

MEMORIA

DEL

*Cuarto Congreso
Centroamericano
de Venereología*

Del 12 al 15 de Junio de 1952

BINASSS

**AUDITORIO DEL COLEGIO
DE MEDICOS Y CIRUJANOS**

1953

IMPRENTA ATENEA
San José, Costa Rica

MEMORIA
DEL
*Cuarto Congreso
Centroamericano
de Venereología*

Del 12 al 15 de Junio de 1952

AUDITORIO DEL COLEGIO
DE MEDICOS Y CIRUJANOS

San José, Costa Rica

1952

Presentación



Con el advenimiento de los sulfamidados y de los antibióticos, la Venereología ha hecho adelantos de tal magnitud que sus bases clásicas de otrora, tanto en el campo de la terapéutica, como en el que atañe a los aspectos epidemiológico y educativo, han experimentado una verdadera revolución.

Nunca como en esta época el intercambio de experiencias, de nuevos conocimientos y técnicas, se justifican en forma imperativa dentro de las normas sanitarias mundialmente aceptadas. Así lo han comprendido las respectivas Secretarías de Estado de las seis hermanas repúblicas de Centroamérica, al auspiciar tanto desde el punto de vista científico como del económico, la realización ininterrumpida de los cuatro Congresos Venereológicos celebrados hasta hoy en Panamá, Guatemala, El Salvador y Costa Rica, durante los años 1946, 1948, 1950 y 1952.

La Memoria del último de estos eventos que se verificó en San José en el mes de junio de 1952, es la que hoy ofrecen el Comité Organizador y el Departamento de Lucha Antivenérea, como su último aporte en esa jornada.

Como se podrá apreciar, las delegaciones fueron numerosas y presentaron muy valiosos estudios. Los comentarios que incluimos dan una idea del interés que despertaron las interesantes ponencias. Tuvimos el inmerecido honor de escuchar la autorizada palabra de venereólogos tan eminentes como el Dr. Delmas K. Kitchen y el Dr. Jaime Velarde Thomé.

La innovación de haberse verificado concomitantemente Seminarios de Venereología y Serología para los congresistas, debe recalarse como un verdadero éxito, ya que en esas asambleas fueron analizados, en forma amigable, todos los pormenores de las campañas en todo el istmo centro-

americano, y se señalaron las fallas, los éxitos y las orientaciones sugeridas para el futuro. Es de esperarse que en el próximo Congreso se proceda en la misma forma.

Costa Rica, cuya modesta potencialidad económica y científica somos los primeros en reconocer, no escatimó esfuerzo alguno para que el IV Congreso Centroamericano de Venereología alcanzara su máximo rendimiento.

El intachable comportamiento de los conspicuos congresistas que nos honraron con su visita y el espíritu de camaradería que reinó sin límites en todo momento, han venido a estrechar aun más, los fraternales vínculos que nos unen como centroamericanos.

El V Congreso tendrá lugar en Tegucigalpa, la bella capital hondureña y abí, nuevamente, habrán de reunirse representantes de Centroamérica, asesorados por los técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, en íntima comunión de ideales hacia un mundo mejor.

DR. JOAQUÍN ZELEDÓN A.

PROGRAMA GENERAL

JUEVES 12 DE JUNIO

Sesión Plenaria Preliminar

A las 9 a. m.

Presentación de Credenciales e Inscripción.
Adopción del Reglamento del IV Congreso.
Elección de la Mesa Directiva.
Designación de los Comités de Trabajo.

Sesión Solemne Inaugural

A las 11 a. m.

Discurso de Apertura por el Sr. Presidente de la República, don Otilio Ulate Blanco.

Himnos de los países representados.

Palabras del Sr. Ministro de Salubridad Pública, Dr. José Cabezas Duffner.

Sesión Ordinaria

De 3 a 6 p. m.

A las 8 p. m.

COMIDA EN EL COUNTRY CLUB

Ofrecida por el Dr. José Cabezas Duffner, Ministro de Salubridad Pública.

Viernes 13 de junio

De 7 a 9 a. m.

Visitas al Dispensario Antivenéreo y otras Instituciones Oficiales.

Sesión Ordinaria

De 9.30 a 12.30 p. m.

Sesión Ordinaria

De 3 a 6 p. m.

A las 8 p. m. — *Recepción*

Ofrecida a las Delegaciones por el Colegio de Médicos y Cirujanos.
(LOCAL DEL COLEGIO).

Sábado 14 de junio

Sesión Ordinaria

De 9 a. m. a 12 m.

Sesión Ordinaria

De 3 a 6 p. m.

Noche - Libre

Domingo 15 de junio

A las 7 a. m.

Paseo al Volcán Irazú.

En el Sanatorio Carlos Durán:

Sesión Plenaria Final

Presentación de las Recomendaciones de los Comités de Trabajo.
Proposiciones de los Delegados.

Sesión Solemne de Clausura

Aprobación de las Recomendaciones y Resoluciones, y firma del acta final por los Delegados.

Fijación de la sede del V Congreso.

Nombramiento del Comité Organizador del V Congreso.

Temario correspondiente al V Congreso.

Palabras de los Jefes de Delegaciones.

Almuerzo Campestre

Ofrecido por la Dirección del Departamento de Lucha Antivenérea a las Delegaciones.

PROGRAMA DE LAS SESIONES ORDINARIAS DEL
IV CONGRESO CENTROAMERICANO
DE VENEREOLOGIA

Jueves 12 de junio

De 3 a 6 p. m.

- I *Dr. Julio Fuentes Novella* (Guatemala).
La Lucha Antivenérea en los Dispensarios de Sanidad Municipal de Guatemala.
 - II *Dr. Joaquín Zeledón A.* (Costa Rica).
Encuestas serológicas y Educación Sanitaria Antivenérea concomitante.
 - III *Dr. Theodore Bauer* (Estados Unidos).
Programas de Salud Pública para el Control de las enfermedades venéreas.
-

Viernes 13 de junio

De 9.30 a 12.30 p. m.

- I *Dr. Jorge Arguedas S.* (Costa Rica).
Un año de labores en el Dispensario Infantil Antivenéreo.
- II *Dr. Arturo Romero L.* (Costa Rica).
Incidencia de Sífilis cutánea en los Consultorios Dermatológicos de Costa Rica.
- III *Dr. Ricardo Peralta* (El Salvador).
Dos años de Lucha Antivenérea en El Salvador.

De 3 a 6 p. m.

- I *Dr. Eugenio García Carrillo* (Costa Rica).
Contribución al conocimiento de la incidencia de la Aortitis Sifilítica en Costa Rica.
- II *Dr. Juan J. Rodríguez* (El Salvador).
Breves consideraciones sobre la disminución aparente de la Sífilis contagiante en El Salvador.

III *Dr. Delmas Kitcher* (Estados Unidos)

Antibióticos en dosis únicas y múltiples para el tratamiento de la Sífilis.

Sábado 14 de junio

De 8 a. m. a 12 m.

I *Dr. Juan M. Funes* (Guatemala).

Srta. Casta Luz Aguilar (Guatemala).

El uso de la solución Mafarside-Orvus para la prevención de la Gonorrea en la mujer.

II *Dr. Joaquín Zeledón A.* (Costa Rica).

Estudio de cien Historias Sociales de Prostitución.

III *Dr. John C. Cutler* (Estados Unidos).

Esquemas que permiten el tratamiento de la Sífilis.

De 3 a 6 p. m.

I *Dr. Otto Jiménez Q.* (Costa Rica).

Reacciones alérgicas a la penicilinoterapia.

II *Dr. Alfonso Trejos* (Costa Rica).

Conjuntivitis a virus en el recién nacido.

SESION PLENARIA PRELIMINAR

MESA DIRECTIVA PROVISIONAL:

Presidente: Dr. Joaquín Zeledón A.

Secretario: Dr. Arturo Romero L.

En el Salón de Actos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, siendo las 9 a. m. del día 12 de junio de 1952, se abrió la Sesión Plenaria Preliminar del IV Congreso Centroamericano de Venereología.

Una vez presentadas las credenciales de rigor, quedaron acreditadas las siguientes personas:

COSTA RICA:

Dr. Joaquín Zeledón A.

Presidente del Comité Organizador

Director del Departamento de Lucha Antivenérea

Representación Oficial: Jefe de la Delegación Oficial del Gobierno de Costa Rica.

Dr. Arturo Romero L.

Secretario del Comité Organizador

Jefe de la Sección del Servicio Social del Departamento de Lucha Antivenérea

Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.

Dr. Alfonso Trejos W.

Director del Laboratorio del Hospital San Juan de Dios

Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.

Dr. Arnoldo Castro J.

Director de la Sección de Laboratorios del Ministerio de Salubridad Pública

Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.

Dr. Carlos Aguilar Alfaro

Servicio de Venereología del Seguro Social

Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.

Dr. Jorge de Mézerville Q.

Médico Asistente del Departamento de Lucha Antivenérea

Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.

- Dr. Alfonso Salazar Baldioceda.
Director del Centro de Nutrición
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.
- Dr. Máximo Terán V.
Director del Instituto Materno Infantil
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Costa Rica.
- Dr. Rodolfo Salazar Esquivel.
Jefe del Servicio de Venereología del Seguro Social.

EL SALVADOR:

- Dr. Roberto Arévalo.
Director de la División de Laboratorios
Dirección General de Sanidad
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de El Salvador.
- Dr. Herbert Lewy Van Severen.
Jefe del Servicio de Urología
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de El Salvador.
- Dr. Ricardo Joaquín Peralta.
Director de la División de Higiene Social
Dirección General de Sanidad
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de El Salvador.
- Dr. Juan José Rodríguez.
Jefe del Servicio de Urología del Hospital Rosales
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de El Salvador.

GUATEMALA:

- Dr. Julio Fuentes Novella.
Jefe de la Lucha Antivenérea
Dispensarios de Sanidad Municipal
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Guatemala.
- Dr. Juan M. Funes.
Jefe de la Sección de Venereología del Ministerio de Salubridad
Pública
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Guatemala.

Dr. Abel Paredes Luna.
Director del Laboratorio Serológico
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Guatemala.

HONDURAS:

Dr. Carlos A. Bendaña.
Jefe del Departamento de Enfermedades Venéreas
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Honduras.

NICARAGUA:

Dr. Víctor Ml. Godoy.
Médico de Profilaxis Venérea
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Nicaragua.

Dr. Manuel Antonio Sánchez Vijil.
Director del Instituto Nacional de Higiene y
Asesor Técnico del Ministerio de Salubridad.
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Nicaragua.

PANAMA:

Dr. Arturo Tapia.
Jefe de la Campaña Antivenérea
Dirección de Salud Pública
Representación Oficial: Delegado del Gobierno de Panamá.

POR LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION
MUNDIAL DE LA SALUD:

Dr. Stanford F. Farnsworth.
Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana para la
Zona III.

Dr. Jaime Velarde Thomé.
Venereólogo Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Sr. Joseph F. Padula.
Serólogo Consultor.

ESTADOS UNIDOS DE NORTE-AMERICA:

Dr. Delmas K. Kitchen.

SESION PLENARIA PRELIMINAR

Palabras de salutación pronunciadas por el Dr. Joaquín Zeledón A.

Se abre la Sesión Plenaria Preliminar de este Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología. En la Sesión Final Plenaria del Tercer Congreso celebrado en San Salvador, al cual concurrí, se formuló el acuerdo 7º que designaba a Costa Rica como sede del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología. Con instrucciones del Sr. Presidente de la República y del Doctor Carlos Sáenz Herrera, a la sazón *Ministro de Salubridad Pública*, acepté con honor y con gusto la designación que se nos hacía. El acuerdo 9º tomado en la misma Sesión Final Plenaria, nos distinguió con el honorífico cargo de Presidente del Comité Internacional que debería organizar el Cuarto Congreso. En unión del Dr. Arturo Romero, nombrado Vicepresidente y el Dr. Enrique Sotela, nombrado Secretario, se constituyó ese *Comité Internacional* que posteriormente, en el mes de Julio de 1951, inició sus labores. En primer lugar se convocó a los Médicos que quisieran cooperar en la organización de este Congreso. Fué entonces que se eligió la Directiva del Comité Nacional, que quedó integrada en la forma siguiente:

Presidente.....Dr. Joaquín Zeledón A.
SecretarioDr. Arturo Romero L.
Vocales.....Dr. Julio César Ovares
 Dr. Máximo Terán V.
 Dr. Alfonso Salazar B.
 Dr. Jorge de Mézerville Q.
 Dr. Carlos Aguilar A.
 Dr. Rafael A. Cortés S.
 Dr. Alfonso Trejos W.
 Dr. Arnoldo Castro J.

Como segunda providencia hube de ocuparme en términos generales, en el Seminario Venereológico celebrado en Guatemala, de estructurar, de delinear la forma de llevar a cabo este Congreso. Ahí se tomaron algunas decisiones y se tomó la información pertinente. Luego en Costa Rica nos hemos seguido reuniendo hasta llegar a cristalizar en hechos el importante evento cuya Sesión Preliminar acabamos de abrir. Hemos de consignar las más expresivas gracias al Sr. Presidente de la República, al Sr. Ministro de Salubridad Pública y, particularmente, al Dr. Oscar Vargas Méndez,

Director General de Sanidad, quienes nos han ayudado y puesto a nuestra disposición todos los recursos del Gobierno para el éxito de esta jornada. El Dr. Vargas, con su dinamismo bien conocido y con esa alta comprensión de lo que significa un Congreso Internacional desde el punto de vista cultural, ha colaborado con nosotros grandemente. Igualmente los demás miembros del Comité Organizador han cooperado en el mismo sentido. Indudablemente estos Congresos Centroamericanos que se iniciaron hace seis años han contribuido en forma notoria al adelanto de las Campañas Antivenéreas en los diferentes países de Centroamérica, no solamente desde el punto de vista estrictamente científico, sino también del que atañe al fomento o estrechamiento de vínculos entre todos los médicos que estamos al frente de estas actividades de salud pública. Antes de pasar adelante debo una explicación a los asistentes respecto al cambio de fechas para la celebración de este Congreso. Todos ustedes saben que en el mes de Mayo se llevaron a cabo Asambleas Internacionales de Salud Pública en Europa y Estados Unidos. Además, por otro lado, habíamos recibido de Centro América pocos trabajos. Quizá faltaba propaganda. Por eso hubimos de postergar hasta hoy la celebración de este acto.

Tenemos una novedad que consignar en cuanto a este Cuarto Congreso: hemos celebrado al mismo tiempo el Segundo Seminario de Venereología y uno de Serología. El Serológico, cierto es, se había iniciado ya en El Salvador hace dos años, pero el Venereológico que precedió, se ha celebrado con éxito previamente a este Congreso. De éste nada más que beneficios podemos consignar, porque en esa plática amistosa de los Seminarios, en que se revén absolutamente todos los hechos más salientes de la Venereología, en que se comunican los diferentes aspectos de los problemas en cada Sección del istmo y se comentan los últimos adelantos de las campañas antivenéreas en todo el mundo: en esas pláticas casi familiares se llega a recomendaciones, no conclusiones—, pero sí a sugerencias de sumo interés para las campañas Antivenéreas de Centroamérica.

Debemos testimoniar todo nuestro agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud que por medio de su Oficina Regional en las Américas, ha hecho posibles y ha dado mayor auge a estos Seminarios.

Señores, distinguidos huéspedes que nos honran con su presencia, Costa Rica no puede ofrecerles las suntuosas instituciones que vosotros poseéis. El hogar, el recinto hogareño costarricense es incómodo, tiene penuria, tiene desmedro, pero sus moradores, nosotros los costarricenses, sencillos labriegos como canta nuestro himno, solo podemos ofrecerles la mejor buena voluntad, el mejor espíritu de servicio y daros un cálido saludo y un fraternal abrazo de bienvenida.

Reglamento para los Congresos Centroamericanos de Venereología

Aprobado en la Sesión Plenaria Preliminar del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado el 12 de Junio de 1952.

FINES :

Artículo 1.—Los objetivos de estos Congresos serán:

- a) El intercambio de información acerca de los métodos de estudio control de las Enfermedades Venéreas.
- b) Examen crítico de los adelantos en la lucha contra las Enfermedades Venéreas.
- c) Recomendaciones para acción conjunta, de acuerdo con lo enunciado en los dos párrafos anteriores; y
- d) Discusión de trabajos y estudios siguientes sobre Venereología.

Artículo 2.—El Congreso Centroamericano de Venereología, estará constituido por Delegados de los Gobiernos e Instituciones de Centro América y Panamá y de otras instituciones y especialistas a quienes acuerde invitar el Comité Organizador de cada Congreso, particularmente del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de la Oficina Sanitaria Panamericana, Regional de la OMS para las Américas.

Artículo 3.—El Congreso se compondrá de dos clases de miembros: Oficiales y de Número.

Serán Miembros Oficiales los de los Comités Locales de cada país asistente, los Delegados de los Gobiernos, Facultades, Colegios Médicos, Hospitales, Academias.

Los representantes de las Organizaciones especiales dedicados a la Lucha Antivenérea y de Clubes Rotarios, también lo serán,—siempre que los Delegados sean Médicos o pertenezcan a ramas afines a la medicina. Asimismo lo serán los representantes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de otras organizaciones internacionales que concurren.

Miembros de Número serán todos los profesionales asistentes, los que podrán concurrir a las sesiones generales, presentar trabajos y tomar parte activa en las mismas.

Artículo 4.—En los actos en que se requiera la intervención sucesiva de todas las Delegaciones, la prioridad se establecerá por orden alfabético.

FUNCIONARIOS:

Artículo 5.—El Presidente dirigirá las sesiones del Congreso, con excepción de las Sesiones Plenarias Ordinarias, las cuales serán presididas en forma honorífica por un representante de cada país o institución invitados, en forma rotativa.

Artículo 6.—En ausencia del Presidente actuará el Vicepresidente y si ambos no estuvieren presentes, el Congreso nombrará a uno de sus miembros para que presida la sesión.

REUNIONES Y TEMARIO:

Artículo 7.—Los Congresos serán convocados por el Comité Organizador que se elija al efecto.

Artículo 8.—Los Congresos se efectuarán cada dos años, en la sede que determine el Congreso anterior.

Artículo 9.—En cada Congreso se fijará el temario correspondiente al inmediato que habrá de seguirle.

Artículo 10.—Todos los miembros del Congreso tendrán derecho a presentar trabajos. Se dará la preferencia a asuntos de importancia nacional, de investigación y los que cuenten con buena base estadística.

Artículo 11.—El Comité Organizador está obligado a avisar con 6 meses de anticipación la fecha en que se celebrará el Congreso.

Artículo 12.—Los trabajos relacionados con un Congreso, serán enviados al Comité Organizador no menos de 30 días antes de la fecha fijada para la reunión, a fin de que puedan ser comunicados a los Miembros del Congreso con la debida anticipación.

El Comité Organizador resolverá si los trabajos recibidos después de expirado este plazo se leerán o sólo serán publicados en las memorias.

Artículo 13.—El Comité Organizador formulará oportunamente un Programa de Sesiones, para el adecuado desarrollo del temario, y llevará un archivo de labores realizadas y actos relativos a la preparación del Congreso que deberá depositarse en el Ministerio de Salubridad Pública del país sede del Congreso.

Artículo 14.—Habrá dos clases de sesiones plenarias: Solemnes y Ordinarias. Solemnes serán la de Apertura y la de Clausura. En la de

Clausura, se firmará el acta final del Congreso, contentiva de las resoluciones y votos, que firmarán los Jefes de Delegaciones de cada país o institución.

Las Sesiones Ordinarias se destinarán a conocer de los trabajos presentados a discusión y las proposiciones de los señores Miembros.

Artículo 15.—Además, habrá una Sesión Plenaria Preliminar y otra Final.

En la Primera se tratará de lo siguiente:

- a) Adopción del Reglamento del Congreso.
- b) Elección de la Mesa Directiva.
- c) Designación de los Comités de Trabajo.
- d) Distribución de los temas entre los Comités de Trabajo.

En la Sesión Plenaria final se conocerán y aprobarán las recomendaciones de las Comisiones de trabajo, previo estudio de las recomendaciones de los Congresos anteriores.

Artículo 16.—En cada Congreso se elegirán, escogidos entre sus Miembros Oficiales, un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario General, quienes durarán en sus funciones hasta la próxima reunión, en la cual seguirán actuando interinamente, mientras no se haga la elección de los nuevos funcionarios.

Artículo 17.—Las sesiones se celebrarán en las fechas que establezca el Programa, pero podrán celebrarse otras cuando así lo resuelvan los Miembros del Congreso.

COMISIONES DE TRABAJO:

Artículo 18.—Se formarán tantas Comisiones de Trabajo como grupos de temas afines haya, compuestas de tres Miembros, no más, elegidos entre los especialistas de cada grupo de temas.

Artículo 19.—Las Comisiones de Trabajo se reunirán diariamente, para conocer en detalle los trabajos, previamente leídos en las Sesiones Plenarias Ordinarias, considerar las proposiciones que hubieren hecho los Delegados y preparar las recomendaciones que habrán de elevar a la Sesión Plenaria Final.

Artículo 20.—Cada Comisión nombrará su propio Relator, quien presentará su informe en la Sesión Plenaria Final y las conclusiones a que llegue la Comisión.

Artículo 21.—Habrá una Comisión de Redacción, que será integrada por el Presidente del Congreso, los Relatores de las Comisiones y un Representante de las Organizaciones Internacionales presentes.

LECTURA DE TRABAJOS Y COMENTARIOS:

Artículo 22.—Los ponentes tendrán derecho a 20 minutos, como máximo, para la exposición de sus trabajos.

Los demás Miembros podrán hacer comentarios de 5 minutos cada vez, no permitiéndosele a un mismo Delegado más de dos intervenciones en cada discusión.

El autor del trabajo a discusión hará uso de la palabra para contestar a todas las observaciones que se le hicieren, no empleando para ello más de 10 minutos.

La Presidencia, oído el parecer del Comité Organizador, decidirá si se leen las conclusiones de aquellos trabajos cuyos autores no estén presentes. Para cumplir este requisito, el Presidente designará al Relator que deberá leerlas.

Artículo 23.—El Presidente podrá, en cualquier momento, pedir la opinión del Congreso sobre la conveniencia de cerrar un debate. Si el Congreso lo aprueba, el Presidente lo declarará cerrado.

Artículo 24.—Las votaciones se tomarán por personas, en todas las sesiones, correspondiendo un voto a cada Miembro. Se dará por aprobada una resolución cuando reciba mayoría de votos de los Miembros presentes en el momento de la votación. En caso de empate, el Presidente tendrá derecho a otro voto.

Artículo 25.—Cuando se trate de recomendaciones de carácter internacional, la votación se tomará por países, correspondiéndole un voto a cada país.

ACTA FINAL:

Artículo 26.—La Comisión de Redacción presentará el Acta Final, la cual constará de los capítulos correspondientes a los grupos de asuntos del temario.

Artículo 27.—El Comité Organizador enviará una copia mimeografiada a cada uno de los Miembros que tomen parte en el Congreso, dentro de los 15 días siguientes a la clausura del mismo.

Artículo 28.—Las minutas de las actas de las Sesiones Plenarias serán mecanografiadas y firmadas por el Presidente y el Secretario General de la sesión respectiva.

Artículo 29.—La Primera Sesión Ordinaria será dedicada a la consideración del acta final del Congreso anterior.

IDIOMA OFICIAL:

Artículo 30.—El Castellano será el Idioma Oficial de estos Congresos.

MODIFICACIONES:

Artículo 31.—Cualquier duda o controversia que se presentaren, las resolverá la Presidencia, cuyo fallo será inapelable y definitivo.

MESA DIRECTIVA PROVISIONAL PARA EL CUARTO CONGRESO

Actuarán de Presidente y Secretario de la Mesa Directiva Provisional del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, respectivamente, el Presidente y Secretario de su Comité Organizador.

Mesa Directiva Electa:

Presidente: Dr. Joaquín Zeledón, de Costa Rica.

Vicepresidente: Dr. Ricardo J. Peralta, de El Salvador.

Secretario: Dr. Arturo Romero, de Costa Rica.

Comisiones de Trabajo:

Por unanimidad se acuerda que las diferentes Comisiones de Trabajo queden integradas en la forma siguiente:

Comisión de Diagnóstico:

Dr. Joaquín Zeledón A., de Costa Rica.

Dr. Jaime Velarde T., de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dr. Juan José Rodríguez, de El Salvador.

Dr. Carlos A. Bendaña, de Honduras.

Comisión de Tratamiento:

Dr. Arturo Romero L., de Costa Rica.
Dr. Julio Fuentes Novella, de Guatemala.
Dr. Víctor Manuel Godoy, de Nicaragua.
Dr. Jaime Velarde Thomé, de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Comisión de Serología:

Dr. Roberto Arévalo, de El Salvador.
Dr. Abel Paredes Luna, de Guatemala.
Bacteriólogo Benigno Angulo, de Panamá.
Bacteriólogo Alfonso Trejos, de Costa Rica.
Bacteriólogo Arnoldo Castro, de Costa Rica.

Comisión de Aspectos Sociales:

Dr. Ricardo J. Peralta, de El Salvador.
Dr. Víctor Manuel Godoy, de Nicaragua.
Dr. Carlos A. Bendaña, de Honduras.
Dr. Jorge de Mézerville Q., de Costa Rica.
Dr. Arturo Tapia, de Panamá.
Dr. Manuel Sánchez Vijil, de Nicaragua, (Asesor).

SESION PLENARIA INAUGURAL

En el Auditorio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, siendo las 11 a. m. del día 12 de Junio de 1952, quedó constituida la Mesa de Honor de la Sesión Plenaria Inaugural, del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, integrada así:

Excelentísimo Señor Presidente de la República,
don Otilio Ulate Blanco.
Excelentísimo Señor Ministro de Salubridad Pública,
Doctor don José Cabezas Duffner.
Señor Director General de Salubridad,
Doctor don Oscar Vargas Méndez.
Señor Doctor don Joaquín Zeledón Alvarado,
Presidente del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología.
Señor Doctor don Ricardo J. Peralta,
Vicepresidente del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología.
Señor Doctor don Arturo Romero López,
Secretario del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología.

Hallábanse representados:

EL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA,
Por su Presidente Dr. Gonzalo González Murillo.

LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGUROS SOCIALES:
Por el Dr. Rodolfo Salazar Esquivel.

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS:
Por su Director, el Doctor don Antonio Peña Chavarría.

EL SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO
DE SALUD PUBLICA:
Por el Doctor Clifford Pease y el Ing. Paul S. Fox.

Concurrieron además, todas las Delegaciones acreditadas ante el Congreso.

INAUGURACION:

El Excelentísimo Señor Presidente de la República, a nombre del Gobierno de Costa Rica, declaró solemnemente inaugurado el Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, y pronunció con tal motivo las siguientes palabras:

Señores: Me honra y me complace tener la oportunidad de declarar abierto este Congreso. Lo hago, entiendo bien, sin la autoridad que implica el conocimiento de la materia que va a tratarse. Lo hago porque me es hondamente satisfactorio presentar un saludo a todos los distinguidos delegados de los países hermanos, los cuatro otros países centroamericanos y Panamá y porque siento que en el ejercicio de mi función pública tengo el deber y el deseo de impulsar todas estas obras de gran desarrollo científico. La tarea que a ustedes les está impuesta y que se viene desarrollando metodizada y sistemáticamente, es sin duda alguna de promesa y esperanza para nuestros países. Pienso que América, el Continente joven, —que a mi juicio puede ser un exceso de optimismo—, está llamado a ser el centro de la actividad universal a corto plazo en la historia, tiene que prepararse para sus destinos; para sus grandes destinos del futuro. Y el mejor modo de prepararse, es la realización de estas tareas que por la salud, el fortalecimiento, el vigor físico de las nuevas generaciones ha de abrir las puertas



El Sr. Presidente de la República, Don Otilio Ulate Blanco, inaugura el IV Congreso Centroamericano de Venereología

de ese destino. Desco el mayor acierto para ustedes, les renuevo mi saludo y me complace en expresar que el Gobierno de Costa Rica mira este Congreso con la más profunda simpatía y con un sentimiento fraternal que lo anima en el desarrollo de sus funciones.

Seguidamente la orquesta ejecutó el Himno Nacional de Costa Rica.



Mesa Directiva durante la Sesión Solemne Inaugural. De izquierda a derecha: Dr. Oscar Vargas M., Dr. A. Romero L., Dr. J. Zeledón A., Sr. Presidente Don Otilio Ulate B., Sr. Ministro de Salubridad, Dr. J. Cabezas D. y Dr. R. J. Peralta.



El Dr. R. J. Peralta, Delegado de El Salvador, hace uso de la palabra en la Sesión Inaugural.

PALABRAS DE LOS JEFES DE DELEGACIONES

El Doctor Ricardo J. Peralta, Delegado Oficial de El Salvador, pronunció las siguientes palabras:

Excelentísimo Señor Ministro de Salubridad,
Honorable Junta Directiva,
Señores Delegados,

Señores:

Centroamérica, aún cuando dividida políticamente en cinco países, de acuerdo al sentir íntimo de quienes la habitamos constituye una sola nación. No creo entonces que entre los que hemos asistido a este Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología, representando a Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador y sin duda también Panamá, haya alguien que pueda sentirse extranjero en la hospitalaria, amable y bella Costa Rica. Estamos reunidos aquí para discutir problemas de Salud Pública relativos a enfermedades venéreas y es unánime el criterio de que dichos problemas presentan las mismas características en una y otra parte; así, pues, el resultado de las decisiones que tomemos será fructífero a buen seguro en el sentido de reducir los estragos que aquellos males ocasionan a nuestra población. Al hacer sinceros votos porque sepamos sumar esfuerzos y experiencias para alcanzar más fácilmente un feliz éxito en las acciones confiadas a nosotros, siento indecible complacencia en ofrecer a todos, y en especial a los costarricenses, el más cordial saludo y expresivo sentimiento en nombre del pueblo de El Salvador y el mío.

El Himno Nacional de El Salvador fué ejecutado por la orquesta, y seguidamente tomó la palabra el Dr. Juan M. Funes, Delegado Oficial de Guatemala, quien dijo:

Exmo. Señor Ministro de Salubridad,
Señor Director General de Sanidad,
Honorable Junta Directiva,
Señores Delegados,

Señores:

En nombre del Gobierno de mi país, que inmerecidamente ha delegado en mí su representación, tengo sumo gusto en presentar fraternal saludo a las altas autoridades sanitarias de esta bella República y a todas y cada una de las Delegaciones aquí presentes. Eventos como el actual,

aparte de su valioso e implícito intercambio de conocimientos científicos, vienen a reanudar lazos de confraternidad otrora estrechos y a fomentar en función de centroamericanismo los ideales unionistas que algún día feliz culminarán en la reconstrucción de nuestra Patria Grande. En nombre propio y en el de mis compañeros, manifestamos nuestra gratitud por las múltiples atenciones de que se nos ha hecho objeto y nuestra íntima satisfacción por la oportunidad que la suerte nos ha deparado, para convivir unos días en tan acogedora e inolvidable metrópoli.

Inmediatamente fué ejecutado por la orquesta el Himno Nacional de Guatemala.

En uso de la palabra el Doctor Carlos A. Bendaña, Delegado Oficial de Honduras, dijo las siguientes palabras:

Tengo la honra y la satisfacción muy honda de presentar un cordial saludo en nombre de mi país, al Exmo. Señor Ministro de Salubridad, a los Miembros del Comité Organizador, a los representantes de las demás Repúblicas hermanas, a los Representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana y a los demás colegas que nos honran contribuyendo a este nuevo esfuerzo en favor de la salud del Istmo. Acontecimientos como el que actualmente presenciarnos revelan, sobre todas las cosas, la elevación del ideal humano que aspira a ser una realidad viviente, el don más preciado que nos depara la vida: la salud. Honduras, fiel a sus tradiciones y a sus ideales, os envía por mi medio sus votos porque las deliberaciones inspiradas en ansias de grandeza indiscutibles, como que son comunes a todos los pueblos, a todos los tiempos y a todos los credos, nos hagan dar un paso en la senda gloriosa del progreso en el dominio de las enfermedades venéreas. Nuestras ambiciones en este sentido han dejado de ser nacionales para transformarse en aspiraciones internacionales de todo el Istmo. Nuestra misión superior es la conquista del bienestar humano fundado en la salud, tesoro supremo sobre el cual descansa la grandeza de la humanidad. El problema de las enfermedades venéreas está erizado de innúmeros obstáculos, pero nada hay que pueda derrotar el propósito obstinado de vencer en una lid noble y consciente y yo abrigo la noble convicción de que nos permitiremos en un período no muy largo, ver dotado todo el Istmo de los medios modernos y eficaces en el control y tratamiento de las enfermedades venéreas. Declaro que me ha sido muy grato el haberles dirigido estas simples palabras, pero sí llenas de sinceridad y buena voluntad.

El Himno Nacional de Honduras es ejecutado por la orquesta.

Seguidamente toma la palabra el Dr. Víctor Manuel Godoy, Delegado Oficial de la República de Nicaragua, y dice:

Honorable Señor Ministro de Salubridad,
Señor Presidente del Congreso,

Señores Doctores:

Es para mí una honra haber venido a este Congreso de Venereología. Y he sentido particular placer al observar el entusiasmo particular de los costarricenses y en general de todos los centroamericanos, inclusive Panamá. Que todos están, como venimos nosotros, poseídos de todo el interés y el deseo de contribuir al mejoramiento de la salud evitando lo más posible el asunto de las enfermedades venéreas, que es uno de los azotes más horribles que afligen a la humanidad. En nombre de mi país y de mi Gobierno tengo el gusto de presentar un saludo a los presentes en particular, y en general a todos los costarricenses.

La orquesta ejecuta el Himno Nacional de la República de Nicaragua.

Luego tomó la palabra el Delegado Oficial de la República de Panamá, en los términos siguientes:

Su Excelencia Señor Ministro de Salubridad,
Señor Director de Salud Pública,
Señores de la Junta Directiva,
Señores Delegados,
Señores, todos:

A los que nos tocó en suerte organizar el Primer Congreso Centroamericano de Venereología es motivo de verdadero placer venir aquí a este Cuarto Congreso. Es como un hijo intelectual que ha ido creciendo. Nosotros que lo enseñamos a dar los primeros pasos, por decir así, nos sentimos regocijados de que ahora sea un Organismo fuerte y con vida más o menos asegurada. Las dificultades de organizar el Primer Congreso nos hicieron muchas veces pensar que no se podría darle vida a este organismo; hoy el tiempo ha demostrado que nada puede contra el esfuerzo y la buena voluntad de hombres dedicados al bien y que no conocen fronteras ni diferencias de ideales. Lo mucho que se ha avanzado en el campo de la campaña contra las enfermedades venéreas y en el control de ellas en los últimos años, los adelantos cada día más rápidos en este campo, las innovaciones constantes, hacen de mayor necesidad la celebración de estos Congresos. Se justifica éste aún más que el Primero.

Decía yo, con motivo de la inauguración del Primer Congreso, que la palabra escrita no había podido eliminar a la palabra hablada como moneda de intercambio intelectual entre los hombres. Es decir, que las revistas, cartas, comunicaciones que podríamos tener entre todos, no pueden sustituir nunca al intercambio personal, el cambio directo de ideas entre quienes asistimos a estos Congresos. Por eso es éste un adelanto más hacia el control de las enfermedades venéreas en Centroamérica. Yo quiero decir que me siento sumamente honrado de estar aquí hoy, de ver nuevas caras. En nombre del Gobierno de Panamá, del pueblo panameño y del mío propio, me complazco en presentar a todos ustedes un saludo cordial.

El Himno Nacional de la República de Panamá es ejecutado por la orquesta.



Aspecto parcial de la Sesión Solemne Inaugural. En uso de la palabra, el Sr. Presidente de la República, Don Otilio Ulate B.

Seguidamente toma la palabra el Sr. Ministro de Salubridad Pública, y dice:

Señores Delegados: Es para mí un honor darles una bienvenida a este país, uno de los cinco que forman el pequeño Continente Centroamericano y Panamá. Como médico, y alejado de funciones públicas durante la mayor parte de mi carrera, no tuve oportunidad de enfocar estos problemas que los han preocupado a ustedes durante muchos años, debido a estar exclusivamente atraído en la parte médica de la profesión

viendo enfermos, haciendo diagnósticos. Cuando el Dr. Zeledón me habló de inaugurar el Congreso de Venereología, tuve que ir a buscar notas de estudiante de allá por el año 30, del Hospital San Luis, de mis maestros Gougerot, Sézary, y experimenté inmensa sorpresa al comparar esas ideas con el momento actual. En una de ellas nos decía el Profesor Sézary, hablando de enfermedades venéreas, que poseíamos cuatro medicamentos eficaces contra la Sífilis, dos de ellos muy viejos, todos ustedes los conocen: para mí sería realmente salido de lugar hablarles de ellos, y dos recientes: uno nacido en el diez, otro en el veintiuno; me refiero a los arsenicales y al bismuto; y me asombraba y emocionaba el concepto de esos grandes maestros de hace pocos años, que sin conocer todavía los antibióticos, afirmaban que teníamos cuatro grandes armas contra la Sífilis. El Sr. Presidente de la República, hace pocos momentos, nos decía que nuestro Continente está llamado a jugar un papel primordial en el mundo, con su convicción y con sus miras casi proféticas, y yo creo que ha dicho la gran verdad; y por esta razón estoy seguro que este Congreso de enfermedades venéreas ha de ser de un significado enorme sobre todo hoy día que nos encontramos en una era de la medicina que ha quemado las etapas en su avance. Estoy seguro que en pocos años las enfermedades venéreas, como problema médico y como problema social, habrán sido controladas y podremos decir que se ha trabajado bien, en el sentido verdaderamente humano de la palabra.

Ejecución del Himno Nacional de Costa Rica, por la orquesta.

Seguidamente, y antes de levantar la Sesión Solemne inaugural, el Dr. Joaquín Zeledón A., Presidente del Congreso, dijo las siguientes palabras:

Señores: Tenemos entre los asistentes algunos distinguidos huéspedes; unos nacionales y otros extranjeros. Y al decir la palabra extranjeros, no quiero sino indicar que no son costarricenses, pero son también americanos, y por ello merecen toda nuestra confraternidad y la mayor cordialidad de que somos posibles. Doctor Jaime Velarde, Venereólogo Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, nos es casi de casa; nos ha ayudado en todo momento. El Dr. Delmas K. Kitchen, ha abandonado todo el confort de su gran New York, para venir a hacernos el inmenso honor de darnos algunas informaciones. Venereólogo conocido internacionalmente por sus importantes trabajos.

El Ing. Paul S. Fox y el Dr. Clifford Pease, del Servicio Cooperativo

José. ¡Pero cuán pocos han sido los casos que hemos enviado! Nuestros argumentos se estrellan casi siempre ante la negativa del enfermo; se les hace ver la necesidad de ésta hospitalización, las ventajas que tiene para sus semejantes y para ellos mismos que podrían ser curados en un lapso mínimo, pero siempre alegan razones de trabajo ú otras para evadir el Hospital, quizás en el fondo por las condiciones psicológicas tan especiales a ésta clase de enfermos, sienten rencor y envidia hacia los sanos y desean que ellos también enfermen, como lo dice el Dr. Emilio Mendia en un artículo publicado en el Boletín de Sanidad, recordemos el refrán: "Mal de muchos, consuelo de bobos". Así, ellos son propagadores gratuitos del mal.

Esbozaré el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades siguientes: Gonorrea, Sífilis, Chancro blando, Papilomas Venéreos y Linfopatía Venérea o Enfermedad de Nicolás y Favre, dejando voluntariamente a un lado el Granuloma Venéreo que está limitado entre nosotros a la Costa Norte y nó tenemos ocasión de observarlo en nuestros Dispensarios.

GONORREA:

Diagnóstico en el hombre:

El diagnóstico de esta afección en el hombre no debe hacerse sin la confirmación del laboratorio, pues no son raros los casos de otras uretritis, la tricomoniasis sobre todo, que simulan la blenorragia clínicamente.

Contamos a la fecha con un Laboratorio que está instalado en el Dispensario Central (el No. 3) atendido por competentes técnicos, a él son enviados los exámenes de los cuatro Dispensarios. Empezamos el tratamiento inmediatamente, con sulfas, cuando hay una secreción aguda, francamente purulenta, en espera del resultado del frotis que nos dará el diagnóstico indiscutible con la presencia de cocos gram-negativos intracelulares.

Gonorrea crónica: (uretritis posterior, prostatitis, vesiculitis, etc.)

El hallazgo de gonococos en frotis de la secreción prostática después de masaje, o en la orina centrifugada después del masaje o aún mejor por el cultivo de estos materiales, establece el diagnóstico. El simple frotis de la secreción prostática después de masaje es casi siempre negativo al gonococo, de ahí la importancia del cultivo, aunque las prostatitis debidas al gonococo son raras, éstas son debidas casi siempre al estafilococo u

otros gérmenes (el gonococo prepara el lecho a otros gérmenes, como dicen los Autores Franceses), el cultivo puede ponerlo de manifiesto.

Los casos de gonorrea crónica son enviados al Servicio de Urología del Hospital General o la consulta externa del mismo, para su tratamiento.

Diagnóstico en la mujer:

El diagnóstico en la mujer nunca debe ser hecho sin el resultado del frotis, mucho más delicado en ella por la abundancia de la flora bacteriana banal. No hay que basarse nunca en el sólo aspecto clínico; los flujos son de muchos orígenes y entre nosotros muy frecuentemente debidos a tricomoniasis.

Solamente la presencia de diplococos Gram-negativos INTRACELULARES o el resultado positivo del cultivo, autorizan el diagnóstico de Gonorrea.

Deben hacerse frotis del cuello uterino y la uretra siempre y si es necesario de las glándulas de Skene y Bartholin, recordando que el resultado negativo de estos no es sinónimo de ausencia de gonococos. Solamente los cultivos son, por así decir, infalibles. Contamos para ellos con la valiosa colaboración de los Laboratorios de Investigación sobre Enfermedades Venéreas de Sanidad Pública.

El Dr. Fuentes Novella explica su ponencia ante la Mesa Directiva.

Pruebas Serológicas para Sífilis:

Todos los pacientes con Gonorrea son sometidos a una prueba sero-

lógica para sífilis el día de su primera visita (esto para despistar una lues latente anterior a la blenorragia), y a intervalos de cuatro semanas durante tres meses a partir del primer examen, hemos encontrado reacciones positivas al segundo o tercer mes de curada la gonorrea, debido seguramente a chancros intrauretrales. En los casos de Lues Latentes Precoces o Tardías, no es raro encontrar como único antecedente venéreo, una Blenorragia.

Hemos establecido como rutina, que a todo enfermo que viene al Dispensario por primera vez, cualquiera que sea la causa de su visita, le es practicada una prueba serológica. Esta es la única manera de descubrir la Lues Latente y la base de una estadística en Guatemala de la morbilidad de la infección.

Tratamiento de la Gonorrea en el hombre y la mujer:

Debe comenzarse el tratamiento con sulfas tan pronto como el diagnóstico esté establecido por el frotis e inmediatamente de practicado éste, cuando los signos clínicos son claros. Debe investigarse si el paciente ha tomado ya sulfas, la forma y dosis en que lo ha hecho y las reacciones que haya presentado.

En un principio empleamos las sulfas a la dosis de 6 grs. diarios el primer día, 5 grs. el segundo y tercer días y 4 grs. el 4º y 5º días. En vista de los numerosos fracasos con esta dosificación, la modificamos dando 2 grs. de una vez y 1 gr. cada cuatro horas, día y noche por cinco días. Cada día hemos venido observando el fracaso de la sulfamido terapia en la Blenorragia, aún usando una combinación de sulfas. Los casos sulfo resistentes son la mayoría, esto debido en gran parte, en mi opinión, a que muchos enfermos la han tomado ya en dosis insuficientes, antes de venir a nuestra consulta, volviendo así el gonococo sulfo resistente. Cuando la medicación fracasa (y repito que esto es muy frecuente) recurrimos a la penicilina que tratamos de no inyectar desde un principio pues esto puede "decapitar" una sífilis concomitante haciendo inaparente el chancro y volviendo las reacciones negativas durante tres o cuatro meses. Así los pacientes tratados con penicilina deben presentarse durante cuatro meses consecutivos para control serológico, desgraciadamente esto no siempre se consigue, el enfermo libre ya de su uretritis no vuelve al Dispensario si no es con una reinfección ú otra venereopatía.

Hemos podido observar que las gonorreas adquiridas con prostitutas son más sulfo-resistentes que otras y esto es debido, en mi opinión, a que las prostitutas toman sulfas PREVENTIVAMENTE, para "no caer en la

visita" según ellas dicen, hecho que pude comprobar en el tiempo que fui Médico de la Sección de Profilaxia Venérea de Sanidad Pública.

He de hacer notar que los casos de penicilinoresistencia no son excesivamente raros, en estos casos usamos la estreptomycinoterapia con buenos resultados.

Determinación de la curación en el hombre:

Solamente voy a describir la prueba de Barbellion, dada a conocer en Guatemala por el que esto escribe. (Revista Guatemala Médica, Agosto de 1939). Es la prueba del masaje sin lavados, he aquí la técnica.

El tratamiento ha sido suspendido sin recaída y la prueba de la cerveza (o de Neisser), victoriosamente franqueada. Después de algunos días (3 o 4) de reposo, el sujeto toma cerveza de nuevo un día, lo vemos al siguiente no habiendo orinado desde tres horas por lo menos. Se procede como sigue:

1º—Extracción de secreción uretral, si existe; 2º—El sujeto orina en dos vasos vaciando completamente la vejiga. Se toman los filamentos cuando existen. 3º—Masaje de la próstata con suficiente presión para vaciar la glándula. 4º—La secreción prostática que aparece en el meato es extendida sobre lámina para coloración. 5º—DESPUES DEL MASAJE NINGUN LAVADO ES PRACTICADO, el sujeto debe permanecer 5 o 6 horas sin orinar. En caso de secreción anormal, el paciente debe presentarse inmediatamente.

En una sola sesión esta prueba permite: 1º—Examinar después de cerveza la secreción uretral y los vasos de orina; 2º—Examinar la próstata; 3º—Examinar la secreción prostática; 4º—SEMBRAR LA SECRECION PROSTATICA EN LA URETRA y poner en evidencia por una recaída uretral, *gonococos hasta entonces invisibles. Es pues un cultivo SOBRE MEDIO VIVO*, que es superior a la siembra sobre medios artificiales.

S I F I L I S :

Diagnóstico de la Sífilis:

Es de mayor importancia que el diagnóstico de Sífilis (primaria y secundaria) sea establecido con la mayor prontitud posible y comenzar el tratamiento tan pronto como esté confirmado. EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS PRIMARIA ES UN DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.

Toda lesión genital es sifilítica mientras no se demuestre lo contrario, de manera que en toda lesión genital debe de practicarse de rutina, un campo oscuro.

Todas las ulceraciones genitales, las lesiones extragenitales caracterizadas por indolencia, induración y adenopatía regional, así como los casos de uretritis acompañada de adenopatía indolora, deben ser considerados como casos posibles de infección sifilítica, hasta tanto esta posibilidad haya sido excluída por exámenes ultramicroscópicos repetidos y pruebas serológicas. En estos casos el examen serológico de rutina debe practicarse por lo menos con la frecuencia siguiente: El día de la primera visita, la segunda semana, al final del primer mes, al final del segundo mes y al final del tercer mes.

Sucede con frecuencia que uno o más campos oscuros son negativos porque el paciente se ha tratado localmente la lesión antes de consultar. *Son raros los chancros que vemos vírgenes de tratamiento. El enfermo ha ensayado ya pomadas y polvos diversos.* En estos casos un buen procedimiento consiste en la punción de uno de los ganglios (el más accesible) para examen ultramicroscópico del líquido obtenido. Este procedimiento puede emplearse en toda adenopatía sospechosa de ser de origen luético. He aquí como se practica: El nódulo sospechoso es puncionado (a través de la pápula provocada por el anestésico local) con una aguja No. 19, en la jeringa se han puesto algunas gotas de suero fisiológico. Se mueve la aguja dentro y fuera varias veces a fin de aspirar una pequeña cantidad de material proveniente del ganglio y ésta es llevada al ultramicroscopio.

El tratamiento antilúético no debe comenzarse hasta tanto el diagnóstico de Sífilis esté establecido de manera definitiva:

La presencia de treponema al campo oscuro impone un tratamiento inmediato. La persistencia de una serología positiva en un enfermo con adenitis o cualquier otro signo clínico es suficiente para iniciar el tratamiento, pero en la duda hay que practicar nuevas reacciones, para eliminar las falsas positivas biológicas. Nosotros reactivamos en algunos casos al paciente con tres inyecciones arsenicales (Mafarside) a la semana, practicando la serología una semana más tarde. Una reacción positiva en un paciente con historia venérea (aunque el enfermo acuse solamente gonorrea) es razón suficiente para tratarlo, pues la frecuencia del chancro intrauretral no es pequeña.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS:

Principios generales:

No debe comenzarse el tratamiento de sífilis reciente hasta que el diagnóstico esté bien establecido, como dicho, por campo oscuro o serología. No debe hacerse piedra de toque (tratamiento de prueba). Hemos abandonado los tratamientos intensivos arsenicales por completo y usamos la penicilino-terapia, asociada al Bismuto en ciertas formas, como se verá por los esquemas. No me ocuparé de la sífilis nerviosa. Sólo quiero señalar la rareza de estos casos entre nosotros, la Sífilis "nostras" es raramente Neurótropa por razones aún muy discutidas. El tratamiento de estas formas de la enfermedad con penicilina aún está en estudio, pero parece lleno de promesas. Como prueba de su rareza en nuestro medio, sólo diré que en el curso del año pasado (1951), no observamos más que un caso y esto en su forma asintomática (período preclínico de Ravaut) es decir, únicamente con alteraciones del líquido céfalo-raquídeo.

No se puede poner demasiado énfasis en que la puntualidad del tratamiento SIN PERIODOS DE DESCANSO, es de importancia primordial tanto para el control de la infección como para la cura. Hay que hacer un esfuerzo para hacer comprender esto al paciente. Debe también hacerse énfasis en que todo paciente debe completar su tratamiento en el tiempo necesario, sin importarle que la serología se vuelva negativa o nó. Con los tratamientos actuales mucho más cortos, hemos logrado mejor colaboración de los pacientes en este sentido. Desde luego que previo el tratamiento se practican las pruebas de rigor: examen de orina, recuento globular y fórmula leucocitaria, índice ictérico y un examen dental para profilaxis y extracción de raigones si los hay.

NOMENCLATURA PARA SIFILIS:

Hemos adoptado para los Dispensarios la nomenclatura siguiente, que me parece la más clara y conveniente:

- L0. Tipo no determinado, incluye los casos en que hay signos clínicos o serología positiva sin que el paciente pueda dar ningún dato al respecto.
- L1. Sífilis primaria (el chancro debe estar presente).
- L2. Secundaria. (Las lesiones secundarias, cutáneas o mucosas deben estar presentes).

- L3. Latente precoz (o reciente asintomática) menos de cuatro años de duración, sin síntomas clínicos y UN LIQUIDO CEFALO-RAQUI-DEO NORMAL. Si el examen de éste no ha sido practicado, el diagnóstico debe ser tentativo o de presunción.
- L4. Latente tardía (o tardía asintomática) más de cuatro años de duración, sin síntomas clínicos y L. C. R. normal.
- L5. Terciaria o tardía.
Mucocutánea (gomas).
Osea
Ocular (excepto atrofia óptica).
Visceral (excepto cardio-vascular).
Cardio Vascular.
Aneurisma.
Insuficiencia aórtica.
Aortitis.
- L6. Neurosífilis.
Asintomática (sólo trastornos del L. C. R., reacción positiva).
Meningitis sifilítica aguda.
Meningo vascular difusa.
Atrofia óptica.
Tabes dorsalis.
Psicosis meningo encefálica sifilítica (parálisis general).
Psicosis con neurosífilis distinta a la parálisis general.
- L7. Sífilis con embarazo (cualquiera que sea el estado de la sífilis).
- L8. Congénita en todas sus manifestaciones.

DEFINICION DE TERMINOS Y EXPLICACION DE SU USO:

Primaria:

Incluye todos los casos con lesión primaria y que no han desarrollado aún las manifestaciones secundarias. Este diagnóstico debe ser hecho por el campo oscuro. EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS PRIMARIA ES UN DIAGNOSTICO DE LABORATORIO, como se ha dicho. Si no se encuentran treponemas (por el uso de antisépticos generalmente) recurrir a la punción ganglionar ya descrita. La reacción positiva en la sangre aclara muchas veces el diagnóstico, aunque en la lesión se encuentren tre-

ponemas, debe practicarse la serología para saber si se trata de una lues primaria en período preserológico pues esto tiene mucha importancia bajo el punto de vista del pronóstico.

Secundaria:

Incluye únicamente los casos de sífilis reciente que muestran una o más de las manifestaciones cutáneas o mucosas (sífilides o placas). El chancro puede no estar presente y si lo está, se encuentra en cualquier estado de su evolución. En este caso practicar un campo oscuro.

En los casos de Sífilis Secundaria que además de lo anterior muestra manifestaciones oculares o neurológicas (iritis, neuroretinitis, meningitis sífilítica aguda) debe diagnosticarse: "Sífilis secundaria caracterizada por..."

Latente tardía:

Los síntomas secundarios han desaparecido y las manifestaciones tardías de la enfermedad no han hecho aún su aparición. No hay otra evidencia de sífilis que la prueba serológica y los antecedentes del enfermo. Estos casos son: Latente precoz (o reciente) menos de 4 años y Latente Tardía con L. C. R. negativo o latente (precoz o tardía) con punción lumbar no practicada (diagnóstico tentativo).

Terciaria:

Esta incluye los casos que muestran lesiones activas de sífilis tardía. Las lesiones pueden ser un goma o bien un proceso difuso y puede afectar cualquier órgano o tejido del organismo. La mayoría de los pacientes con sífilis terciaria pertenecen a una de las categorías siguientes:

Muco-cutánea: Lesiones de la piel o mucosas.

Osea: Periostitis, osteomielitis, artritis, sinovitis.

Visceral: Hepática, Gástrica, etc., (excepto cardio vascular).

Ocular: Iritis, Keratitis, Keratoiritis, Coroiditis (excepto atrofia óptica.)

Cardio Vascular: Incluye todas las lesiones del corazón y vasos, clasificada como sigue: Aneurisma (el más frecuente es el de la aorta). Insuficiencia aórtica (especificar si con descompensación cardíaca o sin ella).

Aortitis: Sin complicaciones, se usa únicamente para aquellos pacientes con signos y síntomas o evidencia radiológica de afección luética de la

aorta, sin aneurisma o insuficiencia. Las aortitis latentes son causa frecuente de la persistencia de positividad de las reacciones, de ellas tengo varios casos muy demostrativos y será el tema de un trabajo que tengo en preparación.

Neurosífilis: Incluye todos los casos de afección del sistema nervioso y se clasifica como sigue:

Asintomática: Se dice en pacientes con sífilis reciente o tardía que no presentan síntomas o signos físicos de afección del sistema nervioso, hay solamente anormalidades del L. C. R. (período preclínico de Ravaut).

Meningitis sífilítica aguda: Ocurre generalmente dentro de los dos primeros años de la enfermedad, comunmente como fenómeno de recidiva (neuro recidiva) caracterizada por los signos corrientes de afección meníngea, con o sin parálisis de los nervios craneanos.

Meningo Vascular difusa: En estos casos se incluyen todos los pacientes con neurosífilis que no pueden incluirse en ninguna categoría diagnóstica enumerada. Las manifestaciones serán discretas en este caso.

Tabes Dorsalis: Los signos o manifestaciones deben describirse en cada caso.

Taboparesis: Se usa únicamente en pacientes con signos psíquicos de parálisis general complicada por la existencia clínica demostrada, de lesión de los cuernos posteriores de la médula.

Parálisis general: Psicosis con meningoencefalitis sífilítica. Limitada a los casos con trastornos psíquicos además de signos neurológicos y anormalidades del L. C. R. Los casos de líquido espinal parético pero sin signos clínicos deben reportarse "Sífilis meningo vascular difusa caracterizada por..."

Tipo sin clasificar: (L0) Se incluyen todos los casos en que un diagnóstico exacto no ha podido hacerse, con serología positiva, signos al examen físico (adenopatías) pero con historia negativa del paciente. Generalmente se encuentra como único antecedente venéreo, una Gonorrea.

Congénita: (L8) Los casos con evidencia de los signos característicos de sífilis congénita tales como Keratitis intersticial, dientes de Hutchinson, anomalías óseas, nariz característica, sordera, etc.

Tratamiento de la Sífilis Primaria y Secundaria:

Todo paciente que presenta una lesión primaria o manifestaciones secundarias, debiera hospitalizarse. Ya he dicho al principio de mi trabajo,

lo ilusorio de éste principio. Los únicos casos en que podemos llevarlo a cabo es en las prostitutas, obligadas a las visitas reglamentarias y que son hospitalizadas en el Hospital anexo al Dispensario de Profilaxia Venérea de Sanidad Pública.

Entre nosotros no existe aún una disposición que obligue a éstos enfermos a la hospitalización. Tenemos que recurrir a la persuasión, al convencimiento del paciente para conseguirlo; algunos son enviados a los Servicios especiales de los Hospitales, pero son una ínfima minoría. Cierto que hoy día con los tratamientos a base de penicilina, este problema social no tiene la importancia que tenía hace apenas unos años, pues sabemos que la lesión deja de ser infecciosa a las 72 horas de la primera dosis del antibiótico, el treponema desaparece de la lesión entre la 6ª y la 16ª hora (según Moore).

Hemos venido usando el tratamiento intensivo con Penicilina desde 1947, usando diversos esquemas para ello.

Desde 1949 empleamos los esquemas que presento en las diversas formas de la enfermedad. Estos fueron discutidos con el Dr. Loviathan, conocido Sifilógrafo Norte-Americano y el Dr. Juan Funes H., aquí presente, quien es Jefe del Hospital de Venéreas de Sanidad Pública. Tuvi- mos varias charlas al respecto para unificar nuestros tratamientos habiendo adoptado, como digo, los que presento y empleamos en nuestro Dispensarios. La vasta experiencia del Dr. Leviathan nos fué preciosa en este caso.

Empleamos el mismo esquema en tratamientos para lues primaria, secundaria, latente precoz (L3) tratamiento de 5 días con 600,000 unidades de Penicilina (un total de tres millones). Hasta la fecha hemos tratado con este esquema, 243 casos de lues primaria, 162 casos de secundaria y 543 casos de latente precoz (L3).

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS LATENTE TARDIA O TARDIA ASINTOMÁTICA (L4)

Es el mismo esquema que empleamos en la Sífilis indeterminada (L0).

Dos inyecciones de 1 c. c. de subsalicilato de Bismuto, semanalmente durante doce semanas. Hemos elegido el Stabisol Squibb que contiene 0.13 de Subsalicilato, equivalente a 0.075 de Bismuto metálico por c. c. y a continuación 600,000 unidades de penicilina por 5 días.

Es esta forma de la lues que observamos con más frecuencia en nuestros Dispensarios y se explica por la investigación sistemática que practicamos, como ya expuse, en cuanto paciente se presenta al Dispensario, cualquiera que sea el motivo de su consulta. En las consultas antivenéreas se

investiga la lues en cualquiera de las venereopatías que examinamos, en las consultas prenatales es de rigor la serología en las mujeres que van a ser madres, cumpliendo así uno de los postulados de la Eugenesia, tratar a la madre que tiene la enfermedad ignorándolo, la mayoría de las veces, para salvar al niño.

Así sólo el año de 1951 en 636 pacientes de lues que observamos, 262, son latentes, es decir, el 41.19% de esta forma.

Tratamiento de la Sífilis Terciaria o Tardía (L5)

De esta forma no hemos observado ningún caso de sus manifestaciones cutáneomucosas (*gomas*) osea ú ocular. Las únicas formas que hemos observado son las cardio-aórticas, únicamente aortitis, forma que siempre investigamos radiológicamente, cuando los signos clínicos no son evidentes y en todos los casos de persistente serología positiva, con relativa frecuencia hemos encontrado aortitis radiológicas como causa de serología irreductible en casos tratados actualmente en todo caso de lues latente la investigamos previamente para iniciar el tratamiento conveniente en caso de lues vascular.

De 1948 a la fecha hemos encontrado 28 casos de aortitis radiológicas en sífilis latente: 17 hombres y 11 mujeres.

El esquema para lues cardio vascular es el siguiente:

Durante 30 semanas inyección bisemanal de Bismuto (como en las lues latentes (L4) acompañadas las 10 primeras semanas y las 10 últimas de yoduro de potasio oral. Empleando una solución de yoduro en 30 c. c. de agua que da 1 gr. de yoduro en XV gotas. Empezamos administrando esta dosis (V gotas después de cada comida aumentando una gota diaria hasta tolerancia del enfermo. Los autores americanos han llegado a dar XC gotas diarias, es decir, 6 grs.

Al final de las 30 semanas 600,000 unidades de penicilina por 10 días (6.000.000 u. en total).

Tratamiento de Lues nerviosa (L6)

Señalo una vez más su rareza entre nosotros, en efecto, de 1948 hasta la fecha no hemos observado más que 6 casos (4 hombres y 2 mujeres) y todas en su forma asintomática, encontrando únicamente serología positiva o alteraciones en el L. C. R. Estos casos han sido tratados con 12,000.000 de

penicilina únicamente, las alteraciones del líquido desaparecieron en los dos casos que pudimos seguir (pues los 4 restantes los perdimos de vista) 6 meses después, no así la positividad en el L. C. R.

Tratamiento de Sífilis complicada de embarazo

Hay que recordar que la Sífilis no ataca al feto antes del 5º mes del embarazo, o un poco más tarde, así el tratamiento de la mujer embarazada debe llenar dos finalidades: 1º—Prevención del feto si el tratamiento es comenzado temprano (antes del 5º mes) y curación de éste si es comenzado después de este período, época en la que el feto está casi seguramente infectado.

Nuestro esquema para los casos de lues con embarazo (L7) es así: 600,000 unidades de Penicilina durante 10 días continuando con 2 Bismutos semanales hasta el fin del embarazo.

En 293 casos que hemos tratado de 1948 a la fecha, los resultados han sido magníficos, no habiendo observado ningún aborto.

Tratamiento de Lues Congénita (L8).

El esquema es el siguiente:

600,000 unidades de Penicilina diariamente durante 8 días. Nunca comenzamos un tratamiento de lues congénita precoz sino después de 4 meses de edad, pues sabido es que las reaginas de la madre pasan al niño, si después de esta época éstas persisten o las unidades son superiores a las de la madre, podemos considerar al recién nacido como heredero-luético. Hasta la fecha hemos tratado 129 casos con buenos resultados, aunque es de notar que los casos de sero-resistencia son más frecuentes en la lues congénita.

Control serológico.

Hay que recordar que lo importante es TRATAR AL ENFERMO Y NO LA REACCION SEROLOGICA. Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento debe ser continuado HASTA COMPLETARSE sin dar importancia a que la reacción sea negativa antes de terminar éste. El error más frecuente es empeñarse en tratar la reacción positiva y no al paciente, por eso los esquemas de tratamiento que preconizan reacciones muy seguidas en medio de éste deben desecharse.

En las lues primaria y secundaria practicamos un control serológico

mensualmente durante un año. En las latentes precoces (L13) cada dos meses por el mismo lapso. En las otras formas cada tres meses. Al cabo de este tiempo practicamos punción lumbar, si ésta es negativa y las reacciones serológicas lo han sido en los controles puede considerarse el caso como curado.

La seroresistencia es la persistencia de la positividad después de 6 meses de tratamiento por sífilis reciente y de un año después de sífilis tardía.

El examen del L. C. R. debe ser practicado en las formas recientes después de los controles sanguíneos. En las formas latentes debe ser practicado ANTES de iniciar el tratamiento para despistar lues nerviosa asintomáticas; solamente si éste es normal podemos decir LUES LATENTE, en caso contrario el diagnóstico debe ser tentativo.

Los casos que consideramos curados deben presentarse una vez al año al Dispensario para examen clínico completo.

Para terminar, diré que en 12,404 reacciones serológicas practicadas el año pasado (1951) encontramos 811 positivas nuevas y 908 de control, el porcentaje de morbilidad es, pues, de 6.53%.

CHANCROIDE O CHANCRO BLANDO

Definición

El chancroide es una enfermedad venérea transmitida únicamente por contacto directo y caracterizado por ulceraciones, rara vez únicas, que son dolorosas, cavadas en profundidad, (recordar que el chancro luético es papuloso) que supuran y son acompañadas de adenitis inflamatoria. El período de incubación es corto: 3 a 5 días.

DIAGNOSTICO:

El Bacilo de Ducrey en los frotis es lo que lo afirma seguramente; pero por claros que estén los signos clínicos y aun en presencia de Ducrey en el frotis, hay que practicar SIEMPRE un campo oscuro, pues los chancros mixtos son frecuentes, nosotros hemos tenido oportunidad de comprobarlo y hay que recordar que TODA LESION GENITAL ES SIFILITICA HASTA QUE NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO.

TRATAMIENTO:

Local: Las lesiones deben ser limpiadas con agua y jabón y cubiertas con polvos de sulfa. Una aplicación de tintura de yodo también es recomendable antes de la aplicación de la sulfa. Esto basta generalmente.

En pacientes con fimosis o balano-postitis, deben ser irrigados dos veces diarias con solución de permanganato de potasio al 1 por 4 mil.

Tratamiento general: Sulfatiazol o sulfadiazina en dosis de 1 gr. 4 veces diarias por 7 a 14 días. Si después de esto el enfermo no cura habrá que pensar en un error de diagnóstico o bien en una asociación (linfogranuloma por ejemplo). Los bubones chancrosos desaparecen con las sulfas, pero si la supuración es muy grande, pueden puncionarse con aguja gruesa, no incidirlos por el peligro de chancreización de la herida.

El año pasado (1951) observamos 116 casos de la afección, 108 hombres y 8 mujeres. Todos tratados en la forma que he indicado.

PAPILOMAS VENEREOS

De esta afección observamos el año pasado 118 casos: 104 hombres y 14 mujeres. Todos ellos fueron tratados con magníficos resultados con la aplicación local de Podofilina en aceite mineral al 25%. Se aplica esta dilución recomendando al paciente darse un lavado con jabón y agua 4 horas después. Hago notar que las recidivas en los enfermos que presentan fimosis o un prepucio redundante son frecuentes, en estos casos es necesario practicar una postectomía para mantener el glande seco y evitar las recidivas.

ENFERMEDAD DE NICOLAS FAVRE Y DURAND

Llamada también Linfogranuloma Venéreo, Linfogranulomatosis inguinal, Linfopatía Venérea, Úlcera adenógena, Poro-adenitis inguinal, Poro-adenolinfitis septicémica benigna generalizada, Bubón crónico de conjunto, Bubón climatérico o tropical. Entre esta numerosa sinonimia, nosotros hemos adoptado la de Linfopatía Venérea. El síndrome ano-genito rectal consecutivo a la infección granulomatosa ha sido descrito con los nombres de estiomeno vulvar, úlcera vulvar elefantíásica, úlcera vulvar crónica, perirectitis o rectitis linfogranulomatosa (Frei) y ambos, la localización inguinal y el síndrome ano-genito-rectal ha sido denominado linfopatía venérea en la América del Sur, en especial en Chile y la Argentina y Enfermedad de Nicolas Favre y Durand que es el verdadero nombre en honor de los autores que la describieron clínica y anatomopatológicamente.

No me ocuparé de la descripción clínica de la enfermedad, sobre la que hay muy importantes trabajos, me limitaré a describir someramente los diversos tratamientos recomendados y el que hemos seguido en los pocos casos observados por nosotros.

No hay un tratamiento específico, la multiplicidad de éstos pone de manifiesto la eficacia relativa de ellos.

Tratamientos médicos: Vía oral: Yodo (Lugol 5 a 10 c. c.) mezclados con suero fisiológico diariamente en leche.

Xilol (Dr. C. A. Menéndez, de El Salvador) a dosis de C gotas diarias repartidas en tomas de XX gotas cada una, durante uno a dos meses.

Vía endovenosa: Antimonio: Sezary lo usa bajo la forma de tratado doble de antimonio y sodio (Estyobal); principiar por pequeñas dosis de 0.01 y no pasar de 0.08 por inyección.

Tártaro emético: en solución al 1% en inyección endovenosa alterna de 0.10 cada una 1 gr. en total.

Fuadina: En inyecciones bisemanales.

Cobre: Cobre amoniacal en solución al 4% en suero fisiológico, inyecciones alternas de 1 a 4 c. c. en series de 70 inyecciones. Los enfermos curan en 2 meses por término medio.

Oro: Solganal en inyecciones semanales en dosis progresivas.

Emetina: Clorhidrato de emetina a dosis de 0.06 hasta la dosis de un gramo.

Salicilato de Sodio: En inyecciones endovenosas diarias de 0.50 a 1 gr.

Tratamiento local: El mejor tratamiento por esta vía es el Drometil en inyecciones intraganglionares, una o dos veces por semana.

Como tratamiento físico, la Radioterapia ha dado algunos buenos resultados. No fué sino en el mes de Mayo de 1947 que comenzamos a diagnosticar esta enfermedad en los Dispensarios de Sanidad Municipal. En Junio encontramos los dos primeros casos, en Julio 3 y en Agosto 5, desde Septiembre tuvimos que suspender las reacciones de Frei por carecer de antígeno (usamos el Lygranum de la casa Squibb). Desde entonces a la fecha hemos encontrado 17 nuevos casos; en total, pues, hemos observado 27 casos.

Como tratamiento hemos usado las sulfas (sulfatiazol o sulfadiazina) siguiendo el esquema de Grace y Suskind: 1.5 gramos por vía oral tres veces diarias durante 3 semanas, después 1 gr. por vía oral tres veces

diarias durante 3 semanas; 3 semanas de descanso y luego se repite el tratamiento en la misma forma.

Todos nuestros casos han sido curados y no hemos observado más que formas ganglionares de la enfermedad. (Forma inguinal).



Aspecto parcial durante la Primera Sesión Ordinaria.

CONCLUSIONES :

- 1º—La enfermedad predominante en los Dispensarios de Sanidad Municipal ha sido la Sífilis. 636 casos el año pasado. Se explica por la investigación sistemática que practicamos en todo paciente que acude al Dispensario.
- 2º—Las formas latentes son las más frecuentemente observadas en los Dispensarios, por la razón antes dicha.
- 3º—Las lues cardiovasculares (aortitis) no son excepcionales entre nosotros.
- 4º—Se debe siempre practicar examen radiográfico antes de iniciar el tratamiento para despistar las formas latentes de aortitis.
- 5º—Las formas nerviosas de la enfermedad son excepcionales entre nosotros.
- 6º—Antes de diagnosticar Lues latente, debe practicarse la punción lumbar.

- 7º—La segunda enfermedad en importancia ha sido la Blenorragia, 362 casos el año pasado.
- 8º—Los casos de sulforresistencia en estos casos son la mayoría.
- 9º—Los casos tratados con penicilina deben ser controlados serológicamente durante 4 meses para no dejar pasar desapercibida una lues "decapitada".
- 10.—El tratamiento de elección de los papilomas venéreos es la Podofilina en solución al 25% en aceite mineral; y,
- 11.—El tratamiento de la Linfopatía venérea con sulfas es muy efectivo.

Guatemala, Junio de 1952.

COMENTARIOS :

Doctor Romero:—Por ser el trabajo del Dr. Fuentes Novella bastante largo propone que la discusión se divida en dos partes: una sobre nomenclatura, que se supone fué ya tratada en el Congreso anterior lo mismo que en el Seminario que acaba de terminar, y otra sobre tratamiento. En su opinión, debe procurarse que el tratamiento sea uniforme en todos los países de Centroamérica.

Doctor Zeledón:—En Costa Rica empleamos la nomenclatura adoptada por Congresos anteriores (y Seminarios), que les recuerdo someramente: La Sífilis se divide en Recientes y Tardías: éstas pueden ser Sintomáticas o Latentes, tanto las adquiridas como las congénitas. Así se resume nuestra nomenclatura. Me parece más correcta por basarse sobre la época de infección y no sobre períodos evolutivos como se usaba antes. En lo que se refiere a tratamientos el punto es cardinal. Todos unánimemente hemos admitido en diferentes Congresos y Seminarios, incluso el que acaba de terminar, que el tratamiento a base de penicilina es el internacionalmente admitido. Alguno que otro Venereólogo ha continuado usando excepcionalmente bismúticos y arsenicales; sin embargo, todos estuvimos de acuerdo en que la penicilina debe ser el arma de preferencia.

En lo que se refiere al tratamiento de papilomas, dice el Dr. Fuentes Novella haber usado suspensiones de podofilina en aceite de oliva al 20%. Nosotros hemos usado un poco más fuerte esa suspensión, dándonos el mejor resultado al 40%. No obstante, y por ofrecer la suspensión de podofilina

filina algunas dificultades, estamos empleando ahora Colodión Salicilado al 1 x 10, exactamente como el que hemos usado para destruir callosidades. Tiene la gran ventaja de que seca inmediatamente después de aplicado y sigue actuando a los dos o tres días de la aplicación. El porcentaje de éxito es tan bueno como el que se obtiene con la podofilina, habiéndose eliminado serios inconvenientes como quemaduras, etc.

Doctor Romero:—Solamente para decir que los miembros del Seminario que acaba de terminar, entiendo yo que llegaron a una conclusión respecto a la dosis de penicilina a usar en la Sífilis y nos gustaría, a quienes no participamos en él, oír esa opinión para ver si los demás miembros de este Congreso están de acuerdo con las conclusiones del Seminario.

En cuanto a la nomenclatura, en el mismo Seminario, compuesto por los Jefes de Lucha Antivenérea de los diferentes países, entiendo se llegó a una resolución definitiva.

Doctor Peralta:—En relación con lo que dice el Doctor Romero, sobre la clasificación de la Sífilis, creo que la Comisión de Diagnóstico podría traer ya en concreto, en cuadro esquemático a ser posible, que ya nosotros los tenemos establecidos en la mayor parte de los países centroamericanos. Es una cosa simple sobre la cual no se nos presentarán dificultades, ya que se reunirán las Comisiones respectivas dentro de poco y entonces tendremos eso ya en concreto. La Comisión de Tratamientos nos traerá ponencias sobre las dosis "standard" que tendremos que aceptar como adecuadas en este momento. No querría yo que fuese a quedar entre los concurrentes al Congreso, sobre todo los Médicos no especializados, el criterio exagerado de la decapitación de la Sífilis por las dosis de penicilina administradas en el tratamiento de la Gonorrea, cuando estas dos enfermedades se hubieren adquirido concomitantemente en el mismo contacto. En el Seminario discutimos nosotros los efectos de una profilaxis efectiva, como un grado de seguridad hasta en el 99%, con una inyección de Penicilina PAM a la dosis de 300.000 unidades. Cuando se aplica esa cantidad o una mayor en el período de incubación de la Sífilis y cuando la Gonorrea ha aparecido antes que el chancro, pues da bastante garantía y no hay mucho que temer. Si debe tenerse cuidado, a mi juicio, si usamos otros tipos de penicilina, como la cristalina acuosa, la cual se elimina muy fácilmente y no cumple con los requerimientos mínimos de una concentración sanguínea en el tiempo mínimo necesario: o con la penicilina procainica corriente que para nuestro actuar no debemos estimarla con concentraciones sanguíneas útiles, aun cuando se registren en las estadísticas que nos reportan las casas comerciales de más de 24 horas, nosotros debemos darle

un margen máximo de 18 horas para ser conservadores. Hay otro aspecto que a mí me gustaría considerar aquí y es el de que cuando nosotros encontremos, de acuerdo con las descripciones clásicas, un chancro sifilítico característico clínicamente, pensemos en que es chancro sifilítico, no obstante las respuestas de Laboratorio inmediatas con que contamos. Las respuestas que podamos encontrar en el Laboratorio, si es para mí aquello, de acuerdo con las magistrales descripciones de Fournier, por ejemplo, un chancro sifilítico que me lo está gritando, para mí lo es. No sé si alguno objetará.

Doctor Bendaña:—Respecto al tratamiento de los papilomas que indica el Doctor Fuentes Novella en su trabajo he de decir que nosotros venimos desde hace tiempo tratando el papiloma que no es de mayores dimensiones con una solución de ácido salicílico al 5% con maravillosos resultados. A los de mayores proporciones les aplicamos una inyección en la base meticaína y luego los destruimos con un thermocauterio; para terminar, damos una aplicación de metafén.

En mi opinión, el cultivo no es absolutamente cierto, pues da aproximadamente un 30% de fracasos.

Doctor Zeledón:—No creo que debamos tomar el cultivo como una prueba 100% exacta. Todos sabemos que el cultivo se infecta algunas veces; se contamina. En cuanto al diagnóstico clínico exacto, mediante la clínica de un chancro sifilítico, no podría admitirse sino en los casos de *Sífilis* malignas, complicadas, en que realmente la búsqueda del treponema por procesos destructivos o de superinfección, o en aquellos casos en que la falta de reactividad del enfermo por debilidad misma de su estado, no permiten la aparición de reaginas y, por tanto, la serología puede hacerse tardar uno, dos o tres meses. La búsqueda del treponema también resulta dificultosa en la lesión primaria superinfectada o con asociación de Ductey y fagedenismo y en esos casos la punción ganglionar resulta difícil. Además, el estado inminente de gravedad del paciente hace que el tratamiento deba aplicarse, pero como regla general, eso no debería adoptarse. El diagnóstico de la *Sífilis* temprana sintomática está basado en una investigación de Laboratorio. Sólo excepcionalmente podría admitirse y dada la gravedad del paciente, que se aplicara un tratamiento a ciegas, cuyas consecuencias todos conocemos.

Doctor Velarde:—Yo estoy de acuerdo con el Doctor Zeledón en que los cultivos en la mujer no son un 100% sensibles. El cultivo es el método de elección en la Gonorrea de la mujer. Pero si podemos esperar

que aproximadamente el 60% de los cultivos sean positivos, en casos de Gonorrea de la mujer. Por lo que se refiere al diagnóstico clínico de la Sífilis en su período primario, como decía el Doctor Peralta cuando aparecen todos los síntomas descritos para clasificar un chancro como sífilítico, yo creo que no debe hacerse el diagnóstico de la Sífilis primaria basado en la clínica sino en el Laboratorio, en el hallazgo del treponema por medio del campo oscuro y si no puede obtenerse del chancro mismo, hacer la punción ganglionar. Esto sí creo que es una cosa sumamente importante: insistir en que el diagnóstico del chancro sífilítico debe hacerse a base del Laboratorio.

Doctor Peralta:—Es cierto señores que hay un enunciado que dice que toda lesión genital debe ser considerada como sífilítica hasta no probar lo contrario. Esta prueba se resume en las comprobaciones de Laboratorio, específicamente señaladas como prueba de campo oscuro y serología. Estoy de acuerdo con eso, señores, perfectamente de acuerdo, siempre y cuando dispongamos de los medios necesarios para ceñirnos al rigor de la verdad científica admitida. Si nosotros logramos tomar una lesión sífilítica primaria en el primer septenario, tenemos apenas un 5% de probabilidades de que sea serológicamente positiva, y luego va aumentando, aumentando hasta la octava semana que llega, siempre que reconozcamos que en medicina no hay reglas absolutas, hasta alcanzar el 100 x 100. En razón inversa viene el campo oscuro. Con el ultra tenemos 100 x 100 de probabilidades y posiblemente la semana subsiguiente, pero ya en la octava semana, por sífilítico que sea el chancro, prácticamente no vamos a encontrar treponemas. Es decir, aquí hay un espacio muerto. Ahora bien, nos llega un individuo a la Clínica que por su cultura, domicilio, etc., no podemos controlar debidamente de acuerdo con las normas establecidas por la ciencia; creo yo que en estos casos debemos hacer un margen de seguridad social en el sentido de que es mejor tratar por gusto a un individuo, que no que este hombre nos vaya a sembrar la semilla por todas partes.

Doctor Fuentes Novella:—Estoy perfectamente de acuerdo en que sea adoptada por los países de Centroamérica y Panamá, la nomenclatura recomendada en el último Congreso y por el Seminario que acaba de realizarse.

ENCUESTAS SEROLOGICAS Y EDUCACION ANTIVENEREA CONCOMITANTE

*Dr. Joaquín Zeledón A., Médico Director del Departamento de
Lucha Antivenérea de Costa Rica*

Establecer la prevalencia de la Sífilis es un problema difícil por cuanto las únicas bases técnicas que se tienen son los datos estadísticos colectados en Centros de Tratamiento y los que se obtienen en encuestas serológicas de grupos de población. Quedan fuera de nuestro alcance los datos que los médicos particulares, por razones que no entro a analizar, rehusan comunicar a los centros oficiales de estadística. Se nos escapa también un apreciable número de enfermos que por múltiples razones no acuden nunca a los servicios médicos. De ahí pues, que todo lo que se puede decir sobre morbilidad de la Sífilis, no tiene otro respaldo que la presunción.

Con el doble fin de realizar encuestas serológicas (surveys) y *Educación Sanitaria Antivenérea* concomitante en diversos medios de modalidades diferentes, realizamos dos jornadas sanitarias: una en un medio rural y otra en uno promiscuo.

*El Dr. Joaquín Zeledón
A., de Costa Rica, en la
lectura de su importante
trabajo.*



ENCUESTA EN MEDIO RURAL:

Escogimos la ciudad de Grecia, sita a 42 Km. de la Capital y cuya población es de 4202 habitantes, agricultores en un 95%.

Preparación.—Teniendo en cuenta la experiencia adquirida en los Estados Unidos (Journal—V. D. Information, J. 6-1951), y de acuerdo con lo que personalmente pude palpar en Atlanta, nuestros primeros pasos se dirigieron a interesar a los elementos de mayor representación en la localidad: Primera Autoridad Política, Representante de la Iglesia, Médico de la Unidad Sanitaria, Representante del Municipio y del Comercio, propietarios de Teatros, Gerentes de las Haciendas más importantes, etc. y a *suministrar al público la MAYOR INFORMACION POSIBLE*. Al efecto nos valimos de los siguientes medios:

a) *VISITAS*: Personalmente visitamos, con ocho días de anterioridad, a los elementos que antes se citan, explicándoles la importancia del "Survey", cómo habría de celebrarse y la colaboración que cada uno de ellos podría prestarnos. De todos obtuvimos promesas de franco apoyo para nuestro plan.

b) *IMPRESOS*: También con una semana de anterioridad se distribuyeron profusamente hojas impresas entre los habitantes del lugar, (mercado, salida de las misas y de los teatros, etc.) anunciando la próxima realización del importante evento.

c) *RADIO*: Los días 13, 14 y 15 (viernes, sábado y domingo), las principales radiodifusoras del país estuvieron radiando cuñas alusivas al acto.

d) *PRENSA*: A título de información fueron suministradas algunas notas a los principales diarios. El sábado 14 se publicaron avisos incitando a los vecinos del lugar para que concurrieran a los diferentes centros de extracción.

e) *PREPARACION DE MATERIALES Y ORGANIZACION DEL PERSONAL:*

1) *Material*: Tubos de ensayo con sus correspondientes agujas de Petroff debidamente esterilizados, torniquetes, alcohol, algodón, gasa, un ultramicroscopio, equipos médicos y quirúrgicos de examen y la papelería necesaria.

2) *Personal*: Un día antes fué reunido el personal y organizado en equipos de la manera siguiente:

Equipo central o directriz

- 1 Médico: Director del Departamento
- 1 Bacteriólogo
- 2 Enfermeras
- 2 Asistentes Sociales
- 2 Alumnos del Curso Intensivo de Capacitación sobre Servicio Social verificado recientemente.
- 1 Enfermera local (de la Unidad Sanitaria)

Equipo de propaganda

- 1 Locutor
- 2 Distribuidores de Propaganda impresa
- 1 Chofer
Jeep equipado con altoparlantes desde los cuales se invitaba al público para asistir a la Unidad Sanitaria y otros Centros de Extracción.

Equipos ambulantes

Tres equipos ambulantes compuestos de una enfermera, una Asistente Social y dos alumnas del Curso que antes se citó, se desplegaron: en el centro de la población uno, y los otros dos en las principales haciendas circunvecinas.

Equipo transporte de personas

Adjunto al de Propaganda funcionó este equipo, que se encargó de transportar personas de barriadas alejadas a los lugares de extracción y retornarlas luego a sus procedencias.

Cada uno de estos grupos fué adiestrado expresamente en lo concerniente a las funciones que debería desplegar al día siguiente.

ACCION — (*Domingo 15 de julio de 1951*)

A las siete de la mañana los diferentes equipos entran en acción, siguiendo con fidelidad las instrucciones impartidas. El equipo de Propa-

ganda comienza a recorrer las calles de la ciudad en su jeep dotado de alto-parlantes, anunciando la iniciación de las actividades e incitando a la población para que acuda a examinarse la sangre. En el mercado de abastos, a la salida de misa, por todas partes se hace esta labor que da muy buenos resultados, pues no sólo se convence a las gentes, sino que se las hace subir al vehículo y se las transporta a la Unidad Sanitaria y demás Centros de extracción y Propaganda para el correspondiente examen y debida ilustración.

El Equipo Central o Directriz, en el cual fué atendido el grueso de la población y que hizo alrededor de 300 extracciones de sangre y exámenes clínicos a muchas personas, estuvo en contacto permanente con los demás grupos a fin de impartir órdenes.

El Equipo Ambulante, encargado de hacer las extracciones en los propios hogares, no visitó sino tres o cuatro en los cuales hizo todo su trabajo, pues gracias a la amplitud de las informaciones suministradas, cada casa constituía un centro de operaciones al cual llegaban por decenas los vecinos. En ésta, como en las demás, la Asistente Social se encargó de *ilustrar a las gentes sobre asuntos venéreos y de distribuir la propaganda impresa.*

Los Equipos que visitaron las Haciendas cercanas, escogidas por contar con gran cantidad de trabajadores, obtuvieron también éxito en su labor, pues los propietarios cooperaron con amplitud y reunieron buen número de personas para ser sometidas al correspondiente examen.

Los equipos de Transporte se encargaron de hacer llegar a la Unidad Sanitaria a todas aquellas personas que por habitar en lugares alejados del centro no podían presentarse. Esto fué de primordial importancia y contribuyó en gran parte al éxito, ya que la frecuente excusa de no acudir al llamado por carecer de medios de transporte y tiempo, no tuvo efecto.

La respuesta que dió la ciudad de Grecia no pudo ser más satisfactoria. Las gentes se aglomeraban presurosas para extracciones de sangre trayendo espontáneamente los miembros de sus familias.

RESULTADOS:

Total de personas examinadas	689
Hombres	337
Mujeres	286
Niños (ambos sexos)	66

Positivos y Dudosos	3.48%
Positivos (Mujeres)	1.30%
Positivos (Hombres)	2.17%
Positivos, Niños—No hay	
Positivos y Dudosos (sin tratamientos anteriores).....	1.30%
Positivos y Dudosos (con tratamientos anteriores)	2.17%
Posibles Casos Nuevos encontrados	9.

— : : —

ENCUESTA EN MEDIO PROMISCO

(Del 17 al 20 de mayo de 1952)

Fué escogido para este segundo "survey" el Puerto de Puntarenas, lugar de turismo y esparcimiento que cuenta con 15.660 habitantes, en donde funcionan numerosos salones de baile y prostíbulos reconocidos en número aproximado de diez.

Preparación:



Bajo la dirección del Director de Lucha Antivenérea, Dr. Zeledón A., Asistentes Sociales toman la identidad de las personas antes de proceder a las extracciones, y aprovechan para hacer campaña educativa.

Al igual que en la jornada de Grecia, visitamos con ocho días de anticipación a las personas de mayor representación del Puerto: Sr. Gobernador, Representante de la Iglesia, Director de la Escuela Secundaria, Médico de la Unidad Sanitaria, Radiodifusora local, Gerentes de las principales empresas de Navegación y Jefes de Muelles, etc., quienes unánimemente ofrecieron su colaboración, cosa que cumplieron posteriormente durante los días del "survey".

Como en la encuesta rural y a fin de dar la mayor información posible, se recurrió a la Radio, La Prensa e impresos que fueron distribuidos en forma profusa.

Material: Fué el mismo que hemos citado con motivo de la encuesta rural, con adición de dos refrigeradoras portátiles que diariamente viajaban con las muestras de sangre que se traían al Laboratorio Central de San José. Debe tomarse en cuenta que la distancia entre la capital y Puntarenas es de 126 Km.

Personal: El personal subalterno fué reunido un día antes del viaje a fin de instruirlo detalladamente sobre la forma de actuar y de recibir otras indicaciones. Al propio tiempo, se dispuso en los siguientes equipos:

EQUIPO CENTRAL O DIRECTRIZ:

- 1 Médico: Director del Departamento
- 1 Médico Asistente
- 2 Enfermeras
- 2 Asistentes Sociales

Equipos ambulantes:

Tres equipos compuestos por una enfermera y una Asistente Social que fueron distribuidos por sectores, dedicándose uno de ellos a extracciones de sangre en prostíbulos.

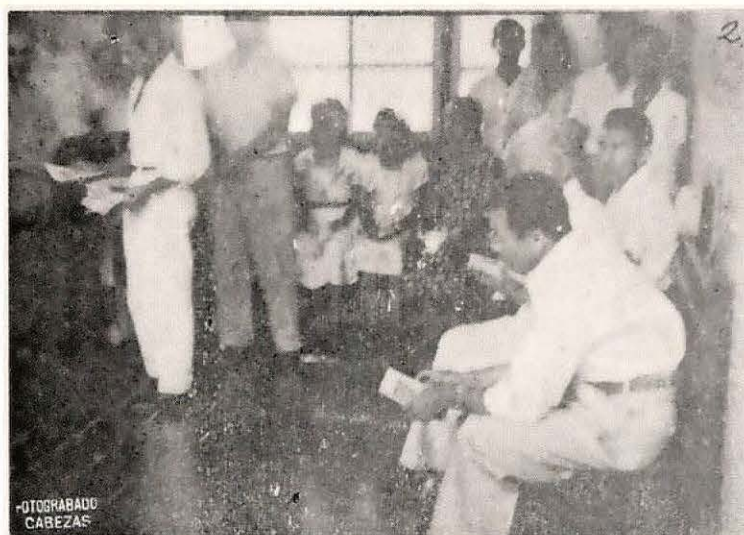
EQUIPO DE PROPAGANDA Y TRANSPORTE DE PERSONAS:

Este equipo se compuso de:

- a) Un jeep provisto de altoparlantes con un locutor y dos distribuidores de impresos.
- b) Una camioneta para el transporte de personas.

A C C I O N :

El sábado por la noche y para iniciar la jornada, se dió una conferencia en el Colegio de Secundaria ante un numeroso público de adultos y estudiantes. Llevó la palabra el Director del Departamento, se proyectaron cintas cinematográficas y se distribuyeron varias formas de impresos. Se hizo hincapié en la parte educativa y se recalcó la importancia del "survey" que habría de iniciarse al día siguiente.



Empleados de Lucha Antivenérea distribuyen propaganda impresa durante la celebración del segundo "survey" serológico y de Propaganda verificado en Puntarenas.

Labor durante los días 1 , 19 y 20 de mayo de 1952

No obstante nuestra propaganda citada, en las primeras horas había un ambiente en el público de indiferentismo, y una apatía manifiesta para someterse a las pruebas sanguíneas que pregonábamos. El Equipo de Propaganda, que de común acuerdo se situó en los sitios más concurridos del Puerto incitando a viva voz a la ciudadanía para que tomase campo en la camioneta para trasladarla a la alejada Unidad Sanitaria, principal Centro de Extracción, desplegó toda su actividad. Los trabajadores sociales persuadían con insistencia a los indiferentes porteños y así, poco a poco, con tenacidad y esfuerzo, el Equipo de Propaganda estableció una corriente casi constante de personas a quienes se llevaba y traía rápidamente

de los mercados, de los parques, muelles y casas de habitación, a los Centros de Extracción.

El día 18 en horas de la tarde se hizo una visita al Penal de San Lucas, situado en una Isla a una hora de navegación del Puerto, practicándose en él 116 extracciones de sangre. Se verificaron algunos exámenes clínicos y se impartieron instrucciones al Enfermero del Penal sobre la forma en que debe actuar en casos de enfermedades venéreas. Se les llevó provisión de drogas para el tratamiento de Sífilis, Blenorragia y Ducrey.

R E S U L T A D O :

Total de extracciones verificadas	1,130
Positivos	63
P. D. (Dudosos)	40
Positivos y Dudosos, total	103
% Positivos	5.57
% Dudosos	3.53
% Positivos y Dudosos	9.11
Extracciones verificadas en San Lucas	116
Número de Positivos	26
% Positivos (San Lucas)	22.41
Número Extracciones en Zonas de Promiscuidad	70
Número de Positivos en Zonas de Promiscuidad	20
% Positivos (Zonas de Promiscuidad)	28.57

— : : —

Conceptuamos como muy satisfactorios los resultados obtenidos en las encuestas de Grecia y Puntarenas, ya que no se concretó nuestra labor a verificar las 689 y 1,130 extracciones respectivamente, sino que, lo que es más importante, *se aprovecharon todas las oportunidades para hacer una intensa campaña de difusión sobre asuntos venéreos*. Es de notar que el Departamento de Lucha Antivenérea hubo de valerse de su propio y exclusivo esfuerzo para la realización de estas jornadas sanitarias, lamentando la ausencia de colaboración del Departamento de Lucha Antituberculosa solicitada a su debido tiempo, que como se acostumbra en los Estados Unidos, toma parte activa en ellas. (Journal V. D. Information J-6-51, Syphilis Prevalence and community Structure, Pág. 157), dándoles mayor auge.

De acuerdo con los resultados serológicos obtenidos en la ciudad de

Grecia (3.48%), se nota una baja prevalencia de la Sífilis, lo que coincide con lo obtenido en otros países en medios rurales. En Estados Unidos, por ejemplo, el % llegó en la raza negra (Studytown) a 13% y 0.6% en la blanca.



El equipo de Propaganda en plena acción. Nótese el jeep equipado con altoparlantes.

Creemos oportuno transcribir los resultados obtenidos en otras encuestas serológicas practicadas en los siguientes grupos: Maestros de Escuela y demás Personal Docente: (cortesía del Dr. Esteban A. López Varela—Sección Sanitaria Escolar de Salubridad). Cuerpo Militar y Cárcel de Mujeres "EL BUEN PASTOR" de San José.

Los resultados por Provincias en el grupo de Maestros y Personal Docente, fueron los siguientes:

CIUDAD DE SAN JOSE:

Exámenes practicados	1,328
Resultaron Positivos	23 — 1.73%
Resultaron Dudosos	17 — 1.28%

PROVINCIA DE ALAJUELA:

Exámenes practicados	872
Resultaron Positivos	15 — 1.72%
Resultaron Dudosos	12 — 1.37%

PROVINCIA DE HEREDIA:

Exámenes practicados	480
Resultaron Positivos	11 — 2.29%
Resultaron Dudosos	1 — 0.2%

PROVINCIA DE CARTAGO:

Exámenes practicados	624
Resultaron Positivos	13 — 2.08%
Resultaron Dudosos	14 — 2.24%

PROVINCIA DE PUNTARENAS:

Exámenes practicados	256
Resultaron Positivos	3 — 1.17%
Resultaron Dudosos	2 — 0.78%

PROVINCIA DE GUANACASTE:

Exámenes practicados	341
Resultaron Positivos	19 — 5.57%
Resultaron Dudosos	5 — 1.46%

PROVINCIA DE LIMON:

Exámenes practicados	128
Resultaron Positivos	3 — 2.33%
Resultaron Dudosos	4 — 3.12%

TOTALES GENERALES:

Exámenes practicados	4,029
Resultaron Positivos	73 — 1.81%
Resultaron Dudosos	55 — 1.36%

(Los datos anteriores nos fueron suministrados por el Dr. López Varela)

ENCUESTA EN GRUPO MILITAR (Primera y Segunda Compañías de
GUARDIA CIVIL)

Exámenes practicados 423
Resultaron Positivos 21 — 4.72%

ENCUESTA VERIFICADA EN LA CARCEL DE MUJERES
"BUEN PASTOR" DE SAN JOSE

Exámenes practicados 86
Resultaron Positivos 19 — 22.09%
Resultaron Dudosos 8 — 9.03%

Nos place consignar un voto de agradecimiento para el Lic. Arnoldo Castro Jenkins, Jefe del Laboratorio Serológico de Salubridad Pública, mediante cuya valiosa colaboración se verificaron las reacciones serológicas.

SUMARIO Y SUGERENCIAS:

- I. Se realizaron encuestas serológicas en medios Rural, Promiscuo, Penales, Militares y Docentes.
- II. Se detalla el *modus operandi* como base fundamental de éxito en los "surveys" de Grecia y Puntarenas.
- III. Los porcentajes de Positividad fueron:
En el medio Rural 3.48%
En el medio Promiscuo global 5.57%
En Prostíbulos del Puerto 28.57%

En ninguna de las dos encuestas se presentaron casos de Sífilis sintomática reciente.

En el Penal de San Lucas 22.41%
En la Cárcel de Mujeres (S. J.) 22.09%
En el Personal Docente 1.81%
En Cuerpos Militares 4.72%

- IV. Las encuestas serológicas de Grecia y Puntarenas, en la forma descrita, sirvieron como *potentes brazos de acción de Educación Anti-*

venérea, al despertar la inquietud sobre los problemas del sexo y su correlación con la Venereología.

- V. Hablan por sí solos los porcentajes de prevalencia de la Sífilis en medios promiscuos. Por lo tanto sugerimos que las encuestas serológicas concomitantes con medios educativos, deben tener como campo de acción, primordialmente, aquellas zonas de promiscuidad manifiesta.
- VI. Se sugiere que los Ministerios de Salubridad de Centro América y Panamá promuevan la verificación de encuestas (Surveys), serológicas y de Educación Sanitaria Antivenérea, procurando la cooperación de las Secciones de Lucha contra la Tuberculosis, Cáncer, Odontológica y otras, con el propósito de aunar esfuerzos y aprovechar la mayor afluencia de personas para los diferentes exámenes, lo que redundará en resultados más eficientes.

El Venereólogo Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Jaime Velarde T., en una de sus intervenciones.



C O M E N T A R I O S :

Doctor Bendaña, de Honduras.—En mi concepto el trabajo del Doctor Zeledón es un trabajo que no necesita comentarios. Debemos felicitar al Doctor Zeledón porque es una realidad el esfuerzo que él ha llevado a cabo en Costa Rica. Yo creo que de este trabajo nosotros simplemente debemos tomar copia y regresar a nuestros países a hacer todo lo posible porque se lleven a cabo esos mismos programas que él ha logrado realizar aquí. Para terminar, me permito únicamente felicitar al Doctor Zeledón.

Doctor Fuentes Novella, de Guatemala.—Yo me hago partícipe de las palabras del Doctor Bendaña. Considero que no puede haber discusión en un asunto sobre el cual no traemos nada parecido para establecer comparaciones. El trabajo del Doctor Zeledón es realmente meritorio y nos muestra una labor admirable. Termino felicitando al Doctor Zeledón y trataremos de llevar a la realización en mi país un trabajo semejante.

Doctor Funes, de Guatemala.—Yo me adhiero a las palabras de mis compañeros y solamente quisiera preguntar al Doctor Zeledón si la zona de Puntarenas es endémica en malaria o nó.

Doctor Zeledón.—Bueno, tanto como endémica no. Podríamos considerar la zona de Puntarenas área de malaria más bien esporádica; no epidémica. Ya sé perfectamente a qué viene la pregunta; posiblemente quiere el Doctor Funes saber si se investigan los falsos positivos. Yo no he explicado cómo actuamos después de la encuesta. Los resultados son investigados por los médicos a fin de constatar si no hay falsos positivos. Todavía no lo hemos hecho en cuanto a Puntarenas. En cuanto a Grecia, sí. En cuanto a las palabras tan amables y gentiles de los Doctores Fuentes Novella, Funes y Bendaña, yo no tengo más que agradecerle y decirles que esto no es más que el comienzo de nuestras pocas actividades. Realmente todavía nos falta mucho por hacer y cualquier información que pueda suministrarles sobre estas labores, con mucho gusto lo haré.

Doctor Tapia, de Panamá.—La crítica al trabajo del Doctor Zeledón la hizo él mismo. Las encuestas son relativamente caras y, como él mismo nos dijo, se encuentran muy pocos casos de valor sanitario. En ninguno de los dos "Surveys" se encontraron casos de Sífilis Recientes Sintomáticas. Creo que los Surveys no deben considerarse como punto de partida de una campaña antivenérea. Creo que están muy bien en Costa Rica donde

tienen una campaña bien organizada, donde tienen facilidades de tratamiento, Dispensarios, etc. Es decir, que en lugares donde no hay suficiente penicilina, donde no hay campo oscuro ni muchas otras facilidades diagnósticas y de tratamiento, es preferible que el dinero que se gastaría en "surveys" se invierta en aumentar esas facilidades.

Doctor Romero.—Lo que se ha dicho sobre el trabajo del Doctor Zeledón de que cuesta caro y no se encuentran muchos casos de Sífilis contagiantes, como él mismo ha dicho y ha hecho notar el Doctor Tapia, es muy cierto: pero lo que se adelanta como un factor educativo con estas campañas es tanto, que yo creo que vale la pena que se sigan practicando y ojalá en todos los países centroamericanos, porque familiarizar a los enfermos con la toma de sangre y con la visita a los Dispensarios me parece que debe estar a la base de toda campaña antisifilítica.

Doctor Peralta.—Las felicitaciones son obvias para el caso en favor del Doctor Zeledón, porque se vé que es un esfuerzo bastante grande el que ha hecho. A propósito de encuestas y los resultados obtenidos en Costa Rica, comparándolas con las que nosotros en cierto modo hemos practicado en El Salvador, hay una gran diferencia en las cifras obtenidas. Con el Doctor Romero, que estuvo hojeando algunas cifras que yo tengo aquí, me dice que encuentra demasiado alta la afluencia de enfermos de tal o cual tipo de Sífilis en relación con lo que él comprueba en Costa Rica. No es un elogio porque estamos en terreno de esta hermana República, pero sí quiero manifestarles a ustedes que a mí no me extraña. En El Salvador, aun cuando yo no conocía este país, he sabido de sobra que las condiciones socio-económicas de este pueblo son verdaderamente envidiables, en relación con las que, por lo menos en El Salvador, nosotros vivimos. El "standard" de vida de los costarricenses es bastante distinto e indiscutiblemente esto compele a una serie de situaciones que condicionan una menor promiscuidad sexual. En un país como el nuestro, super-poblado, donde la distribución del dinero va desde lo muy alto a la mayor miseria y de más, la situación en materia de promiscuidad sexual tiene que ser diferente e indiscutiblemente los índices más altos. El costo de "survey", como lo dice el Doctor Tapia, es alto, hay que desplazar personal, etc. . . y sobre todo, hay que tener mucha penicilina. Yo tengo dos experiencias al respecto. Una practicada hace cosa de dos años en una zona rural (Survey) sin penicilina, y el efecto moral en que dejé yo a aquellas gentes fué desastroso. Les hicimos extracciones, supieron que estaban positivas de su sangre, y nada más. Las reclamaciones duraron cerca de dos meses, ext-

giéndome penicilina todos aquellos que se sabían enfermos y es muy duro no poder corresponder. En el puerto de Acajutla, cuya población es más reducida que la de Puntarenas, examinamos unos dos mil y pico de personas. Acajutla es una zona malárica. Es cierto que los dedetizadores pasan dos veces al año, pero siempre el índice palúdico es alto ahí. Sin embargo, las comprobaciones que hicimos son bastante evidentes; los "changadores" de muelles por ejemplo y otros grupos, nos dieron hasta un 24% de positividad. No importa la malaria que pueda haber. Lo cierto es que ahí estaba ese 24% hablando. Más palúdica aún es la zona que llamamos de Puerto Viejo y las zonas de las riberas de Boca de los Ríos, Río San Pedro y Río Grande de Sonsonate. Sin embargo, la gente rural que vive ahí cerca de los esteros, nos dió un índice mucho más bajo. En sexos, era mucho más alto en hombres que en mujeres. De manera que es significativa la positividad en relación con las cifras que ustedes han hallado. Yo espero que la orientación que ha sufrido la Campaña Antivenérea de Costa Rica siga adelante, y nunca lleguen Uds. a tener lo que nosotros tenemos. Felicito al Doctor Zeledón en lo particular y al pueblo de Costa Rica en general, por esa baja incidencia de positividad que han encontrado.

Doctor Zeledón.—Quiero, antes de terminar este tema, decir que las cifras que hemos consignado no pueden tomarse como absolutas; son tomadas de simples grupos de población. Por ejemplo, de los 6.000 habitantes de Puntarenas, apenas fueron examinados 1.000, por lo que no podemos darle el valor realmente general, pero son datos que nos dan alguna idea sobre la prevalencia. En todo caso, no pueden juzgarse como cifras absolutas.

Una vez más agradezco las amables palabras del Doctor Peralta.

RELACION TIEMPO - DOSIS EN LA TERAPEUTICA
PENICILINICA DE LA SIFILIS, LA FRAMBOESIA
Y EL MAL DEL PINTO

*Por Delmas K. Kitchen, M. D. **

*Charles R. Rein, M. D. **

New York

PARTE I.

El descubrimiento, desarrollo y uso inteligente de cualquier agente terapéutico específico, necesita una secuencia ordenada de estudios sobre su toxicidad, su acción farmacológica y su efectividad clínica. Además, deben ser determinados los mejores tipos de preparación, y las rutas de preferencia para su administración. Sería poco útil tener el agente más efectivo para la prevención, el tratamiento o la curación de una enfermedad, si su escasez, toxicidad o inestabilidad proscibieran su uso seguro, adecuado y efectivo. Cuando la penicilina estuvo al alcance de todos, después de terminadas las exigencias de la reciente Guerra Mundial, se presentaron inmediatamente problemas que requerían determinaciones y medidas para permitir su aplicación más efectiva.

Se supuso, pero no quedó probado, que la concentración de penicilina en líquidos circulantes está relacionada físicamente en forma definida, con su existencia en los tejidos en el lugar de la infección; Eagle (1) informó

* Del Departamento de Dermatología y Sifilología de la Universidad de Nueva York, Escuela Médica de Post-Graduados (Dr. Marion B. Sulzberger, Presidente).

Leído ante el IV Congreso Centro Americano de Venereología, celebrado en San José de Costa Rica, A. C. el 12 de Junio de 1952.

Traducido del Inglés por la Oficina Sanitaria Panamericana, Zona III.

la creencia que la sensibilidad *in vitro* de un organismo a la penicilina representaba una aproximación cercana a la de su sensibilidad en el lugar del foco *in vivo*. De acuerdo con las creencias actuales, parece que una indicación útil y exacta, si no una representación muy cercana, de la penicilina en los tejidos, es obtenida por medio de la determinación de su concentración en el suero. Aún más, la concentración tisular de este antibiótico, podría ser ligeramente más alta que su concentración concomitante en la sangre.

Después de que se ha establecido la seguridad y la eficacia de una droga, el acercamiento racional a su uso clínico depende de estudios adecuados sobre su absorción, distribución, destino y excreción. La penicilina en formas solubles (sales de sodio, potasio y calcio) es absorbida más rápidamente por inyecciones parenterales que por administración oral. Su tasa de excreción por otra parte es extremadamente rápida. La excreción urinaria de las sales solubles de penicilina después de su inyección es tan rápida y tan constante que ha sido sugerido su uso como un método de determinar la función renal en lugar del diodrast, etc. (2)

El mecanismo completo o modo de acción por el cual la penicilina ejerce su efecto letal sobre los microorganismos no ha sido claramente comprendido pero, desde un punto de vista práctico, su acción terapéutica está claramente determinada por factores inherentes a la susceptibilidad del organismo al medicamento. Fué necesario determinar qué factores medibles intervenían para volver vulnerable al organismo a la acción de la penicilina; muchos de estos no han sido aclarados, pero por estudios *in vitro* se ha demostrado que la susceptibilidad de un organismo dado puede ser definida en términos de concentración:

- a. Aquel que basta solo a reducir la tasa normal de multiplicación (considerado como el nivel bacteriostático).
- b. Aquel que mata a los organismos más rápidamente de lo que ellos se multiplican: (mencionado alternativamente como nivel inhibitorio *in vitro*).
- c. Aquel que mata los organismos a una tasa máxima v. gr., (para el *Streptococcus piogenes*, estas concentraciones son aproximadamente de 0.007, 0.014 y 0.0109 unidades por centímetro cúbico).

Algunos factores distintos de las concentraciones que gobiernan la eficacia terapéutica de la penicilina son:

- (1) El tiempo requerido para matar, y
- (2) El número inicial de organismos presentes en el huésped infectado.

(Puede haber una diferencia ocho veces mayor en el tiempo requerido para esterilizar suspensiones de 1,000 y de 1,000.000 de organismos por centímetro cúbico). Los estudios de laboratorio *in vitro* o *in vivo* no han indicado ninguna variación constante en la susceptibilidad de los treponemas de la sífilis, la sífilis endémica, la framboesia y el bejel. "Por lo tanto, debido a que estos hallazgos son fragmentarios hasta la fecha, no hemos tenido sugerencias de que ninguna de las cepas colectadas sean más resistentes a la penicilina que las cepas de *Treponema pallidum*. . . (3). Es posible demostrar la extremada sensibilidad del treponema pallidum a la penicilina *in vitro*: una cantidad tan pequeña como 0.0025 unidades de penicilina por centímetro cúbico inmovilizan el 50% de los organismos en 16 horas. (4).

Al llegar a la relación tiempo-dosis de la terapéutica penicilínica de las enfermedades treponémicas, es necesario hacer deducciones de estudios fundamentales con distintos treponemas, particularmente con el treponema pallidum.

La transposición de informaciones sobre *Treponema pallidum* para *Treponema pertenuis* y otras espiroquetosis, está indicada no sólo por los datos de laboratorio existentes, sino por los actuales resultados terapéuticos que serán descritos a continuación. Ya que los informes de laboratorio *in vitro* e *in vivo* forman en el mejor de los casos solo una indicación para sugerir esquemas de dosificación para su aplicación en el sujeto humano, es necesario también utilizar cualquier información pertinente obtenida con esquemas experimentales para enfermedades treponémicas en los humanos. Hemos observado que los pacientes de sífilis pueden ser curados con dosis tan pequeñas de penicilina *que dan una concentración tan pequeña que no es demostrable en el suero, por nuestros métodos actuales*. A este propósito es pertinente informar que Thomas (5) ha observado clínica y serológicamente durante un año o más a 11 pacientes después de la administración oral de 70 dosis de penicilina amorfa de 75,000 unidades cada una, siete veces al día, con un total de 5,250,000 unidades. Todos estos pacientes tenían sífilis reciente. Después de este lapso, nueve de los once pacientes continuaban seronegativos y dos de estos pacientes que habían tenido sífilis secundaria, recayeron o fueron reinfectados asintómicamente. *Los valores séricos de penicilina fueron tan bajos, que no era posible medirlos en la mayor parte del tiempo y en la mayoría de estos pacientes*.

Por estudios de laboratorio nuestros y ajenos, y por las experiencias clínicas de investigadores tales como Mahoney y Arnold (6) la Sección de Estudios Cooperativos de la Sífilis del Consejo Nacional de Investigaciones y nuestro propio grupo, se pensó que la penicilina debe perma-

necer en los líquidos circulantes por un período mínimo ininterrumpido de 96 a 144 horas a una concentración efectiva (la mínima absoluta es desconocida) para el tratamiento más satisfactorio de esta enfermedad.

De acuerdo con este postulado, este requisito, tiempo-dosis pareció obtenible con cualquier preparación de penicilina, pero se obtendría en una forma más racional y conveniente con una que exhibiera la acción repositoria suficiente que evitara la necesidad de las inyecciones frecuentes debidas a la rápida excreción de las sales solubles del antibiótico. Para llenar estos requisitos, el primer éxito fué obtenido con la penicilina cálcica en aceite de cacahuete y 4.8% de cera de abejas.

Posteriormente, para mantener la penicilina por un largo período de tiempo en los líquidos circulantes, con pocas inyecciones ó una sola, fué empleada la Penicilina G-Procaína, micro-cristalina en aceite gelado con 2% de monoestearato de aluminio, conocida desde esa fecha como PAM.

En su estudio sobre la acción repositoria de este preparado, Kitchen, Thomas y Rein (7) reportaron concentraciones séricas después de su administración intramuscular, de acuerdo con distintos esquemas de aplicación. En esa publicación informamos las concentraciones de penicilina en el suero de acuerdo con los esquemas de "tratamiento único" con este preparado (las cuales fueron utilizadas subsecuentemente en nuestros estudios terapéuticos sobre treponemas) en la forma siguiente:

Esquema K_1 —1.2 millones de unidades (4 centímetros cúbicos)—una inyección.

Esquema K_2 —2.4 millones de unidades (8 centímetros cúbicos)—una inyección.

Esquema K_3 —2.4 millones de unidades (4 centímetros cúbicos cada una)—dos inyecciones simultáneas.

El Esquema K_1 produjo un nivel máximo de 0.5 unidades por centímetro cúbico aproximadamente al cabo de una hora y se mantuvo arriba de 0.03 unidades por centímetro cúbico durante 6 a 8 días en la mayoría de los casos. Los esquemas K_2 y K_3 produjeron concentraciones máximas de aproximadamente 1.0 unidades por centímetro cúbico en el suero al cabo de una hora; una declinación gradual del nivel de penicilina que llegó abajo de 0.03 unidades por centímetro cúbico, fué observado en la mayoría de los pacientes entre 8 a 10 días después del tratamiento.

Parece obvio, de acuerdo con estos resultados, el postulado de que el suero debe mantener una *concentración medible constante de penicilina durante 6 a 8 días queda satisfecho* y que el siguiente paso lógico en nuestro intento de reducir el tratamiento efectivo de la sífilis, la framboesia y el mal del Pinto a una sola inyección podría ser posible. En esta forma, la erradicación de un padecimiento por medio de una técnica terapéutica pareció como una posibilidad clara y factible, ya que sobre una base de tratamiento en masa, sería difícil, si no imposible de practicar, un esquema de inyecciones múltiples.

Nuestro objetivo siguiente fué el determinar la relación tiempo-dosis en la transferencia de penicilina de la madre al recién nacido (8), después de una sola inyección de PAM a la futura madre, durante el trabajo del parto. Estos datos fueron obtenidos por medio del estudio de 181 mujeres normales que dieron a luz a sus niños a intervalos que variaron entre algunos minutos y 15 horas después de una sola inyección de 300,000 unidades de PAM.

En general, cuando pasaron 4 horas o más entre la inyección a la madre y el parto, la concentración de penicilina en el suero del cordón fué mucho más alta y solamente 2 o 3 casos en nuestra serie, dejaron de demostrar la presencia del antibiótico. La transferencia más favorable fué efectuada cuando el PAM había sido inyectado entre 6 y 12 horas antes del parto.

PARTE II

Aun cuando la mayoría de los médicos quedaron aparentemente satisfechos con la desaparición rápida de los treponemas en las lesiones recientes de la Sífilis, la Framboesia y el Mal del Pinto y con la cicatrización dramática de las manifestaciones cutáneas, algunos no quedaron satisfechos por la respuesta serológica lenta. Esta lentitud de la reversión serológica causó un pesimismo falaz entre aquellos que buscaban una reversión de las pruebas serológicas positivas más rápida.

Se ha demostrado que pueden transcurrir meses y aun años después de la terapéutica exitosa de las enfermedades treponémicas, con cualquier tipo de agente treponemicida, antes de que las reacciones serológicas se vuelvan negativas. Muchos pacientes con manifestaciones secundarias de Framboesia o antiguas del Mal del Pinto, pueden haber tenido ese padecimiento durante muchos años antes de la institución de la terapia; por lo tanto, *no puede esperarse la misma rapidez de reversión serológica en estos casos, que la que se observa en la sífilis secundaria, cuando*

la enfermedad ha estado presente solo por algunos meses. Es necesario darse cuenta que la respuesta serológica en la Framboesia secundaria y latente o en el Mal del Pinto con títulos altos, puede ser extremadamente lenta, como sucede en la Sífilis de larga duración. Además, a menos de que se practiquen cuidadosamente pruebas cuantitativas a intervalos regulares y frecuentes en las reacciones con título alto, puede ser imposible determinar si se ha presentado una tendencia satisfactoria después del tratamiento. *La persistencia de reacciones serológicas positivas no indica necesariamente la persistencia de la infección.*

Algunos investigadores se han sentido desalentados con la terapéutica penicilínica para la Sífilis, la Framboesia y el Mal del Pinto, debido a la opinión de que la tasa de recaída o fracaso es excesiva. Desafortunadamente, a menudo es difícil diferenciar entre recaída y reinfección ya que estos padecimientos pueden ser curados clínicamente en un período de tiempo relativamente corto. En consecuencia, es posible que un paciente tratado por infección reciente sea re infectado por una reexposición subsiguiente, especialmente si el paciente regresa a su ambiente original en el cual haya una alta incidencia de la enfermedad. El grado de su inmunidad depende en gran parte de la duración de su infección original antes del tratamiento y del grado de la reexposición.

Es muy posible por lo tanto, que los pacientes curados de Framboesia en su primera infancia, sean re infectados de Framboesia o de Sífilis adquirida en su vida posterior. Si la única evidencia de una reinfección asintomática por Framboesia o una nueva infección asintomática con Sífilis es un aumento en el título serológico, sería casi imposible de ser distinguida de una recaída serológica con los métodos actualmente a nuestro alcance. Por lo tanto, un aumento en el título serológico, sin reaparición de manifestaciones clínicas, que se presente en pacientes que hayan recibido un tratamiento adecuado por una infección reciente previa, no indica necesariamente un fracaso al tratamiento; además, cuando se clasifica a estas reinfecciones como fracasos, se hace una reducción falsa en la tasa de curación.

Basados en las investigaciones sobre ensayos con penicilina hechos por Kitchen, Thomas y Rein (7) se iniciaron estudios clínicos para determinar la eficacia de la terapéutica penicilínica en la Framboesia, en la Sífilis y en el Mal del Pinto. De acuerdo con el tipo empleado de penicilina repositoria, fueron seleccionados distintos esquemas de tratamiento. En todos los casos se eligieron esquemas que asegurarían la relación apropiada tiempo-dosis de modo que un nivel terapéutico de penicilina adecuado fuera mantenido en los pacientes por un mínimo de 96 horas.

Antes de la institución de la terapéutica, se obtuvieron muestras de sangre de todos los pacientes y los sueros fueron examinados con una batería de pruebas serológicas cuantitativas. El número y tipos de pruebas empleados dependió de los procedimientos que estuvieron al alcance de los laboratorios del país en el que el estudio fué llevado a cabo. Después del tratamiento, los pacientes quedaron sujetos a una observación clínica y serológica, con uno a tres meses de intervalo, durante uno a tres años y medio.

Con el propósito de evaluar los resultados serológicos obtenidos, fueron aceptados los siguientes criterios y definiciones arbitrarias:

Curación serológica: Esto significa seronegatividad alcanzada y mantenida después del tratamiento.

Mejoramiento serológico: Esto consiste en la reducción del título serológico, el cual indica una respuesta serológica satisfactoria, pero la seronegatividad no había sido obtenida en el momento del último examen.

Seroresistencia: Esta indica una falla en mostrar una reducción en el título serológico, abajo del nivel observado antes del tratamiento.

Recaída serológica: Esta consistió en una reducción en el título serológico, seguida por un aumento repentino y progresivo en el título, indicativo de una respuesta no satisfactoria o una reinfección asintomática.

FRAMBOESIA

Rein, Kitchen y Petrus (10) en cooperación con el Gobierno de Haití, iniciaron a principios de 1947 un estudio sobre la eficacia de la terapéutica penicilínica en la Framboesia. A continuación se presenta una evaluación de los resultados clínicos y serológicos en una serie de 1,200 campesinos Haitianos que tenían manifestaciones recientes de esta enfermedad. Todos ellos fueron tratados en forma ambulatoria con Penicilina G sódica cristalina en aceite de cacahuete con 4.8% de cera de abejas (fórmula Romansky) y fueron divididas en tres grupos:

Grupo A: Cuatrocientos cincuenta enfermos fueron tratados con un esquema de 4 días y recibieron una inyección de un c. c. (300,000 unidades) de penicilina una vez al día con una dosis total de 1,200,000 unidades.

Grupo B: Cuatrocientos noventa y dos pacientes fueron tratados con un esquema de dos días y recibieron una inyección de 1 c. c. dos veces al día con intervalo de 12 horas y con un total de 1,200,000 unidades.

Grupo C: Doscientos cincuenta y ocho pacientes fueron tratados

con un esquema de 4 días y recibieron una inyección de un c.c. dos veces al día, con intervalo de 12 horas, con un total de 2,400,000 unidades.

Siempre que fué posible los padres y hermanos de los pacientes de *Framboesia terciaria* o latente recibieron terapéutica penicilínica única a fin de reducir en lo posible la incidencia de reinfección; se estima que aproximadamente 2,000 pacientes adicionales fueron así tratados con este propósito, los cuales no están incluidos en este informe. Sin tomar en cuenta la edad ni el peso, todos los pacientes recibieron la misma cantidad de penicilina en sus grupos respectivos.

La tabla I presenta datos que muestran el número total de pacientes inicialmente tratados y el número observado con éxito en cada grupo durante un período de un año. Es interesante notar que a pesar de las dificultades, 787 pacientes (65.6%) fueron reexaminados clínica y serológicamente al final del período de 12 meses.

La Tabla II presenta los datos que muestran el número de pacientes serológicamente curados, mejorados, seroresistentes o que tuvieron una recaída serológica, en cada uno de los tres grupos y al final de un año de observación. De acuerdo con nuestra definición previa de curación y de mejoría serológica, puede verse que aún con el más desfavorable de los resultados, el cual se presentó en el Esquema B, se obtuvo una tasa de 90.76% de curación y mejorías serológicas. Los mejores resultados fueron obtenidos en el grupo C en el cual 94.40% de los pacientes quedaron dentro de esta clasificación. Con una dosis total idéntica, el Esquema de 4 días fué más efectivo que el Esquema de 2 días y con una duración total idéntica de la terapéutica, 2.4 millones de unidades parecieron ser más efectivos que 1.2 millones de unidades.

Los resultados fueron rápidos desde el punto de vista clínico; con la segunda inyección, los pacientes se sintieron mucho mejor y las cefaleas y artralgias habían desaparecido. Al cabo de 4 días las lesiones "cangrejo" palmares y plantares se hicieron indoloras; en cuatro días las lesiones primarias y secundarias estaban en el período de desecación y las costras podían ser arrancadas fácilmente mostrando una piel subyacente seca y bien cicatrizada. La cicatrización completa de todas las lesiones fué observada en la mayoría de los casos durante el primer examen tres meses después de terminada la terapia.

La Tabla III presenta los datos concernientes a los resultados clínicos al final del período de estudio de un año. La tasa extremadamente alta de curación y mejoría y el por ciento extremadamente bajo

de pacientes que no exhibieron cambios clínicos son característicos de la respuesta clínica a este tipo de tratamiento.

MAL DEL PINTO

En México, en cooperación con Márquez y Varela, iniciamos un estudio sobre la eficacia de la Procaína Penicilina-G-micro-cristalina gelada en aceite y monoestearato de aluminio (PAM) en el Mal del Pinto. A continuación se presenta la evaluación de nuestros resultados clínicos y serológicos en una serie de 665 pacientes de Mal del Pinto, mexicanos. Cuatro esquemas terapéuticos fueron empleados:

Esquema A—Una inyección única de 4 c. c. (1,200,000 unidades).
Trescientos noventa y dos pacientes fueron tratados.

Esquema B—Una inyección de 1 c. c. (300,000 unidades) con un día de intervalo durante 4 días (1,200,000 unidades). Once pacientes fueron tratados.

Esquema C—Una inyección de 4 c. c. (1,200,000 unidades) a intervalos semanarios durante 4 semanas (4,800,000 unidades). Veintinueve pacientes fueron tratados.

Esquema D—Una inyección de 1 c. c. (300,000 unidades) a intervalos semanarios durante 4 semanas, (1,200,000 unidades). Doscientos treinta y tres pacientes fueron tratados.

Todos los pacientes, cualquiera que fuera su edad o su peso, recibieron la misma cantidad de penicilina en sus grupos respectivos.

La Tabla IV presenta datos que muestran el número total de pacientes inicialmente tratados con cada esquema y el número de reexaminados en cada grupo después de un período mínimo de un año.

La Tabla V anota los datos serológicos con cada uno de los cuatro esquemas del tratamiento al final de esta investigación. Puede verse que con los esquemas A y D, 73.82% y 72.89% respectivamente mostraron una respuesta serológica satisfactoria a los tratamientos cortos de terapéutica penicilínica ambulatoria. Se espera que durante el tercer año de reexámenes serológicos se presentará un mayor número de "curaciones serológicas".

Aun cuando la respuesta serológica fué mucho más lenta que la de

nuestros pacientes con Sífilis y un poco más lenta que la de nuestros pacientes con Framboesia, nuestros resultados fueron mucho mejores que los informados por otros investigadores que emplearon la terapéutica de metales pesados. La lentitud de la respuesta serológica es probablemente un reflejo directo de la duración del padecimiento; un gran número de nuestros pacientes del Mal del Pinto habían tenido esta enfermedad durante muchos años antes del tratamiento.

Clínicamente los resultados no fueron tan rápidos como los que obtuvimos con la terapéutica penicilínica en la Sífilis y en la Framboesia. En el Mal del Pinto pasaron de 4 a 6 meses antes de que las lesiones primaria o secundaria temprana, hubieran desaparecido. Las lesiones secundarias tardías requirieron de 6 a 12 meses para desaparecer por completo. Fué especialmente interesante la observación de que en pacientes con leucoderma (Pinto blanco) de corta duración hubo la reaparición de pigmento normal.

En la Tabla VI se puede notar que todos los pacientes con *lesiones primarias* alcanzaron y sostuvieron curaciones clínicas. En pacientes con *pintides tempranas* el 68.9% habían alcanzado y sostenido la curación clínica, y el restante 31.1% había mostrado una mejoría clínica notable en el momento de su último examen. Solamente 18 pacientes (9.9%) con *Mal del Pinto tardío* observados durante más de un año dejaron de mostrar una respuesta clínica apreciable. Los resultados con una sola inyección de 4 c.c. (1,200,000 unidades) parecieron algo mejores que los obtenidos con una inyección de 1 c.c. (300,000 unidades) una vez por semana durante 4 semanas, aun cuando la dosis total (1,200,000 unidades) fué idéntica en ambos esquemas de tratamiento.

SIFILIS

En el Hospital Bellevue, en Mayo de 1948, en cooperación con Thomas y Landy, iniciamos un estudio sobre la eficacia de un tratamiento con una sola inyección de PAM en la Sífilis reciente. Actualmente hemos tratado 145 pacientes quienes han sido cuidadosamente observados clínica y serológicamente durante 9 a 40 meses después de terminar el tratamiento. Excepto 16 pacientes, todos han sido observados por más de un año. Al principio no quisimos dar la impresión de que aconsejábamos el tratamiento de la Sífilis secundaria con una sola inyección como un procedimiento de rutina. Nuestro propósito fué el de determinar lo que podría obtenerse por esta terapéutica, ya que estos informes serían valiosos en aquellas áreas del mundo en donde el único tratamiento

práctico puede ser el de una sola inyección. De hecho, nuestras recomendaciones para el tratamiento rutinario de la Sífilis reciente así como de otros períodos de esta enfermedad han aparecido en una publicación reciente. (9).

Originalmente, administramos una sola inyección de 1,200,000 unidades o 2,400,000 unidades de PAM, pero desde Junio de 1950 hemos estado tratando alternadamente casos de sífilis reciente con un tratamiento único de 2,400,000 o 4,800,000 unidades de PAM. Debido a la disminución marcada en la incidencia de la sífilis reciente, la colección de datos de estos dos últimos esquemas terapéuticos, adelanta muy lentamente.

Ya que los resultados serológicos al tratar de la Sífilis primaria son mejores que los obtenidos con el tratamiento de la Sífilis secundaria, es esencial clasificar nuestros datos de acuerdo con el tipo de sífilis reciente tratada. La Tabla VII presenta los datos sobre 42 pacientes con Sífilis primaria seronegativa y seropositiva tratados con una sola inyección de 1,200,000 o 2,400,000 unidades de PAM. Debe notarse que todos habían alcanzado y sostenido la seronegatividad la última vez que fueron examinados.

La Tabla VIII muestra los datos de 86 pacientes de Sífilis secundaria tratados con inyecciones únicas de PAM. Aun cuando los resultados son menos dramáticos que los observados en pacientes con sífilis primaria que recibieron esquemas terapéuticos similares, es satisfactorio saber que con el esquema de 1,200,000 unidades, solamente 11.1% tuvieron que ser tratados nuevamente debido a recaída o reinfección.

Los pacientes clasificados como "mejoría serológica" tuvieron una reducción notable en el título serológico al ser comparados con sus títulos serológicos previos al tratamiento. Es de esperarse que muchas de estas personas lograrán la seronegatividad a medida que el período de observación sea más prolongado. La notable reducción en el título serológico en este grupo, indica una respuesta favorable al tratamiento. Sobre la base de experiencias previas, en una serie mucho mayor de pacientes tratados por Sífilis secundaria con dosis de Penicilina que variaron entre 2,400,000 y 9,000,000 de unidades, administradas en períodos de 8 a 15 días, deberíamos esperar una seropositividad continuada en títulos bajos en el 12 a 28% de los pacientes observados de 1 a 3 años. La mayoría de estos pacientes se vuelven finalmente seronegativos sin nuevo tratamiento y tenemos evidencia abundante de que el volverlos a tratar no apresura la reversión a la negatividad de las pruebas positivas. En el pasado, nuestra regla ha sido volver a tratar a los pacientes que tenían un título

de 16 o más en la prueba de Kahn, uno o más años después del tratamiento. Es dudoso que esos casos sean en realidad fracasos al tratamiento ya que la experiencia ha demostrado que el nuevo tratamiento con grandes cantidades de penicilina y en algunas ocasiones con arsénico y terapia a base de metales pesados ha tenido poco o ningún efecto sobre las pruebas serológicas. La Tabla VIII muestra que cuatro de estos pacientes en el grupo con infecciones originales de Sífilis secundaria, fueron vueltos a tratar. El nuevo tratamiento hasta la fecha ha fracasado en producir la seronegatividad en cualquiera de los 4 pacientes. En nuestra opinión, la serorresistencia en esos pacientes no es prueba de una infección persistente y por lo tanto no son necesariamente fracasos al tratamiento. Aunque solo son 12 y 5 los pacientes que fueron nuevamente tratados con sólo 1,200,000 o 2,400,000 unidades de PAM respectivamente, debido a recaída o reinfección después del tratamiento previo por Sífilis reciente, los resultados son comparables con los obtenidos en grandes series de pacientes nuevamente tratados con dosis de penicilina mucho mayores administradas por períodos de 8 a 15 días.

Es sorprendente y satisfactorio encontrar que 8 de los 12 pacientes nuevamente tratados con una sola inyección de 1,200,000 unidades de PAM se han vuelto seronegativos y que un paciente adicional fué nuevamente tratado debido a un nuevo chancro.

Por nuestros estudios se hace evidente que una sola inyección de 1,200,000 unidades de PAM puede ser un procedimiento satisfactorio para la Sífilis primaria seronegativa y seropositiva. Si para el tratamiento de la Sífilis secundaria se emplea una sola inyección, parece aconsejable administrar 2,400,000 unidades de PAM.

R E S U M E N

El desarrollo y el uso inteligente de cualquier agente terapéutico nuevo, necesita una secuencia ordenada de estudios sobre su toxicidad, acción farmacéutica, seguridad clínica y efectividad. Se discuten las medidas en animales de laboratorio *é in vitro* que conducen a la aplicación de penicilina a los humanos, para el tratamiento de ciertas enfermedades treponémicas. Se presentan hechos de investigación que conducen a consideraciones sobre el tiempo-dosis necesario para el tratamiento de estas enfermedades. Son presentados y discutidos los resultados clínicos y serológicos de esquemas únicos y múltiples del tratamiento con penicilina repositoria, para la Framboesia, el Mal del Pinto y la Sífilis. Se presenta un esquema recomendado para el tratamiento de la Sífilis en sus distintos períodos con PAM.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO SUGERIDOS EMPLEANDO
PROCAINA PENICILINA EN ACEITE CON MONOESTEARATO
DE ALUMINIO (PAM)* (9)

<i>Tipos de Sífilis</i>	<i>Dosificación</i>
Reciente	
Primaria	2,400,000 unidades en el primer tratamiento (puede dividirse igualmente en ambos glúteos), seguida de 4 inyecciones a intervalos de 4 días, de 600,000 unidades cada una.
Secundaria	
Latente	
Tardía	
Osea	6,000,000 unidades:
Cutánea	600,000 unidades diarias durante 10 días, 5
Visceral	600,000 unidades dos veces por semana durante 5 semanas.
Membranas mucosas	
Cardiovascular	
(Sin descompensación)	
Neurosífilis	6,000,000 a 12,000,000 unidades:
(Todos los tipos)	600,000 unidades diarias o dos veces a la semana.
Embarazo	
1º o 2º trimestre	4,800,000 unidades: 600,000 unidades dos veces a la semana durante 4 semanas ó 1,200,000 unidades una vez a la semana durante 4 semanas.
3er. trimestre	600,000 unidades diarias durante 8 días.
Si el trabajo del parto es inminente	2,400,000 unidades a la vez. Repetirla a la semana si la paciente no ha dado a luz.
Para recaídas	900,000 unidades una vez a la semana durante 4 semanas (3,600,000 unidades).

* Si la respuesta no es favorable, un segundo tratamiento similar al primero puede ser administrado siguiendo un período de descanso de seis a ocho semanas.

Congénita		
Reciente (Menos de 2 años)	Cualquiera de los tres esquemas siguientes:	
	1.—10,000 unidades por libra de peso humano diariamente durante 10 días.	
	2.—15,000 unidades por libra de peso humano dos veces a la semana durante 4 semanas.	
	3.—40,000 unidades por libra de peso humano una vez a la semana durante 4 semanas.	
Tardía (Mayor de 2 años)	6,000,000 unidades:	
	600,000 unidades diarias o dos veces a la semana.	
Profilaxis	1,200,000 unidades en un tratamiento.	

FRAMBOESIA

TABLA I

<i>Grupo</i>	<i>Tratados</i>	<i>Observados</i>	<i>Por Ciento</i>
A	450	312	69.3
B	492	314	63.7
C	258	161	62.4
Total	1,200	787	65.6

FRAMBOESIA

TABLA II

<i>Grupos</i>	<i>Curación Serológica</i>	<i>Mejoría Serológica</i>	<i>Serorresistencia</i>	<i>Más</i>	<i>Recaída Serológica</i>
A	115 (36.68%)	173 (55.44%)	21	(7.69%)	3
B	122 (36.85%)	163 (51.91%)	26	(9.23%)	3
C	79 (49.06%)	73 (45.34%)	8	(5.59%)	1

CURACION SEROLOGICA Y MEJORIA SEROLOGICA

Grupos

A	92.30%
B	90.76%
C	94.40%

FRAMBOESIA

TABLA III

Resultados Clínicos

	<i>Curados</i>	<i>Mejorados</i>	<i>Sin Cambio</i>
Grupo A	95%	3%	2%
Grupo B	94%	4%	2%
Grupo C	98%	0	2%

No hubo casos probados de reinfección clínica o de recaída en los pacientes observados durante un año.

MAL DEL PINTO

TABLA IV

<i>Esquema</i>	<i>Tratados</i>	<i>Observados</i>	<i>% Observados</i>
A	392	214	54.6
B	11	6	54.5
C	29	12	41.4
D	233	118	50.6
Total	665	350	52.6

MAL DEL PINTO

TABLA V

<i>Esquemas</i>	<i>Curación Serológica</i>	<i>Mejoría Serológica</i>	<i>Serorresistencia</i>	<i>Recaída Serológica</i>
A (214)	42 (19.62%)	16 (54.20%)	55 (25.70%)	1 (0.46%)
B (6)	1 (16.66%)	1 (16.66%)	4 (66.66%)	0
C (12)	4 (33.33%)	2 (16.66%)	4 (66.66%)	2 (16.66%)
D (118)	23 (19.50%)	63 (53.39%)	31 (26.27%)	1 (0.84%)
Total	350			

Curación Serológica y Mejoría Serológica

A	73.82%
D	72.89%

MAL DEL PINTO

TABLA VI

RESULTADOS CLINICOS COMBINADOS EN LOS CUATRO ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

	Primaria (16)	Secundaria (151)	Tardía (183)*
Curados	16 (100%)	104 (68.9%)	74 (40.4%)
Mejorados		47 (31.1%)	91 (49.7%)
Sin cambio			18 (9.9%)

No hubo casos probados de recaída clínica o de reinfección en estos pacientes observados de uno á dos años.

* Se incluyen 97 pacientes del tipo intermedio.

TABLA VII
RESULTADOS SEROLOGICOS SIGUIENDO ESQUEMAS
DE INYECCION UNICA

Sífilis Primaria

<i>Estado</i>		<i>Número de Pacientes</i>	<i>Resultado</i>
Primaria Seronegativa*	(1.2)	7	7 (100%)
Primaria Seronegativa**	(2.4)	4	4 (100%)
Primaria Seronegativa*	(1.2)	21	21 (100%)
Primaria Seronegativa**	(2.4)	10	10 (100%)

* Observados 13 á 40 meses

** Observados 9 á 40 meses

TABLA VIII
RESULTADOS SEROLOGICOS SIGUIENDO ESQUEMAS
DE INYECCION UNICA

Sífilis Secundaria

		<i>Número de Pacientes</i>	<i>Curación Serológica</i>	<i>Mejoría Serológica</i>
Sífilis Secundaria	(1.2)	63	40 (63.5%)	11 (17.5%)
Sífilis Secundaria	(2.4)	23	18 (78.5%)	4 (17.4%)

Nuevo Tratamiento

Serorresistencia	(1.2)	4 (6.3%)	RESULTADO
	(2.4)	0	
Reinfección	(1.2)	1 (1.1%)	Totales
	(2.4)	0	Tratamiento Inicial
Recaída ó Reinfección	(1.2)	7 (11.1%)	1.2 — 81%
	(2.4)	1 (4.3%)	2.4 — 95.7%

Nuevo Tratamiento

15.1%*

* Los nuevos tratamientos no indican necesariamente fracasos.

B I B L I O G R A F I A

- (1) Eagle, Harry: Speculations as to the Therapeutic Significance of the Penicillin Blood Level, *Ann. Int. Med.* 28:260-278 (Feb.) 1948.
- (2) Eagle, H., and Newman, E.: The Renal Clearance of Penicillin F, G, K, and X in Rabbits and Man, *J. Clin. Investigation* 26: 903-918 (Sept.) 1947.
- (3) Turner, Thomas B.: Personal communication.
- (4) Magnuson, Harold J.: *The Use of Antibiotics in Spirochaetosis, Laboratory and General Considerations, Presented at the Conference on Use of Antibiotics in Tropical Diseases, The New York Academy of Sciences, New York, N. Y., January 19, 1952.*
- (5) Thomas, Evan W.: Personal communication.
- (6) Mahoney, J. F., and Arnold, R. C.: Personal communication.
- (7) Kitchen, D. K.; Thomas, E. W., and Rein, C. R.: Serum Concentrations Following Five Treatment Schedules with Procaine Penicillin in Oil with Aluminum Monostearate, *J. Invest. Dermat.* 12:111-115 (Feb.) 1949.
- (8) Kitchen, D. K.; Speiser, M. D.; Spoor, H. J.; Rein, C. R., and Thomas, E. W.: Placental Transmission of Penicillin Following Single Injections of Procaine Penicillin G in Oil with 2 Per cent Aluminum Monostearate (300,000 Units). *Maternal and Cord Blood Concentrations, Antibiotics and Chemotherapy* 1:110-112 (May) 1951.
- (9) Curtis, A. C.; Kitchen, D. K.; O'Leary, P. A.; Rattner, H.; Rein, C. R.; Schoch, A. G.; Shaffer, L. W., and Wile, U. J.: Penicillin Treatment of Syphilis, *J. A. M. A.* 145:1223-1226 (Apr.) 1951.
- (10) Rein, C. R.; Kitchen, D. K.; and Petrus, E. A.: Repository Penicillin Therapy of yaws in the Haitian Peasant. A Clinical and Serologic Survey, *J. Invest Dermat.* V 4 No. 4, 239-45, April 1950).

C O M E N T A R I O S :

Dr. Zeledón: Este importante trabajo del Dr. Kitchen viene a poner los puntos sobre las íes en lo referente al tratamiento de la Sífilis en todas sus formas, mediante la penicilina. Están perfectamente propuestos los arsenicales, los metales pesados, yoduros y mercuriales, según lo comprueban estos trabajos estadísticos, que fueron los mismos que conocí cuando conversé con el Dr. Thomas en el Bellevue Hospital, y que me convenció en una forma completa de la bondad del uso de la penicilina en el tratamiento de la Sífilis.

Yo quisiera que si hay algún médico que tiene dudas, que quiera discutir esas nociones, que lo haga en este momento, porque de lo contrario estaríamos arando en el mar. Pido al Doctor Velarde que le manifieste al Doctor Kitchen el gran agradecimiento que tenemos por esta importantísima conferencia. Ya sabíamos que el Doctor Kitchen es un Venerólogo de gran prestigio. Hemos leído desde hace varios años sus interesantísimos trabajos, pero yo quisiera que ahora de viva voz, el Doctor Velarde dé a conocer en su lengua al Doctor Kitchen cuanto estimamos su importante conferencia.

Doctor Velarde: Dr. Kitchen, I have been asked to thank you very much for your extremely interesting paper you have read here. We all are very grateful to you for coming from so far away to give us your knowledge, so brilliantly. It is in the name of everybody, that I thank you: Dr. Kitchen, I am going to ask you again the same question I made to you this afternoon: Why is it that when you inject a certain amount of penicillin in one single injection, we have the same levels and for the same length of time that when you inject it in four different places?

Dr. Kitchen: Dr. Velarde is a true scientist. First, I would like to say, it is consistent, it is reproduceable, that it makes little difference as to the number of depots. In dealing with procaine penicillin, that is micronized, and then subjected to the physical chemical process of jelling, with inert substances such as the stearates, we produce a type of substance that holds within the compound, the procaine salt of penicillin, very closely. It does not seem to be the case that enzymes in tissue fluids act toward removing it and it does not seem to make much difference in the amount

that is injected. Now we have proposed several theories. I should like to state before going any further that I cannot answer your question but I can only theorize. In the first place, physically you are not dealing with a different surface area, theoretically.

First I thought that we were. Later, at least our physicist talked me out of that, I don't vouch for the validity of it. But penicillin has a peculiar property of being easily charged, and when micronized takes on quite a phenomenal electrostatic charge. I have always been of the opinion that it was this phenomenon which made it rather difficult for body fluids to pull it away from the particular gel in which is made. Incidentally, this jelly process is not too simple, it is not as suspensible or as simple as may be putting oil in something insoluble together and shaking it up. Far from it, I can't explain it any further, it has been brought up here, that I was quite chagrined when I found that the levels were the same. It makes no difference. As a matter of fact the first patients we treated with 1 c. c. we before we had this data, we were getting it all at one day because of that very fear.

Dr. Velarde: Dr. Kitchen, se me ha pedido darle las gracias por su muy interesante trabajo leído aquí. Todos estamos agradecidos por su fineza en venir de tan lejos e impartirnos tan brillantemente sus conocimientos. Es en el nombre de todos que yo le doy las gracias.

Dr. Kitchen, me voy a permitir hacerle otra vez la misma pregunta que le hice esta tarde. ¿Por qué cuándo Ud. inyecta cierta cantidad de penicilina en una sola inyección, se sostienen los niveles sanguíneos por el mismo tiempo que cuando se inyecta la misma cantidad dividida en cuatro sitios diferentes?

Dr. Kitchen: El Dr. Velarde es un científico verdadero. Primero deseo manifestar que el resultado es consistente y se puede repetir y que hay muy poca diferencia en relación con el número de depósitos que se hagan. Tratándose de penicilina procaínica que esté micronizada y sometida después al proceso físico-químico de "gel" con sustancias inertes tales como estearatos, se obtiene un tipo de sustancia que contiene, en forma muy unida dentro del compuesto la sal procaínica de penicilina. No parece ser que las encimas del líquido tisular actúen removiéndola y no parece existir mayor diferencia en cuanto a la cantidad que se inyecta. Actualmente hemos propuesto varias teorías. Debo manifestar antes de seguir adelante, que no puedo contestar su pregunta y que sólo puedo teorizar sobre ella.

En primer lugar físicamente, no se está tratando con una superficie diferente teóricamente. Al comienzo yo pensé que sí, pero después, nuestros físicos me convencieron de lo contrario, pero no podría refrendar la validez de esto. Sin embargo, la penicilina tiene una propiedad peculiar de cargarse fácilmente y cuando se microniza adquiere una carga electrostática fenomenal. Yo he oído siempre la opinión de que es este fenómeno el que hace difícil a los líquidos del cuerpo sacarla del gel particular en que se hace. Por cierto, este proceso de gelificación no es simple y la suspensión no es tan fácil y simple como poner aceite en una substancia insoluble y agitar. Muy lejos de eso, pero yo no puedo dar más explicaciones. Ciertamente debo admitir que yo estuve bastante desilusionado cuando encontré que los niveles eran los mismos. No hay diferencia. Por cierto que los primeros enfermos que tratamos antes de tener esta información, recibieron toda la dosis en una sola inyección debido a ese mismo temor.

— : : —

SEGUNDA SESION PLENARIA ORDINARIA

Viernes 13 De 9.30 a. m. a 12.30 p. m.

Presidente: Dr. Juan M. Funes, de Guatemala.
Secretario: Dr. Arturo Romero, de Costa Rica.

UN AÑO DE LABORES EN EL DISPENSARIO INFANTIL ANTIVENEREEO

*Dr. Jorge Arguedas S., Médico Jefe del Dispensario
Infantil Antivenéreo de San José.*

El presente trabajo no es propiamente un tema científico sino, más bien, un informe presentado a ustedes con el doble objeto de hacerles conocer: 1º), que contamos en Costa Rica con un Servicio de Venereología Infantil; y 2º), mostrarles parte de la labor hecha en este servicio, en poco más de un año de trabajo.

Fué fundado este nuevo servicio en enero de 1951, constituyendo

indudablemente un gran avance en nuestro medio pediátrico y venereo-lógico. No escapan al *buen criterio de ustedes* los beneficios que se obtienen del hecho de ser los niños atendidos separadamente de los adultos.

Al iniciar nuestras labores en enero de 1951, el número de consultas era bastante reducido pero, a partir del mes de marzo del mismo año, y con motivo de la apertura de los cursos lectivos y del conocimiento que de la existencia de este Dispensario Venereológico Infantil iban teniendo el Cuerpo Médico y el público en general, la afluencia de niños a la Clínica ha ido en aumento progresivo. Ha contribuído marcadamente a este aumento la gran cantidad de niños, hijos de padres sifilíticos, que nos son remitidos para estudio y tratamiento cuando es del caso, por los médicos que sirven el Dispensario Central Antivenéreo de San José. Cabe anotar que los padres de niños sifilíticos atendidos en nuestro servicio, son enviados también para ser investigados, a los Dispensarios Antivenéreos para adultos, completando así el estudio familiar de cada caso.

Se ha adoptado, para llevar los records correspondientes a cada enfermo, una Tarjeta Clínica sencilla y manuable que consta de:

- a) Ficha de identidad.
- b) Sección de Exploración Física.
- c) Resumen de datos clínicos que fundamentan el diagnóstico.
- d) Espacio para exámenes de Laboratorio.
- e) Diagnósticos.
- f) Epidemiología.
- g) Curva Serológica.
- h) Tratamiento y evolución.

Cuenta este Servicio con un Médico Jefe, una Enfermera y una Asistente Social que funge también como Secretaria. Hasta el momento ha bastado este personal para que la Clínica marche eficientemente.

Hasta mayo de 1952 habían sido atendidos 3178 niños, lo que equivale a un promedio de 187 por mes, con un total de 321 casos venéreos que se desglosan en el Cuadro siguiente:

<i>Sifilis</i>	<i>Ducrey</i>	<i>Vulvo Vaginitis</i>	<i>Total</i>
223 — 7.01%	2 — 0.06%	96 — 3.02%	321

Sifilis Congénita Reciente	65 — 2.04%	} TOTAL 223-7.01%
Sifilis Congénita Tardía	154 — 4.84%	
Sifilis Adquirida Rec. Sintomática	4 — 0.12%	

VULVO VAGINITIS 96 — 3.02%

<i>Neisser</i>	<i>Trichomonas Vaginales</i>	<i>Banales</i>
24 — 25%	16 — 16.66%	56 — 58.33%

Estos porcentajes se entienden sobre el número total de Vulvo Vaginitis (96).

S U M A R I O :

- I. Se da a conocer la existencia del primer Dispensario Antivenéreo en Costa Rica, dedicado exclusivamente a la atención de niños.
- II. Se describe parte de la labor realizada en un año.
- III. Se da a conocer el modus operandi.
- IV. Descripción de la Tarjeta Clínica.
- V. Cuadros estadísticos.
- VI. Nos abstenemos de hacer comparaciones por cuanto esta clase de servicios no existían anteriormente.

COMENTARIOS :

Doctor Rodríguez, de El Salvador.—El trabajo del Doctor Arguedas podrá ser muy corto y muy modesto, pero merece una felicitación porque significa un buen comienzo. Recuerdo que en los años 1934-1935 se fundó en El Salvador el primer Consultorio de Dermatología. El primer dermatólogo que llegó al país, el Dr. Esteban Reyes, fundó ese Consultorio, haciendo caso omiso de las críticas que se levantaron. Yo fui llamado a servir como practicante. El trabajo al comenzar se reducía a la consulta de dos o tres enfermos por semana. Con el tiempo llegaron los Doctores Arturo Romero y Eduardo Barrientos de Europa, ambos dermatólogos, y el Consultorio, que no atendía sino tres o cuatro enfermos por semana, cuando yo me doctoré había trabajado en él como practicante por espacio de seis años, y tuve la satisfacción de presentar una tesis como con 12.000 pacientes atendidos en él. En la actualidad, aquél pequeño servicio de Dermatología está convertido en un completo Departamento de Dermatología, Sifilología e Infecto contagiosas, perfectamente equipado. Con frecuencia he oído decir: yo no presento trabajo porque es poco y no vale la pena. Eso no debe ser. Alguien tiene que presentarlos, que después vendrán los buenos trabajos. Dentro de diez años Ud. podrá presentar un trabajo grande. No se desanime el Doctor Arguedas y no crea que no ha hecho nada, pues su trabajo es muy valioso.

Doctor Zeledón.—La idea de fundar ese Dispensario Infantil para el tratamiento de enfermedades venéreas, nos vino principalmente de que anteriormente se trataban en el Dispensario Central o en los Servicios Generales de Pediatría. Allí no se llevaba Historia Clínica, ni se hacían investigaciones de carácter social. Ese era el problema que confrontábamos. Discutimos ampliamente con el Sr. Ministro de aquel entonces, Dr. Carlos Sáenz Herrera, esa situación, y fué entonces que decidimos hacer lo posible porque fungiera un Dispensario Infantil Antivenéreo. En el Seminario de Venereología que precedió este Congreso se trató el punto: en algunas Secciones de Centroamérica siguen los Servicios Antivenéreos Infantiles funcionando como parte de los Servicios Generales de Pediatría. Nosotros creemos que el separarlos, sobre todo, nos brinda la oportunidad de efectuar encuestas familiares. Es por eso que iniciamos labores aún en una forma tan precaria y a pesar de tantas dificultades.

Claro que el trabajo del Doctor Arguedas es preliminar, pero yo insistí en que se presentara con el objeto de tener un punto de partida.

INCIDENCIA DE LA SIFILIS CUTANEA EN EL CONSULTORIO DE DERMATOLOGIA DE CARTAGO

*Por el Doctor Arturo Romero López,
Jefe de la Sección de Servicio Social del Departamento de
Lucha Antivenérea de Costa Rica.*

En agosto de 1949 se estableció un Consultorio de Dermatología, en la ciudad de Cartago.

En el año 1949 se vieron 271 enfermos de la piel; en 1950, 526; y en 1951, 597; haciendo un total de 1.394 enfermos en los tres años.

CONSULTORIO DERMATOLOGICO DE CARTAGO:

Años	Enf. exam.	Sífilis Cutánea	Reac. Serol. positivas por Sífilis y %	Falsas reac. Serol. positivas y %
1949	271	0	4 — 1,47%	2 — 0,74%
1950	526	2	10 — 1,90%	7 — 1,35%
1951	597	1	4 — 0,83%	8 — 1,66%
Total	1.394	3	18 — 1,29%	17 — 1,21%

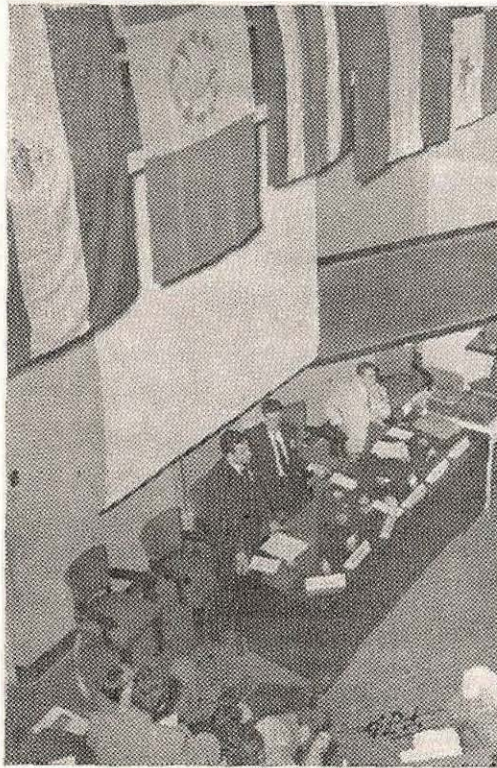
Entre todos los enfermos sólo tres casos consultaron por Sífilis Cutánea, dos por Sífilis Congénita Reciente y uno por Sífilis Reciente adquirida, es decir un 0,21%.

Se encontraron 35 enfermos con reacciones serológicas positivas, es decir un 2,51%.

De los 35 casos con reacciones serológicas positivas, tres casos presentaban Sífilis Sintomática, 15 se catalogaron como Sífilis latente (3 congénita y 12 adquirida) y los restantes como falsos positivos.

Entre los 1.394 enfermos examinados, sólo 18 se consideraron como sifilíticos, es decir: 1,29%.

17 casos se catalogaron como falsos positivos por falta de antecedentes sifilíticos y porque los controles serológicos, repetidos por dos veces resultaron negativos o cuantitativamente más bajos sin mediar ningún tratamiento antisifilítico.



*El Dr. A. Romero L.,
Delegado de Costa Rica,
en uso de la palabra.*

Es de hacer notar que en los 32 casos con reacciones serológicas, aun en los casos que se catalogaron como Sífilis Tardía, la sífilis no tenía ninguna relación con la dermatosis presentada, salvo posiblemente en los dos casos de dermatosis vegetante que no se pudieron estudiar debidamente.

LOS 35 CASOS CON REACCIONES SEROLOGICAS POSITIVAS
SE AGRUPAN ASI:

	<i>Con Sífilis latente</i>	<i>Con falsas positivas</i>
Dermatitis microbiana	3	5
Dermatosis eczematosas	2	4
Ulceras de las piernas.....	4	1
Micosis	0	3
Várices	1	1
Epitelioma	0	1
Quelitis	0	1
Dermatosis vegetante	1	1
Vitiligo Psoriasis-Pelada-zona	4	0

Consideramos que en los enfermos con sífilis latente, la dermatosis no tenía relación con la sífilis porque el tratamiento antisifilítico (que no se aplicó en las dermatosis microbianas) no modificó la dermatosis y ésta cedió en casi todos los casos con el tratamiento adecuado.

— : : —

En la consulta de dermatología que estuvo a mi cargo en el Hospital San Juan de Dios, desde mediados del año 1945 a mediados del año 1951, se examinaron 7.665 enfermos entre los cuales se encontraron 104 casos de Sífilis, es decir 1,35%.

ENFERMOS EXAMINADOS EN EL DISPENSARIO
DERMATOLOGICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS:

<i>Años</i>	<i>Enfermos exam.</i>	<i>Enfermos Sifilíticos encontrados</i>	
1945-1946	2.169	50	2,30%
1947	1.732	12	0,69%
1948	1.490	19	1,27%
1949	1.366	12	0,87%
1950	740	9	1,21%
1951	168	2	1,19%
Totales	7.665	104	1,35%

Estos 104 enfermos según la clasificación actual de la Sífilis se agrupan así:

ENFERMOS CLASIFICADOS POR LA FORMA DE SIFILIS QUE PRESENTABAN:

	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	Total
Síf. reciente sintomática	5	17	9	8	9	5	1	54
Síf. reciente latente	—	—	—	—	—	—	—	—
Síf. tardía sintomática	—	13	2	7	—	—	—	22
Síf. tardía latente	—	6	—	1	3	2	1	13
Síf. cong. reciente sint.	1	1	—	—	—	—	—	2
Síf. cong. reciente lat.	—	—	—	—	—	—	—	—
Síf. cong. reciente sint.	2	—	1	—	—	—	—	3
Síf. cong. tardía lat.	—	5	—	3	—	2	—	10
TOTALES	8	42	12	19	12	9	2	104

De los 104 casos de Sífilis, 81 eran sintomáticos y 23, eran latentes.

Según las lesiones dermatológicas los 81 casos de Sífilis reciente, tardía y congénita sintomática se agrupan así:

FRECUENCIA DE LA SIFILIS CUTANEA, RECIENTE Y TARDIA

AÑOS	Chancro	Rosola	Condilomas	Placas mucosas	Sifilis arciforme	Sifilis papulosa	Sifilis vegetante	Sifilis erosiva interdigital	Sifilis papulo erosiva	Goma	Sifilis ulcerogomosa	Sifilis esclerogomosa	Sifilis tuberculocircinada	Leucoplasia	Osteoperiostitis	Perionixitis Sifilis	Sifilis Psoriasiforme	GRAN TOTAL
1945	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	1 (c)	2 (c)	—	—	—	—	—	8
1946	2 (Lab.)	2	7	1	2	—	1	2	—	4	2	3 (2c)	1	2	1	1	—	31
1947	3	1	3	—	—	1	—	—	1 (c)	1	—	1	—	—	—	—	1	12
1948	—	3	3	—	—	1 palm. pl.	2	—	—	1	3	—	2	—	—	—	—	15
1949	2 (Lab.)	2	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
1950	—	1	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
1951	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Totales	7	13	18	1	4	5	4	2	1	6	6	6	3	2	1	1	1	81

÷ Lab. (Labios).

Palm. pl. (Palmo, plantar).

c (congénita).

Hubo 3 chancros del labio. La roseola se asoció con condilomas y placas mucosas en 5 casos, con chancro en 1 caso. El chancro se asoció con placas mucosas en 2 casos; y los condilomas se asociaron con lesiones erosivas interdigitales 2 veces, es decir que: las placas mucosas se presentaron en un total de 8 casos, y las lesiones erosivas interdigitales en un total de 4 casos.

FRECUENCIA DE LA SIFILIS RECIENTE SINTOMATICA
EN LOS AÑOS 1946-1951

<i>Años</i>	<i>Enfermos exam.</i>	<i>No. Sif. rec.</i>	
1945-1946	2.169	22	1.01%
1947	1.732	9	0.52%
1948	1.490	8	0.53%
1949	1.366	9	0.65%
1950	740	5	0.67%
1951	168	1	0.59%

COMENTARIOS :

1º—Según estos cuadros puede verse que el porcentaje de Sífilis observado globalmente en los dos consultorios de Dermatología, en San José y en Cartago es idéntico:

1.35% en San José; y 1.29% en Cartago.

2º—La Sífilis cutánea es relativamente rara en Latino América, pero pueden observarse toda clase de lesiones dermatológicas, que el médico tiene que conocer para diferenciarlas de las dermatosis que no guardan ninguna relación etiológica con la Sífilis.

3º—La incidencia de Sífilis Cutánea en los consultorios de Dermatología no ha aumentado, pero tampoco ha disminuído en los últimos cinco años.

4º—Los condilomas, la roseola, el chancro y las lesiones terciarias gomosas y esclero-ulcero gomosas, son las lesiones que se observan con mayor frecuencia.

5º—De los 7 casos de chancro observados, 3 eran extra genitales y 3 se presentaron asociados a otras lesiones secundarias.

CONCLUSION :

Las reacciones serológicas cuantitativas repetidas y el tratamiento de prueba son necesarias para descartar el factor etiológico sifilitico en la dermatosis.

La ausencia de chancros genitales no asociados a otras lesiones cutáneas indica que el público acude para esta clase de enfermedad a los dispensarios de la Lucha Antivenérea, antes que a los dispensarios de Dermatología.

DISCUSION :

Doctor Velarde: Me ha llamado extraordinariamente la atención esa incidencia tan baja de Sífilis entre los pacientes que acuden a los Dispensarios Dermatológicos aquí en Costa Rica. Era de esperarse, lógicamente, que cuando menos hubiera la misma incidencia entre los enfermos que acuden a Dermatología y la población en general. Creo, por lo que nos decía el Doctor Zeledón, que la incidencia probable, con todas las restricciones del caso, es bastante mayor para Costa Rica en distintos grupos de población. Ahora, cuando se trata de grupos que acuden a los Dispensarios Dermatológicos, esta incidencia es generalmente mayor. Es natural que estoy haciendo una generalización esquemada e inaceptable, una simple consideración a la ligera, pero sí creo que es sumamente baja esa incidencia. El Doctor Rodríguez podría ilustrarnos sobre la incidencia de Sífilis entre el paciente dermatológico que acude a los Dispensarios. Si hay algún otro dermatólogo entre los asistentes, también le agradecería que nos diera sus datos.

Doctor Rodríguez: De la consulta Dermatológica del Hospital Rosales, al cual acuden alrededor de 25 a 30 enfermos diariamente, hemos notado que la incidencia de Sífilis Cutánea es bastante baja. Sobre eso no quisiera extenderme más porque en el trabajo programado para esta tarde me refiero al mismo asunto. Puedo adelantarles, sin embargo, que en El Salvador la campaña anti-sifilítica es grande y se ha venido trabajando desde hace muchos años: por consiguiente, el número de Sífilis Reciente que se presenta en dichas consultas, es grande. No me extiendo ahora más sobre este asunto, ya que, repito, en mi trabajo de esta tarde será tratado.

Doctor Peralta: Mi impresión honrada y sincera es que Costa Rica tiene menos Sífilis que El Salvador. Las cifras estadísticas que se han presentado hasta hoy son bastante elocuentes en ese sentido. Como quiera que sea nuestra incidencia, la prevalencia es muy superior a la de Costa Rica. Eso es quizá lo único que podríamos comentar al respecto. El estudio del Dr. Romero, hecho desde luego con el respaldo de su conocimiento dermatológico, merece toda confianza. Si tuviésemos dudas sobre las falsas positivities en encuestas serológicas que no expresaron una realidad, éste contenido en el trabajo del Dr. Romero tiene para mí el valor de una grande evidencia. Aquí tengo algunas cifras sobre la realidad en El Salvador: En el año 1950, prescindiendo

de todos los errores de diagnóstico, etc., tenemos 1707 casos de Sífilis Primaria en hombres y 572 en mujeres, para un total de 2,279 casos. En los años 51 y 52 (primer semestre) se ha producido una disminución en la incidencia, que el Dr. Rodríguez hará notar en su trabajo. En estas cifras están contenidos casos en número bastante considerable, con un diagnóstico seguro del cual yo no dudo, hecho en el Hospital Rosales, en el Servicio de Dermatología y Sifilología, con la minuciosidad con que trabaja el Dr. Rodríguez. De acuerdo con las cifras que pueden aportarse, es mucho más baja la incidencia en Costa Rica que en el Salvador. Es una situación muy favorable para los costarricenses, que yo envidio ciertamente. Es lo más que podría decir.

Doctor Velarde: Yo no me expresé claramente. Mi pregunta es ésta: ¿Cómo comparar la incidencia de Sífilis en los Dispensarios Dermatológicos frente a esa misma incidencia en la población en general? Esa era mi pregunta: no el número de casos o la incidencia de lesiones cutáneas, sino la incidencia de reacciones positivas.

Doctor Peña Chavarría, (Director del Hospital San Juan de Dios): Yo quiero felicitar al Dr. Romero, por los datos que ha aportado a la consideración de este Congreso. Sin embargo, como costarricense y como médico que ha puesto su esfuerzo al servicio de la Salubridad Pública, no quiero hacerme la ilusión de que las cifras aportadas por él correspondan a la realidad del país. Al final del siglo pasado se inició la Lucha Antivenérea en Costa Rica. No hay duda que el esfuerzo ha sido bien aprovechado. Sin embargo, yo debo dar a Uds. algunos datos. En el año de 1938 se hicieron algunas encuestas serológicas en diferentes poblaciones: entre ellas, el Cantón de Tres Ríos. Esta población, situada a unos diez Km. de San José, que no tiene factores patológicos que puedan influir mucho en falsos positivos, pues no es una zona palúdica, nos dió en ese año de 1938 un porcentaje aproximado de 15%. No hay duda de que nuestro índice ha ido bajando. Ha ido bajando gracias al esfuerzo sanitario, del cual corresponde gran parte al servicio que han recibido los costarricenses del Departamento de Lucha Antivenérea, bajo la dirección de nuestro querido compañero el Dr. Zeledón. El Hospital San Juan de Dios tiene, como dijo el Dr. Romero, costumbre de hacer Wassermann a todos los que llegan. El Dr. Alfonso Trejos nos informa que los positivos de Kahn suben más o menos a un 10% y los V.D.R.L., aproximadamente al 9%. Las dos técnicas (Kahn y V.D.R.L.) hacen que la cifra sea de un 9.5% como promedio. Desde luego, aquí hay mucho falso positivo.

Doctor Romero: En 1947 publiqué en la Revista Médica de Costa Rica, un artículo titulado "Estudio Comparativo de las Enfermedades de la Piel que se presentan en Costa Rica y El Salvador." Comparaba yo el número de casos de enfermos de la piel; 3,146 vistos en Costa Rica de octubre de 1945 a junio de 1947, y el cuadro de enfermedades cutáneas de El Salvador, representado en la clasificación de 2,000 tarjetas dermatológicas estudiadas en la Beneficencia Pública de San Salvador, y presentado al Segundo Congreso Médico Salvadoreño en el año de 1942. Decía yo que en El Salvador se había encontrado en 2,000 casos de enfermos de piel examinados, 70 casos de Sífilis o sea un 3.5%: y en Costa Rica, examinados 3,146, se encontraron 64 para un 2%. Yo creo que, efectivamente, la Sífilis en Costa Rica tiene un nivel mucho más bajo que en el Salvador.



El Dr. A. Romero L., durante su importante exposición.

Por otra parte, el Dr. Velarde se extraña de que los Consultorios de Piel hallan menos incidencias de Sífilis que la que por ejemplo fué encontrada por el Dr. Zeledón en los "surveys" verificados. Cuando se hace un "survey", se hace una gran propaganda tratando de convencer al mayor número de personas para que se examinen la sangre. Es natural que los que más asisten son aquellos que tienen alguna sospecha de tener algo, pero aquellos que no tienen ninguna sospecha, no se presentan. Lo anterior hace que el porcentaje sea un poquito más alto. En cambio, los que van al Consultorio de Piel, no tienen ninguna sospecha

de tener Sífilis. De manera que yo considero que la consulta de los enfermos en un Consultorio Dermatológico, representa mejor la totalidad de la población que el "survey" hecho en esa forma, con una propaganda intensa que se efectúa unos 8 ó 15 días antes de su verificación. Con respecto a los porcentajes de reacciones serológicas altas que se encontraban antes, debo decir que cuando hice el primer trabajo aquí sobre úlceras de las piernas en 100 casos encontré el 18% de reacciones serológicas positivas (en ese tiempo sólo se hacían Eagle y Kahn), porcentaje parecido a los datos que presenta el Dr. Peña. Cuando estuvimos en el Primer Congreso de Venereología en Panamá, tuve oportunidad de ir a la Zona. Uds. saben que en esa época se efectuaban los trabajos en el Canal y había muchos trabajadores salvadoreños, costarricenses y nicaragüenses. Yo me presenté al Hospital en que les habían hecho reacciones serológicas a todos ellos, siendo mi sorpresa encontrar el mismo porcentaje que teníamos aquí en el Hospital de San José (15 a 18%). Una vez que la práctica del V.D.R.L. comenzó a tomar auge en estos países, vimos bajar bruscamente esos porcentajes al 8, 5 y 4%. Yo creo que la práctica de reacciones serológicas distintas al V.D.R.L. pueden contribuir a mostrar una incidencia mucho mayor. Sigo creyendo que la incidencia encontrada en los 7,665 casos debe tener relativo valor, porque las reacciones serológicas practicadas en cada una de ellas y hechas con las técnicas que se emplean en el Hospital San Juan de Dios, creo que reflejan una realidad que es a mi modo de ver muy halagadora para Costa Rica. Sin embargo, no quiero con ésto decir que no deba insistirse en desarrollar e incrementar la Campaña contra las Enfermedades Venéreas. A la escasez de la Sífilis en Costa Rica, sobre todo en los Consultorios de Piel, también quisiera referirme. Esos casos considerados como Sífilis, que representan un porcentaje de 0.35% fueron confirmados mediante el diagnóstico, gracias a un examen clínico minucioso, a los antecedentes de los enfermos, a las reacciones serológicas positivas y algunos otros exámenes que pudimos realizar, con el objeto de que representaran entre esos enfermos examinados la verdadera realidad. Tomando en cuenta esos detalles, creo que el Criterio Clínico, el Criterio Serológico y especialmente el empleo de reacciones cuantitativas deben servir para descartar los errores posibles.

Doctor Zeledón: A título más bien de ilustración, ya que quizá el Dr. Peña no estuvo presente ayer, cuando desarrollamos el tema de encuestas serológicas, y para los otros médicos que tampoco estuvieron, transmito los datos obtenidos en el medio rural, en el medio promiscuo

y otros tales como el docente, militares, prostíbulos, etc. Como dije ayer al principio de mi trabajo, son apenas grupos y no tienen más que un valor relativo. Establecer la prevalencia verdadera de la Sífilis, es cosa bastante difícil. El sumario de mi trabajo dá estos datos: En el medio rural, es decir en Grecia, examinamos casi la cuarta parte de los habitantes, casi todos agricultores; y nos dió un 3,48%, de los cuales más o menos la mitad estaban ya en tratamiento. En el medio Promiscuo (Global) en Puntarenas, incluyendo prostíbulos y demás, nos dió el 5,57%. En Puntarenas examinamos más o menos una sexta parte de la población. En ninguna de las dos encuestas se presentaron casos de Sífilis Recientes Sintomáticas. En el Penal de San Lucas, nos dió el 22,41%. En la Cárcel de Mujeres el 22,09%. En el Personal Docente, el 1,81% (dato suministrado por el Dr. Esteban López Varela). Este dato tiene gran importancia porque los maestros fueron confrontados clínicamente después y no fué sino entonces que se estableció la verdadera prevalencia del grupo. En el Cuerpo Militar es extraño que nos diera apenas el 4,72%, en un grupo de militares examinados. En otros países he visto que ha llegado al 8 y 10%. De manera que estos son datos para formar criterio sobre la presumida prevalencia.

Lic. Castro Jenkins: Estoy de acuerdo con lo expuesto por el Dr. Romero. Posiblemente cuando se hizo la encuesta de que habla el Dr. Peña se usaba únicamente la reacción de Eagle. Cuando nosotros cambiamos esa reacción por la de V.D.R.L., el porcentaje bajó. En la misma población en que se encontraba en 18% con la reacción de Eagle, nos bajó al 4 y 6% con la de V.D.R.L.

— :: —

DOS AÑOS DE LUCHA ANTIVENEREA EN EL SALVADOR

Dr. Ricardo J. Peralta,

*Director de la División de Higiene Social de la
Dirección General de Sanidad de El Salvador.*

I

Las disciplinas que forjan de ordinario las universidades en el espíritu del Médico son de carácter individualista, es decir, que sólo nos hacen ver al paciente como elemento aislado de la comunidad y nada más.

Consecuencia natural de esto es que al par que nos apasionan todas aquellas materias relativas al diagnóstico y la terapéutica de las enfermedades, le prestamos poco o ningún interés al estudio de los factores de *orden social que por acción directa o indirecta pudieran originarlas.*

Por fortuna, en el decurso de las últimas décadas ha habido un fuerte movimiento que tiende a hacernos comprender las cosas de muy distinta manera: y al irse ensanchando así el campo de nuestras responsabilidades, nos vamos dando cabal cuenta de que ya no basta saber patología, bacteriología, farmacología, clínica, técnica operatoria, etcétera, para el ejercicio de nuestro ministerio, sino que debemos adentrarnos también en el conocimiento de todas aquellas ciencias, fenómenos y hechos capaces de influenciar de una u otra manera la salud del pueblo. Aquí cabe citar, por ejemplo, el estado económico de las gentes, las posibilidades agrícolas con que cuenten para el suministro de las substancias alimenticias básicas en la nutrición humana etcétera; y todavía más: la *ideología o tendencias sustentadas por los altos funcionarios del Gobierno en los diferentes Ramos que lo constituyen y de los grupos políticos que les prestan su apoyo.*

En el caso particular de las Enfermedades Venéreas, es en un sentido así de amplio que deben concebirse los programas de lucha contra ellas. Claro está que muchos de los aspectos del problema no serán del dominio del Médico, sino del Estadista, del Sociólogo, del Economista, del Jurista etcétera, pero han de tenerse muy en cuenta y aun considerarse, a fin de determinar hasta dónde podemos llegar en las acciones de este orden en que estamos empeñados y la apreciación que los demás pudieran hacer sobre sus resultados.

II

El presente trabajo, que nos honramos en someterlo a la muy autorizada consideración de los distinguidos Delegados y Representantes de todos los países del Istmo al CUARTO CONGRESO CENTRO-AMERICANO DE VENEREOLOGIA, tiene por objeto referir la forma *cómo ha sido orientada en El Salvador la lucha contra las Enfermedades Venéreas, en los dos últimos años, de acuerdo con lo consignado en la parte final del párrafo de introducción.* Cabe señalar que este período corresponde al tiempo transcurrido entre el Tercer Congreso, que tuvo lugar en San Salvador, en mayo de 1950, y el Cuarto, que hoy celebramos.



El Delegado de El Salvador, Dr. Ricardo J. Peralta, en una de sus intervenciones.

1.—EDUCACION

1.1 Es obvio que los índices de incidencia y prevalencia de las Enfermedades Venéreas son más altos en los grupos que acusan mayor promiscuidad sexual. Lógicamente, una forma de reducir tales índices sería la de modificar los hábitos sexuales de los individuos, en el sentido de que no tuviesen más relaciones que las habidas con sus respectivos cónyuges o compañeros de vida.

¿Pero es ésto factible? ¿Es suficiente, acaso, dar conferencias y escribir folletos explicativos sobre el peligro venéreo? ¿Han podido acaso cambiar las actitudes de las gentes en grado satisfactorio las prédicas de los moralistas? ¿No son múltiples y complejas, quizá muchas de ellas incontrolables por la voluntad, las causas que impelen al hombre o a la mujer hacia lo que calificamos como conducta sexual desviada? ¿Caen dentro del dominio de las técnicas sanitarias las acciones por desarrollar para conseguir la supresión de dichas causas? ¿No son estos por ventura, fenómenos condicionados por una situación social en que el estado económico de las personas, el ambiente de familia en que se hayan creado, las insatisfacciones íntimas de su vida, las frustraciones de toda clase sufridas, etcétera, juegan el papel determinante?

Entendidas así las cosas, en la Sanidad de El Salvador consideramos que tienen que ser muy pobres los resultados de una acción encaminada

específicamente a disminuir la promiscuidad sexual observada en ciertos grupos de nuestra población. Tal estado de cosas sólo puede modificarse con el correr de los años, paralelamente al cambio que se opere en el sistema de vida y de organización social imperante en estos países. De aquí que únicamente nos hayamos concretado, en este aspecto del asunto, a dar pláticas referentes a los estragos que ocasionan en el organismo las Enfermedades Venéreas; de cómo el individuo puede librarse de adquirirlas (medidas de Higiene personal); de las facilidades de que dispone la Sanidad para curarlas; de la conveniencia de concurrir lo más pronto posible a los centros de asistencia aquellos que fuesen infectados; de los efectos curativos de las drogas modernas y de la necesidad del celoso control que debe seguir a su aplicación, etc., etc.

1.2 Varias veces fuimos instados a dar pláticas sobre educación sexual, pero salvadas algunas discusiones sostenidas con algunos grupos de Maestros de Escuela sobre este delicado tema, siempre declinamos la responsabilidad de tratarlo frente a grupos heterogéneos.

La razón de tal actitud nuestra estribó en el hecho de que no podíamos abordar estos temas sino desde el punto de vista naturalista en que está obligado a colocarse el Médico Sanitario; y hemos juzgado prematuro adentrarnos en terrenos de suyo escabrosos, sin antes conseguir el asentimiento de un grupo considerable de personas influyentes en nuestro medio social, capaz de contrabalancear en el momento preciso la tolvanera que a buen seguro habrá de levantarse. Esperamos sí llegar a este punto y proceder en consecuencia.

1.3 Repartimos 90.000 folletos referentes a las Enfermedades Venéreas, correspondiendo por mitad a lectura preparada especialmente para mujeres y para hombres. A más de esto se repartieron varios miles de volantes, cuyo contenido fué publicado en repetidas ocasiones en los principales periódicos del País.

1.4 De modo sistemático ha recibido un curso completo sobre Enfermedades Venéreas cada nuevo grupo de Enfermeras, Inspectores Sanitarios o Educadores de Salud Pública etcétera que ingresaran a la Sanidad, como parte del programa de adiestramiento que se les diera, a fin de capacitarlos a todos para poder dar pláticas alusivas a dicho asunto en cualquier lugar hacia donde se les destacara.

2.—INVESTIGACION DE CONTACTOS

Es en la investigación de contactos donde encontramos una de las mayores fallas de nuestra campaña antivenérea, hecho que debemos con-

resar en honor a la veracidad con que deben concebirse reportes de esta clase. Carecemos prácticamente en lo absoluto de personal debidamente adiestrado para semejante desempeño y tal es la causa fundamental de semejante fracaso.

Se nos podría decir que debimos haber preparado nosotros mismos a las personas que debieron encargarse de este menester. Si; en teoría resulta sencillo pensarlo así, pero en la práctica es cosa harto difícil realizar. En verdad, para que alguien pueda adentrarse en la vida sexual de otro, estimada como parte de lo más íntimo de los individuos, se requiere que ese alguien posea un don natural y que domine todas las artes y recursos con que una persona puede persuadir a los demás, para que le declaren y expongan sus actividades y pensamientos más escondidos. Además, como parte de su adiestramiento, debe enseñársele de modo que pueda "tratar a las gentes de todas las clases sociales; entablar relaciones con ellas; comprender hasta con simpatía el significado de las cosas desde el punto de vista de los demás; acostumbrarse a aceptar sus actitudes sin valorarlas, social, moral, ni estéticamente; interesarse por las gentes tales como son y no tales como se quisiera que fuesen; observar los motivos lógicos de una conducta que a primera vista pudiera parecer ilógica; y desarrollar la capacidad de agradar a toda clase de personas, inspirarles confianza y conseguir su cooperación."

Esta preparación señalada, por bien seleccionados que fuesen los sujetos, no podría darse en menos de un año, cosa que hasta hoy no vemos cómo podríamos hacerla, siempre que a la par tenemos que atender las rutinas, las limitaciones del presupuesto o del manejo de los fondos disponibles y demás.

No obstante todo lo dicho, últimamente hemos mejorado un poco la investigación de contactos, al encomendar esta tarea a dos hombres que por haber trabajado como Policías de la Profilaxis Venérea en el tiempo en que se ejercía en El Salvador el llamado control de la prostitución, tienen un conocimiento bastante completo de los nombres, sobrenombres, hábitos, costumbres y demás de las prostitutas y sus clientes. Los escogimos por sus datos de honradez y seriedad, aparte del sentido común brillante que hemos advertido los guía para el ejercicio de estas labores, pudiendo afirmar que logran hacer llegar a las clínicas hasta un 40% o más de los contactos citados por los pacientes, record que estimamos altamente satisfactorio. Pero como ésto sólo ocurre en San Salvador y no en el resto de la República; como sólo es un grupo social (el del bajo mundo) el único cubierto, seguimos estimando la investiga-

ción de contactos como una de las mayores fallas de nuestra campaña antivenérea.

3.—PROSTITUCION

En El Salvador se regulaba el ejercicio de la prostitución por medio del llamado "*Reglamento Para el Control de Asistencia Sanitaria*"; pero desde el 25 de julio de 1950 nos cabe el honor de poder contarnos entre los países que han abolido tan infamante como inoficiosa práctica.

Creemos del caso copiar aquí algunos de los considerandos y artículos del Decreto mediante el cual dió este paso de acción esencialmente positiva de nuestro Gobierno, en favor de la Salud Pública y la dignidad humana:

"... CONSIDERANDO:

I.—Que las leyes vigentes sobre el control sanitario de la prostitución son actualmente inadecuadas e ineficaces en la campaña antivenérea que realiza la Dirección General de Sanidad, en virtud de que se basan en principios ya desechados por la técnica moderna;

V.—Que una de las principales recomendaciones del *Tercer Congreso Centroamericano de Venereología*, celebrado en esta Ciudad durante los días 4, 5, 6 y 7 del mes de mayo del corriente año fué la de pedir a los Gobiernos de la América Central la derogación de todas las disposiciones legales que reglamentan la prostitución y obligan a los Organismos Sanitarios a tomar sobre sí un control policíaco de aquella;

VI.—Que en acatamiento al valor científico de la recomendación aludida, de aquel Cónclave de Venereólogos, el Estado debe tomar las medidas encaminadas a satisfacer los nuevos requerimientos de la Ciencia;

POR TANTO... DECRETA:

Art. 1º—Deróganse todas las disposiciones legales relativas al control de la prostitución, incluso el Art. 189 del Código de Sanidad vigente.

Art. 2º—Declárase ilícito, en cualquiera de sus formas, el ejercicio de la prostitución comercializada.

Art. 3º—La Guardia Nacional, así como los demás cuerpos de Seguridad Pública y cualquier autoridad que ejerza funciones de vigilancia, están obligadas a reprimir inmediatamente todo acto de prostitución ejercido de manera ostensible o con escándalo, que perturbe el orden público, que lesione la moral y las buenas costumbres o que ofenda el pudor..."

Como se puede ver claramente, nuestro Gobierno procedió de acuerdo y en acatamiento a las resoluciones aprobadas por el TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA, igual que ha cumplido con otras más, siendo muy satisfactorio para nosotros poder referirlo así. Y podríamos agregar, para significar mejor el espíritu que priva en las altas esferas oficiales de El Salvador, en pro del apoyo que debe dárseles a los asuntos sanitarios, que cuando se discutió esto de suprimir el control de la prostitución, algunos de los funcionarios en cuyas manos estaba el resolverlo, expresaron con toda franqueza que el control de las prostitutas les había parecido siempre una buena medida, pero que no siendo ellos entendidos en tal materia, debería procederse de acuerdo con el criterio de los expertos, quienes después de todo serían los responsables ante la conciencia nacional y el Supremo Gobierno de los resultados por obtenerse.

Queremos consignar aquí que hasta ahora estamos satisfechos de lo que hemos observado en El Salvador con la supresión del sistema reglamentario de la prostitución y a buen seguro continuaremos así. La Policía y la Guardia Nacionales han cooperado eficazmente en la obra de estorbar las actividades de las prostitutas, rufianes y alcahuetes, tanto en el medio urbano como en el rural, sin que se hayan señalado los abusos pronosticados como infalibles por muchos timoratos. No se ha registrado tampoco aumento ninguno en la delincuencia sexual. La situación de escándalo imperante en algunos sectores de San Salvador se ha reducido en más del 50 por ciento y ha habido lugares en que desapareciera por completo, según fuesen los empeños que pusieran las autoridades encargadas de velar por el orden público, en hacer efectivos los mandamientos del Decreto. La incidencia de la Sífilis tiende a disminuir, en vez de aumentar, como lo creyeran muchos, según lo demuestran los registros estadísticos que hemos venido analizando escrupulosamente, mes por mes, desde enero de 1950, en la correspondiente División de la Sanidad. Como el ejercicio de la prostitución constituye, según el espíritu del muchas veces mencionado Decreto, un acto ilícito que se califica como falta de Policía, son muchas las mujeres que se capturan por este motivo en los medios urbano y rural, a las que se les aplica en cada ocasión una inyección de 1,500.000 unidades de Penicilina-Procaína, con el 2% de Monoesterato de Aluminio en aceite, lo cual constituye una medida de profilaxis superior a que se les hicieran los antiguos exámenes de rutina, etcétera, etcétera.

Visto lo anterior, de lo cual damos fe con la más absoluta sinceridad y la mejor intención, sugerimos que el CUARTO CONGRESO

CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA haga un nuevo llamamiento a los Gobiernos de Centro América que todavía *mantengan* el sistema reglamentarista, para que lo supriman cuanto antes, seguros de que tal medida sólo podrá traerles, como a nosotros, inmensos beneficios.

4.—ASISTENCIA MEDICA

Podemos decir con legítimo orgullo que las cantidades asignadas para la compra de drogas antivenéreas en el presupuesto general de El Salvador corresponden a una situación capaz de satisfacer los deseos de *cualquier sanitario*. Nuestras reservas en Penicilina, por ejemplo, el 3 de enero del corriente año, eran de 75,000,000,000 de unidades, almacenadas en las bodegas de la Dirección General de Sanidad, a más de ₡ 100,000 (correspondiente a ₡ 40,000 dólares) asignados para compras ulteriores. La Sulfadiazina y otras drogas las compramos por decenas de millar de tabletas etcétera.

Esto nos ha permitido llevar la asistencia antivenérea a las 38 oficinas de Sanidad servidas por Médicos que operan en la República, sin *más límites que el que podrían imponernos otras realidades*.

5.—CONCLUSION

Señores Delegados y Representantes:

Es posible quizá que hubiésemos ganado más méritos en un sentido de formalidad científica, al presentar a este CONGRESO un trabajo de otro orden; y estamos seguros que habríamos encontrado material de sobra. Así, por ejemplo, durante los años de 1950 y 1951 tratamos 24,124 enfermos de Sífilis, los cuales *tenemos debidamente clasificados* en las tablas maestras, por grupos de edades, tipos de Sífilis, sexo, domicilio (urbanos o rurales), estado de embarazo o no en las mujeres, *tratamientos terminados o no* etcétera, material riquísimo para efectos de comparación. Pero preferimos dejar a un lado todo eso, para llamar la atención en un sentido diferente.

No hemos querido hacer con esto un vano alarde, sino presentarnos algo que rogamos se nos crea. Sí queremos señalar el hecho de lo que se puede conseguir cuando la acción técnica es apoyada por la fuerza gubernativa, en la medida que la ciencia y las necesidades lo demandan, como ha ocurrido por fortuna a la Sanidad Salvadoreña en el decurso de los últimos 3 años; y que esto nos dé nuevas bases y valor para pedir más

en favor de la salud de los que poblamos estas seis naciones aquí representadas.

Mucho es lo que falta por hacer. Las Enfermedades Venéreas siguen constituyendo un serio peligro para grandes sectores de la población de América. Necesitamos más personal, más equipo, más dinero, más ánimo y más entusiasmo y perseverancia de parte de las autoridades correspondientes, para lograr dominarlas; y si alguien nos refiere un poco de lo bueno que se haya podido realizar en esta o en aquella otra parte, sea este motivo de sana emulación que nos mueva a aventajarnos los unos a los otros, para provecho y bienestar de todos.

El Dr. F. Rodríguez, expone sus problemas de Medicina Rural.



COMENTARIOS :

Doctor Velarde: Con su humildad característica nos ha leído el Doctor Peralta un informe que cubre dos años de labores, desde el pasado Congreso hasta el presente. Lo felicito muy sinceramente, muy caluro-

samente, por los progresos que él ha logrado en la Lucha Antivenérea en El Salvador.

Quisiera aprovechar la oportunidad para recordar a todos los presentes que existe una recomendación del Seminario de Venereología, para que este Congreso trate el asunto de la abolición de los reglamentos de la prostitución y las actividades de los lenones y de las prostitutas en los distintos países de Centroamérica y Panamá. Felicito de nuevo muy sinceramente al Doctor Peralta por su buen trabajo, lo mismo que a sus colaboradores.

Doctor Zeledón: Felicito muy efusivamente al Doctor Peralta por la conquista de haber abolido la vetusta, la anticuada, la inútil reglamentación, que ha imperado e impera por desgracia en algunos sectores de Centroamérica. En Costa Rica la teníamos abolida desde hace años; cuando llegamos a la Dirección de Lucha Antivenérea encontramos prohibicionismo pero libertad para quienes se aprovechaban de esas infelices víctimas del próstibulo. Aunque en Costa Rica tenemos el liberalismo, es decir no llegamos a la utopía de prohibir una enfermedad social que es tan antigua como el hombre. Sin embargo, todavía nos falta mucho por hacer, no hemos podido clausurar los centros de prostitución, nuestra legislación tiene que perfeccionarse, el delito de lenocinio está legislado en una forma inoperante, tenemos también un largo camino que andar. Una vez más Doctor Peralta, lo felicito por haber abolido la reglamentación y por la forma como ha llevado a cabo la lucha contra las enfermedades venéreas en la hermana República de El Salvador.

Doctor Tapia: Yo me adhiero sinceramente a las felicitaciones al Dr. Peralta. Indudablemente su labor es digna de encomio. Quisiera preguntarle si nos pudiera dar algunos datos sobre su presupuesto. Con qué facilidades económicas ha contado para la Campaña. Sería conveniente se nos diera alguna pauta, puesto que es un asunto primordialmente de facilidades económicas en cada país.

Doctor Peralta: Agradezco a todos Uds. las felicitaciones que me han brindado y, desde luego, hablo siempre en nombre de mis compatriotas y el Gobierno que represento. Para contestar al Doctor Tapia me permito indicar que el presupuesto global de la Dirección General de Sanidad es de aproximadamente cuatro millones de colones salvadoreños (más o menos 1.600.000 dólares). Ese es el presupuesto total de la Sanidad Salvadoreña. Nosotros sólo tenemos la obligación de orientar la cam-

pañá en todo el país. En cuanto al pago de médicos y otros empleados, éste corresponde a la División de Servicios locales. Yo creo que sería prácticamente imposible darles con exactitud la cifra que correspondería a la acción antivenérea específicamente. La cuota para la compra de Penicilina, Sulfadiazina y otras drogas es de \$ 100.000 (pesos salvadoreños).

La Sección de Educación Higiénica es la que maneja todo lo relacionado con la Campaña Educativa. Nosotros ordenamos la impresión de folletos, hojas sueltas, etc., pero ella es la encargada de que el trabajo se realice.

Sin embargo, la Campaña Antivenérea tiene, dentro del presupuesto de esa Sección Higiénica, una asignación de \$ 15.000 (pesos salvadoreños).

Los costos en general son cargados al presupuesto global de Sanidad, pero bien podrían calcularse en unos \$ 300.000 a \$ 400.000 (pesos salvadoreños).

En cuanto a la supresión de la reglamentación, debo declarar que ésta no ha sido total. Nosotros nos hemos preocupado, despertando la inquietud entre los altos funcionarios del Gobierno. Reunimos a los oficiales de la tropa y les explicamos el por qué del Decreto. Imprimimos una carta circular y la hicimos llegar a las personas de mayor representación en todo el país, tales como los altos Jefes Militares, sacerdotes, educadores, etc. para ir despertando su interés.

Yo creo que es muy necesario quitarnos los sistemas de reglamentación y estimular el interés de las autoridades y ciudadanos en general. Siendo las 12.45 p. m. se levantó la Sesión.

— : : —

3ª SESION PLENARIA ORDINARIA

Viernes 13 - de 3 a 6 p. m.

Presidente: Dr. Víctor Manuel Godoy, de Nicaragua.

Secretario: Dr. Arturo Romero L., de Costa Rica.

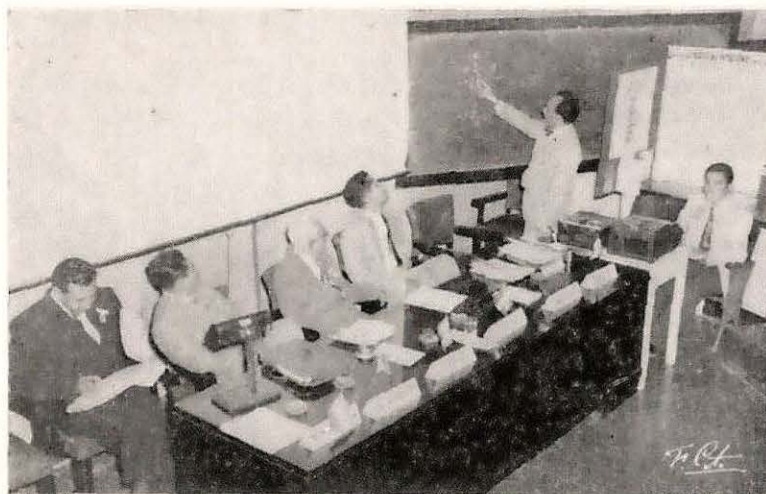
CONTRIBUCION AL CONOCIMIENTO DE LA INCIDENCIA DE LA AORTITIS SIFILITICA EN COSTA RICA

*Por el Dr. E. García Carrillo **

Entre las resoluciones que fueron aprobadas por el Tercer Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado en 1950 en San Salvador,

se recomendó el estudio de la incidencia de la Sífilis cardiovascular en todos los Hospitales de Centroamérica.

Nosotros ya habíamos presentado en el Primer Congreso de 1946 un informe sobre "LA SIFILIS CARDIO-AORTICA EN COSTA RICA", que comprende cifras de incidencia en autopsias y datos comparativos con algunos otros países Hispanoamericanos. Sin embargo, no se había insistido en algo que tiene interés desde el punto de vista de la salubridad Pública, es lo referente a la disminución de la frecuencia de la Aortitis sífilítica durante los últimos decenios.



El Dr. E. García Carrillo explicando su interesante ponencia.

En efecto, el número relativo de autopsias por afecciones clasificadas como Sífilis Cardiovascular ha descendido poco a poco. Desde luego, se trata de cifras que no tienen un valor absoluto, pero que creemos reflejan objetivamente los resultados de la Campaña Antivenérea emprendida en este país desde unos treinta años para acá.

* Jefe, Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios, San José, C. R.

Presentamos el cuadro siguiente:

<i>Autopsias:</i>	<i>Sífilis Cardiovascular</i>
Cuadrienio 1928-31 — 1075 casos	Porcentaje 3.2
1932-35 — 1844 casos	Porcentaje 1.5
1936-39 — 1708 casos	Porcentaje 1.2
1940-43 — 2148 casos	Porcentaje 1.9
1944-47 — 2745 casos	Porcentaje 1.7
1948-51 — 2150 casos	Porcentaje 1.0

Es cosa sabida que el tratamiento temprano de la Sífilis es profiláctico de su complicación cardiovascular tardía. Queda por ver si el uso de los antibióticos reducirá aún más la frecuencia de los aneurismas y aortitis.

Los datos recogidos en el Departamento de Anatomía Patológica y de Estadística del Hospital han permitido hilvanar este modesto comentario. Quede constancia de nuestro reconocimiento para su personal director y subalterno.

REFERENCIA:

García Carrillo, E. La Sífilis Cardioaórtica en Costa Rica. Mem. Primer Congreso Centroamericano de Venereología. P. 97. San José, C. R., 1946.

COMENTARIOS:

Doctor Peralta: Aprovecho la ocasión, ya que se habla de la Aortitis Sifilítica, para significar en el espíritu de los sanitarios la necesidad de pensar, cuando hablemos en términos de la Lucha Antivenérea, no solamente en el sentido de evitar el contagio sino también como medida preventiva que es la que nos cumple ejercer, en tratar todos los tipos de Sífilis, no importa el momento de su evolución en que la encuentre, con el objeto de evitar cardiopatías y todo tipo de lúes mitral. La Sífilis es grave precisamente por sus consecuencias ulteriores. Algunos, con extremismo sanitario, piensan sólo en cortar el contagio, pero nosotros, ante el hecho consumado del individuo infectado de tiempo también debemos proceder, porque eso es también sanidad. La prevención de las afecciones cardíacas, la

ceguera, etc., que en muchos casos pueden ser consecuencia de la Sífilis podrán así evitarse. Es buena la oportunidad para hacer énfasis en estas cosas que nó debemos tener olvidadas.

Antes se decía que la Sífilis antigua no le importaba al sanitario, que nosotros sólo pretendíamos blanquearlas. Ese ha sido siempre el criterio del Médico general con respecto a nosotros. Pero debe entenderse que nosotros no sólo tendemos a blanquear sino a curar la Sífilis en todas sus formas.

Doctor Zeledón: Cuando solicité al Cardiólogo Dr. García Carrillo que nos hiciera un trabajo aunque fuera de estadística, somero, sobre este punto, fué sobre todo para acatar una de las recomendaciones del III Congreso, y también pensando que nadie más capacitado que el propio Dr. García Carrillo para ese trabajo, ya que él había presentado otra ponencia en el Primer Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado en Panamá. Aunque él no nos ha revelado más que guarismos, es lo cierto que el trabajo ha debido ser muy meticulado y ha debido ocupar mucho tiempo, porque como Uds. ven, el número de autopsias que él ha revisado desde el año 28 hasta 1951, alcanza muchos miles.

Yo quisiera que algunas de las delegaciones aquí presentes nos dieran datos en el mismo sentido, a fin de establecer comparaciones y que realmente podamos sacar la mayor utilidad a estos datos estadísticos que nos ha suministrado el Dr. García Carrillo. Quisiera pedir al Dr. García Carrillo no ya referente a su trabajo, sino sobre puntos generales, ya que él es cardiólogo, que nos ilustrara si en el electrocardiograma puede haber alguna modificación patognomónica de Sífilis de localización cardiovascular en aquellos en que hay formas subclínicas que no se revelan, a ver si hay alguna en cuanto a modificaciones en el electrocardiograma.

Doctor García Carrillo: La pregunta es un poco difícil de contestar, pero se me viene a la memoria un trabajo hecho en México hace poco, por el Dr. Costero y otros autores españoles que trabajan en el Instituto de Cardiología de México, en que se trata de demostrar que hay un cuadro de miocarditis que ellos llaman "Miocarditis descendente", en que el estudio anatomopatológico revela infiltraciones y lesiones del tipo sífilítico que se supone vienen de arriba para abajo, de las lesiones aórticas y descendiendo por el tabique interventricular y que afectan el fascículo de His, dando un cuadro electrocardiográfico que llaman de "bloqueo" incompleto de la rama izquierda del fascículo de His. Ellos han tratado de hacer un signo dotado de cierta especificidad, en presencia de

un cuadro de insuficiencia aórtica. Es decir, un cuadro de insuficiencia aórtica que en el electrocardiograma les revela un bloqueo incompleto de la rama izquierda del Fascículo de His, entonces tienden a sostener que se trata de un caso de insuficiencia aórtica luética complicado con miocarditis descendente del tabique interventricular.

Fuera de esta novedad, el electrocardiograma tiende a revelar signos de sobrecarga del ventrículo izquierdo cuando hay insuficiencia aórtica y también puede haber signos de insuficiencia coronaria si se sospecha también clínicamente una angina de pecho por estenosis de los orificios coronarios, concomitante con lúes, entonces puede haber un cuadro de insuficiencia coronaria en el electrocardiograma.

Esos dos signos, por lo menos, pueden hacer sospechar lúes: pero ahí, desde luego, debe imperar el criterio clínico.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA DISMINUCION APARENTE DE SIFILIS CONTAGIANTE EN EL SALVADOR

Por el Dr. Juan José Rodríguez, (El Salvador)

El trabajo que hoy presento, aunque sé que es corto, creo que alguna importancia deberá tener por lo menos para ayudar a buscar las verdaderas causas de la disminución de Sifilis contagiante, la cual a mi juicio, es simplemente aparente, pero muy posible será que encontremos una disminución real.

En abril de 1950, presenté un trabajo al III Congreso Centro Americano de Venereología celebrado en San Salvador, República de El Salvador, que se refería a tratamientos antisifilíticos llevados a cabo durante dos años en pacientes hospitalizados, los cuales eran ingresados a través del Consultorio Externo de Dermatología y Sifilología del Hospital Rosales. Según los datos de ese trabajo se encuentra que el total de los pacientes en los cuales se comenzó el tratamiento fué de 536, aunque el número de los que lo finalizaron fué de 267.

Para mejor comparación, he tomado los datos del hospital mencionado durante el mismo período de tiempo (es decir 2 años), y encuentro que el total de los pacientes ha sido solamente de 101, es decir la quinta parte del número de los hospitalizados en los dos años anteriores; me refiero al total de los pacientes hospitalizados y no solamente al número que terminó el tratamiento, ya que en estos dos últimos años



El Dr. J. J. Rodríguez, de El Salvador, en la lectura de su trabajo.

todos terminaron el tratamiento instituido por razones de facilidad como se verá a continuación:

Por lo anterior enunciado se ve que la disminución del número de pacientes hospitalizados fué grandemente inferior, a pesar de que los tratamientos eran más cortos y sin mayores molestias para ellos, ya que en el estudio del año 1948-1950 hubo tratamientos variados y mixtos que obligaban al individuo a permanecer mayor número de días dentro del hospital, cosa que no sucedió estos dos años de 1950 y 1951, pues en 1950 se siguió un tratamiento de rutina de una dosis diaria de Penicilina-procaína durante 5 días y en 1951 el tratamiento se prolongó a 10 dosis en 10 días, administrando siempre una dosis diaria. Era esta pues una oportunidad para que los pacientes se hicieran asilar en mayor número. Nótese que los mismos no abundaron, ya que todos, tanto durante este estudio como en el anterior, eran admitidos a través del consultorio externo, por consiguiente se nota a primera vista la disminución franca de consultantes.

El Servicio de Sifilología del Departamento de Dermatología y Sifilología del Hospital Rosales de donde he tomado los datos anteriores, ha estado durante los últimos cinco años bajo mi cuidado y responsabilidad, así es que los métodos de estudio y control no han cambiado de rutina y todo hace presumir que las condiciones fueron iguales en los distintos períodos de trabajo, y como dije al principio, por esta ra-

zón estoy haciendo el "CUADRO COMPARATIVO DE LA DISMINUCION DE LA SIFILIS", ya que durante los últimos cinco años han existido las mismas facilidades de ingreso y tratamiento, contando para mayor efectividad con la colaboración del Departamento de Venereología de la Dirección General de Sanidad de El Salvador que nos ha proporcionado los medicamentos necesarios solicitados durante los tres últimos años.

Los cuadros del número de casos en los años de 1950 y 51 en nuestro Servicio, están a continuación y por medio de ellos se podrá ver la gran disminución entre un año y el siguiente (ya se mencionó el total de 1950 y 51 que comparado con el número de pacientes de 1948 y 49, muestra una diferencia mayor aún).

CASOS DE SIFILIS CONTAGIANTE TRATADOS EN EL HOSPITAL ROSALES DURANTE LOS AÑOS 1950 Y 1951

AÑO 1950

<i>Diagnóstico</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Sífilis Primaria:	26	3	29
Sífilis Secundaria:	30	12	42
	—	—	—
Total:	56	15	71

AÑO 1951

<i>Diagnóstico</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Sífilis Primaria	9	1	10
Sífilis Secundaria:	11	9	20
	—	—	—
Total:	20	10	30

Como en El Salvador no solamente en nuestro Departamento de Dermatología y Sifilología del Hospital Rosales se observa Sífilis, he recurrido a los cuadros estadísticos que lleva la Oficina de Venereología de la Dirección General de Sanidad, mencionada anteriormente, y son los que a continuación pueden leerse:

CASOS DE SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA REPORTADOS
A LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, DE TODAS LAS
UNIDADES SANITARIAS Y DELEGACIONES DE LA REPUBLICA
DE EL SALVADOR DURANTE LOS AÑOS DE 1950 Y 1951:

AÑO 1950

<i>Diagnóstico</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Sífilis Primaria:	1763	540	2303
Sífilis Secundaria:	651	941	1592
Total	2414	1481	3895

AÑO 1951

<i>Diagnóstico</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Sífilis Primaria:	1707	572	2279
Sífilis Secundaria:	347	721	1068
Total:	2054	1293	3347

Aquí puede apreciarse la disminución entre el año 1950 y 1951, Es lástima que no pueda contar con los datos de 1948-49 especificados en la misma forma que tenemos anotados los de 1950-51 para hacer una comparación completa, ya que los que se pudieron obtener son datos globales que incluyen todas las Sífilis Contagiantes sin división de clase ni sexo. Pero se me explicó que por diferentes causas no se llevó un record de los datos estadísticos como hubiera sido deseado. Sin embargo es de notar que entre el año 1951 y el anterior, hay una marcada baja de la Sífilis Contagiate. Estas anotaciones unidas a las recogidas en mi propio Servicio, muestran disminución, máxime si se considera que los pacientes tratados por el suscrito, son individuos que han llegado a nuestro consultorio desde todos los puntos de la República, razón por la cual fueron hospitalizados.

Con la lectura del Cuadro I, se ve que del año 1950 al 1951, hubo una disminución de Sifilíticos Contagiantes. Tomando los datos globales de los dos años y comparándolos con los anteriores de 1948-49, el total de Sifilíticos Contagiantes fué de 536, mientras que el total de los mismos en 1950-51 fué solamente de 101 casos.

Lo mismo sucede al leerse el Cuadro II de la Dirección General de Sanidad, en el que se ve una disminución de pacientes comparando el total de 1950 con el de 1951.

Por otra parte, los datos globales de los últimos tres años anteriores a los estudiados (1947-48 y 49) muestran en cada año un número inferior a cualquiera de las cifras de 1950 o 1951. A continuación los detallamos:

DATOS ESTADISTICOS DE LA DIRECCION GENERAL
DE SANIDAD:

1947 Sifilis Contagiate	2980 Casos
1948 Sifilis Contagiate	2988 Casos
1949 Sifilis Contagiate	2234 Casos

Según estos datos se observa que el estudio durante los últimos cinco años muestra un aumento de la Sifilis Contagiate en 1950-1951 (comparando con los tres años previos), pero nuevamente disminuye como se a visto anteriormente entre estos dos últimos años.

Por todo lo expuesto anteriormente, la primera impresión es que la disminución de sifilíticos contagiantes existe, pero lo que se tiene que considerar es si ésta es solamente aparente o real.

Muchos son los factores que hay que considerar, entre los cuales me parece que deben de tomarse en cuenta los que enumero a continuación: Cuando el paciente se autodiagnostica sus lesiones y se somete a un tratamiento que él mismo se indica y por eso en este caso, dos cosas pueden suceder, que la lesión que presentaba el paciente no era sifilítica y por consiguiente pudo haber desaparecido sin necesidad de tratamiento específico, o que realmente la lesión era sifilítica y entonces cicatrizó con el tratamiento administrado. Este paciente no necesitó recurrir a ningún consultorio ni hospitalario ni sanitario; pero no por el hecho de abstenerse de asistir a ningún consultorio vamos a negar la existencia de un posible caso más de Sifilis Contagiate. Ignoramos también si este paciente tuvo tiempo para contagiar, como ignoramos también si la fuente que le contagió continuó sembrando la enfermedad.

Otro de los factores es el caso del paciente que consultó a una enfermera, estudiante de medicina y aún, a un médico quien no ordenó un examen ultramicroscópico investigando el "Treponema Pálida". Por consiguiente no se hizo el diagnóstico de Sífilis.

Sin embargo se sometió al paciente a un tratamiento específico posiblemente con la idea de "prevenir" la Sífilis. En estos casos tampoco se supo si el paciente tuvo realmente o no Sífilis. De igual manera tampoco se supo si llegó a contagiar antes o después de haber consultado a quien lo trató.

El último incidente es el caso de la misma Sanidad Pública. Me refiero a El Salvador. Ignoro si en otros países se hace lo mismo, es la orden general de administrar penicilina a todo paciente que se presente al Consultorio o Delegación Sanitaria, consultando por lesiones genitales sin parar mientes si es sifilítica o nó, pues no se hace ningún examen bacteriológico y dudo que hasta clínico, pues de otra manera no se haría el tratamiento de manera tan acientífica. Se me informa que esto se hace en vista de la falta de personal y de equipo necesario, sobre todo en las ciudades alejadas de la capital.

En otro tiempo y desde el punto de vista clínico era recomendación básica que a toda lesión genital se debería hacer examen de ultramicroscopio investigando el "Treponema Pálida". Hoy en día y desde el punto de vista sanitario la recomendación es más fácil y consiste en que a toda lesión genital se le debe administrar penicilina. Entiendo que con esta conducta se pueden prevenir contagios sifilíticos, cuando realmente había sífilis. Sin el examen bacteriológico se ignorará el número de enfermos padeciendo de Sífilis, también se ignora la siembra que este individuo haya hecho; es cierto que cuando las haya y al paciente se le ocurra, irá a un centro sanitario a que se le administre tratamiento, pero si a éste tampoco se le hacen exámenes al ultramicroscopio, se ignorará si era sifilítico. La mayoría de las veces y sobre todo si el paciente es del sexo femenino, donde las lesiones no son visibles, no van a la consulta y la sífilis sigue su curso evolutivo que todo médico conoce y cuando por casualidad se presente a la consulta será por un examen serológico de rutina positivo, siendo ya un caso de Sífilis Latente, lo cual quiere decir que a su debido tiempo fué Sífilis Contagiantes, pero no fué diagnosticada como tampoco lo fué quien le contagió y por consiguiente el número no será anotado en las estadísticas.

Por todo lo expuesto anteriormente me hace pensar de que si es cierto que en las estadísticas en El Salvador, se señala una disminución de Sífilis Contagiantes, es muy posible que esa disminución no exista.

A mi juicio la única forma de tener una seguridad es de tratar por los medios siguientes: Hacer campaña intensa para que los individuos padeciendo de lesiones genitales visiten un laboratorio ya sea privado o el de la Sección de Venereología de la Dirección General de Sanidad o de cualquier clínica u hospital, para un examen de ultramicroscopio. Hacer conciencia en toda persona que tenga relación con la medicina para que no trate una lesión genital con tratamientos específicos antes de hacer un examen bacteriológico directo de la lesión para comprobar que es sífilítica. Por último, hacer estricta la obligación de declarar a la Dirección General de Sanidad, los casos comprobados de Sífilis Contagante.

CONCLUSIONES :

Se hace un estudio comparativo de dos períodos de dos años cada uno de pacientes de Sífilis Contagante tratados tanto en forma hospitalizados en El Hospital Rosales como tratados ambulatoriamente por la Sección de Venereología de la Dirección General de Sanidad en la República de El Salvador.

En estos dos períodos de dos años se nota una disminución del número de los pacientes que consultaron y aún se nota una disminución entre cada uno de los dos años del último período estudiado.

Aunque se ha visto una disminución de asistentes a la consulta externa del Hospital Rosales como a las clínicas y delegaciones sanitarias, el autor tiene la creencia de que realmente no ha disminuído la Sífilis Contagante por la circunstancia de que los pacientes consultando fuera de la Sanidad, clínica u hospitales, de ninguna manera son reportados a la Dirección General de Sanidad.

Se hace necesaria una campaña tanto para los enfermos como para las personas relacionadas a la medicina para que colaboren con la Dirección General de Sanidad en hacer de su conocimiento el número de casos comprobados de Sífilis Contagante de los cuales ellos tengan conocimiento por ser pacientes tratados por ellos en cualquier circunstancia.

Siguiendo esta recomendación y haciendo un nuevo estudio de un período igual de años, es muy posible que se logre saber en definitiva si realmente hay una disminución de Sífilis Contagante y no es solamente aparente en la República de El Salvador.

COMENTARIOS :

Doctor Zeledón: Algunos de los puntos tocados por el Dr. Rodríguez, fueron ampliamente discutidos en el Seminario que precedió a este

Congreso. El Dr. Peralta nos dió explicaciones de por qué él empleaba ese método de aplicación de penicilina en forma profiláctica, lo cual me parece más bien una cuestión local que debieran discutir los encargados de la Lucha Antivenérea en El Salvador.

Realmente yo no encuentro cómo comentar este trabajo que desde luego es muy importante, pues pareciera que el Dr. Rodríguez dice que no hay disminución en unas partes, y en otras que sí la hay. Francamente yo no he podido comprender todo el alcance de las conclusiones del estudio.

Doctor Peralta: Yo sólo quisiera preguntarles a los Médicos Generales aquí presentes lo siguiente: Se encuentran Uds. ejerciendo en un lugar donde no cuentan con los medios necesarios para confirmar de acuerdo con las técnicas modernas y el auxilio del Laboratorio un diagnóstico, y sospechan que se trata de una fiebre tifoidea. Hacen el estudio, el examen clínico de la situación y entonces, como no tienen los medios para hacer las pruebas del caso, se cruzarían de brazos dejando al paciente así no más? Por mi parte, si en mi conciencia está, conseguiría la cloromicetina que es la droga de elección para la tifoidea, y me bastaría la simple sospecha para garantizar la salud y la vida de esa persona. No sé si podríamos admitir o nó un criterio para realidades que se nos presenten en un medio en que no existen los auxilios de los medios modernos de diagnóstico. ¿Qué haría un Médico General?

Doctor Bendaña: En un caso como el que nos presenta el Dr. Peralta, lo indicado es, a mi juicio, hacer un tratamiento sintomático y mandar al centro a que sean hechas las pruebas correspondientes. Yo creo que los médicos generales debemos hacer el tratamiento sintomático y luego buscar el etiológico. Esa es mi opinión, y creo que lo dicho por el Dr. Peralta está ajustado a la lógica.

Doctor Peralta: Ahora bien, si nosotros en una forma rutinaria, tendríamos que estar haciendo ésto y las disponibilidades del medio de transporte, envíos de muestras y demás se nos dificultan, entonces es prácticamente imposible para el número que confluje, la cuestión esa. En el caso de Metafám, por ejemplo, hay un correo ordinario que transporta diariamente la correspondencia. Por él se hace el envío de muestras de sangre a Santa Ana que es el lugar más cercano en que se practica serología. De ordinario hemos tenido la experiencia de que las muestras, como quiera que se manejen, se alteran, no hay refrigeración, los

transportes se atrasan y un cúmulo de factores que ya no dependen de nosotros, que viene a ocasionarnos una perturbación tan grande, que nos resulta impráctico a nosotros, cualquier esfuerzo que tratemos de hacer para el cumplimiento de los requerimientos científicos. Indiscutiblemente nosotros no podríamos desde ningún punto de vista, imponerle a una persona que está tan alejada de un Centro donde hay todas las facilidades, la obligación de que se ciña estrictamente a lo que no puede ceñirse. Ahora desde luego, si esto es para la Serología que es tan fácil, tanto más difícil todavía para el envío de linfa en tubos capilares. Es decir, el tiempo no cubriría el término de horas suficientemente corto para poder establecerlo como rutina. Nosotros, desde luego, sabemos que debe hacerse esto, aquello o lo otro; no lo ignoramos y lo exigimos donde se pueda; pero para lugares muy apartados, aun cuando nuestras carreteras son bastante viables en todo tiempo, los medios prácticos no lo permiten.

Doctor Godoy: El trabajo del Doctor Rodríguez me parece muy interesante y también me parece interesante la recomendación que él hace sobre el asunto del examen serológico. El Doctor Peralta defiende la tesis de que no se puede a veces, pero en el transcurso de la lectura del trabajo del Doctor Rodríguez pude observar que se refería a enfermos que se trataban en un medio factible de hacerle la reacción antes de tratarlo y esos son los casos que indudablemente él hace hincapié en que se debe hacer la reacción antes del tratamiento. Yo creo que en todas partes nos pasa lo mismo, pues nos ponemos a tratar sin tener una seguridad que nos dé el Laboratorio y me parece que este Colegio debe recomendar que se tome la reacción serológica en el mayor número de casos posibles, antes de empezar el tratamiento, sobre todo para la observación científica más que para curar al enfermo éste, porque de todos modos lo vamos a tratar, sea que se le haga ó no la reacción.

Doctor Romero: El trabajo del Doctor Rodríguez se titula: "Breves consideraciones sobre la disminución aparente de la Sífilis Contagante en El Salvador". Por las razones que él expone, la disminución observada en los últimos años con tratamientos a base de penicilina, yo creo que él tiene razón en el sentido de que esa disminución posiblemente es aparente. Yo creo que en los Centros en que se dispone de Laboratorio y demás medios necesarios para hacer un diagnóstico, el diagnóstico de un chancro sifilítico debe ser hecho a base de Laboratorio. Ya eso es casi un axioma. Pero en condiciones distintas, es decir, en aquellos lugares donde no se dispone de Laboratorio, yo creo que no podemos hacer

la comparación que se hizo con la tifoidea; no se puede hacer esa comparación porque la tifoidea es una enfermedad grave, de muerte si no se trata. El chancro sífilítico, en cambio, no duele, no arde, no pica, no molesta, y el enfermo si se ve sin tratamiento y esperando unos días más, es un enfermo que no vuelve. Y como desde el punto de vista sanitario lo que debemos buscar nosotros es evitar la diseminación de la enfermedad, siempre que no se disponga de Laboratorio para hacer el diagnóstico científicamente a base del campo oscuro y siempre que se disponga de suficiente cantidad de penicilina, yo creo que debe actuarse como lo ha hecho el Doctor Peralta; es decir, indicando un tratamiento que por lo menos venga a asegurar que ese enfermo ha quedado no contagiante. Eso es lo que indican la mayoría de los trabajos que se presentan en los Estados Unidos. Allá, claro que hacen el diagnóstico; pero ellos, en vista de que el enfermo puede dejar de continuar su control de Laboratorio en los Dispensarios, ponen inmediatamente una inyección de 2,400,000 uds. PAM, para el caso de que aquel enfermo no vuelva, y tener la seguridad de que por lo menos en un 90% de los casos, el enfermo no ha quedado contagiante. En EE. UU. se sigue este conducto después de haber hecho su diagnóstico mediante el ultramicroscopio, pero, nosotros debemos colocarnos en la situación de los campos. Por supuesto que eso no quita que todo eso que se ha referido aquí está indicando a gritos que se necesita una campaña educativa amplia, una campaña educativa entre el cuerpo médico para que clínicamente pueda hacer un buen diagnóstico y confirmarlo con el Laboratorio siempre que éste esté al alcance, y siempre que la psicología del enfermo indique que él no va a dejar de asistir de nuevo al consultorio del médico, para que no vaya a quedar un enfermo contagiante diseminando la enfermedad. Nosotros lo podemos notar en todas partes. No sólo en El Salvador dejan los Médicos muchas veces de reportar sus casos al Departamento de Lucha Antivenérea; aquí en Costa Rica también lo vemos. Yo no sé si el Dr. Zeledón podría indicarnos cuantos son los médicos particulares que reportan sus casos confirmados de Sífilis al Departamento de Lucha Antivenérea. En ese caso, nosotros podemos decir también que las estadísticas que se presentan aquí, no revelan la realidad de la situación de la Sífilis en Costa Rica.

De manera que yo diría que el Dr. Rodríguez tiene razón al decir en su trabajo que la disminución que registran las cifras estadísticas tanto del Hospital Rosales como de la Dirección de Sanidad no es más que aparente, debido posiblemente a la fácil obtención de la penicilina por todo el mundo: por los médicos mismos sin haber hecho un diagnóstico científico

perfecto, por los enfermeros, por los curanderos y hasta por los mismos enfermos. Por ese motivo creo que el Dr. Rodríguez tenga razón en que la disminución es aparente. Por otro lado, y en las circunstancias especiales que han sido apuntadas, cuando falta el Laboratorio y con un diagnóstico clínico bien hecho, debe administrarse al enfermo una cantidad de penicilina que lo transforme en no peligroso para la sociedad y en ese caso tiene razón el Dr. Peralta, siempre que ésto no se realice en lugares en que se dispone del material necesario para hacer un diagnóstico correcto.

Doctor Zeledón: Contesto la alusión que me ha hecho el Doctor Romero. Efectivamente, ya lo dije en el Seminario que precedió a este Congreso, aunque la denuncia es obligatoria en Costa Rica, ni aún mandando a las trabajadoras sociales a coleccionar datos, se obtiene absolutamente nada.

Sería muy largo apuntar las razones del por qué los médicos se niegan a hacerlo. Nos decía el Dr. Velarde, por ejemplo, que en México los mismos médicos de la Campaña Antivenérea, que se quejaban de no recibir reportes de los médicos particulares, una vez que dejaron de ser médicos de la Campaña tampoco reportaron nada a los servicios de Lucha Antivenérea. Problema que está por resolverse, ya lo dije antes, es la cuestión de la prevalencia; esos datos estadísticos son puramente presuntivos; se basan en grupos: se tienen todas las dificultades y todas las fallas que tienen las estadísticas parciales tratándose de venéreas, en las cuales no tenemos sino el reporte de ciertos sectores única y exclusivamente. Sin embargo, hay un hecho que sí hay que anotar: parece raro que el Dr. Rodríguez considere únicamente aparente la disminución de la sífilis en El Salvador, cuando vemos que esa disminución viene observándose en todo el mundo, no sabemos si debido al uso de la penicilina o a qué. Me inclino a creer que es esta era de los antibióticos la que ha contribuido, por lo menos en buena parte, para obtener la disminución de los casos infectantes y aún de las complicaciones tardías. Parece extraño que en El Salvador no se opere ese mismo fenómeno. En todas partes se ha abolido casi la hospitalización. Los casos de Sífilis han ido disminuyendo poco a poco en sus formas tardías y en sus formas infectantes aún con el porcentaje de falla que tienen esos datos, y ésto debe ocurrir con mayor razón en El Salvador, donde se ha estado empleando a mano larga la penicilina, según nos lo informa el Doctor Peralta.

Doctor Tapia: En el Primer Congreso de Venereología se hizo una

recomendación para que se aumentara el uso del campo oscuro y se aumentaran las facilidades de diagnóstico de la Sífilis Primaria. Yo creo que esa recomendación todavía sigue en pié, pues la solución a que el Dr. Peralta ha llegado, según él mismo explica, es una cosa forzada. Es muy difícil hacer un diagnóstico de Sífilis Primaria preciso, sin la cooperación del Laboratorio que es indispensable siempre que haya esta facilidad. Lo indicado a mi juicio, es tratar de aumentar el número de Laboratorios, el número de campo oscuros, para beneficio del mayor número de enfermos.

Doctor Peralta: Hay realmente puntos difíciles frente a realidades que confrontamos. Creo, como el Doctor Tapia, que siempre que se pueda debe aumentarse el equipo, la eficiencia del médico, etc. Pero ese es un trabajo educativo a largo plazo. Mientras tanto, hay que contrabalancear; es decir, que no haya déficit sino superávit en nuestras cifras de estadística.

Doctor Rodríguez: En primer lugar me alegra que haya tenido discusión mi trabajo; luego debo decir a Uds. que no soy sanitario sino médico, y pienso, claro está, de un modo distinto a los sanitarios. Los sanitarios pretenden, ese es su oficio y su obligación, prevenir que se extienda la Sífilis; yo como médico, trato de averiguar si aquello es Sífilis. Lo que yo he dicho en mi trabajo es que creo que la disminución es aparente; yo no digo que no ha disminuído la Sífilis. El punto que no me han comprendido es éste: son menos los pacientes reportados a la Sanidad y de ahí es que se han tomado esas cifras, lo cual hace creer que hay disminución. Aquí dice que el paciente que se autodiagnostica y autotrata, no necesitó recurrir a ningún consultorio hospitalario ni sanitario, pero no porque no lo haya hecho vamos a negar la existencia de un posible caso de Sífilis contagiante. El paciente tuvo Sífilis, pero como no fué reportado el número no se consignó y por supuesto se dice que hay menor número de sifilíticos. Lo que debería decirse es que hay un buen número de sifilíticos que no se han presentado a los consultorios. Ese es el punto que no me han entendido o no me han querido entender. Yo no digo absolutamente que no haya disminuído la Sífilis, lo que digo es que la disminución es realmente aparente, porque si nos vamos de casa en casa y de paciente en paciente, encontraremos que hay sifilíticos que no se han reportado y por eso es que los números han disminuído en las estadísticas. Ahora vamos al punto de la bondad de la penicilina. Si el paciente se trató él sólo, magnífico. Si se puso la penicilina por

gusto, eso es cosa de él. Pero el punto es que yo creo que a pesar de eso hay sífilis en gran número. En cuanto al asunto del ultramicroscopio que nos dice el Doctor Peralta, es cierto que hay pereza de parte de todos, porque no se necesita ser médico, ni laboratorista ni nada. A cualquier individuo se le muestra el ultramicroscopio y se le enseña; esa culebrita es lo que Ud. va a buscar, y si no la vé, aunque vea cualquier otra cosa, el examen está negativo! aunque no sepa leer ni escribir. Es decir, un campesino, de tanto estar viendo aquello llega a aprender la forma de hacerlo. El punto es éste; hay que reportar, a mi juicio, todo sifilítico, y que entonces se diga si ha disminuído o nó la Sífilis. Pero que se haga eso. Yo no voy a decir como el Dr. Zeledón, que si en todo el mundo ha disminuído la Sífilis, él no ve la razón para que en El Salvador no haya disminuído también. Lo que yo dije es que ha disminuído en los números reportados pero que sigue habiendo muchos sifilíticos, y sigue habiendos muchos sifilíticos, porque un buen número de ellos no acude a los Dispensarios, sino que se tratan por sí solos o van al médico particular. Como ahora se vende la penicilina como se vende harina, todo el mundo se la inyecta. Ahora bien, yo traje el trabajo a este Congreso para que se discutiera aquí si ha disminuído la Sífilis en El Salvador o nó. Realmente soy yo quien más interés tiene en saberlo. Por lo demás, quiero darles las gracias a todos por haberse tomado la molestia de discutirlo.

— : : —

PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA EN LA LUCHA CONTRA ENFERMEDADES VENEREAS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1)

Por Theodore J. Bauer, M. D. (2)

Vecinos buenos frecuentemente se hacen vecinos mejores cuando reúnen sus recursos contra un enemigo común. Esta conferencia es una movilización de los recursos mutuos de un grupo de países contra las enfermedades venéreas. Necesitamos solamente reunir nuestros esfuerzos separados tanto para destruir al enemigo (las enfermedades venéreas) como para ligar más firmemente nuestra relación en la familia de naciones.

- (1) Presentado al Cuarto Congreso de Venereología de América Central, San José, Costa Rica, 13-15 Junio, 1952.
- (2) Director Médico, Jefe de la División de Enfermedades Venéreas, U. S. Public Health Service.

Mis observaciones hoy constituirán un informe de las prácticas corrientes en el control de enfermedades venéreas que tienen buen éxito en los Estados Unidos. Sinceramente espero que resulten útiles a ustedes, como yo sé que las experiencias de ustedes resultarán útiles en nuestro país.

Nuestro entero programa de control depende de nuestro poder de tratar Sífilis y Gonorrea rápidamente y con certeza de curación. Los métodos de descubrir a las personas que sean infectadas, de determinar sus infecciones, y de administrar el tratamiento han sido perfeccionados con gran cuidado y son vitales para el control moderno de las enfermedades venéreas. Pero fueron impedidos gravemente sin la terapia moderna de penicilina. El Doctor Cutler, que representa el Public Health Service en este programa, va discutiendo la terapia, y me sentiré libre para omitir la terapia de esta presentación.

Como el entero programa del control de las enfermedades venéreas depende del tratamiento, así la oportunidad de tratar depende del descubrir los casos. Hay muchas personas que no pueden saber si tienen una enfermedad venérea. Otras tienen sospecha de la posibilidad, pero tienen repugnancia de confirmarlo. Aún otras son indiferentes. ¿Cómo pueden encontrarse el doctor y el paciente?

Una solución satisfactoria de este problema eternal nunca se ha hallado para ninguna enfermedad. En el control de las enfermedades venéreas, no obstante, hemos hecho algo de progreso. Este progreso en el hallar de casos se hace manifiesto en tres áreas generales:

1. La información y la educación populares.
2. Entrevista y pesquisa.
3. Cooperación entre las agencias.

En el área de información y educación públicas, hemos aprendido que las exhortaciones dirigidas al público por la prensa, por el radio y por medios gráficos llegan directamente a no más que una parte de la gente que buscamos. Los resultados de nuestros esfuerzos primitivos para evaluar estas exhortaciones nos frustraban inexplicablemente.

Solamente un porcentaje pequeño de los individuos que vinieron a los clínicos para diagnosis vinieron porque hubieron visto un cine o leído un folleto u oído un programa del radio. Con una o dos excepciones notables, eso fué verdadero aún en las comunidades donde programas de exhortación pública se realizaban intensivamente por todos los medios concebibles de comunicación pública. La causa más frecuente

de su llegar fué la de que un amigo o un conocido les hubo informado. La cosa curiosa era que el amigo o el conocido por lo general les hubo informado correctamente. Supieron adonde y cuando deben venir. Tuvieron algo de conocimiento de los síntomas de las enfermedades venéreas, y unas nociones vagas de la manera de su propagación. Fuera de eso, supieron poco; pero fuera de eso, poco era necesario; porque lo menos se dice, lo más se entiende. Lo que el individuo debe saber es simplemente que la enfermedad venérea es peligrosa para él; que es posible tener la enfermedad sin tener ningún síntoma; que el médico puede hacer el diagnóstico; y que el médico puede curarlo.

Era manifiesto que nuestros esfuerzos de exhortación al público llegaban indirectamente a la gente; que manteníamos un sistema enorme e informal de comunicación de persona a persona, que llevaba nuestro mensaje a lo lejos y a lo cercano, donde llegaba a las personas infectadas.

La entrevista con pesquisa es el más directo de los recursos para descubrir los casos. Cada paciente se halla persuadido por un interrogante enseñado que dé los nombres, las direcciones, y descripciones físicas de sus recientes compañeras en comercio sexual. Esta información se usa para descubrir y para tratar, por lo necesario, las personas mencionadas por el paciente como sus compañeras. Hace varios años un interrogante satisfactorio podía inducir a un paciente que mencione una, algunas veces dos, y por rareza tres compañeras. Teniendo buena razón para sospechar que hubiera otros contactos de nombrar, emprendimos a mejorar nuestras entrevistas. Establecimos una escuela de entrevistas. Experimentamos: Descubrimos que entre los interrogantes, los enfermeros y no profesionales, unos se pusieron muy proficientes en poco tiempo, y otros en las mismas circunstancias de enseñanza y con el mismo grupo de pacientes nunca se hicieron competentes. Empezamos a escoger nuestros interrogantes con mucho cuidado, buscando las calidades personales que se manifestaron más en el interrogante proficiente. Pocos médicos se hallan enseñados como interrogantes, porque sus obligaciones profesionales les impiden que expendan el tiempo necesario para una entrevista productiva. Los escogidos fueron enseñados en un laboratorio de entrevistas en que las entrevistas podían someterse a escrutinio cuidadoso y a la discusión del grupo. Los resultados dieron mucho gusto. En muy poco tiempo los "trainees" escogidos para las entrevistas obtenían los nombres, las direcciones, y otros datos de identificación de cinco a ocho contactos por cada persona entrevistada. Por hacer aprovechable la enseñanza para entrevistar a tantos departamentos de salud como po-

sible y a los militares, pudimos extender considerablemente nuestra potencial de investigación.

Como investigadores, escogimos jóvenes muy guapos y bien educados, disciplinados en paciencia y tacto. Hallamos que la persuasión era más efectiva que la coerción, y hemos usado todos los esfuerzos para disociar nuestras actividades investigadoras de la actividad de la policía o de la patrulla para prevención de vicio, a menos que en los casos raros donde todas las otras medidas han fracasado. *La tercera área en que hemos hecho progreso demostrable es la de cooperación entre las agencias.* Por los años hemos tratado de incluir todas las agencias responsables, públicas o particulares, en el programa total del control de las enfermedades venéreas. Entre estas agencias, las relaciones de trabajo se han fomentado despacio y en la base de experiencia práctica. Formas de información y procedimientos para avalúo han sido uniformadas y refinadas. Los objetivos han sido precisos y las responsabilidades delineadas. El equipo para el control de las enfermedades venéreas en los Estados Unidos hoy incluye los militares, el servicio de Salud Pública, los departamentos de salud locales y del estado, médicos particulares, grupos cívicos, sociedades médicas y otros grupos profesionales, y la industria. Es verdad que el equipo no siempre funciona llanamente, y *que tiene su cuota de fricción administrativa.* Pero cuando los problemas aparecen, se sujetan a discusión en conferencias como esta, donde ideas pueden intercambiarse y decisiones administrativas pueden formarse. De los años de esfuerzos cooperativos en el control de las enfermedades venéreas en los Estados Unidos, un hecho se presenta claramente: No hay ningún grupo ni ninguna agencia que pueda por sí sola combatir con buen éxito las enfermedades venéreas.

Como la cooperación entre las agencias se a fomentado dentro de los Estados Unidos, así también va fomentándose entre nuestro país y sus vecinos. Por ejemplo, la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de la Salubridad ahora por un decenio se ha ocupado en una empresa cooperativa de acuerdo y entendimiento mutuo en asuntos de Salud fronteriza. Además de trabajar con nuestros vecinos en nuestras fronteras inmediatas, *hemos trabajado con la Oficina Sanitaria Panamericana y con la Organización Mundial de la Salud,* en un esfuerzo solidario para mejorar no solamente la situación de enfermedades venéreas, sino también la salud general de nuestros vecinos y del mundo. Sin duda, a medida que las facilidades de transportación se mejoran y la salida de nacionales de un país en otro se aumenta, el prestigio y la utilidad de estas organizaciones se amplificarán.

En el control de las enfermedades venéreas, como en otras empresas, la actividad debe medirse contra los resultados. La actividad que yo he descrito ha producido hasta ahora ganancias importantes. La morbilidad de Sífilis primaria y secundaria se ha bajado bruscamente y continuamente después del año fiscal de 1947 (mil novecientos cuarenta y siete). Por aquel año la incidencia mínima de Sífilis entre los paisanos de los Estados Unidos se estimó en 214.000 (doscientos catorce mil) casos. En el año fiscal pasado se estimó en 71.000 (setenta y un mil casos.) Hay también una tendencia notable hacia abajo en las cifras de la morbilidad de Sífilis precoz y latente (de 76.4 por 100,000 de población en 1947 a 34.2 en 1951) de setenta y seis y cuatro décimos por cien mil habitantes en el año mil novecientos cuarenta y siete a setenta y un décimo en el año mil novecientos cuarenta y siete a sesenta y un décimo en el año mil novecientos cincuenta y uno). Los muertos y la locura debidos a Sífilis se han disminuído en más de la mitad por el decenio pasado. Las muertes de niños ocasionados por la Sífilis se calculan en menos de 15% (quince por ciento) de la cifra que existió hace diez años.

Tengo que subrayar otra vez que el progreso reflejado en estos datos viene de las actividades coordinadas de varias agencias y del uso de todas las técnicas probadas de control. El que mantiene esta operación y facilita su función tranquila es un sistema altamente perfeccionado de informes de datos. Los informes, como los usamos, son fuentes de información. Los protocolos contienen los datos de los informes, evaluados e interpretados en función de necesidades administrativas y operacionales. De estos datos proyectamos nuestro programa y avaluamos su utilidad. Un flujo constante de información de todas las partes del país permite un análisis de mes en mes de las actividades y un repaso periódico del programa de control.

Aunque los más entusiastas apoyan el relajar de las actividades de control, yo no preveo ninguna terminación, ni mitigación de los esfuerzos de control de las enfermedades venéreas menos que la extinción de los organismos de las enfermedades. El problema del control de las enfermedades venéreas es único en su género. Por lo general, la estructura del control de las enfermedades comunicables se apoya en una plataforma de cuatro operaciones básicas por lo menos:

1. La inmunización de la población;
2. El aislamiento del Huésped;
3. La eliminación del organismo.

En el control de las enfermedades venéreas, no tenemos ningún agente para inmunizar la población. Si lo hubiera, su uso sería sospechoso y su aplicación costosa.

No podemos aislar al huésped, porque no podemos hallarlo. Nuestros procedimientos de diagnóstico no son infalibles, y nuestros métodos de descubrir los casos son efectivos solamente en un 50% (cincuenta por ciento) de los casos.

No podemos eliminar al huésped intermedio, porque no existe. Podemos destruir el organismo, si lo descubrimos. Pero lo descubrimos solamente después que se ha anunciado su presencia en el huésped. Este anuncio puede ser tenido en cuenta o no, si se hace observar. Muy a menudo no es observado.

De este modo nuestro esfuerzo total de control en los Estados Unidos y tal vez en todas las partes del mundo se equilibra precariamente en no más de uno de los cuatro elementos de la fundación clásica del control de las enfermedades comunicables. Con la sola excepción de tratamiento cuando el caso se halla, las ventajas en esta lucha se ponen con la espiroqueta y el gonococo.

A despecho de esta amenaza constante, sin embargo, estoy cierto de buen éxito continuo; y deseo asegurarles que en las áreas donde los intereses de las repúblicas americanas se unen y donde actividad asociada debe aumentarse en el futuro, trataremos de proveer nuestra parte de ayuda en la solución de nuestros problemas mutuos.

C O M E N T A R I O :

Doctor Romero: El problema educativo que apunta el Doctor Bauer, solamente está en eso; está en el sistema de conferencias y en la educación propia del enfermo, de manera que los tres pilares que él apunta para combatir las enfermedades venéreas desde el punto de vista social, o en la parte social de la Campaña Antivenérea, deben tomarse siempre en cuenta tratando de llegar a las personas directamente no sólo para exponer lo que es la Sífilis en realidad, sino para tratar de destruir una cantidad de prejuicios que es lo que más perjudica la Campaña. En realidad, las conferencias a las personas directamente, son más útiles que las ediciones por radio y muchas veces que los artículos por la prensa. Por otra parte, el Servicio Social debe tener un Departamento de Educación para los enfermos. Si se trata y cura un enfermo, éste no va a ayudar en nada a la Campaña Educativa. Pero si además de hacerles el trata-

miento que les cura, se les explica personal y directamente lo que pudiera haberles ocurrido sin el tratamiento, entonces son como esos enfermos que le contaron al amigo la necesidad de llegar al Dispensario, y nos servirán como medios de propaganda después del tratamiento. En ese Servicio Social debe tomarse muy en cuenta que la investigación de los focos por los investigadores sociales debe ser la base, la parte más importante para encontrarlos.

Por otra parte, la coordinación de los trabajos de las distintas Instituciones u Organismos que se dedican a cualquiera otra Campaña Médico-Social, también tiene una enorme importancia. En Costa Rica nos hemos visto en este Congreso muy satisfechos por haber tenido la colaboración del Doctor Terán, con su servicio en la Maternidad y con la presencia del Dr. Salazar Esquivel que viene de parte del Seguro Social y que ha asistido a todas estas reuniones y a las del Seminario, porque él, como Médico del Servicio de Venereología del Seguro, será un colaborador de la Campaña Antivenérea en la República. Así todas las demás campañas Médico-Sociales que van a estar en contacto con enfermos, podrían colaborar con nosotros. Por ejemplo, cuando se hace un tratamiento: cuando se reúne a muchas personas para tomarles, digamos, una radiografía del tórax, perfectamente se puede aprovechar el momento para tomarles una prueba de sangre, y en esa forma ir coordinando todas las Campañas y haciendo más eficaz la labor de la Lucha Antivenérea. De manera que, cuando el Dr. Bauer hace hincapié en la coordinación de todas las instituciones que se dedican a las Campañas Médico-Sociales, está indicando un medio eficaz para controlar las enfermedades venéreas.

CUARTA SESION PLENARIA ORDINARIA

Sábado 14 - De 8 a. m. a 12 m.

Presidente: Dr. Arturo Tapia, de Panamá.

Secreario: Dr. Arturo Romero, de Costa Rica.

EL USO DE LA SOLUCION MAFARSIDE-ORVUS PARA
LA PREVENCION DE LA GONORREA EN LA MUJER

*Doctor Juan M. Funes,
Jefe de la Sección de Venereología*

*Srita. Casta Luz Aguilar,
Laboratorista de Sanidad Pública (Guatemala)*

En la presente exposición se dan a conocer los detalles de un estudio sobre profilaxis antivenérea en prostitutas, mediante el uso de una solución de mafarside-orvus.

La prevención de la infección venérea en la mujer, consecutivamente al contacto sexual con un varón enfermo, nunca ha sido objeto de la misma atención que aquélla concedida al hombre. La explicación de este hecho, reside en la mayor facilidad práctica de tratar profilácticamente al varón, con preparados adecuados.

Sin embargo, se han publicado algunos trabajos que hacen referencia al aspecto que nos ocupa. Sonnenberg (1) informó acerca del uso del bismuto para la prevención de la Sífilis en un grupo de prostitutas, habiéndole encontrado efectivo. Levaditi (2) menciona hallazgos similares entre campesinos de Indo-China. Estos trabajos fueron sometidos a revisión, tanto por Moore (3), como por Hanzlik (4). En términos generales, se ha admitido que, aunque no toda la experiencia ha demostrado el papel del bismuto como agente profiláctico, el trabajo bien documentado de Sonnenberg parece dar prueba inequívoca de la efectividad del bismuto parentérico en el hombre; a la vez, el trabajo de Hanzlik (4) en la Sífilis experimental, señala el valor del bismuto usado por vía oral en el conejo. Se estima, no obstante, que un método que requiere la inyección de bismuto o aún la administración oral prolongada del mismo, tiene limitaciones que circunscriben su uso.

Se ha recomendado para la mujer, el uso de la solución argéntica y del unguento mercurial, utilizados para la profilaxis de la gonorrea y la Sífilis en el hombre. Esta técnica es de utilidad limitada, según lo han hecho ver Vonderlehr y Heller (5) y Stokes (6).

En los Estados Unidos el principal problema con la mujer ha consistido, no tanto en lo que concierne a profilaxia, cuanto en lo que respecta al hallazgo de aquellas infectadas para ser sometidas a tratamiento. En varios países donde la prostitución está reglamentada y bajo un sistema de inspección médica, se ha prestado atención no sólo al hallazgo y tratamiento de la mujer infectada, sino a la prevención del contagio de los males venéreos a, o por, la prostituta, mediante el uso de condom por el hombre. Se comprende que la eficacia del sistema reglamentarista adolece de serios defectos, ya que existe un período latente de incubación entre el momento en que se adquirió la infección y aquél en que hacen su aparición la manifestaciones clínicas, durante cuyo lapso ni aún el examen médico más acucioso permite establecer un diagnóstico y sin embargo, la mujer puede transmitir o recibir una infección. Ya que no se puede confiar en el condom para proteger a la prostituta, debido a la renuencia del hombre para usarlo, es evidente que la protección de la mujer debe perseguir como objetivo, si es posible, la prevención del establecimiento de la enfermedad en ella.

Un observador familiarizado con la mentalidad de la prostituta



El Dr. J. Funes, Delegado de Guatemala, en la lectura de su ponencia.

corriente y con las condiciones bajo las cuales vive y ejerce su tráfico, se da cuenta que cualquier método de profilaxis para ser efectivo debe ser de uso extremadamente fácil, de manera que pueda ser auto-administrado bajo las condiciones sanitarias más primitivas. Si el método ofrece, además, cualquier ventaja cosmética o estética, es más probable que sea aceptado y usado con algún grado de regularidad y cuidado.

El profiláctico orvus- mafarside, preparado por Arnold y Mahoney (7), posee ciertas características que sugieren que podría ser usado ventajosamente por la mujer. El compuesto de Mahoney y Arnold consiste en una solución acuosa de mafarside y orvus y se aconseja su uso, por el hombre, en forma de lavado de los genitales y partes circundantes, consecutivamente al contacto.

Se encontró que la solución que ofrecía mayor grado de protección en conejos sifilíticos, consistía en 0.2% de mafarside y 1.0% de sulfito de alquilo-aril. La técnica para el estudio fué la aplicación de una suspensión de emulsión testicular de *T. pallidum*, durante 1 o 2 horas, sobre la membrana mucosa intacta del pene del conejo. Se procedió conforme al siguiente procedimiento:

"Se sujetó firmemente a conejos machos normales, de genitales bien desarrollados, sobre soportes adecuados. Los genitales se limpiaron con torundas de algodón embebidas en solución salina normal. Se empaparon pequeños trozos de algodón absorbente con la suspensión de espiroquetas, que luego se insertaron en el saco prepucial, a lo largo del pene. Se mantuvo ocluido el orificio del prepucio por medio de una pinza hemostática. Los trozos de algodón fueron humedecidos nuevamente cada 15 minutos, depositando una gota de la suspensión en la bolsa prepucial. La exposición al contacto se continuó de una a dos horas. Después de remoción del algodón, se buscó evidencia macroscópica de traumatismo de las membranas, y de ser hallada, se eliminó al animal del experimento.

Los cinco animales de control, por cada experimento, fueron devueltos a sus respectivas jaulas sin tratamiento, y todos desarrollaron lesiones sifilíticas, positivas al fondo-oscuro. A los restantes animales expuestos, se les practicó tratamiento profiláctico con aplicación local del medicamento en estudio. El prepucio fué retraído; los genitales y el área circundante, que pudieron haber sido contaminadas fueron cuidadosamente remojadas con la solución profiláctica y sometidas a masaje durante un minuto. En el proceso, el pene fué sumergido en un frasco de Erlenmeyer (25 cc) que contenía la solución. A favor de presión de la abertura del frasco en contra del cuerpo, se produjo una erección

temporal, de manera que la solución alcanzara toda la superficie." (7).

Los estudios llevados a cabo en animales de experimentación han demostrado la efectividad de la preparación de orvus-mafarside en la prevención de la Sífilis. La solución debe usarse de preferencia dentro de las 12 horas a partir de su composición. Pues aunque se oscurece rápidamente, no se manifiesta pérdida de efectividad notable dentro de las primeras 12 horas. La pérdida completa de potencia requiere, por lo menos 2 semanas. Se comprobó evidencia de laboratorio de su efectividad in-vitro en contra del gonococo (8). La fórmula ha sido extensamente ensayada en mujeres, usándola como ducha en el tratamiento de las infestaciones por *Trichomonas* vaginales (9). En el tratamiento de este tipo de vaginitis se usó la solución en cantidad de 500 cc., con una composición de 1% de orvus y 0.1% de mafarside, como ducha de asco, dos veces al día y durante una semana. Al mismo tiempo se practicó lavado cuidadoso, con la solución, de los genitales externos y las regiones perineales y púbicas. En cerca de 100 pacientes tratados así, por lo menos la mitad manifestó evidencia clínica y microscópica de mejoría.

El efecto más notable, consistió en la propiedad de la solución para disolver las secreciones mucoides y para limpiar el tracto genital y la mucosa vaginal, dejándoles completamente libres de secreción. Al mismo tiempo, la preparación obra como un buen desodorante de los genitales. La experiencia de Edwards (10) haciendo uso de la preparación para tratar éste y otros tipos de vaginitis, demostró la misma capacidad para disminuir el mucus, para asear y actuar como desodorante. Con estos estudios, se reveló la falta de toxicidad para la ausencia de manifestaciones locales de sensibilidad tisural. Los únicos inconvenientes encontrados, fueron la coloración parduzca que adquieren las toallas y otras clases de tejidos cuando entran en contacto con la solución, y que la mujer algunas veces nota sequedad genital excesiva.

Las propiedades comentadas anteriormente, sugirieron que la fórmula podría ser de valor como profiláctico para la mujer, a continuación de exponerse al contagio. La prostituta corriente debe hacer algún esfuerzo para asear por lo menos sus genitales externos, consecutivamente a cada contacto; y muchas prefieren seguir a cada contacto con una ducha vaginal. Los oficiales de control de las enfermedades venéreas, en varias partes del mundo, han notado que los cuartos habitados por las prostitutas siempre cuentan, a falta de agua corriente, con un depósito y un recipiente de agua, suficientes para propósitos de limpieza. Se consideró por consiguiente, que la fórmula de la cual nos ocupamos, que tiene

apariencias de jabón y actúa como detergente y desodorante eficaz, y cuyo uso permite las maniobras de lavado acostumbradas, sería aceptada sin vacilación. De la única manera que el uso de un método de auto-profilaxis puede posiblemente ser asegurado es poniendo al alcance de la prostituta un agente de limpieza, que incidentalmente, es terapéuticamente efectivo.

En 1948, fué posible efectuar un estudio cuidadosamente controlado en la ciudad de Guatemala, sobre un grupo de prostitutas bajo supervisión legal. El prostíbulo seleccionado para el estudio, está dirigido por una persona inteligente y cooperadora y en él había seis prostitutas registradas, que habían sido observadas médicamente por el autor, previamente durante largo tiempo. Con fundamento en la exactitud de su asistencia a la Clínica, para sus exámenes regulares, se dedujo que cooperarían con la mejor voluntad para los fines del experimento. A cada una de ellas se le proveyó con una pera para ducha vaginal, así como del equipo necesario para preparar la solución. Se proporcionó el profiláctico en frascos pequeños con tapón de caucho, con la mezcla orvus-mafarside en forma de polvo.

El contenido de cada frasquito se agregó a 500 cc. de agua, formando una solución de 0.02% de mafarside y 0.2 de orvus. La solución se preparó cada vez, inmediatamente antes de su uso; y se instruyó a la mujer para que usara 500 cc., como ducha vaginal consecutivamente a cada contacto, y para que usara la misma solución para lavar los genitales externos y partes vecinas, frotando de manera que se formara espuma. La solución usada en esta forma es mucho más diluída que la empleada para el tratamiento de la *Tricomona*s (9) y que aquélla reconocida como efectiva en la prevención de la Sífilis experimental (7).

Anteriormente se habían observado casos de dermatitis localizada aparentemente debidas al contacto de la solución (9), y este estudio sobre su uso profiláctico necesitaba de múltiples aplicaciones diarias, durante un período de tiempo indeterminado. Por lo tanto, se consideró que una solución diluída disminuiría las probabilidades de reacciones indeseables de la piel y las mucosas.

Las seis voluntarias usaron la fórmula cuidadosa y regularmente durante el lapso comprendido del 15 de junio al 15 de diciembre de 1948. Aunque no se practicaron observaciones exactas, cada una de las mujeres tuvo por lo menos tres contactos sexuales por día, siete días a la semana, y con frecuencia hubo algunos más. Las mujeres fueron examinadas cuidadosamente dos veces por semana tomándose frotis del cervix y practicándose un cultivo de la secreción cervical una vez por

semana. Se extremaron las precauciones para obtener las muestras de los más profundos del conducto cervical, antes de cualquier ducha matutina, con objeto de minimizar el efecto de la preparación sobre el cultivo del gonococo.

Las seis sujetos del estudio se mostraron satisfechas acerca de la preparación, sobre todo como agente de aseo íntimo y desodorante. El único inconveniente ocasional, consistió en una sensación de sequedad excesiva de los genitales y la acción del preparado sobre la ropa, que se tiñe ligeramente.

Se tuvo a la vista el registro de admisión al Hospital por un período de seis meses previos a la iniciación del estudio. En este grupo se observaron 11 admisiones para tratamiento por gonorrea. En todos los casos el diagnóstico se basó sobre exámenes al microscopio, ya que no se contaba entonces con facilidades de cultivo.

Los diagnósticos fueron establecidos por técnicas de Laboratorio experimentadas y, por lo tanto, la prueba de la infección se consideró aceptable. En hecho, los estudios comparativos de los resultados del laboratorio por frotis y cultivo (11) sugieren que con el último recurso se hubiese descubierto mayor número de infecciones.

En contraste con las 11 admisiones para tratamiento de gonorrea durante los seis meses previos al uso de este procedimiento profiláctico, solamente se presentó un caso de blenorragia, demostrado por cultivo, durante los seis meses que duró el experimento.

En lo que respecta a registros de admisión por Sífilis no existe evidencia de que dicha enfermedad se haya desarrollado, entre las integrantes del grupo durante el período de ensayo del profiláctico, aunque dos de las mujeres habían sido previamente infectadas y tratadas.

Es evidente pues, que el uso de la ducha de orvus-mafarside a continuación del contacto, resultó en un descenso de la incidencia de gonorrea en el grupo de seis prostitutas que lo usaron por un lapso de seis meses. El método recibió buena aceptación de parte de las personas interesadas, de manera que parece poner al alcance un medio profiláctico simple y efectivo, para la prevención de la gonorrea en la mujer.

S U M A R I O :

Se ha descrito el resultado de un estudio para determinar la efectividad de un profiláctico en contra del contagio por gonorrea en la mujer.

R E F E R E N C I A S :

- 1.—Sonnenberg, E.: Die anwendung des wismuts als prophylactische konzeption enganzende expreimente, Dermant. Wchnschr. 92:655, 1931; Neuf ans de traitment preventif bismutique de la syphilis; Bull. Acad.—de Med., Paris, 114; 374, 1935.
- 2.—Levaditi, B.: Bismuth prevention in syphilis. Bull. Soc. Path. Exct., 30:849, 1937.
- 3.—Moore, J. E.: The Modern Treatment of syphilis. C. C. Thomas, Springfield, 1943. Pp. 566.
- 4.—Hanzlik, P. J.; Lehman, A. S.; Van Winkle, W., Jr.: Protective value of bismuth in syphilis. Am. J. Syph., Gonor. and Ven. Dis., 24:468. 1940.
- 5.—Vonderlehr, R. A.; Heller, J. R. Jr.: The control of venereal disease. Reynal and Hitchcock, N. Y. 1946, P. 173.
- 6.—Stokes, J. H.; Beerman, H.; Ingraham, N. R., Jr.: Modern-clinical syphilology. W. B. Saunders, N. Y. and London, 1944, Pl. 1226.
- 7.—Arnold, R. C.; Mahoney, J. F.: Local prophylaxis in experimental syphilis of the rabbit. J. Ven. Dis Inform., 29: No. 5, P. 138. Mayo 1948.
- 8.—Thayer, James D.: Observaciones inéditas.
- 9.—Arnold, R. C.; Cutler, J. C. Nimmelman, A.; Thayer, J. D., Observaciones inéditas.
- 10.—Edwards Waldo B.: Observaciones sin publicar.
- 11.—Van Slyke, C. J.: Thayer, J. D.; Mahoney J. F.; Comparison of media and laboratory results in gonococcus cultures. Am. J. Syph. Gonor. and Ven. Dis., 26: 55. 1942.

Guatemala, Enero 24 de 1952.

C O M E N T A R I O S :

Doctor Peralta: Me gustaría conocer, después de manifestar que es interesante el estudio hecho por el Doctor Funes, el costo aproximado de cada aplicación.

Doctor Zeledón: Yo quisiera saber en qué forma controló el Dr. Funes el éxito profiláctico en los contactos, no ya del individuo que se aplicaba sino en los que pudo haber producido, porque de lo contrario él tiene datos de la persona a quien se aplicaba la medida profiláctica, pero sería interesante ver el éxito que tuvo en el contacto masculino.

Doctor Funes: En lo que respecta a la pregunta del Dr. Peralta, lamento no poder darle un dato concreto, pues ese material fué enviado por el servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para experimentación, en calidad de obsequio. Respecto al resultado que pudo haber tenido la medida en la incidencia de contactos en el hombre, nos fué imposible controlarlo. Nosotros tomamos a las muchachas esas y, como indiqué después de examinarlas se les hizo la aplicación. Ellas asistían a la Clínica dos veces a la semana para frotis y una vez a la semana para cultivos. Así que, en seis meses, hubo un solo caso de gonorrea comprobada.

— : : —

ESTUDIO DE CIEN HISTORIAS SOCIALES DE PROSTITUCION

*Dr. Joaquín Zeledón A.,
Médico Director del Departamento de Lucha Antivenérea
de Costa Rica.*

Para determinar e investigar las causas ocasionales que intervienen y predominan en menor o mayor grado en la etiología de la Prostitución en Costa Rica, se hizo el presente estudio de Cien Historias Sociales.

Se escogió un grupo de promiscuas: reconocidas negociantes del sexo unas, encubiertas otras, recogidas algunas por la Guardia Civil con motivo de delitos comunes y reclusas otras en la Cárcel de Mujeres del "BUEN PASTOR", por toda clase de faltas.

El interrogatorio fué ejecutado hábilmente por trabajadoras sociales, tratando de ajustarse en lo posible a la veracidad de los hechos e informes y verificando en algunos casos la exactitud de las respuestas.

ESTOS FUERON ALGUNOS DE LOS DATOS OBTENIDOS:

GRADO DE INSTRUCCION

No saben leer ni escribir	32
Estuvieron en Primer Grado de Primaria	8
Estuvieron en Segundo Grado de Primaria	17
Estuvieron en Tercer Grado de Primaria	18
Estuvieron en Cuarto Grado de Primaria	14
Estuvieron en Quinto Grado de Primaria	6
Estuvieron en Sexto Grado de Primaria	7
Estuvieron en Primer Año de Secundaria	1
Estuvieron en Segundo Año de Secundaria	3

OFICIOS QUE HAN DESEMPEÑADO:

Bordadoras	4
Costureras	1
Operarias de Fábricas	6
Empleadas de Comercio	4
Saloneras de Hospitales	3
Camareras	1
Sin profesión ú oficio determinados — (Of. domésticos, Sírvientas, etc.)	81

ESTADO CIVIL:

Casadas: 12 Solteras: 87 Viudas: 1

No tienen hijos	60
Tienen 1 hijo	26
Tienen 2 hijos	11
Tienen 3 hijos	2
Tienen 1 hijo (adoptivo)	1

DISTRIBUCION POR EDADES:

De 12 años.....	1	De 18 años.....	15	De 24 años.....	5
De 13 años.....	1	De 19 años.....	13	De 25 años.....	1
De 14 años.....	1	De 20 años.....	12	De 26 años.....	3
De 15 años.....	1	De 21 años.....	20	De 28 años.....	3
De 16 años.....	2	De 22 años.....	8	De 30 años.....	1
De 17 años.....	4	De 23 años.....	8	De 31 años.....	1

EDAD DEL PRIMER COITO:

De 4 años.....	1	De 13 años.....	4	De 18 años.....	7
De 8 años.....	1	De 14 años.....	13	De 19 años.....	4
De 9 años.....	1	De 15 años.....	9	De 20 años.....	2
De 10 años.....	1	De 16 años.....	13	Sin datos.....	31
De 12 años.....	3	De 17 años.....	10		

ENFERMEDADES QUE PADECEN:

Sífilis: 38 Blenorragia: 3 Lepra: 1

POSIBLES CAUSAS QUE LAS LLEVARON A LA PROSTITUCION:

Muerte del padre	17
Muerte de la madre	20
Muerte del esposo	1
Hogar abandonado por el padre	23
Hogar abandonado por la madre	4
Hogar abandonado por el esposo	9
Abandonaron ellas el hogar	2
Deficiencia mental	57
Son hijas fuera de matrimonio	45

INSTRUCCION DE LOS PADRES:

Saben leer y escribir	33
Recibieron instrucción primaria	6
No recibieron instrucción ninguna	9
Sin datos	52

INSTRUCCION DE LAS MADRES:

Saben leer y escribir	30
Recibieron instrucción primaria	14
No recibieron instrucción	24
Sin datos	32

SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

Buena	27
Mala	73

VICIOS DE LOS PADRES:

Alcohólicos	22
Invertido sexual	1

ENFERMEDADES DE LOS
PADRES:

Corazón	4
Tuberculosis	1
Reumatismo	7
Paludismo	3
Hígado	2
Pulmonía	1
SIFILIS	—
Cáncer	—
Sin datos	81

ENFERMEDAD DE LAS
MADRES:

Corazón	7
Tuberculosis	2
Reumatismo	6
Paludismo	2
Hígado	7
Pulmonía	1
SIFILIS	2
Cáncer	3
Sin datos	70

COMENTARIOS :

La mayor parte de las cifras apuntadas no hacen sino confirmar estudios publicados en otros países y universalmente aceptados. Por ejemplo: el 32% de analfabetismo.

Si se tiene en cuenta que en Costa Rica fué decretada la instrucción

Primaria obligatoria desde el año 1869. (Período presidencial de don Jesús Jiménez), pareciera a primera vista no haber concordancia con ese alto porcentaje de incultura. No obstante, eso mismo es lo que se encuentra en muchos países. El fenómeno puede explicarse si se tiene en cuenta que a la base de la promiscuidad sexual comercializada, hay una deficiencia mental que, en nuestro grupo, alcanza un 32%. Es pues, a nuestro juicio, el atraso mental el que proporciona un terreno favorable al analfabetismo. Al respecto compartimos las ideas del Dr. Lara Pardo, (Gaceta Médica de México— 1, marzo 1949, pág. 161) cuando dice: "LA PROSTITUCION EN TODOS LOS PAISES, EN TODOS LOS CLIMAS, TIENE POR CAUSA PRINCIPAL LA *INFERIORIDAD PSICOLOGICA*. Requisito indispensable para que aquella se produzca."

Recalcamos que el 81% de nuestro grupo fué reclutado dentro del gremio de personas que se dedican a ocupaciones domésticas; es decir, que prácticamente no tienen profesión u oficio definido. Esto viene a confirmar que en el grupo examinado confrontamos aquí el mismo problema observado en México en lo que a la etiología ocasional se refiere. (Dr. Juan L. Soto, Gaceta de México— 1. III—49. 160).

Aunque en nuestra estadística las informaciones colectadas denotan una mala situación económica familiar en un 73%, nos adherimos a lo expresado por el Venereólogo mexicano cuando dice: "NUESTRA DOMESTICA EN GENERAL PROCEDE DE LA CLASE CAMPE-SINA, DE POCOS RECURSOS Y DE POCAS NECESIDADES TAMBIEN; LA DOMESTICA A MAS DE SALARIO, CUENTA CON UN DOMICILIO FIJO Y ALIMENTACION SEGURA, LO QUE LA PONE A CUBIERTO DE MODO PERMANENTE EN CUANTO A LAS NECESIDADES INGENTES DE LA VIDA. NO PUEDE PUES, ATRIBUIRSE A LA MISERIA EL INGRESO A LA PROSTITUCION DE ESTAS MUJERES". En Costa Rica sucede el mismo fenómeno y conceptuamos que los factores de orden económico, a los cuales se ha dado tanta importancia en París y otras grandes ciudades donde la miseria tiene su asiento, están relegados a segunda línea, ya que la demanda para servidoras domésticas es grande, y toda mujer que desea trabajar en ello encuentra alojamiento, alimentación y paga, con la mayor facilidad.

El analfabetismo de los padres que es de 37% corre parejo con el de sus hijas. Aquí también el alcoholismo, dando un 22% corrobora las estadísticas internacionales.

En lo referente a los datos expuestos sobre Estado Civil, edades,

abandono de los padres, enfermedades, etc., no nos atrevemos a comentar, siendo este un grupo tan reducido de Historias Sociales.

S U M A R I O :

- I. Mediante encuestas de Trabajadoras Sociales, se han estudiado Cien Historias de Prostitución.
- II. El analfabetismo figura en un 32% y el de sus padres en un 37%.
- III. El estado de inferioridad psíquica alcanzó un 33% con embotamiento manifiesto de las facultades mentales y, en algunas, pérdida completa del sentido moral.
- IV. El 81% fueron empleadas del servicio doméstico, pero sin especialización alguna.
- V. El 60% está comprendido entre edades de 18 a 21 años.
- VI. Los factores económicos, como causa determinante ocasional de prostitución, tienen un valor secundario.
- VII. Se sugiere actuar sobre la capacitación cultural y el afianzamiento de los principios que consolidan el sentido moral de las empleadas en menesteres domésticos, como urgente medida para restringir la prostitución en Costa Rica.

— : : —

C O M E N T A R I O S :

Doctor Peralta: Realmente que un estudio de la clase del presentado por el Doctor Zeledón, es sumamente difícil de hacer. Personalmente lo quise intentar una vez, y prácticamente no pude desarrollarlo; la cuestión del interrogatorio; la cuestión de la cooperación de las personas es algo bastante difícil de conseguir, y si no se tiene la paciencia y el tiempo necesarios, la cosa no camina. Quizá si tabulásemos nosotros los datos del Doctor Zeledón en una forma correlativa, es muy posible que no llegásemos a una conclusión categórica; pero esto precisamente viene a afirmar el viejo criterio de que los factores condicionantes de la prostitu-

ción o conducta sexual desviada tanto en el hombre como en la mujer, obedece a causas múltiples y complejas que realmente nunca han podido ser determinadas. El caso del alcoholismo, por ejemplo: en el mundo todos tenemos problemas, situaciones de tal o cual carácter que afrontar. Algunos se refugian en el alcohol para, posiblemente, tratar de dar escape a la tensión; entonces, quizá por falta de apetito condicionado por una preocupación, esa tarde tomaron unos tragos antes de comer; la euforia del alcohol los alivió bastante y entonces vienen después a repetir la experiencia que es agradable, hasta crearse un hábito. El hábito aun cuando se suprima la causa que ayudó a formarlo, persistió.

Lo mismo en la prostitución: es muy compleja la cosa. Yo le iba a preguntar al Doctor Zeledón precisamente lo que él mismo dijo. Hacían falta pues estudios detenidos, minuciosos, practicados por el Psiquiatra, de la situación mental de estas mujeres. ¿Qué sabemos nosotros del maltrato en el hogar de estas infelices? El maltrato en el hogar, como cualquier otro maltrato, llega a formar un resentimiento que puede expresarse en una delincuencia de este tipo en determinado grupo de mujeres. Yo creo que hay abandonadas a montones en el mundo, y no todas se prostituyen; quizá son las menos. Hay también a montones las que pierden el cónyuge, y no todas se prostituyen. Es decir, para la constitución de la prostitución existe un factor personal no condicionado con lo que estimo como factor de la personalidad. Yo estimo la conducta de los hombres en término de la personalidad; es decir, lo que somos capaces de sentir, pensar y obrar, de acuerdo con las experiencias que hemos vivido. Y es precisamente ahí donde tenemos que llegar nosotros después de estudios, que realmente concuerdan con casi todos los que he leído al respecto. Yo felicito al Doctor Zeledón porque sé lo que es de laborioso ésto y de lo que consume en tiempo. Quizá sería interesante complementar su trabajo con el estudio psiquiátrico de esos cien casos.

Doctor Tapia: Yo quería hacer un comentario. En Panamá se hizo un trabajo similar al del Doctor Zeledón y llegamos a conclusiones muy similares también a las de él. Se investigó quizá más en detalle el aspecto familiar y social de la prostituta, llegándose a estas conclusiones: la mayoría eran de origen campesino y venían de hogares en los cuales, en un alto porcentaje, el padre había hecho abandono del mismo. En la mayoría también, había historias de alcoholismo especialmente en el padre. Un dato que parece no concordar con el Doctor Zeledón era que estas mujeres habían sido iniciadas en la vida sexual en un promedio de los

14 años, en un porcentaje más alto del que se presenta aquí. Otro punto investigado fué el aspecto religioso: casi todas ellas eran católicas, pero de nombre, pues casi ninguna cumplía bien con la religión.

En Panamá, la mayoría de las prostitutas investigadas deseaban dejar la vida ésta; pero no la dejaban por no tener otra cosa a qué dedicarse. En el aspecto económico, se llegó a la conclusión de que casi ninguna tenía ahorros. Eso prueba que no era ningún negocio para ellas el ejercicio de la prostitución y corrobora lo que tantas veces se ha dicho, de que el negocio es para los lenones, para los que explotan a las mujeres, pero nó para ellas. Posteriormente hemos hecho un estudio sobre las influencias que determinan el acto mismo de la prostitución en la mujer. Ellas empiezan por una promiscuidad y luego llegan al comercio carnal ya como actividad principal. Pareciera por el estudio que se ha hecho, que hay tendencias que van empujando a estas mujeres hacia la prostitución. Es decir, una actividad escondida de un grupo de individuos para prostituir estas mujeres y sacarles luego beneficio explotándolas.

Doctor Romero: Unicamente para decirles a quienes llevan copia de este trabajo del Doctor Zeledón, que corrijan ahí un dato. Donde dice deficiencia mental 57, poner 33. Por otra parte quisiera que el Doctor Zeledón nos explicara algo sobre ese dato que nos aporta de edad del primer coito a los cuatro años. Respecto al caso de lepra que se presenta, es muy curioso. La paciente presentaba una reacción serológica muy positiva y, por supuesto, con lesiones dermatológicas que podrían recordar la Sífilis, y se trató como tal. En ese tiempo se trataba con arsénico y bismuto. La enferma llegó a ponerse su inyección de bismuto llevando un calzón que no le ajustaba bien y tenía que sujetarlo con una gasilla. Por supuesto, se bajó el calzón para que le aplicaran la inyección, y cuando se lo puso nuevamente se cogió la piel con la gasilla. Se fué a su casa y en la noche, cuando se desvestía, se dió cuenta que la gasilla había cogido el calzón y la piel. Con ese motivo consultó de nuevo al Doctor Zeledón, quien me la envió al Dispensario.

Doctor Tapia: Yo también quisiera solicitar al Doctor Zeledón que nos explicara un poquito más eso de "deficiencia mental", pues me parece un poco vago el término.

Doctor Zeledón: Agradezco al Doctor Peralta sus conceptos por este modesto trabajo que no es puramente mío, sino más bien el fruto de mis colaboradores. Yo en realidad no he hecho más que orientarlo.

El Doctor Romero tiene también buena parte, pues las primeras Historias fueron hechas por idea de él. En lo que se refiere al estado de inferioridad mental, está universalmente admitido. Ese es el juicio de la mayoría de los sociólogos. La causa esencial de prostitución. Es el individuo, hombre o mujer, que ha llegado a negociar con el sexo para ganarse la vida, por cuanto no es apto para hacerlo en otra forma; por cuanto no tiene suficiente discernimiento. Advertí que ese porcentaje se hizo un poco a la ligera: que no teníamos el Psiquiatra. Al hacer el estudio de las Historias Clínicas, he querido pues, darme cuenta de las principales facultades mentales de la interrogada; qué memoria tenía. Por ejemplo: una muchachita que no sabe cuál es el nombre de su padre o de su madre, tiene que tener indudablemente atraso mental. Una muchachita en la cual se anota una deficiencia grande del poder volitivo, en la ideación, en la percepción, que sólo pueden verse a través de las ideas, cabe clasificarla en esa categoría. Pero esa clasificación como antes dije, ha sido hecha por un empírico podría decirse, porque yo no me dedico a trabajos de investigación Psicológica.

Al doctor Tapia quiero decirle que conozco el trabajo verificado en Panamá y presentado al III Congreso Centroamericano de Venereología en San Salvador, creo que por el Doctor Amador Guevara y el Sr. Guillermo Beleño. Un trabajo bastante bueno, principalmente de comentarios estadísticos; y, por cierto, yo pregunté sobre un dato que me llamó mucho la atención, y que pregunto nuevamente al Doctor Tapia. Primero, no investigaron el estado mental de las promiscuas, que es fundamental. Está bien las otras causas ocasionales estudiadas; éstas pueden cambiar de país, según el medio; pero está admitido hoy día, que el atraso mental es la base de la prostitución. Es una mujer que no puede discernir bien entre lo bueno y lo malo, que tiene pérdida del sentido moral y del poder volitivo, constituye un terreno favorable para que se dediquen a la prostitución. Me refería al dato de que en Panamá se encontró apenas un porcentaje de 9% de analfabetismo. El analfabetismo en Panamá, según parece, es apenas del 6%; en cambio en Costa Rica, que tenemos la instrucción obligatoria desde hace mucho tiempo, no sé si se deba a fracaso de nuestros medios docentes, pero tenemos un analfabetismo de 20%, según el último censo. Yo investigué previamente a la presentación de este trabajo en nuestras oficinas de Censo dos o tres veces, porque me parecía bastante alto, dándoseme la cifra de 20%.

De manera que si tenemos el 32% en comerciantes del sexo, eso es lo corriente en la mayoría de los países. En Panamá parece que bajó

mucho y apenas tienen el 9,2% según ese trabajo presentado al Tercer Congreso de Venereología de El Salvador. Parece que las circunstancias especiales que tiene que afrontar la promiscua en Panamá, la hacen que tenga un nivel cultural superior a la nuestra y a la de los demás países.

En cuanto al dato del primer coito, yo no podría explicar si se trató quizá de casos de violación caídos en este grupo. Esto no podría tomarse como conclusión. En realidad, la mayoría tuvo su primer coito entre los 9 y los 17 años. Estos casos tienen que ser indudablemente excepcionales y por lo tanto no podría explicar el por qué.

Para terminar, sólo quiero decirles que en Costa Rica no tenemos Reglamentación ni Prohibicionismo; tenemos Liberalismo. Nosotros conceptuamos que la prostitución no debe reglamentarse ni auspiciarse por el Estado sino combatirse para restringirla; ni llegamos a la utópica conclusión de que una simple medida legislativa de prohibición, va a extinguir esa enfermedad social que existe desde tiempos prehistóricos.



Reunión durante el Seminario de Venereología.

LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO QUE SE CONFORMAN A LA TERAPIA DE ENFERMOS EXTERNOS (1)

Por John C. Cutler, M. D. (2)

Desde el principio de la era de los arsenicales en la terapia de la Sífilis, el objeto del médico ha sido el de tratar de limitar el período requerido para la terapia, de modo que el tratamiento completo se pueda suministrar a un porcentaje crecientemente grande de los pacientes que empiezan la terapia. No será fuera de sazón de recordar otra vez que en el principio, Ehrlich había creído que fuera posible de tratar con "Therapia magna sterilizans" o de sanar al paciente por medio de una sola inyección. Dentro de un período muy corto, se hacía evidente que el arsénico no se prestaba a este uso. Gradualmente, acumulaban pruebas de la necesidad de tratamiento prolongado. Entonces, después de estudios experimentales y valientes, el método de infusión intravenosa según el Chargin, el Leifer y el Heyman era desarrollado y modificado por programas como el de las inyecciones múltiples según el Eagle y el Hogan.

En aquel tiempo, la penicilina se demostró efectiva, y aunque el tratamiento se pudo comprimir sin peligro entre el período de una semana, se necesitó la hospitalización. Más tarde, determinaron que necesitó un nivel sanguíneo matenido durante 72 (setenta y dos) horas para que la penicilina curara la mayoría de casos de Sífilis. Para hacerlo con la penicilina acuosa, necesitó inyecciones múltiples, y los preparados primitivos de penicilina con acción retardada proporcionaron niveles sanguíneos bastante inconstantes por varios motivos técnicos y fisiológicos. Después de la perfección de la procaína penicilina G en aceite con el monoestereato de aluminio al 2% (dos por ciento), estudios experimentales produjeron evidencia inicial que nos acercábamos al tiempo cuando podemos esperar que la terapia de enfermos externos proporcionará resultados tan buenos como aquellos producidos por las inyecciones múltiples de la penicilina acuosa. Al presente, hemos acumulado varios años de experiencia que prueba que nuestras esperanzas estuvieron justificadas. Podemos divulgar que no sólo la terapia de enfermos exter-

(1) Presentado al IV Congreso Centroamericano de Venereología en San José de Costa Rica, 13-15 de junio de 1952.

(2) Médico principal, División de Enfermedades Venéreas, U. S. Public Health Service.

nos es posible, sino también podemos decir que es tan satisfactoria como el tratamiento institucional, con excepción de los casos de ciertas manifestaciones tardías de la Sífilis en donde sea deseable o sea necesario que el enfermo se sujete a la observación íntima o a la inspección.

En la PAM (penicilina y monostearato de aluminio), tenemos un preparado que ha producido resultados excelentes en las manos de muchos investigadores y que hace posible la terapia satisfactoria de enfermos externos. A pesar de los resultados excelentes obtenidos, hay algunas desventajas, particularmente en el hecho de que el mantenimiento de un nivel sanguíneo satisfactorio durante el período necesario depende del controlar cuidadosamente del tamaño de las partículas cuando la penicilina se fabrica. Casos de variación amplia en los niveles sanguíneos con varios lotes del medicamento se ha notado. No obstante, las indagaciones se continúan, y nuevos preparados se desarrollan y se hacen disponibles para ensayos clínicos. Varios de estos preparados, los que pueden ser superiores, ya se estudian, y las noticias se darán más tarde. Sin embargo, por ahora no podemos dar noticias de ningún medicamento que es superior a la PAM. Por consiguiente, discutiremos solamente el uso de éste.

No hay necesidad de repasar las actividades de la División de Enfermedades Venéreas en el evaluar los varios programas, sino se puede decir que el proceso continúa. Ya es complicado el avalúo por el hecho que nuestro reservorio de Sífilis infecciosa rebaja. Se hace crecientemente difícil obtener números suficientes de pacientes con Sífilis secundaria para el avalúo rápido.

Cuando examinamos los varios programas para enfermos externos, es de significado de comparar los resultados por los períodos de enfermedad. Todos los casos de la Sífilis primaria y secundaria tratados con la penicilina G se pusieron en tabla para decidirse, si lo es posible, la cantidad óptima de la penicilina para estos estudios iniciales. Ninguna distinción se hizo entre los tipos de la penicilina ni entre los programas variables de suministración. Programas suministrados sobre la base del peso corporal se incluyeron en la cantidad de penicilina que aproxima el número medio de unidades por paciente en el grupo. Por ejemplo, el programa de 40.000 (cuarenta mil) unidades por kilogramo, que halló el promedio de 2,370.000 (dos millones trescientas setenta mil) de unidades por paciente, se incluyó con los programas de 2.400.000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades. En el estadio primario seronegativo aún cantidades muy pequeñas de la penicilina se mostraron efectivas. El porcentaje cumulativo de pacientes tratados más que una

vez varió muy ligeramente entre los programas que usan desde 300.000 (trescientas mil) unidades o menos de 18.000.000 (diez y ocho millones) de unidades. La tasa cumulativa de retratamiento para los pacientes controlados por un mínimo de dos años era 9 (nueve) por ciento entre aquellos que recibían 300,000 (trescientas mil) unidades o menos, y 15 (quince) por ciento entre aquellos tratados con 18.000,000 (diez y ocho millones) de unidades. En nuestro avalúo consideramos que más de dos tercios de los pacientes con Sífilis primaria seronegativa que requiere tratamiento adicional habían sido re infectados. No podemos ver relaciones entre los resultados y la cantidad de penicilina suministrada cuando comparamos el otro tercio.

En el estadio primario seropositivo, las tasas cumulativas de tratamiento adicional entre los pacientes observados por un mínimo de dos años eran más de 30 (treinta) por ciento por cantidades de penicilina de 1.200.000 (un millón doscientas mil) de unidades o menos. Entre los pacientes tratados con 2.400.000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades, con 4.800,000 (cuatro millones ochocientas mil) de unidades o con 9.000,000 (nueve millones) a 9,600,000 (nueve millones seiscientas mil) unidades, las tasas cumulativas de tratamiento adicional eran como lo mismo: 16.4 (dieciséis y cuatro décimos) por ciento respectivamente. De estos datos, 2,400,000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades parecerían adecuadas para el tratamiento de la Sífilis primaria seropositiva.

En el estadio secundario, había una reducción constante en la tasa de retratamiento cada vez que la dosis se doblaba. La tasa decrecía desde más de 50 (cincuenta) por ciento para los programas que usan 600,000 (seiscientas mil) unidades o menos a un mínimo de 9 (nueve) por ciento entre los pacientes tratados con 9 (nueve millones) a 9,600,000 (nueve millones seiscientas mil) de unidades. Nada era realizado por el aumentar de las dosis más allá de este punto.

Como dijimos, la tabulación precedente se basó sobre todos los tipos de la penicilina acuosa, POB y PAM. Una tabulación semejante se hizo para los pacientes tratados con la procaína penicilina, con o sin el monosterato de aluminio. Aunque el número de casos se rebajó considerablemente, los resultados fueron los mismos como en la tabulación previa. En el estadio primario seronegativo, no hubo relación entre los resultados y las cantidades de penicilina suministradas; en el estadio primario seropositivo, las 2.400,000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades se mostraron tan efectivas como las cantidades más grandes; en el estadio secundario, hubo una reducción constante en la tasa cumulativa

de retratamiento con dosis aumentadas hasta que la dosis de 9,600,000 (nueve millones seiscientas mil) de unidades se alcanzó. Esta es la dosis más grande usada hasta aquí en esta serie de casos en los que la procaína penicilina se usó.

Por todos los objetivos prácticos, se cree que un período de observación de dos años es bastante para determinar el buen éxito o el fracaso de los programas particulares utilizados en el tratamiento de la Sífilis secundaria. En este período, la mayor parte de las recaídas habrán pasado, o, si el tratamiento tiene buen éxito, la seronegatividad se habrá obtenido en la mayoría de los casos. Hay, no obstante, ciertos pacientes que no han sido considerados fracasos por el oficial médico y que han clasificado arbitrariamente como "buenos éxitos" si el título de Kahn fué de uno a cuatro unidades, y como "fracasos" si éste fué ocho unidades o más. Además de los pacientes con de uno a cuatro unidades de Kahn después de dos años de observación, la tabla aneja incluye también, como éxito satisfactorio, cada uno de los pacientes que volvió a tratarse a causa de reinfección. Una determinación del programa más efectivo es complicado no sólo por el número pequeño de casos implicados sino también por la variación de resultados desde un centro de tratamiento al otro. Por ejemplo: dos programas que son esencialmente los mismos 2,400,000 (dos millones cuatrocientas mil) unidades por una sola inyección 40,000 (cuarenta mil) unidades por kilogramos en una sola inyección difirieron en resultados satisfactorios por 13.4 (trece y cuatro décimos) por ciento (91.2 a 77.8 por ciento) (noventa y uno y dos décimos a setenta y siete y ocho décimos por ciento). Esta diferencia se imputa al hecho que estos dos programas se usaron en diversos centros de tratamiento. Esta variación entre los centros limita las comparaciones que se pueden hacer, pero teniéndolo en cuenta, ciertas conclusiones se pueden tirar. Los programas según "peso corporal" de 10.000 (diez mil), 20.000 (veinte mil), 40,000 (cuarenta mil) y 80.000 (ochenta mil) unidades se usaron casi exclusivamente en el Centro A. Resultados satisfactorios se obtuvieron por medio de estos programas en 44, 72, 78 y 87 (cuarenta y cuatro, en setenta y dos, en setenta y ocho y en ochenta y siete) por ciento respectivamente, de los pacientes tratados. Aunque la tasa de buen éxito aumentó cada vez que la dosis se dobló, el aumento más grande ocurrió entre los programas de 10,000 (diez mil) unidades y de 20.000 (veinte mil) unidades.

Un grupo de centros que designamos como "B" usó tres programas de inyectar la procaína penicilina, a saber: 1,200,000 (un millón doscientas mil) de unidades en una sola inyección, 2,400,000 (dos millones

cuatrocientas mil) de unidades con inyecciones de 1,200,000 (un millón doscientas mil) de unidades a intervalos de siete días, y 4.800.000 (cuatro millones ochocientas mil) de unidades con inyecciones de 1,200,000 (un millón doscientas mil) de unidades a intervalos de siete días. Las tasas de buen éxito para esos tres programas son de 74.1, 83.0 y 91.6 (de setenta y cuatro y un décimo, de ochenta y tres y de noventa y uno y seis décimos) por ciento, respectivamente. Aquí, otra vez, la tasa de buen éxito aumentó cuando la dosis se aumentó.

El programa de 20.000 (veinte mil) unidades en el Centro A, tuvo aproximadamente la misma tasa de buen éxito como los programas de 1.200,000 (un millón doscientas mil) de unidades usados por los centros B, siendo las tasas 72.4 y 74.1 (setenta y dos y cuatro décimos y setenta y cuatro y un décimo) por ciento, respectivamente (una diferencia de 1.4 (uno y cuatro décimos) por ciento. Porque ambos son programas con una sola inyección usando aproximadamente la misma cantidad de penicilina, consideramos que las otras comparaciones entre los Centros A y B son válidas.

El programa de una sola inyección de 40.000 (cuarenta mil) unidades por kilogramo tiene una tasa de buen éxito de 77.8 (setenta y siete y ocho décimos) por ciento, y el de 2.400,000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades suministradas en dos inyecciones de 1,200,000 (un millón doscientas mil) de unidades al intervalo de siete días tiene una tasa de buen éxito de 83.0 (ochenta y tres) por ciento, sea una diferencia de 5 (cinco) por ciento entre los dos. El programa de una sola inyección de 80,000 (ochenta mil) unidades por kilogramo tiene una tasa de buen éxito de 86.7 (ochenta y seis y siete décimos) por ciento, y el de 4.800,000 (cuatro millones ochocientas mil) de unidades en cuatro inyecciones tiene una tasa de buen éxito de 91.6 (noventa y uno y seis décimos) por ciento, sea una diferencia de 4.9 (cuatro y nueve décimos) por ciento. Estas diferencias, que no son significativas estadísticamente, están ambas por los centros B, a igualmente la pequeña diferencia observada en los programas de únicas inyecciones de 20,000 (veinte mil) unidades por kilogramo y de 1.200,000 (un millón doscientas mil) de unidades. Parecería, consiguiente, que una sola inyección de la penicilina es aproximadamente tan efectiva como una cantidad igual suministrada en dosis graduadas.

Una comparación semejante se puede hacer entre el programa de 2.400,000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades en una sola inyección y el de 2.400,000 (dos millones cuatrocientas mil) de unidades en dos inyecciones con un intervalo de 96 (noventa y seis) horas entre las

dos, ambos de los cuales fueron contribuídos mayormente por el Centro C. De nuevo, los programas de una sola inyección y de dos inyecciones obtuvieron aproximadamente los mismos resultados, con tasas de buen éxito de 91.2 (noventa y uno y dos décimos) y 91.9 (noventa y uno y nueve décimos) por ciento.

La única otra comparación que se puede hacer es la de los dos programas usados por el centro D. El centro B es una agencia de tratamiento que constantemente ha dado noticias de tasas de buen éxito excedentes en mucho a las obtenidas por los otros centros que contribuyen casos para el avalúo de terapia. Esto es particularmente evidente en nuestra serie, donde una sola inyección de 300,000 (trescientas mil) unidades en el Centro D. obtuvo un porcentaje más alto de resultados satisfactorios (61.4) (setenta y uno y cuatro décimos) por ciento, que la doble cantidad de la penicilina suministrada en el Centro A (44.3) (cuarenta y cuatro y tres décimos) por ciento. El porcentaje de resultados satisfactorios en el Centro D se aumentó de 61.4 (sesenta y uno y cuatro décimos) a 92.6 (noventa y dos y seis décimos) cuando la dosis de la penicilina se aumentó de 300,000 (trescientas mil) unidades a 1,800,000 (un millón ochocientas mil) de unidades, siendo suministrada la última cantidad en tres inyecciones a intervalos de 24 (veinticuatro) horas. El punto de interés aquí es una proporción considerable de pacientes, aun en el estadio secundario de la Sífilis, responderá a cantidades muy pequeñas de la penicilina.

Un análisis de los resultados divulgados por varios grupos de investigadores revela el mismo hecho que es demostrado por la comparación de los clínicos, a saber: hay variaciones entre los varios grupos que muchas veces son de gran tamaño. Para suplementar la información anterior desde la División, puedo yo referir a la memoria que tuve la oportunidad de presentar en Nueva York el año pasado y contar los resultados del tratamiento con una sola inyección de 300,000 (trescientas mil) unidades de la PAM suministrado a la población entera de la región de Ghund en la India. De los 590 (quinientos noventa) reactores serológicos con todos los estadios de la Sífilis (predominantemente latentes) que recibieron este tratamiento, 177 (ciento setenta y siete) fueron puestos a prueba otra vez un año después del tratamiento. Conocimos que la cantidad de la penicilina suministrada durante el período del año subsecuente a los habitantes de la región fué despreciable, y por esto, el problema de tratamiento ínterin no complicó el cuadro. De este grupo, 160 (ciento sesenta) personas mostraron un título serológico decreciente, 46 (cuarenta y seis) a la negatividad; el título fué inalterado

en 14 (catorce) personas, y 3 (tres) mostraron un aumento. En este grupo, no se vieron ningunos casos de fracaso clínico ni de desarrollo de manifestaciones tardías.

En cuanto a la discusión de los méritos de los varios programas, me parece a mí que es inútil disputar si los programas de una sola inyección pueden curar la Sífilis inicial o cuanto debemos suministrar. Tenemos prueba no equívoca que un programa de una sola inyección es efectivo; tenemos a la mano un método por medio del cual es posible tratar la enfermedad más pronto que nunca. No obstante, con el mejoramiento de los métodos de tratamiento, hemos creado problemas para nosotros, los que necesitan ingenuidad y pensamiento verdaderos para resolverse. Es nuestra opinión considerada que en el control de la Sífilis por medios de Sanidad Pública, el tratamiento solamente, no bastará. Es necesario realizar técnicas buenas de Sanidad Pública, entre las cuales la más importante es el entrevistar y el investigar en persona. La rapidez con que el paciente se puede tratar corta su período de contacto con el personal del clínico y disminuye la oportunidad para el entrevistar en persona y para el educar efectivos. Así, por el simplificar el tratamiento hemos creado otros problemas para nosotros.

Por eso, hemos sentido que todavía puede ser ventajoso prolongar el tratamiento para que a lo menos se requieran tres visitas, las cuales proveerán contacto prolongado con el paciente. A propósito, un programa que envuelve una inyección inicial de dos millones cuatrocientas mil de unidades seguida por dos inyecciones de un millón doscientas mil de unidades a intervalos de dos a cuatro días se ha sugerido. La primera dosis hará al paciente no infeccioso y dará una oportunidad excelente, a saber: 91.2 (noventa y uno y dos décimos) por ciento, para curación aún cuando el individuo no vuelva nunca. Las dosis subsecuentes aumentan ligeramente sus capacidades de curación y al mismo tiempo sirven para hacer volver al paciente y entrevistarlo prolongadamente en persona y para educar.

No consideramos este programa el mejor posible y realizamos que son disponibles otros programas, incluyendo los de única inyección, que son tan buenos o mejores. No obstante, sugerimos este programa porque estudios preliminares de avalúo indican una tasa muy agradable de curación. Además, éste fácilmente se presta al uso entre los enfermos externos en una manera que permite la utilización satisfactoria de nuestras varias técnicas de sanidad pública que consideran esencialmente el buen control de enfermedades venéreas.

Podría yo comentar aquí acerca del tratamiento de los otros estadios

de las Sífilis. Con excepción del tratamiento de pacientes con complicaciones que requieren cura médica cuidadosa y mantenida, por ejemplo algunos casos de paresia general o de Sífilis cardio-vascular, actualmente hay evidencia válida que el tratamiento con la PAM sobre una base ambulatoria es tan satisfactorio como el de preparados acuosos. Hay también evidencia que indica que el tratamiento no tiene que prolongarse más que el que de un nivel sanguíneo efectivo durante seis a diez días.

Tratamientos con la PAM, como recomienda al U. S. Public Health Service, requieren cuatro millones ochocientos mil de unidades para la Sífilis inicial, para la Sífilis latente inicial y avanzada, para la Sífilis en embarazo, y para la Sífilis cardio-vascular, gomatosas ú ósea. En la *neurosífilis*, seis millones de unidades se consideran el mínimo. Al presente, la evidencia no muestra ninguna ventaja en los programas, requiriendo más de diez millones de unidades, y *la terapia febril se recomienda solamente en circunstancias excepcionales.*

En conclusión, cuando la experiencia de cada año sucesivo es evaluada por la División de enfermedades Venéreas del U. S. Public Health Service, la confianza primera que solamente la penicilina puede curar la Sífilis, se confirma más firmemente. La resistencia a la penicilina se informa solamente en casos muy raros, y hoy día, nueve años después que la penicilina se usó primeramente, todavía no hemos podido hallar ninguna evidencia del desarrollo de manifestaciones tardías de la enfermedad en aquellos pacientes que mostraron una *respuesta satisfactoria* clínica y serológica durante el primero o segundo año, después del tratamiento.

— : : —

C O M E N T A R I O S :

Doctor Zeledón: Sumamente interesante es este trabajo, que nos dá conocimiento de esa experimentación tan meticulosa que ha llevado a cabo el Doctor Cutler. Uno de los puntos más interesantes es el que se refiere a ese esquema que recomienda en las formas recientes, consistente en una inyección masiva de 2.400.000 U., seguida por dos de 1.200.000 U., que nos viene a dar un total de 4.800.000 U. Lo que yo encuentro más importante en ese esquema es: 1º) Su porcentaje de éxito. 2º) El acortamiento de tiempo del esquema de Kitchen. Ya en nuestros Dispensarios lo habíamos acordado un poco, poniendo 2.400.000 U. como primera dosis, seguido de cuatro inyecciones de 600.000 U. cada cuatro días,

teniendo en cuenta que eso nos alargaba el tiempo de aplicación y que algunos enfermos se nos iban. Me parece pues, que esta modificación propuesta por el Doctor Cutler, tiene gran interés sobre todo desde el punto de vista epidemiológico.

Doctor Rodríguez: Yo quisiera, francamente, averiguar cuál será el criterio para decidir en ese esquema de 2.400.000 U como primera dosis y las otras de 1.200.000 U., cuando deben aplicarse las últimas cada dos días, y cuando cada cuatro. A qué se debe referir eso: si son las lesiones que aún persisten, o qué, para que quede establecido si las inyecciones han de ser cada dos o cuatro días. Porque eso viene a poner una pauta sobre lo acabado de decirse sobre el mantenimiento de una paciente en un hospital. Porque si va a ser cada cuatro días, entonces vamos a tener ocho días más de estancia, pero si cada dos, entonces se acortará el tiempo en un 50%. Así es que yo quisiera que se diga en qué nos vamos a basar para escoger cualquiera de las dos formas.



Sesión Conjunta de los Seminarios de Serología y Venerología.

Doctor Peralta: A mi juicio, no sé si estoy en lo cierto, esta cuestión de los dos o cuatro días, no modifica la situación. Que no es el estado de la Sífilis ni la condición del paciente lo que habrá de determinarlo, sino cuestiones más bien de orden administrativo. Por ejemplo: el hecho de inyectar cada cuatro días, a mí me parece que no es conveniente, porque tomando la base cuatro días, si inyectamos un miércoles, el próxi-

mo día caerá domingo y el Dispensario está cerrado. Yo fijaría lunes y jueves, martes y viernes o miércoles y sábado. En fin, creo que esto es cuestión puramente administrativa y no creo que tenga significancia el usar uno u otro tiempo. Es cuestión de adaptarse al tiempo de trabajo en los Dispensarios.

En cuanto a reacciones locales, ciertamente he observado algunas, no digo muchas, al aplicar la penicilina procaína con monoestearato de aluminio. En el ambiente de amigos usando esta penicilina para otras cosas que no son enfermedades venéreas, he podido constatar al ponerla yo mismo a un compañero de trabajo, que reacciona bruscamente a ella. Yo mismo reacciono con endurecimiento pero, hasta hoy, nunca he visto abscesos.

Son quizá, no lo podría explicar, reacciones focales de naturaleza que ignoro, pero que obedecen al estado de un individuo. A un compañero le apliqué yo una inyección bastante fuerte de penicilina procaína (2.000.000 U. más o menos), y reaccionó muy fuertemente. Después, en una ocasión que la necesitaba por un brote de amigdalitis, le puse apenas 1 cc. recordando lo anterior, y si no fué igual fué peor.

La toxicidad de la procaína, si nosotros la comparamos con la cocaína, sabemos que la procaína es cuatro veces menos tóxica que la cocaína y que, si hacemos el cálculo de la dosis tóxica mínima de una vez de la cocaína, siempre que nos atengamos a que ella es más tóxica si la ponemos más concentrada. De lo que estoy seguro es que la cantidad de PAM necesaria para considerarse como dosis tóxica de una vez, es de 12.000.000 U. Estoy plenamente seguro que así es. La cifra se me ha grabado muy bien: habría que administrar 12.000.000 U. de PAM de una vez para matar una persona. El hecho está, no lo recuerdo muy bien, en el mismo estudio de la cuestión de la alergia y la prueba necesaria de administrar una solución de procaína para estudiar la sensibilidad.

Doctor Romero: A mí me parece que, como recomendación de este Congreso, ese esquema se adoptara más o menos así, con los 2.400.000 U. como dosis inicial, seguida de 1.200.000 cada tres días. Yo digo que tres días porque, si bien es cierto que se puede inyectar de dos a cuatro días, debido a que la tasa de penicilina en el suero se mantiene durante 96 horas (4 días); cuatro días es el máximo; si nosotros decimos tres días, se resuelven los problemas administrativos, porque el problema administrativo es viernes, sábado y domingo. Entonces, el que llega el viernes, puede perfectamente volver el lunes; y si no viene sino el martes, la tasa de penicilina todavía está alta en el suero. Pero si se le dice

que vuelva al cuarto día y el enfermo no vuelve sino el quinto, posiblemente y aunque esto tenga poco valor ya que el margen que va a lograr de mayor curación no es mucho, siempre tendría valor y por eso es que a mi me parece que el esquema debería ser cada tres días.

En lo que se refiere a Sífilis Congénita, los esquemas que se han estado usando son de 100.000 y 200.000 U. por kilo de peso. Yo creo que si nosotros nos reportáramos a estas mismas dosis tendríamos que rebajar eso a 80.000 U. por K. de peso.

En cuanto al tratamiento de la Sífilis Tardía, la dosis total mínima debe ser de 6.000.000 y no pasar nunca de los 9.000.000 U.

Siendo las 12.15 p. m. se levanta la Sesión.

— : : —

QUINTA SESION PLENARIA ORDINARIA

Sábado 14 - De 3 a 6 p. m.

Presidente: Dr. Carlos A. Bendaña, de Honduras.

Secretario: Dr. Arturo Romero L., de Costa Rica.

REACCIONES ALERGICAS EN PENICILINOTERAPIA:

*Dr. Otto Jiménez Quirós,
Médico Asistente del Departamento de Lucha Antivenérea
en el Dispensario Central de San José*

Con finalidad estadística, hemos tomado en examen un grupo de pacientes hospitalizadas en el Aislamiento Antivenéreo Buen Pastor. Doscientas enfermas en las que se practicó tratamiento aniblenorrágico o antilúético, usando Penicilina Procaína en dosis que variaron entre 300.000 unidades como antiblenorrágico, y 6.000.000 de unidades —en 10 días— como antilúético.

De las 200 pacientes, 19 presentaron reacciones alérgicas imputables a la Penicilina Procaínica recibida.

De la historia personal de esas 19 pacientes nos resulta: todas, en alguna época, habían sido ya tratadas con Penicilina, por ejercer libremente o en modo reservado, la prostitución y haber sido conducidas obligatoriamente al Centro de Aislamiento para que practicasen un tratamiento adecuado.

Por cuanto a historia personal o familiar sobre antecedentes alérgicos del grupo considerado, no se pudo investigar nada en concreto.

Llama la atención el promedio de edad tan bajo: 18 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 23 años.

Se practicó tratamiento antiblenorrágico sólo en dos casos; anti-luético en los 17 restantes.

De estas 19 pacientes en consideración, se observaron 28 reacciones alérgicas, interpretando como tales, en orden de frecuencia: fiebre, urticaria, cefalea, edema de Quincke, Herxheimer, escozor conjuntival, eritema polimorfo, hepatitis; pero no se presentaron otros tipos de reacciones ya descritas como corrientes (asma, rinitis: Keefer, Lyons, Vaughan) o raras (púrpura, infiltración pulmonar y miocarditis eosinofílica, hepatoesplenomegalia y nefropatía: J. Harkavy).

— : : —

No. de casos en 200 tratamientos practicados: 19 (9,5%)
No. de reacciones alérgicas observadas: 28 (14%)

S I N T O M A S :

Fiebre	12 (6 %)
Urticaria	5 (2,5%)
Cefalea	4 (2 %)
Edema de Quincke	3 (1,5%)
Reacción de Herxheimer	1 (0,5%)
Eritema polimorfo	1 (0,5%)
Escozor conjuntival	1 (0,5%)
Hepatitis	1 (0,5%)
Total	28 (14 %)

Hubo 6 pacientes en las cuales se verificaron las siguientes combinaciones de síntomas:

- 2 : fiebre — urticaria.
- 1 : fiebre — eritema polimorfo.
- 1 : fiebre — urticaria — edema de Quincke — Herxheimer.
- 1 : urticaria — edema de Quincke.
- 1 : fiebre — cefalea.



De visita en el Laboratorio del Departamento de Lucha Antivenérea.

Analizando las historias clínicas de las pacientes vale la pena mencionar:

Las urticarias fueron de pápulas pequeñas, bastante fugaces, a no ser un caso complicado con edema de Quincke facial y de miembros inferiores, y otro en el que se sucedieron rápidamente a la fiebre: urticaria, edema de Quincke y Herxheimer morbiliforme al octavo día.

El caso considerado de hepatitis alérgica, inició ya el segundo día de tratamiento penicilínico, con leves trastornos gastro-intestinales pero con creciente aumento del volumen hepático y del índice icterico, hasta llegar a dar un "mosaico hepático" altamente positivo. Fué trasferido al Hospital San Juan de Dios, donde recibió tratamiento adecuado, sin deberse suspender la penicilina, pero recibiendo además: Calcio, adrenalina y antihistamínicos, en el concepto de su naturaleza alérgica.

Cabe comentar sumariamente, que al día de hoy, y no en busca de neologismos, se consideran las reacciones tóxico-medicamentosas (antes llamadas idiosincrasia medicamentosa) como verdaderas reacciones alérgicas al cuerpo químico que las produce, sin haber sido puesto aún bien en claro, sin embargo, si esas drogas actúan directamente o a través del mecanismo de haptenos, conjugándose dentro del organismo con las proteínas, si vienen introducidos parenteralmente.

La demostración científica de la reacción alérgica en los casos enumerados, no pudo realizarse por varios inconvenientes:

1) Al día de hoy, aún las "pruebas de parche" o la intradermo-reacción (practicada con suero de individuo que posee penicilina circulante) no han demostrado una especificidad 100 por 100 — en los casos con reacciones alérgicas en acto.

2) Los autores, todavía no han llegado a descartar o a admitir el mecanismo, enunciado por Milian, del biotropismo (capaz de despertar en virtud del tratamiento, o de otras influencias físico-químicas, la activación de micro-organismos latentes en el interior del organismo.)

A ello, Nathan y Munk, que con base experimental sensibilizaron toda la piel en diez días (con mínimas inyecciones intradérmicas repetidas) oponen la consideración de que el fármaco sea capaz de actuar únicamente en virtud de sus aptitudes alergizantes, interpretando así las reacciones como típicamente de origen alérgico.

Sabemos de otra parte que, las reacciones alérgicas a la penicilina, más frecuentemente mencionadas serían la urticaria y el edema de Quincke. En nuestra estadística ocupan un 2,5% y un 1,5% respectivamente. La fiebre, que tuvo la mayor frecuencia encontrada (6%) fué siempre moderada en nuestros casos y pudo tal vez ser controlada por la hospitalización de las pacientes y el control de la temperatura tomada 4 veces en las 24 horas—que en pacientes ambulatorios hubiera podido pasar inadvertida, lo mismo que la cefalea.

Si el número total de individuos que presentó reacciones alérgicas pareciera excesivo, cabe recordar que el número promedio de los habitantes que presentan manifestaciones alérgicas de cualquier tipo, se estima entre un 8 y un 11% en casi todos los países del Globo.

Según la autorizada opinión de Salazar Mallén, por los estudios realizados en México, el grado de alergia latente o clínica en el indio mexicano es tan inferior al resto de la población mestiza o blanca de merecer un estudio aparte.

Nuestra raza, 90% de blancos o mestizos en que al menos el 75% es sangre de origen europea, debe presentar un índice parecido al de los otros países en donde se ha estudiado el problema (Europa, U. S. A.)

N. A los casos reportados se agrega también otra reacción alérgica observada por el Dr. Joaquín Zeledón. Se trató de un paciente privado, bajo tratamiento con Penicilina Procaína acuosa el cual, desde la segunda inyección presentó, primero: rash urticariano papuloso que

sucesivamente se generalizó dando también edema de Quincke en las extremidades inferiores y segundo: una dermatitis preferencial de las flexuras con características de dermatitis atópica. Dicho paciente presentaba la historia clínica de padecimientos alérgicos que en el pasado habían requerido tratamientos con antihistamínicos.

CONCLUSIONES :

- 1) Todos nuestros casos de reacciones alérgicas a Penicilina Procaínica dan un índice semejante al reportado por diferentes autores, en relación a urticaria y edema de Quincke (2,5% y 1,5% respectivamente).
- 2) En cuanto a otro tipo de reacciones (cefalea, fiebre, Herxheimer, etc.) de la literatura vista, no existen índices promedios.
- 3) Se observó que la mayoría de los casos de fiebre y cefalea se pudieron reportar (elevando así el índice total de reacciones alérgicas) por el hecho de haber sido controladas en Hospital.
- 4) Nuestras pacientes fueron todas tratadas con antihistamínicos, calcio y adrenalina, para combatir los síntomas sin interrumpir los tratamientos, aun en el caso de una hepatitis.
- 5) Creemos por las observaciones hechas, que las reacciones alérgicas más comunes durante tratamiento con Penicilina Procaínica, pueden controlarse con los fármacos antes mencionados, sin que se deba necesariamente suspender el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA :

- 1) Capuani—Malattie Allergiche. Roma 1947.
- 2) Cook—Allergy Saunders. 1947.
- 3) Herraiz Ballester. Alergia Dermatológica. Buenos Aires, 1948.
- 4) Urbach. Alergia, Salvat. 1950.
- 5) Vaughan. Allergy. Mosby. 1948.
- 6) The Journal of Allergy. Mosby. March 1952.



Visita al Dispensario Central Antivenéreo.

COMENTARIOS :

Doctor Zeledón: Cuando le solicité al Doctor Jiménez que nos hiciera un estudio de nuestros casos con miras a investigar los estados de alergia durante los tratamientos penicilínicos, lo hice con base a los estudios de su especialidad que él ha escogido y que ha ido a perfeccionar en el extranjero. También me inducía a hacerlo el hecho de que he visto publicado uno que otro caso grave, mortal, de dermatitis exfoliativa, publicados por la Marina y que realmente eran una razón fundamental para investigar los casos de alergia que pudieran conducirnos a estados graves.

Si alguno de Uds. estuvo en el Primer Congreso Centroamericano de Venereología verificado en Panamá, recordarán que nuestra ponencia fué "Síndromes ictericos de la Lúes". En ese trabajo que por supuesto ha sido muy modificado y no tiene ya valor en muchos aspectos, hace seis años de eso, lanzaba la hipótesis de que si ciertas hepatitis del 7º día que decía Milian, no podrían considerarse también como un biotropismo visceral, muy semejante al que había señalado Milian en sus estudios anteriores.

El diagnóstico diferencial, ahora que se conocen esos fenómenos de alergia, me parece muy importante, sobre todo para dilucidar si se trata de una hepatitis de esas que ahora llamamos "a virus", o bien

si se trata realmente de una reacción de tipo biotrópico pero manifestándose por síndromes ictericos de insuficiencia hepática pero acompañados muy frecuentemente de síntomas generales que denotan infección. Yo quisiera interrogar al Dr. Jiménez sobre este punto, si los estudios de alergia actuales pueden ayudarnos en alguna forma a quienes hacemos Venereología, cuando estamos frente al enfermo que reacciona con síntomas que implican un estado infeccioso hepático, pero cuyo diagnóstico diferencial tiene gran importancia para establecer la conducta a seguir.

Doctor Romero: Francamente, cuando leí el trabajo del Doctor Jiménez, encontré un poco elevados los porcentajes de las alergias encontradas por él. Me llamó la atención que no aparecieran ahí las lesiones del tipo dermo-epidermitis, que con alguna frecuencia hemos observado en los enfermos que presentan alguna alergia y en el caso especial a la penicilina. Claro que hacer la prueba de la transferencia pasiva, tratándose de un enfermo con Sífilis no es posible, porque no vamos a transmitir una Sífilis con el único objeto de descubrir la transferencia de esa alergia. Pero si me parece que un tiempo después, es decir, repetir las reacciones a la penicilina para ver si esa reacción alérgica se sigue haciendo notar en el enfermo. Yo creo que a pesar de las variantes que pueden presentar los distintos organismos a algunas drogas en lo que respecta a la alergia, si hubiera podido ayudarnos a achacar todos estos trastornos observados por el Doctor Jiménez a una alergia a la penicilina. De manera que eso hubiera podido ayudarnos a comprobar si estos trastornos eran o no alérgicos. Al referirse él a la fiebre y a la cefalea, debemos recordar también que con los distintos tratamientos anti-sifilíticos empleados antes, el arsénico por ejemplo, encontrábamos la fiebre en los primeros días y con las primeras inyecciones. Ese era un fenómeno tan frecuente, que se creyó y creo que todavía se mantiene esa hipótesis, que esa fiebre se debía a la destrucción de los treponemas con las primeras inyecciones y que la destrucción de proteínas se derivaba de esos treponemas. La prueba de eso es que el enfermo presentaba una temperatura un poco más alta con la primera inyección; y con la segunda que era un poco más fuerte, en vez de presentarse la temperatura más alta, como era de esperarse, ésta bajaba un poco e iba disminuyendo hasta que ya a la quinta o sexta inyección no se manifestaba. Ese fenómeno ayudó a hacer creer que la temperatura se debía a la destrucción masiva de los treponemas y que podría producir el choque. Me parece a mí que con la penicilina, así como tenemos la misma reacción de Herxheimer, que se tenía con el Salvarsán, así en la misma forma podemos encontrar

con la penicilina esos cuadros de temperatura que los observamos nosotros en los primeros casos que fueron tratados aquí en el Hospital San Juan de Dios con penicilina.

Al Primer Congreso Centroamericano de Venereología verificado en Panamá llevé un trabajo sobre Sífilis tratada en el Hospital San Juan de Dios con el esquema de 1.200.000 U. de penicilina, arsénico y bismuto. A raíz de la primera inyección de penicilina observamos la temperatura bastante alta, de manera que nosotros no consideramos esta temperatura como alérgica. En aquel tiempo no se conocían los antihistamínicos, ni tampoco usamos las otras drogas de calcio que menciona el Dr. Jiménez y la temperatura no se siguió manifestando en las inyecciones siguientes, de manera que mientras no tengamos una prueba que nos venga a demostrar que el enfermo presenta su alergia febril a las inyecciones de penicilina, me atrevería a pensar que deberíamos dudar un poco antes de indicarlas entre las manifestaciones alérgicas. En lo que respecta a la cita que hace el Dr. Salazar Mayen de México, yo creo que él al citarla es porque está de acuerdo con lo que dice el Dr. Salazar Mayen y yo también de acuerdo con él, porque me llama la atención, ya que la piel del costarricense es muy sensible. Sensible a todas las enfermedades de la piel.

Entre los trabajadores salvadoreños que fueron a trabajar a Panamá y que se seccionaban y rechazaban algunos de ellos por enfermedades de la piel únicamente se rechazó en El Salvador al 1.4% de esos trabajadores. En cambio, de los trabajadores que llevan de Costa Rica a Panamá, se rechazaron el 7.4% de los trabajadores por enfermedades de la piel. Ya eso quiere decir que en Costa Rica, el número de enfermos de la piel es casi 7 veces más alto que en El Salvador, y esas son estadísticas publicadas por el Dr. Jiménez de la Guardia, quien era el médico encargado de seleccionar los trabajadores que iban de Costa Rica a Panamá. Es muy cierto que las alergias a los productos sintéticos se han observado con mayor frecuencia en los últimos años, de 1940 para acá, cuando por motivos de la guerra hubo necesidad de reemplazar los productos naturales por sintéticos; vimos aparecer alergias por ejemplo al esmalte de las uñas, a los elásticos. En esa época no tuve oportunidad de trabajar en El Salvador, pero tal vez el Dr. Rodríguez, que es dermatólogo y trabaja allá, pueda aclararnos la situación. Lo cierto es que en El Salvador no ví ninguna alergia por esmalte de uñas. En cambio en Costa Rica son mucho más frecuentes, lo mismo que los elásticos. Tomando en cuenta lo anterior, es muy posible que la incidencia de alergias sea más alta en Costa Rica que en El Salvador, y más alta también que en otros países; por esta razón no

estoy muy de acuerdo con el Dr. Jiménez. Creo que tendríamos que observar más detenidamente las distintas manifestaciones que él nos presenta, para ver si en realidad esa incidencia de las alergias febriles o por cefalea son en realidad alergias como nos lo dice el Doctor Jiménez.



El Dr. J. Velarde Thomé en uso de la palabra.

Doctor Velarde: Lo mismo que al Doctor Romero, a mí me parece muy elevado este porcentaje de reacciones alérgicas a la penicilina, y pienso, como él, que muchas de ellas podrían ser clasificadas más bien como reacciones de Herxheimer.

Me decía el Doctor Kitchen que se ha observado el siguiente fenómeno. El número de reacciones alérgicas a la penicilina son más o menos las mismas ahora que cuando se usaba la penicilina amorfa y menores que cuando se introdujo en aceite y cera. Sin embargo, la cantidad de penicilina fabricada y empleada es ahora enormemente superior a aquella que se usaba en los tiempos de penicilina amorfa, por lo cual parece ser que ya la penicilina como alérgeno, la penicilina procaínica con Monoestearato de aluminio, es un alérgeno muy poco activo. Yo quisiera preguntar al Dr. Jiménez respecto al tratamiento. Las explicaciones que él nos dió, aparte del trabajo, me parecieron muy interesantes; pero quisiera que nos dijera que antihistamínico uso, que dosis empleó y qué resultados obtuvo. Tengo entendido que los antihistamínicos no dan muy buen resultado en el tratamiento de las dermatosis debidas a la penicilina. En cambio, el uso de la Cortisona y el A.C.T.H. parecen haber

dado resultados muy buenos, y en estos casos de sensibilizaciones, pero que pasan rápidamente, como parece que dijo el Dr. Romero o el Dr. Jiménez, actúan muy bien.

Doctor Peralta: Contestando al Dr. Romero, quiero decirle que ciertamente en El Salvador, donde serví cerca de dos años en la Sección de Dermatología y Sifilología del Hospital Rosales, recuerdo que por lo menos dos casos de alergia por esmalte de uñas se presentaron, y unos tres plásticos de pulseras o de collar. Eso es todo lo que podría decirles.

Quizá voy a contradecir un poco al Dr. Velarde, pero yo tengo una impresión enteramente distinta de los resultados de los antihistamínicos en la prevención de los estados alérgicos producidos por la penicilina. Les voy a referir un caso que fué muy típico para mí: un joven viajero adquirió una gonorrea en uno de los países centroamericanos y nosotros se la tratamos con una simple inyección de penicilina procaínica y este hombre tuvo casi una eritrodermia que ya tendía a lo exfoliativo; muy grave se vió y nos costó mucho su tratamiento que se hizo precisamente a base de antihistamínicos. Pero, como ya era un hecho consumado, no podría decir si fué la evolución natural o qué fué lo que actuó para el estado de curación. Después, ese mismo muchacho en sus jiras, era quizá bastante promiscuo, regresó a nuestra clínica con un chancro sifilítico; recordando la mala experiencia que habíamos tenido con la aplicación de penicilina en este joven, le empezamos a dar antes de aplicarle la terapia penicilínica un antihistamínico también durante tres días consecutivos, suplicándole compostura en su conducta para evitar la diseminación del mal y empezamos la medicación penicilínica no habiendo observado ninguna molestia en este paciente. Las clínicas antivenéreas de la Dirección General de Sanidad, cuando empezaron a manifestarse las reacciones alérgicas, usaron con buen suceso los antihistamínicos; me parece que no podría dar cifras, pero hemos obtenido resultados bastante buenos.

Doctor Bendaña: Quiero darles las impresiones y algunos datos que he obtenido en el Servicio Antivenéreo de mi país. Me preocupé justamente por hacer el análisis de 100 casos, que tratados con penicilina con monoostearato de aluminio, me dieron un 1% de reacciones alérgicas. Yo no fuí tan minucioso como él, puesto que no pensaba hacer un trabajo bien documentado y no me preocupé por tomarles temperatura pero si las manifestaciones que llaman la atención; esas que acusan a la vista del enfermo

no tuve más que una dermatitis exfoliativa en todos los 100 casos. Como él muy bien dice estos enfermos en asunto de temperatura más bien al siguiente día de la inyección dicen que se sienten bien. Porque tienen la sugestión esa que la penicilina es un antifebril que les va a suprimir sus infecciones y observé que al día siguiente se veían muy bien. Les investigaba, si tenían reacción y me decían: no, doctor; yo nunca tomé temperatura así es que ese dato no puedo darlo. Pero sí sólo un 1%, obtuve en esa. Quizá vaya incluido lo que él cita y lo que pasa en México. Yo también creo en eso que todos estos pacientes son indígenas o mestizos más tendientes al indio que al mestizo y tienen una resistencia admirable no sólo a la penicilina sino a todas las drogas. Nosotros hemos puesto alrededor de unas 40 mil ampollas de mafarside. Cuando el Dr. Velarde nos visitó a darnos un curso de adiestramiento, yo le hacía notar eso, de que nosotros no tenemos nada con el mafarside. Ahí es una cosa mínima de 1%, un 2% de que presentan reacciones, digamos un Herxheimer, una nitritoides, digamos algo así como una cosa que no salta a la vista. Tal vez ya profundizando puede haber sus cefaleas con el mafarside, sí las hubo pero no he hecho un estudio estadístico; ahora me parece que algunas veces, me da la impresión que las reacciones que he observado aparte del Dispensario no son justamente debidas a la penicilina sino que a la procaína y he tenido la oportunidad de observar en pacientes privados uno o dos casos que sentían cefaleas y enfriamiento de manos, con tendencia al colapso. Entonces me preocupé primeramente, por preguntarle si sentía malestar y empecé a descubrir que estos pacientes eran sensibles a la procaína; les inyecté una vez, como vía de investigación y les produjo lo mismo. Ahora no pude establecer justamente, puesto que viene combinada siempre con la procaína la penicilina si se debía a una o a otra, pero yo creo que hay algunos de esos casos que son más bien debidos a la procaína que a la penicilina.

Doctor Romero: Era únicamente para decir que entre las formas de alergia producidas por la penicilina o más bien dicho que atribuía a la penicilina un poco serias, únicamente he observado en la práctica 5 casos. Cinco casos de un edema tan intenso, que el enfermo no podía ponerse los pantalones por ejemplo, tal era el edema de las piernas y en la cara la deformación era intensa, pero sí pude notar que a pesar de la gravedad del enfermo en estos casos de alergia producidos por la penicilina, los antihistamínicos fueron efectivos. Únicamente que a pesar de que los enfermos ya habían tomado el antihistamínico antes de que yo los viera, no habían tenido ningún resultado satisfactorio porque me parece que en

todos estos casos, muchas veces hay algo que viene a complicar o que viene a ayudar a desencadenar esa alergia. Dos de los enfermos a la vez que habían recibido su penicilina habían ingerido algunas sustancias como mariscos por ejemplo. Dos de ellos que venían de Puntarenas habían comido ostras y en estos casos una vez que se administra un purgante fuerte y se indican los mismos antihistamínicos que se habían mostrado ineficaces, se vuelven eficaces una vez que el tubo digestivo se limpie si pudiéramos decir así. De manera que creo que en el origen de esas alergias hay que tomar en cuenta si no hay otros factores que contribuyen, en esos casos habría que hacer un tratamiento complejo que trate de defender el organismo en alguna de sus partes vulnerables y a la vez prescribir el antihistamínico.

Claro, no debemos despreciar la sugerencia que nos hace el Dr. Velarde de que la cortisona es excelente para estos casos. Porque si bien es cierto que no he tenido otros casos graves en que no hallan servido los antihistamínicos, sí en la literatura se han publicado muchos casos rebeldes que deberían aprovechar de la acción efectiva que algunos autores le han otorgado a la cortisona.

Doctor Peralta: Sin omitir la cuestión de la cortisona, es decir, yo tengo tiempo de no ejercer ni de estar al corriente de esta cosa pero entiendo que el precio de la cortisona es alto y en segundo lugar su manejo delicado y que indiscutiblemente sería muy difícil establecerlo mucho menos todavía en nuestros dispensarios, como una terapia de acción práctica. Me refiero a la cuestión de precio y a la dificultad de su manejo. Pesar al individuo, balancear bien la dosificación precisa y sobre todo si es gente de baja cultura que no podemos tener a la mano ni hospitalizada. Esos son los inconvenientes que le veo a la cortisona, que creo habrían de estimarse. Eso era todo.

Doctor Tapia: Me ha llamado la atención lo benigno o leve de las reacciones de urticaria, de edemas de Quinke de la serie, en las reacciones alérgicas son un porcentaje más o menos similar. Sin embargo, la intensidad ha sido mayor que la que él soporta, la misma duración de la urticaria ha sido y es larga hasta que se elimine el último poquito de penicilina que queda ahí en el tejido.

Me ha llamado la atención sobre eso y quisiera que el Dr. Jiménez nos ampliara un poquito para ver si esa es la experiencia o la impresión que él tiene de los otros casos de alergia o de urticaria que indudablemente debe haber visto. En cuanto al uso del antihistamínico, debo decir que en mi experiencia ha sido poco favorable en los casos esos de urticaria para penicilina prácticamente nulos.

Doctor Godoy: Me ha llamado mucho la atención que muchos profesores han atribuído esa urticaria a la procaína. Tuve ocasión de observar muchísima urticaria en enfermos de distintas clases cuando la penicilina la poníamos cada tres horas y no tenía nada de procaína, así es que hay que tener en cuenta eso que antes había urticaria sin que le pusiéramos procaína. A mi modo de pensar, esa penicilina es la que da la reacción y no la procaína.

Doctor Jiménez: Muy agradecido con los estimables congresistas por la atención que han dispensado a mi trabajo, y más aún por las numerosas preguntas y discusión de que ha sido objeto.

Al Dr. Zeledón debo manifestar que es muy difícil establecer en una forma categórica un diagnóstico diferencial entre hepatitis de otro origen y hepatitis alérgica; tanto más que no existe algún signo de considerar patognomónico. Sin embargo, en el decurso, la respuesta franca al tratamiento exclusivamente antialérgico, nos hace pensar en la existencia de dicha entidad, como ha sido ya comentado por otros autores. En cuanto al porcentaje aparentemente elevado que señala el Dr. Romero, podría sintéticamente aclarar: el grupo analizado es relativamente reducido para sentar deducciones estadísticas. En cuanto a fiebre y cefaleas como reacciones alérgicas, me guío más bien por la descripción aceptada de alergólogos de que tales fenómenos deben tener al día de hoy dicha interpretación. Estos autores no trabajan con enfermos luéticos o gonocócicos, y nuestras cifras no se alejan mucho de las aportadas por ellos. Dejando de lado la razón estrictamente científica que produce el Herxheimer, pero considerando que por muchas otras afecciones podemos encontrar un "rash" parecido durante tratamientos con penicilina, no podemos descartar la concepción actual de que tales fenómenos puedan interpretarse como alérgicos, considerando también a la penicilina como un alérgeno cualquiera.

En lo que respecta a la pregunta del Dr. Velarde, mi experiencia sobre los antihistamínicos me parece buena,—siempre y cuando se prueben varios—, porque no existe un "standard" de respuesta a cada cual y siempre que las dosis no bajen de 200 mg. por día.

En cuanto al A. C. T. H. y Cortisona, cuyas respuestas en mis pa-

cientes particulares han sido excelentes, no pudieron ser empleados en nuestra encuesta por obvias razones económicas.

Debo decir al Dr. Tapia que la aplicación de los antihistamínicos con adrenalina y calcio en sinergia antialérgica, hizo que las respuestas obtenidas fueran verdaderamente satisfactorias.

En cuanto a lo dicho por el Dr. Bendaña debo señalar que las pruebas, de parche o intradérmicas, para dilucidar qué parte corresponde a la procaína y cuál a la penicilina, no se practicaron. Sin embargo, las razones expuestas y la observación de todos, nos demuestran cómo usando Penicilina Procaína, las reacciones en general hayan disminuído en relación a las de Penicilina acuosa que se usó anteriormente.



Sesión Conjunta de los Seminarios de Venereología y Serología.



El Dr. J. Zeledón A. explica el funcionamiento del Dispensario Central Antivenéreo.

Conjuntivitis a virus en recién nacidos

SU COMPROBACION EN COSTA RICA

Por A. Trejos y E. de la Cruz

(Trabajo del Hospital San Juan de Dios)

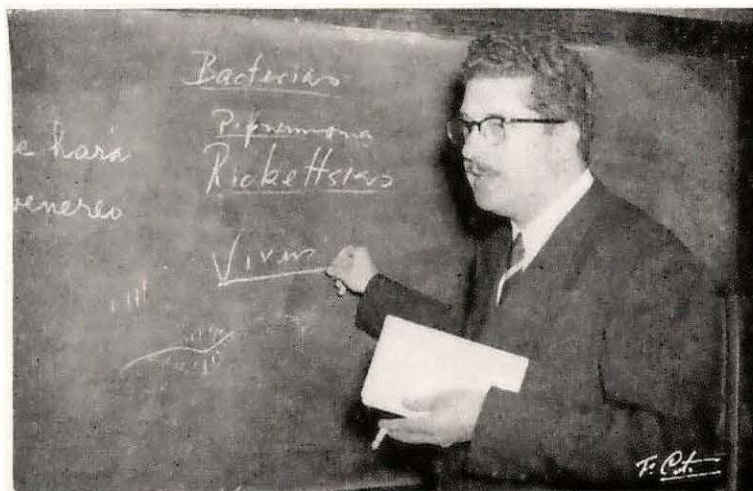
La conjuntivitis a virus, conocida también con los nombres de Einschlüssblenorrhöe, inclusión conjuntivitis, inclusión blenorrea, paratrachoma y swimming-pool conjuntivitis, fué descrita, como entidad clínica, por Morax (5) en 1903, quien la individualizó, sin conocer su etiología, como una forma benigna de conjuntivitis del recién nacido, no asociada a la presencia de bacterias protógenas.

Como refiere Thygeson (11), en 1907 descubrieron Halberstaedter & Prowazek (2) las inclusiones citoplasmáticas en las células epiteliales de la conjuntiva de enfermos de tracoma, y Stargardt y Schmeichler las encontraron 2 años más tarde en casos de oftalmía y neonatorum (11). En el mismo año de 1909, Halberstaedter & Prowazek (3) demuestran la presencia de inclusiones citoplasmáticas típicas en raspados del tracto génito-urinario de las madres, cuyos hijos habían enfermado de conjuntivitis a virus, con lo que aclaran la fuente de contagio de éstos y establecen la hipótesis de la existencia de una enfermedad, con la misma etiología, en el tracto génito-urinario tanto de hombres como de mujeres.

Sin entrar en más consideraciones históricas, que alargarían este trabajo, y que pueden ser encontradas en los capítulos respectivos escritos por Thygeson para las obras editadas por Rivers (8) y por The American Public Health Association (9), bástenos decir que la hipótesis de Halberstaedter & Prowazek fué confirmada, posteriormente por varios investigadores, comprobándose además que la conjuntivitis no bacteriana, observada en adultos que frecuentaban piscinas, tenía el mismo agente etiológico que la conjuntivitis no bacteriana de los recién nacidos.

Como no hemos tenido aún oportunidad de confirmar, mediante la demostración de las inclusiones, la etiología viral de la conjuntivitis en adultos, nos limitaremos aquí a tratar de las que hemos observado en recién nacidos.

Desde hace algunos años a uno de nosotros (A. T.) le llamaba la atención el no encontrar bacterias patógenas en frotis de exudado conjuntival que se le enviaban de diversos servicios del Hospital y que eran teñidos por el método de Gram. No fué, sin embargo, hasta que otro



El Dr. Alfonso Trejos Willis, Jefe del Laboratorio del Hospital San Juan de Dios, en la explicación de su importante trabajo.

de nosotros (E. de la C.) inició sus servicios como Médico en la Consulta Externa de Oftalmología de este Hospital, en Nov. de 1950, que tuvimos oportunidad, una vez formulada la sospecha clínica, de hacer raspados conjuntivales en recién nacidos, en los cuales, mediante la coloración por el método de Giemsa, según recomienda Thygeson (9), pudimos demostrar la presencia de las inclusiones típicas del virus de esta conjuntivitis, como podrá verse en los dispositivos Kodachrome que proyectaremos posteriormente.

Hasta este momento, y contando con la colaboración del Dr. Antonio Jiménez, quien nos ha enviado numerosos pacientes en los cuales sospechaba este tipo de conjuntivitis, hemos podido confirmar microscópicamente 9 casos, uno de los cuales nos fué remitido de Turrialba por el Doctor Odilón Brenes.

Como los trabajos de Thygeson que aparecen en los tratados que mencionamos anteriormente (8-9) abarcan con amplitud los distintos aspectos de esta enfermedad, y no habiendo encontrado nosotros ninguna particularidad en los casos vistos, nos limitaremos aquí a resumir los puntos más importantes, con el fin de contribuir a su divulgación en nuestro medio.

Clínica:

Después de un período de incubación que puede variar entre 5 y 12

días, se inicia la fase aguda de la conjuntivitis, que afecta, principalmente el párpado inferior, razón por la cual es en éste, donde debemos efectuar los raspados. El hecho de aparecer los primeros síntomas después del 5º día de vida extrauterina, es un dato que ya sirve para diferenciar clínicamente esa conjuntivitis de la gonocócica, cuyo inicio tiene lugar durante las primeras 24 horas y que por lo demás es fácilmente confundida con ella, desde el punto de vista clínico.

En los casos muy severos, puede haber formación transitoria de pseudo-membranas.

El período agudo puede durar entre 10 y 15 días y la dolencia pierde luego intensidad evolucionando hacia la curación espontánea, que en general se da entre 3 meses y un año. La secreción purulenta puede terminar a los dos meses de iniciado el proceso, permaneciendo la infiltración durante el período antes mencionado.

A diferencia de lo que se observa en el tracoma, nunca hay ataque a la córnea; los procesos cicatriciales que aparecen como secuelas de éste, tampoco se ven en los casos de conjuntivitis.

Epidemiología:

En varios casos en que se ha investigado, ha sido posible demostrar la presencia de corpúsculos elementales e inclusiones del virus en los raspados del cérvix de las madres de los enfermos. En un único caso en que nos fué dado practicar este examen, no pudimos demostrar la presencia de inclusiones típicas, pero si vimos, numerosos gránulos en todo semejantes a corpúsculos elementales libres.

Fuera de algunos casos de contagio accidental, como el referido por Thygeson & Stone (13), en que un médico se infectó al atender un parto, no se conocen casos de transmisión de ojo a ojo, ni epidemias que tengan este origen. La epidemiología de esta conjuntivitis es, por lo tanto, en todo semejante a la de la conjuntivitis gonocócica.

Debemos recordar aquí que el método profiláctico de Credé no tiene efecto en la conjuntivitis que nos ocupa, de acuerdo con Thygeson (11). Según el mismo autor, en trabajo publicado en colaboración con Mengert (12), la incidencia del virus en las embarazadas, en los Estados Unidos es de 8 %/100. En 70 mujeres no grávidas que examinaron esos autores, encontraron el virus en dos casos. Parece además, que no hay tipo especial de cervicitis que pueda ser atribuido a este virus y que, habiendo uretritis en el hombre, causadas, por el mismo, el contacto sexual es una fuente de contagio.

Patología:

Durante el período agudo hay un exudado abundante en el cual, predominan los *polimorfonucleares neutrófilos*, siendo digna de nota la ausencia de bacterias o la presencia de escasos elementos del género *Corynebacterium*.

Las biopsias muestran, al principio de la enfermedad, una infiltración difusa de la conjuntiva con células de aspecto linfocítico y en el epitelio, de neutrófilos, pudiendo apreciarse también, y aún durante el período de incubación, en los casos de infección experimental, las inclusiones citoplasmáticas basófilas.

Durante la fase crónica, el cuadro muda y toma un aspecto más semejante al de la enfermedad en los adultos: presencia de folículos linfáticos hipertróficos, con estructura semejante a los que se observan en el tracoma, pero diferenciándose fundamentalmente de éstos por la ausencia de fenómenos necróticos.

Como ya dijimos anteriormente, no hay compromiso de la córnea.

Diagnóstico:

La sospecha clínica solamente puede ser confirmada mediante el examen microscópico de los raspados conjuntivales, cuando éste pone en evidencia las inclusiones típicas en las células del epitelio.

Aun cuando se ha demostrado que los enfermos de esta conjuntivitis forman anticuerpos para los virus del grupo psitacosis-linfogranuloma (7), reacciones como la de fijación del complemento no tienen valor diagnóstico en esta enfermedad.

El diagnóstico diferencial debe tomar en cuenta, de preferencia, las conjuntivitis bacterianas entre las cuales la más importante es la producida por la *Neisseria gonorrhoeae*.

Por su incidencia, y fuera de esta última, la conjuntivitis a virus es más importante que todas las otras (11), producidas por *Micrococcus pyogenes*, *Moraxella Lacunata* (*Haemophilus lacunatus*, *H. duplex*) y el bacilo de Koch-Weeks que se considera actualmente, como *Haemophilus influenzae*.

En los casos por nosotros estudiados hemos procedido siempre a hacer un frote del exudado que, una vez coloreado por el método de Gram, nos sirve para tener una idea de la flora bacteriana cuando ésta existe. Hemos encontrado así, en todos los casos de conjuntivitis a virus, como gérmenes de asociación y en mayor o menor número, bacilos polimorfos que to-

man el Gram y que pueden considerarse como pertenecientes al género *Corynebacterium*.

Por medio de un raspador de Blak, practicamos una escarificación superficial de la conjuntiva del párpado inferior del ojo afectado, o de ambos cuando lo están, de manera que, al hacer el frote sobre el porta-objetos, tengamos un buen número de células epiteliales y no queden fragmentos de epitelio de más de una capa de células, que hacen difícil la observación de las inclusiones.

Desde luego, debe usarse porta-objetos perfectamente limpios y de preferencia nuevos. Una vez hechos los frotos, procederemos a fijarlos durante un minuto con el colorante de Leishman. Luego lavamos el colorante con una solución amortiguadora de fosfatos, a pH7 y coloreamos, durante una hora, con una solución de Giemsa en el mismo tapón, en proporción de una gota de colorante por cm³; en seguida se lavan en agua corriente.

Muy importante es efectuar luego una diferenciación cuidadosa de los frotos coloreados, sumergiéndolos durante unos 3 a 5 segundos en alcohol etílico de 95° y lavándolos luego en abundante agua corriente durante 15 segundos. Con esta técnica se obtienen preparaciones libres de precipitados que puedan ser confundidos con el virus, o que dificulten su demostración.

La observación microscópica es conveniente hacerla al principio con objetivo de bajo poder (10X o 20X), lo que facilita la localización de las células epiteliales e inclusive, cuando se adquiere alguna práctica, de las células parasitadas, para cuya mejor observación se colocará el lente de inmersión en aceite.

Teniendo en cuenta que el número de células parasitadas varía en razón inversa con la edad del proceso, es preciso a veces correr toda una preparación (comúnmente hacemos 4 láminas) para encontrar una o dos inclusiones típicas. En otras oportunidades, las células están parasitadas en un alto porcentaje.

Pueden también hacerse coloraciones con solución de Lugol, que permite ver la matriz de glicógeno presente en las inclusiones. Este método, que al parecer da buenos resultados, no ha sido usado por nosotros, pues tiene el inconveniente de no suministrar preparaciones permanentes.

Como dijimos ya, las reacciones inmunológicas no tienen valor diagnóstico y es secundario el de la inoculación a monos y el examen citológico del material obtenido por expresión de los folículos, métodos éstos que tienen importancia más bien desde el punto de vista académico.

Tratamiento:

La enfermedad cede perfectamente a la terapéutica por sulfamidados. El unguento oftálmico de sulfatiazol o sulfadiazina al 5%, o la solución oftálmica de Sulfacetamida al 30% en aplicación tópica, 4 a 6 veces por día, dan buenos resultados.

En la consulta externa de este Hospital ha sido usada como tratamiento, por uno de nosotros, (E. de la C.), y con curación en todos los casos controlados, una solución al 0,82% de sulfadiazina para lavados locales 3 a 4 veces por día, seguidos de aplicación de unguento oftálmico de sulfatiazol al 5%.

La penicilina no tiene acción terapéutica en esta conjuntivitis, según demostró Thygeson en 1947. (11).

Etiología:

El virus de la conjuntivitis, actualmente clasificado como *Chlamydozoon oculogenitale*, pertenece al grupo de virus conocido como grupo psitacosis-linfogranuloma, en el cual encontramos algunos de los mayores virus conocidos, ya que las dimensiones de sus corpúsculos elementales alcanzan casi media micra.

El cuadro de Jordan & Burrows que proyectamos da una idea comparativa de estas dimensiones.

La clasificación de Moshkovsky (6), que es aceptada en la última edición del Manual de Bergey (1), considera todos estos virus como pertenecientes a la familia *Chlamydozoaceae*, en la cual se incluyen hasta el momento tres géneros con varias especies productoras de enfermedades en el hombre y otros animales. El cuadro siguiente nos da una idea precisa de este grupo.

Género	Especies
Ordo RICKETTSIALES	<i>C. trachomatis</i> Tracoma.
	<i>Chlamydozoon</i>
Familia RICKETTSIACEAE	<i>C. oculogenitale</i> Conjuntivitis a virus
Familia BARTONELLACEAE	<i>M. lymphogranulomatis</i> Linfogranuloma venéreo.
	<i>M. psittacii</i> Psitacosis.

Familia CHLAMIDOZOACEAE	<i>M. ornithosis</i> Ornitosis
<i>Miyagawanella</i>	<i>M. pneumoniae</i> <i>M. lousianae</i> <i>M. illinii</i> Aislados de peneumonías. <i>M. bronchopneumoniae</i> Pneumonitis de tatonos. <i>M. felis</i> Pneumonitis de felinos.
<i>Colesiota</i>	<i>C. conjuntivas</i> Ganado vacuno, ovino. <i>C. conjunctivae-galli</i> Conjuntivitis y queratitis en aves.

Dimensiones: El *Chlamidozoon oculagenitale* atraviesa las velas de Berkefeld V y el diámetro de sus corpúsculos elementales, de acuerdo con las experiencias de filtración a través de membranas de Gradocol, varía entre 0,15 y 0,39 micras, según demostró Thygeson en 1934. (10).

Acción de los agentes físicos: Es muy sensible al desecamiento, pero su sobrevivencia en el agua es, al parecer, mayor que la de los gonococos. Suspendido en glicerina al 50% puede ser conservado en la refrigeradora durante varios días.

Estructura antigénica: Tiene antígenos comunes con las otras especies de la misma familia.

"Habitat": Epitelio de la conjuntiva ocular, del cérvix y la uretra femeninos y la uretra masculina. Hasta el momento no ha podido ser cultivado *in vitro*. En condiciones experimentales, algunas especies de monos son susceptibles de ser infectadas. No se consigue infección en los animales comunes de laboratorio.

Ciclo evolutivo: Ya hemos hablado de la transmisión de individuo a individuo; queremos referirnos aquí a los aspectos morfológicos que asume el virus en diversos estados de evolución en un mismo enfermo y que están representados en el siguiente esquema tomado de Thygeson (9).

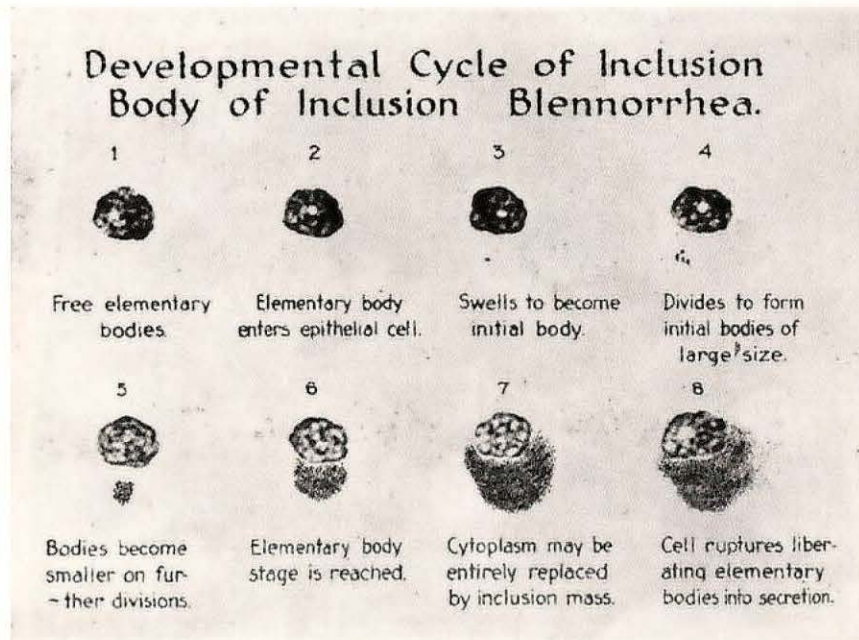


Fig. No. 1.—Ciclo evolutivo del CHLAMIDOZOON OCULOGENITALE, en células del epitelio de la conjuntiva. Según Thygeson, esquemático.

Vemos cómo los corpúsculos elementales libres del virus penetran en una célula epitelial y comienzan a aumentar de volúmen hasta alcanzar dimensiones vecinas de 1 micra. A estos elementos dió Lindner (4) el nombre de corpúsculos iniciales ("Initialform"). Una vez alcanzadas estas dimensiones, el corpúsculo inicial se divide para formar 2 a 4 gránulos de dimensiones sensiblemente semejantes a las del primero.

En las divisiones sucesivas las dimensiones de los elementos parasitarios van disminuyendo hasta llegar a las de los corpúsculos elementales, que se aprecian en los frotos coloreados con Giemsa como gránulos de 0,25 micras por término medio. La colonia de corpúsculos elementales, que es basófila, constituye la inclusión citoplasmática, y puede llegar a ocupar casi todo el citoplasma de la célula epitelial, provocando por fin la ruptura de ésta y dejando en libertad los corpúsculos elementales que van a parasitar nuevas células, con lo que se cierra el ciclo.

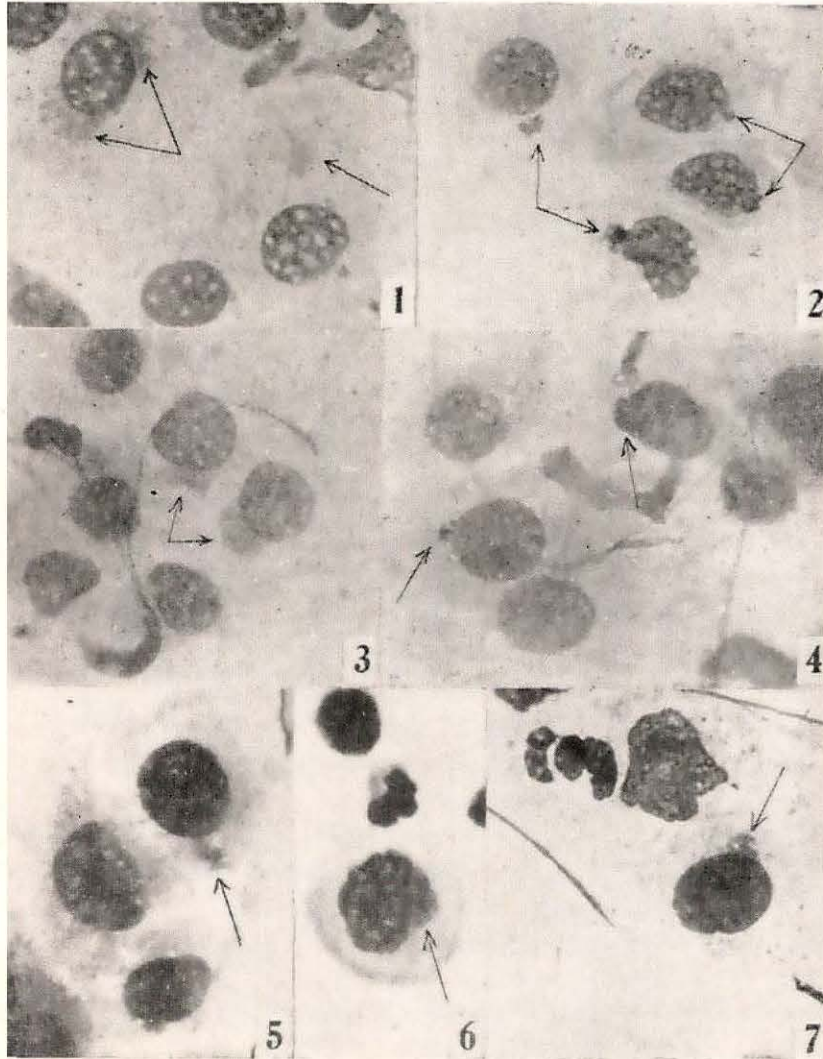


Fig. No. 2.—Raspado de la conjuntiva en casos de conjuntivitis a virus. Coloración por el Leishman-Giemsa y diferenciación en alcohol de 95%/1000X.

En las fotomicrografías tomadas en Kodachrome que proyectaremos ahora, podemos apreciar todos estos diversos estados evolutivos, que se encuentran con relativa facilidad en casi todas nuestras preparaciones. (°)

(°) Se proyectan 5 dispositivos tomados por uno de los autores (A.T.) en el Laboratorio del Hospital y que no se reproducen aquí por el alto costo de su impresión.

R E S U M E N :

Los autores hacen una reseña de los conocimientos actuales sobre clínica, epidemiología, patología, diagnóstico y tratamiento de la conjuntivitis a virus del recién nacido.

Presentan luego, en forma esquemática, la posición y relaciones taxonómicas del agente etiológico, el *Chlamydozoon oculagenitale*, dando algunos datos con respecto a las características del mismo.

Para ilustrar los diversos aspectos que presenta el virus, se proyectan dispositivos en Kodachrome tomados de preparaciones coloreadas con Giemsa, obtenidas de los casos costarricenses.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.) Breed, R. S., E. G. D. Murray & A. P. Hitchens, 1948.
Bergey's manual of determinative bacteriology, 6º ed.
XVI: 1529 pp. The Williams & Wildins Co. Baltimore.
- 2.) Halberstaedter, L. & Prowazek, S., 1907.
Über Zelleinschlüsse pararitärer Natur beim Trachom. Arb. k. Gsndhtsamte. 26: 44-47.
Cit. in Thygeson (11).
- 3.) Halberstaedter, L. & Prowazek, S. 1909.
Ueber Chlamydosenbefunde bei Blenorrhoea neonatorum non gonorrhoeica. Berl. klin. Woch. 46: 1839-1840. *Cit. in Thygeson (11).*
- 4.) Lindner, K., 1910.
Die freie Initialform der Prowazek'sschen Eeinschlüsse.
Arch. f. Opth. 76: 559-567. *Cit. in Thygeson & Megert (12).*
- 5.) Morax, V., 1903.
Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et la declaration obligatoire. Ann. d'Ocul. 129: 346-363.
Cit. in Thygeson (11).
- 6.) Moshkovsky, S. D., 1945.
Los agentes citotrópicos de las infecciones y las posiciones de las rickettsias en el sistema de los Clamidozoarios.
(En ruso) Uspekhi Soutremennoi Biologii 19: 1-44.
Cit. in Thygeson & Megert (12).

- 7.) Rake, G., M. F. Shafer & P. Thygeson, 1942.
Relationship of agents of trachoma and inclusion conjunctivitis to those of lymphogranuloma-psittacosis group. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.* 49: 545-547. *Cit. in Thygeson (11)*.
- 8.) Rivers, T. M. (editor) 1948.
Viral and rickettsial infections of man. XVI— 587 pp.
J. J. Lippincott Co., Philadelphia.
- 9.) The American Public Health Association (Editora). 1948.
Varios autores.
Diagnostic procedures for virus and rickettsial diseases. 347 pp
Public. Office Amer. Publ. Health Assoc. New York.
- 10.) Thygeson, P. 1934.
The etiology of inclusion blenorrea, *Amer. Jour. Ophth.*
17: 1019-1034. *Cit. in Thygeson (11)*.
- 11.) Thygeson, P., 1948.
Trachoma and inclusion conjunctivitis.
In. Viral and rickettsial infections of man. Editado por T. M. Rivers. Págs. 358-369. J. B. Lippincott Co., Philadelphia.
- 12.) Thygeson, P. & W. F. Megert. 1936.
The virus of inclusion conjunctivitis. Further observations. *Arch. Ophth.* 15 (3): 377-410.



Los Jefes de Campaña Antivenérea de Centroamérica y el Representante de la Oficina Sanitaria Panamericana, en una reunión del II Seminario de Venereología.

- 13.) Thygeson, P. & W. Stone Jr. 1942.
Epidemiology of inclusion conjunctivitis. Arch. Ophth 27: 91-119.
Cit. in Thygeson (11).

Comentario:

Dr. Zeledón: El brillante trabajo que nos ha expuesto el Dr. Alfonso Trejos, es digno del discípulo predilecto del fallecido y eminente hombre de ciencia, Dr. Clodomiro Picado, cuya memoria veneramos todos los costarricenses. Quiero formularle una pregunta al Dr. Trejos: Ya que él nos expone casos de conjuntivitis a virus, habiendo encontrado inclusiones en las células epiteliales conjuntivales, yo le interrogo si se buscaron las artritis y uretritis amicrobianas que junto con las conjuntivitis no gonocócicas forman el llamado Síndrome de Reiter, cuya etiología no está aun bien dilucidada, pero en la cual parece jugar papel importante el grupo de organismos Pleuroneumonia-Like. Cierto es que, aunque hemos investigado en nuestros Dispensarios rutinariamente la comprobación de artritis y conjuntivitis en todos los casos de uretritis no gonocócicas, hasta la hora no hemos diagnosticado un solo caso de Síndrome de Reiter tal como se encuentran frecuentemente en el extranjero.

Doctor Romero: Felicito al Lic. Trejos por el importante trabajo que ha presentado y por la valiosa colaboración en la organización de este evento como miembro del Comité Organizador de este Congreso. El como Jefe del Laboratorio del Hospital San Juan de Dios, tiene un campo amplio de investigación y tiene al mismo tiempo el espíritu de investigador. De manera que el amplio campo de que dispone y su espíritu de investigador, ayudan a que el Lic. Trejos sea entre nosotros uno de los hombres que más desarrollo ha dado a la investigación en Costa Rica. Yo quisiera felicitarlo nuevamente por este trabajo y esperar que desde su puesto siga colaborando con nosotros en la campaña antivenérea como ya lo ha comenzado a hacer, haciendo un estudio estadístico de las reacciones serológicas positivas que nos está presentando el Hospital San Juan de Dios, y tratando de resolver el problema de los falsos positivos que con mucha frecuencia se presentan en nuestra máxima institución hospitalaria; de manera que esto quería decir únicamente y dejar constancia de los agradecimientos del Congreso ante el Lic. Trejos.

Dr. Velarde: Es solo para felicitar al Dr. Trejos por su trabajo. Cuando el Dr. Zeledón y el Dr. Romero colocaron este trabajo al final de todos, fué con el objeto de cerrar con broche de oro este Congreso.

Lic. Trejos: En primer lugar, para agradecer la palabra de los Doc-

tores Zeledón, Romero y Velarde. Con respecto a la pregunta del Dr. Zeledón, *acerca del Síndrome de Reiter es uno de los puntos más interesantes que se estudian en la actualidad en este grupo de organismos que no son ni virus ni bacterias y en el caso particular de los que se han encontrado en el Síndrome de Reiter no se puede decir tampoco que sean unos ni otros. Eso es todo.*

Entre los microorganismos tenemos en primer lugar las bacterias con las características de todos conocidas. Después las Rickettsias con características de todos conocidas también y que se diferencian principalmente de las bacterias, no por sus dimensiones, pues hay bacterias que por pequeñas son muy semejantes a las rickettsias, sino por su incapacidad de crecer en los medios de cultivos comunes que se emplean para bacteriología. Y por último los virus que acabamos de estudiar. Como les decía, algunos los consideran o los clasifican entre las rickettsias, pero es difícil de limitar exactamente. Pueden ser organismos que en una época de su evolución tengan dimensiones que los aproximan de los virus y en otras tengan dimensiones que los aproximan de las rickettsias, ambos no son cultivados en medios exentos de vida. Tenemos ahora este grupo de microorganismos de que habla el Dr. Zeledón, que se ha encontrado en algunos casos de Síndrome de Reiter y que denominan los americanos Pleuroneumonia-Like u organismos Pleuroneumoniodes. Esto de la Pleuroneumonia de los bovinos, tiene algunas características interesantes. En cuanto a su evolución que en una época de ella son virus, son sumamente pequeños, pero en otra época de su evolución adquieren forma gigantesca hasta de algunas decenas de micras y se diferencian esencialmente de las rickettsias y de los virus por el hecho de que son cultivables. Aparecen colonias sumamente pequeñas: colonias a veces que hay que buscar con el microscopio entomológico y que son sumamente frágiles; vamos a ver que hay formas pequeñas bacilares pero al mismo tiempo hay algunas en las cuales se encuentran o se aprecian enormes dilataciones y lo más interesante, es que en estas formas como por una endogermiación se va a formar una gran cantidad de formas bacilares semejantes a las que se encuentran en los exudados de los casos de pleuroneumonía de los bovinos y que también se han encontrado en el tracto respiratorio de ratones, produciendo una agalaxia en el ganado bovino y caprino y que han sido demostrados en algunos casos de uretritis en el hombre. No he encontrado datos con respecto a si realmente ha podido comprobarse, si esos casos en los cuales se aisló de la uretra organismos pleuroneumoniodes eran realmente Síndrome de Reiter o nó, pero se considera la posibilidad y entiendo que en esto estamos continuamente variando de

criterio y cada día se acumula mayor número de datos. El Dr. O. Vargas aquí presente, nos podría dar alguna explicación al respecto.

Con relación al tratamiento, lamento que no esté presente el Dr. de la Cruz, que fué quien precisamente tuvo a su cargo la parte clínica y terapéutica, ya que no soy médico.

Dr. Vargas-Méndez: No desco alargar la discusión sobre clasificación. Actualmente se incluye este virus con los del grupo psitacosis-linfogranuloma. Sin embargo, su susceptibilidad a la quimioterapia, el carácter basofílico de sus cuerpos de inclusión y el ciclo intracelular de variación morfológica, lo separa de otros virus, acercándolo a las rickettsias. Quisiera preguntar al Lic. Trejos si se hizo investigación en las madres y en los padres de los positivos, buscando células parasitadas.

Lic. Trejos: Como decía, sólo en un caso nos fué posible realizar el examen vaginal ya que es difícil que la madre vuelva pues cuando acaba de dar a luz no es el momento propicio para hacerle un raspado. De manera que en un solo caso pudimos hacer un raspado cervical; en ese caso precisamente no pudimos demostrar la presencia de células parasitadas, había sí organismos libres, pero para poder afirmar que se trate del virus es preciso ver una célula parasitada. Si únicamente se encuentran los corpúsculos elementales, lo que uno cree que sean corpúsculos elementales ya que eso no es posible afirmarlo, no se puede hacer un diagnóstico seguro.

Estamos iniciando un trabajo en colaboración con la clínica de



Recepción ofrecida por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica a los congresistas.

tumores del Hospital San Juan de Dios en el cual se harán todas las investigaciones que ellos hacen allá para Neoplasias y al mismo tiempo que una lámina nos será remitida al laboratorio con el objeto de tener una idea sobre la incidencia de este tipo de virus en las mujeres costarricenses.

ACTA FINAL:

En el Salón de Actos del Sanatorio "Carlos Durán", siendo las once horas y treinta minutos de la mañana del día quince de junio de mil novecientos cincuenta y dos, y bajo la presidencia del Doctor Joaquín Zeledón Alvarado, Director del Departamento de Lucha Antivenérea de Costa Rica y Presidente del evento que va a finalizar, se declara abierta la *Sesión Solemne de Clausura del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología*.



El Dr. J. Zeledón A., de Costa Rica, abre la Sesión Solemne de Clausura.

Estaban presentes, además, las siguientes personas:

COSTA RICA:

Dr. José Cabezas Duffner, Ministro de Salubridad Pública.
Dr. Oscar Vargas Méndez, Director General de Salubridad Pública.
Dr. Arturo Romero López, Secretario del Comité Organizador.
Representación Oficial: Delegado de Costa Rica.

Dr. Jorge de Mézerville, Vocal del Comité Organizador.
Representación Oficial: Delegado de Costa Rica.
Dr. Rafael A. Cortés, Vocal del Comité Organizador.
Representación Oficial: Delegado de Costa Rica.
Lic. Arnoldo Castro Jenkis, Vocal del Comité Organizador.
Representación Oficial: Delegado de Costa Rica.
Lic. Alfonso Trejos Willis, Vocal del Comité Organizador.
Representación Oficial: Delegado de Costa Rica.
Dr. Raúl Blanco Cervantes, Director de la Lucha Antituberculosa.

EL SALVADOR:

Dr. José Joaquín Peralta.
Dr. Juan José Rodríguez.
Dr. Roberto Arévalo.
Dr. Herbert Lewy Van Severen.

GUATEMALA:

Dr. Juan M. Funes.
Dr. Julio Fuentes Novella.

HONDURAS:

Dr. Carlos A. Bendaña.

NICARAGUA:

Dr. Víctor Ml. Godoy
Dr. Manuel Sánchez Vijil

PANAMA:

Dr. Arturo Tapia.
Sr. Benigno Angulo.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA:

Dr. S. F. Farnsworth.
Representante, Zona III.
Dr. Jaime Velarde Thomé.
Venereólogo Consultor.
Sr. Joseph F. Padula.
Serólogo Consultor.

*El Dr. A. Romero L.
relata las recomendaciones
de la Comisión de
Tratamiento.*



El Señor Secretario del Congreso procedió a la lectura de las conclusiones y Recomendaciones de las Comisiones de Trabajo, previamente discutidas en la Sesión Plenaria Final, como siguen:

Resoluciones aprobadas por el IV Congreso Centroamericano de Venereología, celebrado del 12 al 15 de junio de 1952 en la ciudad de San José, Costa Rica, Centroamérica

I

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO
DE VENEREOLOGIA,

Acuerda:

Deberán entenderse comprendidos tácitamente por el adjetivo "centroamericano", todos los países del Istmo, incluyendo a Panamá.

II

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA, vistas las recomendaciones presentadas por la COMISION DE DIAGNOSTICO, integrada por los Doctores:

Joaquín Zeledón, de Costa Rica (Relator)
Jaime Velarde, de la Oficina Sanitaria Panamericana
Juan José Rodríguez, de El Salvador; y
Carlos A. Bendaña, de Honduras,

Acuerda:

- 1.—Insistir en la importancia de practicar el campo oscuro en toda lesión genital.
- 2.—Insistir en la importancia de repetir, cuando menos dos veces, los análisis serológicos para el diagnóstico de la Sífilis Latente.
- 3.—Insistir en la importancia de practicar, en forma sistemática, el análisis del Líquido Céfaló Raquídeo, para el diagnóstico de la Sífilis y para la observación de los casos de Sífilis tratados.
- 4.—Insistir en la importancia de practicar la reacción serológica cuantitativa a los casos de Sífilis tratada.
- 5.—Continuar los estudios sobre las reacciones positivas falsas.
- 6.—Dar mayor impulso a las encuestas serológicas, con fines estadísticos y como medios educativos.

7.—Dar mayor atención al estudio de la incidencia de las uretritis no gonocócicas.

8.—Recomendar la siguiente nomenclatura:

SIFILIS	ADQUIRIDA	Reciente	{ Sintomática
			{ Latente
	CONGENITA	Tardía	{ Sintomática
			{ Latente
	Reciente	{ Sintomática	
		{ Latente	
		Tardía	{ Sintomática
			{ Latente

9.) Convenir en que la Sífilis Congénita se denomine Reciente durante los dos primeros años de vida del niño, y Tardía después de cumplida esta edad.

10.) Convenir en que sea considerada como Sífilis Reciente la que tiene menos de 4 (cuatro) años de adquirida, quedando como Tardías las de cuatro años o más.

III

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENE-
REOLOGIA, vistas las recomendaciones presentadas por la COMISION
DE TRATAMIENTO, integrada por los Doctores:

Arturo Romero, de Costa Rica (Relator)
Julio Fuentes Novella, de Guatemala
Víctor Manuel Godoy, de Nicaragua; y
Jaime Velarde, de la Oficina Sanitaria Panamericana,

Acuerda:

1.—Recomendar los siguientes esquemas de tratamiento en las distintas clases de Sífilis:

SIFILIS RECIENTE: 1ª inyección de 2.400.000 U., 2ª inyección tres días después de 1.200.000 U. y 3ª inyección tres días des-

pués de 1.200.000 U.; es decir, una dosis total de 4.800.000 U.

SIFILIS TARDIA: El mismo esquema anterior, pero continuando la dosis de 1.200.000 U., hasta completar una dosis de 6.000.000 U.

EN SIFILIS Y EMBARAZO: Se seguirán exactamente los mismos esquemas según sea la clase de Sífilis que presente la mujer embarazada.

EN SIFILIS CONGENITA RECIENTE: Se aplicará una dosis total de 200.000 U. por kilo de peso, dividida en diez inyecciones.

EN SIFILIS CONGENITA TARDIA: Se aplicará una dosis total de 200.000 U. por kilo de peso, dividida en diez inyecciones.

- 2.—Recomendar, tal como lo hizo el TERCER CONGRESO CENTRO-AMERICANO DE VENEREOLOGIA, el uso sistemático de Penicilina Procaínica con Monoestearato de Aluminio al 2% (*llenando las condiciones especificadas por la O. M. S.*), mientras no se descubra una nueva preparación de Penicilina que la experiencia demuestre ser más efectiva.
- 3.—Tratar de controlar los resultados de los tratamientos en los casos de Sífilis, mediante exámenes clínicos y reacciones serológicas cuantitativas, por un período de dos años, que deberán de practicarse por lo menos cada dos meses.
- 4.—Recomendar, como lo hizo el TERCER CONGRESO CENTRO-AMERICANO DE VENEREOLOGIA, que la educación del enfermo sobre la naturaleza de la enfermedad que padece, se realice al mismo tiempo que el tratamiento.
- 5.—Recomendar que la vigilancia de un enfermo en tratamiento debe hacerse con un criterio epidemiológico, que es a su vez, el conjunto de los criterios Clínico, Serológico, Terapéutico y Etico-Social. Sólo la evaluación epidemiológica basada en este criterio permite catalogar al enfermo como peligroso o no para la sociedad.

IV

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA, vistas las recomendaciones presentadas por la COMISION DE SEROLOGIA, integrada por los señores:

Dr. Roberto Arévalo, de El Salvador (Relator)
Dr. Abel Paredes, de Guatemala
Bacteriólogo Benigno Angulo, de Panamá
Bacteriólogo Alfonso Trejos, de Costa Rica; y
Bacteriólogo Arnoldo Castro, de Costa Rica,

Acuerda:

Artículo Unico: Dejar en vigencia e inalterables, las conclusiones y recomendaciones presentadas y adoptadas en El Salvador, en el TERCER CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA, que fueron las siguientes:



El Dr. Roberto Arévalo, de El Salvador, relata las recomendaciones de la Comisión de Serología.

- 1.—Solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,

- a) Que establezca el Centro de Adiestramiento de Laboratoristas sobre bases permanentes.
 - b) Que dicho Centro sea considerado como Centro de Adiestramiento e Investigación y también como Laboratorio de Coordinación y Referencia.
 - c) Que continúe establecido en Guatemala el tiempo que se considere conveniente.
- 2.—Recomendar que se intensifique el estudio de las reacciones falsas positivas biológicas en Centroamérica, en virtud de que este estudio será de gran utilidad para el conocimiento de la reactividad de nuestra área geográfica y nos permitirá fijar la prueba mejor adaptable a nuestras condiciones regionales; y así mismo que se estudien cuidadosamente pruebas del tipo de Nelson, con miras a su empleo en la diferenciación de las reacciones falsas positivas biológicas.
 - 3.—Recomendar que se uniforme el tipo de pruebas utilizables y que una de ellas sea con un Antígeno con Cardioplipina y otra de fijación de complemento, tipo Kolmer; y que se sigan observando los trabajos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, a efecto de establecer una prueba patrón de referencia y que dicha prueba sea considerada para adaptación, cuando se terminen los estudios sobre ella.
 - 4.—Insistir en que se uniforme la manera de reportar los resultados de las pruebas, reforzando así la recomendación aprobada en Congresos anteriores. Tales reportes serán: Positivo, Negativo, Dudoso o Positivo Débil; y que se sigan estrictamente las especificaciones de los autores de dichas pruebas.
 - 5.—Recomendar que se establezca, hasta donde fuere posible, la serología cuantitativa sistemática y que el sistema de informes se haga en diluciones y no en unidades.
 - 6.—Recomendar que se establezca un sistema de información periódica, sobre serología de Sífilis, mediante la cual se mantengan informados los países de esta región, acerca de los últimos adelantos en la materia.
 - 7.—Sugerir el nombramiento de una Comisión encargada de establecer los requerimientos mínimos en cuanto a equipo y personal con que deba contar un Laboratorio que trabaje en Serología de Sífilis y que el Sr. Arnoldo Castro Jenkis, de Costa Rica, sea nombrado Presi-

dente de dicha Comisión, dejando a su elección el nombramiento de los colaboradores convenientes.

- 8.—Establecer que las recomendaciones de orden técnico tienen sólo una validez temporal, puesto que se espera que el próximo Congreso Mundial de Serología dicte regulaciones al respecto.

V

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENE-
REOLOGIA, vistas las recomendaciones presentadas por la COMISION
DE ASPECTOS SOCIALES, integrada por los Doctores:

Ricardo J. Peralta, de El Salvador (Relator)

Víctor Manuel Godoy, de Nicaragua

Carlos A. Bendaña, de Honduras

Jorge de Mézerville, de Costa Rica

Arturo Tapía, de Panamá

Manuel Sánchez Vijil, de Nicaragua (Asesor); y

Juan M. Funes, de Guatemala (Asesor),



*El Dr. R. J. Peralta, de
El Salvador, en el relato
de las recomendaciones
de la Comisión de
Aspectos Sociales.*

Considerando:

- a) Que a pesar de que en todos los Congresos Centroamericanos de Venereología se ha recomendado con justificada insistencia a los Gobiernos de Centroamérica y Panamá que deroguen todas las disposiciones reglamentarias existentes sobre la prostitución y eliminen de las oficinas sanitarias el control policíaco de la misma;
- b) Que en algunos países de Centroamérica se mantienen vigentes aún tales disposiciones reglamentarias,

Acuerda:

Instar muy respetuosamente de nuevo a dichos Gobiernos, de manera formal y precisa, para que procedan a la abolición de tan infamante como inoficiosa práctica.

Considerando:

Que la abolición del Reglamentarismo es inoperante sin la acción represiva concomitante de los centros y personas que la explotan en forma comercializada, y sin el respaldo de medios educativos y epidemiológicos,

Acuerda:

- 1.—a) Insinuar la urgencia de proceder a la clausura inmediata de prostíbulos y otros lugares que propicien el ejercicio de la prostitución.
b) La aplicación de medidas represivas a todas las personas que en forma comprobada auspicien, exploten o contribuyan al ejercicio de la prostitución.
- 2.—Que se asignen cantidades adecuadas en los presupuestos de Salubridad Pública, a fin de mejorar y preparar el personal que haya de desempeñar la investigación de contactos, la educación de los pacientes y demás actividades de carácter epidemiológico.

Considerando:

Que es importante conocer las causas coadyuvantes o determinantes de la prostitución,

Acuerda:

- a) Recomendar que se estimule el interés de la iniciativa privada o el de los Gobiernos de Centroamérica, a fin de que se pro-

ceda al estudio de tales causas, mediante la creación de Organismos de Higiene Social, que prevengan y combatan la prostitución.

- b) Recomendar que el tratamiento de un enfermo sífilítico implique, siempre que sea posible, el control clínico y serológico de los familiares y personas que conviven con él.

Sede del Quinto Congreso

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO
DE VENEREOLOGIA,

Acuerda:



*El Sr. Ministro de Salu-
bridad, Dr. J. Cabezas
Duffner, se dirige a los
congresistas en la Sesión
Solemne de Clausura.*

Por unanimidad, designar la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, como Sede del Quinto Congreso Centroamericano de Venereología, y señalar para su celebración, el mes de de 1954.

Temario del Quinto Congreso Centroamericano de Venereología

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA

Acuerda:

Que el temario correspondiente al V Congreso Centroamericano de Venereología sea el siguiente:

- 1.—Incidencia de modificaciones óseas radiológicas en Sífilis Congénita, durante la era penicilínica.
- 2.—Encuestas serológicas en medios promiscuos con Educación Anti-venérea concomitante.
- 3.—Uretritis no gonocócicas.
- 4.—Informes de labores con datos estadísticos de las campañas Anti-venéreas, incluyendo porcentajes de Sífilis reciente sintomática, Sífilis en todas sus formas y asistencia general a los dispensarios.

Comité Internacional del Quinto Congreso Centroamericano de Venereología

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA

Acuerda:

Que el Comité Internacional del Quinto Congreso Centroamericano de Venereología quede integrado en la forma siguiente:

HONDURAS:

Presidente, Dr. Carlos A. Bendaña
Vicepresidente, Dr. Manuel Cáceres Vijil
Secretario, Dr. Hernán Corrales

COSTA RICA:

Dr. Joaquín Zeledón Alvarado
Dr. Arturo Romero López

EL SALVADOR:

Dr. Ricardo Joaquín Peralta
Dr. Roberto Cáceres Bustamante

GUATEMALA:

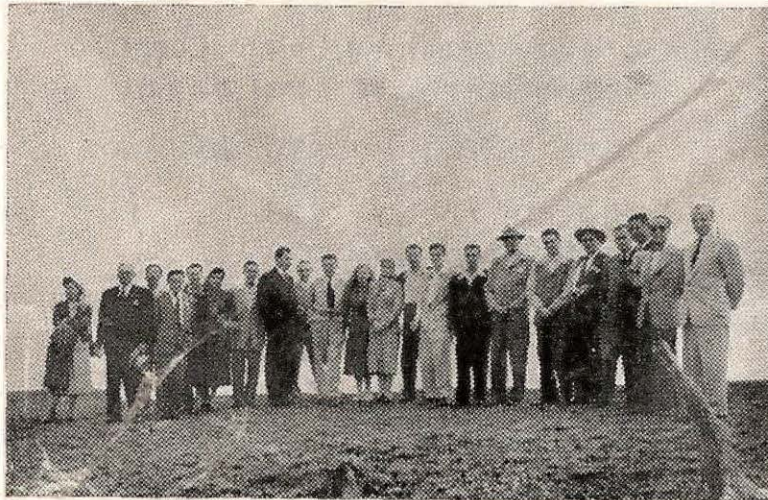
Dr. Juan M. Funes
Dr. Julio Fuentes Novella

NICARAGUA:

Dr. Víctor Manuel Godoy
Dr. Manuel Sánchez Vijil

PANAMA:

Dr. Arturo Tapia



Excursión al Volcán Irazú.

Depositario del Acta Final
EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO
DE VENEREOLOGIA

Acuerda:

Que el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica sea el depositario de esta Acta Final.

Votos:

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO
DE VENEREOLOGIA

Acuerda:

- 1.—Reconocer los beneficios del Seminario Venereológico celebrado previo a este Congreso y testimoniar un voto de agradecimiento y estímulo para el Dr. Jaime Velarde Thomé, Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, bajo cuya égida se ha celebrado este importante evento.



*El Dr. J. Velarde T.,
lleva la palabra en la
Sesión de Clausura.
(Sanatorio Durán).*

- 2.—Formular un voto de agradecimiento a los Doctores Theodore Bauer, Delmas Kitchen, John C. Cutler y Stanford Farnsworth, por su valiosa colaboración en este Congreso.
- 3.—Un voto de aplauso y reconocimiento al Comité Organizador de este Congreso, por el eficiente trabajo efectuado y el magnífico éxito obtenido, y al Doctor Joaquín Zeledón, Director de Lucha Antivenérea en este país, por la magnífica forma en que él ha organizado la campaña en Costa Rica.
- 4.—Se dá un voto de felicitación a las Repúblicas de Costa Rica y El Salvador, por haber abolido el sistema reglamentarista de la prostitución.
- 5.—Se dá un voto de aplauso al Gobierno de El Salvador, porque al abolir el Sistema Reglamentarista de la prostitución lo hizo, como fué expresado por él mismo, en acatamiento de una disposición emanada del Tercer Congreso Centroamericano de Venereología, dando así un ejemplo de apoyo de la fuerza gubernativa al criterio técnico.
- 6.—Se da un voto a la Oficina Sanitaria Panamericana, Regional de la Organización Mundial de la Salud, por la ayuda técnica prestada en el desarrollo de las campañas antivenéreas en Centroamérica y Panamá; y por el éxito alcanzado en la celebración de los Seminarios sobre Enfermedades Venéreas y demás cosas derivadas del plan cooperativo en desarrollo, el cual se sugiere no sea interrumpido, sino que se continúe y expanda.



Grupo de asistentes a la recepción ofrecida por el Departamento de Lucha Antivenérea.

Diplomas de Honor

EL CUARTO CONGRESO CENTROAMERICANO DE VENEREOLOGIA

Acuerda:

Conferir Diplomas de Honor a todos los Señores Delegados, por haber concurrido al Congreso y asistido a todas las sesiones celebradas y por la destacada participación de cada uno de ellos en este evento científico.



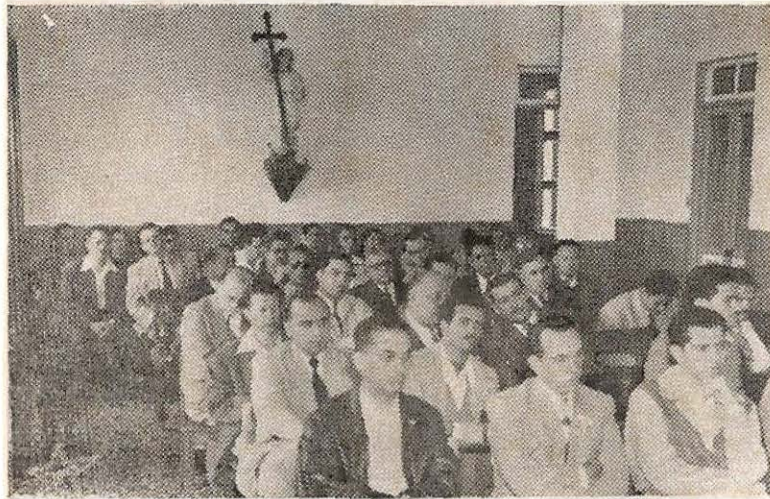
Vista parcial del agasajo ofrecido por la Lucha Antivenérea en el Sanatorio Durán.

Palabras de Despedida

El Dr. Joaquín Zeledón A., Presidente del Congreso, dijo las siguientes palabras de despedida a los Delegados:

Hemos llegado felizmente al final de esta importante jornada y, al clausurarla, permítaseme expresar a todos los congresistas el más profundo agradecimiento por habernos hecho el honor de acudir a nuestro llamado, aportando valiosos estudios y tomando parte en los pronunciamientos científicos definitivos cristalizados en las Resoluciones que acabamos de aprobar.

Llevad a vuestros Gobiernos y Pueblos, distinguidos colegas y amigos, un fraternal abrazo de los costarricenses.



Asistentes a la Sesión Solemne de Clausura en el Sanatorio Durán.

Aprobada y firmada el Acta Final en la ciudad de San José, República de Costa Rica, el día 15 de Junio de 1952.

Costa Rica	(f) J. ZELEDON A.
El Salvador	(f) R. J. PERALTA
Honduras	(f) C. A. BENDAÑA
Nicaragua	(f) V. M. GODOY
Panamá	(f) A. TAPIA
Oficina Sanitaria Panamericana	(f) J. VELARDE T.
El Secretario del Congreso	(f) A. ROMERO L.