la escuela n° 156 junto con los Srs. Cedeneide More, José A. Sciutto, Ismael Germán y otros.

1959 – Celebra sus Bodas de Oro Profesional, en el Hotel "Biltmore" "Club Social 23 de Marzo" etc.

1964 – A los 80 años de edad recién cumplidos el 17 de agosto fallece en el Sanatorio Santa Lucía; sus restos mortales, fueron enterrados en el cementerio Mpal. de Canelones.

252 Esta vieja práctica se continúa haciendo aún, por lo cual médicos y personal de salud deben estar alertas para profundizar o repetir la investigación en condiciones adecuadas.

prostíbulo". El riesgo que implicaban las inyecciones arsenicales ni siquiera fue mencionado.

Las prostitutas padecían de blenorragia y sífilis con frecuencia –claro, no les venían esas enfermedades por generación espontánea -. La blenorragia ocupaba *"el primer lugar"*. En el período comprendido entre los años 1912 y 1915, se encontró el gonococo de Neisser en el 29% de los exámenes de muco-pus de las prostitutas *"sospechosas"*. Era este 29% el que terminaba en el Sifilicomio. En los años 1914 y 1915 todas las internadas tenían blenorragia y solo un 40/42% habían dado Wassermann positivo, es decir, tenían sífilis.

Hasta enero de 1911 en el Sifilicomio se usó contra la sífilis *"el tratamiento intenso a saturación mercurial"*. Si no había síntomas de *"intoxicación mercurial"* – lo raro – las enfermas debían permanecer presas, *"en sífilis primaria, hasta cuatro meses, en secundaria de dos a tres meses, y en terciaria un mes"*, hasta la desaparición de la sintomatología contagiadora. En 1925, la médica Paulina Luisi calificó a *"los tratamientos antiguos, a base de mercurio [de] brutalmente dolorosos"*. Caída de dientes, envenenamientos diversos y *"estomatitis mercurial"* eran *"accidentes"* comunes. En julio de 1907, por ejemplo, se trasladó al Sifilicomio a dos enfermas de *"estomatitis mercurial"* que el propio Sifilicomio había provocado. En enero de 1911 apareció en el Sifilicomio el salvarsán y algunos años más tarde el neosalvarsán, los arsenicales de Ehrlich, más eficaces y menos dolorosos que el mercurio, pero también causa de accidentes diversos y peligrosos. Las prostitutas – que al fin y al cabo, también razonaban – aceptaron el nuevo medicamento de mejor grado y según el Director del establecimiento, en 1913 hasta se *"produjo [...] una corriente voluntaria de mujeres al Sifilicomio"*. El mercurio, empero, no se abandonó y quedó como medicamento sustituto o complementario del salvarsán. El tiempo de permanencia en el Sifilicomio disminuyó a una media de 15 días.

Juan Antonio Rodríguez, Director del Sifilicomio, sostuvo en 1913: *"El hacinamiento que siempre existe en el Germán Segura, hace imposible el aislamiento de las sifilíticas de las otras enfermas. A pesar de todas las disposiciones sobre separación de objetos de toilette, útiles de mesa, etc., los contagios son posibles por las pésimas condiciones que tiene nuestro Sifilicomio "provisorio"*.

En 1919, la médica Paulina Luisi denunció las condiciones en que se practicaba la visita del médico inspector en Buenos Aires. Las condiciones en Montevideo, por lo que sabemos, no variaban mucho. Leamos ese testimonio: *"Una enfermera*

*alcanza el espéculo al médico, quien hace su inspección ocular; si hay un caso que, a vista de pájaro, parece sospechoso, se le hace un examen de pus; si no, desfilan una tras otra, tal vez a minuto por cabeza, para ser revisadas, mientras el médico por toda profilaxis o desinfección, enjuga sus manos enguantadas con una toalla [...] es decir, que como primera providencia las mismas manos del médico inspector pueden servir de vehículo de contagio, y la mujer que se presente sana, llevarse el germen del dispensario mismo!”*²⁵³

Los tratamientos impuestos en el Sifilicomio eran insuficientes para curar, incluso en el limitado sentido que se podía curar la sífilis en la época. Los médicos lo sabían y lo informaban a sus colegas del CNH. Los médicos inspectores de Treinta y Tres en 1918 y de Cerro Largo en 1919, se quejaron de que *“las mujeres enfermas remitidas a Montevideo, vuelven cuando les desaparecen los accidentes contagiosos, [resultando de eso] que pocas semanas después de su egreso del Sifilicomio estas mujeres presenten nuevamente accidentes sifilíticos contagiosos”*. Según Mateo Legnani, con la blenorragia ocurría lo mismo, pues se sometía a las enfermas a *“irrigaciones y tópicos extrayendo pus hasta que éste parecía estéril”*. En 1924, el médico Miguel Becerro de Bengoa afirmó con sinceridad: *“Entre las mujeres que se examinan [...] no existe ninguna con lesiones sifilíticas contagiosas [...] ¿Quiere decir esto que no hay sifilíticas o sea Wassermann positivas? De ninguna manera; existen como en las prostitutas libres, puede que existan más. Pero no son peligrosas, son inofensivas. Eso es lo que se desea, desde el punto de vista de la higiene pública”*.

Los médicos, naturalmente, advertían a las prostitutas enfermas sobre la necesidad del tratamiento de cuatro o cinco años si querían curar su sífilis por completo. Pero el Sifilicomio tenía otra función, volverlas “inofensivas” en 15 días con 4 inyecciones. Tal era el resultado final de lo que la médica Paulina Luisi llamó en 1921, *“el repugnante connubio de la Medicina con la Policía, que de tal manera degrada la dignidad de nuestra profesión”*. Poder médico omnipotente del hombre ilustrado y “acomodado”, y poder étatico²⁵⁴, se habían combinado para apresar, “blanquear” y contagiar a la prostituta pobre.

253 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Págs. 86 – 88.

254 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Págs. 88 – 90.

XIV

LA VIDA PRIVADA
Y LA INGERENCIA MÉDICA

Desde varios siglos atrás, según algunos autores desde la antigüedad aunque para uso de faraones y reyes, se empleaba un adminículo, el condón, que fue variando a lo largo de la historia, como implemento para evitar las enfermedades de transmisión sexual o como anticonceptivo.^{255 256}

255 Diccionario de la RAE, 22ª. Edición, 2001, Tomo I, página 617: **condón**. (De *Condom*, higienista inglés del siglo XVIII, que fue su inventor). M. preservativo (//funda elástica).

256 CELA, Camilo José: *Diccionario Secreto (Dos) Segunda parte*. Alianza Alfaguara, Madrid, 1974, pág. 505 - 507: **Condón**. No están de acuerdo los comentaristas sobre el origen de esta voz; algunos la hacen venir del lat. *Condus*, receptáculo (M. Marcuse), mientras que otros prefieren traerla del apellido – *Condom* – del supuesto inventor (C. S. Feré, “médico francés”; *Enciclopedia Espasa*, “médico inglés”; Dabout, “higienista inglés”; Corominas, “higienista inglés del siglo XVIII”); L. Cardenal y R. Pellegrini no se pronuncian, limitándose a reseñar ambos supuestos. En el *Diccionario de sexología* de Noguera Morés, v. *preservativo*, se habla de “un obrero tripero del pueblo de ese nombre [*Condom*, en el Armagnac, en el departamento de Gers], que se había distinguido en su fabricación”, y en *A Dictionary of Slang and Unconventional English*, de Eric Partridge, se reg. una graciosa nueva teoría sobre la personalidad del ignorado y benemérito prócer, s.v. *cundum*, a la que se remite s.v. *condom*: “A ca. 1665 – 1820 form of a safety-sheath (c. *French letter*), ex the name of its deviser, a colonel in the Guards. In 1667 those three aristocratic courties, wits and poets, Rochester, Roscommon and Dorset, issued *A Panegyric upon Cundum* (Coll. Rather than s.)”; la existencia real de este misterioso doctor o señor o tripero o coronel debe ser puesta en tela de juicio; ni en la *Encyclopaedia Britannica* ni en el *Dictionary of National Biography* se le menciona y, para que la confusión cobre mayor cuerpo, en el *Handbuch des Haut – und Geschlechtskrankheiten* – una especie de Biblia de la dermatovenereología alemana – tampoco se le cita; William J. Robinson, director del departamento de venéreas del Bronx Hospital, de Nueva York, en *The treatment of Gonorrhoea*, lo alude con cierto matiz de duda: “This mechanical covering was invented by a Dr. Condom...”, texto en el que la “a” que subrayo – el indeterminado español *un-* bien pudiera traducirse por “un tal”; sólo abona el supuesto del epónimo la evidencia de la identidad de la denominación en cinco o seis lenguas europeas diferentes. Su real inventor tampoco se sabe a ciencia cierta quién pudo ser; suele atribuírsele a Daniel Turner, médico inglés a caballo de los siglos XVII y XVIII, aunque Pellegrini lo supone creado por Gabriel Falopio, casi doscientos años anterior y un siglo más viejo que el coronel de guardias. **Funda preservativa** [del miembro viril]; se utiliza durante el coito en evitación de la **fecundación de la mujer** o del contagio

Las enfermedades contraídas en el trato sexual fueron también conocidas como “*secretas*”.²⁵⁷

Por otra parte, la intervención del médico en su propósito de prevenir algunas enfermedades socialmente extendidas, ingresaba en otros aspectos de la vida personal.

EL USO EN COMUNIDAD DEL MATE

Costumbre popular si las había fue perseguido y se buscó legislar sobre el

venéreo. Según el citado Dr. Robinson, su uso “disminuye grandemente la *voluptas* del acto y, en algunos hombres entorpece la erección y eyaculación”; también se pronuncia sobre su economía: “en honor de las personas modestas – nos dice – debemos hacer constar que los condones de buena calidad pueden usarse más de una vez, si bien, desde luego, deben limpiarse y desinfectarse después de haberlos empleado”.

257 CELA, Camilo José: *Diccionario Secreto* (Uno). Alianza Alfaguara, Madrid, 1974. Págs. 50 – 51: Secreto, ta Es eufemismo de motivación moral o social. Venéreo, erótico. Tiene muy remota relación con las aceps. Oficiales: oculto, ignorado, escondido, callado, silencioso; Menéndez Pelayo, *Heterodoxos*, VI, III (Sánchez Reyes, V, páginas 304 – 305): “¡Cuánto podría decirse de esta literatura secreta del siglo XVIII y de sus postreras heces en el XIX si el pudor y el buen nombre de nuestras letras no lo impidiesen!”; según Gregorio Marañón, *Vocación y ética*, pág. 77: “son justamente [las enfermedades secretas] las que se anuncian con carteles en el balcón de los doctores, de suerte que el enfermo pierde su secreto con sólo atravesar el portal”; Manuel A. Bedoya, *Cuarenta y un grados de fiebre*, pág. 22: “Los dos, sentados frente a frente, conversaban sobre enfermedades secretas”; *Guía de Madrid de noche 1931*, pág. 33: “Consultorio de enfermedades secretas: venéreo, sífilis, blenorragia, debilidad sexual, impotencia. Horas de consulta: de 3 a 5. San Joaquín 10, pral. Tel. 13255”; *íd.*, pág. 69: “La Mascota, 4, Gato, 4. Madrid. Casa fundada en 1895. Preservativos absolutamente irrompibles contra enfermedades secretas. Catálogo gratis. Envío a provincias”; Artemio Precioso *¡Viva Lutecia!*, pág. 61: “De todas las guías, la más interesante que he visto sobre la Ciudad Luminosa es la secreta, que no tiene de tal más que el nombre, puesto que se vende públicamente...”; corría hace bastantes años por Madrid la siguiente quintilla:

A su abuelita Anacleta

ayer preguntó Loreto:

- ¿Qué es enfermedad secreta?

Y ella contestó, discreta:

- La que se adquiere en secreto;

en estos ripios aparece la voz en ambas aceps. Y en graciosa explicación de la que aquí interesa. En el más lato sentido de la acep. que propugno, adjetivo de *secreto* el presente diccionario; en él intento reunir – conociendo de antemano lo arduo del propósito y teniendo plena conciencia de mis limitaciones – aquellas voces castellanas de las que haya podido tener noticia y en las que, expresa o tácitamente, se muestre indicio de contaminación erótica o venérea.

punto, tanto se le consideró propagador de la tuberculosis y de la sífilis. En marzo de 1909, en una reunión que celebró la Sociedad de Medicina de Montevideo para discutir medidas de propaganda contra el uso en común del mate, el médico Augusto Turenne propuso: *“Aconsejar con buenas palabras y un garrote en la mano [...] debemos empezar por obtener de quien manda, disposiciones que hagan efectiva nuestra propaganda [...] si no es secundada por una disposición de orden superior que prohíba en absoluto el uso del mate colectivo”*. De inmediato mocionó para que el Ministerio de Guerra y Marina prohibiese en todas sus dependencias –cuarteles, oficinas, navíos de guerra – el uso en común del mate, iniciativa que fue aprobada por la Sociedad de Medicina. Tal vez temiendo una revuelta similar a la de los cipayos de la India británica en 1857, que hubiera ocurrido por razones curiosamente parecidas, el Gobierno no aceptó esta sugerencia del saber médico. Ante ello, el radical Mateo Legnani revivió a su manera estas ideas en un proyecto de ley de 1922 sobre el mate. Por él se declaraba obligatorio el uso de la infusión de yerba mate entre el personal militar y policial, en reemplazo del *“café, té y mate usados actualmente”*; se prohibía *“absolutamente el uso del mate”* en toda la población (por *“mate”* en este caso se entendía la yerba, la calabaza o recipiente y la succión por la bombilla), y se castigaba con una multa de diez a cien pesos *“o prisión equivalente [a] toda persona que bebe, tome u ofrezca mate”*. El propósito no era entrometerse en la intimidad del hogar – donde, se suponía, se seguiría tomando mate con bombilla – sino justamente reducir a ese lugar su bebida: *“El mate será saboreado a solas, a escondidas [por lo cual] toda nocividad habrá desaparecido [ya que] el mate que perseguirá sin tregua el Estado [...] es el mate público, el de las reuniones, el de las carreras de caballos, el de los fogones, el de las pulperías, el de los velorios, el de las visitas, el de los prostíbulos”, el que constituía vehículo de toda clase de infecciones.* Los delirios no son peligrosos, sino aliados al Poder.²⁵⁸

CON RELACIÓN A LA HOMOSEXUALIDAD MASCULINA

También fue motivo de preocupación de los médicos de aquel tiempo, como lo muestran los siguientes testimonios:

Juan Antonio Rodríguez, Director del Sifilicomio y Médico Jefe del Servicio de enfermedades de la Piel y Sífilis del Hospital Militar, dos cargos plenos de significación en este contexto interpretativo, señaló entre las causas de la

258 BARRÁN, José Pedro: *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Pág. 129.

sífilis en el soldado a la “china”, la prostituta y el “pederasta pasivo”. Sobre éste dijo: “*Profilaxis en el pederasta pasivo. La única medida a tomarse con estos degenerados, por simples razones morales y de profilaxis, es dar de baja a todo soldado que se dedique a la pederastia pasiva, por ser un foco de contagio*”. Más drástico fue aún su colega, Miguel Becerro de Bengoa, Médico Inspector del Servicio de la Prostitución. Según su informe sobre “*el amor griego, [si] la perversión sodómica [era] desinteresada [y ocurría] en las altas esferas o [era] una cuestión puramente individual, [resultaba] resorte exclusivo de cada individuo en la vida privada de cada uno*”; pero si “*los pervertidos [eran] profesionales con casas puestas y domicilios conocidos*”, como los había en Montevideo, la autoridad debía intervenir. Naturalmente, no se “*podía*” hacer con ellos lo que sí se hacía con las prostitutas: “*la vigilancia higiénica de estos elementos malsanos es sumamente difícil, por no decir repulsiva*”. Había otros medios de higienizar a la sociedad y librarla de “*la perversión sodómica*” de los pobres: si eran extranjeros, aplicarles una “*ley de residencia*” a la uruguayo y desterrarlos [desde 1902 en la Argentina por la llamada “*ley de residencia*” se podía desterrar sobre todo a los extranjeros anarquistas], y si eran uruguayos, “*la persecución por la policía, haciéndoles imposible la vida*”. En resumen: “*siendo [para el médico] repulsiva la inspección, deben perseguirse, castigarse o eliminarse de la sociedad, debe juzgarlos la Policía como a los delincuentes, deben dictarse leyes penales o deben desterrarse*”.

“*Dar de baja*”, perseguir, penar, desterrar, sin siquiera inspeccionar –ya no curar- o sea, extirpar, ejercer el poder sobre un inferior social –no sobre el pederasta de las “*altas esferas*” -, y sobre un ser que cuestionaba en su esencia el dominio del hombre sobre la mujer pues hacía dudar de la inamovilidad de la virilidad, un hecho biológico que demostraba tener demasiado de cultural para poder basar en él las jerarquías incommovibles. La dureza de la Autoridad estaba, sin duda, en relación directa tanto con la indefensión social –típica del pobre – como con la naturaleza excesiva de la transgresión, típica del homosexual.²⁵⁹

EL SERVICIO DOMÉSTICO Y LA SEXUALIDAD

Eran otro de los blancos de esta actividad preventiva y represiva, que incluso permitía violar el secreto médico.

En 1923 Héctor del Campo consideró lícito violar el “*secreto médico*” cuando

259 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Págs. 135 – 136.

el sirviente hacía correr riesgos venéreos a la familia que lo empleaba. En ese caso el médico debía *“exigir [...] el alejamiento momentáneo [del sirviente] de sus tareas [y] en el caso de no aceptar [...] quedará autorizado para hacer la denuncia del caso”*.

Las sirvientas eran el caballo de Troya de los sectores populares, pues introducían entre los ricos las enfermedades, los “vicios” y la cultura “de los de abajo”. Los vínculos del servicio doméstico con la prostitución y la miseria lo volvían peligroso a raíz de la tuberculosis y la sífilis. La sirvienta podía infectar al hijo varón, que a menudo iniciaba – o se iniciaba con él –; a la hija, la señora y el patrón con el uso en común de vasos, cubiertos, toallas y sábanas. Por eso – y las razones de asco de naturaleza social – debía tenerse todo separado y había juegos de sábanas y toallas y hasta cubiertos para unos y otros. A pesar de esta precaución, el contacto seguía siendo demasiado íntimo. Había que precaverse. El poder y el saber médicos estaban allí para auxiliar y aconsejar. Héctor del Campo fue terminante: *“había muchas de esas mujeres que daban libre curso a sus deseos genitales; debemos estudiar la forma de defender a los patrones contra toda posible contaminación motivada por la vida en común que se hace con ese elemento.”* Las dos conductas aceptables para el médico eran obligar a la sirvienta a tener una libreta personal *“dada por la Oficina del Trabajo”* con datos sobre la salud, incluyendo entre ellos un análisis clínico y el de sangre tipo Wassermann; o *“permitir al médico que asista a una persona del servicio doméstico que tenga manifestaciones contagiosas, dirigirse personalmente o por vía indirecta a los patrones, advirtiéndoles del peligro”*. Ninguna de las dos soluciones satisfacía por entero a del Campo, pero se inclinaba por la segunda. La pena era que *“los demasiado avanzistas vean en ella un ataque a una parte del elemento pobre”*.

La posición de del Campo era también sustentada por otros colegas. Por ejemplo, en diciembre de 1924, el senador y médico Alejandro Gallinal presentó un proyecto de ley admitiendo que los médicos denunciasen a las autoridades sanitarias, los enfermos sifilíticos o blenorragicos *“en período de contagiosidad”* cuando éstos se ocupasen *“en preparar o servir artículos destinados a la alimentación”*, con lo que incluía a sirvientas, mozos de restaurantes, etc. Estas iniciativas del poder médico respondían a temores sociales concretos de las clases “acomodadas”. En 1920, el Comité de Damas de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, que ayudaba en la inspección de las familias pobres, sometió a la Comisión Directiva de la institución un proyecto para *“reglamentar el servicio domiciliario de los mucamos, sirvientes, etc.,*

mediante los certificados de buena salud". En 1921, la Dirección de la Oficina Nacional del Trabajo puso a la aprobación del Ministro de Industrias un proyecto de decreto que establecía la obligación para los sirvientes que solicitasen empleo por medio de dicha Oficina, de ofrecer a sus patrones dos certificados: "uno sobre vida y costumbres y el otro sobre el estado de salud". La iniciativa obedecía a que "varios jefes de familia" se habían presentado a la Oficina quejándose de los sirvientes inmorales y enfermos. Los certificados se obtendrían a través de "dos médicos de policía". No sabemos si los de moral también.²⁶⁰

LA EUGENESIA

Para evitar la "degeneración" de la especie o la raza, fue también planteada por destacados médicos de comienzos del siglo XX.

El sentimiento clave de la eugenesia era el miedo. El pesimismo sobrevinía cuando se comparaba lo que se creía había sido el hombre primigenio o "ancestral" –este término encantaba a Mateo Legnani– con el espectáculo de enfermedad, miseria y violencia coaligados que caracterizaba a las masas urbanas hijas del desarrollo capitalista. Todos los médicos del Novecientos creyeron que el hombre estaba al borde de su desaparición o transformación en especie inferior, sobre todo por los efectos combinados del alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis. Esto estaba fundado, por algún distinguido médico argentino, F. Correa Llobet, en que "la degeneración de la humanidad y la organización física y moral del hombre" eran un hecho indudable testimoniado por un sinnúmero de datos verificables, por ejemplo, que "la vida media del hombre moderno es mucho más reducida que la del hombre antiguo. Ya no se oye hablar de aquellos que mueren a los 80, 90 o ciento y tantos años". Esto era de alguna manera compartido por Mateo Legnani y otros médicos uruguayos. La heredo sífilis era una de las cuestiones más destacadas por los estudiosos franceses. Algunos como Alfred Fournier sostenían la creencia en la perpetuación de la sífilis "hasta la enésima generación", por lo que, a la vez que se reafirmaba la cadena familiar, se provocaba angustia al ponerse en duda la posibilidad biológica de su continuidad. Por ello en todas las historias clínicas se preguntaban los antecedentes hereditarios con especial referencia a la sífilis, la blenorragia, la tuberculosis y el alcoholismo.

EL ALCOHOLISMO

El primer vicio "popular", era la causa tal vez más clara de la ruina

260 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas. Págs. 137 – 138.

de la especie. Pero la sífilis podía disputarle ese rol. Mateo Legnani en 1915 y Paulina Luisi en 1919 lo creyeron así. Paulina Luisi fue una de las denunciadoras más destacadas de sus efectos sobre la especie: *“Es un verdadero Moloch de dos embriones: es la gran fautora de abortos y de nacidos muertos, es la preparadora de millares de criaturas enfermas, deformes o monstruosas, idiotas e hidrocefalas. La sífilis, más que el alcoholismo, más que la tuberculosis, más que todas las enfermedades juntas, es la verdadera enemiga de la especie”*. Una gran cantidad de hijos de sifilíticos eran *“felizmente estériles”*, pero... no todos, por desgracia. A eso conducían la sexualidad no controlada por el *“Amor”* en la madurez, y por la continencia en la adolescencia, y la miseria social y fisiológica de la prostitución. Tal era, en apretada síntesis, la opinión de la médica socialista. De estas posiciones el eugenismo uruguayo dedujo su principal línea de acción: el control de la procreación en procura de que solo los sanos engendrasen y a los enfermos se les prohibiera casarse o se les esterilizara.²⁶¹ Y así sifilógrafos y pediatras, con Luis Morquío a la cabeza, bregaron por la prédica eugenista, entusiasmados con la defensa de la especie a través del amparo y protección de la infancia, testimonio de lo cual fue el voto de aplauso que recibió el Uruguay por su Código del Niño en la Conferencia de Eugenesia de 1934.²⁶²

En un detallado análisis histórico – sociológico, J. P. Barrán arremete contra lo que él denomina *“el poder sanitario”*, o más concretamente *“el poder médico”*, a quien atribuye una serie de desviaciones de corte autoritario para imponer y disciplinar en la población, sus puntos de vista fundados en la ciencia, pero con un amplio margen de arbitrariedad. Pensemos por un instante, que este pensamiento, tan arraigado en una amplia porción de nuestra población actual, visualiza un enorme problema sanitario y social, para el cual no se contaba con armas terapéuticas eficaces. Como sucede en la actualidad, donde, sin embargo, cualquier medida de educación dirigida a la población, es arduamente debatida hasta en niveles parlamentarios. Y la educación sexual, que supo introducirse en los programas de enseñanza secundaria a principios de la década de 1990, fue más tarde suprimida, para perjuicio de nuestros adolescentes y sus familias. Hoy no sólo carecen de esa herramienta, lo que sería algo indispensable para orientarse en una comunidad más comunicada y liberada sexualmente, sino para prevenir el contagio de enfermedades de

261 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995, 342 páginas. Págs. 211 – 217.

262 BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995, 342 páginas. Págs. 222 – 223.

transmisión sexual y el embarazo no deseado, por ejemplo.²⁶³ Recordemos, porque está muy cercano aunque fuera del plano de la conciencia, el debate sobre el uso del condón para la prevención del VIH-SIDA, en 1992, incluso a nivel parlamentario, que es un hecho motivado por una pandemia que no ha dejado de crecer y mostrar sus efectos devastadores en amplios sectores del planeta.

Viéndolo con la mirada del presente, con un amplio arsenal terapéutico, toda la batería de antibióticos y antiretrovirales, es posible que las únicas herramientas con que aquellos médicos, muy vocacionales pero mal armados, pudieran ser críticamente valorados por el empeño que ponían en la prevención. Tampoco empleaban parámetros de la Bioética, que es una disciplina que comenzó a cultivarse en la década de 1970 y ha influido poderosamente en la modificación de amplios conceptos hasta entonces indiscutidos: las decisiones sobre la vida y la muerte, la autonomía del paciente y su capacidad para la toma de decisiones respecto a su propia salud; la no discriminación de los pacientes en razón no ya de su etnia o religión, sino de sus opciones y prácticas sexuales; o la atención que se presta a las cuestiones de género. Veamos algunas de esas expresiones:

El poder sanitario, ya influido por el eugenismo, se alió a la derecha política e inspiró algunos artículos de las leyes restrictivas de la inmigración de 1932 y 1936. La ley de inmigración de 1890, aunque generosa, ya no admitía *“la inmigración asiática y africana y la de los individuos generalmente conocidos con el nombre de húngaros o bohemios”* (los gitanos). Además se prohibía a los capitanes de barcos embarcar como inmigrantes con destino a la República a: enfermos de mal contagioso, mendigos e individuos que por vicio orgánico o por defecto físico fuesen absolutamente inhábiles para el trabajo. La ley de julio de 1932, refrendada por el Presidente Gabriel Terra y su Ministro del Interior, el médico Mateo Legnani, amplió enormemente la gama de exclusión de inmigrantes por razones sanitarias. A las anteriores categorías, sumó: los que sufrieran enfermedades mentales, padecieran enfermedades crónicas de los centros nerviosos, o epilepsia, enfermedades agudas o crónicas infecto-contagiosas, toxicómanos y ebrios consuetudinarios y enfermedades orgánicas del corazón. La más restrictiva ley de 1936 desde el punto de vista político, reiteró estos conceptos higienistas, con la firma del cirujano Alfredo Navarro, vicepresidente en la dictadura – presidencia de Gabriel Terra.²⁶⁴

263 Se advierte un cambio en las políticas educativas vinculadas, a partir del 2007.

264 BARRÁN, José Pedro. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3:

LOS MÉDICOS DEL NOVECIENTOS

Preocupados por la decadencia de la especie – o la “raza” – y la familia, atemorizados por lo que creían el avance casi apocalíptico del alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis, “vicios” y enfermedades de las masas miserables, tendieron a subordinar todos los derechos del individuo a un Estado que ellos, como sabios, se creían con el derecho de administrar. No contaron con la astucia de los sectores dominantes. La tecnocracia médica debía tener todo el poder en sus manos, pues solo la suma del poder público podía garantizar la salud pública. Los médicos fundamentaron este punto de vista reiteradamente. En 1907, José Scoseria argumentó que la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, hacía “*necesario que el Estado proteja a la colectividad limitando la libertad del individuo*”. Ese mismo año, el CNH transcribió una opinión médica estadounidense similar: “*las autoridades municipales [tendrían] que estar revestidas de poderes ilimitados*” para combatir la tuberculosis... y controlar a los tuberculosos. Y en 1910, José Martirené, al defender el proyecto de vacunación obligatoria, afirmó con rotundidad: “*Nadie tiene el derecho de ser peligroso para la sociedad*”. Es que el higienismo poseía una esencia totalitaria. En 1916, lo advirtieron los médicos argentinos J. Penna y H. Lozano: “*La higiene [...] tiene puntos de apoyo casi matemáticos [reglas a seguir] que no se avienen ni con los gustos ni con la organización liberal de los países republicanos*”.

Los lazos del poder sanitario influido por el eugenismo con los gobiernos autoritarios y totalitarios de los años 1920 – 1945, son obvios. Fue bajo la dictadura – presidencia de Gabriel Terra que se aprobó el decreto ley organizativo de la Salud Pública de 1934²⁶⁵ que postulaba el tratamiento obligatorio de las enfermedades “*socialmente*” peligrosas y el delito de contagio intersexual y nutricio. Este último principio fue convertido en noviembre de 1934 en proyecto de ley por el médico Eduardo Blanco Acevedo, el primer titular del Ministerio de Salud Pública creado el año del golpe de Estado, 1933.²⁶⁶

La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995, 342 páginas. Páginas 252 – 253.

265 Decreto-Ley 9.202 del 12 de enero de 1934, que lleva la firma de Gabriel Terra y del Dr. Eduardo Blanco Acevedo, aún hoy vigente como Ley Orgánica de Salud Pública, que es la que crea y vertebra el propio Ministerio de Salud Pública.

266 *Y sin embargo, debemos anotar que el gobierno de Gabriel Terra no acompañó al poder higienista y eugenista en sus “demasiadas” antiliberales y, seguramente, antidemocráticas. Al fin y al cabo, por ejemplo, la exigencia del certificado médico prenupcial se redujo a un consejo estatal a las parejas, y el delito de contagio intersexual y nutricio propuesto*

La Rusia comunista, la Alemania nazi, la Francia de Vichy, y los Estados Unidos, una democracia salvacionista, fueron, en distintos planos, tierras de promisión para los higienistas – eugenistas. En la Alemania nazi se prohibió a los sífilíticos casarse bajo pena de esterilización; la Francia de Vichy impuso en 1942 la exigencia del certificado médico prenupcial con exámenes de rayos X a los pulmones y reacción de Wassermann un mes antes del casamiento. En 1928, el CNH publicó un artículo del médico soviético A. Roubakine dando cuenta de *“la protección a la infancia y la maternidad en la Unión de las Repúblicas Socialistas”*. Allí se informaba que los novios que deseaban registrar su matrimonio debían otorgarse seguridades, por escrito, de que estaban al corriente de la salud del otro y que no padecían tuberculosis, enfermedades venéreas o mentales. Finalmente se comunicaba que una ley de 1927 había establecido *“el tratamiento forzado de los enfermos venéreos si se rehusaban a asistirse”*.²⁶⁷

La médica socialista Paulina Luisi, aunque partícipe de algunas de las iniciativas del poder sanitario que hemos analizado, sin embargo alertó a sus colegas sobre los riesgos que hacía correr a la sociedad democrática, esta ampliación de la intervención del Estado en la intimidad de los hombres: *“La administración ha creado un nuevo ídolo: la salud pública [...] quien ojera hablar [a los médicos] creería que la colectividad humana está hecha de una esencia distinta de la de los individuos que la componen. Hay que desconfiar del nuevo ídolo, de la nueva fórmula que oculta la supervivencia de la antigua ley del más fuerte”*.

En 1926, Luis C. Caviglia, político afiliado al Partido Colorado vierista, como buen abogado liberal también advirtió el autoritarismo higienista: *“El problema de la lucha contra la sífilis envuelve [...] una cuestión de derecho. Ahora bien: no hay por criterio profesional, personas más reñidas con esos principios que los médicos. Ellos resuelven todas las cuestiones higiénicas de una manera radical, por medio de la imposición y la violencia ejercidas en nombre de la salud pública. La lucha contra la sífilis se presta a muchas lesiones del derecho, por ejemplo, cuando se obliga a inspecciones vejatorias. Y el aplauso llega hasta el punto de encontrar admirable que la sanidad*

en 1934 no recibió sanción legal. Así, la clase política uruguaya tradicional limitó la tentación totalitaria de la mayoría de los integrantes de la “clase médica”. (Nota de José P. Barrán).

267 *El gobierno nazi de Alemania llevó a cabo 56.000 esterilizaciones de “incapaces” durante su primer año en el poder y alcanzó el cuarto de millón en 1940. Su política poblacionista lo condujo también, y un tanto contradictoriamente, a ejecutar a los abortistas y suprimir toda información sobre la anticoncepción*. (Nota de José P. Barrán).

militar alemana y austríaca durante la guerra, ordenara se presentaran a la inspección médica todas las mujeres habitantes de las ciudades ocupadas, sin distinción de clases ni edad, pues hasta las niñas eran sometidas a las reacciones investigatorias. Aquí hemos tenido casos, sobre todo en campaña, de inspecciones que constituyen un verdadero ultraje.” ²⁶⁸

Estas largas transcripciones permiten tener una idea general acerca de las dificultades profesionales, sociales y éticas que tuvieron los médicos de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, para luchar con los recursos existentes, frente a enfermedades de honda repercusión personal y familiar. Todas las precauciones eran pocas. Y se echó mano a la educación, al temor, al control de la prostitución y a otros medios (aunque puedan parecer exagerados para nuestra cultura actual) con los que poner algún límite a las enfermedades de transmisión sexual, que se alzaban como una plaga aterradora.

La profesión médica, como actividad autoeducativa, realizó tempranamente conferencias sobre esta problemática, para debatir y considerar aspectos esenciales de estas cuestiones. El Sindicato Médico del Uruguay, en la primera década de su fundación, entre 1920 y 1930, editó folletos que recogían las versiones taquigráficas de las conferencias realizadas por sus directivos y figuras destacadas de la época, en su propia sede. Así recogió un comentario al proyecto de Ley del Dr. Alejandro Gallinal, sobre la Lucha anti venérea, por el Dr. V. Escardó y Anaya; y diversas intervenciones sobre el Problema de la Prostitución, por los doctores Alfredo Vidal y Fuentes, Mateo Legnani, Luis M. Otero, Héctor del Campo, Justo F. González y Paulina Luisi. Sin duda recogiendo las diversas posturas puestas de manifiesto a propósito de las soluciones que debían adoptarse para beneficiar a la población afectada, con una visión de salud pública, antes de la existencia del Ministerio de Salud Pública. Esa idea de crear un Ministerio de Salud Pública, había sido la expuesta en el inicio del ciclo de conferencias de 1921 por el Dr. Joaquín de Salterain, un oftalmólogo formado en París, con una vocación salubrista muy acentuada, y que fue la idea fuerza que llevaría muchos años después a su instalación en la década siguiente.

Por el mismo tiempo, en la República Argentina, otra mujer precursora, la Dra. Alicia Moreau de Justo, maestra, médica y ginecóloga, [y también socialista]

268 BARRÁN, José Pedro. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3: La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995. 342 páginas. Páginas 252 – 255.

luchaba por ideales parecidos a los de Paulina Luisi ,²⁶⁹.

269 ZABUSKI, Paula M. Alicia Moreau de Justo, Médica y Política. Biografía. En: [http://www.mercuriodelasalud.com.ar/secciones/biografias/Notas/moreau%20de%20Pionera de la medicina argentina, poco antes de su muerte Alicia Moreau de Justo fue distinguida como la médica argentina del siglo XX](http://www.mercuriodelasalud.com.ar/secciones/biografias/Notas/moreau%20de%20Pionera%20de%20la%20medicina%20argentina,%20poco%20antes%20de%20su%20muerte). Formada en la controvertida teoría positivista, adhirió al darwinismo social y militó en el partido Socialista. Entregada a causas y principios a los que permaneció fiel desde la adolescencia hasta su longeva ancianidad, para Alicia Moreau de Justo los estímulos de su existencia "siempre fueron defender y propagar las ideas de justicia, libertad y solidaridad". Hija de Armando Moreau y de María Denanpont, Alicia Moreau nació en Londres el 12 de octubre de 1885 y vivió en Buenos Aires desde 1890. La resolución de radicarse en Argentina, fue consecuencia del advenimiento del régimen reaccionario de Adolphe Thiers en Francia y del frustrado exilio de la familia Moreau en Bélgica e Inglaterra. Perteneció a una generación formada en los rigores de una implacable disciplina de vida y de conducta, que exigía austeridad en las costumbres, probidad en los comportamientos personales y sociales e inalterable honestidad intelectual. Su esposo, fue el médico Juan B. Justo, fundador del Partido Socialista en cuyas filas Alicia militó hasta su muerte. Sus estudios en la Buenos Aires finisecular: Alicia cursó su ciclo primario en una escuela de la calle San Martín, y el magisterio en la Escuela Normal número 1 de la Avenida Córdoba, donde encontró dos excelentes profesores, Delio Aguilar y Eduardo Holmberg, quienes la pusieron en contacto con las ideas de Charles Darwin y el llamado "darwinismo social". A partir de ese momento accedió a un variado y plural mundo de ideas que tenían por denominador común el intento por dar explicación científica a los fenómenos sociales y el propugnar cambios para solucionar las injusticias prevalecientes. Muchos años después, en un reportaje realizado por Emilio J. Corbière en la revista *Todo es Historia*, recordaba que "por aquellos años el darwinismo era un tabú". Alicia lo definía como "una concepción totalizadora que comprendía la explicación del hombre y de la historia como la lucha entre las razas, entre las naciones que comprenden las razas, entre las clases dentro de cada nación y entre los individuos de la clase". Ese "darwinismo social", con ingredientes del positivismo filosófico en boga y los aportes de las nuevas doctrinas del Socialismo y del Anarquismo, se convirtieron en el bagaje intelectual de los sectores del pensamiento avanzado a comienzos del siglo pasado. En numerosas biografías se plantea que fue la doctrina del darwinismo quien acercó a Alicia Moreau de Justo a la medicina. En la Escuela Normal tuvo como profesor de Instrucción Cívica y Moral a Hipólito Yrigoyen, quien solía facilitarle libros de derecho y la distinguía por sus inquietudes intelectuales. Esa cordial relación de profesor - alumna se cortó cuando la irreverente Alicia, en 1905, le dijo que si bien lo respetaba, tenía muy pobre concepto sobre los motines y revueltas armadas que continuamente encabezaba el líder radical. Don Hipólito, según recordaría años después, la fulminó con la mirada y le pidió que nunca más le dirigiera la palabra. Entretanto, después de iniciar estudios de psicología y de lógica en la Facultad de Filosofía y Letras, Alicia se decidió por la carrera de Medicina, que inició en 1907. Obtuvo su título, en 1914 graduada con distinciones a pesar de la sorna y el asombro de sus compañeros varones de la Facultad de Medicina. Cursó el sexto año de estudios en la sala de Ginecología del viejo Hospital de Clínicas, en Buenos Aires, y el séptimo, y entonces último, en la sala de Clínicas del mismo establecimiento. Así, obtuvo el Diploma de Honor en medicina

y se especializó en ginecología. Orientó su profesión hacia esta rama de la medicina para atender las necesidades de prostitutas y mujeres de escasos recursos que padecían afecciones venéreas. La preocupación se centraba en que un gran porcentaje de ellas morían a causa de la desatención que provocaba la prohibición por la cual los hombres (que eran mayoría en la población médica) no podían atender a pacientes del sexo opuesto.

En 1979 en diálogo con el antropólogo Blas Alberti, narró parte de su rica trayectoria profesional a través de la cual tomó conciencia que su compromiso social se extendía más allá del ámbito hospitalario: "...Las tremendas deficiencias que tiene nuestra organización social me hirieron profundamente y me convencieron, cada vez más, que la sociedad tiene que ser transformada y que las injusticias y las deficiencias, no deben existir. Aparte del perfeccionamiento científico y profesional que permite un examen mucho más temprano, para evitar la enfermedad y prevenirla, es necesaria la transformación de las condiciones de vida, y eso sólo se logra a través de un compromiso que sobrepasa los límites del hospital".

Es en este contexto que a partir de 1906 comenzó a dictar cursos de divulgación popular sobre enfermedades sociales, en tiempos en que la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo hacían estragos en los sectores de menores recursos. Alicia creía que era "necesario combatir el dolor humano", como confesó al ser proclamada la médica argentina del siglo, poco antes de su muerte. Los cursos se dictaron en la Sociedad Luz, universidad popular fundada por los socialistas a comienzos del siglo pasado. Alicia concurría puntualmente todas las tardes, al finalizar sus clases de medicina, acompañada por su padre o por otro familiar. Su auditorio estaba compuesto por obreros, muchos de ellos inmigrantes, que llegaban con sus familias para escucharla con respetuosa atención. De esa época data también la vinculación de Alicia Moreau con las ideas socialistas y su intervención activa en el primer Congreso Feminista pro Sufragio Universal.

Socialismo, positivismo y masonería: En 1906, con apenas 20 años, Alicia Moreau participó de un acontecimiento organizado y promovido por la Masonería Argentina, que tendría enorme impacto en la vida intelectual de entonces y que señalaría su ingreso a la actividad político-social. Acompañada por su padre, leyó una ponencia sobre La Escuela y la Revolución en el Congreso del Librepensamiento, que reunió a destacadas figuras de todo el mundo y en el que audazmente se había inscripto como participante. En su trabajo sostenía que la escuela debe ser libre, sin dogmas, dirigida por el conocimiento exacto de la naturaleza humana y del desarrollo de la vida. Se refería también "a la gran ley de la solidaridad, que es la razón de ser de la Humanidad". La disertación de Alicia en el salón Príncipe Jorge, donde sesionaba el Congreso, recibió una cálida acogida. Entre quienes se acercaron a felicitarla estuvieron José Ingenieros, Joaquín V. González y el joven socialista Enrique del Valle Iberlucea. En su trayectoria como escritora y periodista se destacan los libros *La mujer en democracia* y *El socialismo según Juan B. Justo*. Esta carrera se extendió, además, con la dirección de varias revistas.

El referente: Pero sin duda quien mayor impacto causó en la joven, fue la fogosa anarquista española Belén de Sárraga. Teósofa, librepensadora y dignataria de una logia de la masonería femenina española. Belén de Sárraga había escandalizado durante décadas a su Málaga natal con su prédica contra el orden establecido. Belén llegó a Buenos Aires para participar del Congreso del Librepensamiento como representante de la logia masónica "Virtud". Aquí pronunció discursos y conferencias

Es posible que un siglo después, muchos de estos factores registrados meticulosamente por el historiador Barrán, persistan en su mayor parte, en muchos puntos del país. Permanecen las mismas dificultades para un control eficaz; las mismas mañas, las mismas complicidades, iguales explotaciones, persistencia de resultados. Ahora, si bien las patologías de aquella época son plenamente curables, con los medios a nuestra disposición, no sucede lo mismo con el HIV-SIDA, que es el marcador de higiene sexual que más se busca en el presente. Por eso la utilidad de esta larga excursión por un pasado que es también, en parte, presente.

La Dra. Alice Armand Ugón (1887 – 1992), que falleció con 105 años de edad, en la última década del siglo XX, dio testimonio lúcido en un reportaje, declarando que no había contraído matrimonio por el gran temor que había en su época, a la sífilis.²⁷⁰

Y para muestra de que no sólo los ciudadanos de cualquier clase social estaban en riesgo y efectivamente contraían la enfermedad que nos ocupa, queda el testimonio del Profesor Domingo Prat, quien en sus cartas desde París, de diciembre de 1910, a Manuel B. Nieto, fundador de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay, le hace referencia a Lorenzo Mérola, “el gringo Mérola” que llega a tratarse con el 606 pero “lo que en realidad lo cura son las mujeres de París”.²⁷¹

en centros obreros, socialistas y anarquistas, que provocaron singular impacto por sus propuestas sobre la liberación de la mujer. Al recordarla, Alicia Moreau declaró a *Todo es Historia*, que conocerla “fue una experiencia inolvidable que me permitió tomar contacto con las ideas revolucionarias”. A instancias de Sárraga, Alicia Moreau fundó en Buenos Aires un Centro Feminista, que tuvo corta vida. A partir del Congreso de Librepensamiento su vida había cobrado una rica intensidad que proseguiría hasta sus últimos años. Se desempeñó con energía en todas las esferas donde actuó (como médica, educadora, psicóloga, socióloga, pensadora y dirigente del Partido Socialista). Hasta sus últimos días militó en el Partido Socialista Popular y al momento de su muerte, el 12 de mayo de 1986, aún era presidenta en ejercicio de la Confederación Socialista Argentina. Su trayectoria justificó que sus restos sean velados en el Congreso Nacional y un comunicado de la comunidad política nacional sintetizaba: “La figura de Alicia Moreau de Justo la convierte en auténticamente representativa de la defensa de la justicia social y la democracia”.

270 SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta, Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental y Sindicato Médico del Uruguay, 1995. 170 páginas. (Páginas 15-24): “-Dicen que en general para los médicos, la vida conyugal es muy particular – en algunos casos muy conflictiva -. En su caso personal, ¿cómo vivió todo el tema de su relación con el otro sexo? ¿Ud. se casó? - No, yo soy soltera. Siempre viví sola. - ¿Tuvo incidencia la profesión en esa decisión? – No. Aunque un poco le diría que sí. Las enfermedades que veía de contagio sexual –que en ese tiempo por una sífilis se moría – me separaron bastante del otro sexo.”

271 MAÑÉ GARZÓN, Fernando: El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de

Raúl C. Praderi,²⁷² haciendo un balance de lo vivido entre 1950 y 2000 en Uruguay, decía: “En todas las viejas familias de Montevideo, había muerto alguien de sífilis o de tuberculosis. En esa época que viví empezaron los éxitos con el tratamiento médico de la sífilis.”

Una buena síntesis de los conceptos alcanzados en Uruguay sobre la enfermedad, a comienzos de la década de 1960, es un artículo titulado “*Sífilis. Aspectos Evolutivos*”, publicado por el Profesor de la Cátedra de Clínica Dermosifilopática de la Facultad de Medicina, en el Libro de Homenaje al Profesor Dr. Julio C. García Otero.²⁷³ Allí se establece que “*La sífilis puede afectar cualquier estructura orgánica y penetrar así etiológicamente en todas las ramas médicas. A pesar de esta extensión de sus dominios su estudio ha pertenecido siempre a la Dermatología, porque las manifestaciones cutáneas son las más características y las más frecuentes, y porque es en la piel donde hace sus lesiones primeras, precisamente cuando un tratamiento adecuado evita su irrupción en otros campos médicos que el dermatológico.*” Se extiende en consideraciones clínicas y evolutivas, incluyendo la mención a las “madres de Colles”: sífilíticas latentes que dan nacimiento a niños con lesiones sífilíticas; también a la discusión de diversos aspectos clínicos, desmintiendo viejos y falsos aforismos, como el que establece “*Mientras un paciente tenga su sífilis no contraerá otra*”. También la significación de la reacción de Nelson y la interpretación clínica de sus resultados negativos. Pero, para ilustrar lo que significó como vuelco histórico la introducción de la penicilina, transcribimos el párrafo final: “*En cuanto al tratamiento de la sífilis: penicilina. Y penicilina. Antes de la penicilina habían probabilidades. Con la penicilina hay seguridades.*”²⁷⁴ *Cualquiera sea la sífilis: en el tiempo,*

Urgencia en el Uruguay 1902 – 1952, Ediciones de la Plaza, febrero 2005, 253 páginas. Pág. 36.

272 <http://www.smu.org.uy/historia/praderi-cir.html> EL CIRUJANO Y LA RELACIÓN ANATOMO CLÍNICA AC. RAUL CARLOS PRADERI

273 AMORETTI, Aquiles R.: Sífilis. Aspectos Evolutivos. Libro de Homenaje al Profesor Dr. Julio C. García Otero, Universidad de la República, Facultad de Medicina, julio de 1962, 652 páginas. Páginas 35 – 40.

274 LAÍN ENTRALGO, Pedro: Op. Cit. ALEXANDER FLEMING (1881 – 1955). La introducción de los antibióticos tuvo su origen en la observación de Fleming, realizada en 1928, del efecto inhibitor que un hongo contaminante accidental de una placa de cultivo ejercía sobre los estafilococos sembrados en la misma. Pudo comprobar que el líquido de cultivo del hongo, un penicilo, moho vulgar y abundante, impedía el desarrollo de los estafilococos, hasta diluciones del 1/800. A la supuesta sustancia antibacteriana la

en el grado, en la localización. Cualquiera sea el enfermo: niño, viejo, con enfermedades asociadas. La penicilina ha provocado una caída de la morbilidad sífilítica como nunca se conoció. Previene la sífilis congénita con seguridad. No tiene contraindicaciones, salvo muy excepcionales reacciones alérgicas. La penicilina es el único gran treponemicida que no es tóxico, lo cual permite a cualquier vecino dar los millones que quiera durante el tiempo que desee y en la forma que se le antoje. Y no crea resistencias. No hay porqué asociarla a otras medicaciones. No hay sífilis que no se cure con penicilina. Es cuestión de millones.”²⁷⁵

UN PROBLEMA BIOÉTICO

En 1932 el PHS (Servicio Público de Salud) de los Estados Unidos decide llevar a cabo un estudio sobre la evolución de la sífilis en la población negra de Tuskegee, en el Condado de Macon (Alabama)²⁷⁶.

Financiado con fondos federales se planteó como un estudio de casos y controles. Para ello fueron seleccionados unos cuatrocientos varones negros sífilíticos y otro grupo similar de doscientos no sífilíticos sirvió de control. Su objetivo era comparar la salud y longevidad de la población sífilítica no tratada con el grupo control.

A los sujetos seleccionados para el estudio se les ofrecieron algunas ventajas materiales, incluso sanitarias, pero que en ningún caso incluían el tratamiento de la sífilis. Además no se les informó de la naturaleza de su enfermedad y sólo se les dijo que tenían mala sangre (*Bad Blood*).

denominó *penicilina*. Durante la Segunda Guerra Mundial se hizo sentir la necesidad de medicamentos antibacterianos para tratar las heridas bélicas. Un equipo formado por Fleming, Florey y Chain, con una ayuda de la Fundación Rockefeller, reemprendió en 1939 los estudios sobre la penicilina y a partir de 1940-41 se pudo comenzar su empleo clínico en los heridos de guerra. La penicilina se reveló como un antibiótico muy eficaz sobre cocos, bacterias gram positivas y sobre el treponema de la sífilis. Gérmenes como el estafilococo se hicieron prontamente resistentes a la penicilina, dificultad salvada con la obtención a partir de 1960 de penicilinas semisintéticas, penicilinasas-resistentes, y de las llamadas penicilinas de amplio espectro –ampicilina y derivados – activas también contra bacilos gram negativos y salmonelas. Otra penicilina semisintética, la carbenalina, introducida por Rolinson en 1967, permite el tratamiento de las infecciones por pseudomonas (píociano), con lo cual el campo de acción de las penicilinas abarca prácticamente todas las infecciones bacterianas.

275 AMORETTI, Aquiles R.: Op. Cit. Páginas 39 y 40.

276 Del Cañizo Fernández-Roldán, Agustín: Rev Med Cine I (2005): 12-16 – Publicaciones de la Universidad de Salamanca (España).

En los años treinta la comunidad científica tenía cierta confianza en el tratamiento de la sífilis si bien no se disponía de una terapia específica verdaderamente eficaz. Sin embargo, ya en 1936 se comprobó que las complicaciones eran mucho más frecuentes en los infectados que en el grupo control, y diez años después resultó claro que el número de muertes era dos veces superior en los sifilíticos. En ningún momento se les aplicó tratamiento a pesar de que la penicilina estaba disponible ya en la década de los cuarenta y más adelante se sabría que sin el antibiótico su esperanza de vida se reducía en un veinte por ciento.

Los que recibieron tratamiento antes de 1972 fue por médicos que no estaban relacionados con el estudio.

La investigación continuó sin cambios sustanciales y se publicaron trece artículos en revistas médicas hasta que, en 1972, el periodista J. Heller publicó un artículo sobre este tema en el *New York Times*, momento en el que comenzó el escándalo y cesó el experimento. La justificación que dieron los investigadores fue que no hacían más que observar el curso natural de la enfermedad.²⁷⁷

Debe destacarse que desde los Juicios de Nüremberg, los médicos del mundo estaban alertados sobre la experimentación no ética en seres humanos. En 1964 la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, para guiar la realización de experimentos en seres humanos. Este fue uno de los tres hechos que dieron origen al nacimiento de la Bioética.

Tres hechos determinantes se sitúan en los orígenes de la Bioética²⁷⁸:

1) PRIMER HECHO. La opinión pública tuvo conocimiento de graves abusos cometidos contra seres humanos en el campo de la experimentación médica. En un arco de tiempo muy breve se supo que:

- en el Hospital Willowbrook de Nueva York se habían llevado a cabo durante los años 1965-1970 unos estudios sobre la hepatitis vírica experimentando con los niños ingresados en el hospital. Los médicos infectaron con el virus de la hepatitis a más de 700 niños discapacitados.
- en el Jewish Chronic Disease Hospital de Brooklyn se habían estado inyectando células tumorales vivas en pacientes ancianos, durante una investigación sobre cáncer a lo largo del año 1963.

277 Cortesía de la Dra. Dinorah Da Cunda.

278 García de Vicente, Juan Carlos:

<http://eticaarguments.blogspot.com/2006/06/labioetica-como-nueva-ciencia.html>

2) SEGUNDO HECHO. La alarma ante el conocimiento de casos de manipulación de la medicina para ponerla al servicio de fines ideológicos:

- a lo largo de 40 años (desde 1932 a 1962) se había llevado a cabo en el estado de Alabama una investigación sobre la sífilis (el "Tuskegee Syphilis Study") realizada en 400 personas de raza negra. A estos enfermos no se les dió información alguna ni sobre el mal que padecían ni sobre el tratamiento disponible. Por los años 30 se consideraba que la sífilis era una consecuencia natural de la baja índole social de los negros, a los que se consideraba sucios, promiscuos, con escasa higiene personal. Tales estereotipos fueron tomados por los médicos como hechos demostrados. Aquellos datos fueron usados en apoyo de la discriminación racial, sobre todo en los años del comienzo del estudio.

- era de sobra conocido el uso de la medicina durante la segunda Guerra Mundial para servir a fines ideológicos en favor del régimen nazi (plan de eutanasia, esterilizaciones forzosas, el Dr. Mengele con los prisioneros de los campos de concentración).

- más modernamente, en China, los médicos cumplen los planes de planificación familiar impuestos por el estado, llevando a cabo esterilizaciones forzadas y abortos en las mujeres con más de un hijo. Y lo mismo ocurre con las campañas sanitarias de esterilización química y quirúrgica en países del Tercer Mundo, secundando una especie de imperialismo demográfico de los países del Primer Mundo.

3) TERCER HECHO. La tecnificación cada vez mayor de la medicina.

- hubo tres descubrimientos médicos importantes en los años 60, que tuvieron su influjo en la bioética: la diálisis renal (1962), los primeros trasplantes de riñón (ya en 1967 ampliamente extendidos) y los trasplantes de corazón (el primero, realizado en 1967). La posibilidad de beneficiarse de estas técnicas estaba condicionada por la limitada disponibilidad de recursos (dializadores, donantes, etc.) y los criterios para la selección de los pacientes candidatos a beneficiarse de ellas.

- ya en los años 70 un nuevo descubrimiento médico puso en evidencia la necesidad de la Bioética: empezaban a usarse aparatos de respiración asistida en unidades de cuidados intensivos, para prolongar la vida humana, y surgía la pregunta sobre los límites éticos de la actuación médica en los momentos finales de la vida.

XV

ALGUNOS CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Volviendo a los psiquiatras franceses ²⁷⁹, nos ilustran para su particular territorio los cambios dramáticos vividos en el tratamiento de los trastornos mentales de la sífilis, que en cierta forma es como un viaje al pasado. Dentro de este proceso que hemos analizado, los últimos cien años, y particularmente los últimos cincuenta, han sido de progresos maravillosos. Señalan en primer lugar *la cura de penicilina*, con dosis de un millón de unidades de penicilina cristalina (ordinaria) durante 20 a 30 días. Aquí sugieren que antes de las primeras inyecciones se administrarán algunas inyecciones de *cianuro de mercurio*, dadas a dosis crecientes, a fin de evitar la reacción de *Herxheimer* (reacción anafiláctica por la destrucción masiva de treponemas). Algunos autores aconsejan asociar la corticoterapia por su actividad antiinflamatoria y antialérgica. Retrospectivamente, debe recordarse la *impaludización o malarioterapia*, preconizada y preparada por Wagner von Jauregg en 1917. Consiste en inocular al enfermo una forma benigna de paludismo (la fiebre terciana, debida al *Plasmodium vivax*). Esta variedad de plasmodium, muy sensible a la acción de la quinina y cuya inocuidad ha sido por otra parte cuidadosamente controlada, constituye la *cepa*. Se realizaba la transmisión de hombre a hombre, obteniendo por punción venosa de 5 a 10 cc de sangre de un enfermo en curso de tratamiento, entre los accesos o mejor durante ellos. Se inyecta de nuevo, inmediatamente, esta sangre en la fosa subespinal en inyección subcutánea profunda. Luego de un período de latencia de 8 a 12 días, aparece un acceso febril de 39°, malestar general, escalofríos, cefaleas y sudoración profusa. Los accesos se suceden a intervalos regulares de 48 horas entre uno y otro. Se empleaban en este plan, de 8 a 12 accesos (sesiones) de malaria, guiándose por el estado físico del enfermo. Luego los accesos se cortaban con 1 gramo de quinina cada día, durante un período de 8 días como mínimo. Desde luego, este tratamiento tenía sus contraindicaciones, porque no todos los pacientes estaban en condiciones de soportar este shock, quedando excluidos los pacientes en estado caquéctico, los cardíacos,

279 EY, Henry, BERNARD, P. Y BRISSET, Ch.: TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 6ª. Edición. Toray - Masson S.A., Barcelona, España, 1974, 1183 páginas. Páginas 801 a 804.

hepáticos o renales, quienes sufrían la tuberculosis pulmonar, las lesiones vasculares encefálicas y los mayores de 65 años. Evalúan que si se emplea este método precozmente, da un tercio de curaciones, con vuelta al trabajo anterior, un tercio de mejorías, pero el paciente queda disminuído, y un tercio de fracasos.²⁸⁰

El *Estovarsol*, una preparación de arsénico pentavalente, se utilizó en series de 20 inyecciones intramusculares de 1 gramo, a razón de varias inyecciones por semana, prescribiéndose (por aquella época) entre las series de penicilina. *Esta terapia está formalmente contraindicada en caso de lesión del nervio óptico: así, pues, cada cura deberá estar precedida y acompañada de un control del fondo de ojo.*

Las sales de bismuto se empleaban en series de 12 a 18 inyecciones intramusculares, vigilando particularmente el estado gingivobucal.

El *cianuro de mercurio* administrado en inyecciones endovenosas diarias, en series de 20, también era empleado en esos años.²⁸¹ Se utilizaban aún esos medicamentos clásicos en cortas series antes del tratamiento de penicilina “para prevenir la reacción de Herxheimer, o en casos de lesiones cardioaórticas graves”^{282, 283}. Actualmente se emplean otras estrategias para

280 EY, Henry, BERNARD, P. Y BRISSET, Ch.: TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 6ª. Edición. Toray – Masson S.A., Barcelona, España, 1974, 1183 páginas. Páginas 803: Experiencia de LEROY y MEDAKOVITHCH, 1930.

281 Presumiblemente alrededor del año 1967, en que el traductor (el Dr. C. Ruiz Ogara) redactó el prefacio a la edición española.

282 EY, Henry, BERNARD, P. Y BRISSET, Ch.: TRATADO DE PSIQUIATRÍA, 6ª. Edición. Toray – Masson S.A., Barcelona, España, 1974, 1183 páginas. Página 804.

283 PLANELLES, J. y JARITÓNOVA, A.: EFECTOS NOCIVOS CONSECUTIVOS AL EMPLEO DE ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DELAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Editorial Progreso, Moscú, (c. 1964) 478 páginas. Los autores dedican el Capítulo III, a los Efectos nocivos de los antibióticos, condicionados por su actividad quimioterápica. En particular, proveen antecedentes sobre la reacción de agudización de Herxheimer, que fuera descrita ya a fines del siglo XIX por vez primera, bajo la acción de los preparados de mercurio, administrados a dosis terapéuticas para el tratamiento de la sífilis, con una intensificación de las lesiones locales de la piel (Jarisch, 1895), así como elevación de la temperatura (J. Jadassohn, 1898). Sin embargo, una descripción detallada de estas reacciones sólo fue hecha en 1902 por K. Herxheimer y Krause, quienes observaron que bajo la acción de las primeras fricciones de unguento mercurial o de inyecciones de preparados mercuriales insolubles, las sífilides maculosas existentes antes del tratamiento, aumentaban de tamaño, apareciendo nuevas roseolas, acompañadas, frecuentemente, de reacciones

febriles pasajeras. Herxheimer estableció ya entonces que observando cuidadosamente a los enfermos sífilíticos, esta reacción se podía descubrir en uno u otro grado en el 100% de los enfermos y que, en los casos dudosos, cuando era difícil establecer el diagnóstico, el empleo de preparados mercuriales permitía, precisamente, "revelar", es decir, provocar la aparición de las erupciones sífilíticas típicas, hasta entonces desapercibidas, y de tal manera, hacer un diagnóstico justo, tanto más cuanto que, simultáneamente, ello va acompañado de una inflamación de los ganglios linfáticos regionales. Llegaron a establecer que en la génesis de la agudización de las sífilides, la toxicidad de los preparados terapéuticos no juega por sí papel alguno, ya que empleándolos a las mismas dosis y en condiciones equivalentes en enfermos que padecían otras afecciones no sífilíticas, de la piel, no se observaba la aparición de semejantes reacciones. Diez años más tarde, al introducirse el empleo en gran escala de nuevos preparados sintéticos del grupo del salvarsán para el tratamiento, fue verificada la verdadera importancia de las reacciones de agudización. Paul Ehrlich ya en 1912, llamó la atención sobre la importancia de esta reacción, señalando que "bajo la acción del tratamiento terapéutico podían aparecer reacciones inflamatorias en los tejidos sífilíticos. Semejantes reacciones cutáneas son conocidas como "reacciones de Herxheimer"; sin embargo, en estos casos se trata de procesos que no representan un peligro serio por la importancia secundaria del lugar donde se manifiesta la reacción. En los casos en que la reacción inflamatoria tenga lugar en regiones "importantes del sistema nervioso", las consecuencias pueden ser completamente diferentes". En 1910, A. Neisser y E. Kuznitski demostraron, con abundante material clínico, que después de la inyección intravenosa de salvarsán, en la mayoría de los casos se observaba elevación de la temperatura y vómitos, aparte de la agudización de los procesos locales. Más tarde, a partir de 1944, un año después de la introducción de la penicilina en el tratamiento de la sífilis, J. Moore y sus colaboradores demostraron que en un 59% de 1418 enfermos de sífilis primaria tratados, exclusivamente con penicilina, se presentaron reacciones evidentes de Herxheimer en el transcurso de las primeras 24 horas seguidas a la inyección, a pesar de que su grado de gravedad no diese motivo para la interrupción del tratamiento. Diversos autores confirmaron con mayores detalles estos hechos en los años siguientes. En los niños recién nacidos, enfermos de sífilis, tratados con penicilina, estas reacciones pueden ser muy severas. La ictericia típica de los recién nacidos sífilíticos se agudiza intensamente, no bien iniciado el tratamiento. En los casos mortales han podido observarse importantes alteraciones del hígado, corazón y otros órganos, que respondían a una reacción generalizada de Herxheimer (P. Monnet y M. Planchu, 1955). A. Prokopchuk (1949) describe casos de muerte de feto y de aborto en mujeres sífilíticas embarazadas tratadas con penicilina. A juicio de este autor, la reacción de Herxheimer se observaría en el 70% de los casos de enfermos sífilíticos tratados con penicilina. J. M. Bowen y sus colaboradores (1948) describieron dos casos de muerte de mujeres embarazadas a consecuencia de un agudizamiento de la sífilis, al ser tratadas con penicilina. Se han señalado reacciones psicóticas agudas en enfermos de sífilis del SNC (J. Callaway, 1946; V. Scott, 1949). En los casos de lesiones gomosas del SNC, la inyección de penicilina puede provocar una reacción local desmesurada, frecuentemente mortal. En ocasiones se observan hemorragias en la masa del tejido encefálico (G. Huber, 1954) y un cuadro de púrpura cerebral (W. Ratter y L. Wagner, 1952; R. Liebegott, 1954). Estas reacciones, que con frecuencia se consideran erróneamente, como manifestaciones alérgicas, no tienen nada en común con ellas. Son reacciones de agudización, que reflejan un proceso de lisis del agente infeccioso por los preparados bactericidas y de liberación súbita, consecutiva, de gran cantidad de endotoxinas bacterianas. J. Rouselle, en 1960, describió

enfrentar esta reacción, presente con alta frecuencia.²⁸⁴

La conclusión es que el tratamiento precoz y adecuado de la sífilis primaria y secundaria, empleando la penicilina, en diferentes preparaciones, pone al enfermo completa y definitivamente al abrigo de toda manifestación nerviosa (y cardiovascular) de la enfermedad.

La bencilpenicilina benzatina es el medicamento que más se usa en el *tratamiento de la sífilis precoz, incluyendo la sífilis primaria, secundaria y latente precoz*, aunque la inyección es más dolorosa que con bencilpenicilina procaina. Una sola dosis mediante inyección intramuscular de 2.4 millones de unidades cura más del 95% de los casos de sífilis primaria. Como su eficacia en la sífilis secundaria puede ser algo menor, algunos médicos administran una segunda dosis de 2.4 millones de unidades una semana después de la primera dosis, para la sífilis secundaria. Se han descrito fracasos del tratamiento con bencilpenicilina benzatina en enfermos coinfectados con VIH y sífilis precoz. En estos enfermos, las directrices terapéuticas deben guiarse por las alteraciones que se descubran en el LCR. Se recomienda el análisis del LCR en sujetos seropositivos al VIH que padezcan sífilis en cualquier período. En enfermos sin infección por VIH también es útil el examen del LCR. Algunos expertos aconsejan el tratamiento con pautas eficaces para la neurosífilis en todos los sujetos seropositivos al VIH, con sífilis en cualquier período.

reacciones de Jarisch – Herxheimer a consecuencia del tratamiento de casos de sífilis primaria con preparados de penicilina administrados por vía bucal. (Páginas 246 – 261).

284 LUKEHART, Sheila A. y HOLMES, King K.: SÍFILIS, en HARRISON, Principios de Medicina Interna, 13ª. Edición, pág. 857 expresa: **REACCIÓN DE JARISCH – HERXHEIMER.** Poco después de iniciar el tratamiento de la sífilis puede aparecer una reacción espectacular consistente en fiebre (aumento promedio de la temperatura de 1.5° C), escalofríos, mialgias, cefalea, taquicardia, taquipnea, aumento de neutrófilos circulantes (promedio del recuento leucocitario: 12.500/uL) y vasodilatación con ligera hipotensión. Esta reacción aparece en un 50%, aproximadamente, de enfermos de sífilis primaria, un 90% con sífilis secundaria y un 25% con sífilis latente precoz. Se inicia en las 2 primeras horas del tratamiento, la temperatura máxima se alcanza hacia las 7 horas y desciende a las 12 a 24 horas. En la neurosífilis, la reacción es más tardía y el mayor ascenso térmico se produce 12 a 14 horas después. En enfermos con sífilis secundaria aparece un aumento del eritema y edema de las lesiones mucocutáneas; a veces, durante la reacción aparecen por vez primera lesiones mucocutáneas subclínicas o precoces. Se discute la patogenia de esta reacción. Debe advertirse a los enfermos la posible aparición de estos síntomas, que se tratan con reposo en cama y aspirina. No se ha demostrado que añadir esteroides evite la reacción de Jarisch – Herxheimer en la sífilis y no se recomienda. En décadas anteriores, sin embargo, eran ampliamente empleados los corticosteroides para atenuar los efectos de la “lisis microbiana brutal” de Mollaret.

En la *sífilis latente tardía* y *sífilis tardía*: se aconseja la punción lumbar para evaluar la sífilis latente de más de un año de duración si se sospecha neurosífilis, y también frente a complicaciones tardías diferentes a las de la neurosífilis sintomática, puesto que la asintomática puede coexistir con otras complicaciones tardías. El tratamiento recomendado para la sífilis latente tardía con LCR normal, para la sífilis cardiovascular y para la sífilis tardía benigna (goma), es la bencilpenicilina benzatina, 2.4 millones de unidades intramusculares una vez a la semana durante 3 semanas sucesivas (7.2 millones de unidades totales). Si se encuentran alteraciones del LCR, el paciente debe ser tratado de neurosífilis.

No se han publicado estudios sobre la bencilpenicilina benzatina en la sífilis cardiovascular y no está comprobada la eficacia del tratamiento con penicilina en cualquier modalidad de la sífilis cardiovascular. La mejoría de esta forma de sífilis con la penicilina no suele ser espectacular, pues el aneurisma aórtico y la insuficiencia aórtica no puede corregirse con un tratamiento antibiótico, aunque puede detenerse el posterior agravamiento de estas lesiones. En cambio, la respuesta de la sífilis terciaria benigna y de la sífilis meningovascular a la bencilpenicilina suele ser impresionante. En la neurosífilis parenquimatosa, la respuesta ha sido variable. En un estudio cooperativo de 1.086 enfermos de PG tratados con penicilina, la frecuencia de la mejoría clínica o del cese del empeoramiento varió desde un 38% en quienes tenían una afectación grave, a un 81% en quienes sufrían una forma leve. La tabes dorsal o la atrofia óptica responden con menor frecuencia. Existen normas del Center for Disease Control (CDC) para todas las situaciones.

El tratamiento de la sífilis en el embarazo también está reglada por el CDC. Rutinariamente se hace entre los controles del primer trimestre de la embarazada, una investigación serológica de sífilis. En las mujeres con riesgo alto de adquisición de ETS (enfermedades de transmisión sexual, también denominadas actualmente ITS –infecciones de transmisión sexual) deben repetir la prueba en el tercer trimestre y al dar a luz. A la embarazada sospechosa de sífilis y comprobada por una serología positiva, con o sin síntomas y sin antecedente de tratamiento para la sífilis, es fundamental estudiarla para iniciar el tratamiento rápidamente.

El estudio y tratamiento de la sífilis congénita, en los recién nacidos de madres con pruebas de VDRL o FTA/Abs positivas pueden tener también pruebas positivas, estén o no infectados, por el paso transplacentario del anticuerpo IgG materno. Si los títulos persisten altos o se elevan indican infección y el niño debe ser tratado. Si la madre seropositiva recibió tratamiento insuficiente

con penicilina o con otro medicamento distinto de la penicilina, o si se ignora el tratamiento que recibió, o si la vigilancia del niño va a ser difícil, entonces el niño debe tratarse al nacer, antes del egreso hospitalario. El anticuerpo IgM neonatal puede detectarse mediante la prueba FTA/Abs 19S IgM, en la que la IgM es enriquecida mediante cromatografía en columnas (para eliminar la IgG) y detectada con una anti-IgM humana marcada con fluoresceína.

XVI

DIFERENCIAS Y VENTAJAS DE LOS MODERNOS TRATAMIENTOS

Litter²⁸⁵ se ha encargado de detallar las ventajas de los modernos tratamientos antibióticos, frente a los anteriormente empleados. En una tabla muy elocuente, muestra la comparación de los resultados obtenidos con diversos planes de tratamiento de la sífilis reciente; dichos resultados finales son análogos, sea empleando los metales pesados – tratamientos combinados antiguos- o la penicilina, pero la peligrosidad es mucho mayor en aquel caso, los tratamientos más lentos y costosos y muchas personas no los cumplen. La misma tabla comprueba la aseveración de que el añadido de los *metales pesados* a la *penicilina* no aumenta la eficacia de la misma y sí la frecuencia de reacciones tóxicas. Cita la estadística recogida en 1954 por Idsoe y col., de sujetos tratados con *penicilina*, en 4 millones de pacientes, y comprueba que se consigue la curación en más del *90 por ciento* de los casos de sífilis reciente –alrededor de 95 por ciento para la primaria, 85 por ciento para la secundaria-, con *una serie* de tratamiento con penicilina. Si se considera *dos series* –nuevo tratamiento por recaída o fracaso de la primera-, los éxitos alcanzan al 99 por ciento de los casos de sífilis primaria y 98 por ciento de los de sífilis secundaria (Shafer y Ursilton, 1954). En lo que refiere a las diferencias de los preparados de penicilina, muestra que los resultados obtenidos son semejantes con la penicilina G procaína y la penicilina G benzatina, lo que es la experiencia de los autores recién citados y de Manzini y col. (1957). La recomendación es clara: deberá, entonces, emplearse de preferencia la penicilina G benzatina, que requiere una sola dosis. Para esos años, los autores citados y otros, entre 1951 y 1963, no consideraban necesario comenzar el tratamiento con metales pesados – bismuto – para evitar la reacción de Herxheimer, en la sífilis tardía (benigna gomosa, cardiovascular y neurosífilis). Emplean penicilina G benzatina en 3 inyecciones de 2:400.000 U.I. cada semana; u 8 inyecciones de 1:200.000 U.I. cada 3 días de penicilina G procaína.

Es muy clara la diferencia, observando la Tabla incluida por este autor, reproduciendo datos de Idsoe y col., 1954. Compara eficacia terapéutica, reacciones tóxicas, mortalidad y eficacia de la administración [referida al porcentaje de enfermos que cumplen el tratamiento], para tratamiento por

285 LITTER, Manuel: FARMACOLOGÍA. Tercera Edición. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1964, 1495 páginas. Páginas 1294 y 1295.

quimioterapia con metales pesados (arsénico y bismuto, en series sucesivas, y arsénico intravenoso en fleboclisis dosis masiva; un segundo grupo de terapéutica combinada, con penicilina, arsénico y bismuto por un lado, y penicilina y bismuto por otro; y por último penicilina sola en sus dos variedades mencionadas: Penicilina G procaína y Penicilina G Benzatina). La eficacia máxima se obtiene para la penicilina G Benzatina con 94% y la mínima para la combinación de Penicilina y Bismuto con 86.4%. Las reacciones tóxicas mayores corresponden al arsénico y bismuto en series sucesivas, con 9,5%, y la mínima a la Penicilina G procaína con 0,12%. La mortalidad mayor es para el arsénico intravenoso por fleboclisis dosis masiva (0,5%), seguida por el arsénico y bismuto en series sucesivas, (con un 0.03%), contra un 0,0% de los demás tratamientos. La eficacia de la administración es máxima para la penicilina en todas sus formas puras, con el 97%; 90% para el arsénico intravenoso en dosis masiva; la mínima es del 50% para el arsénico y bismuto en series sucesivas, y en valores intermedios cercanos los demás tratamientos.²⁸⁶

286 LITTER, Manuel, Obra citada, Pág. 1295, Tabla 289.

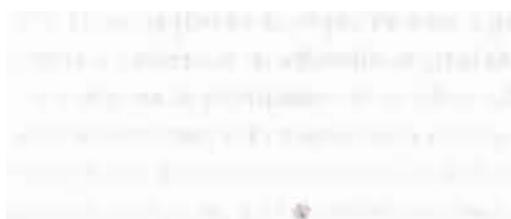
RESUMEN

Se realiza una revisión parcial de la historia de una de las enfermedades de transmisión sexual que más víctimas ha hecho a lo largo de los siglos: la sífilis. Se pasa revista a sus características microbiológicas, diagnóstico y tratamiento actuales. También se efectúa una revisión de las diferentes teorías que buscan explicar el origen de la enfermedad; las denominaciones con que se la ha nombrado, de acuerdo a las circunstancias históricas, o el origen que se le atribuía; las manifestaciones clínicas a través de las épocas; los tratamientos que fueron instaurados para combatirla. Los personajes que han sido víctimas del mal y sus consecuencias, desde los más modestos a los más encumbrados, dando indicios del fin de alguna dinastía, o la incidencia en la conducta de los más destacados actores sociales, políticos, intelectuales y artísticos de todos los tiempos. Presenta algunos datos epidemiológicos recientes que permiten conocer su prevalencia en las Américas. Se revisan algunas circunstancias médicas, históricas y sociológicas de la sífilis en Uruguay y se brinda una semblanza de algunos médicos y médicas que fueron pioneros en la lucha contra esta enfermedad de honda raíz social.

A pesar de los siglos transcurridos desde que hizo su más ruidosa irrupción, y de los avances en su prevención, diagnóstico y tratamiento, la sífilis sigue tan campante, produciendo en nuestra época, millones de casos en todo el mundo, dejando su marca. No existe vacuna disponible que la prevenga. Puede evitarse mediante precauciones higiénicas muy elementales, pero lamentablemente poco observadas.

Quienes descubrieron en el laboratorio fármacos que cambiaron radicalmente la evolución de esta enfermedad, merecieron desde la primera década el siglo XX tres Premios Nobel (en 1908, 1939 y 1945). Sin embargo, quienes descubrieron su agente causal, hecho del que se conmemoraron en 2005 los cien años, no lograron igual reconocimiento. Aunque la mayor parte de la información aquí contenida parezca mera referencia histórica, ello es correcto para el mundo occidental y los países más altamente desarrollados. En el resto de los países en vías de desarrollo o francamente subdesarrollados, es posible encontrar las formas clínicas clásicas, tanto por carencias en los servicios de atención médica, como a causa de la falta de accesibilidad por razones socio-económicas y culturales, de las poblaciones. Los cambios en los estilos de vida han hecho que el tradicional temor se perdiera y su presencia, consecuencia de la intimidad de las personas, siga siendo un problema de salud pública

importante y no superado. Aunque los cambios de la ciencia y la tecnología, que acompañan al arte médico, han producido hechos maravillosos, es necesario recordar lo que significó aquel viejo adagio *“Por una hora con Venus, veinte años con Mercurio”*.



ANEXO I

PARENTESCOS SORPRENDENTES

MERCURIO Y MERCEDES ²⁸⁷

Un autor ha comentado el parentesco existente entre la palabra latina *merx*, *mercis* (mercancía) y el metal líquido que se emplea en termómetros y esfigmomanómetros. Además de su uso diagnóstico, el mercurio se ha utilizado también en medicina con fines terapéuticos, si bien de forma relativamente reciente, pues los médicos grecorromanos desconocieron su valor, y los médicos árabes lo ensayaron únicamente para algunas afecciones cutáneas. Paracelso fue el primero en usarlo por vía interna, convirtiéndolo en uno de los principales remedios contra la sífilis, hasta que fue desplazado por el bismuto en 1884; después, por el salvarsán de Ehrlich en 1908 y, a partir de 1940, por la penicilina.

Aunque hoy el mercurio ha perdido gran parte de su importancia terapéutica, se empleó durante siglos como ingrediente de muchos diuréticos, antisépticos, ungüentos cutáneos y laxantes: todavía llamamos mercuriales a los medicamentos que contienen mercurio, como los famosos desinfectantes merbromina (Mercurocromo, Mercromina, Yocrom) y tiomersal (Merthiolate). Llamamos además mercuriosis o mercurialismo a la intoxicación crónica por mercurio, frecuente antaño durante el tratamiento de la sífilis.

Directamente emparentada con *merx*, *mercis* está también la palabra latina *merces*, *mercedis*, que inicialmente designaba el precio de una mercancía, pero adquirió pronto el sentido de precio pagado a una persona o salario. Un *mercenarius* era, pues, el que trabajaba por una paga; lo que hoy llamaríamos un asalariado. El empleo de tropas ajenas al Estado estuvo muy extendido

287 <http://www.efcastellano.org/parent04.html> Fernando A. Navarro es médico y traductor médico. Es autor del conocido "Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina", publicado por McGraw-Hill Interamericana.

en la Antigüedad, de modo que ya en la antigua Roma se llamaba también *mercenarius* a los soldados a sueldo, y ésta es la acepción que hoy conserva mercenario en castellano.

Afín a la acepción de salario es también el uso de *merces* en el sentido de recompensa, favor o gracia que se hace a alguien gratuitamente, como el término actual *merced*. Idéntico origen tienen el francés *merci* (gracias), el francés *remercier* (dar las gracias), el italiano *chiedere mercè* (solicitar la gracia de alguien) o el inglés *mercy* (piedad, misericordia; como en "estar a la merced de alguien"). Entre las advocaciones de la Virgen que más devoción suscitan en España se halla precisamente Nuestra Señora de la Merced, patrona de Barcelona (Mercè). De ahí que, junto a otros nombres marianos como Carmen, Dolores o Pilar, Mercedes sea uno de los nombres de mujer más típicamente españoles.

Y ese nombre tan español recibió en 1889 una niña vienesa, Mercedes Jellineck. Diez años después, su padre Emil, cónsul de Austria en Niza y apasionado del automovilismo, ganó al volante de un Daimler la carrera Niza-Magagnon-Niza, en la que se había inscrito con el nombre de su hijita Mercedes como seudónimo. Empresario audaz, decidió hacerse vendedor de automóviles, colaboró con Gottlieb Daimler en el diseño del primer automóvil moderno y aceptó hacerse cargo de la producción completa de un año (36 vehículos, por un valor total de medio millón de marcos de oro de la época), con dos condiciones: los derechos exclusivos de venta en Austria, Hungría, Francia, Bélgica y los Estados Unidos, y que el nuevo vehículo recibiría el nombre de su hija.

El modelo tuvo un éxito arrollador, de modo que el nombre Mercedes, registrado en 1902, se convirtió en la marca de todos los automóviles fabricados por Daimler. Por este motivo, Mercedes es hoy uno de los nombres españoles más universales. Hasta el punto de que, cuando en Centroeuropa o en los Estados Unidos, un autor comenta que su hermana se llama Mercedes, le contestan siempre sorprendidos: ¿pero a quién se le ocurre ponerle a una niña nombre de coche!

ANEXO II

BREVE HISTORIA DEL CONDÓN ²⁸⁸

“Esas tripas de res que se ponen los hombres antes del coito, y que son armaduras contra el goce y telaraña contra la enfermedad”.

*Marie de Rabutin – Chantal,
marquise de Sévigné (1626 – 1696),
de la corte de Luis XIV.*

En el texto que antecede se ha mencionado el condón como un elemento en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y eventualmente como elemento anticonceptivo. En el siguiente se dará noticia de sus antecedentes e historia, para complementar información acerca de un elemento que no por ser muy nombrado y empleado, a través de la historia, es suficientemente conocido. Por ello, su asociación con la prevención de la sífilis y otras infecciones, debe formar parte de una revisión general del tema.

El uso de fundas para el pene fabricadas con diversidad de materiales tales como lienzo, calabaza, cuero, seda, papel aceitado, vejiga de pez o carey, ha sido conocido en numerosas sociedades desde la antigüedad más remota y fundamentalmente con el propósito de protegerse del contagio de enfermedades venéreas y el de evitar la fecundación, más que por prácticas mágicas o decorativas.

No existe consenso sobre de donde se deriva el nombre de condón. Algunos dicen que el Rey Carlos I (de Inglaterra) encargó a un tal Dr. Condom o Cundum o quizá Quondam, la fabricación de fundas elaboradas con tejido animal, probablemente de tripa de oveja, como método anticonceptivo y para evitar enfermedades transmitidas por las prostitutas que solía frecuentar. Es más probable que la palabra se derive del latín “condón” que significa “receptáculo”.

288 <http://www.info-pene.com/sexo-relatos-sexuales/historia+condon.html>

EL USO DEL CONDÓN HACE 3000 AÑOS

La más antigua ilustración que se conoce del condón data de hace más de tres mil años y se encontró en Egipto. Se sabe que alrededor del año 1000 aC los egipcios usaban en el pene una funda de lienzo para protegerse de las enfermedades.

EL USO DEL CONDÓN EN LA EUROPA ANTIGUA

La evidencia más temprana del uso del condón en Europa se encontró en las pinturas rupestres descubiertas en unas cuevas en Combarelles, Francia, que datan de los años 100 a 200 aC.

En el siglo dieciséis se publicó en Italia la primera descripción escrita y los ensayos concernientes al uso del condón como profiláctico. Su autor, el cirujano italiano Gabrielle Fallopius (1523-1562), dijo en su obra titulada "*De morbo gallico*" (La Enfermedad Francesa) haber inventado un condón de lienzo y su uso experimentado por 1.100 hombres, ninguno de los cuales fue infectado con la sífilis. Inicialmente su uso se orientó en esa época hacia la prevención de enfermedades y solamente años después se reconoció su utilidad en la prevención de la preñez. Este condón era una funda corta para cubrir solamente el glande. Más tarde, Hércules Saxonia describió el uso de una funda de lienzo más larga y embebida previamente en una preparación herbal o química, que cubría el pene por completo. Nos encontramos quizá con el primer intento de crear un espermicida para los condones.

En el siglo diecisiete se encontraron cinco fragmentos de unos condones en el Castillo de Dudley, cerca de Birmingham, Inglaterra. Fueron hechos en la década de 1640 probablemente de tripa de pescado o en todo caso de tejido animal. Se presume que los soldados de los ejércitos de Cromwell y del rey Carlos I, los usaron durante la guerra civil (1642-1646) para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los llamaban las "gorras inglesas".

En el siglo dieciocho encontramos algunas alusiones literarias al condón, siendo las más notorias las encontradas en las memorias del aventurero italiano Casanova (1725-1743) y en el diario de James Boswell, donde se refieren al condón como "la armadura" o "el implemento de seguridad" para protegerse de las enfermedades venéreas. Sin embargo, Madame de Sevigné (1626-

1696)²⁸⁹, escribió que su uso era más bien como contraceptivo y anotaba que era ante todo "una armadura contra el placer" y que su seguridad contra las enfermedades era la misma que podía dar "una tela de araña". En ese siglo los condones se hacían del intestino ciego de la oveja, se cortaban, se maceraban en una solución salina, se colocaban al vapor, se soplaban, se secaban bien y se empacaban. Su fabricación era dispendiosa, se hacía por encargo, era costosa y por lo tanto solo al alcance de las personas adineradas, que tenían la mala costumbre de lavarlos y seguirlos usando.

En 1861 apareció en los Estados Unidos la primera propaganda sobre condones. El anuncio se publicó en el *New York Times* promocionando los "Condomes Franceses del Dr. Power". Sin embargo, en 1873 el congresista Anthony Comstock obtuvo la aprobación de una ley que consideraba ilegal cualquier publicidad que incentivara el control natal y autorizaba al servicio postal para que confiscara los condones que se vendían y distribuían por correo.

LOS CONDOMES DE CAUCHO

Los condones de caucho se produjeron en masa después de 1844, cuando Charles Goodyear patentó la vulcanización del caucho. En las décadas de 1940 y 1950 se volvieron no reusables para algunos, pero muchos otros, como antaño, los lavaban, los lubricaban con unguento de petróleo y lo guardaban en pequeñas cajas de madera que mantenían en su mesa de noche.

Las Fuerzas Expedicionarias Americanas, como denominaban a las tropas americanas que participaron en la Primera Guerra Mundial, fueron las únicas fuerzas armadas en Europa que durante la guerra se les prohibió el uso de condones y por consiguiente fueron las tropas que presentaron la más alta tasa de enfermedades venéreas. Para el entonces Secretario de la Armada de los Estados Unidos, el uso de condones era inmoral y anticristiano.²⁹⁰ Fue su asistente, el posteriormente presidente Franklin Delano Roosevelt, quien ordenó la distribución entre la tropa de paquetes profilácticos que incluían unguentos antisépticos y condones.

289 Personaje famoso de la Corte, cuya residencia en París era centro de reuniones de la nobleza, donde entretenían sus ocios; hoy convertida en el Museo de la Ciudad.

290 La religión en general, y la Iglesia Católica en particular, han hecho de este adiminículo uno de sus objetos más perseguidos. Hasta hoy el Vaticano se opone con energía que no aplica a otras cuestiones más graves, al uso generalizado del condón.

La producción masiva de condones de látex no comenzó en forma hasta la década de 1930. En 1935 la producción diaria de condones en los Estados Unidos fue de millón y medio. La tecnología para su fabricación continuó mejorando: la fabricación del látex se simplificó, la producción de condones se automatizó y el producto se hizo más barato, elástico, delgado y seguro. Lo paradójico y aberrante de esta época, era que los médicos estaban autorizados a recetar condones a los hombres para que previnieran el contagio de sífilis y gonorrea, pero no podían recetarlos a las mujeres como método para evitar la maternidad no deseada. Todavía se creía que el condón representaba un intento inmoral para interferir con las leyes de Dios y de la naturaleza. El condón se asociaba con el libertinaje.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los líderes militares tuvieron una actitud más realista acerca de los condones. Eran conscientes de que si no prevenían las enfermedades venéreas, los costos de salud pública iban a aumentar dramáticamente y las enfermedades a extenderse en el país cuando regresaran los combatientes. Hicieron entonces campañas publicitarias agresivas que incluyeron películas educativas y lemas como "No se olvide! Póngaselo primero antes de meterlo".

LA REVOLUCIÓN SEXUAL

DE LA DÉCADA DE 1960

La revolución sexual de los años 60 puso en decadencia el uso del condón. Las mujeres "buenas" comenzaron a tener abiertamente compañeros sexuales, los hombres frecuentaron menos a las prostitutas, la sífilis y la gonorrea, que eran las enfermedades venéreas prevaletentes, se trataban fácilmente con antibióticos, aparecieron la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos como métodos anticonceptivos nunca antes vistos.

EL RESURGIMIENTO DEL CONDÓN

Cuando el HIV hizo su aparición en la década de 1980, fue claro al menos para las autoridades sanitarias de los países desarrollados y menos pacatos, que había que promover ampliamente el uso del condón y del sexo seguro para evitar la propagación del Sida, una epidemia de posibles dimensiones apocalípticas. Incluso llegaron a fabricarse y difundirse condones femeninos, que no tuvieron empleo masivo ni mayor aceptación, aunque se continúan fabricando y son mucho más costosos que los de uso masculino corriente. Se han realizado muchas campañas pero los resultados no son muy elocuentes. En la actualidad, el veinticinco por ciento de los infectados por HIV en los Estados Unidos, son adolescentes y la tasa de crecimiento es mayor en

mujeres adolescentes. Sin embargo en muchas escuelas públicas aún se oponen a la distribución de condones entre los estudiantes. [También en el Uruguay democrático de hoy, se elude tratar abiertamente este problema a nivel educativo, sanitario y legislativo, lo que constituye una rémora de un pasado difícil de superar.]

En la década de 1990 se introdujeron en el mercado numerosos y diferentes tipos de condones. Por primera vez se vendieron condones de poliuretano. En 1993 la producción anual de condones era de 8.5 billones. Hoy en día en supermercados, droguerías, máquinas dispensadoras, bares, farmacias, estaciones de servicio y en muchos otros lugares públicos se expenden toda clase de condones: lubricados, con espermicida, muy sensibles, sensibles, delgados, muy delgados, extra-resistentes, de colores, rugosos, con múltiples aletas, con sabores a menta, vainilla, piña colada, para mujeres y para sexo oral, cortos, largos, gruesos. Su publicidad enfatiza en el placer y en la seguridad. *"Y no se olvide! Póngaselo primero antes de meterlo"*.

VENTAJAS DEL USO DEL CONDÓN

- Previenen ITS/VIH/SIDA
- Son seguros. No provocan efectos colaterales por hormonas.
- Evitan embarazos no deseados.
- Durante el embarazo previenen de las ITS
- Puede interrumpirse el uso en cualquier momento.
- Suelen adquirirse con facilidad, sin necesidad de ver a un facultativo. En caso de una relación sexual inesperada, están a su alcance, si usted viaja con ellos.
- Pueden usarlo tanto los hombres, como las mujeres para prevenir embarazos indeseados o ITS/VIH/SIDA. Aumenta el goce sexual al saber que no existe preocupación.

Seamos receptivos ante la problemática que nos toca de cerca, no solo durante el período vacacional, sino toda la vida. Recordemos que los adolescentes tienen mayor presión social y familiar para cumplir con estándares de masculinidad dictados por la sociedad que empuja a los varones, de manera prematura, a su autonomía e independencia y, la vez, reprime las expresiones de emoción y vulnerabilidad; mientras que los jóvenes tienden a ver las primicias sexuales como una competencia que les ayuda a afirmar su identidad.

En esta etapa de la vida, se hace más difícil tanto la reflexión como la toma de decisiones. En cambio son muy susceptibles a las opiniones de sus iguales, quienes influyen su comportamiento escuchando con más frecuencia a sus amigos que a sus padres, actitud que pudiera afectar alternativas de prevención.

De ahí que los padres desempeñen su verdadero papel como educadores principales de la sexualidad de sus hijos con un enfoque integral en la prevención de las ITS y el VIH. Si contribuimos al uso de preservativos en los grupos más vulnerables a contraer la enfermedad, podremos romper la cadena del SIDA.

OTRAS VERSIONES

*Distintas fuentes brindan aspectos coincidentes o divergentes de las informaciones hasta ahora vertidas. La que sigue aporta algunos detalles, no fundamentales, pero que explican las idas y vueltas de este producto en la historia del hombre.*²⁹¹

La autoría del condón aún está en disputa. El vocablo se le atribuye al afamado y posiblemente apócrifo doctor Condom, quien lo fabricaría para el monarca inglés Carlos II. Sin embargo, el término pudiera derivarse de los vocablos latinos *condus* (recipiente) y *condere* (esconder, proteger).

La imagen más antigua de lo más parecido a un condón aparece en algunos murales egipcios, cuyas figuras masculinas portan en sus miembros una especie de envoltura, aunque el propósito no es claro.

Muchos historiadores creen que los soldados romanos fueron los primeros en usar condones. Al intimar con mujeres mientras marchaban fuera de Roma, los soldados usaban hojas de intestinos secos de borrego para protegerse contra enfermedades venéreas.

Con la caída del Imperio Romano, el uso de "condones" se volvió raro, de hecho, la tecnología del condón casi se pierde en la Edad Media.

291 Fuente: Suplemento Letra S de la Jornada, Número 4, Noviembre de 1996 The Condom Count.

Se cuenta que el condón fue "re-inventado" por el Marqués de Sade en la Francia del siglo XVII, cuando el Marqués envolvió su pene en una tira de tocino antes de sodomizar gallinas vivas.

La referencia escrita más añeja se remite al siglo XVI. En un tratado sobre la sífilis *De morbo gallico* (1564), Gabriello Fallopio, anatomista italiano, recomienda utilizar una funda de lino fino bañada en una infusión de hierbas astringentes para evitar el contagio de la entonces incurable enfermedad.

Lo cierto es que los vestigios de condones fabricados con tejido animal se remontan al siglo XVII, y ya para el XVIII, los grabados y dibujos de la época informan que la fabricación de condones de intestino de carnero era algo común.

Hay versiones que cuentan que Benjamín Franklin intentó fabricar condones, lo que suponemos no tuvo mucho éxito, ya que durante su ilustre y prolífica carrera como padre de Estados Unidos, tuvo 53 hijos ilegítimos.

La vulcanización decimonónica del caucho y la posterior aparición del látex, vinieron a revolucionar los condones de tripa. Desde los años treinta del siglo XX se fabrican con hule de látex los controvertidos artefactos, y desde entonces su presentación se ha diversificado en una expresión de colores, olores y sabores.

* * *

ANEXO III

NOMENCLATURA Y APOLOGÍA DEL CARAJÓ DE FRANCISCO ACUÑA DE FIGUEROA

El autor de esta producción, según un reputado publicista y literato de este país, es el poeta festivo, satírico y epigramático don Francisco Acuña de Figueroa, inteligencia peregrina, gloria no sólo del Uruguay, su cuna, sino del Nuevo Mundo, autor de los Himnos Patrios del Uruguay y Paraguay. La publicación de esta poesía fue realizada en 1922, luego de su hallazgo por investigadores literarios e históricos.

NOMENCLATURA Y APOLOGÍA DEL CARAJÓ.

La lengua castellana es tan copiosa,
En voces y sinónimos, tan rica,
Que con nombres diversos, cualquier cosa
O con varias metáforas explica
Monarca Soberano, y Rey... ¡qué encanto!
Todo es un mismo nombre repetido;
Y tres veces también con un sentido
Son, Pontífice; Papa, y Padre Santo.
Pero hay de grande aprecio entre los hombres,
Un cierto pajarraco, o alimaña,
Que tiene más sinónimos, y nombres
Que títulos tenía el Rey de España.

Yo, por tal de evitárosle trabajo
De una investigación algo penosa,
Diré que esa alimaña, o quisicosa

No es el Papa, ni el Rey sino... el Carajo!
Miembro Viril, o miembro solamente
Le llama el diccionario... ¡Qué Mezquino!
Sus nombres en el uso más frecuente
Son el nabo, el zurriago, y el pepino
El cimborio, la tripa, y el virote
(flores son de la Lengua Castellana)
el visnago, la pica y la macana
son como la mazorca y el cipote.
El príapo, la porra, y el chorizo
El rábano, la pija, y el badajo;
Picha y ciruela en Español castizo
Son sinónimos todos del Carajo.
El vergajo; la guasca, y mango
el tarugo, el lenguado, y la banana
el pito, y el vitoque... es cosa llana
que equivalen al chocho, y al zanguango.
La butifarra, el tronco, y la batata
O el lagarto, le llama cualquier topo
el aquello, o la cosa, la Beata
y el Fraile, la correa, y el hisopo.
Muchos suelen llamarle, el trompo, el sapo
otros, el motillón, y el calabrote;
los músicos, la flauta, o el fagote
y el artillero espeque, o sacatrapo.
Siguiendo a la metáfora la hebra
Llámanle, el narigón, el nene, el chato
el tramojo, el merengue y de barato,
van péndulo, panal, bicho y culebra.
La berenjena, la pistola, el dómine,
bien lo sabe cualquiera chuchumeco
todos vienen a ser Carajo "in nomine"
lo mismo que el gazapo, y el muñeco.
En el estilo vulgar, llámanle el rabo
y algunos el peludo... ¡Impropio nombre!
pues por más pendejudo que sea un hombre
no tiene tales pelos en el nabo!
Tiene otros cien apodos que no cuento
que aplica cada cual, según su antojo

como el corvo, la pieza, el instrumento,
 el mondongo, el apéndice, el hinojo.
 El negocio, la polla, y la poronga
 van como suplemento... y pica punto
 que no falta purista que suponga
 que esto el miembro, y cojones todo junto.
 He aquí en todas sus fases, y conforme
 a la ley, por el uso sancionada
 con setenta y tres nombres señalada
 aquella quisicosa-multiforme.
 La cajeta de nombres menos rica
 no puede competirle y alza moño
 aunque ostenta sus títulos, de Chica
 o de raja, argolla, concha y coño.
 Lejos de competirle, queda abajo
 En buena hora, le añadan papo, y chocho,
 Nombres de morondanga... Ellos son ocho
 Y entre todos no valen un ¡Carajo!.
 Yo, en cualquiera emoción, desahogo el pecho
 Cuando un fuerte ¡Carajo! desembucho...
 Interjección potente del despecho
 Que si es echada a tiempo, vale mucho.
 Del sexto en los sentidos corporales,
 es el carajo la mejor prescea;
 y más si es de esos miembros burricales
 que ostentan a la par Fajardo y Zea.
 Palabra comodín, que entra al destajo
 en todo, pues se dice sin reproche,
 fría como un Carajo está la noche
 O caliente está el sol, como un Carajo.
 Un buen gallo contenta a cien gallinas
 y a diez hembras, cualquier mameluco
 y por ser bien armado, el Rey Nabuco,
 se preñó a cuatrocientas concubinas.
 No me vengan hipócritas devotos,
 tratando de indecentes mis razones,
 ellos dicen, testículos y escrotos,
 y se asustan de huevos y cojones.
 El venerable Astete, sin reparo,

Y en verdad que ninguno lo acrimina
No fornicar prescribe en su doctrina
que es decir, no joder hablando claro.
Masturbación... ¡satánico delito!
Clama el predicador; pero un galopo
sigue en la tanda de sobarse el pito
¿Porqué? Porque no entiende aquel piropo.
En asunto de nabo, o de cajeta
pan, pan, y vino, vino, es lo acertado
dígase claramente que es pecado
el hacerse la paja o la puñeta.
El profeta Ezequiel, dis que Doliba
se entregaba a cualquiera rodaballo
con tal de que le arrimasen panza arriba
Verga de burro, y chorro de caballo.
Un Carajo de un seme, grueso y sano
es digno de coronas y guirnaldas
Así ante tan potente soberano
Las Nobles y plebeyas, caen de espaldas.

Hay de Carajos, variedad bastante
Largos, cortos, redondos, puntiagudos!
derechos y torcidos, servigudos!
Y romos y de punta de Diamante.
Si el miembro de botón, como el de un perro
se engancha al fornicar y es un estorbo
y es bueno que sea duro, como un hierro
y es mejor es derecho, que no corvo.
En fin, aquí termina mi trabajo
Si algún censor severo lo condena
Que me eche un buen Carajo... en hora buena
¡Que más quisiera yo, que un buen Carajo!.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, Justo Marcelino y ALONSO REGULES, Justo Elías: Manual de Otorrinolaringología (para el médico práctico y el estudiante). 3ra. Edición, Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1964, 324 páginas.
- AMORETTI, Aquiles R.: Sífilis. Aspectos Evolutivos. Libro de Homenaje al Profesor Dr. Julio C. García Otero. Universidad de la República. Facultad de Medicina, julio de 1962, 652 páginas.
- ARDAO, Alberto Ruben: Anatomía Patológica Quirúrgica: 2 tomos. Universidad de la República. Editorial Científica de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1972.
- ARMAND UGÓN, Alice: En: SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta, Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental y Sindicato Médico del Uruguay, 1995, 170 páginas.
- BARRÁN, José Pedro: Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2. El Disciplinamiento (1860-1920). Ediciones de la Banda Oriental y Facultad de Humanidades y Ciencias. Uruguay, 1990, 304 páginas.
- BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, 1995, 342 páginas.
- BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, 1992, 280 páginas.
- BARRÁN, José Pedro: Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, 1993, 258 páginas.
- BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ÁLVAREZ; Miguel Ángel; GALINDO SANTANA, Belkys María y GALA GONZÁLEZ, Ángela: Sífilis: pasado y presente. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba.
En: www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm
- BOROBIO, María Victoria. El enigma de la sífilis. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. En: www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis3.htm
- BOURY NIANG, Víctor Colomer: Sida en África:
En: www.dracnet.es/cac/200207/20020720.html
- BRAIN, Lord: Enfermedades del Sistema Nervioso. Segunda Edición. El Ateneo, Buenos Aires, 1965, 713 páginas.
- CARTWRIGHT, Frederick F. y BIDDISS, Michael: Grandes pestes de la Historia. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 2005, 262 páginas. Es traducción del original en inglés Disease and History, publicada por vez primera en 1972, con ediciones posteriores en 2000 y 2004.

- CASTELLS, Constancio E. y GHERARDI, Jorge: El líquido Céfalorraquídeo. Fisiopatología y Síndromes Humorales. Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo. Talleres Gráficos A. Monteverde & Cía, 197. 399 páginas.
- CELA, Camilo José: Diccionario Secreto (Dos) Segunda parte. Alianza Alfaguara, Madrid, 1974.
- CELA, Camilo José: Diccionario Secreto (Uno). Alianza Alfaguara, Madrid, 1974.
- CELA, Camilo José: Viaje a la Alcarria. Ediciones Destino SA, Barcelona, 2002, 205 páginas.
- CORBIÈRE, Emilio J.: Biografía de Alicia Moreau de Justo. En: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/mews/fullstory/22402.html y www.argenpress.info/perfil.asp?num/000062
- DEL PRIORE, Oscar y AMUCHÁSTEGUI, Irene: Pascual Contursi, el creador del tango canción. En: www.todotango.com/spanish/biblioteca/cronicas/ban
- DIARIO MÉDICO (España):
En: www.diariomedico.com/entorno/ent040900comtris.htm
- DOTINGA, Randy: En: www.elcastellano.org/parent04.html
- EY, Henry, BERNARD, P., y BRISSET, Ch.: Tratado de Psiquiatría. 6ª. Edición. Toray – Masson S.A., Barcelona, España, 1974, 1183 páginas.
- FAHRAEUS, Robin: Historia de la Medicina. Gustavo Gili editores. Barcelona, 1956, 724 páginas.
- FERRER, Jorge: Oftalmología para el Médico Práctico. Ediciones Oficina del Libro. AEM, Montevideo, Uruguay, 1968, 155 páginas.
- FRIEDBERG, Charles K.: Enfermedades del Corazón. Segunda Edición. Editorial Interamericana, México 1964. 1175 páginas.
- GALENO, Claudio: Sobre la localización de las Enfermedades (De Locis Affectis) Biblioteca Clásica Gredos. Madrid 1997, 462 páginas.
- GANDÓS, R.: Osteoma osteoide. Sífilis ósea. Osteomielitis. 11º. Congreso Uruguayo de Cirugía, Tomo II: 397; 1960.
- GRANJEL, Luis S.: Las repercusiones médicas del Descubrimiento. En "La Medicina en el Descubrimiento", dirección de Juan Riera. Acta Histórico – Médica Vallisoletana, XXXIV, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones, 1991, 114 páginas.
- GRIMAL, Pierre: Diccionario de Mitología Griega y Romana. Ediciones Paidós Ibérica SA, Barcelona, España, 1994, 634 páginas.
- GUTIÉRREZ FERRER, Fefita: El condón y su historia. En: www.elhabanero.cubaweb.cu/sumarios/dep/04.html
- HAYDEN, Deborah: Pox: genius, madness and the mysteries of syphilis. Basic Books, New York EUA 2003, 379 páginas.

- HAYWARD, J. A.: Historia de la Medicina. Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1956, 321 páginas.
- HERRERA RODRÍGUEZ, f.: Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, No. 7, julio de 1998. Cayetano del Toro y Quartiellers. En: www.oftalmo.com/seo/1998/07/jul98/11.htm
- HERZEN, V.: Guide – Formulaire de Thérapeutique, Neuvième édition. Paris, Librairie J. B. Bailliére et Fils, 1917, 1096 páginas.
- HISTORIA GENERAL DE LA FARMACIA. El medicamento a través del tiempo. Publicada bajo la Dirección del Prof. Dr. Guillermo Foch Jou. Ediciones Sol S.A., Madrid, 1986, 2 tomos, 840 páginas.
- JAWETZ, Ernest, MELNICK, Joseph L., ADELBERG, Edward A.: Manual de Microbiología Médica, 5a. Edición. El Manual Moderno S.A., México DF, 1973. 617 páginas.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia de la Medicina. Masson Doyma, México SA, 1978 (reimpresión 2004). 722 páginas.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Edición Digital. Masson Multimedia, Barcelona, España, 1998.
- LITTER, Manuel: Farmacología, Tercera Edición. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1964, 1495 páginas.
- LOCKHART, Jorge: La Historia del Hospital Maciel, Montevideo, 1982. Editora de Revistas, 244 páginas.
- LOCKHART, Jorge: Manual de Urología. Oficina del Libro – FUC, Montevideo, Uruguay, diciembre 1972, 562 páginas.
- LUGONES BOTELL, Miguel A., MOLINET DUARTE, Isabel, QUINTANA RIVERÓN, Tania Yamil y VÁZQUEZ SÁNCHEZ; Mario: Sífilis y Gonorrea; parte de su historia. Revista Cubana de Medicina General Integral. Octubre-diciembre 1995. En: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi14495.htm
- LUKEHART, Sheila A. y HOLMES, King K. en: HARRISON: Principios de Medicina Interna, 13a. Edición. Interamericana – McGraw Hill, España 1994.
- MANDELL, Gerald L. Y SANDE, Merle A., Las Penicilinas, en: Goodman Gilman, Alfred, Goodman, Luis S. y Gilman, Alfred: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1982, 1756 páginas.
- MAÑÉ GARZÓN, Fernando y BURGUES ROCA, Sandra: Publicaciones Médicas Uruguayas de los Siglos XVIII y XIX. Universidad de la República, Facultad de Medicina, Oficina del Libro AEM, Montevideo, 1996, 253 páginas.
- MAÑÉ GARZÓN, Fernando y TURNES, Antonio L.: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III: Montevideo, Uruguay, 2006, 610 páginas.

- MAÑÉ GARZÓN, Fernando: El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay 1902 – 1952. Ediciones de la Plaza, febrero 2005, Montevideo, 253 páginas.
- MATEOS, Pedro F.: Generalidades y Desarrollo Histórico de la Microbiología. Departamento de Microbiología y Genética. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca (España).
- MAY, José : La sífilis en el Uruguay. Anales de la Facultad de Medicina, Tomo VI, Barreiro y Ramos, 1921, Montevideo.
- MEDIVISIÓN: Historia de la Medicina. Historia de las enfermedades: sífilis-gonorrea. En: www.revistamedica.8m.com/histomed.111A.htm
- MOROZOV, G. y ROMASENKO, v.: Neuropatología y Psiquiatría, edición revisada por el Prof. Juan Planelles, Miembro Correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS y de la Real Academia de Madrid, Editorial Paz, Moscú, 1960: 311 páginas.
- NAVARRO, Fernando A.: Diccionario crítico de dudas inglés-español de Medicina. McGraw-Hill Interamericana.
- NELSON, Waldo E., VAUGHAN, Víctor C y McKAY, R. James: Tratado de Pediatría, Sexta Edición. Salvat Editores S.A., 1974, 2 tomos: 1632 páginas.
- OREGGIA, Fernando, RIZZI, Milton, ROTKIER, Isaac. Sordera Sifilítica. Anales de Oto-Rino-Laringología del Uruguay, 1976.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Publicación Científica y Técnica No. 581. El control de las Enfermedades Trasmisibles: James Chin, Editor. 17ª. Edición. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Washington DC, 2001, 748 páginas.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La Salud en las Américas. Edición de 2002. 2 tomos.
- PAPP, Desiderio y AGÜERO, Abel L.: Breve historia de la Medicina. Editorial Claridad, Buenos Aires, Argentina, 1994, 325 páginas.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A., FASCIOLI, a., y TAGLIORETTI, M.: Meningitis sifilíticas agudas y febriles tardías. Rev. Méd. Uruguay. V. 36, 1933.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A., PASEYRO, P.: El histograma de la adenopatía sifilítica primaria. Anal. Clín. Inst. Enf. Infecc. V. 3, 1948.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A., TAGLIORETTI, M., y FASCIOLI, a.: Tratamiento De las meningitis sifilíticas terciarias y tratamiento precoz de las sífilis parenquimatosas. Arch. Urug. Med. Cir. Especialid. V. 2, 1933.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A., TAGLIORETTI, M., y FASCIOLI, A.: Tratamiento de las meningitis sifilíticas terciarias y tratamiento de las neurosífilis parenquimatosas incipientes. Arch. Urug. Med. Cir. Especialid. V. 4, 1934.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Sífilis Nerviosa. El Estudiante Libre V: 18, 1940.

- PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: La insuficiencia aórtica. Tipos Clínicos. Consideraciones clínicas y terapéuticas. *El Estudiante Libre*, V. 12, 1931.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: Sífilis nerviosa parenquimatosa: *El Día Méd.* Uruguayo: v. 9, 1941.
- PIAGGIO BLANCO, Raúl. Publicación de homenaje auspiciada por el Ministerio de Instrucción Pública. Apartado de Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo: Vol. 37 Nros. 7 y 8: Julio-agosto 1952
- POU FERRARI, Ricardo: Augusto Turenne: Pionero de la Obstetricia Social en América Latina. Fundador del Sindicato Médico del Uruguay. Edición del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, mayo 2006, 275 páginas.
- POU FERRARI, Ricardo: Juan Pou Orfila: Crónica de una pasión pedagógica. Edición del autor. Montevideo, Uruguay, diciembre 2006. 335 páginas.
- PRADERI GONZÁLEZ, Raúl C.: El cirujano y la relación anatómico clínic. En: www.smú.org.uy/historia/praderi-cir.html
- QUINTELA, Manuel. Memoria presentada por el Decano. La Facultad de Medicina de Montevideo (1875-1915) Universidad de la República Oriental del Uruguay. Tipografía Moderna, 1915. 533 páginas.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario, Edición 22ª., 2001, 2 tomos.
- RICALDONI, Américo: Anales del Instituto de Neurología, Vol. I. Facultad de Medicina de Montevideo. Imprenta Nacional, Montevideo, 1928, 514 páginas.
- ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Tercera Edición. Interamericana, México, 1968, 1332 páginas.
- ROBINS, Ashley H., SELLARS, Sean L.: Oscar Wilde's terminal illness: reappraisal after a century. Department of medical history. *Lancet* November 25, 2000; 356: 1841-43.
- RUIZ de RÍOS, Cecilia: Sin Tapujos ni Mojigaterías: Los célebres sifilíticos de la Historia.
- SAGRADA BIBLIA: NÁCAR FUSTER, Eloíno – COLUNGA, Alberto, O.P., de la Pontificia Universidad de Salamanca. Sexta Edición. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1955, 1583 páginas.
- SALVAGGIO, Santos: Premios Nóbel. La fundación y biografías de los galardonados. Editorial Ramón Sopena S.A. Barcelona, España, 1980, 640 páginas.
- SAPRIZA, Graciela: Biografía de Paulina Luisi, la primera mujer médica uruguaya. *Revista Post Data*, Montevideo, Uruguay, 1998.
- SCALTRITTI, A.: Méthodes décrites a la Conférence par le Dr. A. Scaltritti. Rapport de la Deuxieme Conférence de Laboratoire sur le Sérodiagnostic de la Syphilis tenue á Copenhague, du 21 mai au 4 juin 1948. Série de publications de la Société des Nations. III. Hygiène, 1929. III. 3.

- SCHENONE CASTIGLIONI, Héctor: en SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta V – Reportajes: memorias y proyecciones de nuestra medicina. Sindicato Médico del Uruguay – Ediciones de la Banca Oriental, Montevideo, 2000, 210 páginas.
- SMITH, Donald R.: Urología General, 2ª. Edición. El Manual Moderno S.A., México DF, 1965, 382 páginas.
- TALICE, Rodolfo V.: Memorias del Siglo. Segundo Escandell SA Publicaciones & Ediciones. Barreiro y Ramos, noviembre 1994, Montevideo, Uruguay, 331 páginas.
- THOMAS, Hugh: El Imperio Español. De Colón a Magallanes. Planeta, Barcelona, 2004, 840 páginas.
- TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1997.
- TURENNE, Augusto: En el umbral de la profesión. Conferencia dictada en la Facultad de Medicina, en 1927. En: www.smu.org.uy/historia
- TURNES, Antonio L.: La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en su 150º. Aniversario. En: www.smu.org.uy/historia/umbrales.html
- VIGNALE, Bartolomé: Concepto actual de la Dermatología. En el Libro de Homenaje al Profesor Doctor Julio C. García Otero. Facultad de Medicina. Universidad de la República, 1962.
- VIGNALE, Raúl, AMOR, Francisco, PACIEL, José: Historia, Evolución y Estado Actual de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Uruguay. Academia Nacional de Medicina, Montevideo, 1986, 360 páginas.
- VIGNALE, Raúl: en SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta VI – Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina. Sindicato Médico del Uruguay – Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2000, 193 páginas.
- www.historiadelamicrobiologia.htm
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory
- ZABUSKI, Paula M.: Alicia Moreau de Justo, Médica y Política. Biografía. En: [www.mercuriodelasalud.com.ar/secciones/biografias/Notas/moreau%20de%](http://www.mercuriodelasalud.com.ar/secciones/biografias/Notas/moreau%20de%20)

ÍNDICE ALFABÉTICO

Abraham (profeta)	52
Abraham	95
Ácido arsenioso	85
Acosta, José de	76
Acuña de Figueroa, Francisco	209
Adonis	60 - 72
Afrodita Pandemo	72
Afrodita Urania	72
Afrodita	60 - 71 - 72 - 73
Aguilar, Delio	182
Aguirre Aristegui, Miguel	160
Ahmed	108
Al Capone	117
Alajouanine	33
Alabama	186
Alberti, Blas	183
Albertini, I.F.	37
Alejandro (Paris)	72
Alejandro VI (papa)	68 - 69 - 107
Alemania	75
Alfonso (rey de Portugal, "el loco")	110
Álvarez Chanca	68
Álvarez Vignoli de Demichelli, Sofía	146
Amalasantha	107
Amoretti, Aquiles R.	138 - 185
Amunátegui, M. L.	135
<i>Annales des Maladies de la Peau et de la Syphilis</i>	121
Anquises	72 - 73
Anteros	72
Archinard, General	148
Ardao, Ruben	129
Ardeme, John	63
Ares	72
Argenta, Martín de	78
Argentina	27-51
Argyll Robertson	32 - 44-194
Armand Ugón, Alice	184
Arrizabalaga, Gerardo	165

Arsénico	42-47-84-85-128-196
Arsenobenzol	79-81-82
Ascanio	73
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	133
Asociación Médica Mundial	187
Astete	211
Astorga, Héctor	166
Atenea	72
<i>Atoxil</i>	85-86
<i>Aurora de Chile, La</i>	135
Austria	200
Austria, Mariana de	109
Avicena	68
Azcoitya, Hermanos	165
<i>Bad Blood</i>	186
Bacillus anthracis	14
Bacillus brevis	91
Ballet	43
Barbé	43
Barcelona	200
Barco Centenera, Martín del	76
Bargo, Antonio	163
Barrán, José Pedro	142 - 153 - 177 - 179 - 180 - 183
Basilea	101
Battle y Ordóñez, José	142 - 146 - 166
Baudelaire, Charles	107 - 112
Bayer	87
Bayle	32 - 43
Becerro de Bengoa, Miguel	154 - 169 - 174
Bechamp	85
Bedoya, Manuel A.	172
Beethoven, Ludwig van	110 - 111 - 113 - 116
<i>Bejel</i>	61-98 - 100
Bélgica	200
Bell	37
Bennati, Diamante	127
Benzopurpurina	85
Bertheim	85 - 86
Bhavamishra	61
Biblia	61

Biddiss, Michael	101
Bigourdan	148
Bioética	186-187-188
Birmingham	115-202
Bismuto	42-47-128-190-196-196-199
Binz	83
Biyoduro de mercurio	42
Blanco Acevedo, Eduardo	179
Blengio Rocca, Juan	140
Blenorragia	36-38-104-158-164
Blixen, Bror von	114
Blixen, Karen	113
Blokusewski	157
Blumenthal	85
Boerhaave, Hermann	37 - 69
Bohemia	110
Bolivia	27
Bollini Folchi, Hebe	123 - 124
Bonifacio VIII (papa)	107
Borbones (Francia)	136
Borda, Siro	111
Bordet	32 - 43- 45 - 155
Borgia (papa)	68 - 107
Borgia, César	68 - 69 - 107
Borgia, Lucrecia	69 - 107
Bosnia	98
Boswell, James	202
Bothwell, Lord	108
Boudin, G.	33
Bouin	92
Bowen, J. M.	191
Boylston, Angela	99
Bradford	99
Brain, Lord	32
Brasil	24-25
Brioux	148
Británico de Investigación Médica, Consejo	92
Brito Foresti, José	20 - 122 - 124-125 -126-138 139-140 - 147
Bruck	40
Brum, Baltasar	146 - 165 - 166
Bucheim, Rudolf	83
Buenos Aires	111-112-182-184

Buño, Washington	101	123 – 124
Buonarroti, Miguel Angel	81-1	108
Buoninsegni, Lucrezia	187-188	77
Bürger, Max	211	87
Burgues Roca, Sandra	13-14	121
Byron, Lord	87	112
Caboto	43	120
Cadícamo	179	112
Cadmo	140	72
Caffey, Síndrome de	101-102	50
Calderón, María "la Golosa"	117	109
Calígula	113	107
Calixto III (papa)	137	68
Callaway, J.	82	191
Calleriza, Fernando	37-38	127
Calzada, Luis	110	122
Campisteguy, Juan	72	166
Canabal, Joaquín	124-125	122 – 125 - 139- 151
Candidiasis	101	104
Canelones	136	163
Cañamares, Juan de	111	67
<i>Cañafístola</i>	32-33	77
Cañete	107-108	51
Cantón, Eliseo	107-108	118 – 120
Capone, Al	107-108	117
Capri, Berengario da	87	69
Cardenal, L.	100	171
Carlos I (Inglaterra)	100	201 – 202
Carlos II (España, "el Hechizado")	100	109
Carlos II (Inglaterra)	100	207
Carlos III (España)	100	103
Carlos V (España)	89	78
Carlos VIII (Francia)		13 – 14 – 68 – 69 – 97 -108-
Carrera, Martín		166
Cartwright, Frederick F.		101
Casanova		202
Casatroja, Nicolás		124
Castilla		100
Catalina (de Rusia)		110
Catalina II (de Rusia)		70
Caviglia, Luis C.		180

Cazenave, Pierre-Louis Alphée	121
CDC (Center for Disease Control)	24 – 193
Céfiros	72
Cela, Camilo José	103 – 133
Cellini, Benvenuto	69 – 112
Celsus, Cornelius	58 – 100
Cerruti, santiago	124
César	73
Cesonia	107
Chain, Ernst Boris	89 – 92 – 93 – 94 – 185
Chantemesse	148
Charcot	32
Charité, La (Clínica de Berlín)	15
Chautemps, Senador	148 – 149
Chicago	117
Chile	135
China	27-28-51-62-188
China, raíz	75
<i>Chinae radix</i>	75
Chipre, polvo de	56
Chirizola, Juan	165
Chopin, Frédéric	111
Churchill, Lord Randolph	110
Churchill, Sir Winston	110
Cianurada, intoxicación	127
Ciesa de León	76
Cíniras	72
Cipango	119
Claisse, Paul	113
Clamidiiasis	25-104
<i>Clinical Infectious Diseases</i>	115
Clutton	49
Cobasini	61
Cohen, Myrón	27
Colebrook	88
Colles, madres de	185
Colón, Cristóbal	13 – 64 – 66 – 67 – 68 – 69 – 97 – 99 – 100 – 117 – 119
Colt, Samuel	114
Columbia	24
Cómodo	59

Comstock, Anthony	151	203
Condom, Dr.	24 - 197	171 - 201
Contursi, Pascual	75	111-112
Corbière, Emilio J.	103 - 133	182
Corominas	69 - 113	171
Correa Llobet, F.	28 - 100	176
Craig	124	16
Croacia	73	100
Cromwell	107	202
Cronos	89 - 92 - 111	72
Cruzadas	148	63 - 98
Cupido	32	73 - 74
Da Cunda, Dinorah	12	187
Dabout	148 - 149	171
Daimler, Gottlieb	117	200
Darnley, Lord Henry	132	108
Darwin, Charles	27-28-31-62-111	182
De Salterain, Joaquín	75	181
De Sárraga, Belén	75	183
Deimo	26	72
del Campo, Héctor	162	152 - 153 - 174 -175 - 181
del Valle Iberlucea, Enrique	111	183
Delaye	110	32
Demichelli, Alberto	110	146
Demicheri, Luis	127	122
Denanpont, Maria	36	182
Deodato	75	107
Dielafoy	119	81
Díez de Tejada, Vicente	113	74
Dinamarca	25-104	100
Dinesen, Isak	112	113 - 114
Dione	49	72
Dionisio (Dionisos)	61	60
Dionisio, San	27	64 - 97
Dioscórides	88	55 - 73 - 77
Discordia	282	72
Domagk	17	87
Dominicana, República	27	27
<i>Don Carlo</i>		108
Donath - Landsteiner		42
Donizetti, Gaetano		110 - 111
Dönt, H.		53

Dorset	171
Douglas, Lord Alfred	113
Dubos, R.	91 - 92
Duchenne	32
Duchesne, Ernest	90
Dunn, Sir William	92
Durazno	161-162
Durupt	33
Duval, Jeanne	112
Dvorak, Antonin	110
Ebers, papiro de	52
Egipto	51-98-202
Ehrlich, Paul	11 - 15-40 - 83 -84 - 85- 86
Elizabeth I (Inglaterra)	87-167 - 168 -191 - 199
Ellis, Jorge	108
Ellmann, Richard	167
Eneas	113
Enrique IV (Inglaterra)	71 - 72 - 73
Enrique VIII (Inglaterra)	63
Entamoeba coli	108
Entamoeba histolytica	16
Eos	16
Erasmus de Rotterdam	72
Eros	69 - 112
Escardó y Anaya, Víctor	72 - 73
Escocia	181
Escuder Núñez, Pedro	98
España	165
Esquirol	100-121-200-209
Estados Unidos	43
Estocolmo	27-30-48-93-94-95-200-207
Estovarsol	100
Estuardo, María	190
Etchepare, Julio	108
ETS	164
Evans, David	26 - 193
Ey, Henry	100
Ezequiel, Profeta	42
Falk, Leslie	212
Faloppio, Gabriel	92
	37 - 171 - 202-207

Felipe II (España)	76 - 108
Felipe IV (España)	109
Fernández de Oviedo y Valdés, Gonzalo	76
Fernando (el Católico, de España)	67 - 68
Fernando II (de Nápoles)	13
Fernel, Juan	68
Ferrante (de Nápoles)	68
Ferrer, Jaume	67
Ferrer, Jorge	47
Finkelstein, Yoram	118
Fleming, Alexander	11 - 15 - 89 - 90-91 - 92 - 93 96 -185
Florey, Howard Walter	89 - 92 - 93 - 94-95 - 96 - 185
Florida	24
Fobo	72
Forneau, Ernesto	88
Fournier, Alfred	40 - 43 - 80 - 81-82 - 125 - 158-159 - 176
Fracastorius, Girolamo	35 - 69 - 71
<i>Frambesia</i>	61-66-100
Francia	98-200
Francisco I (de Francia)	69 - 108
Franklin, Benjamín	208
Friedberg, Charles	30
FTA/Abs	47-193 - 194
Gaboto, Sebastián	119 - 120
Galeno, Claudio	59 - 60 - 61 - 68
Gallinal, Alejandro	123 - 152 - 153-156 - 157 - 159-175 - 181
Gandós Reilly, Rodolfo	130
García Lagos, Horacio	165
García Maggi, Walter	166
García	120
Garcilaso de la Vega	73
Gaucher	81
Gauguin, Paul	114
Gelmo, P.	86
Germán, Ismael	167
Gilbert	43
Giribaldo, Fernando	122
Godoy, Coronel	135

Golfarini, Estela	165
Gómez Folle, Juan Carlos	164
Góngora y Argote, Luis	73
Gonococo	168
Gonorrhea	25-37-59-60-104
González, Joaquín B.	183
González, Justo F.	181
Goodyear, Charles	203
Gosechard, Almirante	148
Gota	78
Gourgerot	126 - 140
Goya, Francisco de	114
Gramicidina	91
Granero, Carlos César	124
Grecia	98
Grey	148
Grucci, Vicente	166
Guayacán	77
Guayaco	36-77-78
Guglielmetti, Juan	122
Guiccardini	68
Guttmann	85
Hallopeau, Henry	39
Halty, Máximo	140
Hardy	39
Habsburgo, Francisco José I (Austria)	109
Habsburgo, Leonor de	108
Habsburgo, Maximiliano (Austria)	109
Habsburgo, Rodolfo de (Austria)	109
Harish-Herxheimer	47 - 190 - 192
Harmonía	72
Harvard	115
Harvey	35
Hata, Sachahiro	86
Hayden, Deborah	112 - 113 - 114-116
Heatley, Norman	92 - 94 - 95
Hefesto	72
Heine, Enrique	112
Helena de Troya	72
Helicobacter pylori	17
Heliogábalo	107

Heller, J.	187
Helsinki, Declaración de	187
Hemophilus ducreyi	29
Hepatitis B	104
Hepatitis C	104
Hera	72
Hermes	60 - 72
Hernández (médico de Felipe II)	76
Hernández de Oviedo y Valdés, Gonzalo	69
Hérpes Genetal	104
Herxheimer, Reacción de	47 - 189 - 190-191 - 192 - 195
Herzen, V.	78 - 81
Hidrargirio	79-80-81-122
Himmler, Heinrich	116
Hinton	41
Hipócrates de Cos	53 - 58
Hitler, Adolf	116 - 117
HIV-SIDA	9 - 10 - 25 - 26-28-104 - 178 - 184-192 - 193 - 204-205-206
Hoffmann, Erich	9 - 11 - 14 - 32-40-150
Holmberg, Eduardo	182
Homero	72
Hoornik, Clasina	114
Hoppe - Séller	87
Hospital Militar	139
Huber	16
Huber, G.	191
Hudson	98
Hull	99 - 100
Hungría	100-200
Hunter, John	37 - 38 - 39 - 51-143
Hutchinson	39 - 49
Idsoe	195
Illinois	94
Impuesto de Profilaxis contra la Sífilis	152 - 153
Indias Orientales	77
Inglaterra	98-99-100-101-115-202
Inocencio VIII (papa)	68
Instituto Profiláctico de la Sífilis	125-148 - 150 - 151-152 - 153 - 156-158

Irazoqui, Luis	166
Irlanda	98
Isabel (la Católica)	67
Isabel Petrovna (de Rusia)	70
Islam	104-105
ITS	26 -28-104-193-205-206
Iturriaga, Nereo	122
Iván el Terrible	108
Jackson, Russell	115
Jadassohn, J.	190
Janacek, Léos	110
Jarish – Herxheimer	191 - 192
Jarish	190
Jauregg, Wagner von	43
Jáuregui, Miguel Ángel	122
Jerez de la Frontera	121
Jerome, Jennie	110
Jones, Word	51
Joyce, James	112
Juan II (de Aragón)	67
Julio II (papa)	69 – 108
Justiniano	107
Justo, Juan B.	182 – 183
Jutlandia	98
Kahn	41 – 123
Kimura, S.	47
King's College Medical School	101
Klarer	86
Kline	41
Koch, Robert	14 – 15 – 85
Kolbe	84
Kolmer	41
Krause	190
Kremlin	118
Krøgh	92
Kuznitski, E.	191
La Charité	15
La Marca	100
Laguna, Andrés	73
Lain Entralgo, Pedro	38
<i>Lancet</i>	27-28-92 – 113
Landouzy	148

Larrey	38
Las Casas, Bartolomé (Fray)	67
Lauris, Laura de	110
Lautemann	84
Laveran	85
Legnani, Antonio	165
Legnani, Augusto	165
Legnani, Mateo (h.)	166
Legnani, Mateo	165 - 166 - 167-169 - 173 - 176
	178 - 181
Legnani, Ramón	165 - 166
Lenin, Vladimir Ilich Uliánov	117 - 118
León X (papa)	69 - 108
Leone Bloise, Nicolás	144
Lepra	52-63-159
Lerena Acevedo, Arq.	153
Lerner, Vladimir	118
Letterer-Siwe	49
Levaditi	40 - 128
Levy-Bing	81
Li Che-Chen	62
Liebegott, R.	191
Liebig	84
Lincoln, Abraham	114
Linfogranulopatía venérea	29
Lisozima	90
Lister	155
Liszt, Franz	110
Litargirio	119
Litter, Manuel	195
Lituania	100
Lockhart, Jorge	140 - 141
Londres	89-96-101-182
López de Gomara	76
López de Villalobos, Francisco	69
Los Ángeles	24
Lozano, H.	179
Lues	71
Luis XI (Francia)	67
Luis XIV (Francia)	109 - 145
Luisi, Ángel	145
Luisi, Paulina	145 - 154 - 155 -164 - 168 -169 -176
	180 - 181

Magallanes, Hernando de	119
Mahoney	43
Mainginou, José	156
Malpighi	37
Mañé Garzón, Fernando	20 – 121 – 123
Manzini	195
Marañón, Gregorio	172
Marco Aurelio	59
Marie, Pierre	128
Marne	51
Martino, P. J.	122
Mártir de Anglería, Pedro	67
Martirené, José	151 – 166 – 179
Massa, Niccoló	69
Mattioli, Andrea	77
Mattioli, Francisco	77
Maupassant, Guy de	112
Max Bürger	87
May, José	124-140 – 152
Mayer	40
<i>Mayo Clinic</i>	94
Mazzini	41
Mbour	104
Mechnikov, Ilya	83
Mendoza, Pedro de	118 – 119 – 120
Menéndez Pelayo, Marcelino	172
Mengele, Joseph	188
Mercedez	200
Mercurio	35-36-39-42-62-75-78-79-80-81-82- 100 101-115-119-127-161-168-190- 198-199
Mérola, Lorenzo	184
Mestre, José R.	124
Metchnikoff	157 – 158
México	25-51
Meyer, Alfred	111
Michaëlis	51
Mieli, Aldo	75
Mietzsch, F.	86
Ming, dinastía	62
Mirra	72
Mitscherlich, Karl Gustav	83

Moisés	52
Monardes, Nicolás	77 - 78
Monnet, P.	191
Monod	148
Montevideo	96-161-163
Montt, Luis	135
Moob	52 - 97
Moore, J.	191
Moran, Dug	117
More, Cedeneide	167
Moreau de Justo, Alicia	181 - 182 - 183-184
Moreau, Armando	182
Morelli, Juan B.	122 - 140
Morgagni, Giovanni Battista	37 - 38
Morquio, Luis	177
Moscú	118
Mozart, Wolfgang Amadeus	110
Munich	75
Mussolini, Benito	116
Mycobacterium leprae	61
Mycobacterium tuberculosis	14
Nabuco, Rey	211
Nápoles	97-115
<i>National Research Council</i>	94
Navarro, Alfredo	178
Necker (Neker)	136
Neisser, A.	40 - 168 - 191
Nelson, test de	40 - 45 - 185
Neo Arsenobenzol	81-82
Neoburgo, María Ana (Palatinado)	109
<i>Neosalvarsán</i> o "914"	81-84 - 86 - 167
Nérac	98
New York	24-117
<i>New York Times</i>	187 - 203
Nicolás y Favre, Enfermedad	29
Nieto, Manuel B.	184
Nietzsche, Federico	112
Nin y Silva, Celedonio	145
Niza	200
Nobel, Premios	11 - 40 - 83 - 87-89 - 92 - 93 - 96 -197
Noguchi	40 - 43
Nogueira	165

Nürenberg, Juicios de	187
Ofir	119
Olaechea, Manuel Adolfo	122
OMS	25 - 103
OPS	25 - 26
Orión	72
Orleáns, María Luisa de	109
Ortner, Donald J.	100
Osler, Sir William	30
Otero, Luis M.	181
Ovidio	71
Oxford	92-93-94-96
Paganini, Carlos	166
Paganini, Niccolo	111
Painlevé	148
Paladino, Francisco	162
<i>Palo de Indias</i>	78
<i>Palo santo</i>	77-78
Paperán	166
<i>Papiloma Virus Humano</i>	104
Paracas	51
Paracelso	75 - 100
Paraguay	209
Paré, Ambrosio	65 - 66
Parietti, José	159
París	70-111-112-121-161-184
Paris (de Troya)	72 - 73
Parrot, parálisis de	48
Partridge, Eric	171
Pasteur, Louis	90 - 155
Paysandú	164
Pedro I (de Rusia)	110
Pellegrini, R.	171
<i>Penicilina</i>	19-26-40-42-47-89 - 90 - 91-92 - 94- 95 96 - 185 - 186-189 - 191 - 192- 195-196 199
<i>Penicillium crisogenum</i>	95
<i>Penicillium glaucum</i>	90
<i>Penicillium notatum</i>	89 - 90 - 91 - 92-93 - 95
<i>Penicillium rubrum</i>	91
Penna, J.	179

Peoria	94-95
Permanganato de potacio	162
Perséfone	72
Perú	51
Peyrot, Senador	148
Piaggio Blanco, Raúl A.	20
<i>Pian</i>	98
<i>Piedra bezoar</i>	77
Pinard	148
Pinto de Vidal, Isabel	145
Planchu, M.	191
Planelles, Juan	42
<i>Plasmodium vivax</i>	189
Plaut	128
Plinio (el Mayor; el Viejo)	58
Pollaiulo	68
Polonia	100
Portugal	100
Pou Orfila, Juan	147 - 159
Pouey, Enrique	123
Power, Dr.	203
Praderi, Raúl C.	32 - 184
Praga	110
Pramnio, vino de	56
Prat, Domingo	184
Precioso, Artemio	172
Priapo	60 - 72
Prokopchuk, A.	191
<i>Prontosil</i>	87-88
Prunell, Alfredo	125 - 126
Prunell, Schaudinn	127
Prucia	100
Psoriasis	61
Pthyrus pubis	63
Puerto Roco	78
Purgación	63
Quevedo y Villegas, Francisco	73
Quina	36-78
Quincke	16
Quintela, Manuel	139
Rabutin-Chantal, Marie de	145 - 201

Raistrick	91 – 93
Raíz de China	62-75
Ratisbona	75
Ratter, W.	191
Reading	11
Rechi o Recco, Nardo Antonio	77
Regensburg	75
República Checa	110
Rey de Álvarez, Sara	146
Reyes Católicos (España)	67
<i>Revista Europea de Neurología</i>	117
Revolución Rusa	118
Ribeira Sánchez, Antonio	69
Ricaldoni, Américo	20 -122 – 127
Ricardo II (Inglaterra)	63
Ricord, Philip	39
Riera, Juan	77 – 78
Rimbaud, Arthur	112
Río Negro	51
Rizzi Castro, Milton	47 – 113
Robinson, William J.	171 – 172
Rochester	171
Rockefeller, Foundation	92 – 93 – 185
Rodríguez Lorient, Ramona	165
Rodríguez, Juan Antonio	123 – 147 – 149-152 – 153 – 158 -168
	173
Rojlin	51
Rolinson	186
Romberg	32-194
Roos	16
Roosevelt, Franklin Delano	203
Roscommon	171
Rosende, J.	122
Ross, John J.	114 – 115
Rossenblatt, José	127
Rossi, Santín Carlos	146 – 165
Rouselle, J.	191
Roux, Emil	148 – 155 – 157
Rusia, Federación de	26-98-110
Sabadell	104
Sade, Marqués de	110 – 207

Sahún, Bernardino de	76	Raistrick
Salas, Manuel de	135	Rails de China
<i>Salvarsán</i> ó « 606 »	15- 40 -81- 84 - 86-91 - 117 - 118-	Rainald
	122 184	Raiter, W.
Salzburgo	101	Reading
Sams, Eric	111	Rechi ó Rescor, Nardo Antonio
Santiago	135	Rechenburg
Santo Domingo	77	Republia Cinea
Santomé, Héctor	138	Rey de Aiazar, Sara
Sapriza, Graciela	145	Reyes Caudillos (Español)
Sara (personaje bíblico)	52	Revisión Europea de Neurología
Sara 'at	61	Revolución Rusa
<i>Sasafrás</i>	77	Ribera Sánchez, Antonio
Saxonia, Hércules	202	Ricardoni, Antonio
Scaltritti, Alberto	122 - 123	Ricardo II (Inglaterra)
Schaudinn, Fritz	9 - 11 - 14 - 16-32 - 40 - 85-150	Richter
Schenone, Héctor	141	Riera, Juan
Schmidel, Ulrico	119	Ribaut, Arthur
Schubert, Franz	111	Rio Negro
Schumann, Robert	111	Rizzi-Casati, Milton
Schwabach	46	Robinson, William A.
Sciutto, José A.	167	Robinson
Scolari, Juan	122	Rockwell, Edward
Scosería, José	164 - 179	Robinson, John
Scott, V.	191	Rodríguez, Juan Antonio
<i>Scurvy</i>	98	
Segura, Germán (Pabellón)	123 - 125 - 139-148 - 156 - 160-161	
	162 - 163-168	
Seijo, Ernesto	123	
Selim (Turquía)	108	
Semelweiss	88	
Senegal	104	
Serrato, José	166	
Sévigné, Marquise de	145 - 159 - 201-202	
Sevilla	77	
Seyler	87	
Sézary	43	
Shafer	195	
Shakespeare, William	114 - 115	
Shiga	86	
<i>Sibbens</i>	98	

SIDA	23 - 104 - 105-115 - 141	Tam, Ch.
Sierra, José Antonio	135	Tam y Guantánamo, Cayetano del
Silvio, Francisco de la Bøe	35 - 36	Tam, Antonio de
Sims	39	Tam, María - 151-841 - 247
Sindicato Médico del Uruguay	20 - 181	Tam, Yanina
Síndrome delirante	45	Tatouba
Síndrome demencial	44	Tatouba y Tera
Síndrome humoral	45	Tatouba pallidum
Síndrome parético	44	Tatouba parvulus
Skavronskaya, Martha	110	Tatouba
Slater, Eliot	111	Tatouba
Smétana, Bédrieh	110	Tatouba
Smith, E.	51	Tatouba
Soca, Francisco	124	Tatouba, Auguste
Solana	73	Tatouba, Daniel
Solís, Juan Díaz de	118 - 119	Tatouba (Alabama)
Sotheby's	113	Tatouba Syphilis Study
<i>Spirocolon</i>	98	Union Soviética
Stagnero de Munar, María	145	Union
Stalin, Jose V.	118	Union
Stendhal	112	Union
Stirling, Ernesto	127	Union
Stokes-Adams, Síndrome de	38	Union
<i>Sulfamidas</i>	88-91	Union
Surraco, Luis A.	141	Union
Sydenham, Thomas	36	Union
Syphilis	13 - 71	Union
Tabes	127-128-193	Union
Talavera	67	Union
Talice, Rodolfo V.	96	Union
Tarsis	119	Union
Teodora	107	Union
Terra, Gabriel	146 - 165 - 166 - 178-179	Union
<i>Tetraciclina</i>	20-47	Union
Texas	24	Union
Thiers, Adolphe	182	Union
Thurel	33	Union
Tiberio	107	Union
Tiscornia Denis, José María	138	Union
Tlatelolco	51	Union
Todd, Mary	114	Union

Tom, Ch.	91
Toro y Quartiellers, Cayetano del	121
Torres, Antonio de	68
Transbaikalia	51
Transilvania	100
Trefouëls	87
Treinta y Tres	163
Treponema pallidum	9 - 13 - 15 - 16-17 - 19 - 32 - 34 -40 48 - 85-117 - 139 - 141-150 - 151
<i>Treponema pertenue</i>	100
<i>Tricomoniiasis</i>	25-104
<i>Tripanosoma gambiense</i>	85
Tufts	115
Turenne, Augusto	134 - 173
Turner, Daniel	171
Tuskegee (Alabama)	186 - 187
Tuskegee Syphilis Study	187
Unión Soviética	42
Urania	72
Urano	72
Ursilton	195
Uruguay	133-209
Valaquia	100
Valderrama, Julia	27
Valois, Isabel de	108
Valsalva, A. M.	37
Van Gogh, Theo	114
Van Gogh, Vincent	114
Van Helmont	101
Van Hutten	78
Vargas Machuca	76
Vaticano	203
Vázquez	165
VDRL	41 - 121 - 193
Veltroni, Arquitecto	153
Vendler, Helen	115
Venus	35 - 36 - 39 - 71-72 - 73 - 75 -143 - 144 198
Venus, Genitrix	73
Venus, Madre	73
Verdi, Giuseppe	108 - 111
Verlaine, Paul	112

Vernes, A.	148
Vesalio	37 - 75
Vetsera, María	109
Vidal y Fuentes, Alfredo	123 - 142 - 148-151 - 154 - 155-163
	181
Vielle	148
Vignale Peirano, Raúl	138
Vignale, Bartolomé	138 - 140
Vigo, Juan	66
VIH, véase HIV - SIDA	
Vilardebó, Hospital	20
Villalobos, Francisco	100 -119
Vinci, Leonardo da	71
Visca, Pedro	134
Volpe, Antonio	166
Von Jauregg, Wagner	189
Wagner, L.	191
Warren, Elías	124
Washington	129
Wassermann, August von (Reacción de)	15 - 32 - 40 - 41-42 - 43 - 45 - 46 121 122 - 123 -125 - 126 - 127 128 - 150 - 155-167 - 168 - 169-175
	180
Weber, Carlos María von	111
Wertheim	39
Widal, Reacción de	127
Wilde, Oscar	113
Witztum, Eliezer	117
Yale	94
Yaws	98 - 100
<i>Yerba escuerzonera</i>	77
<i>Yodo-Bismuto</i>	42
Yoduro de potasio	79-81
Yrigoyen, Hipólito	182
<i>Zarzaparilla</i>	36-77-78
Zedek, Shaare	118
Zeus	60 - 72

Se realiza una revisión parcial de la historia de una de las enfermedades de transmisión sexual que más víctimas ha hecho a lo largo de los siglos: la sífilis. Se pasa revista a sus características microbiológicas, diagnóstico y tratamientos actuales. También se efectúa una revisión de las diferentes teorías que buscan explicar el origen de la enfermedad; las denominaciones con que se la ha nombrado, de acuerdo a las circunstancias históricas, o el origen que se le atribuía; las manifestaciones clínicas a través de las épocas; los tratamientos que fueron instaurados para combatirla. Los personajes que han sido víctimas del mal y sus consecuencias desde los más modestos a los más encumbrados, dando indicios del fin de alguna dinastía, o la incidencia en la conducta de los más destacados actores sociales, políticos, intelectuales y artísticos de todos los tiempos. Presenta algunos datos epidemiológicos recientes que permiten conocer su prevalencia en las Américas. Se revisan algunas circunstancias médicas, históricas y sociológicas de la sífilis en Uruguay y se brinda una semblanza de algunos médicos uruguayos que fueron pioneros en la lucha contra esta enfermedad de honda raíz social.

ISBN: 978-9974-96-322-1

