

ACTUAL ESTADO DEL CONTROL DE LA ENFERMEDAD VENEREA Y SUS FUTURAS NECESIDADES

"Present Status of Venereal Disease Control and Future Needs"
 American Journal of Syphilis Mayo 1954, Vol. 38 N° 3
 (Traducción autorizada hecha por el Dr. Joaquín Zeledón A.)

A mediados del año 1930, se cometió un grave error después de la Primera Guerra Mundial al desmovilizar todas las fuerzas para el control de la enfermedad Venérea, ya que en 1935, la Sífilis y la Gonorrea hicieron considerables progresos, en poblaciones civiles (tabla, 1 apéndice). Este aumento pudo muy bien haberse prevenido si los esfuerzos para el control no se hubieran reducido tan radicalmente después de la Guerra.

Sin embargo el programa de Control Federal de la Enfermedad Venérea el cual fue reiniciado en 1937— tuvo éxito indudable al dominar el aumento, pero las tasas de enfermedad venérea subieron una vez más durante la Segunda Guerra (tabla 1 apéndice) como resultado de estas actividades de control, las tasas bajaron, después de la Segunda Guerra. Pero nuevamente los alentadores resultados de éxito proporcionaron extremo optimismo y una rápida desmovilización de las fuerzas para el control de las enfermedades venéreas y así una vez más, se repite la misma historia. El año pasado la enfermedad venérea aumentó en un tercio de nuestros Estados; esta alza se produjo un año después como consecuencia de la disminución de los fondos Federales para el control.

En vista de ello, tres Organizaciones Nacionales; la Sociedad Americana Contra las Enfermedades Venéreas, la Asociación de Estado y Oficiales Territoriales de Salud Pública y la Asociación Americana de Higiene Social, han estudiado esta situación desde cinco puntos de vista:

- 1) El presente "status" de las enfermedades venéreas y su control en los Estados individualmente y en los Estados Unidos en su totalidad.
 - 2) La importancia en Salud Pública de las enfermedades venéreas.
 - 3) El problema venéreo, su control y programa apropiados e indispensables para los próximos años.
 - 4) La magnitud ante las necesidades y objetivos actuales.
 - 5) El significado del por qué el control de la enfermedad venérea tiene una responsabilidad Federal ahora y en el futuro.
-

La discusión que sigue de estas cuestiones se basa sobre la experiencia y opinión de quienes se interesan en el tema y sobre datos estadísticos federales así como de las fuentes estatales. Es preciso ejercer el mayor cuidado en la interpretación de tales datos estadísticos ya que entre más amplia es el área incluida es menos específica la aplicación de las tasas calculadas. A pesar de que la experiencia sanitaria ha demostrado que en tanto se instituyan y mantengan exitosas medidas de control, todas las tasas en los Estados Unidos y en los Estados individualmente bajan, sin embargo en esta área extensa persisten "bolsas" de alta prevalencia. Estas bolsas si no se identifican y controlan, servirán de foco de infección, del cual dimanará un aumento generalizado a todas las tasas que podrían hacerse resistentes.

¿Cuál es la actual importancia de las enfermedades venéreas y el "STATUS" de su control individualmente en los Estados y en los Estados Unidos en general?

El brillante éxito de los centros de Salud Pública y de la acción de la profesión médica en el control de la Sífilis mediante el uso de antibióticos, así como el desarrollo y efectividad en la búsqueda de casos y contactos, es una de las glorias recientes en la historia de la Salud Pública norteamericana. Este éxito se refleja en los siguientes datos en relación con los Estados Unidos en general:

- a) Una constante declinación en la mortalidad debida a la Sífilis de 11.1 por 100.000 de población en 1939 a 3.7 por 100.000 en 1952 (cuadro N° 2).
- b) Una baja en la mortalidad infantil debida a Sífilis - de 0.57 por 1000 nacidos vivos en 1939 a 0.02 por 1000 nacidos vivos en 1952 (cuadro N° 2).
- c) Una baja en las nuevas admisiones en los Hospitales Mentales debida a Sífilis de 6.6 por 100.000 de población en 1939 a 2.1 por 100.000 en 1951 (cuadro N° 2).
- d) Una baja del reporte de casos de Sífilis Congénita— de 17600 en 1941 a 8021 en 1953 (cuadro N° 3).
- e) Considerable baja en las tasas de Sífilis primaria y secundaria de 75.68 por 100.000 de población de 1947 a 6.27 por 100.000 de población en 1953 (cuadro N° 4).

Individualmente los estados demuestran tendencias similares, aunque estas varían en extensión.

Esto constituye una evidencia alentadora en lo que respecta a la Sífilis, pero no sucede lo mismo en cuanto a al Gonorrea y otras enfermedades venéreas. La impetuosa baja en la incidencia reportada

de Sífilis infectante requiere un cuidadoso estudio para determinar su verdadera significación. La tendencia a la disminución de Sífilis primaria y secundaria pueden significar pocos casos pero también la falla en la búsqueda de los mismos. Los siguientes puntos tienen importancia suficiente e implican la mayor prudencia en la interpretación de la realidad estadística.

- A) Los casos reportados de Sífilis primaria y secundaria no reflejan ni el descubrimiento cabal ni su verdadera incidencia. El descubrimiento de casos de Sífilis Latente Temprana significa la falla en el descubrimiento de Sífilis primaria y secundaria de años anteriores. En cada año, el Nº de casos de Sífilis temprana latente excede el de primaria y secundaria (cuadro Nº 3).

En tanto que los casos de Sífilis Temprana Latente descubiertos sean iguales, o excedan aquellos con lesiones abiertas, debemos suponer que más de la mitad de los casos de Sífilis entran en el período de latencia sin ser descubiertos; así, todos los casos de Sífilis Latente han debido pasar por el período en que la enfermedad era más fácilmente transmisible. El Dr. Thomas Parran en 1932 hizo énfasis sobre la importancia de esto, antes que el actual programa se emprendiera; dijo: "La Sífilis no podrá nunca ser controlada, en tanto, más de la mitad de los casos no hayan sido reconocidos sino hasta un año después de su inicio".

Es de particular importancia, que, en el año cumbre de Sífilis primaria y secundaria (1947) el Nº de estos casos era casi igual a los de Sífilis Temprana Latente, mientras que ahora la Sífilis Latente es tres veces las otras.

Además, ya que la Sífilis es una enfermedad de la juventud— el riesgo es mayor en la edad grupo 15-24 años — el mejor índice de la realidad de este problema debe basarse sobre las tasas de este grupo específico. El uso de tasas basadas sobre todas las edades, incluyendo niños y grupos de población más viejos, da cuadros falsos porque estos últimos grupos añaden al denominador de la tasa un número considerable de casos no expuestos al riesgo de infección; y así la tasa es rebajada sin un cambio real en la magnitud del problema en sí. Esas tasas de edad específica generalmente no están disponibles; pero, en donde han sido calculadas hay evidencia de que un serio problema existe aún en ese grupo joven. Un estudio de las tasas del grupo de edad específica (15 a 24 años), con sífilis temprana (incluyendo Temprana Latente) en una ciudad grande, demostró que la tasa en 1950 era más alta que en 1940. Lo mismo aconteció respecto a la Gonorrea.

Debería siempre pensarse en que las enfermedades venéreas se difunden mediante la promiscuidad sexual, de que las personas promiscuas sexuales repiten sus característicos hábitos y ejemplos y que la terapia

**CUADRO Nº 5; CASOS REPORTADOS ESPECIFICOS DE ENFER-
MEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA, ESTADOS
UNIDOS 1952**

(Extraído de "Morbilidad y Natalidad" Reportes semanales de la Oficina Estadística Vital, Departamento de Salud Pública, Educación y Bienestar, Vol. 1, Nº 54. Oct. 26 de 1952)

Saramplón	483.077
Gonorrea	244.342
Sífilis en todas formas	165.853
Escalatina y afecciones estrept. de la garganta	113.677
Tuberculosis, todas formas	109.837
Poliomielitis aguda	57.879



El problema del tratamiento de la gonorrea es menor en los casos descubiertos. Es más serio en los casos no encontrados, con predominio en las mujeres.

No hay evidencia de que la enfermedad haya cambiado. Las mujeres con Gonorrea no descubiertas están todavía en capacidad de transmitirla y sujetas a todas las complicaciones tardías conocidas que frecuentemente ocasionan esterilidad o condiciones que requieren la cirugía pélvica. El amplio uso de la penicilina para otras condiciones pueden influenciar estos brotes, en alguna extensión; pero no disponemos de evidencia cuantitativa que respalde esto último.

- d) Una entrevista exitosa con los contactos sexuales es básica en toda actividad concerniente a la búsqueda de casos venéreos. Una cabal información indica que los enfermos venéreos han tenido más contactos sexuales. Los datos recibidos de cierto número de estados indican que un índice de contactos entre 3.5 a 4 por paciente es satisfactorio, en condiciones ideales de entrevistas. Las entrevistas en las cuales se obtiene tan sólo una fracción de los contactos son infructuosas; son esenciales aquéllas en que haya habido entrenamiento. Cercenar los fondos en campañas antivenéreas significa reducir entrevistas experimentadas lo que es lo mismo que mermar la búsqueda de casos en sus períodos tempranos. Si en el presupuesto de 1955 se aprueba la reducción de fondos, el número de los investigadores epidemiológicos se habrá reducido de 435 que es actualmente a 151, o sea una reducción de un 68% en esta importante categoría del personal, en solo un año.
- e) En la nación, la Gonorrea ocupa el segundo lugar y la Sífilis el tercero de la lista de enfermedades transmisibles reportadas en 1952 (cuadro Nº 5). Podremos bajar el alto lugar que ocupa en esa lista?
- f) Finalmente nos atemoriza constatar que durante el año de la merma drástica de la asistencia Federal, un aumento global de la Sífilis se observó en quince estados, en el Distrito de Columbia y en 14 ciudades de 200.000 habitantes; Sífilis Temprana en 9 estados y 11 ciudades; Gonorrea en 17 estados, en el Distrito de Columbia y 24 ciudades. Lo más que puede decirse basado en los datos epidemiológicos disponibles es que aunque se han hecho grandes avances en el control de las enfermedades venéreas, su control absoluto no es inminente. Pareciera que argumentos en sentido contrario no tienen base sustancial.

2) Son las enfermedades venéreas de menor importancia ahora que hace 10 años para la Salud Pública?

En general los objetivos fundamentales de un programa sanitario para el control de las enfermedades venéreas consistían en reducir a un mínimo la mortalidad debidas a Sífilis y Gonorrea mediante:

- a) Reducción del número de personas que pudiesen adquirir Sífilis y Gonorrea.
- b) Búsqueda y tratamiento de casos recientes con el fin de curar y prevenir la diseminación infecciosa.
- c) Búsqueda y tratamiento de todas las Sífilis para prevenir las formas tardías, la incapacidad y muerte por la enfermedad.

El interés primordial de las enfermedades transmitidas en Salud Pública se debe no solo a la transmisibilidad "per se" sino al hecho de que incapacitan y matan. La acción de la sanidad se basa en el concepto de que la enfermedad puede ser controlada con la aplicación de medidas preventivas a grandes grupos de población. En nuestro afán al enfrentarnos a la diseminación de enfermedades venéreas, las perdemos de vista en alguna extensión en nuestro último objetivo: Prevención de la muerte y de la incapacidad. Hasta aquí en lo concerniente a este último punto no se puede garantizar el encuentro de focos primarios y secundarios exclusivamente, sin embargo en todas las formas de Sífilis la incapacidad y consecuencias se puede prevenir con el tratamiento cuando el caso se ha descubierto. Y así, el objetivo principal de Salubridad se obtiene tratando la Sífilis en cualquier etapa de su desarrollo.

Nuestros esfuerzos previos han dado buen resultado al reducir la diseminación; es el momento ahora de aunarlos para prevenir la incapacidad. Nos encontramos frente a una enfermedad potencialmente crónica que puede ser diagnosticada y tratada antes que inhabilite y por ende en medida de prevenir la incapacidad. En 1953, se reportaron a Salubridad 156.000 casos de Sífilis.

La tasa actual de gonorrea y el aumento de casos en hombres, y mujeres revela que la gonorrea constituye aún un problema en Salud Pública. El reservorio amplio, no diagnosticado especialmente en mujeres, constituye una amenaza potencial de morbilidad e incapacidad en gran número de partos.

3)Cuál es el problema Venéreo y cual debe ser su programa de control apropiado para los próximos años?

Para contestar la primera cuestión es obvio que hay una diferencia de opinión entre los expertos. Diversos criterios varían en la interpretación del actual momento. Por lo tanto antes de implantar un futuro programa, debe haber un entendimiento y un acuerdo más completo en cuanto a lo que confrontamos hoy.

Esto requiere una visión de conjunto de los grandes problemas en las localidades individualmente con sus ciudades y estados. No habrá ningún desacuerdo desde el punto de vista de que hay problemas venéreos locales, a pesar de datos estadísticos favorables, ni tampoco habrá desacuerdo con la tesis de que al afectar los componentes se afecte la totalidad y viceversa. Y es así que debemos analizar los componentes y

dirigir nuestro esfuerzo de control desde el punto de vista del país en general.

Mucho se ha hecho con las medidas de control de la enfermedad venérea (especialmente en las técnicas de búsqueda de casos y con los antibióticos), pero la experiencia ha demostrado que podría venir un aumento en la incidencia a menos de permanecer alertas y listos a desplegar nuestras fuerzas de control con la mayor rapidez. En ninguna área local han sido erradicadas las enfermedades venéreas, sin embargo, en algunas, se ha alcanzado llegar a casi un mínimo irreductible de casos. Aún en esas áreas debe existir un mecanismo continuo que atiza la hoguera cuando hay una alza local en las tasas o un aumento en el N° de casos venéreos importados de dentro o de fuera.

En tanto las enfermedades venéreas, especialmente las Sífilis, no se encuentren tan extendidas como lo fueron hace cinco o diez años, existen "bolsas" esparcidas de alta prevalencia. Por consiguiente la búsqueda de casos debe ser orientada hacia esas numerosas y pequeñas áreas de alta prevalencia dentro de las grandes. Un programa de control para las enfermedades venéreas debe dirigirse y merecer la atención de esos focos dentro de las bolsas resistentes. Se ha demostrado que esas áreas grandes de baja incidencia albergan bolsas de alta incidencia.

Así, sobre la base de la actual información disponible, parece evidente que el programa de control para los próximos años deberían intensificar los esfuerzos presentes, en ciertos aspectos actuando primero contra esas bolsas de alta resistencia de Sífilis y Gonorrea; 2) Contra Sífilis Tempranas primarias y secundarias y contra las formas latentes de la enfermedad. 3) Un esfuerzo más concentrado contra la gonorrea y otras enfermedades venéreas, pero con particular énfasis en la investigación de métodos más efectivos contra la gonorrea.

Debemos continuar con firmeza y con mayor auge en nuestras actividades de búsqueda de casos en algunas áreas. Debe incrementarse la educación Venérea dentro del marco de la prevención de las manifestaciones tardías venéreas. Implantarse facilidades para el diagnóstico adecuado. La investigación de contactos debe incrementarse. Deberían multiplicarse los medios para la aplicación de encuestas serológicas totales. Y deberían aunarse esfuerzos para trabajar conjuntamente con todas las fuerzas interesadas en un amplio programa de higiene social.

El alza de casos reportados después del año pasado justifica la necesidad de este punto de vista.

4) Cuáles son las necesidades y objetivos presentes? Serán alcanzados? de no serlo, por que nó?

Estos puntos no difieren materialmente de los planteados en la cuestión N° 2, pero sus inicios están nublados en cierta forma por los focos reportados de Sífilis primaria y secundaria y por la relación con

la actividad terapéutica rápida de los antibióticos en casos descubiertos de Gonorrea y Sífilis.

La magnitud y complejidad de un programa de control de la enfermedad venérea en tiempos de movilización constituye una ingente demanda de fondos públicos en todos los niveles. En 1947 y 1948 el congreso destinó 17 millones de dólares para el control venéreo: gran parte de esa suma como ayuda a los estados para proyectos especiales tanto en ellos como las comunidades. Una vez que las tasas bajaron las partidas de auxilio se redujeron a tal punto que en el año fiscal de 1953 fueron tan solo de 9 millones 850.000 dólares. Para el año fiscal de 1954 una nueva rebaja los redujo en casi un 50% a la inadecuada suma de cinco millones, reducción que paralizó severamente las operaciones en estados menos prósperos dependientes casi por entero de esos fondos para el control de la enfermedad venérea; muchos estados no tuvieron la oportunidad de reponerse del imprevisto cercenamiento de fondos porque este vino después del receso de las legislaturas. Cuál será el resultado de esta nueva merma (2 millones 300.000 dólares) al interponerse en el progreso del control de las enfermedades venéreas? Tan solo conjeturas son posibles pero los resultados es de temerse que sean serios.

Debe tenerse presente que el costo de un continuo control no puede reducirse en la misma proporción que disminuyen los casos: cuando la incidencia decrece, el costo por caso desconocido, de localizarlo y traerlo a tratamiento sube. Además la educación e investigación epidemiológica así como la búsqueda se emplean para localizar los casos restantes de una población, cada uno de los cuales, como se dijo anteriormente, puede ser el punto de partida para muchos más que aumentarían gradualmente en proporciones epidémicas. El país gasta relativamente grandes sumas de dinero para prevenir y controlar enfermedades contagiosas de comparativa e insignificante incidencia, las cuales — esto lo saben las autoridades sanitarias — constituyen un serio problema si no se adoptan las medidas preventivas.

5) El alcance de la responsabilidad Federal sobre el control de la enfermedad venérea ahora y en el futuro

Es claro que hay una innegable y continua responsabilidad Federal en el control de las enfermedades venéreas. Tales actividades así como la dirección de un programa tendiente a su control la implantación de standars, la provisión de ayuda técnica, el entrenamiento del personal, de la investigación, de la colección, cotejo y distribución del material estadístico — concerniente al problema, envuelven desde luego responsabilidades federales en tanto el problema ostente una importancia nacional. A este cargo básico debe agregarse un control especial de las actividades en las áreas adyacentes a instalaciones militares, facilidades en la emergencia y fondos para las necesidades que surjan de los brotes y algunas otras concesiones para aquellos Estados en los cuales la enfermedad venérea constituye un serio problema de Salubridad, que

no puede ser abordado con recursos locales solamente. La nación entera tiene un riesgo en éste programa; y este, sin embargo no puede ser rezagado desde un punto de vista vital.

Sobre la base de estas consideraciones, urge que el gobierno Federal dé ahora, los siguientes cinco pasos:

- 1) Asumir la dirección y la responsabilidad del control de la enfermedad venérea;
- 2) Mantener como mínimo un presupuesto Federal de 10 millones de dólares para el control de la enfermedad venérea hasta tanto se haga un cabal estudio de las necesidades por parte del Congreso;
- 3) Reconocer que a pesar del descenso en el N^o aparente de casos venéreos en la nación, no estamos encontrando sino una fracción de los casos que en realidad existen particularmente en esas bolsas de resistencia en donde la alta prevalencia es bien conocida.
- 4) Adoptar un plan económico de reducción Federal para el control de la enfermedad venérea, selectivo y gradual, de acuerdo con las necesidades locales.
- 5) Proveer alocaciones específicas para ciertas concesiones a los Estados exclusivamente asignadas para el Servicio Venéreo de Salubridad, con el fin de asegurar fondos adecuados a cada estado para los problemas específicos en ciertas áreas y en imprevistas emergencias de las enfermedades venéreas.

Urgimos además, ahora, que el Gobierno Federal con un espíritu mal entendido diperoptimismo o de ciega economía, no perjudique al éxito eventual de un programa emprendido con grandes esperanzas y llevado adelante con éxito brillante. Muy tempranas y muy bruscas reducciones de la ayuda Federal para el control de la enfermedad venérea han perjudicado las tremendas inversiones nacionales en dinero y esfuerzo. Mucho más grave es, sin embargo, que futuras reducciones planteen una seria y real amenaza para la salud y bienestar del pueblo para cuya protección existe el gobierno.

Harold M. Erickson, Presidente
Franklin D. Yoder, Secretario
 Oficiales de Salubridad Territorial
 y Asociación de Estatal.

L. V. Shaffer., Presidente
John C. Hume, Secretario
 Asociación Americana de
Enfermedades Venéreas.

Phillip R. Mather, Presidente
Conrad Van Hyning, Director Ejecutivo
 Asociación Americana de Higiene Social.

APENDICE

CUADRO N° 1; TASAS DE SIFILIS POR 100.000 HABITANTES, BASADAS EN LOS REPORTES DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD PUBLICA

(Source: VD Fact. Sheet N° 10, December, 1953 USPHS)
Continental United States — 1919 through 1953

años	Sífilis		Gonorrea	
	Casos	Tasas por 100.000	Casos	Tasas por 100.000
1919	100.466	96.3	131.193	125.8
1920	142.869	135.1	172.387	163.0
1921	184.090	171.4	189.927	176.9
1922	171.824	147.6	152.959	140.3
1923	172.258	155.6	156.826	141.7
1924	194.936	173.5	161.676	143.9
1925	201.692	176.9	166.208	145.8
1926	205.595	177.7	164.808	142.4
1927	196.457	167.4	160.793	137.0
1928	185.437	155.8	147.219	123.7
1929	195.559	162.0	156.544	129.7
1930	213.309	174.5	155.875	127.5
1931	229.720	185.8	155.895	126.1
1932	242.128	194.5	154.051	123.8
1933	238.656	190.6	149.823	119.6
1934	231.129	183.4	153.542	121.8
1935	255.856	201.7	162.763	128.3
1936	267.717	209.6	163.465	128.0
1937	336.258	261.7	182.460	142.0
1938	480.140	371.2	198.439	153.4
1939	478.738	359.7	182.314	139.8
1940	472.900	369.7	175.841	133.8
1941	485.560	368.2	193.468	146.7
1942	479.601	363.4	212.403	160.9
1943	575.593	447.0	275.070	213.6
				236.4
1944	467.641	367.8	300.585	
1945	359.115	282.3	287.181	225.8
1946	363.647	271.7	368.020	275.0
1947	372.963	264.6	400.639	284.2
1948	338.141	234.7	363.014	252.0
1949	288.736	197.3	331.661	226.7
1950	229.723	154.2	303.992	204.0
1951	198.640	131.8	270.459	179.5
1952	168.734	110.8	245.220	161.1
1953	156.099(a)	100.8(a)	243.857(a)	157.4(a)

NOTA: Casos militares excluidos, después de 1940. Tasas basadas en población estimada por la Oficina de Censos (a) provisional.

CUADRO N° 2; MORTALIDAD REPORTADA DEBIDA A SIFILIS
 (Source: VD Fact Sheet N° 10, December 1953, USPHS)
 Continental United States
 1939 Through 1952

Años	Tasas de mortalidad por Sífilis por 100.000 habitantes			Tasas de mortalidad por Sífilis por 1000 nacidos vivos			Primera admisión de un hospital mental tasas por 100.000 h. . .
	Total	Blancos	Mestizos	Total	Blancos	Mestizos	Total
1939	11.1	7.7	40.8	.57	.28	2.60	6.6
1940	10.7	7.3	40.2	.53	.25	2.52	6.1
1941	9.9	6.9	35.2	.41	.18	2.10	6.1
1942	9.0	6.4	31.4	.30	.15	1.50	6.1
1943	9.0	6.4	31.2	.25	.12	1.28	5.8
1944	8.3	5.8	29.3	.27	.12	1.35	5.6
1945	7.9	5.6	27.3	.25	.11	1.26	5.5
1946	6.9	4.9	23.8	.16	.07	.92	4.7
1947	6.5	4.7	22.1	.14	.05	.82	4.2
1948	5.9	4.2	19.9	.12	.05	.63	3.7
1949	5.8	4.2	19.2	.08	.03	.44	3.2
1950	5.0	3.7	16.1	.06	.02	.66	2.6
1951	4.1	3.0	13.4	.02	.01	.11	2.1
1952	3.7						

NOTA: Fuente de información: datos de mortalidad y natalidad, Oficina Nacional de estadística vital.

Primeras admisiones a un Hospital Mental, Instituto nacional de Salud Mental

Tasas basadas sobre la población estimada de la Oficina de Censos.

- (a) Sexta Revisión de las listas internacionales de causas de muerte.
- (b) No incluye admisiones de hospital Venéreo o Psicopático; tasa basada sobre la área
- (c) Estimada.

**CUADRO N° 3; CASOS ENFERMEDADES VENEREAS REPORTADOS A LOS SERVICIOS DE
SALUD PUBLICA AÑOS FISCALES 1941-1953.—**

192

(From VD fact Sheet N° 9 and N° 10 USPHS)
(Casos militares conocidos excluidos)

En el Continente Norteamericano

años	Sífilis					Gonor.	Otras enf. Venér.		
	Total Sífilis	Iría 2ría	Iría Lat.	Tard. y Tard. Lat.	Congé-nita.		Chanc.	Granul. inguin.	Linfogranul. Venéreo
1941	485.560	68.231	109.018	202.984	17.600	193.468	3.384	6.39	1.381
1942	479.601	75.312	116.245	202.064	16.913	212.403	5.477	1.278	1.888
1943	575.593	82.204	149.390	251.958	16.164	275.070	8.354	1.748	2.593
1944	467.755	78.443	123.038	202.848	13.578	300.676	7.878	1.759	2.858
1945	359.114	77.007	101.719	142.187	12.339	287.181	5.515	1.857	2.603
1946	363.647	94.957	107.924	125.248	12.106	368.020	7.091	2.232	2.631
1947	372.963	106.539	107.767	121.980	12.271	400.639	9.039	2.403	2.688
1948	338.141	80.528	97.745	123.972	13.309	363.014	8.631	2.315	2.494
1949	288.736	54.248	84.331	121.931	14.295	331.661	7.218	2.611	2.170
1950	229.723	32.148	64.786	112.424	13.446	303.992	5.796	2.017	1.635
1951	198.640	18.211	52.309	107.133	12.836	270.459	4.707	1.637	1.332
1952(2)	168.734	11.991	38.365	101.920	9.240	245.633	3.837	1.068	1.235
1953(2)	156.099	9.551	32.287	100.195	8.021	243.857	3.490	785	1.103

NOTA: 1) Incluye formas de Sífilis indeterminadas
2) Preliminar

**CUADRO N° 4; TASAS POR 100 000 HABITANTES DE POBLACION
DE SIFILIS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS REPORTADAS, AÑOS
FISCALES 1941-1953**

(Source: VD Fact Sheets N° 9 and N° 10, USPHS)
Fiscal Years 1941 a 1953

años	tasas
1941	51.7
1942	57.1
1943	63.8
1944	61.7
1945	60.5
1946	70.9
1947	75.6
1948	55.9
1949	37.1
1950	21.6
1951	12.1
1952	7.9
1953(a)	6.2

N O T A:

Fuentes de información: datos colectados por la división de las enfermedades venéreas, USPHS. Las poblaciones para computar las tasas son de la Oficina de censos.

(a) Provisional.

CUADRO N° 6: COSTO ANUAL ESTIMADO DE LA SIFILIS

(Source: VD Fact Sheet N° 16, USPHS)

Incapacidad debida a Sífilis por año

Hospitalización por enagenación mental (1951)	39.000
Incapacidad por Sífilis Cardio-Vascular incluyendo Aneurisma (1951)	9.900
Incapacidad por ataxia locomotriz (1951)	1.400
Incapacidad por ceguera Sifilítica (1951)	26.000

Costos de la Psicosis y cegueras Sifilíticas por año

Mantenimiento de los pacientes con psicosis sifilíticas (1951)	40.295.000
Pérdidas de entradas de estos pacientes (1951)	95.500.000
Pérdidas para el estado y de impuestos federales sobre la renta de estos pacientes (1951)	9.075.000
Mantenimiento de ciegos sifilíticos (1951)	12.500.000

Pérdida del periodo vital debida a Sífilis por año (1950)

Varones blancos	59.844
Mujeres blancas	25.096
Varones mestizos	37.343
Mujeres mestizas	19.829
(Total de población 142.012).	

(Pérdidas de impuestos hasta la edad de 65 en 1950 por tasas de impuestos adulto)

136 Mils.

ERRATAS

En el artículo "FORMAS ALTAS DE POLIOMIELITIS" del Dr. Rodrigo Loria Cortés, aparecido en Revista Médica Nº 240 hay las siguientes correcciones:

Página 88. Renglón 8, en donde dice "superamedulare" leáse: "supramedulares".

Página 88. Renglón 21, suprimase la palabra "que" insertada después de "anarquía".

Página 89. Renglón 17, en donde dice: "síndromas", lease: "síntomas".

Página 89. Renglón 33, suprimase la palabra "que" insertada después de "deglucioón".

Página 89. Renglón 34, suprimanse las palabras "de" insertada antes que "inundación" y "en la" insertadas antes de "inspiración".

Página 90. Renglones 18 y 19, en donde dice: "entubación" lease: "intubación".