

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXIV

Bogotá, Junio de 1956

Nº 6

Tres Capítulos de Salud Pública *

Dr. Héctor Acevedo Ardila

CAPITULO I

EL NIÑO — HOMBRE — AMBIENTE — ENFERMEDAD

EL HOMBRE

El hombre, considerado como unidad, es el producto de complejo proceso en que intervienen tanto los determinantes ancestrales, como el conjunto de circunstancias derivadas del medio ambiente, que se proyecta sobre él a través de la madre, durante su nacimiento a la vida de relación y se prolonga a lo largo de su desarrollo imprimiéndole características temperamentales, modalidades psíquicas, conformación física que constituyen su personalidad. La vida parasitaria fetal, se halla intervenida por todos aquellos factores, derivados, unos de los caracteres impresos en los productos glandulares "genes" cuyo conjunción de origen al sér y que se definen como atributos raciales modificados favorablemente por un proceso de decantación en que influye la inmunidad, la resistencia adquirida, la atenuación de la morbosidad por acción de las sucesivas generaciones que se comportan a manera de tamices, o desfavorablemente por la suma de factores adversos que inciden sobre el sujeto como resultantes del medio y que suelen calificarse como proceso degenerativo; otros de los fenómenos del complicado mecanismo evolucionario donde la simetría, la oportunidad y la energía de que han de hallarse facultadas las células pueden o no originar un producto perfecto; otros

* Publicamos a continuación los dos primeros capítulos de este interesante trabajo de Medicina Preventiva. El tercer capítulo aparecerá en el siguiente número de la Revista.

de las condiciones del continente uterino y de la despena materna con su órgano multivalente, la placenta.

Sortear esta serie de probabilidades conservando a lo largo de ellas cuanto se requiere, para obtener un producto con integridad anatómica y fisiológica, constituye ya un triunfo de la vida y de la capacidad de superación, cuya contemplación obliga al reconocimiento de algo superterreno que preside los destinos humanos.

El contacto con el ambiente, de un producto que ha debido prepararse dentro del claustro materno para acondicionarse a él, es una prueba cuya repercusión puede influir definitivamente en su futuro.

La incapacidad del recién nacido para su propia defensa, ha de continuar siendo suplida por quienes tienen vinculaciones naturales con el nuevo sér; la madre preferentemente; y de la capacidad de la madre se deducirá la posibilidad de superación del hijo.

La sucesiva eclosión de las facultades de la criatura, obliga su orientación y su confrontación con el medio ambiente, función que ha de estar presidida por la capacidad de influencia de los guías naturales sobre las condiciones adversas del medio.

El hombre es, en definitiva, el producto de un acto comúnmente inconsciente cuya trascendencia no es valorada por sus gestores pero cuya repercusión se proyecta con caracteres definitivos en el nuevo ser a lo largo de su existencia.

Pocos son, ciertamente, quienes cumplan el acto de procreación con intención y análisis supuestos al movimiento instintivo y a la satisfacción concomitante.

Y la criatura, no susceptible de modelarse como obra humana a satisfacción o según la capacidad inventiva de sus genitores, es una resultante oculta e independiente de la voluntad de estos, sometida fatalmente a multiplicidad de influencias.

El niño viene a ser una especie de dinamo que recibe su carga sostenida de energía y la va empleando en la satisfacción de sus crecientes facultades conforme a ímpetus naturales y según la orientación y aplicación que se le induzca. El átomo, integrante celular lleva en su constitución un poder, no determinado aún, de fuerza viva que se traduce en latente o evidente acción. Aplicarla a causas buenas o malas constituye ya una consecuencia re-

lacionada con la capacidad de la conciencia y de la voluntad cuando se posee el pleno ejercicio de estas facultades o con el influjo de extraños cuando se obra bajo su órbita.

La vida del hombre se conduce conforme a una curva esquemática ceñida a las condiciones biológicas, en que juegan los fenómenos de metabolismo, con un período inicial de progresión o expansión sucedido por otro de estabilización o estacionamiento, que a su vez es continuado por uno de declinación o restricción; estos períodos calificados en orden a la substancia y a la fuerza tienen equivalencia y paralelismo con el proceso psicológico que se hace evidente confirmando, la actitud, la experiencia y la obra o sea según define Charlotte Buhler, "cuanto los hombres hacen hacia afuera, el modo de reaccionar interiormente y los resultados de su producción".

Pero, esta natural concatenación e interdependencia entre lo tangible y lo abstracto, está ciertamente sometida a múltiples factores que pueden estrecharla o relajarla.

La división de los tres períodos del desarrollo a que se ha aludido, en cuanto a lo biológico se puede fijar en relación a la capacidad de procreación, si bien, estos límites imprecisos tienen su natural variación individual.

Estas diversas fases tienen sus manifestaciones también en la vida de relación, apreciándose la expansión en la posibilidad de acción, en la energía desplegada en cada actividad, en la capacidad de formar su ambiente, su hogar su medio económico; y estas actividades se estabilizan luego y decrecen después manifestándose en aislacionismo, conformidad, desinterés.

No obstante, son estas normas generales, un tanto idealistas, ya que la vida real, suele prodigar múltiples ejemplos de inversión de este proceso y esto precisamente, puede ser el resultado de influencias intrínsecas y del medio, susceptibles de modificar hacia la curva trazada como normal media.

En los aspectos psicológicos, el contraste suele abundar hasta hacerse casi común el que la producción intelectual sea más bien producto de la edad que le imprime profundidad, madurez, intensidad y grandeza, a la vez que se reviste con la autoridad de la experiencia. Pero esta capacidad intelectual, está igualmente sometida a la influencia de factores semejantes a cuantos intervienen en la evolución biológica.

El concepto sobre la finalidad de la vida, va evolucionando asimismo según el desarrollo individual: se van divisando panoramas diversos a medida que el punto de vista varía en la escala que es preciso recorrer y los horizontes van variando así se ascienda o descienda en ella. De ahí que el adolescente tenga sobre la vida ideas imprecisas, vagas, inconcretas que van cristalizando y tomando forma con su evolución corporal y mental, creándose un sedimento de hechos que fundamentan la experiencia y que infunden perfiles definidos al juicio y concepto del hombre maduro.

Esa diversa concepción origina la pugna de generaciones a que suele asistirse en los distintos aspectos de la vida común.

No es, que la verdad sea mutable, ni que la razón sea predominio de unos, sólo existe diversidad en la representación de ella como consecuencia de quien la contempla y no del objeto contemplado.

En un material que se presenta sin modelar, la acción de quienes intervienen en su conformación hará resaltar sus atributos o podrá imprimirle vicios definitivos que rebajan sus calidades.

El niño, desde que nace cae bajo la influencia de quienes le rodean y se inicia así el proceso educativo. Si al cúmulo de modalidades intrínsecas se agrega el factor de lo transmitido por el medio, el producto maduro habrá de corresponder a un complejo engranaje cuyos efectos son sentidos por el propio sujeto y por la sociedad.

Ello realza la importancia de una buena dirección.

En el campo virgen de su mundo psíquico donde se van estratificando los planos de lo subconsciente y de la consciencia, va tomando posiciones todo cuanto se percibe por sus sentidos en desarrollo y se va creando toda una gama de complejos y de impresiones que modelan la personalidad y que unas veces se manifiestan involuntariamente en el ensueño, otros impulsan los actos voluntarios dentro de la órbita en su vida de relación.

El trato de los padres, la conducta recíproca de éstos, los episodios del hogar, el advenimiento de nuevos seres, las facilidades o estrecheces de la vida, el contacto con sus semejantes, la calidad de tales contactos, en fin la más trivial circunstancia es susceptible de influencia en el niño y se grava para ir formando

su personalidad. Cuántos traumatismos psíquicos definen la conducta futura del individuo y cuán compleja es la personalidad humana que se forma del conjunto de tan múltiples factores!

Cada detalle en las manifestaciones del niño, es susceptible de estudios para obtener conclusiones generales: los movimientos que pueden ser inventariados por sexos y por edades; la calidad de ejercicios y la tendencia a los deportes, variable igualmente según los mismos factores; la línea de crecimiento y la del peso, las manifestaciones de la afectividad con el complejo de Edipo, las tendencias narcisistas, el onanismo, que van traducéndose con periodicidad determinada. Viene luego la adolescencia, etapa crítica en la cual hay como una sacudida que afecta por igual el cuerpo y el espíritu. La capacidad genésica se presenta como la primavera en la sucesión de las estaciones, con un ímpetu de la naturaleza que se capta por todos los sentidos. Es la eclosión de la fuerza vital reflejada con todas sus manifestaciones. Es la iniciación del fundamento natural de procreación. Pero, este período, alcanza a unos más preparados psíquicamente que a otros, y la actitud del joven varía substancialmente según los factores que hayan influido en su formación. Mientras algunas niñas reaccionan ante la menarquía con temor, otras la identifican con el estado subconsciente de desprecio al sexo, de identificación masculina, de tendencia eliminativa; otras la interpretan como el cumplimiento de la aspiración heterosexual y la capacidad de dar cumplimiento a su función materna; estas reacciones emocionales, que brotan impulsadas y presididas por la producción hormonal se fijan como producto de traumas que han tenido y continuarán teniendo exteriorización durante el sueño y mediante los actos privados y sociales de la mujer.

En el varón, los signos externos de la pubertad, tienen menor objetividad, si bien acaecen con igual cúmulo de circunstancias concomitantes que determinan su conducta temporal o definitiva y recogiendo el concurso de cuanto ha impresionado su mente e influenciado su cuerpo con antelación.

Edad esta, que requiere atención esmerada por parte de los padres y de los maestros, tan ausentes por cierto de conocimientos suficientes para obrar atinadamente.

Havellock Hellis en su densa obra sobre psicología sexual, aporta suficiente material fruto del concurso de espontáneos colaboradores que relatan sus propios problemas, para concluirse

cuán grande es la influencia de los actos involuntarios de la infancia en la creación de hábitos que determinan la conducta futura del sujeto, hasta el punto de poderse afirmar que en materias sexuales, los límites de la normalidad no podrán definirse dentro de la amplia zona de las actividades y de la conducta anormal. Y cuanto con criterio simplista suele calificarse como actos punibles solo son fruto de una formación incubada en la edad temprana.

La plenitud en el desarrollo de la personalidad no se obtiene sino pausadamente, suele coincidir con la "tranquilidad" hormonal, esto es con la estabilidad balanceada de las secreciones internas. Es un proceso metódico de maduración sometido a todos los determinantes internos y del medio. Las energías psíquicas llegan a su mayor potencia y el Yo se manifiesta en forma más segura, menos impetuosa, más organizada y evoluciona hacia un movimiento o actitud de extraversión inconsciente en los semejantes, buscando su identificación con las generaciones sucesivas, los hijos, que vienen desplazando como objetivos de su actividad a su propio sujeto. Cuando, se advierte este movimiento espontáneo hacia la sucesión, suele en veces originarse un espíritu de reacción hacia sí, como una actitud desesperada por adherirse a lo que se va y lleva consigo su propio sér. Período biológico, en que se parte la historia del individuo entre el pasado fugaz y el porvenir que ha de prolongarse a través de sus renuevos.

Pero esa ideal plenitud física y mental, estará sujeta igualmente a los azares de influjos sumados en todo el proceso de crecimiento y al contacto permanente con el ambiente, lo cual induce a un forzoso y consciente análisis de sí mismo, de su obra y de sus posibilidades, trayendo como efecto la desesperanza, el abandono, el pesimismo o el goce, la ambición o el mayor impulso, así sea el balance y la imparcialidad con que se verifique. Y la conducta que el individuo asumirá habrá de ser la consecuencia de estos estados de ánimo.

Cuando el catabolismo predomina y las reservas corporales van quemándose y los tejidos no se nutren con nuevos aportes celulares, la curva de la vida declina hacia su término. El efecto del roce con la atmósfera en que se ha gravitado, va frenando el impulso inicial y va limando las aristas que fueron los ornamentos de la personalidad; flaquean los soportes de la arquitectura humana y termina como en las hecatombes con el derrumbe de todo el engranaje material y mental que es el residuo de la vida.

No obstante, suele observarse que individuos que han cumplido su función genésica, que han logrado su tarea forzosa, se vean despojados de estas obligadas actividades por efectos del tiempo y sientan un influjo de energía extrovertida que se manifiesta en un mayor deseo de incorporación social, si bien el esfuerzo que en este alarde de capacidad se emplea, acelera el episodio final.

Si, cuando el organismo obedece al impulso de la fuerza vital que lo lleva a vencer tantas acechanzas, requiere vigilancia y atención, cuánta habrá de necesitar el individuo que por ley biológica vive el proceso decadente en su interior y siente la urgencia de apoyo para prolongar su expectativa de un infalible final? Si el milagro es vivir, qué no será necesario para agregar un nuevo milagro cada día cuando todo conjura contra la supervivencia?

HOMBRE — AMBIENTE — ENFERMEDAD — (RAZAS)

He tratado de analizar cómo el proceso de la vida del hombre se halla sujeto a influencias generales que determinan en él su fisonomía física y psíquica aludiendo a los efectos que tal influencia puede ocasionar en su conducta.

Iniciando la orientación de este estudio hacia los aspectos referentes a la enfermedad, que es uno de tales factores, susceptible de control, trataré de referirme a los derivados de la herencia, las consecuencias del medio y las posibilidades de obtener efectos favorables de la aplicación de estas mismas influencias sobre el individuo.

Hoy se puede afirmar, como cuestión definida por la ciencia, el carácter hereditario de antígenos sanguíneos, en forma que la existencia de éstos en el niño implica su presencia en alguno de sus progenitores. Como consecuencia de características recesivas en la familia, se producen anomalías asociadas a enfermedades o defectos, manifiestos o no en los progenitores y vinculados algunas veces al sexo o aumentadas por nexos raciales. Algunas veces, como es sabido, los caracteres latentes en una generación se transmiten y se hacen evidentes en la siguiente. Otras tienen manifestación en determinado sexo. Pero, no obra en tal mecanismo una forma simplista ni un sentido único de las corrientes; cada progenitor aporta la mitad de los genes que vienen a integrar el nuevo ser y con ellos acrecentan el caudal de atributos y de ras; "estatura, color, capacidad intelectual, duración de la vida,

personalidad, dependen de varios genes. Asimismo el comportamiento o conducta anormal, tales como las psicosis corrientes, epilepsia, psiconeurosis y deficiencia mental" (L. S. Penrose M. D. (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana". Abril 1954).

Valorar el justo precio de la herencia como determinante de las condiciones físicas y psíquicas del individuo, no es por cierto, cuestión de sencillo procedimiento dada la multiplicidad de combinaciones de los distintos genes contenidos en las cromosomas que se conjugan para producir un tipo individual con características inherentes en todo su físico produciendo exponentes diversos entre los propios productos vinculados estrechamente. No es por tanto ley inexorable la que rige la presencia de caracteres transmitidos en sucesivas generaciones, sino más bien se adquiere un estado predisponente hacia determinadas manifestaciones con sujeción al concepto de probabilidad.

Respecto a la enfermedad o a las manifestaciones patológicas productos de la herencia, se han denominado "genes negros" a los que conducen esos estados de predisposición, que dentro de individuos de la misma familia pueden dar por resultados afecciones o estados diferentes.

La forma como se comportan dichos "genes negros" ha sido establecida previa definición y clasificación de aquellos, distinguiéndose, en Dominantes, para los que pueden de por sí, sin la natural combinación producir su efecto sobre uno o más hijos; recesivos, aquellos que producen sus efectos previa la conjunción de dos de estos elementos; sexuales articulados recesivos aquellos cuya unidad puede producir efectos en el varón pero requiriéndose dos para producirlos en la hembra; sexuales articulados dominantes, provenientes de X cromosomas y con capacidad cada cual de producir efectos semejantes en uno y otro sexo; sexual articulados incompletos siendo los genes correspondientes simultáneamente a cromosomas Y y X. "Dominantes plus" cuya acción se sobrepone a la de otros genes indeterminados; Recesivos Plus, cuya acción requiere la suma de un par de dichos genes adicionada a la actividad de otros indeterminados o igualmente recesivos; "dobles dominantes" cuyos efectos sólo se producen en el asocio de dos genes dominantes; "dominantes calificados" y "recesivos calificados" cuyos efectos son variables, en relación a circunstancias que rodean su acción y la de otros genes.

Esta discriminación viene a clarificar cuanto se trató de atribuir a la herencia frente a sus consecuencias patológicas.

Estas, por su parte, pueden ubicarse en cualquiera de los sistemas orgánicos, siendo factible agruparlas con relación a los distintos genes que pueden originarlas.

Genes dominantes: Hipertensión, hipotensión, tumores de la piel y del cerebro, adenoma sebáceo, poliposis del colon, glioma de la retina, neurofibromatosis, falsas diabetes, gota, telangiectasias, anemia, deformidades de los eritrocitos, falta de desarrollo de los glóbulos blancos, alergias, edema angioneurótico, corea de Huntington, temblor, parálisis intermitente, miotonia congénita, distrofia muscular progresiva del adolescente, atrofia óptica del recién nacido, opacidad de la córnea, aniridia, membrana pupilar, nistagmus, ptosis palpebral, sordera de la recepción, ausencia del pabellón auricular, algunos defectos en la constitución dental, en la constitución, implantación y desarrollo de las faneras, xantheasma, keratosis palmar o plantar del recién nacido o del púber, acromia segmentaria del cabello, hiperhidrosis, ausencia de olfato.

Genes recesivos: Fiebre reumática, diabetes mellitus, alcaptonuria, cystinuria, pentosuria, disfunciones metabólicas de grasas y proteínas, fibrosis pancreática, esclerosis cerebral, microcefalia, enfermedad de Wilson, epilepsia mioclónica, ataxia espinal de Friedreich, atrofia espinal, amytonia congénita, distrofia muscular progresiva del preadolescente, desplazamiento pupilar, tinte rojizo del esmalte dental, paquidermia, dermatosis escamosa generalizada neonatal, trasposición visceral.

Sexuales articulados recesivos: Hemofilia, esclerosis cerebral, paraplegía espástica, atrofia óptica del adulto, retinitis pigmentosa, defectos visuales, microoftalmia, discromia rosada ocular, nistagmus, parálisis ocular, daltonismo, defectos dentales de conformación, implantación y coloración, ichthiosis, distrofia folicular.

Sexuales Articulados dominantes: Epixtasis espontáneas, labio leporino, discromia dental.

Sexuales articulados incompletos: Paraplegía espástica de la infancia, defectos visuales, dermatosis.

Dominantes plus: Alergias, deficiencia mental, enanismo, distrofias cutáneas y de las uñas.

Dobles dominantes: Xanthelasma, anemia letal de la infancia.

Dominantes calificados: Várices, pseudo-hemophilia, fragilidad globular sanguínea con anemia, afección poliquística del embarazo, linfadema.

Recesivos calificados: Fiebre reumática, hepato y esplenomegalia, Cystinuria, desórdenes proteínicos, Síndrome de Laurence-Moon, epidermolisis neonatal.

Corresponden estas plurales manifestaciones concretas por Amram Scheinfeld en su obra "The New You And Heredity" a aquellas cuyo origen ha logrado establecerse en relación a la herencia transmitida por genes derivados de uno u otro sexo en diversos grados de consanguinidad con el nuevo sér, pero son solo algunas, esto es que restan ciertamente tantas otras cuyo origen aún la ciencia trata de identificar.

Más, interpretar desde el punto de vista práctico los alcances de estos antecedentes, para aplicar las normas de protección, cual corresponde a los objetivos naturales de la medicina preventiva, es lo fundamental ya que no ha de incurrirse en la exagerada valoración que lleve al fatalismo o a aconsejar el abstencionismo como medio negativo o por el contrario a la subestimación de la vinculación de causa a efecto. La frecuencia en los aludidos defectos, se halla en razón directa de la coexistencia en ambos cónyuges o en sus colaterales o a la presencia en solo uno de ellos, así como el tipo genésico al cual corresponden.

Pero, los alcances de la herencia no se limitan a los factores de conformación física, talla, color, aspecto y modalidades raciales, ni a los estados determinantes de lesiones o afecciones ya descritas, sino que intervienen como factores que adquieren gran trascendencia individual y social, tales como el de expectativa de vida, resistencia natural al ambiente, posibilidades físicas, capacidad genésica, aptitudes específicas, tendencias, capacidad mental, que si bien suelen atribuirse por algunos con exclusividad a la recepción de los caracteres transmitidos por los padres, se hallan aún mayormente conectados con el ambiente tomado desde el claustro materno, con las múltiples circunstancias que lo rodean.

Respecto a la expectativa de vida, o potencial límite de la vida, actuarían separada o simultáneamente, las influencias ances-

trales y de medio, ya que efectivamente, el individuo que recibe de un gene dominante el correspondiente aporte de fuerza o capacidad vital latente, entra con tales reservas a enfrentarse a las plurales circunstancias que tienden a neutralizarlas a frenarlas. Quizás podría ser aceptable el simil de la vida de los cuerpos celestes que impulsados por una fuerza inicial hacia el recorrido de sus eclípticas, van perdiendo seguramente su impulso en su roce con la atmósfera o medio que a la vez va conformándolos y mellando sus aristas hasta llegar a la probable pérdida absoluta de la substancia o a la inercia por extinción de la dinámica original.

Esa capacidad ingénita de longevidad, ha venido teniendo con el tiempo y como resultado de diversos factores a los cuales se hará referencia en relación con el medio ambiente, mayor posibilidad de expresión real.

Las aptitudes son otras resultantes en que juega la herencia como determinante pero que no han de buscarse o esperarse con sentido matemático ya que como queda dicho los genes se comportan en forma compleja y sólo algunos renuevos reciben directamente de sus inmediatos ascendientes la dote de atributos y defectos. Así que la inteligencia del padre puede no destacarse en el hijo, la belleza de la madre, hallarse ausente en la hija, la tendencia al cultivo y la disposición especial por las artes, por las ciencias u otras aptitudes no advertirse en los renuevos. E igualmente cabe la posibilidad, positiva o negativa, de que el comportamiento dentro de la sociedad que rompe en veces las regulaciones que ésta se ha venido dando se halle inducido por factores ancestrales.

Respecto a la prolongación de la vida, se plantean tres factores: La acción directa de genes mortales que pueden influir en el individuo produciendo su muerte prematura; genes "negros" que producen lesiones, afecciones o estados, que acortan la vida; a una combinación de genes que afectan uno o más sistemas u órganos cuya necesidad sea de mayor o menor trascendencia para la conservación de la vida. Esta teoría se resume en el concepto del fisiólogo, doctor A. J. Carlson, quien dice: "La herencia de tiempo de vida o poder de vida varía considerablemente en diferentes órganos del individuo, y según estas sean más o menos necesarios para la vida, el órgano débil con su influencia sobre los otros puede determinar el plazo de vida del individuo".

Y el Profesor Herman J. Muller afirma: "Probablemente la mayoría de personas poseen a lo menos un gene recesivo o grupo de genes los cuales tuvieron origen en los dos padres y que causarían la muerte de estos entre el nacimiento y la edad madura".

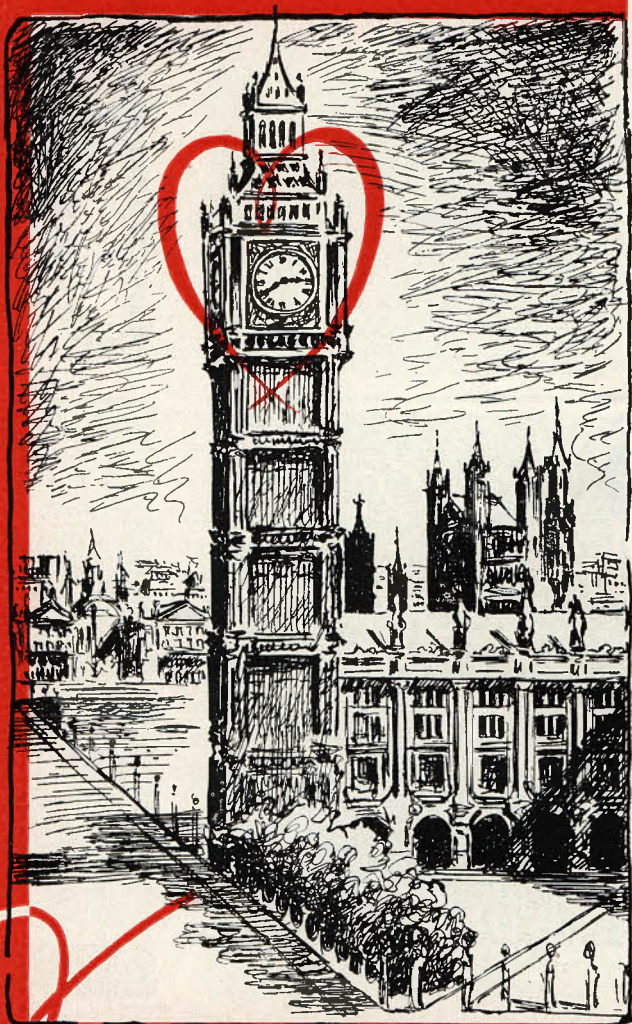
LA RAZA. — La acepción de este vocablo, no tiene una limitación precisa y obran factores diversos en su determinación. Hay desde luego un sentido genésico que influye en torno a su concepción. Casta, calidad o linaje, pueden ser términos que adquieran sinonimia: "grupos en que se subdividen algunas especies zoológicas cuyos caracteres diferenciales, que son muy secundarios, se perpetúan por generación; "grupos de seres humanos que por el color de su piel y otros caracteres se distinguen en raza blanca, amarilla, cobriza y negra". (Real Academia Española).

Esta referencia que al aspecto racial creo necesaria hacer dentro del compendio de materia que me ocupa, se halla orientada, no a desentrañar en el origen de la humanidad la génesis de cada una, ni al proceso evolutivo por ellos traído, sino a aspectos que tengan interés desde el punto de vista de condiciones colectivas e individuales en relación con la salud.

El mundo no es ya lo que antaño, un conjunto de continentes aislados donde los pueblos se concentraron con instinto centrípeto, prevaleciendo lo autóctono, sino una serie de habitaciones o compartimentos dentro de una común residencia que tiene por confines los límites del globo terráqueo y que ya comienza a proyectarse extravasando su influencia hacia más allá del horizonte que lo circunda.

Es muy probable que las razas originales, hubieran sido constituídas por la conjunción de genes equivalentes dando comienzo al desarrollo de cada una de las familias en que se fue distribuyendo la especie humana fijándose características iniciales propias y definidas desde un comienzo que vendrían a ser las que definen los distintos tipos de raza o bien que esta fijación haya sido, por el contrario el resultado posterior de una serie de conjunciones sucesivas de genes que hayan contribuido a dar su aporte a la constitución y fijación de tales modalidades. O que, por el contrario la filiación típica racial inicial haya sido, no producida por genes afines, sino precisamente por aquellos que encerraran más disímiles condiciones.

Life



ardiosedina

TONIFICA
SOSIEGA
APACIGUA



CANSADO

DIETAL



anti — amibiano
— disentérico

no
arsenical

COMPRIMIDOS



Investigadores, a lo largo de los siglos han querido llegar al misterio de la creación y a la génesis de la especie humana y solo teorías de probabilidad han logrado. Pero, no se precisa esfuerzo para considerar, como la facilidad que el progreso va trayendo y la tendencia natural hacia la sociedad que impulsa al contacto de los hombres, va dejando cada vez más reducidas al mínimo las poblaciones que han podido permanecer sin mezcla.

Muchos genes, a lo largo de sucesivas generaciones han contribuido con su aporte a modificar las iniciales características raciales y si bien aún se suelen identificar tipificándose dichas razas, de sus exponentes podrán obtenerse productos más cercanos a otros ancestros. Fué Gregor Mendel quien quiso en el año de 1865 reducir a "leyes" el comportamiento de la herencia más, sucesivos investigadores, lograron, ya en el presente siglo, comprobar cómo la complejidad de esta materia no se puede someter a linderos de rigidez. En 1907, el profesor de la Universidad de Columbia, Thomas Hunt Morgan, experimentó en la *Drosophila melanogaster* comprobando que la simplicidad del enunciado mendeliano no resume la cuestión. A este nombre habría que agregar los de Herman J. Muller, Goldschmidt, Jennings, Castle, Whight, Hockard, Crew, Cuénot, Little quienes experimentaron en variadas especies animales y Davernpost, Haldane, Hogben, Penrose, Synder quienes aplicaron su espíritu investigativo a lo humano. Nombres estos que, se mencionan en estas líneas, no con ánimo de pretendida erudición, sino con necesidad de aparecer justos al hacer mención de quienes a la ciencia han contribuido con sus conocimientos y sus esfuerzos.

Pero, suele afirmarse con inusitada frecuencia, que los vicios y lacras habituales en distintos grupos sociales, ubicados en zonas geográficas determinadas, son consecuencia de origen racial y asimismo se califican los distintos conglomerados con características específicas atribuibles al concepto de raza.

No obstante, a lo largo de los siglos, ha habido gran movimiento de población que se ha mezclado, se ha confundido y cuyas características han tenido forzosamente que sufrir mutación por la conjunción de genes derivados de diversos troncos. Cómo podrá entonces establecerse tan marcada relación de causa a efecto entre lo que se da y cuanto se recibe de la raza en sí? Y, a medida que las generaciones se suceden, los recuerdos de los aborígenes van siendo más remotos y por ende menos definidas sus

influencias sobre el individuo, si bien es natural pensar que a lo largo de la serie de tamices que la sucesión de renuevos constituyen, puede dejar pasar rasgos definidos, directamente originados en el tipo primitivo racial.

Los pueblos nuevos, hacia donde la civilización va polarizándose presentan con mayor razón esa confusión de tipos mezclas de tan disímiles exponentes que originalmente los conquistaron, los modificaron y los repoblaron, hasta el punto de resultar difícil establecer los caudales de herencia que en cada tipo corren. Y esa misma circunstancia de la natural atracción que el progreso con toda suerte de mejores posibilidades de existencia trae, da mayor movimiento a la población, mayor cruce, mayor dilución a los caracteres raciales.

Por otra parte, el factor de las guerras, los intentos de dominio a otros pueblos, han traído desde pretérito remoto el proceso de intercambio sanguíneo y la mixtificación racial.

De ahí que resulte un tanto exagerado y se pueda atribuir a cierto prurito de aparecer con mayores derechos o a complejo de inferioridad que a ciertas colectividades al igual que a determinados individuos afecta, el hablar de virtudes o defectos raciales para aludir a grupos de población alinderados por los límites artificiales producto de la mano del hombre.

EL MEDIO

He aquí un factor cuya trascendencia es preciso destacar, ya que llegan sus alcances más allá de los que el individuo despojado de su ambiente y bajo la acción de sus intrínsecos atributos pueda procurarse.

El medio ambiente es para el feto el claustro materno. Su forma, sus condiciones de despensa provista o exhausta, las facilidades de implantación placentaria, sus circunstancias que podríamos apellidar "locales" y que tienen sabida y definitiva influencia sobre el normal desarrollo del retoño. Pero, el ambiente se proyecta durante ese período embrionario y fetal, más allá en lo físico, de los límites del continente. La vida parasitaria se conforma a imagen y a través de la madre; cuanto a esta afecte, influirá sobre aquella. La normalidad en el proceso de gestación y su culminación, son presididos por el juego hormonal y por la fisiología de todo el engranaje orgánico ma-

terno. Y ésta, que se ve sometida a mutaciones indispensables para capacitar al organismo en relación con la función prenatal, rinde tributo al medio en íntima coorrelación. El producto de la gestación irá modelándose acorde con todos estos factores entre los cuales cabe mencionar, los que corresponden a la nutrición, a la higiene personal, a la posibilidad de prodigar un mayor acopio de defensas específicas, a la modificación favorable de condiciones externas calificadas como medio ambiente.

Estas consideraciones que aparecen triviales enfocadas con criterio médico o sea por quien posee versación en la materia, son expuestas como necesarias premisas de las cuales ha de obtenerse deducción aplicable a la salud pública, meta hacia la cual se orienta este estudio y ya que la labor destinada a la protección de la comunidad adquiere tanta trascendencia en cuanto ella sea comprendida por quienes han de ser beneficiarios, o sea la colectividad con niveles mentales heterogéneos, como por quienes han de oficiarla.

Podríamos considerar el proceso de la vida individual, sometido a varias etapas, tratando de establecer sus límites según la influencia de determinados factores y en orden a la posibilidad de propias defensas contra el medio ambiente, más bien que por el aspecto meramente cronológico.

Así pretendemos situar una primera época entre el momento de la fecundación hasta el del nacimiento al ambiente extrauterino, esto es durante la vida parasitaria, embrionaria y fetal.

Sobre este lapso, obran, caracteres genéticos que han evolucionado a lo largo de sucesivas generaciones; factores de acomodación intrauterina y de desarrollo sometidos a los aportes del torrente sanguíneo materno y a todo cuanto influya en favor o en contra de la madre. Como consecuencia de unos u otros, se presenta la interrupción espontánea del embarazo con sus resultantes letales para el embrión y probablemente para el feto, así como las malformaciones, la insuficiente madurez, de etiología hereditaria o congénita. He aquí un primer tributo a la mortalidad.

La segunda etapa podría fijarse en el primer año de vida, cuando el recién nacido se halla sometido a la prueba de sus defensas adquiridas y heredadas frente a la acción del medio externo, que en veces lo estimula en su desarrollo y normal crecimiento y en otros lo somete a la acción de causas de orden físico-

químico y bacteriano que atentan contra su supervivencia. Esta edad, ha venido mereciendo justamente el mayor cuidado y la más solícita atención como función de Salud Pública, dada la mayor incidencia que de letalidad en ella se presenta por motivo de la fragilidad orgánica, del nuevo ser, que ha de estar nutrido, cuidado, iniciado en sus funciones físicas y psíquicas y protegido ya que su capacidad incipiente no es guarda contra tantas acechanzas.

Correspondería el tercer período a la época comprendida entre el primer año de vida cumplido y la iniciación de los fenómenos que acontecen en la pubertad. Edad en que la materia modelable va adquiriendo consistencia y es susceptible de recibir conformación más duradera que fije las características de la personalidad y establezca los contratos con el medio, creando propias defensas naturales y provocadas y proyectando sus alcances mentales hacia horizontes de amplitud.

Vendría luego la época de la pubertad, que por sí constituye un estado especial sin límites cronológicos generales y que tiene una trascendencia imponderable desde el doble aspecto fisiológico y psicológico; época crítica como se le suele calificar acertadamente; transición de niño a adulto en que se conmueve todo el engranaje orgánico y se adquiere consciencia de muchos aspectos que como interrogantes pueblan la mente infantil y se establece el mecanismo genético que hace real la tendencia instintiva de la procreación con su cúmulo de equivalentes.

De aquí en adelante, el proceso de desarrollo individual puede delimitarse en la época en que la eclíptica de la vida comienza su declive; la plenitud de capacidad se ha obtenido; la cima del camino se ha escalado y la ley biológica impele al desplazamiento.

Viene por último el lapso declive hacia la senectud, en que el predominio del catabolismo, precipita el final, influyendo todo el cortejo de causas internas y exteriores para llevar al individuo, según su resistencia en plazo más o menos breve a la muerte. Período que, merece por ello acompañarse de toda suerte de atención, no con el móvil exclusivo de prolongarlo, sino de hacerlo más tolerable. Siendo este último acto de fatal ocurrencia, merece rodearlo de toda suerte de cuidados y de preparación para que concuerde y no desentone con todo el cuerpo de la "pieza" cuyo protagonista a lo largo de los diferentes actos es cada individuo.

La Salud Pública, en su cabal acepción ha de ocuparse muy de veras de dar al anciano la asistencia que su estado requiere y de prevenir todas aquellas afecciones o estados susceptibles de control y que como consecuencia de pretéritas circunstancias se hacen evidentes después de un proceso de latencia, en organismos que se han hecho menos resistentes.

EL AMBIENTE Y LA LONGEVIDAD

La capacidad virtual de prolongar la existencia hasta un término más o menos distante y el cómputo de supervivencia hasta determinada edad, obtenido de las estadísticas de mortalidad, así como el promedio de vida del individuo, han ido evolucionando con los progresos de la civilización, a lo menos en los últimos siglos. Hay evidente tendencia a la prolongación de la vida, como consecuencia de la superación de obstáculos, el progreso en los sistemas de vida y la posesión de medios para prevenir y combatir las causas generales de mortaildad. La comparación entre la línea de vida en el comienzo del siglo presente y en la mitad del mismo tomados en cuenta las diversas causas de mortalidad por grupos de edades, se presentan en el anexo N°

Hace una centuria, uno de cada seis niños moría antes del año de edad; esta relación se modificó hacia el comienzo del presente siglo, siendo la proporción de 1 x 8 y llegando en la actualidad a calcularse en 1 x 30.

Analizadas las causas de letalidad en esa edad, se destacan: las de orden congénito, por debilidad o malformaciones; las que obran en el momento del nacimiento; las derivadas de la prematuredad, las neumonías y las diarraes y enteritis. Causas éstas en su mayor parte previsibles y controlables, tanto por la vigilancia prenatal, por la debida atención del parto, mediante los cuidados al recién nacido en su alimentación y en su comportamiento y con la adquisición de terapéutica moderna eficaz. Estas ventajas que en la actualidad se van teniendo, y el incremento de los servicios explican de por sí las cifras antes traídas y ellas habrán de ser cada vez más elocuentes. El ambiente tiene en relación con estas causas valor determinante y ello entraña la explicación sobre el descenso de los índices de mortalidad.

Correspondió a la Tuberculosis, la neumonía, la difteria, fiebre tifoidea, escarlatina, sarampión, y a los accidentes, las ma-

yores acciones en la mortalidad de los niños durante la segunda infancia y adolescencia, hacia principios del presente siglo; causas todas susceptibles de control y por ello reducidas en su incidencia hacia la época actual y algunas desaparecidas de los primeros puestos para ser reemplazadas por: fiebre reumática y cáncer, entidades que ocupan preferente atención.

Ya, en la edad adulta y en la madurez, aparecen las afecciones cardio-vasculares, renales; las hemorragias cerebrales, el cáncer, la fiebre tifoidea y las derivadas del parto, como causas preponderantes hacia 1900, cambiándose el cuadro por: accidentes, afecciones cardíacas, tuberculosis, diabetes, cirrosis y neumonías, en el tiempo presente, siendo en total la incidencia de mortalidad inferior.

Por último, hacia la edad senil, se advierte mayor coincidencia causal de una a otra época, si bien, la prolongación o término de vida, así como la media de vida, han alcanzado mayores cifras con el tiempo.

Este somero análisis, de situación universal, induce a concluir, que la latente capacidad vital con que el individuo nace, se ve sometida a la influencia del medio ambiente que viene a adquirir mayor trascendencia que el ancestro y por ello requiere una mayor atención respecto a su modificación favorable, cuestión factible dados los adelantos de la ciencia y la evolución del concepto de salud pública.

Es evidente, que en los pueblos que han logrado un auge superior y un ritmo más acelerado en su transformación, los resultados respecto a la inversión de la situación concerniente a la salud de la comunidad, son más elocuentes; en tanto que en aquellos que no han logrado ese rápido desenvolvimiento, esta diferencia relativa a mortalidad general y causal se advierte en menor grado.

Las causas combatibles mediante la aplicación de sistemas de control, bien radicados en el mejoramiento del ambiente, bien en las prácticas de higiene personal han sido por ello sorteados mediante las posibilidades que el progreso ha ido poniendo en manos del hombre. Quedan por tanto, ocupando los primeros puestos en orden de incidencia, aquellos contra los cuales aún no se ha hallado el medio específico de prevención y tratamiento.

LA PSIQUE Y EL AMBIENTE

Cuando se habla de salud o de su antítesis la enfermedad, suele enfocarse lo físico, sin repararse en lo inmaterial, en lo psíquico, siendo así que existe tal conexión y que este influye sobre aquél y viceversa y que la enfermedad puede ubicarse en lo intangible pero evidentemente demostrable que es la "totalidad de los procesos psíquicos tanto de la conciencia como del inconsciente" tal como define Yung lo que es la psique.

Conviene establecer el orden de precedencia entre la conciencia y el inconsciente, en el sentido de prelación de éste, en forma que el individuo, se rige inicialmente por el inconsciente y va germinando la conciencia como dependencia de éste, entendiéndose lo consciente como el producto de una función que mantiene la relación entre los contenidos psíquicos y el yo. El cerebro, viene a ser la sede de la función psíquica existiendo una correlación biológica mas no una dependencia de ésta y aceptado este postulado, viene a plantearse la posibilidad de que la conciencia individual sucumba con la muerte material, en tanto que el proceso psíquico no interrumpa con ello su continuidad. Los límites en tiempo y espacio que constriñen la materia, no abarcarían lo intangible.

Tenemos entonces que presentar las diferencias entre las anormalidades que obedecen a lesión o causa física que tenga como ubicación la masa encefálica y aquellas que afectan la función psíquica sin relación con causa cerebral. Respecto a las primeras, la ciencia médica ha ido descubriéndolas, analizándolas y buscando su correctivo. En cuanto atañe a las otras, es evidente que adquieren trascendencia, como determinantes del comportamiento individual y de la conducta social. Esta circunstancia destaca dentro de la materia de salud pública, a la higiene mental como una de las ramas de mayor actualidad, no por el simple aspecto de anotar la importancia del análisis psíquico sino de la necesidad de orientación de esta función desde temprana edad para prevenir los efectos de su descontrol.

La tendencia de la sociedad en materia de regular los movimientos del individuo y del conjunto de éstos, va hacia el establecimiento de normas que den conciencia a los movimientos natos, inconscientes de la humanidad frente a los fenómenos naturales, orientándolos conforme a leyes que con tal objeto van surgiendo.

La afectividad positiva o negativa, la reacción ante el peligro, la lucha contra fuerzas extrañas, son ejemplo del contenido inconsciente.

Según C. G. Jung, "la persona es un compromiso entre el individuo y la sociedad"; el poder de acomodación de las condiciones intrínsecas con el medio que trata de regular la conducta, los derechos, los deberes, crea el concepto de hombre equilibrado, equivocado en veces, merced a la posibilidad de que se obligue la conformación personal a las exigencias exteriores, revestidas de afectación y se vaya disfrazando la personalidad, deformándose y aún atrofiándose. Por ello alguien dijo que "no hay hombre grande para ser ayuda de cámara"; el manto que cubre ante las gentes la verdadera condición individual, se desviste en la intimidad como en movimientos de escape. Es obvio, que el individuo así forzado, puede en un momento emanciparse y dar demostraciones exteriores antagónicas con su regulada conducta anterior: otros, no podrán adquirir ese poder de sujeción y darán muestras permanentes de discordancia con las leyes sociales; otros, obrarán en razón exclusiva de su revestimiento ficticio y cuando las circunstancias varían caen en el abismo por falta del piso artificial. Frente a todos opera la consciencia colectiva que hace y deshace personalidades y prestigios. Al propio tiempo, se pueden adquirir situaciones que llevan al individuo hacia psicosis que constituyen la quiebra del equilibrio mental.

El medio ambiente, constituye el objeto en razón del cual el individuo obra, según su constitución psíquica. Uno, el extraver-tido posee capacidad de vinculación, tropismo psíquico con aquél; el otro, el introvertido, se halla aislado, no establece corriente centrífuga hacia el objeto. Tiene su mundo interior. Mas, estos considerandos no pueden aceptarse con absoluta rigidez, dado el juego de la consciencia y del inconsciente que adoptan aptitudes antagónicas que se reflejan en la conducta exterior.

Cabe aquí pensar, la importancia que los padres y los maestros adquieren frente a la obligación de educar a los niños conforme a regulaciones sociales y como, no es tan simple esta función ya que de su ejercicio puede derivarse la conformación psíquica del infante. Estos problemas, no son ciertamente de ahora, pero, despejada la materia de Salud Pública de aquellos que la ciencia ha logrado dominar y adquiriendo un sentido más realista de las obligaciones de la sociedad para con sus miembros, así

como abundando merced al progreso las causas que afectan el psiquismo, adquieran fundamental valoración en la hora presente. Sería mucho pedir en el momento la intervención de los psicólogos frente a todos los institutos educativos y más aún en los hogares, lo cual no contradice la necesidad de aludir a estos aspectos que desde ya y para el futuro habrán de ser indudablemente involucrados en las normales actividades de la prevención a la salud colectiva.

Y es que, no solamente tienen importancia desde el punto de vista de la conducta originando actitudes antisociales, sino que hoy puede afirmarse su valor respecto a estados orgánicos dada la reciprocidad de alteraciones de causa psíquica y biológica, en las cuales la mera terapéutica médica fracasa. Los casos de medicina psicosomática adquieren una incidencia realmente extraordinaria y ellos radican en inconsciente voluntad de enfermedad que se traduce en enfermedades orgánicas o sospechosas de tales.

En la salud psíquica como en la física, suele tener mayor influencia el medio que la herencia.

LA HIGIENE

Se entiende con este calificativo el conjunto de medios que contribuyen a la preservación de la salud, precaviendo la enfermedad. En sí, salud viene a ser objetivo e higiene medio para obtenerlo.

Estos términos pueden relacionarse al individuo o al conjunto de éstos, o sea a la comunidad o colectividad. Esta diferenciación entraña los conceptos: higiene individual y salud individual que es su resultante e higiene colectiva o pública y salud pública como consecuencia de aquélla.

Pero, dentro del concepto de Higiene debe además establecerse diferencia entre: higiene personal o sea el conjunto de medios que se aplican al sujeto para protegerlo de la enfermedad, medios que puedan ser aplicados por sí mismo o por otras personas e higiene impersonal, que se aplica al medio ambiente, o sean los diversos sistemas que tienden a la modificación sanitaria del medio ambiente y que puede coincidir casi, con cuanto se suele denominar, saneamiento. Esta diferenciación tiene a la vez determinada trascendencia en cuanto a la organización de los servicios de salubridad y a los diversos funcionarios que las desempeñen.

DISTINTOS ASPECTOS DE LA SALUD PUBLICA

A lo largo de este estudio se ha tratado de concretar, cuál es el conjunto de influencias que el individuo adquiere de sus antepasados, cuál el valor de conceptos trajinados en relación con la capacidad, conducta, aptitud, salud y como hay que enfrentarlos con el medio ambiente que adquiere un valor inequívoco. Conviene, establecer la prioridad en el conjunto de esfuerzos por proteger la salud y establecer en orden a las causas de mayor incidencia de mortalidad y de morbilidad, la prelación en la atención de cada cual.

Las funciones, naturales del individuo, a los cuales se precisa atender en cuanto a su normal desenvolvimiento, pueden ser clasificadas en: reproducción, nutrición y desarrollo. Son fuerzas instintivas sobre los cuales se basa la prolongación de la especie.

El planeamiento de las actividades que frente a estas funciones es preciso cumplir para protegerlas se presenta el anexo N°

REPRODUCCION

El acto instintivo de prolongar la especie no es un sencillo movimiento impelido por el deseo sino el momento crucial en la vida del nuevo ser. Este acto no puede interpretarse como el producto de la materialidad, sino que va presidido por un proceso psíquico, emanado de la consciencia o influido por el inconsciente. A medida que el desenvolvimiento mental va produciéndose en el individuo, la función sexual va hallándose más sometida a la psíquica. Los actos inconscientes del niño, traducidos por radicar en la órbita genital como sexuales o como equivalentes cuando son extra-genitales, no pueden considerarse como tentativas precoces de reproducción sino como menos síntomas de una función inmadura que tiene su expresión más bien en la satisfacción, en el placer, en el deleite que el ejercicio de las funciones fisiológicas puede producir. El acto hetero-sexual que suele cumplirse en la juventud más bien tiene un significado demostrativo de potencia; por el contrario, nace luego con la edad, el sentido específico de prolongación de la especie que lo preside.

No obstante deducirse de la conjunción sexual, todo un variado cúmulo de resultantes en relación con el producto, no es,

ciertamente, mucho lo que la influencia extraña pueda en la práctica intervenir para hallar cauce normal a esta función en orden a prevenir insucesos en el renuevo.

No obstante, hay siempre cabida a una labor educativa que vaya creando consciencia colectiva e individual al respecto.

Sublimar el acto carnal, despojándolo de los prejuicios que lo rodean dentro de una órbita de cuestión vedada al análisis y llevándolo más allá de lo que el apetito satisfecho puede prodigar, que es ciertamente poco y suele más bien acompañarse de sensación negativa de vacuidad, de fatiga y de arrepentimiento, para llevarlo a la esfera de la consciencia, estableciendo su justa valoración y la responsabilidad que acarrea.

Hemos tratado de reseñar, cuáles son los efectos de los llamados "genes negros" en relación a la especie. Algunos pueden ser prevenidos, cuando mediante el examen prenupcial, se hacen evidentes los antecedentes ancestrales y se acepta el conducente a evitar la conjunción de seres que puedan aportar a sus hijos los efectos de sus propios acopios inconvenientes. Mas, suelen ser ciertamente, pocos quienes acudan a ese control, menos los que faciliten datos suficientes de juicio al profesional y menos aún el número de quienes acepten y procedan según sus indicaciones. Pero, esta situación es susceptible de mejorar, mediante paciente y sostenida actividad educativa, que cuenta como vehículos todos los de divulgación que la época va poniendo a discreción del hombre.

Desde luego, esto se aplica especialmente a las uniones estables, consagradas por un rito sacramental o amparadas por disposiciones sociales que los llevan a la categoría de contrato bilateral.

Quedan por fuera todos los actos carnales esporádicos, y aquellas uniones transitorias sin vinculación obligatoria y de los cuales surgen nuevas vidas. La apreciación numérica, resulta difícil y es mayor para los primeros a medida que aumenta la facilidad de intercambio de población y en razón también de la emancipación de la mujer y los segundos, o sean los frutos de uniones extra conyugales, se hallan en razón inversa de los progresos de la civilización que tiende a dar bases a la organización social.

Juega además, contra la procreación, el acceso que los sistemas anticoncepcionales van teniendo a las diversas esferas socia-

les. Es un hecho evidente, que el número de hijos ha venido limitándose en sentido descendente de las capas elevadas de la sociedad hacia las menos provistas. Pero, los fenómenos que la evolución de los pueblos va originando, han traído como consecuencia la limitación en la familia.

Esta situación no se aprecia globalmente, ya que la multiplicación de la especie prosigue, pero si se advierte local y específicamente. Las regiones caracterizadas dentro del conjunto de núcleos humanos circunscritas en determinados linderos geográficos, por ser poblados por familias de numerosos miembros, van cada día haciéndose menos notorias por tal concepto.

La necesidad de incorporación de la mujer a las actividades especulativas, ha transformado la vida hogareña en la cual hasta hace poco, la mujer desempeña la única función de la maternidad.

La defensa del niño, debería iniciarse desde antes de su concepción, esto es, procurando que sus genitores, adquieran sentido de responsabilidad y se logre corregir en ellos las afecciones o estados susceptibles de transmisión por la herencia o durante la gestación. Aspecto éste de la medicina preventiva que ha de entrar en el programa del futuro, pero que desde ahora deberá incluirse especialmente en las actividades educativas.

Pero, en torno a la Procreación o más precisamente al acto sexual, abunda la materia de importancia que obliga la atención de quienes están obligados a velar por el equilibrio de las funciones orgánicas de cada individuo lo cual tiene su traducción en la salud.

PERVERSIONES SEXUALES

Se ha dicho que cada acto entraña comienzo de hábito. Y esta afirmación tiene mayor significado en quien, como el niño, va modelando su personalidad bajo el influjo de sus acciones inconscientes que han de ser orientadas.

Sin detenernos en la invocación de las teorías de Freud y Adler respecto a la interpretación de los actos del niño como equivalentes sexuales, bástenos considerar que la mente y la materia de éste, son campos vírgenes que se hallan dispuestos a la "colonización". Los afectos, los sentimientos, las sensaciones, van ocupando lugar en él como los tipos en una caja de imprenta o como las piezas en una maquinaria que se va armando.

La órbita de los genitales externos, es uno de los centros que fijan la atención del niño. Los actos de éste, no podrán interpretarse con malicia, sino como movimientos naturales. Pero, de la misma manera a como el niño adquiere el hábito de succionar el pulgar, hábito que no corregido persiste durante la infancia y aún después de ésta, se puede adquirir el de tomar los órganos sexuales como instrumento de entretenimiento que produce sensaciones que van induciendo a la repetición y que forman el hábito difícil de desarraigar.

Cuando la consciencia va dando interpretación a las sensaciones, éstas son buscadas deliberadamente y luego al influjo de cuanto se ve y se oye, va naciendo un equivocado o exacto concepto del acto que se hace necesario como imperativo sexual. Se crean además estados psíquicos aberrantes consecutivos a la ignorancia y al sentido de ocultismo en que se tratan de mantener estas actividades.

A más de los actos de onanismo, que pueden perdurar y formar un estado crónico que retrae al individuo, lo aísla y lo hace inepto para la vida social, ya que excluye la tendencia natural hacia la polarización sexual, base de la constitución de la familia, célula social, el contacto del niño con otros individuos, suma a sus iniciativas las de éstos y surge entonces la extraversión inducida por la curiosidad. La tendencia al exhibicionismo y el placer que ello origina. Librar la mente del niño de prejuicios que la mala conducción puede acarrearle es un imperativo que a padres y maestros asiste. Imbuirlo en el concepto de "cosa prohibida" de "acto vituperable" cuanto tenga por centro estas actividades inconscientes, es inducirlo por sendas equivocadas.

Los actos de los mayores, que se verifican en presencia de los niños, sin reparar el alcance de éstos, suelen ser la primera escuela de insana curiosidad que a éste inducirá a la imitación. El lecho común, la cama franca, el contacto corporal, la comunión de alcobas, la convivencia con los animales, son condiciones favorables a la iniciativa sexual infantil. Y el niño, impelido por deseos incomprensidos y por ideas abstractas busca su propia satisfacción, sea en sí mismo, con sus compañeros o con los animales.

El homo-sexualismo puede ser la resultante de actos del niño a los que es conducido por otros más adelantados o por su propia fuerza expelente. Y esta anormalidad, puede mantenerse la-

tente o hacerse evidente. Dentro del ciclo sexual femenino, se ha establecido esta tendencia como predominio de determinado acopio hormonal, así como se trasluce el impulso hetero-sexual o el de regresión hacia la defensa narcisista o al complejo de edipo. Estas tendencias tendrán su manifestación, ya en edad adulta en relación con la producción de estrógenos y de progesterona dentro del ciclo de ovulación. Pero en el proceso de desarrollo, están inducidas por traumas psíquicos que hacen reaccionar la personalidad hacia estados mentales, según la edad y los cuales tienen manifestaciones visibles, tales como la masturbación, la afinidad y afectividad especial por el padre, la repulsión manifiesta por la madre, el temor por el embarazo y aún signos que pueden aparecer como patológicos: ansiedad, vómito, depresión, etc.

El estudio comparativo entre los resultados de psicoanálisis y del contenido hormonal en frotis vaginales a fin de establecer las correlaciones entre las funciones endocrinas y psíquicas sirvió para la obra "El ciclo sexual de la mujer" a Therese Benedek y Boris B. Rubinstein. Por ella se interpretan actitudes y estados que tienen su significación y conexión con la órbita sexual. Y allí se anotan casos de perversiones sexuales que tienen su origen en traumas psíquicos de la infancia y en la conducta de los padres respecto a sus hijos.

Por otra parte, Havellock Ellis, en sus "Estudios sobre Psicología sexual" abunda en casos de individuos que pueden considerarse como pacientes pues son víctimas de sus perversiones sexuales cuyas manifestaciones, múltiples, les forman estados psíquicos incompatibles con una actividad normal dentro de las concepciones y regulaciones que la sociedad ha venido dándose y desde luego, conducta incompatible con la formación de hogar que es el fundamento de la sociedad.

No hay que pensar, en lo referente a la constitución de la familia, que quienes practican aberraciones sexuales no sean por ello candidatos a la unión conyugal; preciso es advertir que la órbita de lo anormal, ocupa un mayor territorio que el de la normalidad, esto es, que son tantos los individuos que presentan desviaciones en uno u otro sentido, que aparece el verdadero equilibrio de las funciones sexuales como la real excepción. Es claro, que tales desviaciones de la línea normal tendrán un mayor o menor efecto y serán más o menos preponderantes por lo cual no siempre resultan incompatibles con la función conyugal. Pero, dentro de esta unión, surgen precisamente las consecuencias de

ellas que suelen ser factores de falta de armonía, de incompatibilidad, de ruptura de los vínculos recíprocos.

El divorcio o la separación de cuerpos viene a ser consecuencia cada vez más frecuente de tales causas y los hijos, formados en ambiente de relajación de los lazos conyugales y probablemente de acciones no ejemplarizantes, sufren traumas psíquicos y luego el alejamiento de los padres y la falta de tan indispensable ayuda a su formación. Los complejos que se crean tendrán importancia a lo largo de su vida íntima y social.

LA ADOLESCENCIA

Constituye esta época en el proceso de desarrollo del individuo un momento crucial que es preciso relacionar con la procreación, debido a que en la pubertad se adquiere la capacidad sexual material y se producen modificaciones físicas, fisiológicas y psíquicas que tienen su epicentro en los órganos sexuales y repercusión evidente en el futuro de la personalidad, lo cual obliga a considerar tal época con especial miramiento tanto en cuanto atañe a la salud corporal como psíquica y en cuanto hace referencia a la formación y educación.

Se ha podido comprobar, que durante la pubertad se produce un refinamiento especial de los sentidos que permite una mejor percepción de los objetos y una mayor sensibilidad subjetiva a la excitación sensorial. Y se presentan los fenómenos de eidética al servicio de las necesidades de autoerotismo, de su fantasía sexual, de su onirismo en forma que surgen figuras u objetos centrales de sus tendencias afectivas excitadas. La naturaleza con sus poderes y sus manifestaciones, con sus criaturas y sus obras, sirven para representar la tangibilidad de deseos, que se suelen manifestar en evocaciones mentales, traducirse en la escritura mediante diarios íntimos que sirven de medios para estereotipar las reacciones, los sentimientos, la carga intensa de afectividad que trata de verse en forma semejante a como se exteriorizan los productos genitales.

Y esa capacidad afectiva, suele individual o colectivamente proyectarse hacia alguien. Por ello en la vida de comunidad, abundan los ejemplos de verdadera pasión unas veces con un fondo o tendencia de "entrega", otras de posesión. Surge la necesidad íntima de expresión por medio de la prosa o de la poesía que

muestra estados de desasociado, de tormenta pasional, de respeto amoroso, de sujeción hacia el profesor o la profesora que se ha convertido en eje de sus pensamientos y de sus sentimientos.

La actitud es diversa en uno y otro sexo. A la de entrega o sujeción de la niña como fenómeno instintivo de la feminidad, se contraponen al sentido de dominio varonil en el adolescente y surgen de ello manifestaciones de adoración por mujeres de mayor edad. Estos fenómenos suelen ser más precoces en la niña que en el varón, lo cual coincide con la más pronta pubertad femenina. De ello puede provenir además, tanto la inclinación y la pasión heterosexual como la homosexual buscando y hallando oportunidades para sus manifestaciones reales, las cuales pueden engendrar el hábito o por el contrario el desengaño y repulsión. A las relaciones platónicas pueden suceder las físicas.

A estas primeras experiencias suele llegar la mayoría de adolescentes sin un concepto recto y consciente de los fenómenos que en su organismo se han verificado y de la trascendencia del acto en sí. Unos por cuanto han permanecido en ambiente aislado, en zonas rurales, donde hay menos oportunidades a la formación de apetitos precoces y de problemas psicológicos, otros por la facilidad de camaradería con personas más avanzadas que les inducen con ejemplos y con tentaciones así como con versiones equívocas.

La educación bien dirigida, adquiere en esa edad, respecto a las funciones sexuales una trascendencia preponderante y ella no debe ir solamente a la interpretación de los fenómenos fisiológicos, despojándolos de esa sublimación con que la mente los envuelve en una esfera de sensualidad, de embriaguez y de excitabilidad que elevan el valor de tales fenómenos por sobre la función netamente instintiva.

En relación con la curiosidad e interés de la infancia en torno a las cuestiones sexuales, parece oportuno aludir a la encuesta verificada por María Vromer en el año de 1936 sobre las alumnas de un barrio pobre de Viena. Tratábase de explorar dentro de tres grados escolares, esto es en tres grupos de edades, cuáles eran las cuestiones que ocupaban sus mentes en forma de problemas o interrogantes. Se procedió a colocar un buzón en cada aula a fin de que cada alumna depositase en él una carta en la cual propusiera las preguntas que deseara, en forma anónima. Del conjunto de ellas pudo establecerse, que aquellas referentes a cuestiones sexuales formaron el 17% en el grupo de niñas de 10 a 11 años; en

35% en el de 11 a 12 y el 48% en el de 12 a 13. El total de alumnas era de 50 por grupo.

De estas preguntas, las concernientes al origen de las criaturas provenían del grupo más joven. En las mayores eran más específicas, y anotaban por ello conocimientos sobre el mecanismo de procreación, insistiendo en cuestiones referentes a su fisiología, a las diferencias sexuales, al comercio carnal, a las condiciones de anormalidad en la menstruación o en el parto. (La Vida Psíquica del Adolescente. Charlotte Buhler).

CAPITULO II

ENFERMEDADES VENEREAS

Ligadas directamente a la función sexual, como que derivan su denominación de Venus, mitológica concepción de la feminidad, este grupo de afecciones, han de merecer mención especial cuando se analizan los aspectos referentes a la procreación. Y tiene importancia su alusión, no solo por la frecuencia con que acompañan a las primeras experiencias del adolescente y del joven, sino por la repercusión que sobre la familia, algunas de ellas suelen tener.

No es mi intención entrar en el terreno de la clínica o sea de la exposición sobre el agente etiológico, el medio de contagio y la evolución de estas enfermedades, cuestión sabida suficientemente, sino sentar a modo de premisas algunos considerandos que permitan conclusiones referentes al control de ellas, que es la cuestión que interesa desde el punto de vista de Salud Pública.

Bástenos recordar que la sífilis, la blenorragia, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, tienen su principal fuente de contagio en las relaciones sexuales. Que la sífilis y la blenorragia pueden tener efectos en relación con la familia. Que estas entidades patológicas, son de frecuencia universal, que afectan a todas las razas y a los dos sexos y que sus efectos pueden interesar directamente, en círculo vicioso la propia función que les da origen.

Al considerar en esta parte del presente estudio, las enfermedades venéreas, no se trata de establecer prelación respecto a aspectos que en Salud Pública deben ser bases para la consideración

ordenada de los distintos problemas, esto es, la mayor incidencia de letalidad dentro de la comunidad; es su apropiada ubicación dentro de cuanto se refiere a la procreación.

El origen sexual de estas afecciones, las viene a hacer tan antiguas quizás como la humanidad y ese mecanismo de contagio hace más difícil su control por cuanto hace relación a una función instintiva impelente y biológica.

Se tiende en la actualidad a conceder menor importancia a estas enfermedades, por dos aspectos, el epidemiológico, y el individual. Uno y otro se basan exclusivamente en los progresos de la terapéutica. La adquisición de productos que cicatrizan las lesiones verificando el "blanqueo", o que hacen desaparecer los agentes etiológicos de los tejidos afectados, tiene evidente importancia en la supresión del contagio y en la aparente detención del proceso evolutivo en el organismo del paciente.

Cuando ni los agentes etiológicos eran conocidos, ni se contaba con recursos terapéuticos efectivos, ni con sistemas epidemiológicos eficaces, estas afecciones, sífilis y blenorragia, se expandieron sin diques por todos los núcleos que poblaron los aislados continentes, al influjo de movimientos que bajo impulsos de dominio desplazaron a la especie humana.

Actuaron sus agentes morbosos sobre terreno propicio, indefenso, trayendo consecuencias imponderables. La sífilis prolongó su cauce a lo largo de sucesivas generaciones con las secuelas de su incontrolado polimorfismo. De 50 a 60% de mortalidad infantil, se halló a comienzos de este siglo por Lambkin en Uganda, llegando la incidencia de la sífilis a un 90% de la población. La blenorragia limitó la natalidad y dejó a su paso poblaciones enteras con el estigma de la ceguera 40% de los 600.000 ciegos hallados en Bengal en 1897 por Mookerji eran víctimas de la gonorrea materna.

Estas resultantes se han ciertamente atenuado, tanto como consecuencia de la terapéutica moderna, como por artes de la resistencia orgánica que la especie ha ido adquiriendo.

Los cálculos estadísticos de incidencia de la sífilis hacia comienzos del presente siglo ilustran la materia: de la población europea se concluía que un 25% padecía de sífilis, ocurriendo un 15% de mortalidad entre ésta por tal causa. Fonernie calculó en un 15% la incidencia de la sífilis en Francia. Más de un cuarto

de millón de casos fué calculado en Nueva York para afecciones venéreas en un año; 800.000 casos de sífilis fueron por entonces apreciados en Alemania en un año, con un porcentaje del 25 entre los jóvenes universitarios.

Estos datos de suyo alarmantes, pueden ser tachados por algunos como frutos de épocas caducas, mas el optimismo se desvanece si consideramos el informe de Robert W. Henney que hace referencia a tiempo posterior y quien en su estudio presentado al congreso antivenéreo de El Paso, afirmó: "Entre los primeros dos millones de hombres que fueron examinados para el servicio de reclutamiento, más de cien mil estaban infectados de sífilis". "En la primera guerra mundial, un total de 338.746 hombres combatientes, el equivalente a 23 divisiones, recibieron tratamiento contra infecciones venéreas. Debido a ese récord, los Estados Unidos perdieron los servicios de siete millones de días hombre.

Tenemos casos de diez a doscientas veces más elevados tanto de sífilis como de gonorrea que de otras enfermedades, tales como difteria, tifoidea, influenza, cáncer, parálisis infantil, etc".

No hay ciertamente suficientes argumentos en favor de la disminución de la incidencia de estas afecciones en los últimos tiempos, salvo los progresos en al epidemiología que han dado mayores posibilidades de control y de la terapéutica como ya se ha dicho.

Pero, en cambio, hay mayores facilidades de intercambio de población debido a las facilidades, incremento y modernización de los transportes, en forma que no quedan prácticamente núcleos autóctonos a salvo del contacto que puede llevar el contagio. Por otra parte, predomina aún en muchas regiones, tanto el nivel educativo como el de vida bajos así como el principal foco de contagio que es la prostitución reglamentada o libre.

El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en su número correspondiente a Febrero de 1954 trae información respecto a la "Incidencia de la Sífilis en Estados Unidos desde 1941 a 1953". Alude la información a los datos condensados en informes del servicio de Sanidad Pública de dicho país y correspondientes a los años de 1941, 1943, 1947 y 1952. El cuadro muestra 149.000 casos latentes tempranos en 1943; 38.000 en 1952; 252.000 casos sintomáticos y latentes tardíos en 1943 y 10.200 en 1952. 18.000 casos de sífilis congénita en 1941 y la mitad de esta

cifra en 1952. Las infecciones recientes, en cambio, llegan a 68.000 en 1941, subiendo a 107.000 en 1947 para declinar a 12.000 en 1947.

Esta curva en la incidencia, es atribuída al amplio uso de antibióticos treponemicidas eficaces y a la reducción brusca de infecciones recientes y comienzo de la desaparición de reservorios de casos de sífilis latente y tardía no identificados previamente.

Mas es preciso considerar, que si bien se ha logrado en países como los Estados Unidos un considerable avance en el control de la sífilis desde el punto de vista epidemiológico, los tratamientos en boga basados exclusivamente en un medicamento treponemicida, no han dado aún tiempo para juzgar de sus resultados futuros en una afección que se caracteriza tanto por la tendencia a recaídas, como por las localizaciones tardías previos períodos más o menos largos de latencia. Que da además un factor de índole social y que es la seropositividad o seroresistencia que cada día va siendo mayor. Por otra parte, preciso es detenernos en la consideración de la resistencia orgánica que los microorganismos van creándose ante la acción de los medicamentos, en forma absolutamente comprobada. Cada día va haciéndose necesario redoblar las dosis de medicamentos para obtener resultados comúnmente menos satisfactorios.

Pero, suponiendo que en los Estados Unidos, país privilegiado, han logrado entrever la posibilidad de controlar la sífilis en un futuro cercano, pese a la observancia traída en el segundo aparte del estudio mencionado y que refiriéndose al control en el Estado de Nueva York expresa: "al observar la evolución de la incidencia de la sífilis temprana, tardía y congénita en el Estado de Nueva York (sin contar la ciudad de Nueva York) desde 1936, se ve claramente que no se ha logrado aún el control total de la sífilis", muy distantes de esta situación se hallan los países en su mayoría.

Al terminar la última contienda mundial, la organización mundial de la salud creyó necesario organizar el control de las afecciones venéreas en los puertos del viejo continente, como una medida lógica de precaución, dada la seguridad que se tuvo de una incidencia inusitada de estas afecciones como consecuencia de la movilización de grandes masas humanas. (Véanse anexos Nos.

En el año de 1945, apenas pasada la guerra, quienes hubimos de participar en las actividades sanitarias y de rehabilitación de los pueblos de Europa, tuvimos oportunidad de contemplar el problema venéreo. En la sede de la zona de Neustadt en Alemania, se planeó con el concurso de todos los médicos que oficiábamos en los distintos frentes de personas desplazadas y bajo la presidencia del médico jefe, General Du Ciel, un programa de control de estas afecciones, haciéndose énfasis especial sobre la notificación, para la cual se elaboró y puso en práctica un modelo especial de hoja epidemiológica que orientaba hacia los contactos y la fuente de contagio.

Acercándonos hacia nuestra realidad, los índices estadísticos referentes a afecciones venéreas notificadas, se hallan en el anexo N°

Preciso es tener en cuenta, que la notificación ha fallado siempre entre nosotros, por falta de educación sanitaria y como consecuencia no colaboración de los médicos particulares que ven y tratan alto porcentaje. Los datos han de tomarse por tanto con gran reserva sobre su realidad cuantitativa.

Sería menester, tomando muestras representativas de la población, tanto urbana como rural, practicar reacciones serológicas, que es el sistema práctico de diagnóstico en las comunidades. Los casos con serología positiva, habrían de ser, si posible, controlados clínicamente para confirmar el diagnóstico previo descarte de falsos positivos.

Ya en estudio verificado en torno a estos problemas (La represión de la prostitución y el problema venéreo - H. Acevedo A. Higiene y Salubridad N° 25) aludí a viejas estadísticas obtenidas en la Higiene Municipal de Bogotá, y que acordaban una incidencia del 20% de seropositividad en encuesta practicada sobre personal de empleados y obreros a quienes suele exigirse el certificado de salud para el ejercicio de sus actividades.

Pero, bien puede considerarse la situación de algunas zonas rurales del Paraguay, país que desde 1952 ha venido desarrollando un programa de control de enfermedades venéreas con el concurso de la Organización Mundial de la Salud, situación que ha de ser semejante a la existente en nuestras zonas rurales y bien diferente de la de los núcleos urbanos, donde la incidencia ha de ser ciertamente muy superior. Allí, previos programas educativos que obtuvieron la presencia de la población, se practicó la

sangría y el examen serológico inmediato, recorriendo así pequeños poblados y sus vecindarios, hasta obtener el control de la población en edad de mayor actividad sexual o sea entre los 15 y los 50 años, en la proporción que se señala en el siguiente cuadro:

		% de población
I.—Fernando de la Mora	(Urbana)	39
II.—Itanguá	(Rural)	27
III.—Itanguá	(Urbana)	39
IV.—Fernando de la Mora	(Rural)	9
V.—San Lorenzo	(Urbana)	93
VI.—San Lorenzo	(Rural)	32
Total promedio		68%

(Control de Enfermedades Venéreas en el Paraguay. Doctores José Amador Guevara y Domingo A. Masi). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana - Agosto 1953).

El porcentaje de seropositividad obtenido fué en un promedio 14,18%.

A estos datos se agrega los observados en la zona urbana de San Lorenzo donde se dedicó esfuerzo especial al control de la sífilis en la mujer gestante como medio de prevención de la sífilis adquirida "in útero" o congénita. Sobre un total de 2.019 mujeres, había 115 embarazadas y de ellas 12 seropositivas o sea un 10,5%.

La incidencia de la sífilis en Colombia se presenta en el cuadro anexo N° 5.

De los diversos informes recogidos por la Oficina Sanitaria Panamericana, creo conveniente destacar algunas cifras que se refieren, tanto a mortalidad como a morbilidad por sífilis en países o provincias en los cuales, podrá suponerse, la enfermedad dentro de un ambiente semejante al de la generalidad del territorio colombiano.

Los datos demográficos correspondientes a Cuba en 1945, traen entre el conjunto de defunciones por causas diversas 294 o sea cifra superior a la que correspondió a otras enfermedades tales como: influenza, tétanos, disenterías, difteria, tos ferina, lepra, poliomieltis, rabia, escarlatina, sarampión, erisipela.

Bolivia: mortalidad infantil por sífilis:

Año 1944: 0,38 por 1000 nacidos vivos.
Año 1945: 1,21 por 1000 nacidos vivos.
Año 1946: 1,05 por 1000 nacidos vivos.

Argentina: Provincia de Tucumán:

Año de 1949 - Defunciones en niños menores de un año por sífilis congénita: 24.

Chile: Datos referentes a estadísticas de la Caja de Seguro Obligatorio.

Año 1949: Causas de mortalidad por grandes grupos: sífilis: 98 o sea la causa principal entre los atribuibles a "enfermedad o accidente de la madre" cuyo total fué de 119.

Mortalidad entre menores de 1 año por sífilis congénita: 34; de 1 a 2 años: 7.

Es de advertir que estos datos no engloban la población, dado que no toda se halla atendida por la Caja.

Perú: año de 1950. Morbilidad por sífilis según la notificación de enfermedades infecto-contagiosas en las regiones de la Costa, la Sierra y la Montaña, respectivamente:

Sífilis: 199 - 146 y 81. Estas cifras corresponden a tasas por 100.000 habitantes, pero es de advertir cómo la notificación suele ser defectuosa y mostrar sólo mínima parte de los casos.

Dentro de la labor de investigación y control de la sífilis en Centro América, llevada a efecto con la cooperación de la Organización Mundial de la Salud en el año de 1951, 1.500 escolares de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras fueron examinados por reactividad serológica mediante las pruebas de Kahn, Mazzini, Kolmer, VDRL y Kline para sífilis.

El 24% fue clasificado como grupo reactor dudoso; 6% como presunto positivo falso; y 5% con posible sífilis (Genevieve stout - Miguel Guzmán - Nevin S. Serimshaw).

Preciso es advertir en relación a la incidencia de la sífilis, que el grupo de escolares se relaciona más bien con sífilis congénita, no siendo, por no corresponder a la edad de actividad sexual el adecuado para medir la morbilidad general por tal causa.

Sífilis y embarazo. — El problema de la sífilis, como el de otras afecciones transmisibles, debe ser considerado por su raíz. La madre, quien al infectarse durante la gestación transmite al hijo su enfermedad, ha de ser el objetivo inicial de la actividad conducente al control de tal afección.

En torno a esta cuestión, preciso es considerar el alto porcentaje de gestantes luéticos que constituyen la fuente de infección fetal. Obvio, es pensar que de estas fuentes derivan múltiples posibilidades de contactos tanto en relación con los cónyuges como con los demás hijos y personas que constituyen el hogar en el cual la madre es el eje.

En este aparte no entro a analizar los sistemas de control de los cuales se tratará luego, sino simplemente de despertar inquietud sobre la calidad del problema, que impone la necesidad de considerarlo como aspecto específico dentro de las funciones de protección materna e infantil correspondientes a los organismos de Salud Pública.

Es evidente: que la mayor incidencia de casos de lues materna se refiere a formas latentes esto es, asintomáticas, que se escapan a la observación clínica, siendo por tanto indispensable la práctica rutinaria de los exámenes serológicos en todas las embarazadas, cualquiera que sea su conducción social o económica, por lo cual corresponde abrir campaña educativa sobre los médicos, especialmente los obstetras, ya que solo una parte de la población suele recurrir a los organismos oficiales de Salud.

Esa coordinación entre el medio particular y el Centro de Higiene es pues una base que desde ahora puede enunciarse como primordial. Las clases sociales elevadas, que no suelen hacerse beneficiarias de los servicios oficiales, vienen a ser víctimas de sus propias condiciones y por ello las menos favorecidas en este y en otros aspectos relacionados con la salud. Y es que preciso es reconocer, que salvo en presencia de signos clínicos evidentes que son los menos frecuentes, ni el médico y menos la paciente o sus familiares, piensan que la sífilis pueda tener entrada en las altas esferas y si el pensamiento llega a sus mentes, lo desechan como cosa ofensiva y vergonzosa. Y los casos de sífilis latente no se diagnostican, no se tratan y los estigmas se gravan en el niño como testimonio infamante de irresponsabilidad de quienes debieron y tuvieron oportunidad de preverlos e impedirlos.

La célebre frase de que quien adquiere la sífilis honra a sus padres, tiene su significado en el sentido de que el hijo que la adquiere de sus progenitores es vivo deshonor para éstos.

Cuando en la hora presente, se cuenta con tantos medios de diagnóstico y de tratamiento, el problema de la desidia adquiere mayores características y se relaciona respecto a la conducta del médico con otro tópico al cual habrá de aludirse en este estudio: el de la preparación profesional.

La sífilis, predomina aún entre las causas de aborto, de partos prematuros y de mortinatos. Aún tiene vigencia aquello de que la sífilis defiende al individuo en cuanto lo destruye antes que someterlo a una vida intervenida por sus efectos.

Hemos visto por los datos que anteceden, como en una encuesta serológica en escolares se descubrió un alto porcentaje de sífilis atribuibles en su mayoría a contagio endouterino.

Para abundar en datos al respecto, creo oportuno referirme a los que trae el doctor Alberto Lari C., Director del Centro de Medicina Preventiva del Rimac, Lima, Perú y relativos a la labor desarrollada en el año de 1949. (Boletín de la O. S. P. marzo 1952).

Resultado del Examen Serológico para lues en 1.341 gestantes y puerperas del Distrito del Rimac.

Resultado	Nº de Casos	Porcentaje
Negativo	1.185	88,4
Positivo	117	8,7
Dudoso	39	2,9

De los casos sospechosos y positivos, pudo confirmarse diagnóstico de sífilis en 106.

Los 106 casos se discriminan así:

	Total	Porcentaje
Sífilis primaria y secundaria	5	4,7
Sífilis latente reciente	63	59,4
Sífilis congénita	1	1,0
Sífilis, otras formas (latente tardía) etc.	37	34,9
Total	106	100,0

Preciso es destacar, que la baja relación de los casos primarios y secundarios confrontados con la de casos latentes, no va en favor de la intrascendencia del problema; por el contrario, son los casos de lues latente los más difíciles de descubrir, por lo cual pasan inadvertidos y demandan una mayor acción de pesquisa, la cual puede ser verificada por los organismos de salubridad dentro del conjunto de gentes por ellos controladas, mas no dentro de aquellas que no solicitan sus servicios y que se valen de sus recursos propios o sea de sus médicos particulares. Como bien interroga el articulista: "Quién descubrirá los otros casos teóricos que deben existir en la mitad de gestantes no controladas?"

El siguiente cuadro es demostrativo de la conveniencia de vincular a las gentes a cualquiera de los servicios del organismo de salud, como mecanismo para el descubrimiento de casos de sífilis y de él se deduce el esbozo de organización dentro de campañas antivenéreas.

Personas infectadas clasificadas según motivo del examen.

Año de 1949 — (Sífilis)

Motivo del Examen	Número	Porcentaje
Investigación epidemiológica	70	10.2
Examen prenatal	48	6.9
Examen prenupcial	5	0.7
Examen de salud requerido	50	7.3
Voluntario sin síntomas	50	7.3
Voluntario con síntomas	342	49.7
Otra Institución	85	12.4
Otros	32	4.7
Sin información	6	0.9
Total	688	100.0

Las distintas vías hacia el Centro de Salud, hicieron posible el descubrimiento y tratamiento de los casos que presumiblemente no hubieran tenido atención por otros medios.

En anexo N° 5. se hallan los datos concernientes a incidencia de sífilis en Colombia y en el N° , los obtenidos de la Secretaría de Higiene de Bogotá.

Sobre el aspecto del control de la sífilis congénita, algunas zonas de los Estados Unidos de Norte América han alcanzado notables progresos. Para mejorarlos en todas Wright John J. y otros han aconsejado el minucioso examen de las historias clínicas de todos los casos sometidos a tratamiento. Ellos, mediante el examen de las historias correspondientes a 60 casos, dedujeron la necesidad de reforzar futuros programas en los siguientes aspectos: actividad conducente al descubrimiento de un caso de sífilis en la familia; estudio minucioso de la cadena de infección hasta localizar todos los miembros familiares; observación de éstos hasta eliminar toda posibilidad de futuras infecciones congénitas y hasta que sean tratados todos los niños infectados. Se quejan los autores de que a pesar de que el tratamiento de la madre no ofrece problema, "hay zonas donde aún hoy día pasan el período de embarazo y dan a luz sin ninguna reacción serológica, a pesar de las leyes existentes que exigen estas pruebas" y agregan: "Las madres pueden contraer la infección en los últimos meses del embarazo, con infección resultante del feto".

Aconsejan como conclusión: "que se coordinen todos los esfuerzos encaminados a este fin y que se facilite la información a los trabajadores sociales, al médico y a la enfermera que atienden a una misma familia".

SIFILIS Y LONGEVIDAD

Se ha hecho referencia a lo largo del presente trabajo, a la longevidad, a la expectativa de vida y a diversos factores de herencia y de ambiente que intervienen en torno. Al hablar de la sífilis, ha de relacionarse con este aspecto dadas las experiencias realizadas en reciente época que demuestran al influencia adversa de la sífilis sobre la longevidad.

Este tópico adquiere grande importancia dentro de los aspectos tratados y por tratar en el presente estudio y cabe no solo dentro de la medicina individual por los efectos que sobre cada caso se producen, sino sobre el conjunto como causa que frena los alcances de la salud colectiva que tiende a dar mayor prolongación de la vida en general.

Tratándose de un estudio novedoso, se hace necesario transcribir lo más fundamental.

Los experimentadores Usilton y Miner estudiaron en 1937 las causas de muerte de varones de raza blanca y negra, sometidos a tratamientos antilúéticos para sífilis adquirida, deduciendo un promedio de disminución de la expectativa de vida, de 4.8 años para los blancos y 7.1 para los negros.

El grupo de pacientes fué observado durante 6 o más meses sin que se determinara si la muerte se debió a la sífilis o a otras enfermedades.

Miembros de la Sanidad Pública de Estados Unidos informan sobre una serie de estudios sobre sífilis adquirida no tratada en varones de raza negra en el Estado de Alabama. Fueron observados 399 sífilíticos y 210 no sífilíticos de 25 años de edad en adelante. A cada caso se le hizo completa historia clínica: examen físico, estudio de Rayos X, examen del líquido cerebro espinal y evaluación serológica. Se descubrió afección cardiovascular en aproximadamente 46,6% del grupo sífilítico y 23,9% del grupo de control. En más del 60% del grupo de control no se encontraron signos de enfermedad en ninguno de los aparatos orgánicos investigados, mientras que en el grupo sífilítico el promedio sólo alcanzó al 15,8%. Resultó evidente que la sífilis no tratada aumentaba la morbilidad del hombre de raza negra. Se preparó después un informe sobre el efecto de la sífilis en la longevidad. Se agregó al estudio un grupo de 410 hombres de raza negra con sífilis no tratada. Las tablas de mortalidad indicaron que la sífilis no tratada mermaba la vida de los hombres de raza negra (entre 25 y 29 años de edad) en un promedio de 8 años en comparación con un individuo no sífilítico de edad, raza y sexo comparables, lo que indica que la expectativa de vida disminuyó en un promedio de 20%. Continuando esta investigación de la morbilidad se observó por segunda vez a todos los individuos que fue posible localizar nuevamente y esta vez se prestó atención especial al aparato cardiovascular. Se encontró una incidencia más alta de arterioesclerosis en el grupo sífilítico. En un estudio del efecto de la infección sífilítica tratada sobre la longevidad, se analizan los archivos del Departamento de Dermatología y Sifilología del Hospital de la Universidad de Virginia correspondientes al período de 1920 a 1941. Se incluyó un total de 2.908 pacientes de 15 años de edad o mayores, con sífilis adquirida. Se encontró que las personas que estaban recibiendo el tratamiento antisifilítico rutinario tenían una disminución de la expectativa de vida de aproximadamente 7 años

(20%) al compararlos con los individuos no sífilíticos de grupos de edad, raza y sexo similares. En 1951, H. W. Martin examinó la estadística del Estado de Georgia. Preparó dos tablas de mortalidad: una regular, que incluía todas las causas de mortalidad y la otra especial, que excluía solamente la sífilis como causa de mortalidad. Todos los valores, en todas las edades hasta 85 y 89 años, resultaron invariablemente más altos en la tabla especial que los de la tabla regular. Se estimó que las diferencias se debían a la sífilis. Los estudios que aquí se mencionan parecen indicar que la afección sífilítica, tratada o no tratada, *reduce la expectativa de vida*. También se considera que la infección sífilítica puede en sí reducir la resistencia del huésped a procesos patológicos distintos de la sífilis.

Se indica que el ideal sería estudiarlos en tres grupos: pacientes con sífilis, no tratados; pacientes con sífilis, tratados; e individuos no sífilíticos. Los datos proporcionados por el material autopsico combinado de 40.729 personas, de los que 1.692 revelaron briones sífilíticos en la necropsia, mostraron que aquellos que pasan de los 70 años son en su mayoría los que se suponen no sífilíticos. En la serie de autopsias realizadas en Yale, que comprendió 3.907 casos, el número de individuos que pasaron la edad de 70 años fue mayor en el grupo de los no sífilíticos. Aunque se han criticado los resultados de este estudio, el A. opina que los mismos confirman la conclusión de que la *sífilis acorta la expectativa de vida*".

(Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana - Agosto de 1953)

No satisfechas aún las dudas sobre este tópico, se llevó al campo experimental, tomando el ratón como animal de selección; tanto para inoculación como para testigo, utilizando ejemplares de uno y otro sexo y de diversas edades, practicándose la inyección intraperitoneal y vigilándolos hasta su muerte seguida de la autopsia. Este sistema no dio resultado en favor de tesis alguna, por lo cual, se apeló al trasplante de nódulos linfáticos de cinco de los ratones inoculados con treponemas, trasplante practicado en conejos, dado que en este animal, la sífilis, contrariamente a como se comportan en el ratón, se manifiesta positivamente al campo oscuro, lo cual se puso en evidencia y confirmándose la infección luética de los ratones, los cuales tuvieron un lapso de vida reducido comparado con sus controles, siendo las diferencias apreciables. Los factores de ambiente y genéticos

fueron constantes. De esta experiencia concluye el autor (Roshan Arch. Deom Syph. 1952): la infección sifilítica en ratones, aunque no produce lesiones de sífilis, causa una reducción en la longevidad. Los animales sifilíticos murieron a una edad menor que los controles no sifilíticos y las causas de mortalidad fueron las mismas enfermedades para ambos grupos. De esta experiencia, el autor concluye que la sífilis en los ratones reduce la resistencia a las otras enfermedades y actúa como depresor general de los procesos de defensa. "Si estas conclusiones pueden tener equivalencia en el hombre, se podrían salvar muchos años de vida humana aumentando las medidas para el control de la sífilis".

Se concluye de lo expuesto y de lo transcrito, que, si la tendencia a la prolongación de la vida es resultante de una mejor organización sanitaria, la sífilis es uno de los factores que se opone al logro de tal objetivo y por esta nueva razón, se impone su control dentro de las actividades primordiales de Salud Pública, máxime cuando es hoy día admitida la posibilidad del éxito en sus resultados.

Deducciones:

De lo expuesto podemos deducir:

a) La sífilis no es aún desdeñable en la consideración del conjunto de causas de mortalidad general, ni de mortinatalidad, ni de mortalidad infantil, ni de abortos, ni de partos prematuros, ni en cuanto a manifestaciones en el niño, ni respecto a la disminución en la expectativa de vida.

b) Los pueblos más avanzados en organización sanitaria aún no consideran resuelto el problema venéreo.

c) En la sucesión de etapas que es preciso sortear respecto a Salud Pública, los pueblos de la América del Sur, como otros, no han logrado aún salir de las iniciales que se relacionan con las afecciones transmisibles controlables por una eficiente organización sanitaria. Entre ellas se encuentran las enfermedades venéreas.

d) La sífilis adquiere una especial trascendencia en cuanto puede transmitirse congénitamente.

e) La sífilis y las demás afecciones venéreas tienen vincu-

lación con la función natural de procreación y por ello, se halla ligada al acto carnal al cual es impelido instintivamente el individuo, constituyendo por ello un factor favorable a la transmisión y desfavorable al control.

f) Desde el punto de vista colectivo o de Salud Pública, la sífilis merece prelación, no en cuanto a que constituya una de las causas que originen mayor mortalidad, sino por cuanto es una enfermedad eminentemente "social" como tradicionalmente se le califica o "antisocial" como más propiamente debería motejarsele y por cuanto las posibilidades que el progreso terapéutico y el avance en los conocimientos sobre organización sanitaria, hacen previsible su control y reducción evidente o sea que, junto con las demás afecciones venéreas pueden ser materia de actividad sanitaria efectiva.

g) Deben considerarse las afecciones venéreas en estrecha conexión con el niño, en cuanto a la posibilidad de transmisión congénita de la primera y transmisión directa o indirecta de todas; en el adolescente en cuanto a que su impreparación le suele hacer víctima de ellas en sus primeras experiencias sexuales; en el joven y adulto en cuanto a que la edad de mayor capacidad y actividad sexual expone mayormente el contagio y en el anciano respecto a las manifestaciones tardías que hacen más corta la vida y la someten a los sufrimientos que de ellas se derivan.

ASPECTOS INTERNACIONALES DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Siendo el intercambio de población y la facilidad de movimiento un factor preponderante en la transmisión de las enfermedades venéreas al igual que de las demás infecto-contagiosas, las comunidades, aisladas por linderos políticos y geográficos y constituídas en naciones se han venido preocupando por establecer controles que vayan más allá de sus respectivos territorios, tratando de obtener la cooperación común entre los gobiernos de los diversos países para trazar normas universales que venciendo las fronteras hagan más viable el control de tales entidades patológicas.

Ya desde 1924 se verificó la conferencia de Bruselas que agrupó representantes de países europeos en torno al estudio del problema venéreo, habiéndose suscrito el convenio que lleva su nombre.

Más recientemente, en 1936 se creó por la Unión Internacional contra las enfermedades venéreas, un sub-comité internacional para coordinar los esfuerzos de Bélgica, Francia, Alemania, los Países Bajos y Suiza, tendientes al control de las afecciones venéreas en los navegantes o marinos del río Rhin.

La localización de la lucha antivenérea en esta arteria fluvial europea que colinda con los países mencionados, tuvo su explicación en la marcada preponderancia de las enfermedades venéreas en los navegantes, dada la posibilidad múltiple de infección por su vida trasumante y mediando por ello el peligro de diseminación en cada puerto. Esta atención especial a la salud de la tripulación fluvial, persiste y ha venido siendo reforzada, debido a la observación sobre el estacionamiento en la incidencia de las afecciones venéreas en los puertos, en contraste con las ciudades del interior, donde se ha producido descenso. Esta afirmación pudo ser comprobada por el Centro de Demostración de Rotterdam mediante material coleccionado en el puerto de Sourabaya, en el año de 1950 en que 4.965 pacientes fueron tratados para infecciones venéreas, siendo su mayor proporción de navegantes. 12% de tales casos lo fueron por sífilis reciente; 25% por chancros blando y 60% para gonorrea.

Por otra parte, se estudió la tripulación de una compañía holandesa marítima, durante el lapso de 1945 a 1951, hallándose un 75% de pacientes que padecieron afecciones venéreas. En Suiza, la proporción fué mucho menos notoria. Entre 55.000 marineros se halló un 2% con serología positiva y entre éstos, la mitad la ignoraban. En Copenague, en el año de 1952, 39% de los primeros casos de sífilis denunciados al servicio público de salud, correspondieron a navegantes infectados en el extranjero.

En el año de 1949, la Organización Mundial de la Salud, inició su intervención en el problema del control de la sanidad portuaria referente a las afecciones venéreas, aconsejándose la revisión del tratado de Bruselas y asociándose a los proyectos de un centro de demostración de Rotterdam; una clínica de higiene social en Rorachi (Pakistán) y la Comisión Antivenérea del Rhin.

A esta incorporación de la entidad internacional, otras asociaciones correspondieron, entre ellas, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Unión Internacional Antivenérea.

Durante la pasada guerra mundial, el predominio de las en-

fermedades venéreas justificó la adopción de medidas de emergencia, nacionales e internacionales. Luego en 1947, la Unión Internacional Antivenérea, aconsejó, verificar los arreglos conducentes al estricto cumplimiento del convenio de Bruselas y la extensión de tal acuerdo en una Convención Internacional, cuya preparación fue confiada a la O. M. S. Esta entidad abocó el estudio por medio del Comité Experto en Infecciones Venéreas, planteando y recomendando revisión del Tratado de Bruselas y siguiendo las recomendaciones del Joint Comité sobre higiene de los navegantes en 1949.

En 1951 fué establecido un convenio entre el gobierno de Holanda y la O. M. S. a fin de organizar un Centro de Instrucción y control de enfermedades venéreas en los marinos, tratando con ello de establecer mediante encuestas en los diferentes países la forma como se cumpla el tratado de Bruselas y propendiendo por la divulgación de un manual de tratamiento anti-venéreo para empleo internacional. Estos estudios progresan en el presente año y para 1955 sus gestores aspiran tener mayor avance.

Las actividades referentes a la Comisión de Control Anti-venéreo del Rhin, prosiguieron con la constitución de un sub-comité que incluyó además a Alemania como nación interesada en el programa, recomendando la creación de centros de diagnóstico y tratamiento en los principales puertos del río, extendiendo la atención a la hospitalización cualquiera que fuese la nacionalidad del paciente; adopción de una tarjeta para tratamiento individual; intercambio de información epidemiológica y desarrollo y creación de servicios sociales especializados, así como la divulgación sobre los sitios de tratamiento al servicio de los navegantes. También fué sugerida la creación de un centro administrativo en Estrasburgo y otro técnico en Rotterdam.

La actividad desarrollada pudo ser valorada en el año de 1951, en que la Comisión estudió los informes de los cuales solo 20 casos con sífilis abierta y 130 con blenorragia fueron comprobados. Se recomendó entonces la ampliación de los servicios a los familiares de los navegantes, residentes en los puertos marginales del Rhin y se resolvió incrementar el Centro de Lucha Antivenérea de Rotterdam y la apertura formal fijándola para el 21 de diciembre de 1951, así como la celebración de cursos de información y de entrenamiento y distribuyéndose comisiones de estudio.

Tales cursos se verificaron en Rotterdam del 21 de septiembre al 12 de diciembre de 1953 con asistencia de 13 participantes en representación de 10 países.

Los diversos estados afiliados a la Organización Mundial de la Salud, han venido adhiriendo al Convenio de Bruselas sobre lucha antivenérea.

(Maritime Aspects of Venereal Disease Control A. report for the ILO | WHO. Joint Committee on the Hygiene of Seafarers 22 enero 1954).

(En anexos, se presentan cuadros demostrativos del alcance numérico de las campañas).

En América, la Organización Mundial de la Salud, ha venido cooperando con los gobiernos de las naciones que han solicitado su concurso técnico.

Los países de América Central: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala y Panamá desarrollaron una actividad común de investigación de la incidencia de la sífilis en la población escolar, en los años de 1949 y siguientes.

Las regiones fronterizas entre México y los Estados Unidos han merecido atención especial mediante sistemas de control, según el estudio presentado por el Dr. Walter F. Edmundson ante la Décima Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana Estadounidense de Salubridad, celebrada en Monterrey, México marzo de 1952.

El Paraguay llevó a efecto un programa intensivo iniciado en 1952 de acuerdo con el convenio suscrito por el gobierno con la O. M. S. en julio de 1951.

En Colombia, en problema venéreo fué considerado con especial interés, hace ya más de cuatro lustros por los gobernantes del Departamento de Cundinamarca, destacándose la necesidad de dotar al país de un Centro especializado cuya fundación vino a denominarse Instituto de Higiene Social de Cundinamarca y que vino a tener después de ingentes esfuerzos como sede un tanto al control de la prostitución bajo régimen reglamentario, como a la hospitalización de los casos infecto-contagiosos, al tratamiento ambulatorio de los casos cerrados y a la investigación.

Este Instituto creó una verdadera escuela y fué el gestor entre nosotros de la especialidad de venereología dentro de las ma-

terias médicas. A las adquisiciones foráneas sumó sus propias en el tratamiento y control de tales afecciones.

Bajo sus auspicios se verificó la primera Convención Nacional Antivenérea en el año de 1943 y allí han acudido quienes se han preocupado por estos problemas en el país.

Institutos de Higiene Social fueron establecidos en otros centros urbanos del país, como dependencias de la División de Lucha Antivenérea y Anti-piánica.

En la ciudad Capital, la orientación dada en 1947 a la Dirección de Higiene Municipal creó centros periféricos equipados de servicios antivenéreos, los cuales fueron aumentándose con el mayor número de tales centros. Se procuró poner al frente de los servicios de venereología a médicos especialistas y se inició una actividad epidemiológica integral, reforzada con la labor educativa que la respectiva sección cumplía.

Pero, el problema de las afecciones venéreas ha venido siendo luego sub-estimado, bajo la influencia de estadísticas extrañas al medio, que hacen creer en una pronta solución radicada casi exclusivamente en la moderna terapéutica y se han desdénado las amplias posibilidades que la cooperación y el armónico engranaje entre las instituciones existentes ofrecen para una actividad eficaz, intensiva de control de las afecciones venéreas.

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

El control de las enfermedades venéreas se basa en:

- I.—Educación Sanitaria.
- II.—Labor Epidemiológica.

Educación Sanitaria.—Se relaciona tanto con los aspectos sexuales como con la prevención y el alcance de las enfermedades venéreas. No es posible establecer la propia defensa contra algo cuando no se tiene conciencia tanto de cuanto ese algo es en sí como del mecanismo a través del cual obra.

Sabido es que el contagio directo de las afecciones venéreas se produce en su más alto porcentaje mediante el acto carnal y es evidente que la iniciación en el ejercicio sexual se hace sin previo conocimiento de sus alcances ni de sus consecuencias, una de

las cuales puede ser la infección venérea. No son propiamente las experiencias a que el instinto y la curiosidad llevan a los niños de uno y otro sexo, las que suelen originar tales afecciones, sino las que personas de mayor edad practican induciendo a ellos a niños y adolescentes. Entre nosotros preciso es aludir a la frecuencia con que el personal de servicio doméstico sirve de desahogo sexual a los jóvenes o simultáneamente busca en éstos sus propias satisfacciones; y dentro de tal calidad de mujeres la incidencia de afecciones venéreas es ciertamente elevada. De esta iniciación pasa el adolescente a otro género de relaciones que bien halla, cada vez con mayor facilidad, en la mujer que lo seduce sin más halago compensatorio que su propia expansión sexual o en la prostituta que trafica con su cuerpo. Fuentes de contagio múltiples y pródigas contra las cuales ninguna defensa posee el incauto.

La educación sexual, ha sido una necesidad para reprimir las aberraciones y las enfermedades que tienen su origen en el terreno genital. Pero por la misma circunstancia, ha hallado obstáculos poderosos para su expansión. Fué hacia fines del siglo pasado cuando, conscientes los intelectuales del viejo continente de la necesidad de abrir una cruzada contra el mal, se lanzaron valerosamente en la campaña de educación sexual. Alfred Fournier, Duclaine, Joes Guijot, Gide, Pinard, Burlureau la iniciaron y sostuvieron en Francia: Max Flesh en Alemania, Anton von Menger en Austria, Bernard Shaw en Inglaterra y este impulso traspasó los límites continentales para sentirse en América bajo la acción de Dyer, Senslon, Lewis, Egber, Grandin, entre otros. La intelectualidad de entonces comprendió y aportó a tal idea las posibilidades de su acción en defensa del capital humano, dándose oportunidad a la expresión de Max von Niessen: "el país que tenga la previsión y el valor de introducir y llevar a la práctica las teorías de higiene sexual, que ejercen una tan amplia acción y tan significativa en su propio porvenir y el porvenir de la raza futura, será el que llegará a ocupar el primer puesto en la marcha de la civilización".

La educación en estas materias, tenidas por siglos en ambiente vedado, de ocultismo, de hipocresía y de incomprensión, ha de ser metódica y sistemática. Para verificarla ha de contarse con personal idóneo que, lejos de provocar escándalos farisaicos o de abrir las compuertas de la insana curiosidad y de formar problemas psíquicos en mentes nuevas, obtenga penetración pausada y firme en la consciencia colectiva.

Grupos homogéneos, por edades, por sexos y por niveles culturales han de ser seleccionados y el material, el tema y su desarrollo premeditadamente establecidos.

La época es pródiga en vehículos y sistemas de divulgación. Desde la educación oral directa; la imprenta mediante, folletos, revistas, hojas, afiches, carteles; el cinematógrafo con dispositivos y películas; la radiodifusión que vence la barrera del analfabetismo; la televisión que atrae como cosa novedosa que penetra e impresiona la vista y el oído; la escena en el teatro; en fin todo cuanto la humanidad en su vertiginoso impulso progresista ha dado para mutuo entendimiento entre los pueblos.

Pero sobre todo ésto, continúa vigente la trascendencia de la paciente labor sobre las personas claves, los maestros, los sacerdotes, las autoridades civiles que en su órbita de influencia tanta posibilidad tienen de acción y de formación de sus subordinados.

La timidez en quienes tienen la obligación de cumplir con estas actividades, suele postergar estos programas relegándolos pasivamente al último término al que no suele llegarse.

Ejemplos de la posibilidad de cumplir con estas funciones, sin escándalos, sin problemas y con efectivo éxito, los vió Bogotá, la ciudad Capital de Colombia, por el año de 1947, cuando la Sección de Educación Sanitaria de la Dirección de Higiene de Bogotá, desplegó una sostenida campaña, penetrando en los colegios con las conferencias ilustradas con películas y con afiches demostrativos; con la revista "Higiene y Salubridad", destinada a categoría intelectual elevada y el "Boletín Informativo" para entrega en la clase popular.

Pero estas actividades han de continuarse sin desfallecimiento, penetrando cada vez más profundamente y extendiendo la acción a todas las esferas. En Salud Pública el vicio entre nosotros ha sido el de la discontinuidad de ideas que trae la desorientación de la colectividad y el fracaso en aquello en que no persevera.

Cuando de las enfermedades venéreas se pueda hablar no como males vergonzosos que incluyen el concepto de falta; cuando al igual que de cualquiera otra afección las gentes en público y en privado puedan ocuparse y mediante la formación de conciencia sanitaria se cuente con la decidida y franca colaboración de todos los núcleos sociales, se habrá ganado parte fundamental en la batalla contra tales flagelos.

EPIDEMIOLOGIA

La acción epidemiológica o sean medios de control se basan en:

- a) Notificación y diagnóstico precoz.
- b) Pesquisa de contactos.
- c) Aislamiento de los casos abiertos.
- d) Tratamiento oportuno.
- e) Medidas generales:
 - 1º—Encuestas serológicas para sífilis.
 - 2º—Supresión de fuentes de contagio que comprende:
 - Represión de la prostitución.
 - 3º—Examen prenupcial.
 - 4º—Establecimiento de una red de organismos que sean accesibles y aprovechamiento de todas las posibilidades mediante conexión de las instituciones en una actividad común.
 - 5º—Formación de personal.
 - 6º—Conexión de los médicos con los organismos de Salud.
 - 7º—Aplicación profiláctica de antibióticos a los grupos muy expuestos.

a) *Notificación y Diagnóstico Precoz.*

La notificación, o sea la información que quien conoce de algún caso de afección transmisible ha de dar a las entidades de higiene, ha sido un sistema universalmente impuesto y es un mecanismo tanto para llevar a efecto las investigaciones en torno al caso, tomar las medidas de control y aportar los datos estadísticos de morbilidad.

Pero, tal notificación, infortunadamente suele ser mundialmente defectuosa y en algunos lugares ausente. Ello se debe, a la falta de colaboración entre el público y especialmente entre los profesionales médicos con los organismos de higiene.

La formación profesional defectuosa en materias de Salud

Pública que reciben los médicos en las universidades, es una de las causas y a ella se hará referencia especial.

La Salud Pública, basada especialmente en la prevención es en cierto modo antagónica con la medicina privada que es curativa. Esta circunstancia divorcia a quienes la ejercen de las entidades públicas destinadas a la prevención, pero en cambio no los desautoriza para entablar críticas y oposición frecuente a las actividades tendientes a proteger la salud de la comunidad.

Por otra parte, los organismos de salud deberán incluir dentro de sus programas la incorporación de todos los médicos radicados en la zona bajo su control, estableciendo así una corriente de simpatía y de atracción que ha de tener base inicial en los servicios y comodidades que el organismo de salud pueda prodigar en favor de la clientela privada de cada profesional y a través de éste.

Deberá, si se incluyen las afecciones venéreas, dentro del conjunto de transmisibles que han de ser notificadas y no dentro de campañas especiales, adoptarse siempre una lista mínima de entidades patológicas cuyo conocimiento represente utilidad desde el punto de vista epidemiológico y no meramente estadístico, evitando así el recargo de material que redundaría en desdén por parte de quien ha de utilizarlo.

Es obvio, que la notificación ha de ser impersonal, esto es, no identificando al individuo o paciente cuando el dato ha de ser empleado solo estadísticamente; pero cuando, como ha de procederse, de cada dato haya de seguirse el control, la pesquisa de contactos y demás medidas de profilaxis colectiva, preciso es llegar a la localización y conocimiento personal de cada caso. Esta circunstancia hace menos fácil la labor, dentro de una colectividad sin conciencia sanitaria que antes que acudir en busca de ayuda al organismo de salud, lo eluden y evitan su presencia.

Ha sido éste un problema universal y por ello, hubo de reunirse el Seminario sobre notificación de las Enfermedades Transmisibles, celebrado en Santiago de Chile, del 30 de Noviembre al 11 de Diciembre de 1953, al cual acudieron los epidemiólogos y estadísticos de los servicios Nacionales de Sanidad de Sur América. Los estudios allí verificados tendientes a la adopción de métodos para mejorar la notificación, se han condensado en el manual titulado: "Basic Procedures for the reporting of Communicable Diseases" (Julio 1954).

Los temas tratados se refirieron a los sistemas locales y nacionales de notificación; al análisis y distribución de datos; a los métodos para mejorar los informes y a los procedimientos para el canje internacional de datos.

b) *Pesquisa de Contactos.*

La medicina individual llega hasta el caso; la medicina colectiva, parte de ésta hacia la comunidad en busca de nuevos casos, valiéndose para ello de los datos que puedan ser obtenidos del paciente o de quienes lo rodean, investigando los contactos o sea aquellos que por haber estado en relación directa con el individuo que padece una enfermedad transmisible, pueden llamarse igualmente infectados y dar origen a nuevos casos que, dentro de la comunidad multipliquen indefinidamente la cadena del contagio y puedan originar epidemias. Es preciso investigar el curso de la infección hasta localizar la fuente de contagio.

En las enfermedades venéreas, la pesquisa de contactos es fundamental, si bien implica labor más difícil y que ha de revestirse de táctica y de métodos especiales dada la índole y origen de dichas afecciones.

Cada servicio antivenéreo deberá para ello disponer del personal adiestrado indispensable y organizarse el sistema de entrevistas previas a la consulta, a fin de lograr mediante educación del paciente, obtener conocimiento de los datos que permitan extender la acción sanitaria a los convivientes y demás personas relacionadas directamente con el caso. Esta entrevista tiene aplicación e interés, tanto en casos de lesiones abiertas, o de infección crónica o de pacientes embarazadas, así como en casos de sífilis latente, en los cuales se aconseja una investigación tendiente a establecer el origen y la evolución de la infección y en sífilis congénita que requiere la encuesta familiar para descentrañar el origen de los ancestros.

Obtener la concurrencia del cónyuge en caso de afección en quien lleva vida marital, es lógicamente uno de los primeros objetivos en la pesquisa de contactos y a través de la entrevista.

Pero para que tanto la entrevista como la pesquisa resulten un sistema favorable a los objetivos que persiguen, deben ser practicados por personal competente; de lo contrario, no solo dejarán de surtir buenos efectos en cuanto a los datos que se obten-

gan sino que ahuyentarán al paciente y a sus contactos. Incluye el interrogatorio referencias a cuestiones de suyo íntimas y a personas con los cuales los nexos del paciente puedan obligarle a guardar reserva. Hacerse a la confianza de éste y darle la seguridad sobre la conveniencia de cooperar en el descubrimiento de nuevos casos en beneficio de la salud de éstos y de la comunidad, es por tanto indispensable.

El Dr. Theodoro J. Bauer, Jefe de la División de Enfermedades Venéreas del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, en su trabajo presentado a la Décima reunión anual de la Asociación Fronteriza Mejicana, Estadounidense de Salubridad, destacó los esfuerzos realizados para integrar un cuerpo de investigadores que pudieran sortear los fracasos sufridos en la investigación de contactos por personas no dotadas de condiciones y de entrenamiento especiales. Por tal procedimiento, en un breve período, tales investigadores lograron hallar e identificar de 5 a 8 contactos por cada paciente entrevistado. Este grupo de investigadores fué ofrecido en colaboración a diversas entidades ocupados de la salubridad civil y militar a fin de extender lo más posible su radio de acción.

La paciencia, el tacto, la buena educación y la buena presentación fueron condiciones exigidas para la selección del grupo aludido y el resultado, patente, multiplicó el número de casos tratados y disminuyó en igual proporción las posibilidades de progreso de la infección en la comunidad.

El Dr. Herman Goodman, en el Journal of Social Hygiene de junio de 1951, publicó un importante estudio, traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana (Boletín -Agosto 1952) con el título: "Método para vencer la renuencia de los enfermos venéreos a revelar sus contactos" y que constituye un verdadero tratado de psicología, basado en el capítulo VI "Meeting the Prospect's 'No'", de la obra del Dr. J. George Frederik referente a la manera como puede interpretarse la respuesta negativa y la táctica para hacerla afirmativa cuando se trata de ofrecer en venta efectos comerciales.

Dada al frecuencia con que al interrogatorio tendiente a establecer la fuente de contagio de las afecciones venéreas, se contesta por el paciente con un "no" y a la necesidad de vencer tal obstáculo en la búsqueda de los contactos, el análisis de 25 razonamientos sobre el "no" y la forma de actuar frente a ellos, pue-

den ser estimados para ponderar la necesidad de poseer condiciones especiales por parte del investigador, al igual que si se tratase de actividades comerciales y aún con mayor razón que en tales casos.

La eficacia en la investigación de contactos venéreos en los Estados Unidos, aprovechando la red de organismos integrados por la Sanidad Pública, el Ejército, la Marina y la Fuerza Aérea, el servicio de Guardacostas y la Administración de Veteranos, aumentó en el 75% entre los años de 1945 a 1950.

El porcentaje de contactos examinados llegó al 71. El índice de contactos fué de 5.51; el de contactos tratados: 0.67; el epidemiológico: 1.40.

La acción epidemiológica coordinada entre las diversas entidades mencionadas fué complementada con la formación de personal mediante la fundación de Escuelas en distintas localidades que prepararon 470 alumnos civiles y 354 militares.

No obstante estas cifras halagüeñas, se aconsejó la ampliación del período de investigación de contactos a 1 año. (Stuart Y. Journal of Venereal Disease. Stbre. 1951).

El sistema de investigación personal directa, puede ser auxiliado por el de comunicaciones escritas pero es preciso tener en mente la encuesta por medio de visitas. El conocimiento que las cuenta la oportunidad o prontitud de la investigación, por lo cual el resultado es mejor cuando es posible llevar a efecto directa. Visitadoras de Salud Pública tengan sobre las zonas de población a ellas asignadas y la confianza que la comunidad tenga por ellas son factores de gran valor para el éxito de la labor. Pero la imposibilidad común de mantener personal exclusivamente destinado a esta actividad, obliga a una labor integral, que mediante personal preparado, atienda a los diversos frentes del control epidemiológico. Con un sentido completo de la labor que corresponde a los organismos de salud, el contacto con las gentes, bien sea en la sede de tales organismos, o en la vivienda de aquellas o en cualquier sitio donde se establezca tal relación, deberá ser aprovechado para la investigación antivenérea.

La experiencia en el sistema integral ha sido expuesta por A. C. Bulla, M. D. Flora Wakefield y M. Estelle Hunt en publicación aparecida en "The Journal of Venereal Disease" Information. Mayo 1951" traducida por el doctor Pedro Nel Saavedra,

bajo el título: "La enfermera de Salud Pública en el hallazgo de sífilíticos recientes". Estudio que se refiere a las labores realizadas en el Centro de Higiene de Wake en Raleigh, Carolina del Norte; centro urbano rural de 836 millas cuadradas, con población de 136.000 habitantes.

Previo programa de instrucción al personal de enfermeras y de revisión del material del Centro de Higiene, se estableció una escala de prioridades para las entrevistas de los pacientes de las clínicas así:

- a) Personas con diagnóstico de sífilis primaria y secundaria.
- b) Las sífilíticas embarazadas.
- c) Individuos con diagnóstico de sífilis latente reciente.
- d) Otras personas, de acuerdo con el tiempo disponible.

A la vez, fueron establecidas normas administrativas para determinar la oportunidad de las visitas y los casos en los cuales pudiera utilizarse el correo. En tal forma fueron recomendadas las visitas:

"a) En contactos de personas con sífilis primaria y secundaria (Dentro de las 24 horas siguientes).

b) Cualquier contacto sospechoso de embarazo o cualquier embarazada que haya tenido reacción serológica positiva.

c) Los niños y mujeres que hayan tenido sífilis o que en su historia la refieran".

Se adoptaron cartas cuando se tuvo información suficiente sobre el caso, pero se apeló, a la visita cuando el correo no dió resultado oportuno.

Por este procedimiento y mediante el interés despertado por llevar a cabo la investigación en cada caso de individuo que se presentase a cualquiera de los servicios del Centro y mediando, además, el conocimiento de cada enfermera sobre su respectiva zona, así como de los exámenes serológicos de rutina, se obtuvo una cifra de 179 contactos con base en 59 casos de sífilis primaria y secundaria no tratados previamente; de estos contactos, pudo examinarse a 154 y entre éstos 55 fueron remitidos a tratamiento, 20 se hallaban ya tratándose y 79 no estaban infectados.

Los 55 contactos enviados a tratamiento, se catalogaron así: 7 sífilis primaria; 20 secundaria; 24 temprana latente; 2 tardía latente y 2 congénita latente.

De estos contactos examinados, 19 fueron atraídos por correspondencia y el resto por visitas domiciliarias.

Deducimos que, a lo menos los 55 casos de sífilis en período de contagiosidad, no tratados, fueron beneficiados mediante la pesquisa por el tratamiento y a la vez, se evitó el número de otras víctimas que en relación con ellos hubieran seguramente adquirido la enfermedad.

Hay que formar en las enfermeras de Salud Pública un concepto extraño a la rutina, que halle en todo sitio y lugar, manera de descubrir y obtener la prestación de servicios a quienes los necesitan. Un criterio y una consciencia de investigadora lista a hallar los medios para descubrir y para conectar los casos evidentes o sospechosos en los servicios de salud. Y llevar su acción a los médicos privados, quienes pueden suministrar los datos indispensables para extender su radio de actividad a la población que suele permanecer al margen de los organismos estatales.

Grandes vacíos podrán apreciarse en estas materias, en nuestro medio, pero ir llenándolos así sea lentamente ha de ser fundamental labor de Salud Pública y única manera de reducir la incidencia de las afecciones venéreas.

c) *Aislamiento.*

El aislamiento, como medida de control de las afecciones transmisibles, varía según los medios de contagio y puede ser de diversa índole.

En cuanto respecta a las afecciones venéreas, el mecanismo principal de contagio son las relaciones sexuales y habría de relacionarse más especialmente o impedir las durante el período de contagiosidad, si bien la vida en común puede favorecer el contagio indirecto o el directo extragenital.

Controlar las relaciones sexuales dentro de la vida marital o en prostitutas es utópico y aplicar medidas de aislamiento de cuanto puede servir de vehículo de transmisión indirecta es casi impracticable. Debe por ello procurarse el aislamiento del paciente en institución hospitalaria, mientras, merced al tratamiento

se obtiene la cicatrización de las lesiones abiertas, infecto-contagiosas.

El lapso de aislamiento, es hoy bastante más reducido en virtud de la moderna terapéutica y las camas de los servicios dan un rendimiento mayor, requiriéndose por consiguiente un número inferior de éstas. De ahí que, sumándose a este factor el aparente descenso en la incidencia de tales afecciones, las instituciones hospitalarias especializadas, tiendan a reducir sus cupos y en ocasiones a ampliar sus actividades hacia otras esferas. La prostitución, contribuye, no obstante, en alta escala a ocupar tales camas, dada la frecuencia de reinfecciones en el personal que a tales actividades se dedica, constituyendo la fuente más pródiga del contagio.

La liberalidad con que se facilita, sin restricción el arsenal de antibióticos para el uso del paciente por su propia iniciativa, es un factor en contra del aislamiento y en favor de la expansión de las enfermedades, dado que su aplicación hace prescindir del médico, impide el diagnóstico y deja posibilidad a la recaída y a la multiplicación del contagio.

Con los sistemas terapéuticos modernos, casi puede hacerse coincidir, y sería aconsejable, el tratamiento de "blanqueo" o sea aquel tendiente a la cicatrización de las lesiones o a la desaparición de los productos infectantes, con el tratamiento básico "standarizado" como dosis óptima curativa. La dificultad, en muchos casos, de obtener la concurrencia del paciente a proseguir su tratamiento después de que las lesiones o manifestaciones objetivas y subjetivas han desaparecido, puede originar probables recaídas y por ello, en circunstancias en que los cupos hospitalarios reservados a estas afecciones, vienen siendo más holgados, resulta preferible una prolongación de estancias hasta la aplicación de la terapéutica óptima. En tal forma, el sobre costo se traduce en menores riesgos para el paciente y para sus contactos.

La precocidad del aislamiento, así como del diagnóstico y del tratamiento, reduce, como es obvio, la posibilidad de contactos. Ello podrá obtenerse solamente mediante activa y sostenida campaña educativa que enseñe a las gentes a dar trascendencia a las consecuencias de contactos sospechosos y a la aparición de cualquiera lesión genital y a la necesidad de recurrir prontamente a la consulta del médico particular o del servicio oficial, debiéndose añadir la necesidad de instruir a los médicos respecto al procedimiento que han de seguir para el diagnóstico, ya que suele aconse-

tecer con demasiada frecuencia que se instituye tratamiento sintomático y no se recurre a los sistemas que la época pone en manos del profesional, apoyándose exclusivamente en clásicos conocimientos clínicos superados.

La libertad de acción de quienes violando las disposiciones legales y morales explotan la credulidad de las gentes revistiéndose de falsas calidades, suele tener en los pacientes venéreos su más fácil presa. Estos pacientes recurren a los centros hospitalarios sólo cuando la enfermedad ha hecho sus progresos incontrolados.

d) *Tratamiento Oportuno.*

El descubrimiento de casos de afecciones venéreas deberá ser seguido del tratamiento oportuno y adecuado. Pero, como es lógico suponer, este deberá basarse en el diagnóstico preciso. No deberá prescindirse de los medios que, más que auxiliares, son hoy definitivos para establecerlo. El criterio del "ojo clínico" no ha de ser el que se imponga; las clásicas descripciones de lesiones solo sirven hoy para ordenar la materia por el aspecto didáctico, mas es preciso tener en cuenta que el atenerse a ellos implica el grave peligro del diagnóstico errado y las consecuencias que de ello se deriven.

El contenido bacteriano de las lesiones abiertas de localización genital es la base cierta del diagnóstico. La clínica tiene que valerse invariablemente de este dato para el diagnóstico etiológico de las lesiones chancrosas. La frecuencia de asociación del treponema y del *Hemophilus Ducrey* así lo impone.

Conviene, quizás, sintetizar el procedimiento a seguir para el diagnóstico oportuno y científico.

En el caso individual del paciente con lesiones abiertas:

a) *Examen clínico*, en el cual ha de aplicarse el conjunto de medios para advertir las diversas manifestaciones que afecciones polimorfas y de tan variada localización como la sífilis, puedan producir.

La anamnesis tiene gran importancia tanto en cuanto se refiere a los antecedentes familiares como a determinar el período de evolución y la fecha probable de infección, en miras hacia un diagnóstico preciso. Pueden obtenerse además datos que, fran-

queados al médico, complementen los que la entrevista previa haya proporcionado en relación con la fuente de infección. El médico ha de obrar en razón de la salud colectiva y deberá ser parte activa fundamental y no enfocar el caso con criterio meramente individual.

b) *Investigación bacteriológica.* El servicio de venereología debe hallarse provisto de ultramicroscopio de campo oscuro, elemento éste de suma utilidad para la identificación in vivo del treponema. El mismo médico que examina, deberá tener suficiente práctica en su manejo a fin de, por tal medio, obtener lo más precozmente la identificación del agente etiológico, en un tiempo mínimo. En su defecto, esto es cuando no se cuenta con este recurso, se apelará al frotis para coloración, que demandando mayor tiempo, a menor seguridad.

Preciso es tener en cuenta, que un resultado negativo de un frotis, no excluye la posibilidad de hallar el treponema en la lesión; se debe insistir en el frotis, tantas veces cuantas sea necesario según el criterio del médico.

También hay que tener en cuenta que, las aplicaciones locales de antisépticos, cáusticos o antibióticos, dificultan el hallazgo del treponema, y que la frecuencia con que por propia iniciativa o por consejo o prescripción los pacientes se aplican antibióticos por vía parenteral, hace más difícil la investigación.

Ningún tratamiento deberá hacerse antes de establecer diagnóstico.

En la Blenorragia, tiene igual aplicación este lema, que puede parecer trivial, desde el punto de vista científico, mas no suele serlo en la práctica.

No deberá ni diagnosticarse blenorragia a simple vista de los síntomas clínicos ni instituirse tratamiento, sin el previo informe del laboratorio sobre el contenido bacteriológico de las secreciones o excreciones.

Mucho se está abusando de esa portentosa riqueza que son los antibióticos y ese inmoderado empleo va trayendo desafortunadas consecuencias.

Respecto al Chancroide o Chancro blando, la ignorancia del paciente o la falta de criterio del médico, suelen exponer a aquél,

pasando inadvertida la naturaleza o etiología de la lesión, a dejar sin tratamiento la sífilis, empleando solo aplicaciones locales o terapéuticas para Chancro blando.

En la sífilis latente, o sea aquella cuyo diagnóstico excluye toda manifestación clínica, los datos de la anamnesis y la serología son los factores en que se basa el diagnóstico; pero es necesario recalcar sobre la posibilidad de pasar inadvertidas manifestaciones radicadas en cualquier sistema o tejido orgánico, si no media un minucioso y completo examen auxiliado con instrumental y aún con el concurso de especialistas en materias referentes a órganos que pueden ser lesionados.

c) *Reacciones serológicas.*

El sistema de las pruebas serológicas es otro factor diagnóstico, al cual hay que dar el verdadero valor.

Los esfuerzos por perfeccionar los métodos han perseguido dos condiciones: sensibilidad y especificidad, las cuales aún no han sido cabalmente logradas.

La existencia de un período “preserológico” resta al método oportunidad y sensibilidad.

La sensibilidad se ve afectada en presencia de reaginas tan escasas que no puedan mostrarse con los distintos tipos de reacciones.

La especificidad se pierde ante numerosas causas que originan falsa positividad serológica. Descartar enfermedades o estados que puedan tener influencia en la seropositividad, ha de ser parte del proceso diagnóstico.

Los errores por falta de técnica, por defectos de material y por imperfecta interpretación son otros tantos factores que es preciso contemplar.

La serología, no obstante es el sistema usual de útil empleo en las colectividades pero su valor no llega a la categoría de prueba, aisladamente interpretado, sino de mero indicio.

d) *Examen de Líquido Céfalorraquídeo.*

Esta prueba complementaria en el diagnóstico, fue aconsejada como medio de rutina en casos de sífilis reciente, dados los hallazgos de fenómenos meníngeos originados por la invasión ini-



**droga
de
nueva acción**

INDICADA EN LOS
ESPASMOS DEL AREA
GASTROINTESTINAL
SUPERIOR Y BILIAR

eutónico visceral

DACTIL

CON FENOBARBITAL

EL DACTIL alivia el dolor dentro de diez minutos y domina el espasmo visceral dentro de dos días. El poderoso efecto espasmolítico que rinde una dosis de DACTIL puede prolongarse hasta 4 horas.

*L*akeside
Laboratories

• PRECURSORES EN PIPERIDOLES
INC. MILWAUKEE 1, WISCONSIN, E. U. A.

NO TODAS LAS PREPARACIONES DE RAUWOLFIA SON IGUALES
No Existe Sustituto Para el

Rauwiloid[®]

(Fracción alseroxylon obtenida exclusivamente de Rauwolfia serpentina (Benth) de la India)

Muchos miles de médicos han comprobado que el RAUWILOID es la forma de Rauwolfia más segura, de mayor confianza, y la más fácil de prescribir. La seguridad del RAUWILOID está basada en la ocurrencia mínima de efectos secundarios, aún menor que la de otros productos derivados de la Rauwolfia. La confianza que ofrece el RAUWILOID es el resultado de la más rígida estandarización de las pruebas de potencia a las cuales este producto es sometido. La facilidad con que se prescribe el RAUWILOID se debe a su curva de respuesta, de arco plano, que da por resultado la dosificación más definitiva y menos complicada de cualquier derivado de Rauwolfia: Tan sólo dos tabletas de 2 mg. cada una, a la hora de acostarse, ya sea para la hipertensión leve y lábil, o para obtener un efecto tranquilizador en muchos estados relacionados con la ansiedad.

LA RAUWOLFIA EN SU FORMA OPTIMA

Porque: El Rauwiloid no es la raíz cruda de Rauwolfia. El Rauwiloid presenta la actividad hipotensora total de la raíz entera de Rauwolfia serpentina (Benth), estando a la vez libre de la escoria de propiedades inertes hallada en la raíz entera, así como de substancias indeseables, como por ejemplo los alcaloides del tipo yohimbina.

Porque: El Rauwiloid no contiene solamente uno de los alcaloides de Rauwolfia sino que ofrece la acción equilibrada de varios alcaloides potentes contenidos en la raíz de Rauwolfia. En cambio la reserpina, no importa bajo que marca se venda, es sólo uno de los alcaloides deseables contenidos en Rauwiloid.

Porque: Rauwiloid contiene además de la reserpina, otros alcaloides activos, tales como la rescinamina la cual parece ser aún más potente que la reserpina.

Porque: Rauwiloid es la fracción original alseroxylon de la Rauwolfia serpentina (Benth) no adulterada, de la India. Es ésta la forma óptima de Rauwolfia, virtualmente sin efectos secundarios y sin ninguna contraindicación conocida. La dosis es definida: tan sólo dos tabletas (de 2 mg. c/u), a la hora de acostarse.

RAUWILOID + VERILOID	= Hipertensión moderada a severa
RAUWILOID + HEXAMETONIO	= Hipertensión severa o progresiva
PENTOXYLON	= Angina de pecho.



LABORATORIES, INC. LOS ANGELES, CALIF., E. U. A.

cial microbiana y traducidos por variaciones anormales en dicho fluido. Mas en la práctica, las molestias que la obtención de la muestra originan al paciente, traen la oposición de éste y originarían el alejamiento de las gentes de los servicios antivenéreos, lo cual iría contra la labor de Salud Pública.

Se deja por ello esta prueba, para diagnóstico de los casos de lues tardía a fin de establecer oportunamente la existencia de alteraciones o localizaciones en el sistema nervioso cerebro-espinal. Infortunadamente, se observa entre los pacientes de nuestro medio una marcada resistencia a acceder a este examen, basándose en consejas y versiones sobre supuestos accidentes y peligros que la punción lumbar acarrearía; corresponde a la labor educativa contrarrestar este estado de ánimo común.

En cuanto a los tratamientos se refiere, no corresponde dentro de este estudio aludir a todo el proceso que la terapéutica antivenérea ha recorrido desde la remota antigüedad.

Baste señalar dos etapas: la primera corresponde al descubrimiento de los agentes etiológicos que dió radical cambio de lo empírico a lo científico y a la segunda, desde entonces hasta el advenimiento de los antibióticos.

Dos criterios antagónicos han obrado. El uno, tendiente a prolongar el tratamiento (en la sífilis) indefinidamente con pausas de "descanso" y el nuevo a aplicar dentro del menor tiempo la dosis máxima de medicación. Sobre este nuevo método han obrado los sifilólogos e investigadores, creando un verdadero arsenal de pautas, normas y métodos.

El tratamiento deberá procurar: la cicatrización de las lesiones; la seronegatividad; la detención en la evolución y una resultante ideal: la curación biológica.

Pugnan también dos criterios: el de quienes sostienen que en la sífilis, basta solo la penicilinoterapia para obtener los resultados apetecibles y el de quienes sustentan la necesidad de reforzar la acción con varias drogas antiluéicas.

En el estudio "Introducción al Estudio de Algunos Aspectos Concernientes a la sífilis".

("Higiene y salubridad Nº 33 Septiembre 1954) (Dr. Héctor Acevedo Ardila). Se plantean estos temas y se discurre sobre la conveniencia del término medio prudencial.

Corresponde en este trabajo, diferenciar el aspecto individual y el aspecto colectivo o de salud pública.

En el primero, el especialista, frente al paciente aplicará su criterio y sus conocimientos respecto al tratamiento más adecuado. En cuanto al aspecto de Salud Pública, los sistemas que sumen los factores de facilidad, economía, rapidez y escasos riesgos, con miras a un objetivo: supresión del contagio, serán los más aconsejables.

Por ello, en las diversas campañas intensivas que en diferentes países se han emprendido recientemente, solo se emplea la penicilino-terapia con altas dosis y en un número reducido de aplicaciones.

Queda, la necesaria actividad de conexión de las gentes con los organismos de salubridad o con el médico particular para continuar el control de los efectos de este tratamiento preventivo - curativo (?) frente a la evolución en cada caso, de la enfermedad, a fin de controlar recaídas, observar el proceso serológico y obtener conclusiones definitivas.

Pero se obtiene de todos modos, por este sistema, la disminución de fuentes de contagio y por tanto el control de la incidencia de casos.

En las comunidades más expuestas, se llegará seguramente a la aplicación indiscriminada de dosis masivas como recurso profiláctico y terapéutico simultáneo.

e) *Medidas Generales.*

1.—Encuestas serológicas para sífilis.

Ya se ha dicho, como el problema de la sífilis como afección de la comunidad, requiere, además de la labor de pesquisa partiendo del paciente venéreo descubierto, la práctica de campañas intensivas tendientes a obtener que toda la población se someta a exámenes serológicos, para obtener los índices de seropositividad que dan un aspecto cuantitativo del problema, debiéndose proceder luego a la confrontación de los casos seropositivos con el examen clínico a fin de descartar los falsos positivos y catalogar los casos, según se traten de afección congénita o adquirida; reciente o tardía y latente.

Estas encuestas pueden verificarse metódicamente, bien to-

mando el personal escolar, en igual forma o como se procedió en países de América Central o bien utilizando el de obreros de empresas o fábricas, con la doble ventaja de ser personal en edad de mayor actividad sexual y de más fácil congregación, tanto para el desarrollo de actividad educativa, como para la práctica de la toma de sangre, así como para el control y tratamiento.

Igualmente podrá seleccionarse material humano de colegios y de universidades.

Las encuestas pueden practicarse y deberán serlo de preferencia en servicio de prenatal.

Cuando se trata de campañas intensivas en zonas rurales o urbanas poco densas podrá seguirse el sistema empleado por las autoridades sanitarias del Paraguay con la cooperación de la Organización Mundial de la Salud, consistente en recorrer las zonas prefijadas y mediante una avanzada de divulgación, obtener la concurrencia de toda la población, verificando "en el terreno" las pruebas serológicas y el examen de los casos seropositivos seguido del tratamiento masivo de quienes lo necesiten. Este sistema experimentado en varios programas sucesivos, ha dado éxitos en cuanto a la concurrencia en un elevado porcentaje de población.

Se requiere para el mejor resultado, disponer de técnicas serológicas de rápida ejecución que permitan el conocimiento de los resultados prontamente y que den un rendimiento suficiente para abarcar a grupos numerosos de individuos.

En Colombia, se han hecho esporádicos intentos para la práctica de reacciones serológicas en grupos numerosos con motivo de exposiciones de salud u otros certámenes. Estos entusiasmos pasajeros no redundan en gran beneficio.

Afortunadamente, las empresas privadas y las instituciones sociales para la atención de los empleados públicos han hecho obligatoria al práctica de los exámenes serológicos como requisito de admisión. Ello, si bien entraña una medida acertada desde el punto de vista de Salud Pública, crea un problema social que se tratará en otro aparte.

La incorporación de los trabajadores particulares al Instituto de Seguros Sociales, ha traído el inconveniente de que, siendo la aplicación forzosa, no se exigen requisitos de salud y no se practican por ello exámenes serológicos rutinarios de aplicación,

cubriéndose de tal manera algunas empresas con el Instituto para descargar en él la responsabilidad, que por este aspecto, tampoco cumple. El descubrimiento de los casos venéreos se deja entonces al azar de las consultas generales o especializadas a que concurran los afiliados dentro del Instituto.

2.—*Supresión de Fuentes de Contagio.*

He hecho referencia en lo concerniente a la investigación, a la necesidad de suprimir las fuentes de contagio como medio fundamental de epidemiología. Pero conviene aludir especialmente a la principal fuente de contagio venéreo que a través de los siglos ha sido vinculada tales afecciones: LA PROSTITUCION.

En mi estudio titulado: "La Represión de la Prostitución y el Problema Venéreo" (Revista "Higiene y Salubridad" N° 25 julio 1951), traté de analizar la vinculación que a lo largo del tiempo han tenido las afecciones venéreas y la prostitución, como resultantes de ésta, así como las diversas tendencias en materia de control de la prostitución como medio de supresión de la fuente de contagio más propicia. Sin entrar a repetir cuanto se relaciona con el paralelismo en la evolución de unas y otra para llegar a preconizar el sistema de represión como el medio que en la actualidad se ha aconsejado, sí creo conducente, afirmar que en la Salud Pública, este sistema de represión es el que tiene vigencia actual.

Pero es necesario insistir, sobre lo expuesto en el citado estudio, para mejor entendimiento de cuanto incluye el término represión como sistema de control de la prostitución y como mecanismo de disminución de la incidencia venérea.

No se trata de una simple prohibición seguida o acompañada de la persecución de quienes la infringen, sino de un sistema basado en múltiples factores de acción simultánea y que pueden ser resumidos en:

a) No tolerancia de la prostitución por parte del Estado, ni reconocimiento de ella como profesión u oficio.

b) Clausura de casas de lenocinio y pesquisa y cierre de casas donde se ejerza clandestinamente el tráfico carnal humano.

c) Drásticas y efectivas sanciones a quienes ejerzan la "trata de blancas", y directa o indirectamente organicen la prostitución o faciliten los medios para ejercerla.

A estos medios que podríamos llamar policivos, se añaden otros epidemiológicos cuales son:

- d) Notificación obligatoria de casos venéreos.
- e) Pesquisa de contactos.
- f) Supresión mediante aislamiento y tratamiento de fuentes de contagio.
- g) Tratamiento obligatorio, oportuno y si necesario gratuito de los casos venéreos.

Otros de tendencia social:

h) Rehabilitación de las "mujeres públicas o prostitutas mediante: Supresión de los registros infamantes, certificados y demás señuelos con los cuales se les faculta para el ejercicio del comercio carnal y se les identificaba ante la sociedad; establecimiento de casas de rehabilitación donde se les suministre enseñanza adecuada para el ejercicio de menesteres u oficios de los cuales puedan derivar su subsistencia honorablemente.

i) Habilitación de la mujer.

En el sentido de brindarle a las jóvenes capacitación para actividades que las pongan al margen y defiendan de la prostitución como único recurso económico.

Es de tener en cuenta que la ignorancia y la pobreza son los mayores determinantes de la prostitución.

Prolongar la acción del tratamiento sintomático que son los asilos, sistema con el cual se ha pretendido tradicionalmente resolver el problema del abandono infantil y de la incapacidad familiar, hacia las raíces del mal que se encuentran en la inestabilidad familiar originada por la falta de responsabilidad familiar originada por la falta de responsabilidad paterna, por la laxitud de los vínculos del hogar, por la miseria y por la ignorancia. Fortalecer la célula social que es la familia, mediante la prestación de los servicios que el Estado, representante de la sociedad, está obligado a llevar preferentemente a quienes por sus propios recursos no puede atender a sus substanciales necesidades, a fin de que contando con un más alto nivel material, cultural y moral los padres velen por sus hijos, se hagan partícipes activos de sus necesidades y se responsabilicen ante sí, ante ellos y ante la sociedad por su conducta.

Los asilos, seleccionan de las familias obreras una de sus hijas en edad escolar; la desadaptan del medio familiar y le dan una formación que no suele ser la compatible con el medio ambiente en que han de habitar cuando al cabo de pocos años, es reintegrada a un hogar que ya ha de causarle repulsión. Es la edad precisa en que la fuerza imperiosa del sexo se hace sentir intensamente y ni los menesteres domésticos en su casa ni la servidumbre de alquiler en casas ajenas, donde suele ser presa propicia de las experiencias de los adolescentes, cuando no del jefe del hogar, le impulsan a aceptar las proposiciones del primero que le presente un panorama que se inicia en la formación de un hogar que viene a ser la reconstrucción exacta del propio, con la prole que prontamente lo complementa y el cortejo conocido de abandono, miseria y enfermedad.

Mas, aquellas jóvenes que no siguen por este sendero, van directamente a oír la atrayente propuesta de la propietaria de lenocinio o de sus agentes, quienes con sumas adelantadas obligan a perpetuidad a la joven a permanecer a su servicio.

Ya la prostituta que trabaja para otros, tendrá una aspiración: llegar a tener su negocio propio y explotar en calidad de empresaria. Y otra fuente de prostitución radica en la emigración hacia las capitales, de las jóvenes de provincia, halagadas por perspectivas idealistas y tratando de huír de su medio estrecho de miseria o de cubrir con la distancia su primera caída. Cuando, por vicisitudes que a las sanas gentes de los campos y aldeas acaecen, estas se desplazan hacia los centros en busca de mejor estar, viéndose luego asfixiadas por un ambiente desconocido, desadaptadas, sin recursos, engrosando los contingentes de desocupados y dando a la prostitución su contribución forzosa.

La aplicación de todos los recursos del Estado hacia el mejoramiento de las clases sociales menos favorecidas es pues la forma de luchar contra la prostitución como recurso económico y como resultante del desamparo.

j) Responsabilidad del contagio venéreo.

Quien a sabiendas atenta contra la salud de otros, debe ser sancionado en forma ejemplar. La salud vale más que los demás bienes materiales; y si todas las legislaciones consideran delito el atentado contra el patrimonio ajeno, tanto más deberá considerarse como un acto delictuoso y digno de represión quien con-

tra la salud del prójimo en forma tan grave obra. Por este mecanismo y haciéndose practicable el ejercicio de la sanción, sin que se convierta en un proceso en que intervengan los interesados en la impunidad retribuida y en la justicia escarnecida, se obtendrá crear consciencia de la propia responsabilidad y del derecho que a cada individuo asiste en la posesión de su más precioso haber, la salud.

k) Educación higiénica, sexual y antivenérea.

He aludido ya a este aspecto en relación con la lucha antivenérea; igual aplicación tiene en relación a la prostitución. De manera que es preciso procurar, que quien dentro del sistema represivo, viole las normas legales, bien en el ejercicio franco o clandestino de la prostitución, bien en su organización o en su estímulo o ayuda, no lo hagan por ignorancia o en forma irresponsable. Además de este aspecto, el sistema, que abarca más allá de los meros linderos de la prostitución, al problema venéreo, considera la actividad educativa frente a la actividad sexual y al control de las enfermedades que tienen en ella su mecanismo de transmisión.

1.—Facilidades de tratamiento y de profilaxis antivenérea.

No puede, justamente, el Estado establecer obligaciones a sus componentes que lo son los integrantes de la comunidad, si no prodiga las condiciones y facilidades para su cumplimiento.

El establecimiento de una red completa de organismos provistos de servicios antivenéreos que hagan posible el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, accesible a las diversas condiciones de la población, es pues indispensable. Un problema social como el de las afecciones venéreas, no puede dejarse a la voluntad del individuo o a su capacidad económica para acudir a la consulta particular. En Salud Pública, los intereses del individuo se supeditan a los de la colectividad y la renuencia de uno no puede comprometer la salud de los demás. De ahí que sea con carácter de obligatoriedad y con criterio general como se dispongan las normas, mandatos y actividades.

Es preciso sitiar la enfermedad; constreñirla dentro de un sistema que constituye un círculo que vaya reduciéndose en torno de cada caso con todos los elementos que la epidemiología señala.

Ya hemos aludido a los múltiples métodos de tratamiento y a los criterios frente al paciente y a la comunidad. No corresponde por tanto en este aparte volver sobre lo tratado. Baste anotar la necesidad de establecer conexiones recíprocas entre las distintas entidades hospitalarias, asistenciales, preventivas así como con los consultorios particulares, verificando intercambio de datos, notificaciones medios de diagnóstico, posibilidades de laboratorio, es decir todo cuanto contribuya a la suma de posibilidades y de acción conjunta a fin de que por la adición de esfuerzos no quede paciente sin el control debido y las enfermedades se encuentren sin facilidades de expansión.

RESUMEN

Son pues éstas las bases del sistema de represión de la prostitución como medio de control de las enfermedades venéreas. Quienes la combaten con argumentos que han venido siendo esgrimidos a lo largo de los siglos, nada nuevo aportan en favor de los otros sistemas: indiferentismo, prohibicionismo y reglamentarismo.

Los argumentos que se esgrimen suelen ser: aumento de clandestinaje; aumento de los atentados contra el pudor; necesidad de facilitar la función sexual.

No es mi intención en este estudio, entrar a fondo en la discusión de este problema, que ha sido ya definido desde el punto de vista de Salud Pública. Basta, a mi modo de ver, responder sintéticamente las objeciones:

1) La clandestinidad ha existido bajo todos los regímenes y la circunstancia de la consagración pública que a la prostituta se da, haciéndola repulsiva a la sociedad, es una causa de clandestinidad. El número de prostitutas registradas oficialmente, no suele ser sino una mínima parte del número de clandestinas. El clandestinaje ha de ser reprimido dentro del sistema que se aconseja.

2) Los atentados contra el pudor no suelen ser originados por individuos sexualmente normales, sino por desviados mentales. Esto es, que no son los clientes de lupanares los causantes y no es en los lenocinios donde se someten. Así que la existencia de éstos no influye en su incremento ni en su disminución.

3) Desde los filósofos paganos de la Grecia antigua y a lo largo del imperio Romano hubo quienes sostuvieron la necesidad de dar oportunidades de expansión y descarga sexual a las gentes a fin de que pudieran luego llevar vida honesta.

Estas torcidas teorías han sido condenadas en la época presente.

La represión de la prostitución estimula el matrimonio o los ayuntamiento estables.

Para concluir, baste la afirmación categórica sobre que el sistema preconizado por las autoridades de Salud Pública respecto a la prostitución es el de la *Represión*.

Lo hallamos como medida de control de cada una de las enfermedades venéreas en el Manual sobre Control de Enfermedades Transmisibles (Oficina Sanitaria Panamericana).

Lo expresó Havellock Ellis en su tratado sobre Psicología Sexual, hace ya muchos lustros, cuando escribió: "Hace algunos años cuando no se conocían más medios para combatir las enfermedades venéreas que las que procuraba el sistema de reglamentación de la prostitución, que ha entrado ya en franca decadencia, hubiera sido completamente imposible presentar opiniones como las que acabamos de explicar; hubieran parecido utópicas a la mayoría".

Lo afirmó el doctor Robert W. Henney en su estudio presentado al Congreso Antivenéreo de el Paso, expresándose así: "Si alguna persona cree que pueda existir entendimiento con la prostitución, puede reflexionar sobre lo anteriormente dicho y con seguridad llegará a la conclusión de que no hay en absoluto trato aceptable, excepto la represión completa de este indeseable negocio".

El doctor Walter F. Edmundson (Director Médico de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública) en su estudio titulado "Control Antivenéreo por la aplicación profiláctica de Penicilina a Grupos muy expuestos" (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Abril 1953) hace categórica afirmación al iniciar su escrito: "Para evitar malas interpretaciones, conviene recalcar desde un principio que ni el autor, ni las organizaciones de las cuales forman parte, aceptan de ningun-

na manera, ya sea oficial o profesionalmente, cualquier medida para el control de la prostitución. Sólo se acepte *represión* o la abolición y ésta es la meta hacia la cual la profesión médica debe dirigir sus esfuerzos para conseguir un bienestar general”.

Lo preconiza el Dr. John H. Stoket en estudio publicado por el Comité Antivenéreo del Estado de Pensilvania, reproducido por el Sub-comité de Defensa Antivenérea de Filadelfia y el Instituto Antisifilítico de la Universidad de Pensilvania.

Y en nuestro ambiente, el sistema represivo ha sido promulgado por la Sociedad Colombiana de Salud Pública, por la Academia Nacional de Medicina, por el Consejo Municipal de Bogotá y por la Sociedad Colombiana de Sifilología y Venereología. Lo han sostenido higienistas que han ocupado el Ministerio del ramo: los profesores Jorge Bejarano y Jorge E. Cavelier.

EXAMEN PRENUPCIAL

Si bien es cierto que dentro de la doctrina y filosofía católicas (religión nacional en Colombia) no puede supeditarse el sacramento del matrimonio al estado de salud de los futuros cónyuges, no lo es menos que no se opone al dogma la práctica y divulgación referente al examen prenupcial como medio para conocer tanto la capacidad procreadora como la existencia de afecciones o estados que no hagan aconsejable el matrimonio.

Más claramente, no es condición para la validez y posibilidad matrimonial el presentar buena salud y en general, el mal estado de salud no viene a ser causal de nulidad del sacramento; ni puede llevarse a calidad legal la imposición del examen y certificado prenupcial en Colombia, pero no es contra la religión el que se practique el uno y se expida el otro.

En esta situación, el aspecto educativo llena la necesidad en forma que quien va a contraer matrimonio adquiera la conciencia de su responsabilidad tanto para sí mismo por las afecciones que de la unión conyugal pueda adquirir, como para su futura esposa y para la prole por los efectos que sobre ellos pueda transmitir.

Es apenas lógico, que quien por imperativo del afecto se dispone a unir su vida con otro ser, trate de precaverlo de la enfermedad. Debe existir recíproca defensa. La esterilidad, los “genes

negros" de que ya se ha tratado en el capítulo I; la enfermedad transmisible (entre otras las venéreas) y en especial las susceptibles de afectar a la prole pueden ser motivos de dramas familiares que minen la estabilidad conyugal. Ello puede ser avisado por el examen prenupcial y el médico podrá obrar mediante el consejo sobre cómo controlar estas causas o mediante la convicción para que sea aplazado o cancelado un proyecto de unión de la cual habrá de derivarse la infelicidad de un hogar sin hijos que equivale a la frustración del objetivo natural o a la tragedia perenne de una prole física o mentalmente defectuosa.

Pero el examen, no debe concretarse al varón; es necesario, mediante labor educativa hacerlo extensivo a ambos sexos, venciendo la hipócrita resistencia de quienes consideran injuriosa la sospecha de cualquiera enfermedad en la joven, cuando muchas veces la consciencia de los padres no puede hallarse libre de dudas y de responsabilidades.

La consulta prenupcial, es un medio, además, de suplir la deficiente información que los padres dan a sus hijos sobre los fenómenos de la procreación y la conducta racional en la vida marital. Por ello, el médico que la practica, no ha de contentarse con el examen, sino que ha de ser activo educador.

Cierto es, que la época va haciendo cada día menos frecuente el caso de jóvenes que lleguen a la edad adulta sin conocimientos sobre el mecanismo de la concepción, pero esos conocimientos adquiridos al azar, más que orientadores suelen falsear y materializar el concepto sobre tan fundamental función. El influjo de las costumbres foráneas que cada día se hace sentir con mayor intensidad en todos los órdenes de la vida privada y colectiva, va relajando los vínculos familiares y llevando a categoría de mero compromiso temporal y laxo el matrimonio, haciéndose de él más bien un medio para satisfacer aspectos económicos, o de naturaleza vulgar y no un fin natural a que ha de llegarse bajo el imperativo del impulso biológico polarizado por la reciprocidad de sentimientos sublimes. El médico puede sumar su influencia dentro del concepto de apostolado que es inmanente a su profesión, a la del clero y demás elementos sociales que luchan contra la disolución de la familia. Y el contacto con los futuros cónyuges es una circunstancia favorable a esta labor. Y las normales condiciones mentales y físicas de aquellos, son factores que estimulan la indisolubilidad matrimonial.

El examen prenupcial fué establecido y practicado en Bogotá, hace varios lustros, pero, lejos de hacerse práctica común fue abandonándose como función de los organismos oficiales.

En la actualidad, se impone una campaña sostenida en pro de su revaluación e instaurarlo en los diversos servicios de Salud Pública que en el país existen y que hayan de establecerse.

5) *Formación de Personal.*

No solo respecto a la lucha antivenérea, sino en todo lo referente a Salud Pública, constituye la formación de personal uno y quizás el más necesario y urgente factor de éxito.

Sobre este aspecto se hará referencia en el tercer capítulo de este estudio.

Concretándonos al control de las enfermedades venéreas, he citado ya trabajos donde destacan la necesidad de preparar personal de investigadores para la pesquisa de contactos y para las entrevistas.

Creo oportuno referirme especialmente a la integración de la materia dentro de los estudios profesionales en las carreras de médicos y de enfermeras generales.

Los pénsumes que rigen en nuestras escuelas, no destacan en manera alguna y aún prescinden de cuanto se refiere a las enfermedades venéreas como cuestión digna de enseñanza. Sea de justicia hacer excepción de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana, que tiene establecido curso completo sobre esta materia.

El médico salido de las Escuelas Nacionales, sólo tiene oportunidad de oír hablar de las enfermedades venéreas en forma disgregada, esto es, respecto a la sífilis dentro de la asignatura de dermatología; la blenorragia en la urología; el linfogranuloma venéreo en Clínica Tropical, y el chancro blando en una u otra materia. Esta dispersión no permite formarse un criterio sobre el problema venéreo y a ello se agrega que tales entidades se ven o se estudian con orientación hacia el caso individual sin proyecciones a la colectividad.

Igual sucede en las escuelas de Enfermería, salvo la excepción anotada.

Ello trae como consecuencia, que quienes dentro de su ejer-

cicio particular o en función oficial han de tratar pacientes venéreos no posean ni la inquietud por los aspectos sociales ni la idoneidad en relación con el procedimiento racional a seguir en cada caso.

De ahí que haya surgido la necesidad de contemplar la venereología como especialidad dentro de la tendencia a parcelar la materia médica.

El Hospital de La Samaritana ha sido la fuente de enseñanza y especialización que el país ha tenido y donde se ha logrado suplir las deficiencias que en estas materias se anotan.

Resulta por ello aconsejable, incluir como materia especial la venereología dentro de los pénsumes de las escuelas de medicina y de enfermería, no sólo por el aspecto de la medicina individual sino especialmente, en cuanto a los de Salud Pública, que como se analizará en capítulo especial han de involucrarse en los estudios médicos.

La enfermera, por su parte, deberá recibir una formación integral en forma que las afecciones venéreas, por ejemplo no constituyen cosa vedada y fuera de su órbita y en el puesto en que sea ocupada se halle en capacidad de adaptarse a sus plurales labores. No otra cosa puede exigirse dentro de una carencia casi absoluta de enfermeras para suplir las necesidades de la comunidad.

Igual podríamos decir del odontólogo y del laboratorista que suelen recibir formación para emplearla en beneficio de una labor privada, sin alcances favorables a la colectividad.

6) *Conexiones entre los médicos y los Organismos de Salud.*

Ya se ha hecho referencia a la necesidad de establecer vinculación activa entre los profesionales médicos particulares que en su ejercicio privado tienen ocasión de conocer y tratar casos de afecciones transmisibles y los organismos de salud que deben recibir la notificación de tales casos y emplear todos los medios de control en la comunidad.

De no existir esta conexión, un número apreciable e ignorado de casos queda desconocido y la labor epidemiológica que debe desprenderse de ellos es nula, con perjuicio de la colectividad.

Esta interrelación ha de ser obtenida mediante labor de educación; el médico director y el epidemiólogo del respectivo organismo de salubridad es el factor más indicado para iniciar el con-

tacto con sus colegas que ejercen privadamente, dada cierta habitual resistencia en muchos a aceptar imposiciones que en cierta forma controlen o restrinjan su libertad de ejercicio. Obtenida la voluntad de éstos hacia los organismos oficiales, ya las visitadoras de Salud Pública deben mantener a permanencia el contacto con los médicos, tanto respecto a la obtención de informes que estas deban suministrar, como de los servicios oficiales que puedan ofrecer al profesional en beneficio de su clientela.

Así se logrará ir disuadiendo a algunos sobre ciertos consejos que a su clientela privada suelen dar y que directa o indirectamente frenan la actividad de higiene pública y el radio de acción de ésta avanza hacia zonas más extensas de población.

En cuanto hace referencia a las enfermedades venéreas, estos preceptos tienen su aplicación al igual o quizás con mayor razón que para otras afecciones no rodeadas de ese habitual ambiente de ocultismo.

Pero, la forma de ir a la raíz del problema es la integración de la orientación en Salud Pública dentro de los estudios profesionales a lo cual se referirá el capítulo siguiente.

7) Aplicación Profiláctica a los grupos más expuestos.

En Salud Pública, los sistemas de profilaxis por medicamentos solo son aconsejables para grupos muy expuestos. En relación a la sífilis y a la blenorragia, se ha investigado el poder preventivo de los antibióticos, el cual ha sido posible establecer. Ya con anterioridad se experimentó con el bismuto, aplicándolo en prostitutas como personas más expuestas, pero tal sistema hubo de abandonarse, tanto por la dificultad de prolongar su aplicación indefinidamente por todo el tiempo en que durara el ejercicio de tal suerte de actividad, así como por la acumulación de la droga, con sus correspondientes riesgos para el individuo.

La profilaxis también puede originar la "decapitación" de la sífilis, o sea que pase inadvertida por ausencia de sus síntomas iniciales, descuidando por tanto el tratamiento a fondo, así como también es necesario pensar en el acostumbramiento a la droga que disminuya en su poder terapéutico, bien por resistencia de los microorganismos, bien por pérdida del poder del individuo para su utilización.

No obstante puede citarse como ejemplo la campaña de con-

trol de sífilis y blenorragia en las prostitutas de las regiones limítrofes de México y los Estados Unidos, como mecanismo de protección a la comunidad. Este recurso, ha sido empleado como parte de una serie de factores en la lucha antivenérea y no como medio aislado. Es además, un modo de asumir la obligación de proteger a la colectividad que los Estados adquieren frente a la tolerancia de la prostitución.

La aplicación de una dosis semanal de 300.000 U. de Penicilina procaína en aceite con monoestearato de aluminio, ha sido el sistema seguido, con el cual se ha advertido buen resultado en cuanto a disminución en la incidencia de las dos afecciones mencionadas. Pero, el método no ha sido del todo satisfactorio, ya que se precisa un nivel sanguíneo de la droga suficiente y sostenido, lo cual con tal dosis no se obtiene en forma óptima. Sería necesario entonces doblar la dosis o hacerla más frecuente, lo que en realidad se hace impracticable por períodos muy prolongados. Se ha tratado entonces de verificar la aplicación en los días en que habitualmente se hallan las meretrices más expuestas por la mayor afluencia de clientela.

Sinembargo, no puede darse a este género de profilaxis un valor absoluto, ya que ella tiende a originar falsa seguridad. Es por ello necesario practicar frecuentes exámenes clínicos y de laboratorio a fin de descubrir casos de enfermedades venéreas que no han sido evitadas por tal método o que, como el chancro blando, el linfogranuloma venéreo o el granuloma inguinal no ceden a la terapéutica por penicilina.

Los casos de sífilis deberán ser tratados completamente y seguidos luego por la profilaxis para evitar reinfecciones. Por otra parte, se aconseja, el examen y control de los hijos de las prostitutas.

En cuanto a la blenorragia, si bien es cierto que la dosis aludida de penicilina es suficiente para curar un gran número de casos, quedan otros que requerirán mayores dosis; preciso es por tanto acudir al control de laboratorio para obtener, hasta donde sea posible, seguridad de curación. Se plantea además la hipótesis de que una mujer, sometida a la acción de la droga, pueda no obstante servir de transmisor mecánico (portador) de la infección por neisseria.

Hace alrededor de un lustro, Hogan llevó a efecto experimentos sobre la acción profiláctica de la penicilina en la sífilis. Estos

experimentos llevados a efecto en ratones, abrieron la esperanza en torno a esta nueva arma para controlar tal enfermedad. Mas, como vemos, no ha podido dársele aplicabilidad práctica sino como un mero recurso dentro de grupos muy expuestos. La perspectiva de utilizar la penicilina por vía oral, con ventaja de comodidad, no ha tenido hasta ahora cristalización.

Queda por mencionar la profilaxis local y la mecánica.

La primera, a base de aseo y de aplicaciones de pomadas mercuriales de antiguo empleo y hoy de ungüentos con penicilina, puede ser un recurso al cual, en el hombre, no se le debe desconocer alguna utilidad desde que sea oportuno y bien aplicado.

En la mujer es inaplicable.

Para la blenorragia, el baño jabonoso y las irrigaciones anti-sépticas uretrales, a pesar de sus dificultades prácticas, muy probablemente tengan aun utilidad, pese a que han sido aconsejadas desde hace ya remotos tiempos sin una verdadera influencia en el control de tal enfermedad.

La profilaxis mecánica mediante el preservativo, que evita el contacto directo entre las mucosas genitales, tiene evidente acción aislante. Ha sido el sistema habitual desde ha mucho tiempo especialmente en contingentes del ejército en casi todos los países. No evita, desde luego, el contacto con otros sitios corporales donde pueden existir lesiones abiertas infectantes.

Su uso, además, no suele generalizarse por cuestiones de costumbre aún basándose en el consejo y educación de las prostitutas para que ellas lo proporcionen a su clientela.

Por otra parte, siendo al propio tiempo un sistema anti-concepcional, no tiene aceptación por parte de la iglesia cuya religión es profesada por el pueblo colombiano, debido a lo cual, no se puede incluir dentro de los programas educativos antivenéreos, ni siquiera con el pretexto de evitar tales afecciones.

Respecto al control, sea del tratamiento o de las aplicaciones profilácticas a las prostitutas, no resisto a la tentación de transcribir la frase del Dr. Walter I. Edmundson, con la cual termina su informe citado ya en este estudio, pues recalca sobre el concepto moderno en relación a la prostitución: "El uso de tarjetas o de otros registros es contrario al interés público, pues sugiere que la profesión médica acepta que otras medidas, distintas de la

abolición de la prostitución, resultan eficaces para el control de las enfermedades venéreas transmitidas por este tipo de actividad”.

Esto es, que los Estados y los médicos, se ven obligados a aceptar la prostitución organizada y a intervenir en su control oficial, pese a su conocimiento y convencimiento en relación al único tratamiento que a tal actividad ha de adrsarse, al igual a como tendrá que intervenir el médico frente a un paciente que pese a sus consejos y advertencias, por no seguirlas adquirió la enfermedad.

PROBLEMA SOCIAL POR LA SEROPOSITIVIDAD

Creo, que no debe cerrarse este capítulo en el cual se pretende un recuento de los diversos aspectos que atañen a las afecciones venéreas como factor que interviene en contra de la Salud Pública y que obliga, pese a cierto optimista criterio que hoy se advierte y que se funda en la creencia de su fácil y segura erradicación, creando una falsa confianza que hace causa común con la expansión de tales enfermedades cuando ella no va acompañada de un racional despliegue de efectivos para su control, sin aludir a un aspecto de índole social que en nuestro ambiente se origina con la alta incidencia de seropositividad.

En forma racional, las entidades de Salud Pública han venido haciendo obligatoria la práctica de exámenes serológicos como uno de los requisitos exigibles para la expedición del Certificado de Salud que se requiere para el desempeño de menesteres, oficios o empleos que obliguen el trato con el público o que mediante vehículos de contagio puedan afectar su salud; igualmente se exigen tales pruebas a quienes van a ocupar empleos oficiales que no requieren la presentación del certificado de las autoridades de Salud Pública, como requisito exigido por las Cajas de Previsión Social; también para la expedición de visas a quienes viajan a otros países. Esta acertada exigencia ha venido generalizándose a todos los frentes de trabajo, en forma que, quien tiene serología positiva, se ve privado de la posibilidad de hallar medios para su sustento y el de su familia.

Siendo una gran proporción de la comunidad, la que presenta seropositividad, bien por sífilis, tratada o no, bien por otras causas, el problema se aprecia con caracteres de calamidad pública.

Previendo esta contingencia, el entonces Ministerio de Higiene, promulgó una disposición que en forma de Decreto, regulaba la materia, hace al rededor de un lustro.

Tal disposición, consideró la necesidad de confrontar el resultado serológico con el examen clínico y estableció, que en los casos de sífilis, debidamente tratados y no contagiosos, la certificación médica al respecto, debería satisfacer y resolver el problema para la admisión de empleo. Esta sabia norma, contemplaba los múltiples casos de seroresistencia, dado que, como se sabe, la serología persiste positiva, a pesar del tratamiento en una proporción de casos muy considerable. No se omitió, desde luego, la necesidad de los controles periódicos para tales casos.

Pero, ha sucedido que el Decreto que se comenta, ha sido cumplido o aceptado, casi exclusivamente por las entidades oficiales; en cambio, las empresas privadas y tal vez aún algunos organismos públicos, cierran las puertas del trabajo a quien no presente su serología negativa, contrariando la norma oficial y dejando subsistir el problema de desempleo.

Se impone, por tanto, que el Estado por intermedio del Ministerio del Trabajo intervenga para que las empresas privadas acojan los conceptos técnicos del Ministerio de Salud Pública y solucionen el aludido problema social.

SITUACION DE BOGOTA, CAPITAL DE COLOMBIA EN LA ORGANIZACION ANTIVENEREA

Es mi deseo, concretar en el terreno cuando se ha expuesto en relación con la organización de la lucha antivenérea, recurriendo para ello al análisis concreto de la situación en un determinado lugar y hallando que el más propicio al examen viene a ser, la capital de la república.

En Bogotá, se concentran las sedes de los gobiernos, nacional, departamental de Cundinamarca y municipal. Cada una de estas entidades posee su organismo de salubridad: Ministerio de Salud Pública, Dirección Departamental de Higiene y Secretaría de Higiene Municipal, respectivamente. A más de eso, y de ubicarse en la misma ciudad los organismos centrales de tales entidades, existe la Secretaría de Asistencia Social de Cundinamarca con igual asiento.

Entre estas diversas entidades públicas, existe una concate-nación y engranaje en sentido vertical. Hasta hace algunos años las relaciones recíprocas no eran muy estrechas, debido a cierta independencia deducida de las diferentes fuentes de presupuesto de cada una. Hoy, el Ministerio de Salud ha adquirido una mayor influencia y mando sobre todas las entidades de Salubridad, no solo por el aspecto técnico sino en cuanto a su intervención en las designaciones de directores de tales dependencias.

El Ministerio de Salud Pública, como ya fué expuesto, involucró en el Departamento de Salubridad la extinta División de Venéreas y Pian, dejando la campaña especializada contra esta última enfermedad independiente.

Esto que, aparentemente pudiera juzgarse como una merma en la trascendencia dada al problema venéreo, bien entendido y acertadamente establecido, es un esfuerzo por aplicar un concepto integral de Salud Pública, incluyendo tales afecciones dentro del amplio radio de acción de todos los organismos de salubridad del país, evitando en tal forma que éstos se desentiendan y dejen en la estrecha órbita de organismo especializados, siempre escasos, un problema nacional.

El Departamento de Cundinamarca, desde hace ya muchos años, asumió el problema de lucha antivenérea y su colateral la prostitución, dando cristalización a sus esfuerzos en la fundación del Instituto de Higiene Social de Cundinamarca y construyendo como sede y complemento de éste, el Hospital de La Samaritana. La actividad inicial de estas instituciones fué la del diagnóstico y tratamiento, ambulatorio y hospitalario de los casos venéreos, así como el control de la prostitución dentro del sistema reglamentario, tanto en Bogotá, como en otros municipios cundinamarqueses. Esas iniciales actividades, han tenido alguna modificación, debido a la imposición del sistema represivo de la prostitución en la ciudad de Bogotá, que ha dado fin al registro oficial de "mujeres públicas" y a su inspección médica ordinaria y a la reducción de demanda de camas a que los modernos tratamientos han dado lugar, lo cual ha permitido el establecimiento en dicho hospital de variados servicios.

El Municipio de Bogotá, reorganizó en el año de 1947 sus servicios de Salud Pública, parcelando la población en zonas y creando Centros de Higiene, en número inicial de nueve (9) dispuestos en un número igual de tales zonas. Estos centros conta-

ron desde entonces con un servicio especializado de venereología y su número ha ido incrementándose hasta llegar a doce (12) en la actualidad.

Posee también desde aquella época una sección especial de Educación Sanitaria.

En la actualidad, el servicio de Medicina Escolar que correspondía prestarlo al Departamento de Cundinamarca, ha distribuido su labor entre esta entidad y la Secretaría de Higiene de Bogotá, en forma que la población escolar sobre la cual ninguna intervención tenían los organismos de salud viene a ser incluida dentro de su esfera.

Fuera de estos servicios del Estado, existen instituciones que poseen consultorios antivenéreos. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales, entidad que atiende los servicios de maternidad y enfermedad no profesional a los trabajadores particulares, abarca un número cercano a los doscientos mil afiliados y en relación a servicios de maternidad amplía su acción a las esposas o compañeras de éstos, dentro de cierta regulación establecida. Como es de suponer, las enfermedades venéreas entran dentro de los riesgos que la institución cubre. Hasta hace 8 meses, mantuvo el Instituto un equipo de médicos especialistas para atender exclusivamente tales afecciones; luego, se redujo tal equipo a un médico consultor y se dispuso la distribución de los casos entre los médicos generales e internistas a su servicio.

Pero, la labor en estas materias, ha sido apenas individual, esto es que se ha reducido a la atención de los casos, sin desarrollar acción epidemiológica alguna. Se da el caso del cónyuge atendido sin que pueda prestarse servicio alguno al otro y ello origina la frecuencia en las reinfecciones. Se pierde, por tanto una capacidad de acción incalculable en la lucha antivenérea dentro de la comunidad dado el alto número de pacientes tratados en la Institución. Tampoco se practican rutinarios exámenes serológicos de afiliación, sino que los casos van descubriéndose, bien por iniciativa del propio paciente, bien por la acción del médico en su consulta por cualquiera afección.

Las Cajas de Previsión, (Nacional, Departamental, Municipal, de la Universidad Nacional) tienen unas, médicos venereólogos a su servicio, otras envían los pacientes a la atención de médicos particulares y cada una asume la obligación en cuanto a las

prestaciones de salud de sus afiliados, empleados oficiales. Pero igual falla a la anotada respecto al Instituto de Seguros Sociales existe en estas entidades. Son pues ingentes recursos perdidos para la labor en grande que la ciudad capital requiere.

He enunciado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento con que la ciudad de Bogotá cuenta y que se resumen en:

- 1) Un hospital especializado con su consulta externa y tratamiento ambulatorio.
- 2) 12 Centros de Salud con sus servicios antivenéreos.
- 3) Una dependencia destinada a la medicina escolar.
- 4) Un Instituto de Seguros Sociales.
- 5) Varias Cajas de Previsión Social para empleados oficiales.
- 6) Hospitales generales; Secretariados Sociales; Hospitales Infantiles.

Resta mencionar: Clínicas Médicas particulares.

Pero este completo y vasto conjunto de elementos no es aprovechado eficientemente. Si lo fuera, la capacidad virtual en que la ciudad se halla de emprender exitosa campaña antivenérea, tendría real significado.

Se requiere entonces:

Establecer vinculación entre todo el engranaje en forma que constituya una red en que todo caso venéreo sea identificado y a partir de él con la suma de recursos llevar a efecto la búsqueda de contactos y la localización de la fuente de contagio.

Los Centros de Higiene, orientados en esta dirección, tienen como falla, la falta de personal preparado para llenar una función completa.

Debe establecerse una interrelación entre el Hospital de La Samaritana (auxiliado económicamente por el Municipio de Bogotá) y la Secretaría de Higiene de la ciudad, a fin de que haya intercambio de referencias, se verifique la notificación de todos los casos que concurren directamente al centro hospitalario, a objeto de que el Centro de Higiene donde radican los contactos practique la pronta investigación. El hospital además, deberá hospitalizar todo caso enviado por los Centros de Higiene con tal propósito.

Estos eslabones deberán complementarse en contacto con otros: El Instituto de Seguros Sociales, si no asume de por sí la labor epidemiológica, deberá mantener con los organismos de Higiene estrecha conexión para el suministro de datos que faciliten la oportuna encuesta sanitaria y hagan posible y aún seguro el tratamiento de los contactos positivos.

Igual deberán proceder las Cajas de Previsión.

A todos estos recursos, que son de un poderoso y amplio alcance si se conectan y se suman, se agrega aún la Sección de Educación Sanitaria existente en la Secretaría de Higiene Municipal y que ha de ser el elemento complementario que llega a hacer factible, tanto dicha unión de fuerzas y posibilidades como la necesaria cooperación del público en su propio beneficio.

Resta por último, la intervención de los médicos que en su ejercicio privado, tratan casos de afecciones venéreas y que deben adquirir mediante la vinculación con los organismos sanitarios un sentido de medicina colectiva y de actividad social.

Así también, deberá establecerse conexión entre los servicios de asistencia social que deben poseer los hospitales con los Centros de Higiene a fin de que de esta manera la notificación de los casos que recurran directamente a esas instituciones asistenciales y la pesquisa de contactos en relación con ellos puedan verificarse.

En consecuencia, la ciudad de Bogotá se halla en condiciones excepcionales respecto a número de instituciones para llevar a efecto una campaña eficaz contra las afecciones venéreas.

(La presentación gráfica de al Red de Servicios se presentan en el anexo N° 9).

Resta agregar, que el Concejo de la ciudad, por medio del Acuerdo N° 95 de 1948, optó por el sistema represivo de la Prostitución, dando así un estatuto que abarcó los aspectos técnicos y sociales del problema. Con esta disposición Bogotá se puso al orden del día en paralelo con los países más cultos. Infortunadamente, tal estatuto no fue seguido de la aplicación de las medidas en él contenidas y ello ha originado que el sistema no haya operado y la prostitución no sea reprimida sino que se haya convertido en el sistema "indiferentista", esto es, que no se acepta oficialmente su ejercicio y se cierran los ojos al incumplimiento de

las normas que regulan la materia. De ello han tomado base los usuales enemigos de que se suprima la prostitución, para tratar de desacreditar un sistema que como queda dicho se promulgó pero no se ha cumplido.

Respecto a los elementos que dentro del mismo sistema represivo se consideran, también Bogotá, posee un establecimiento destinado a la rehabilitación de las prostitutas, que es el Refugio o Casa de Betania, construída con tal propósito, pero que dentro de la libertad de acción actual no viene a prestar la función cabal que se requiere.

Conectar las instituciones; preparar personal que en ellas actúe; llevar a efecto la labor epidemiológica, activar la función educativa y poner en plena vigencia el Acuerdo Nº 95 de 1948, son las necesidades tanto para aprovechar las facilidades del engranaje existente como para obtener en poco tiempo el descenso evidente de las enfermedades venéreas en Bogotá.