

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXIV

Bogotá, Junio de 1956

Nº 6

Director:

Dr. CARLOS MARQUEZ VILLEGAS, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Prof. Néstor Santacoloma.

Comité de Redacción: Prof. J. Hernando Ordóñez. Prof. Jorge Bernal Tirado.

Prof. Agregado José A. Jácome Valderrama.

Administradores: Marco Antonio Reyes, Alvaro Martínez.

Dirección: Facultad de Medicina —Ciudad Universitaria— Bogotá.

Apartado Nacional Nº 400

Contenido

	Págs.
I.—TRES CAPITULOS DE SALUD PUBLICA.	
Por el Dr. Héctor Acevedo Ardila	483
II.—TUBERCULOSIS EN GINECOLOGIA.	
Por el Dr. Hernando Amaya León	566
III.—INFORMACION DE LA FACULTAD	602

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 definidamente 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, manifestados 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 vecs 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".

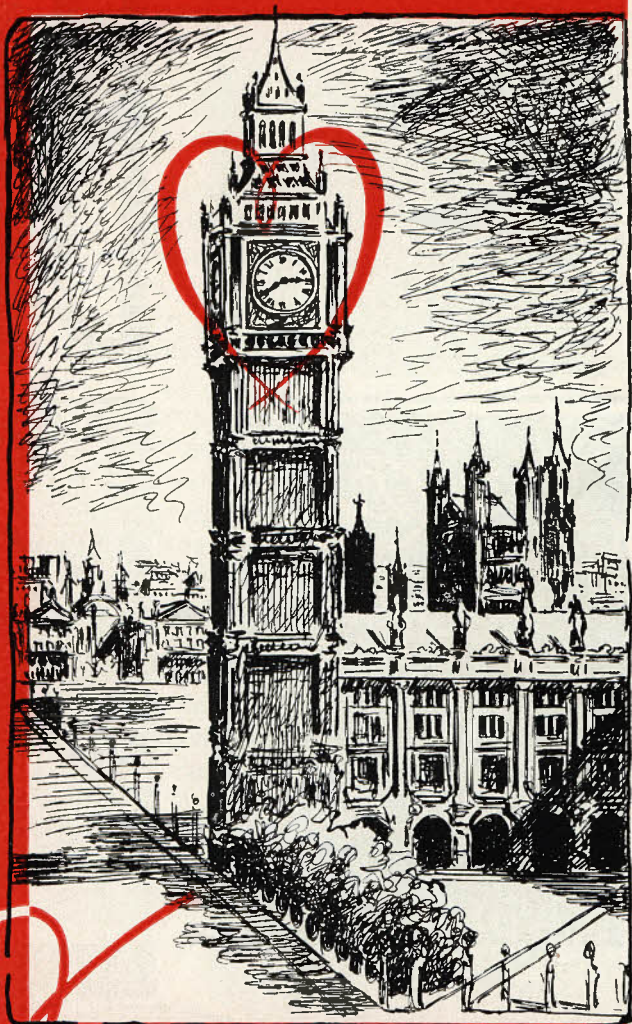
LA RAZA. — La acepción de este vocablo, no tiene una limitación precisa y obran factores diversos en su determinación. Hay desde luego un sentido genésico que influye en torno a su concepción. Casta, calidad o linaje, pueden ser términos que adquieran sinonimia: "grupos en que se subdividen algunas especies 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. Imbuírlo 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 autópsico 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 desdenado 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 aconsejarse

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 adrsse, 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.

Tuberculosis en Ginecología

Dr. Hernando Amaya León

La TBC en relación con los órganos generadores de la mujer ha sido motivo de preocupación y estudio durante muchos años. En nuestro país, con excepción de vagas referencias al respecto, no he podido encontrar una monografía que informe en detalle sobre esta interesante cuestión de la Ginecología. Por ello he escogido este tema para desarrollar en el presente trabajo, pretendiendo con ello dar un paso más en la contribución al estudio de nuestra medicina nacional.

Consta este trabajo de 3 partes, que si por sus fundamentos están íntimamente relacionadas, en verdad son aspectos diferentes del problema; creo que las 3 secciones son originales en lo que respecta a nuestra literatura.

La primera consiste en la revisión de estadísticas sobre ocurrencia de tuberculosis genital femenina en Bogotá; para ello aprovecho los datos histológicos de dos de nuestros más grandes centros hospitalarios, además de la revisión de mi estadística particular y de la del personal de la Caja de Previsión Social Municipal, en donde atendí el consultorio de Ginecología durante 3 años; y como esencia de esta primera parte, resumo el historial, comentándolo, que al respecto hallé en el archivo del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1950, en donde tuve el honor de trabajar como Interno en 1943 y como Jefe de Clínica de 1945 a 1949, bajo la dirección y con la colaboración de los profesores Arturo Aparicio y Daniel Brigard.

En la segunda sección hago un estudio sobre el endometrio en relación a la TBC pulmonar; si bien en un principio pensé que esta investigación era original en la literatura mundial, al revi-

* Trabajo presentado para el Concurso de Profesor Agregado de Ginecología.

sar el Index Medicus pude constatar que ya existían dos publicaciones al respecto en Norteamérica; con todo, creo que este punto tiene considerandos de gran importancia para el especialista ginecólogo.

La tercera sección del trabajo consiste en el análisis de las repercusiones clínicas que la TBC nó genital con especial referencia a la pulmonar, tiene sobre los órganos generadores femeninos. Este material ha sido revisado de las enfermas vistas por mí en el Hospital Sanatorio Santa Clara, en donde he prestado mi colaboración como Jefe del Consultorio de Ginecología desde enero de 1947 hasta el momento presente marzo de 1950.

Deseo expresar mis sinceros agradecimientos al Dr. Miguel Mariño Zuleta por su valioso aporte en las microfotografías que se incluyen en este trabajo.

FRECUENCIA DE LA TBC GENITAL EN NUESTRO MEDIO

Con el fin de poder formar una idea concreta acerca de la frecuencia de la tuberculosis genital en Bogotá, revisé las estadísticas histológicas de dos de nuestros más grandes centros hospitalarios: San Juan de Dios y La Samaritana (*).

En el Hospital San Juan de Dios, de 1933 a 1950 (abril), se han practicado 8.802 estudios histológicos, no incluyendo autopsias; de éstos, 2.186 sobre material ginecológico; en referencia al motivo de este estudio, encontré 53 casos de TBC genital, así:

TBC de la vulva	2
de la vagina	0
del útero	15
de los tubos	26
de los ovarios	10

Este material corresponde a 35 enfermas; en otras palabras, se encontraron 21 pacientes con estudio de un órgano afectado, 10 con dos, y 4 con tres (útero, tubo y ovario).

Los 53 estudios positivos a TBC corresponden a:

- 0.60% del material total.
- 2.42% del material ginecológico.

El primer caso diagnosticado en el laboratorio corresponde al N° 933 de noviembre de 1936, en una enferma del servicio del profesor Pompilio Martínez referida con el diagnóstico de carcinoma vulvar, y cuya biopsia resultó al ser estudiada, una TBC de dicho órgano.

La estadística del hospital La Samaritana es tomada de 1945 a 1950, con un total de 8.499 estudios histológicos; la cifra casi igual al anterior hospital, a pesar del menor número de enfermos que registra La Samaritana y de corresponder a sólo 6 años, se debe a que allí es rutinario el estudio microscópico de toda pieza quirúrgica; ésto da mayor precisión a la estadística. Del total, 939 corresponden a casos ginecológicos, y de éstos hay 21 de TBC genital, que corresponden a 16 enfermas, así:

TBC de los tubos	14
de los ovarios	7

Nó se registran casos de los otros órganos.

Los 21 estudios positivos a TBC, son él:

0.25% del material total.

2.23% del material ginecológico.

En cuanto a la estadística del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1950, con un total de 3.473 historias clínicas y 851 estudios histológicos, encuentro 16 casos netos de TBC genital, sin contar otras tantas formas de TBC génito-peritoneales, de las que trataré luego; esos 16 casos corresponden a:

5.46% del total de enfermas.

1.88% de los estudios histológicos.

En las enfermas vistas en la Caja de Previsión Social Municipal no registré ni un caso de TBC genital entre 574 enfermas atendidas en 3 años; en realidad allí no se hizo casi ninguna histología. De poder incrementar ésta, estoy seguro que se hallarían algunos casos.

De las 432 enfermas ginecológicas vistas en mi consultorio particular de 1946 a 1950 (marzo), con un total de 50 estudios histológicos, hay tan sólo 1 enferma con TBC genital aislada; élla corresponde a:

0.23% del total de enfermas.
2% de los estudios histológicos.

La comparación de estas cifras, de una curiosa similitud, indica claramente que la tuberculosis genital es escasa en nuestro medio. Desde Morgagni en 1761 y Hegar en 1886 -2-, los primeros en describir esta entidad, hasta nuestros días se ha discutido mucho acerca de la frecuencia de esta localización del B. de Koch. En general los europeos la encuentran con mayor frecuencia. Los datos que presento en este trabajo y que no puedo comparar con anteriores por no existir ellos -3- (Bonilla no cita ninguna referencia en sus datos bibliográficos), son muy semejantes a las estadísticas de Alvarez -4- y Urrutia -5- en el Hospital General de México, con el 0.5% y el 0.78% de TBC genital sobre el total de enfermas ginecológicas, y a las norteamericanas de Hass -6- quien en la revisión del material histológico de la Universidad de Michigan en 20 años encontró 62 casos comprobados de TBC genital femenina, y a las de Eichner y col. -7- quienes de 1.600 autopsias en 24 años, sólo encontraron 32 casos comprobados.

Sin embargo, estas cifras indican que si bien la tuberculosis genital en nuestro medio es escasa, nó está ausente, y debe incrementarse su estudio diagnóstico a la vez que el terapéutico.

COMENTARIOS A LAS HISTORIAS CLINICAS

Siguiendo el curso de este trabajo deseo hacer referencia especial a los casos observados en la Clínica Ginecológica de San Juan de Dios, de 1943 a la fecha.

Constan de 27 enfermas, de las cuales 15 con tuberculosis genital propiamente dicha y 12 con lesiones genito-peritoneales.

De este último grupo extracto los siguientes datos:

- L. C., 23 años, nulípara, TBC genitoperitoneal y pulmonar.
- R. M. S., 32 años, nulípara, TBC genitoperitoneal. Laparotomía.
- M. O., 50 años, múltipara, TBC g-p. Laparotomía. Muerte.
- D. S., 46 años, múltipara, TBC g-p. Laparotomía y rayos X.
- A. P. P., 24 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía.
- L. G., 30 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía.
- G. L., 28 años, nulípara, TBC g-p. y pulmonar. Sin tratamiento.
- A. C., 24 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía.

P. R., 40 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía y estreptomycinina.
A. E. G., 20 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía. Muerte.
E. F., 20 años, nulípara, TBC g-p. Laparotomía y estreptomycinina.

Como afirma Curtis -9-, el tipo más frecuente de tuberculosis genital se presenta como parte integrante de una peritonitis tuberculosa generalizada. De acá que esas formas pierdan su individualidad clínica y deben ser consideradas en los aspectos terapéuticos como tuberculosis abdominales en general. Empero, comentaré algunas historias por considerar que llevan datos de interés para el tema propuesto.

G. L., 28 años, ingresa al Servicio el 5 de marzo, 1947, con el diagnóstico de quiste ovárico. Se queja de dolores abdominales difusos, debilidad general, pérdida de apetito, adelgazamiento, tos, sudores y febrículas nocturnas; en fin, con un cuadro que hace pensar inmediatamente en TBC. Al examen: Auscultación pulmonar normal; abdomen globuloso y sensación de onda líquida; al T. V.: anexos duros y dolorosos.

Cuadro hemático con 2.960.000 hematíes por mm³. y 50% de hemoglobina. Eritrosedimentación de 17 mm. a la media hora y 48 mm. a la hora. (Nos. 8859 y 9160 Lab. Santiago Samper).

Examen radiológico N° 46396: "En las radiografías del tórax encontramos sobre las porciones inferiores de los dos pulmones, finas imágenes que corresponden a lesiones evolutivas úlceros Caseosas de TBC. En el examen del estómago, del bulbo duodenal y del intestino delgado no encontramos signos radiológicos que nos permitan afirmar la existencia de una peritonitis tuberculosa" (fdo.) C. E. Pedraza.

La enferma es trasladada al Hospital-Sanatorio Santa Clara.

Al decir de Wharton (9) y muchos otros autores, la TBC peritoneal puede ser secundaria a un foco pélvico o a un foco más lejano, pulmonar o de las glándulas linfáticas. En este caso a igual que L. C., es fácil suponer la etiología pulmonar. En otros dos, L. G., y P. R., hay lesiones pulmonares residuales que hacen sospechar igual procedencia. En el resto no es posible dar un concepto definido; es muy posible que en algunos de ellos la etiología radique en el foco genital; Faulkner (10) no cree frecuente la infección bacilar genital proveniente del peritoneo y en cambio considera la TBC peritoneal frecuentemente consecutiva a la ane-

xial; Freenberg (11) a su vez encontró 63% de salpingitis tuberculosa con invasión peritoneal.

Sea como fuere, en estos casos de formas múltiples de TBC, no se puede pensar en tratamientos quirúrgicos locales; y el pronóstico es en realidad muy sombrío.

M. O., 50 años, fecha de ingreso diciembre 9 de 1943, está citada en mi tesis de grado (12); constituye con A. E. G., los dos casos de muerte post-operatoria cercana. Si bien la laparotomía sigue siendo un gran medio auxiliar en el tratamiento de la TBC génito-peritoneal, no por ello hay que olvidar sus peligros; estos decesos lo prueban bien. En muchos casos, el pneumoperitoneo (13) debe ser preferido por ser menos azaroso y dar buenos resultados en general.

P. R., 40 años, es operada el 30 de abril de 1948 con la impresión clínica de TBC peritoneal, la cual se confirma durante el acto quirúrgico: Lesiones netas genitales y forma peritoneal ascítica. Casi inmediatamente se inicia la aplicación de estreptomina, 2 gramos y luego 1 gramo diario, la que se prolonga por casi 4 meses ya en su casa de habitación, en donde seguí vigilándola. Sin embargo la TBC evoluciona lenta y progresivamente a la forma fibrocásea, y la enferma muere a fines de septiembre del mismo año.

La importancia de este caso radica en el hecho de haber sido el primero en que tuve oportunidad de usar el famoso antibiótico, con resultados francamente desalentadores. Con ello, comparé las dudas de algunos que reportaban por primera vez los resultados obtenidos con la estreptomina. Ya hoy día empiezan a darse a conocer algunos éxitos de esta droga en tuberculosis genital; sobre esto volveré luego.

E. F., 20 años, es operada en diciembre 6, de 1949, para una ovaritis poliquística; se encuentra un derrame ascítico de pequeña cantidad y granulaciones tuberculosas diseminadas por todo el peritoneo visceral; los tubos uterinos íntimamente adheridos a los tejidos vecinos, congestionados y con numerosas granulaciones.

El cirujano practica salpingo-ooforectomía izquierda y apendectomía. Post-operatorio normal. Se aplican 11 gramos de estreptomina; se aconseja continuarla.

Los resultados histológicos dicen:

08239. - SALPINGITIS TUBERCULOSA.



Figura 1

Los cortes muestran tubo uterino. Hay un proceso inflamatorio generalizado, pero que se localiza especialmente en la serosa y en la capa mucosa. Se caracteriza por la presencia de numerosas granulaciones compuestas por escasa caseificación, células epitelioides, fibroblastos, células redondas, de células gigantes multinucleadas, en corona, en racimo o en herradura e infiltración leucocitaria con marcado predominio de los polinucleares. El contenido tubárico es purulento. Los vasos sanguíneos están dilatados. Edema. (fdo.) M. Sánchez Herrera.

08238 OVARITIS SUB-AGUDA.

08240. PERIAPENDICITIS TBC.

En la serosa y parte de la capa muscular se observan granulaciones compuestas de caseificación, hiperplasia del tejido conjuntivo, infiltración leucocitaria mononuclear y células gigantes multinucleadas, en corona, en racimo o en herradura. Se ve dilatación de los vasos sanguíneos. Edema. (fdo.) M. Sánchez Herrera.

Llama la atención en esta enferma, su juventud; en los ca-

sos presentados, con excepción de 3 enfermas, todas las demás oscilan entre 20 y 30 años; en realidad esta edad es la más propicia para el desarrollo de las formas genitales y peritoneales de la tuberculosis. Y es también llamativo el dato de nuliparidad en todas estas jóvenes enfermas; al ver el estudio histológico, es fácil comprender el por qué de tal esterilidad.

En cuanto a la conducta quirúrgica, el cirujano resolvió practicar una salpingooforectomía izquierda, pensando seguramente en la prelación del foco genital sobre el peritoneal, lo cual parece muy acertado. Sin embargo, para cumplir su cometido ha debido practicar la resección bilateral de las trompas; pero es de creer, que si no lo logró, con seguridad existieron factores técnicos que lo hicieron desistir de ello.

Para terminar estos primeros comentarios, relato la siguiente historia que considero interesante por su evolución; pertenece a mi archivo particular.

M. E. G., de 35 años, es operada en julio de 1947; encuentro a la laparotomía un TBC genito-peritoneal de forma ascítica, bastante extensa, pero que no ha lesionado seriamente las funciones genitales ya que su ciclo menstrual es en un todo normal. Se extrae el líquido abdominal y se deja el resto tal como se encuentra. El póst-operatorio ligeramente accidentado, es en general satisfactorio. En vigilancia desde entonces, prescribo un régimen higieno-dietético lo mejor acondicionado posible al estado social y económico de la paciente; se trata de una mujer pobre que debe trabajar para atender a su subsistencia. Poco a poco mejora su estado general y recupera peso, lenta pero progresivamente.

En mayo de 1949, se queja de dolores intensos hacia la F. I. D.; al TV.: se descubre un quiste ovárico de regular tamaño. Se decide operación la que se efectúa en junio, es decir, 2 años después de la primera intervención. Se encuentra el quiste descrito, el cual se extirpa, y muchas adherencias de los órganos pelvi-abdominales entre sí; pero el proceso tuberculoso anterior ha curado por completo, no descubriéndose ni una sola granulación que lo recuerde. Vista por última vez en septiembre de 1949, la enferma continuaba en perfectas condiciones de salud.

Este es uno de aquellos casos en que la forma de tuberculosis es ante todo peritoneal, tocando las serosas genitales sin pasar a mayor invasión, y en los que el cirujano debe ser lo más

conservador posible. Las palabras de Calatroni-Ruiz (14) adquieren mayor actualidad en casos como éste: "...En ningún otro proceso genital como la TBC, el ginecólogo que interviene debe hacer gala de mayor discernimiento, pues antes de decidir el tipo de operación tendrá en cuenta los antecedentes evolutivos del proceso, la edad de la paciente, la importancia de la lesión, la capacidad funcional de los órganos enfermos, etc...".

En el momento de escribir estas líneas, se me presenta un caso que vale la pena comentar desde el punto de vista diagnóstico.

A. B. S., 17 años, se presenta al consultorio en marzo de 1950, por hemorragias genitales que datan de 3 meses, y que la enferma atribuye a una caída, las que no han calmado a pesar de múltiples tratamientos. Nada sospechoso en sus antecedentes familiares. En los personales, amigdalectomía hace 4 meses; radiografía pulmonar, negativa para TBC hace 1 año, a igual que la serología para sífilis. Ciclos menstruales tipo 30|III, normales hasta la iniciación de los trastornos hemorrágicos anotados. Niega actividad sexual. Además se queja de: Inapetencia, epigastralgias moderadas, lumbalgias intensas en ocasiones y quizás fiebre, (no comprobada).

Se trata de una muchacha empleada de almacén, que por sus condiciones económicas, tanto la alimentación como la vivienda son bastante deficientes. De 1 m. 55 y 56 kilos de peso. Nada anormal en el examen clínico general Al TVR: hay la sensación de que los fondos de saco están ocupados por algo indefinido, no tumoral; sensibilidad aparente. Se diría que existe un estado anaxial crónico (TBC?)

Los exámenes ordenados muestran: Radiografía pulmonar negativa para TBC; prueba de la tuberculina, normal; ningún dato anormal en el cuadro hemático y la orina; eritrosedimentación ligeramente acelerada: 24 mm. en una hora.

Con estos datos someto a la enferma a un tratamiento de prueba a base de quietud, testosterona 50 mgrs. semanales y preparados a base de hierro, vitaminas, etc. Sin embargo al cabo de un mes el estado es el mismo, pero el TVR apreció una pequeña masa quística, que ya me decide a la operación que hasta entonces dudaba. Efectuada ésta, se encuentra un proceso TBC que invade el peritoneo y órganos genitales, y un derrame ascítico de pequeñas proporciones.

DELTACILINA

**PARA EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN
DE LAS COMPLICACIONES DE LA GRIPPE.**

COMPOSICION:

PENICILINA G-PROCAINA	400.000 Unidades
Alcanfor 0.05	Gomenol (Es. Niauli) 0.10
Guayacol 0.05	Cineol (Eucaliptol) 0.25
Esencia de Tomillo 0.05	Vitamina A 5.000 U. I.
Esencia de Salvia 0.05	Vitamina D 2.500 U. I.
ACEITE NEUTRO DE AJONJOLI C. S. P. 5 c. c.	

El Laboratorio "Delta" Ltda. tiene el gusto de ofrecer al honorable cuerpo médico esta preparación original en la que se asocian las propiedades bien conocidas de los Balsámicos y de las Vitaminas A y D, a las de la Penicilina, en forma de una suspensión oleosa de fácil administración.

Con esta preparación se obtiene una suspensión perfecta en 10 segundos. Mantiene niveles terapéuticos de Penicilina durante 48 hasta 72 horas. Garantiza la actividad de la Penicilina por 36 a 48 meses. Se aplica fácilmente con una aguja calibre 20 o 22 o aún más fina.

En inyección intramuscular es indolora y se absorbe lentamente.

PRESENTACION:

La DELTACILINA se presenta en frascos con tapón perforable, de 5 c. c. con 400.000 Unidades de Penicilina G, Procaína en suspensión oleosa. (80.000 Unidades por c. c.).

DOSIFICACION:

El médico debe indicarla de acuerdo con su criterio y la terapéutica establecida para la Penicilina de absorción lenta.

Como dosis media se aconseja para adultos una inyección de 5 c. c. cada 24 horas.

Para niños, en proporción a la edad y al peso. Cada c. c. contiene 80.000 Unidades.

MODO DE EMPLEO:

Agítase el frasco hasta obtener una emulsión perfecta (10 a 15 segundos).

Esterilícese el tapón y extraígasce el contenido necesario con una aguja calibre 20 y aplíquese por vía **intramuscular** profunda con aguja calibre 20 o 22.

INDICACIONES:

Para el tratamiento y prevención de las complicaciones de la gripe.



LABORATORIO "DELTA" LTDA.

DIRECTORES:

DR. RAMON MENDOZA DAZA — DR. EFRAIN SALAZAR SILVA

Calle 48 N°. 14-61 - Teléfono 53-262 - Bogotá

Es curioso anotar que habiendo sospechado el diagnóstico, y más influído por la preocupación de la entidad por estar escribiendo sobre ella, el encuentro operatorio fue hasta cierto punto una sorpresa. En realidad, vale la pena recordar que el diagnóstico en estas formas de TBC es muy complejo, y la comprobación clínica y de laboratorio es casi imposible. Estoy seguro que muchos de esos síndromes que se presentan al ginecólogo, flujos inespecíficos, dolores indeterminados, sensaciones al tacto indefinibles, amenorreas o menorragias sin causa aparente, pueden en último análisis ser factores de sospecha bacilar. De acá que el ginecólogo no puede dejar de ser un buen clínico general, para que escudriñando todo el organismo pueda llegar a un diagnóstico de precisión.

Entrando ahora a considerar los casos de tuberculosis genital propiamente dicha, se pueden resumir así, teniendo en cuenta los resultados histológicos de las piezas quirúrgicas:

- 1 — I. C. 65 años. TBC vulvar (asociado a carcinoma).
- 2 — R. C., 50 años. TBC del cuello uterino.
- 3 — E. V., 26 años. TBC del endometrio.
- 4 — R. E. S., 19 años. TBC de los tubos.
- 5 — L. S., 19 años. TBC de tubos, ovarios y endometrio.
- 6 — A. B. C., 20 años. TBC de los tubos.
- 7 — H. C., 45 años. TBC de tubos y ovarios.
- 8 — M. C. C., 25 años. TBC de los tubos.
- 9 — A. M. R., 18 años. TBC de tubos y ovarios.
- 10 — A. S. 25 años. TBC de los tubos.
- 11 — R. S., 35 años. TBC de los tubos.
- 12 — T. N., 27 años. TBC de tubos y ovarios.
- 13 — T. Q., 33 años. TBC de los tubos.
- 14 — A. M., 26 años. TBC de tubos, ovarios y endometrio.
- 15 — M. T., 36 años. TBC de tubos y endometrio.
- 16 — V. L., 45 años. TBC de los tubos.

Las enfermas 1, 2 y 3 son casos de diagnóstico aislado y cuyo tratamiento fue localizado a la lesión; en realidad no es posible afirmar o negar invasión a otros órganos.

En el resto, o sean 13 casos, se puede decir que la invasión tuberculosa se hizo en el 100% a los tubos, en la mitad de los casos a los ovarios, y en la tercera parte al útero. Estos datos estarían en perfecto acuerdo con las estadísticas de Greenberg,

Wharton, y otros muchos autores, las cuales fueron extraídas de la observación de mayor número de enfermas. El caso número 2 de TBC del cuello uterino, correspondería al 4% del total, lo cual estaría completamente acorde con las estadísticas de Stevenson. (15).

La TBC de la vagina parece ser extremadamente rara (Novak (16)); aún más que la de la vulva. En la revisión de todas las estadísticas presentadas en este trabajo no se encuentra ni un solo caso.

I. C., 65 años. Este caso de tuberculosis vulvar, asociado a un carcinoma epidermoide espino-celular, se encuentra publicado (17); me permito recordar que no logré encontrar otro caso similar en la revisión de la literatura mundial consultada. En cuanto a TBC vulvar, Taussig (18) reconoce tan solo 60 casos en la recopilación de literatura; Pardini (19) sube esa cifra a 100; Cardiviola (20) al describir un caso afirma que la entidad es sumamente rara. En la estadística histológica del Hospital San Juan de Dios se citaron 2 casos; las historias clínicas correspondientes no existen.

En realidad la tuberculosis de la vulva es hallazgo ocasional de histo-patología; generalmente se trata de casos diagnosticados como sospechosos de lesiones de tipo maligno.

R. C., 50 años. Ingresó al servicio en mayo de 1944, por flujo amarillo, en ocasiones sanguinolento. Entre sus antecedentes se nota neumonía en dos ocasiones, bronquitis frecuentes, asma. Desde hace 2 años, enflaquecimiento marcado, astenia e inapetencia. Familiares, no hay datos. Ginecológicos normales hasta hace 2 años; desde entonces tendencia a poli e hipomenorrea. Múltipara; el primer hijo murió de meningitis (?); último parto hace 15 años, normal.

A la exploración ginecológica se aprecia hipertrofia del cuello uterino, y una formación botonosa de tipo neoplásico localizada en el labio anterior y parte del posterior; llama la atención que no es friable ni sangra al tacto; además los parametrios se aprecian libres.

El examen clínico genral y los resultados de laboratorio son satisfactorios. Serología para sífilis, negativo total por dos ocasiones. (Lab. Santiago Samper 02127 y 03818). El estudio radio-

lógico es normal para tórax; igualmente para columna vertebral. Cistoscopia: vejiga sana.

Ei histólogo (Dr. H. Latorre, I. de R.) al examinar las primeras biopsias del cuello uterino se abstiene de dar un concepto definido, pero en nuevos análisis contesta: "Las imágenes histológicas encontradas en las láminas 11712 y 11760 son idénticas. En medio de una intensa infiltración por células inflamatorias especialmente de tipo linfocitario, se encuentran nódulos constituidos por células de aspecto epiteliode y embrionario, centradas frecuentemente por células gigantes polinucleadas del tipo Langhans. En una zona hay infiltración por polinucleares, índice de infección secundaria. Conclusión: PROCESO TBC".



Figura 2

Se aplica radiumterapia por medio de colpostato hasta alcanzar una dosis de 15 m. c. d., con resultados al parecer no satisfactorios. La enferma no pudo ser controlada. Personalmente traté de localizarla, sin éxito.

Este caso, a primera vista es catalogado como cáncer, y con toda razón; el diagnóstico diferencial entre éste y TBC es muy difícil. En el Servicio nos impresionó la falta de infiltración parametrial, y sobre todo, el que la lesión no fuera friable ni sangrara. Y justamente estos son los caracteres que deben hacer sospechar que una lesión cervical es tuberculosa y no cancerosa. Pero el fallo definitivo no pude darlo sino el histólogo, y eso con una gran prudencia.

Los argentinos hacen una división de la tuberculosis del cuello uterino en (21): Ulcerosa, vegetante, miliar, catarral, intersticial e inflamatoria; en realidad parece que las dos primeras formas son las únicas relativamente frecuentes; y digo así, porque la entidad es muy rara. Collins (22) en 1939, no reconocía sino 185 casos descritos en la literatura mundial. Stevenson, del Johns Hopkins Hospital, considera la localización cervical en proporción del 5-8% de la TBC genital; iguales cifras da Norris (23); en cambio Lin, de la China, (24) calcula el 15%, o sean 21 casos entre 140 de tuberculosis genital observados entre 1921 y 1935.

En cuanto a tratamiento, aunque algunos autores, Ahumada entre otros (25), preconizaron la radiumterapia, parece que los resultados no han sido muy efectivos; así sucedió en el caso que nos ocupa; la histerectomía con salpingectomía da mayores garantías, en especial cuando se sospecha invasión bacilar a los anexos. Recientemente Ahumada (26) presenta un caso de TBC cervical tratado con 78 y medio gramos de estreptomycin, con resultados altamente satisfactorios; este primer éxito abre nuevos horizontes a la solución de este delicado problema.

En vista de que la enferma N° 3, E. V., no corresponde a un caso comprobado de TBC aunque actualmente está siendo sometida a vigilancia, presento a ese respecto un caso de clientela particular.

M. E. de U., 53 años, consulta en agosto de 1948 por hemorragias genitales. Ciclos menstruales tipo 30 III normales hasta hace 4 años; desde entonces tendencia a oligomenorrea; en el curso del presente año, hemorragias hasta bi-mensuales, de IV-V días, abundantes, con coágulos y algo de mal olor. Acusa también un flujo amarillo, abundante cuando cesan las hemorragias. Casada hace 25 años, esterilidad conyugal.

Buen estado general; T. A.: 170-110. A la exploración ginecológica, nada anormal, salvo hipoplasia moderada del cuerpo uterino, salvo el cual es sensible a la palpación.

Pienso en metropatía hemorrágica menopáusica, pero con sospecha de carcinoma, endometrial incipiente. El resultado histológico dice: "Las glándulas endometriales son relativamente numerosas (dado el estado menopáusico); aparecen más o menos distanciadas, la mayoría son pequeñas, tubulares simples, de

luz estrecha; otras aparecen algo alargadas y dilatadas y unas pocas son pseudo-quísticas. El epitelio en todas es cuboide o columnar bajo, simple o ligeramente pseudo-estratificado, de gran-

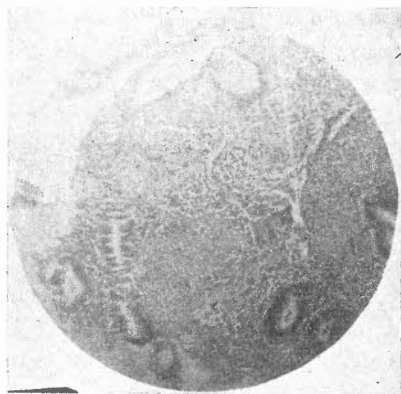


Figura 3

des núcleos basales y escaso citoplasma; en unas pocas se observa una o dos células en mitosis. Algunas glándulas contienen un material pulverulento, eosinófilo, de aspecto mucoide. El estroma endometrial es flojo, presenta áreas edematosas y focos de hemorragia intersticial y aparece formado por pequeñas células esferoidales de núcleos densos y exiguo citoplasma. Aparece discretamente infiltrado por linfocitos. Sus vasos consisten en capilares dilatados y muy congestionados. En algunos sitios el estroma presenta agrupaciones de "tubérculos miliares" formados por células epiteloideas, escasos fibroblastos y una zona periférica linfocitaria; algunos presentan una célula de Langhans, central o subcentral. El epitelio de revestimiento de la mucosa no presenta particularidad alguna.

Conclusión: Se trata de una ENDOMETRITIS TUBERCULOSA, que ha determinado fenómenos de hiperplasia glandular. (Fdo. Miguel Mariño Zuleta) (Protocolo Nº 1159, sept. 1948).

Entre los exámenes de laboratorio vale la pena recordar una moderada anemia normocítica hipocrómica y una eritrosedimentación de 11 mm. a la hora. El estudio radiológico (Dr. C. Trujillo V., Nº 027928) dice: "En el examen radiológico del tórax se encuentra en los dos campos pulmonares trama muy fina de te-

jido escleroso y además en las regiones hiliares existen numerosos ganglios calcificados; la trama bronco-vascular está reforzada. El corazón posee diámetros normales. Las paredes de la aorta se hallan uniformemente aumentadas de espesor. Las cúpulas diafragmáticas ocupan la altura habitual. **CONCLUSIONES:** Los signos radiológicos permiten deducir que no existe lesión parenquimatosa de origen bacilar, y en cambio predominan alteraciones de naturaleza esclerosa las cuales interesan de manera especial las paredes de los bronquios y vasos, incluyendo la aorta".

Prevía preparación adecuada de la paciente, se somete a intervención quirúrgica. Practico histerectomía total y anexectomía bilateral. Además de la lesión anotada, encuentro un pequeño mioma subseroso hacia el fondo de la matriz; por otra parte, anexitis bilateral, al parecer del mismo origen TBC. No se vieron lesiones sospechosas de TBC en el peritoneo o intestino.

Post-operatorio, excelente. La enferma se encuentra en la actualidad gozando de magnífica salud.

Este caso se confundió en primera instancia con un carcinoma endometrial, por la simple razón de que la sintomatología era idéntica; y se trataba de una mujer de edad favorable para este proceso; el hallazgo histológico fue una sorpresa. Clínicamente, por regla general, los casos son inaparentes; Guilliatt (27) afirma que muchas pacientes afectadas de endometrio TBC no presentan síntomas anormales ginecológicos, lo cual confirma la característica latente de la tuberculosis genital en la mujer; Wharton afirma que cuando se presenta amenorrea, ésta se debe a destrucción extensa del endometrio, o sea en casos ya muy avanzados. En nuestra enferma, la TBC provocó hiperplasia endometrial; pero ésta bien pudo ser consecutiva también al mioma uterino.

La endometritis TBC es una localización rara, según opinión de varios autores; O'Brien y Lawlor (28) citan 23 casos en 3.600 exámenes de curetajes uterinos, o sea 0.63%; en cambio De Souza (29) obtuvo 8 casos entre 282 biopsias de endometrio, o sea 2.80%. En realidad, la TBC del endometrio debe ser más frecuente de lo que se piensa; si no se descubren muchos casos, es por el carácter latente y asintomático de las lesiones; Rabau y col. (30) trabajando en el hospital Beilinson (Israel) encontraron 59 endometrios tuberculosos en 1.300 casos estudiados pa-

ra esterilidad. Además los métodos de diagnóstico no son exactos, ni aún en lo que respecta a la histología: recuérdese que no es seguro tomar siempre tejido enfermo. Y justamente preocupado por el problema, Halbrecht (31), también de Israel, partiendo de cultivos de la descarga menstrual halla 19 casos positivos de desarrollo del bacilo tuberculoso entre 80 enfermas estudiadas para esterilidad primaria; es decir una proporción muy alta, y aunque estos estudios deben ser ratificados por investigadores de otros países, sí indican por lo menos que deben incrementarse este tipo de métodos de diagnóstico.

En cuanto a tratamiento, cada caso debe ser considerado aisladamente, según edad, futuro sexual, etc., y según se trate de foco único o no de lesión TBC. A más de las normas generales de tratamiento médico, puede emplearse radioterapia o cirugía, o la combinación de las dos. Schmitz (32) de Chicago, es partidario de los rayos X como único tratamiento de la TBC endometrial cuando ésta se encuentre aislada; pero en realidad las estadísticas ya mencionadas prueban que todo foco endometrial supone coexistencia de lesiones tubáricas, y Cónill (33) es enfático al asegurar que aquéllo sucede siempre. Por esto, cuando se opte por acudir a medidas drásticas como en el caso de mi paciente, debe elegirse la cirugía amplia amputando útero y tubos. De estreptomycinoterapia no se han publicado todavía reportes definitivos; Aronson y Dwight (34), presentan un caso de TBC del endometrio en el que la enfermedad se detuvo aparentemente con la aplicación de la droga.

Comentamos ahora la salpingitis TBC; en el sitio de elección del proceso bacilar genital. Recordemos que esta lesión está presente en el 100% de los casos de TBC genital. En igual proporción puede decirse que es bilateral. Relativo a la edad de la paciente, todas las de estas historias oscilan entre 18 y 45 años, es decir en época de plena actividad genital; ésto concuerda con todas las estadísticas consultadas.

L. S., 19 años, ingresa al servicio de Ginecología en septiembre de 1945 por dolores en la FII, fiebre y vómito. Nulípara. Ciclos menstruales normales; flujo amarillo desde hace 2 meses. Tratada en un hospital de provincia desde este tiempo, con penicilina y otras drogas. Como su terapéutica fue inútil, de allí fue enviada a esta ciudad.

En el Servicio pensamos en anexitis aguda; los exámenes de laboratorio corroboran la hipótesis. Terapéutica a base de anti-bióticos (penicilina) y sulfadiazina, con lo cual se logra el enfriamiento clínico del proceso, aunque la eritrosedimentación permanece muy acelerada: 130 mm. a la hora al iniciar el tratamiento, que tan solo reduce a 79 mm. al finalizar. Se decide la intervención, encontrándose piosalpinx bilateral de aspecto TBC; histerectomía sub-total y anexectomía bilateral.

Los resultados histológicos son los siguientes:

04310. ENDOMETRITIS TUBERCULOSA. — El material enviado para examen muestra útero. Hay un proceso inflamatorio que de manera especial afecta la capa interna y la serosa, pero es más activo en la primera. Se ven focos de caseificación, con células epiteloideas, fibroblastos, células redondas y células gigantes multinucleadas en racimo.

04311. OVARITIS TUBERCULOSA. — La pieza se compone de dos masas de tejido blando, color gris rosado pálido previamente abiertas, al parecer ovarios. Peso: 30 grs. Diagnóstico microscópico: El material enviado para examen muestra tejido, que de manera muy imperfecta recuerda al ovario. Se ven áreas de caseificación, hay edemas abundante y generalizado y el tejido está en todos los campos abundantemente infiltrado por leucocitos, con franco predominio de los mononucleares. Con frecuencia se observan células gigantes multinucleadas en herradura o en racimo.

04312. ANEXITIS TUBERCULOSA. — Los cortes muestran tubo uterino. Hay un proceso inflamatorio muy activo que afecta de manera especial la capa interna. El epitelio ha desaparecido y en el estroma se ven numerosas granulaciones tuberculosas con hiperplasia del tejido conjuntivo, con células gigantes multinucleadas en corona o en herradura y rodeadas por infiltración leucocitaria mononuclear. En las otras capas se ve esclerosis, caseificación e infiltración leucocitaria mononuclear. (fdo.) M. Sánchez Herrera.

Post-operatorio excelente. Antes de salir del hospital se practican estudios radiológicos del tórax y del intestino; resultados completamente normales; sin embargo, hay indicios de una antigua TBC pulmonar.

Llama la atención en esta enferma el que los ciclos menstruales se mostraron normales hasta último momento; sin embargo ésta es la frecuencia en la TBC genital, a pesar de invasión

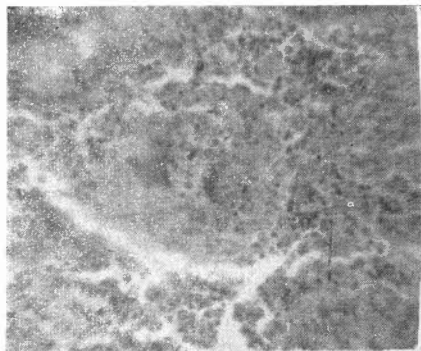


Figura 4

de ovarios y endometrio. En nuestras enfermas, con excepción de 3, las demás no declaraban alteraciones en ese sentido; y de las 3, una con fuertes hemorragias, éstas eran explicables por la coexistencia de miomatosis uterina. Repito que uno de los caracteres fundamentales de la TBC genital es la forma silenciosa como evoluciona. En este caso puede suponerse que existía el proceso tuberculoso de tiempo atrás, al que vino a sumarse una infección nueva, gonocócica quizá, con localización tubárica. De no ser por ésto la enferma no hubiera pedido hospitalización, y casi con seguridad que la entidad TBC nunca hubiera sido imaginada. Es que, como afirma Weibel, "en la clínica, con los medios usuales de investigación, casi nunca se logra averiguar la etiología, hasta que la autopsia pone a disposición del investigador las piezas anatómicas..."

En esta enferma se puede deducir que la infección tubo-ovárico-endometrial se hizo por vía hematógena desde un punto de partida pulmonar; y ésto puede decirse de otros de los casos. Pero no me atrevería a decir como Di Guglielmo (35) que la TBC genital es "Siempre" una localización secundaria a un foco primitivo pulmonar; el último capítulo de este trabajo aclara conceptos en relación con este tema; inclusive hay autores que sostienen la vía externa como posible medio de contaminación.

La operación quirúrgica en esta joven mujer fue muy amplia, y ello pudo ser objetable en aquel momento; pero los resultados anatomopatológicos posteriores fueron concluyentes. En un trabajo reciente, Sred y col. (36) de 16 enfermas operadas en 12 encontraron invasión TBC endometrial a pesar de biopsias previas negativas, microscópica y bacteriológicamente; por ésto, cuando se escoja cirugía como tratamiento de las anexitis TBC, debe hacerse con amplitud e incluyendo el útero.

H. C., 45 años, ingresa en agosto de 1946 por abundantes hemorragias genitales de poco tiempo atrás. Tres embarazos con partos normales; último hace 19 años. Tl TV. se tocan varios tumores uterinos que imponen el diagnóstico de miomatosis. De resto, la normalidad se hace evidente en el análisis de antecedentes y datos del examen clínico general; otro tanto en los resultados de laboratorio. Practico histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y apendectomía. Los análisis histológicos dicen lo siguiente:

04792. Periapendicitis subaguda y crónica.

04793. Leiomioma múltiple del útero. Endometritis crónica.

04794. Anexitis tuberculosa.

04795. Peri-ovaritis tuberculosa.

Es seguro que en H. C. las lesiones TBC habrían pasado desapercibidas a no ser por la miomatosis uterina concomitante; igual que en el caso anterior. En las estadísticas que presenté al iniciar este trabajo es fácil apreciar que la TBC genital es muy escasa en nuestro medio; pero estoy seguro que a medida que se incrementen los estudios histológicos de rutina, lo irá siendo menos. Comprendo que en Europa la tuberculosis es mucho más frecuente que en nuestro medio; y en lo que respecta a la genital, las afirmaciones de Faure (37), Held (38), etc., son categóricas; pero también comprendo que de las cifras encontradas por von Jaschke (39) (20%) a las de Espinosa (2%) (40) en lo que respecta a salpingitis TBC, no hay proporción, y tengo la sensación de que las del primero son exageradas. En el servicio de Ginecología de San Juan de Dios desde 1949 se hacen exámenes histológicos de rutina de toda pieza operatoria: de 30 tubos uterinos, 2 han resultado TBC ósea 6,6%, y en relación a 63 casos diagnosticados como anexitis, 3,1%; valdría la pena para el futuro, completar estos datos.

Se considera la salpingitis TBC como causa casi absoluta

de esterilidad; y ésto ya fue indicado en líneas anteriores. En casos como esta paciente, no es aventurado suponer que la contaminación bacilar tubárica se hizo con posterioridad a la época de su última gestación.

A. M. R., 18 años. Consulta por polimenorrea de 5 meses atrás; reglas abundantes. Se piensa en hidrosalpinx derecho y quiste ovárico. De toda la historia clínica de la enferma no vale la pena transcribir sino el antecedente de esterilidad en 2 años de matrimonio.

Las biopsias de endometrio practicadas en dos ocasiones y enviadas con la sospecha clínica de hiperplasia dan como resultado histológico: Fase proliferativa del endometrio (Nos. 18502 y 18400 del I. R.).

Practicada laparotomía media infraumbilical, se encuentra piosalpinx bilateral. Salpingectomía bilateral; conservación ovárica. El protocolo 05092 de la sección de Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper afirma que se trata de Anexitis tuberculosa-Periovaritis tuberculosa (fdo). M. Sánchez Herrera. Post-operatorio: excelente. No ha sido posible localizar la enferma para control.

He querido presentar esta historia como una prueba más de la importancia de la salpingitis TBC como causa notable de esterilidad. Hasta ahora se consideraba la etiología gonocócica como la gran causante de la oclusión tubárica, y se tenía la posibilidad TBC como algo muy remoto; hoy día se concede a ésta un papel de trascendencia, en especial desde los estudios de Halbrecht (41) (ya mencionado anteriormente) quien preocupado por la poca incidencia de la gonococcia en Palestina ha investigado a profundidad el papel del B. de Koch. Así, de 48 pacientes con oclusión tubárica encontró que 18 sufrían TBC endometrial, y de éstas tan solo una reveló proceso sospechoso TBC anexial. En realidad esta enferma no corrobora tales resultados; pero como se dijo ya, la histología no es suficiente ni definitiva en los protocolos negativos.

A. M., 26 años. Ingresa al Servicio en octubre 1947 por hemorragias genitales. Multipara. Hace 2 meses fue sometida a un legrado uterino en Clínica Obstétrica por un aborto de 3 meses; desde entonces ha seguido con fuertes hemorragias, con coágulos, dolores.

En el curso de la revisión de la enferma, se toman biopsias de endometrio, cuya descripción hace el diagnóstico de ENDOMETRITIS TUBERCULOSA (Protocolo N° 20.267 I. R., fdo. Dr. Asmar).

Los estudios radiológicos niegan lesiones bacilares torácicas y renales. Exámenes de laboratorio normales.

Se practica histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral. Se encuentra piosalpinx bilateral.

Resultados histológicos:

05808. ENDOMETRITIS TUBERCULOSA. El material examinado muestra útero. En el endometrio el estroma está densamente infiltrado por leucocitos mononucleares y presenta nódulos compuestos por escasa caseificación, hiperplasia del tejido conjuntivo; también células gigantes multinucleadas en corona, en racimo o en herradura. Los vasos sanguíneos están dilatados. El proceso afecta también el miometrio, pero en forma menos activa.

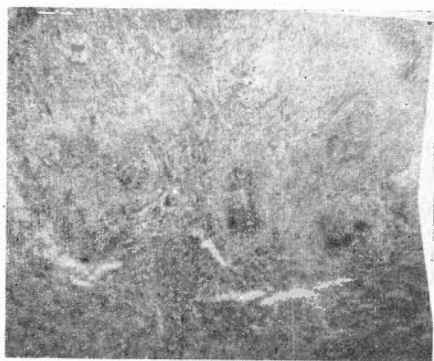


Figura 5

05809. ANEXITIS TUBERCULOSA BILATERAL. En ambos tubos se aprecia un proceso inflamatorio específico y que afecta todo el espesor de la pared. Se ve abundante infiltración leucocitaria con predominio de los mononucleares. Hay áreas de necrosis rodeadas por hiperplasia del tejido conjuntivo, por leucocitos mononucleares y por células gigantes multinucleadas en corona, en racimo o en herradura.

05810. PERIOVARITIS TUBERCULOSA BILATERAL. En ambos ovarios se aprecian folículos y granulaciones tuberculosas en la periferia. Los vasos sanguíneos están marcadamente dilatados. Hay cuerpos amarillos, cuerpos hemorrágicos y cuerpos fibrosos. (Fdo.) M. Sánchez Herrera.

Este caso sería en apariencia una contradicción del hecho afirmado de que la TBC genital causa esterilidad. Y acá hay invasión endometrial que incluye el miometrio, y en los tubos ocupa todo el espesor de sus paredes; tan solo los ovarios guardan relativa integridad anatómica e histológica. No encuentro otra explicación que, la de que el proceso existía en forma latente y de muy poco tiempo atrás (pues el último embarazo tenía 8 meses de terminado en un parto normal), y que con el raspado adquirió una especial virulencia y poder invasor a todos los órganos genitales internos; queda la suposición no despreciable, del contagio simultáneo por vía externa.

La TBC anexial es dividida en 3 grupos (Wharton):

I.—Forma miliar, con sus tipos peritoneal y tubárico, que vendrían a corresponder a los casos de TBC génitoperitoneal ya descritos.

II.—Formas parenquimatosa y caseosa, de las que el piosalpinx es la principal manifestación.

III.—Forma fibrosa, con tendencia a la curación. En este caso y en los anteriores se habla siempre del hallazgo de piosalpinx bilateral; es ésta la forma más frecuente descrita como encuentro operatorio; algunos corresponderían al "absceso frío" de los autores franceses.

Para terminar este capítulo, deseo hacer algunos comentarios generales sobre el tratamiento en la TBC genital femenina, y con referencia especial a su forma más frecuente, la salpingitis TBC.

Como ya se expuso, es indudable que cada caso es un problema distinto para resolver. Pero hay que considerar en primer término y como factor de gran importancia, el tratamiento general; Slatthaar (42) cita 21 curaciones en 28 enfermas, y esto es algo muy diciente. Que si la tuberculosis genital tiende o no a la curación espontánea, es algo no dilucidado; pero el ginecólogo no puede esperar a que esto suceda; y ya se vió en el análisis de

historias como dos enfermas, M. E. G. y P. R., afectadas del mismo proceso, la primera curó y la segunda murió; y en P. R. se tenían mejores condiciones de vida y estreptomycinina.

Si una enferma de TBC genital es diagnosticada clínicamente (lo cual es poco probable), hay que agotar todos los medios para descubrir otros focos de infección; en su hallazgo no es posible pensar en otra cosa que en tratamiento general y en medidas de acción directa sobre esas lesiones primarias localizadas en los pulmones, etc.; hoy por fortuna, tenemos la estreptomycinina, cuyo valor se hace cada vez más evidente. Si el foco genital es considerado como el único activo en el organismo, éste debe ser suprimido hasta donde sea posible.

La roentgenoterapia ha sido muy discutida y fuertemente atacada, alegando que los rayos X favorecen la aparición de fístulas diseminación del proceso TBC, obstrucción intestinal, perforaciones, etc. Campbell (43) afirma que no hay evidencia de tales hechos y cree que la roentgenoterapia con dosificación adecuada que provoque castración temporal o permanente, no tiene efectos sobre las células blancas y no interfiere en la cicatrización del proceso tuberculoso. Y más: dice que los rayos X estimulan la producción de fibroblastos jóvenes los cuales son muy importantes en la conversión del tubérculo en tejido fibroso; y por otra parte son útiles en la reducción del proceso infeccioso o inflamatorio secundario. En el estudio presentado, el autor se muestra satisfecho de los resultados obtenidos en muchos casos, y como adyuvante post-operatorio. Entre nosotros, no hay una experiencia definida a ese respecto.

De la cirugía, ya se expusieron ideas y tesis. En general puede decirse que cuando élla ha sido decidida, debe hacerse lo más amplia posible, porque los estudios recientes están probando que en la mayoría de los casos la lesión bacilar no es única sino que invade varios órganos.

Sered, Falls y Zummo (36) presentan en febrero 1950, un trabajo sobre estreptomycinina en TBC genital femenina; es quizá el primer estudio concreto sobre la materia, y con informaciones bastante decisivas en un grupo de sus enfermas. Dividieron sus pacientes en 3 categorías:

I.—Con diagnóstico preoperatorio de TBC genital.

II.—Con diagnóstico quirúrgico y tratamiento posterior con penicilina.

III.—Únicamente tratamiento médico y estreptomicina.

Este es un informe preliminar de 23 enfermas, de las cuales 16 son del primer grupo; se refieren a este grupo casi exclusivamente.

Están aplicando 1 gramo diario de estreptomicina, 0,50 veces al día; la experiencia les ha mostrado, que para preparar las enfermas a la operación se requiere un mínimo de 6 semanas de tratamiento antes de ser efectuada, y 3 después del acto quirúrgico; el término de 8 semanas de estreptomicina preparatoria es ideal. Las 16 enfermas de este grupo fueron operadas con buenos resultados; 13 de ellas con histerectomía y salpingooforectomía.

Los casos de los grupos II y III están siendo observados por los autores, con resultados satisfactorios hasta el momento.

Como conclusión, es posible darse cuenta que la mayoría de los ginecólogos prefieren la cirugía en el tratamiento de la TBC genital femenina; y ésta ha sido nuestra conducta en el Hospital San Juan de Dios. Creo que con la ayuda de la estreptomicina, sea aplicada como medida preoperatoria o como tratamiento de consolidación posterior, los resultados generales (que hasta ahora no han sido malos), mejorarán en forma decidida. En cuanto al uso de la droga como único tratamiento o agregada a medidas generales de higiene y dietética, debemos esperar los resultados de quienes actúan con grupos de enfermas numerosos y con mejores facilidades de controlar la evolución de la enfermedad; en nuestro medio esto es aún casi imposible.

ENDOMETRIO Y TUBERCULOSIS

La incidencia de la TBC en Colombia aumenta con rapidez; posiblemente influye en ello a más de las condiciones de aglomeración humana, el mejor estudio y la obligación de los certificados pulmonares para ingresar a cualquier entidad o empresa.

A pesar del creciente estudio de biopsias de endometrio, se encuentran pocos casos de endometritis tuberculosa.

En el Hospital Sanatorio Santa Clara, en donde se aislan enfermas tuberculosas, en su mayoría portadoras de avanzadas lesiones pulmonares, el porcentaje de amenorreas variables alcanza un 40%.

La amenorrea, refiriéndola a tuberculosis, puede ser debida a: I) Causa endocrinopática, en donde el ovario falla por verse privado de elementos esenciales de nutrición (Novak); II) Endometritis TBC, debida generalmente a la destrucción extensa de la mucosa.

Preocupados por hallar una aclaración satisfactoria del problema, resolvimos iniciar un estudio del endometrio en enfermas comprobadamente tuberculosas, sin tener en cuenta el tipo o evolución de las lesiones pulmonares (*).

Acompañamos un cuadro ilustrativo sobre los resultados obtenidos. En él se anotan la edad de la enferma, principal síntoma ginecológico, estado de la paciente según la clasificación clínico-radiológica de la Asociación Nacional de Tuberculosis de Estados Unidos de Norteamérica, resultado histológico del estudio de las biopsias de endometrio; éstas fueron tomadas con la cureta de Novak.

Nos permitimos aclarar qué significan los números y letras de la clasificación anotada:

Según el estado general y funcional de las enfermas:

- 1.—Asintomático o con síntomas ligeros.
- 2.—Síntomas moderados.
- 3.—Síntomas severos.

Según el estado pulmonar:

- a) Lesiones mínimas.
- b) Lesiones moderadamente avanzadas.
- c) Lesiones muy avanzadas.

Se entiende que la clasificación no es tan simple como aparece acá; pero en líneas generales es tal como queda enunciada.

Como podrá apreciarse a continuación la mayoría de las enfermas se agruparon como 3C, o sea mujeres con mal estado general y funcional y lesiones pulmonares de mal pronóstico.

R. A.,	33—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (fsc. premenstrual)
J. A.,	35—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
S. B.,	29—Normalidad	3B —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
M. B.,	26—Normalidad	3B —	Endometrio NORMAL (f. premenstrual)
M. B.,	26—Amenorrea	3C —	Endometrio HIPOPLASICO
D. B.,	28—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
B. C.,	27—Normalidad	3C —	Endometrio HIPOPLASICO
A. C.,	40—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
M. C.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
E. F.,	35—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
S. G.,	32—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
M. G.,	30—Normalidad	2B —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
S. G.,	27—Hipermenor	3C —	Endometrio NORMAL (f. premenstrual)
I. G.,	18—Normalidad	2B —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
A. J.,	38—Amenorrea	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
T. L.,	24—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
E. L.,	22—Amenorrea	2A —	Endometrio ATROFICO
M. M.,	40—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
V. M.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio HIPOPLASICO
W. M.,	35—Normalidad	3C —	ENDOMETRITIS TUBERCULOSA
D. M.,	25—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
T. O.,	29—Normalidad	3C —	Endometrio HIPOPLASICO
C. P.,	20—Oligomenor	3C —	Endometrio HIPOPLASICO .
M. P.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
I. R.,	20—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
R. R.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
M. R.,	30—Normalidad	3B —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
M. S.,	27—Amenorrea	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
I. S.,	38—Normalidad	3C —	Endometrio ESTROGENO (persistente)
M. S.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
A. V.,	27—Normalidad	2B —	Endometrio NORMAL (f. premenstrual)
R. Z.,	28—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
I. P.,	40—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
Z. M.,	27—Amenorrea	3C —	ENDOMETRITIS TUBERCULOSA
W. G.,	30—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
A. Ch.,	22—Amenorrea	3C —	Endometrio HIPOPLASICO
A. O.,	28—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
J. R.,	26—Normalidad	3B —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)
E. P.,	22—Amenorrea	3C —	Endometrio ATROFICO
S. B.,	35—Normalidad	3C —	Endometrio NORMAL (f. proliferación)

Se aprecia que de los 40 casos, tan solo en 2 encontramos TBC del endometrio.

En W. M., gran multipara, parece que su lesión pulmonar tiene 3 años de evolución (en 1949); no hay nada que indique infección por vía externa. Sus reglas son de tipo normal, salvo moderada dismenorrea inicial. Es caso 3C que ha evolucionado con tendencia a la mejoría. Está siendo tratada y vigilada por el Dispensario anexo al Hospital. Se revisará próximamente en el aspecto histológico endometrial.

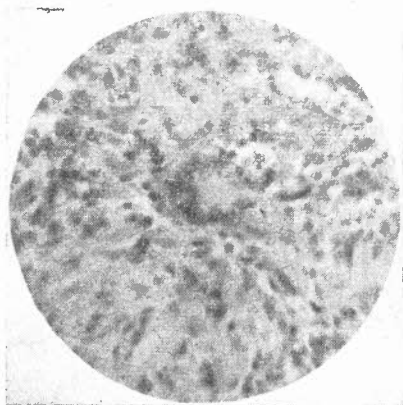


Figura 6

(Las microfotografías adjuntas pertenecen a esta enferma).

La revisión histológica no se ha hecho antes por no estimarlo prudente ni necesario.

En cuanto a Z. M., después de una corta permanencia, abandonó el Hospital y se ignora su suerte. Se trataba de una mujer joven, multipara, en amenorrea desde 6 meses antes y clasificada como caso 3C, con tendencia a la agravación.

Al terminar este estudio encontramos otro caso de Endometritis TBC (Marzo de 1950); está siendo tratada desde entonces con estreptomicina, 1 gramo diario. Es una enferma clasificada 3C y de pronóstico muy sombrío. Por tratarse de un hallazgo aislado del grupo primitivo de estudio, nos limitamos a mencionarlo sin incluirlo en las consideraciones generales de nuestro propósito.

Habíamos pensado reunir un mayor número de casos para poder presentar resultados concretos. Pero en el estudio de la bibliografía al respecto, encontramos el trabajo de Lackner, Schiller y Tulskey (44) practicado en el Cook County Hospital de Chicago (USA) en 1940, los cuales animados del mismo interrogante nuestro, obtuvieron 134 biopsias de 125 enfermas de TBC pulmonar, y de todas ellas tan sólo en 2 comprobaron la endometritis TBC. Por otra parte, Weinstein (cit. por Rubin (45)), no pudo encontrar ni un caso de TBC del endometrio en 40 muchachas tratadas para lesiones pulmonares.

El estudio de las 40 enfermas que presentamos en esta comunicación es notablemente similar al efectuado por los norteamericanos. Y por este motivo, no deseamos ampliar el número de observaciones, ya que nos parecía injustificado seguir incomodando a unas cuantas mujeres, en su mayoría en pésimo estado general.

Pero no se piense, como Galloway (46) que este tipo de estudio no trae ninguna utilidad y quien al referirse a los peligros subsecuentes duda de si el ginecólogo tiene derecho a la inspección de tales tejidos. Ya Greenhill (47) le anotó al anterior que tal interés no es puramente académico, sino práctico.

Nosotros explicamos el por qué de nuestro estudio, antes de conocer el artículo citado de Lackner y col. Sabíamos que en enfermas portadoras de TBC endometrial, las manipulaciones locales como curetaje, etc., deben ser estrictamente prohibidas por el inminente peligro de diseminación de la enfermedad; por otra parte, suponíamos que toda tuberculosa podría estar afectada de lesiones bacilares endometriales; entonces, —qué hacer en los casos en donde por un motivo u otro se necesitara una investigación o tratamiento endouterinos, en mujeres comprobadamente con TBC pulmonar o de otra región extragenital?

Basados en los resultados obtenidos por Lackner y col., Weinstein y en los nuestros, nos atrevemos a decir que en enfermas tuberculosas en las que se necesite practicar un legrado uterino, etc., puede hacerse con relativa tranquilidad, sin que ello constituya en caso de necesidad, ninguna contraindicación.

SIGNIFICADO CLINICO DE LAS REPERCUSIONES DE LA TBC PULMONAR SOBRE EL SISTEMA GENITAL FEMENINO

Como decía en un principio, he deseado hacer un análisis de las principales repercusiones ginecológicas de la Tuberculosis pulmonar. Se trata de 306 enfermas que he visto en el consultorio de Ginecología del Hospital Sanatorio Santa Clara, en algo más de 3 años.

En su inmensa mayoría la edad de estas pacientes oscila entre 15 y 45 años; no alcanzan a la veintena las que están fuera de este límite. Son pues, mujeres en plena actividad genital.

Del total, hay 72 con himen virginal, 88 nulíparas y 146 con antecedentes obstétricos. En realidad, estas cifras no dicen mayor cosa y para darles algún valor, sería necesario entrar en muchos detalles, lo cual está fuera del propósito de este trabajo.

En las 306 enfermas se encuentran los siguientes datos en el momento de examen:

Ciclos menstruales normales en 140	45,8%
Amenorreas en 123	40,2%
Hipo y oligomenorreas en 13	4,2%
Poli e hipermenorreas en 3	1 %
Datos incompletos en 27	8,8%

Revisando las historias clínicas, he logrado una división simple de estas enfermas, según hayan muerto o nó, y en las vivas según se considere tendencia a la mejoría o a la agravación.

De las enfermas en amenorrea:

63, o sea 50% murieron
16, o sea 15% con tendencia a la mejoría
44, o sea 35% con tendencia a la agravación

De las que presentan ciclos menstruales normales:

8, o sea 5% murieron
105, o sea 75% con tendencia a la mejoría
17, o sea 20% con tendencia a la agravación.

El resto de las enfermas (con polimenorreas, etc.), tienen tendencia a la mejoría en su mayor parte, y tan sólo una murió.

Dividiendo las enfermas según la clasificación de la Asociación Nacional de TBC de USA, ya enunciada, se tiene que 173 enfermas se consideran como 3C, es decir en las peores condiciones pulmonares y de salud general. De éstas, en relación a sintomatología ginecológica, se encuentran los siguientes datos:

3C y amenorrea	105
3C y normalidad menstrual	68

De las 105 pacientes del grupo I: 62 murieron, 40 con tendencia a la agravación, y tan sólo 3 hacia la mejoría..

De las 68 del grupo II: 36 con tendencia a la mejoría, 24 hacia la agravación y tan sólo 8 murieron en el Hospital.

Tendríamos según esto, que la amenorrea sería de un valor pronóstico fatal en enfermas con tuberculosis pulmonar avanzada y mal estado general; pero si en mujeres de esta categoría se conserva la normalidad menstrual, ese pronóstico es mucho menos desfavorable, y en el 50% de los casos, favorable.

De las 16 enfermas en amenorrea con tendencia a la mejoría, en 6 fue posible observar durante su estadía en el Hospital que sus ciclos menstruales volvieron a presentarse; y ésto coincidió con mejoría neta del estado pulmonar y general.

En estas páginas es fácil ver que el síntoma predominante ginecológico en la TBC pulmonar, es al amenorrea. Y de mucho tiempo atrás, los autores han dado importancia a este hecho, dando interpretaciones diferentes. Hasta no hace mucho tiempo, la "clorosis" dominaba el terreno de las etiologías, con especial referencia a las niñas y jóvenes; hoy tal entidad ha desaparecido de la nosología, y en muchos de esos casos se establece la TBC. Siegler (48) recuerda que una amenorrea inexplicable, primaria o secundaria, puede ser el primer síntoma de TBC; y Arrighi (49) agrega que no es infrecuente que la amenorrea sea el síntoma único inicial, o al que la enferma atribuye mayor valor en el momento de consulta. Caussimon (50) dedicó un largo estudio al fenómeno y clasificó las amenorreas en 2 tipos:

a) Amenorrea silenciosa, en donde no hay regla y además faltan todas las reacciones locales y generales que la acompañaban; en unos casos indica la muerte funcional del aparato genital de un organismo llamado a desaparecer, pero en otros, cuan-

do reaparecen esos síntomas o las reglas, son de feliz augurio; y

b) Amenorreas activas, en donde no hay regla pero se observa periódicamente todas las alteraciones psíquicas, abdominales o generales que antes acompañaban a la enferma. Esto permite afirmar la persistencia de un ciclo. Para el autor, la intensidad de estas alteraciones se traduce con bastante fidelidad en la marcha evolutiva de las lesiones, siendo las reacciones más marcadas cuanto la tuberculosis tiene una marcha más rápida.

Las conclusiones de Caussimon, si bien son bastante discutibles en lo que respecta a la clasificación, son muy interesantes en lo relacionado al aspecto clínico y al valor pronóstico, que son en otras palabras, similares a lo ya expuesto en estas líneas.

Despeignes (citado por Cotte (51) en 1600 enfermas hospitalizadas para TBC pulmonar, encontró 14 casos de amenorrea total y 417 de amenorrea transitoria antes de ingreso al Hospital; en otras 319, la amenorrea se hizo presente en forma más o menos alargada en el curso de hospitalización. No hay relación entre estas cifras y lo visto en Santa Clara, en donde por lo menos 63 de las 306 enfermas podrían ser clasificadas como amenorreas totales, ya que todas ellas murieron sin ver el retorno menstrual. Es probable (no me fue posible conseguir el artículo original) que los pacientes del autor francés no fuesen casos tan avanzados como los observados acá.

Es curioso, y hasta cierto punto ilógico, que la TBC pulmonar altere en forma profunda la función genital y sea rica en sus manifestaciones clínicas, y en cambio la TBC genital aún en casos avanzados presente sintomatología muda o casi nula. Por ello, Althabe, Di Paola y Terzano al hablar (52) de endometritis TBC afirman que el estado funcional del endometrio no depende de la lesión TBC sino de la perturbación de aquél, secundario a una disfunción ovárica; pero habría que agregar con Novak, que esta disfunción ovárica parece ser debida a causa endocrinopática, los ovarios fallando porque están privados de ciertos elementos esenciales de nutrición. Esto vendría a corroborar aún más los datos expuestos en el capítulo anterior.

En líneas generales, el ginecólogo en frente a una amenorrea trata muchas veces de localizar el síntoma al aparato genital, y comete un grave error; ésta es una prueba más de que el médico no puede olvidar la clínica general, si quiere ser un buen especialista.

Como conclusiones prácticas y sencillas se puede pensar que:

I.—En una mujer con amenorrea de causa imprecisa, debe pensarse en TBC extra-genital.

II.—En una mujer con TBC pulmonar, la amenorrea prolongada es signo de pronóstico sombrío.

III.—Si retornan las reglas, es índice de evolución favorable.

IV.—En una mujer con TBC pulmonar, los ciclos menstruales sin alterar son signo de pronóstico hasta cierto punto favorable.

V.—En una mujer con amenorrea y sintomatología clínica que haga pensar en TBC, ésta debe ser orientada en su diagnóstico anatómico, de preferencia en sitios extragenitales y en especial el pulmón.

SUMARIO

1.—Se presenta un estudio que contempla diversos problemas en relación a la tuberculosis en Ginecología.

2.—El estudio hace especial referencia a nuestro medio.

3.—Las estadísticas consultadas, tanto hospitalarias como privadas, prueban que la TBC genital femenina en Bogotá es escasa. Los resultados histológicos muestran alrededor de un 2% sobre las muestras ginecológicas.

4.—Se hacen comentarios al historial clínico del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1950.

5.—Hay un estudio especial de investigación del endometrio en relación a la TBC pulmonar.

6.—De 40 casos comprobados de TBC pulmonar, se encontraron 2 de endometritis tuberculosa.

7.—Se hace un análisis de los síntomas ginecológicos en 306 enfermas comprobadas de TBC pulmonar; de éstas, la mayoría correspondían a casos avanzados.

CONCLUSIONES

I.—La TBC genital femenina en nuestro medio es escasa, Corresponde su frecuencia a la anotada en general por otros autores norte, centro y suramericanos.

II.—La cirugía ha sido el medio de elección terapéutico; debe ser lo más amplia posible. La estreptomycinina es, hasta el momento, motivo de investigaciones; sus resultados son halagadores.

III.—La invasión endometrial es rara en la TBC pulmonar; ésto permite practicar manipulaciones endouterinas en tales enfermas, con relativa tranquilidad.

IV.—La amenorrea en enfermas con TBC pulmonar es signo de mal pronóstico; reglas normales o el retorno menstrual en amenorreas, son índice favorable.

V.—La amenorrea, en casos de enfermas con sospecha TBC indeterminada, debe orientar el diagnóstico, de preferencia hacia lesiones extra-genitales.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 AMAYA H. *Ginecología en un servicio médico oficial. Estadística. Medicina y Cirugía*, Bogotá, XIV: 120, 1950.
- 2 RICCI. *The Genealogy of Gynecology*. Blakiston Co., 1943.
- 3 BONILLA A. *Historia de la Medicina Tropical, Parasitología e Higiene en Colombia. Datos bibliográficos (1830-1943)*. Rev. Facultad de Medicina, Bogotá, XIV: 52., 1945.
- 4 ALVAREZ B. P. *Diagnóstico de la TBC genital femenina*. Ginec. Obst. México, II: 91, 1946.
- 5 URRUTIA M. (Cita Year-Book Obst. Gynec., 1948). Ginec. y Obst., México, III: 139, 1948.
- 6 HAAS R. I. *Genital Tuberculosis in the Female*. Amer. J. Obst. Gynec., 48: 69., 1944.
- 7 EICHNER E., BOOKATZ A., HIRSCH L. *Gynecologic Tuberculosis. A brief review of Thirty-two cases, including one of TBC Cervicitis*. Amer. J. Obst. Gyn., 43: 66, 1942.
- 8 CURTIS A. H. *Ginecología*. Salvat, University Society, 1941.
- 9 WHARTON L. R. *Gynecology with a section on Female Urology*. W. B. Saunders Co., 1944.

- 10 FAULKNER R. L. **Lewis Practice of Surgery. Tuberculosis Salpingitis**, Vol. X, chapter 8: 53. W. F. Prior, 1949.
- 11 GREEMBERG J. P. **Tuberculous Salpingitis. A clinical Study of 200 cases**. Johns Hopkins Hosp. Reports., 21: 97, 1921.
- 12 AMAYA H. **Comentarios a un año de Internado. Clínica Ginecológica, Hospital San Juan de Dios**. Tesis de grado, Bogotá, p/156, 1944.
- 13 HERNANDEZ M. **El pneumoperitoneo en el tratamiento de la TBC intestinal y peritoneal, y como medio colapsoterápico de la TBC pulmonar**. Tesis grado, Bogotá, 1945.
- 14 CALATRONI C. J., RUIZ V. **Terapéutica Ginecológica**. El Ateneo, Bs. Aires, 1941.
- 15 STEVENSON C. S. **Tuberculosis of the Cervix, with report of a So-called primary case**. Amer. J. Obst. Gyn., 36: 1017, 1938.
- 16 NOVAK E. **Textbook of Gynecology**. Williams - Wilkins Co., Baltimore, 1948.
- 17 AMAYA H. **Carcinoma vulvar asociado a Tuberculosis**. Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá, XVII: 490, 1949.
- 18 TAUSSIG F. J. **Lewis' Practice of Surgery. The Vulva**, vol. X., chapter 10: 12. W. F. Prior, 1949.
- 19 PARDINI I. **Primary Tuberculosis of the Vulva**. Surg. Gyn. Obst., 90: 163, febr. 1950.
- 20 CORDIVIOLA L. A. **Tuberculosis de la Vulva**. El día Médico, XVII: 952, 1945.
- 21 FIGUEROA P., BELIZAN L. A. **Tuberculosis genital a localización predominante y posiblemente primitiva del cuello del útero**. La Sem. Méd., 2:14, 1937.
- 22 COLLINS D. C. **The Management of Tuberculosis of Cervix Uteri**. J. A. M. A., 112: 605, 1939.
- 23 NORRIS C. C. **Gynecological and Obstetrical Tuberculosis**. D. Appleton Co., New York, 1931.
- 24 LINS. **The Chinese Medical Jour.**, 50: 1025, 1936.
- 25 AHUMADA J. C., PRESTINI O. **Tuberculosis del cuello uterino**. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 7: 23, 1928.

- 26 AHUMADA J. C., **Tuberculosis del cuello del útero y Estreptomycinoterapia.** Bol. Soc., Obst. Gin. Bs. As., XXVIII: 420, Nov., 1949.
- 27 GILLIATT W. **Advances in Obstetrics and Gynecology.** Practitioner, 159: 256, 1947.
- 28 O'BRIEN J. R., LAWLOR M. K. **Unsuspected Tuberculous Endometritis.** J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 54: 636, 1947.
- 29 DE SOUZA T. **A propósito de achados histopatológicos de Tuberculosis del endometrio.** An. Bras. de Gin., XVI: 349, 1943.
- 30 RABAU E., HERMAN J., CASPER J. **Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la Tuberculosis del Endometrio.** Gynaecologia, 127: 248, 1949.
- 31 HALBRECHT J. **Descubrimiento de una TBC genital latente por el cultivo de la descarga menstrual.** Lancet, 27: 948, 1947.
- 32 SCHMITZ H. E. Amer. J. Obst. Gyn., 53: 408, 1947.
- 33 CONILL-MONTOBIO V. **Tratado de Ginecología.** Ed. Labor, Barcelona, 1946.
- 34 ARONSON A., DWIGHT R. W. **Estreptomycinoterapia en la Tuberculosis del Endometrio.** New Engl. Jour. Med., febr. 1949.
- 35 DI GUGLIEMO L. **Tuberculosis genital. Salpingitis bacilosa.** Obst. Gin. Lat. Am., VII: 460, 1949.
- 36 SERED H., FALLS F., ZUMMO B. P. **Streptomycin in Gynecologic TBC.** J. A. M. A., 142: 547, febr., 1950.
- 37 FAURE J. L., SIREDAY A. **Traité de Gynecologie.** Gaston Doin et Cie., Paris, 1928.
- 38 HELD E. **Etude clinique de la TBC anexielle.** Gyn. et Obs., 35:327, 1937.
- 39 VON JASCHKE R. TH. VON. **Ginecología.** Ed. Miguel Servet., 1941.
- 40 ESPINOSA A. **Anexitis. Comentarios a tres años de estadísticas.** Tesis de grado, Bogotá, 1946.
- 41 HALBRECHT J. **Unsuspected Genital Tuberculosis as a main cause of Tubal Occlusion.** Lancet, CCL: 235, 1946.
- 42 SLATTHAAR E. **Results of Elective Therapy of Female Genital Tuberculosis.** Year-book of Obs. and Gyn., 419, 1948.
- 43 CAMPBELL R. **The Treatment of Pelvic TBC in the Female by Radia-**

- tion Therapy based upon Experimental evidence in the animal and Clinical results in the Human. Am. J. Obst. Gyn., 53: 405, 1947.
- 44 LACKNER J. E., SCHILLER W., TULSKY D. S. The Coincidence of TBC of the Endometrium with TBC of Lung. Am. J. Obst. Gyn., 40: 429, 1940.
- 45 RUBIN I. C. Lewis 'Practice of Surgery Vol. X, chapter 9: 5. W. F. Prior Co., 1949.
- 46 GALLOWAY CH. E. Discussion. Am. J. Obst. Gyn., 40: 434, 1940.
- 47 GREENHILL J. P. Discussion. Am. J. Obst. Gyn., 40: 434, 1940.
- 48 SIEGLER S. L. Fertility in Women. J. B. Lippincott Co., 1944.
- 49 ARRIGHI L. A. Terapéutica Clínica. Ginecología Clínica. Tomo VI: 278. El Ateneo, Bs. As., 1947.
- 50 CAUSSIMON L. Les Fievres menstruelles. Presse Med., nov., 1929.
- 51 COTTE G. Troubles fonctionnels de l'Appareil Génital de la Femme. Masson Cie., p/320, 1949.
- 52 ALTHABE A., DI PAOLA, TERZANO S. Anomalías del ciclo y Endometritis Tuberculosa. Bol. Soc. Obst. Ginec. Bs. Aires, 22: 624, 1943.

Información de la Facultad

LISTA ALFABETICA DE MEDICOS GRADUADOS EN 1955

INDICE

— A —

Nº de	NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.728—	ARAUJO QUIÑONES RANULFO E.	54-K	351	1955
3.729—	ABUABARA FATULE EMILIO	54-K	351	1955
3.730—	ACOSTA FALQUEZ ALVARO	54-K	352	1955
3.731—	ALMANSA QUIROGA LUIS OCTAVIO	54-K	352	1955
3.732—	ACOSTA GOMEZ JORGE	54-K	369	1955
3.733—	ARDILA PINILLA ALIRIO ALFONSO	54-K	370	1955
3.734—	ALVAREZ CARREÑO HORACIO	54-K	375	1955
3.735—	ARRAZOLA SALOM CARLOS	54-K	376	1955

— B —

3.736—	BALLESTEROS RUIZ OSWALDO	54-K	352	1955
3.737—	BOTIVA OSPINA JOSE JOAQUIN	54-K	352	1955
3.738—	BELTRAN GARCIA GONZALO	54-K	353	1955
3.739—	BARRAGAN COLLAZOS FABIOLA	54-K	353	1955
3.740—	BULLA GUTIERREZ MARCO FIDEL	54-K	353	1955
3.741—	BRUGES ESCARRAGA MARCELIANO	54-K	353	1955
3.742—	BONILLA ARAGON OSCAR H.	54-K	354	1955
3.743—	BENAVIDES MOLINARES JOSE	54-K	354	1955
3.744—	BONILLA ARCINIEGAS EFRAIM	54-K	354	1955
3.745—	BENAVIDES T. MARCO A.	54-K	354	1955
3.746—	BECCERRA SANCHEZ JESUS ARFILIO (Póstumo)	54-K	367	1955
3.747—	BEDOYA RAMIREZ ROGELIO	54-K	370	1955
3.748—	BARRAGAN CANTOS JAIME	54-K	370	1955

— C —

3.749—	COGOLLOS LARRARTE ALVARO	54-K	355	1955
3.750—	CABRERA CARVAJAL ALVARO	54-K	355	1955
3.751—	CORDOBA DIAZ PEDRO NEL	54-K	364	1955

Nº de	NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.752—	CASTELLANOS ORTIZ AURELIANO	54-K	370	1955
3.753—	CAÑAS PALACIO ANIBAL	54-K	371	1955
3.754—	CARDENAS GUTIERREZ HERNANDO	54-K	371	1955
3.755—	CORREA GALINDO ERNESTOO	54-K	376	1955
3.756—	CUBEROS GIUSTI LEANDRO	54-K	376	1955
3.757—	CRISTO SAHIOUM JORGE	54-K	376	1955
3.758—	CORVACHO ALBERTO E.	54-K	383	1955

— D —

3.759—	DE LA HOZ JAIME A.	54-K	355	1955
3.760—	DIAZ BENITEZ JAIME	54-K	355	1955
3.761—	DANGOND FLOREZ MANUEL A.	54-K	356	1955
3.762—	DE LA ROCHE ALVAREZ EDUARDO	54-K	356	1955
3.763—	DOMINGUEZ FORERO ARMANDO ENRIQUE	54-K	377	1955
3.764—	DIAZ ARENAS ALVARO ENRIQUE	54-K	377	1955

— E —

3.765—	ESPINEL SALIVE FRANCISCO	54-K	356	1955
--------	------------------------------------	------	-----	------

— F —

3.766—	FUENTES SANJUAN GUSTAVO	54-K	356	1955
3.767—	FREYLE WELLS JOSE C.	54-K	357	1955
3.768—	FRANCO PINZON GABRIEL	54-K	357	1955
3.769—	FRANCO GOMEZ RAUL	54-K	357	1955
3.770—	FERNANDEZ NAVIA ARMANDO	54-K	357	1955
3.771—	FADUL PALENCIA ABDON	54-K	358	1955
3.772—	FUSCALDO DURAN MARIO	54-K	371	1955

— G —

3.773—	GARCIA FIGUEREDO MIGUEL	54-K	358	1955
3.774—	GAITAN BLANCO GUSTAVO	54-K	358	1955
3.775—	GUIDO BAENA PEDRO A.	54-K	358	1955
3.776—	GOMEZ GONZALEZ LEONIDAS	54-K	372	1955
3.777—	GARCIA MEDINA NEHEMIAS	54-K	380	1955

— J —

3.778—	JUNCA AVELLANEDA GUILLERMO	54-K	372	1955
3.779—	JIMENEZ OSPINA HERNANDO	54-K	377	1955

— K —

3.780—	KIJNER ZAIDMAN HERRY H.	54-K	359	1955
--------	---------------------------------	------	-----	------

— L —

Nº de	NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.781—	LALINDE ZAWDZKY DIEGO	54-K	359	1955
3.782—	LINARES FLOREZ ALFONSO	54-K	359	1955
3.783—	LA ROTTA GARCIA LUCIO	54-K	359	1955
3.784—	LINDARTE MURILLO CARLOS ALFONSO	54-K	360	1955
3.786—	LOPEZ CASTAÑO AUGUSTO	54-K	374	1955
3.786—	LOZANO SANCHEZ JUAN	54-K	377	1955
3.787—	LOPEZ VERGARA EDUARDO	54-K	378	1955

— LL —

3.788—	LLORENTE CUEVAS MAXIMILIANO	54-K	360	1955
3.789—	LLANOS CABRERA JOSE JESUS	54-K	378	1955

— M —

3.790—	MONTERO OLARTE HERNANDO	54-K	360	1955
3.791—	MARQUEZ CABALLERO EDUARDO	54-K	360	1955
3.792—	MARTINEZ MERA GONZALO	54-K	372	1955
3.793—	MENDOZA CORREA MARIO	54-K	381	1955

— N —

3.794—	NIÑO ESPINOSA ALVARO	54-K	361	1955
--------	--------------------------------	------	-----	------

— O —

3.795—	ORTEGA BELALCAZAR ALERCIO	54-K	372	1955
3.796—	OLICARI MOSCATELLI OSCAR	54-K	378	1955

— P —

3.797—	PESANTES RICAURTE JOSE MANUEL	54-K	361	1955
3.798—	PALACIOS VILLARRAGA HERNANDO	54-K	361	1955
3.799—	PINILLA PRADA ORLANDO	54-K	373	1955
3.800—	PONTON ESPINOSA JOSE JOAQUIN	54-K	373	1955
3.801—	PARDO CASTRO JORGE HUMBERTO	54-K	378	1955
3.802—	PINILLA RUEDA JORGE	54-K	378	1955

— Q —

3.803—	QUINTERO ZUÑIGA MARIO	54-K	361	1955
3.804—	QUIROGA MOYA HUGO	54-K	373	1955

— R —

3.805—	ROMERO RINCON SALOMON DARIO	54-K	362	1955
3.806—	ROJAS PUELLO ARMANDO	54-K	362	1955

Nº de	NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.807—	RODRIGUEZ PACHON HECTOR	54-K	362	1955
2.808—	RIVEROS RODRIGUEZ MIGUEL DE JESUS . . .	54-K	362	1955
3.809—	RUMIE MOSQUERA ABRAHAM	54-K	363	1955
3.810—	RANGEL RODRIGUEZ GUILLERMO E.	54-K	363	1955
3.811—	RUIZ MONROY CARLOS A.	54-K	363	1955
3.812—	ROJAS CASTAÑO ABDON	54-K	379	1955
3.813—	RINCON SALINAS LUIS FRANCISCO	54-K	379	1955
3.814—	RODRIGUEZ GARCIA JOSE MARIA	54-K	381	1955

— S —

3.815—	SOLANO CORZO JORGE	54-K	364	1955
3.816—	SANTAMARIA PAEZ LUIS EDUARDO	54-K	373	1955
3.817—	SERRANO GARCIA ANIBAL	54-K	379	1955

— T —

3.818—	TURRIAGO BELTRAN RAFAEL	54-K	364	1955
3.819—	TRIANA ORTEGA LUIS CARLOS	54-K	379	1955

— U —

3.820—	URIBE GOMEZ ALBERTO	54-K	363	1955
--------	-------------------------------	------	-----	------

— V —

3.821—	VALENCIA CUELLAR ALVARO	54-K	364	1955
3.822—	VARGAS LEONOR CONCHA DE	54-K	371	1955
3.823—	VEGA MELENDEZ LUIS ENRIQUE	54-K	374	1955
3.824—	VALLE MESA RAFAEL	54-K	374	1955
3.825—	VARGAS RENGIFO CARLOS	54-K	380	1955
3.826—	VILLATE WILLIAMSON ANTONIO JOSE . . .	54-K	380	1955

— Z —

3.827—	ZAMORA DEL VALLE RAFAEL	54-K	380	1955
--------	-----------------------------------	------	-----	------

LISTA DE GRADUADOS DEL CURSO DE BACTERIOLOGOS Y
LABORATORISTAS CLINICOS EN 1955

Nº de orden	NOMBRES
1 —	BOOM SAAD LETICIA
2 —	BORDA BOHORQUEZ ELSA
3 —	BUELVAS PUCHE LUIS E.
4 —	CAMARGO ESLAVA OTTO E.
5 —	CASADO AMARIS RAFAEL A.
6 —	CEPEDA SANCHEZ CARMEN J.
7 —	COLL DURAN NICOLAS
8 —	GOMEZ GOMEZ JUAN FRANCISCO
9 —	MAZENETT GRANADOS BENJAMIN
10 —	OLIVARES PRADOS ALINA
11 —	QUIÑONES BORDA HERNANDO
12 —	SALAZAR BONILLA EDISON
13 —	SOTELO TORRES CESAR
14 —	STREINESBERGER SIERRA ELSA
15 —	VIDES SALGADO ALEJANDRO