AÑO XXIV TOMO XVI

JULIO - SETIEMBRE DE 1957 — Nos. 279, 280, 281.

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

Director-Propietario
DR. JOAQUIN ZELEDON ALVARADO

Jefe de Redacción
DR. MANUEL ZELEDON PEREZ

CUERPO CONSULTIVO:

DR. MAXIMO TERAN VALLS
Ministro de Salubridad Pública

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital San Juan de Dios

Sumario:

Pág.

1. Sobre los Subtipos Histocitológicos del Cáncer de la Laringe: Por el Dr. Alberto L. Matteo 78

2. La responsabilidad de la Profesión Médica en el Empleo de los Rayos X y de otras Radiaciones Ionizantes (O.M.S.) ... 80

3. Crónica sobre Enfermedades Venéreas en Francia 86

4. Actualidades: Se confirma la eficacia de un Nuevo Tratamiento de la Rabia (O.M.S.) 93

SAN JOSE, COSTA RICA

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Apartado 978 — San José, Costa Rica — Teléfono 2920

REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA

Año XXIV | JULIO - SETIEMBRE DE 1957 — Nos. 279, 280, 281 SAN JOSE — COSTA RICA | Tomo XVI

SOBRE LOS SUBTIPOS HISTOCITOLOGICOS DEL CANCER DE LA LARINGE

Por el Dr. Alberto L. Matteo

Existe acuerdo en cuanto a que las neoplasias de estirpe epitelial son las más frecuentes dentro de la patología tumoral maligna de la laringe y existe acuerdo, también, en cuanto a que dentro de ellas, la forma tumoral que reproduce en forma desordenada y atípica, la morfología del epitelio malpighiano de la mucosa laríngea es la más frecuente de todas. Es lo que llamamos epitelioma malpighiano (pavimentoso malpighiano) llamado a veces en algunos informes o trabajos (por traducción literal del inglés) epitelioma "escamoso".

También existe bastante concordancia de opiniones acerca de que las formas histocitológicas de los tumores pueden reproducir las distintas etapas de maduración de la célula integrante de la serie malpighiana y dar así desde formas poco diferenciadas hasta formas que, acompañadas de maduración y de cornificación, se parecen mucho a las capas más superficiales del epitelio malpighiano normal.

El litigio aparece en cuanto se postula la posibilidad de que existan tumores laríngeos que reproduzcan las capas *basales* del citado epitelio malpighiano, es decir más concretamente acerca de si existen en la laringe epiteliomas basocelulares.

Es preciso pesar bien los hechos antes de responder a esta interrogante. Lo primero que es preciso señalar, aunque parezca sorprendente que esa afirmación proceda precisamente del anatomopatólogo, que no debe darse una importancia exagerada a la catalogación celular de los neoplasmas. Las grandes leyes de la Oncología General son válidas y no se intenta discutirlas aquí. Por lo tanto, un tumor integrado por células jóvenes, de poca diferenciación, que sólo encuentran su paradigma en células muy jóvenes del organismo normal, deberá ser considerado como biológicamente más agresivo, con mayor potencial de crecimiento que otro tumor integrado por células bien diferenciadas, más adultas, que encuentran su paradigma

* Trabajo remitido por el Prof. Justo M. Alonso, Presidente del Comité Latino-Americano para el Estudio del Cáncer Laríngeo, con sede en Montevideo, Uruguay.

en células bien desarrolladas del organismo normal. Pero hay otros factores que no pueden omitirse. En primer término uno de orden práctico: todos los anatomopatólogos están habituados al hecho de que la multiplicación del número de cortes en un tumor dado a menudo descubre variantes morfológicas (dentro del tipo principal) que hacen cada vez más difícil clasificarlo categóricamente en un subtipo dado. Este es un hecho muy conocido en patología tumoral.

Estudiando los tumores de la mama y los del riñón, por ejemplo, ha podido decirse "cuanto más estudia uno estos tumores, más desafían las tentativas para clasificarlos" (Foot).

Todos poseemos ejemplos de lesiones de poca extensión en superficie o en volumen que exhiben un polimorfismo sorprendente e inesperado.

El otro factor importante, es la noción, cada vez más aceptada (tal como desde hace muchos años lo sostuviera Ewing) de que no hay una enfermedad general, única, llamada Cáncer, sino que existen enfermedades neoplásicas (en plural). Personalmente estamos tan convencidos de lo acertado de este concepto que, siempre hemos considerado que la traducción del libro de Ewing trocando el nombre general de "Neoplastic Diseases" en "Oncología" ha desvirtuado por completo el concepto básico de la enseñanza de aquel maestro.

Estas consideraciones son muy pertinentes para considerar el problema planteado para la laringe. Por que si se espera que existan en este órgano lesiones benignas, de bajo potencial evolutivo, de morfología basocelular, enteramente superponibles al "ulcus rodens" de la piel, ciertamente no se las hallará. Pero los hechos se producen de otra manera, como trataremos de resumirlo. Dentro del cuadro clásico de las neoplasias de estirpe epitelial, epiteliomas de los revestimientos malpighianos (piel y mucosas dermopapilares); epiteliomas de los revestimientos cilíndricos (aparato digestivo, etc.) y epiteliomas de los parénquimas de estructura glandular, es el primer grupo el que no interesa. A él se aplica la clásica división de Cornil y Ranvier en lobulado o ESPINOCELULAR y tubulado o BASOCELULAR, división ahora acompañada de una amplia sinonimia:

Epitelioma pavimentoso malpighiano espinocelular:
epitelioma lobulado: epitelioma de globos epidérmicos; epitelioma epidermo de; "Stachelzellenkrebs" (Krompecher) "Squamous-cell carcinoma".

Epitelioma pavimentoso malpighiano basocelular:
epitelioma tubulado: epitelioma no epidermoide.
"Basalzellenkrebs" (Krompecher) "Basal-cell carcinoma".

Desde el punto de vista descriptivo, objetivo, estas variantes y sus formas de transición, se encuentran en las lesiones de la piel y

de las musas dermopapilares, pero LA SIGNIFICACION CLINICA DE CADA FORMA HISTOCETLOGICA VARIA CON LA LOCALIZACION. No es lo mismo el epitelioma basocelular de la piel que el epitelioma basocelular del cuello uterino, por ejemplo.

Así, para la debida catalogación histocitológica, el anatomopatólogo necesita poder disponer de todos los casilleros calcados de la histología normal que corresponden a la evolución progresiva de la célula malpighiana hacia su diferenciación y su cornificación, partiendo de las capas basales sin puentes de unión intercelulares (epiteliomas basocelulares) hasta llegar a las imágenes de las células diferenciadas, con puentes de unión. Epiteliomas espinocelulares) con cornificación o no, más o menos bien diferenciados. Todavía tendrá que disponer de la categoría de epiteliomas indiferenciados, integrados por células muy jóvenes, inmaduras a veces muy atípicas. Lo que no debe creerse, es que la calificación de basocelular indique la existencia de un tipo único, uniforme, de evolución superponibles la del epitelioma basocelular cutáneo. Con esas reservas y conviniendo en que el EPITELIOMA PAVIMENTOSO MALPIGHIANO PREDOMINANTEMENTE ESPINOCELULAR, con sus variantes, es la forma histocitológica más frecuente del cáncer de laringe, sostenemos que las necesidades de la clasificación anatómica de la lesión y de sus metástasis, obligan a admitir la existencia de formas infrecuentes de EPITELIOMA PAVIMENTOSO MALPIGHIANO PREDOMINANTEMENTE BASOCELUDARES.

• • •

LA RESPONSABILIDAD DE LA PROFESION MEDICA EN EL EMPLEO DE LOS RAYOS X Y DE OTRAS RADIACIONES IONIZANTES

Declaración del Comité Científico para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas

I. INTRODUCCION

1. La Asamblea General de las Naciones Unidas, consciente de los problemas que en el campo de la salud pública plantea el desarrollo de la energía atómica, ha creado un Comité Científico para el estudio de los efectos de las radiaciones atómicas. Este Comité ha considerado que una de sus tareas más urgentes es reunir la más amplia información posible acerca de los niveles de irradiación a que el hombre está expuesto en la actualidad y de los efectos de esta irradiación. Como se ha comprobado que la irradiación debida a los exámenes y tratamientos radiológicos médicos constituye una parte importante de la irradiación total a que está expuesta la población del mundo, el citado Comité ha creído útil llamar la atención hacia la información obtenida hasta ahora al respecto.

2. La medicina moderna ha contribuido a dominar un buen número de enfermedades y a prolongar considerablemente la duración media de la vida del hombre. Tales resultados se han alcanzado en buena parte gracias al empleo de técnicas de reconocimiento, diagnosis y tratamiento basadas en la utilización de radiaciones. Sin embargo, es raro que algún progreso científico no vaya acompañado de ciertas desventajas, por muy leves que sean. Por lo tanto, conviene analizar con la mayor objetividad las posibles consecuencias, presentes o futuras, que traería un aumento de la irradiación de las colectividades como resultado de las aplicaciones médicas de las radiaciones.

II. EXAMEN GENERAL DE LA IRRADIACION DE LOS SERES HUMANOS

3. El hombre ha estado en todo tiempo expuesto a cierto grado de irradiación procedente de fuentes naturales, al que se han añadido ahora, como resultado de los descubrimientos modernos y de las aplicaciones de las radiaciones ionizantes y de la radioactividad, *ciertas formas de irradiación artificial.*

4. La *irradiación natural* se debe a:

1) La radiación cósmica,

2) La radiación gamma "ambiente" procedente de las substancias radioactivas presentes en la corteza terrestre, las rocas y los materiales de construcción, y de los productos de la desintegración del radón que se encuentran en la atmósfera,

3) Las radiaciones emitidas por ciertos radioelementos naturales incorporados en el organismo como el potasio 40, el radón y el carbono 14.

5. El nivel de esta radiación natural varía según el lugar, pero se ha calculado que las gónadas suelen recibir entre 70 y 170 mrems por año. De este total, alrededor de un 45% procede de las radiaciones gamma locales, un 30% de los rayos cósmicos y un 20% del potasio 40 existente en el organismo humano (1).

6. La *irradiación artificial* procede

1) De la contaminación del ambiente, la atmósfera o el agua por los desechos radioactivos de las industrias atómicas o de los usuarios de radioelementos;

2) De la precipitación, a mayor o menor distancia de su fuente, de las partículas radioactivas resultantes de la explosión de armas nucleares;

3) De la exposición profesional de ciertos grupos de trabajadores: médicos de práctica general, radiólogos, dentistas, enfermeras, personas que trabajan en instalaciones de energía atómica, trabajadores de las minas de uranio o torio, y personas que por razones industriales o científicas emplean generadores de radiaciones o isótopos radioactivos;

4) Del empleo médico de los rayos X, de otras radiaciones ionizantes y de radioelementos que se utilizan en la detención, diagnosis, investigación y tratamiento de las enfermedades humanas;

5) Del empleo de ciertos aparatos que emiten radiaciones, tales como receptores de televisión, relojes con esfera luminosa y generadores de rayos X utilizados en las zapaterías para la elección de calzado.

---

(1) Según los informes enviados por los Estados Unidos de América, la India, el Reino Unido y Suecia.

7. El nivel de la irradiación artificial varía considerablemente en los distintos países y carecemos de información adecuada en cuanto a la importancia global de dichos factores. Los cálculos preparados en ciertos países parecen indicar que la principal fuente de irradiación de las gónadas de la población la constituyen los procedimientos radiológicos de diagnosis, ya que en ciertos casos la dosis procedente de esta fuente es casi igual a la dosis recibida de todas las fuentes naturales. La dosis total de irradiación debida a la exposición por razones profesionales, a los productos de las industrias atómicas, a la radioterapia, y a los aparatos emisores de radiaciones antes mencionados (apartado 5 del párrafo 6) es probablemente muy inferior. Se calcula que la dosis recibida por las gónadas debida a la precipitación radioactiva representa en la actualidad un 1% de la irradiación natural que reciben en la mayoría de las regiones (1).

8. El Comité estudia en la actualidad la magnitud y la importancia de estas fuentes de radiaciones. Como la irradiación médica representa un porcentaje muy grande, si no el mayor, de la exposición total a las radiaciones artificiales, es importante conocer con precisión su magnitud en los distintos países y circunstancias. La posibilidad de hacer tales mediciones depende de la colaboración de la profesión médica, y sobre todo de la existencia de registros exactos llevados por los médicos, dentistas y organizaciones responsables de la utilización de las radiaciones ionizantes.

III. RIESGOS DEBIDOS A LAS RADIACIONES

9. El empleo médico de las radiaciones es evidentemente de suma utilidad para la prevención, diagnosis, investigación y tratamiento de enfermedades humanas, pero hay que estudiar los efectos que estas radiaciones pueden tener en los individuos.

10. Hablando en general, la irradiación de seres vivos puede producir efectos radiobiológicos, ya sea en el mismo individuo irradiado, o, por intermedio de él, en sus descendientes; a los primeros efectos se les llama somáticos y a los segundos genéticos. Los efectos somáticos varían según el órgano o tejido afectado, y van desde desórdenes benignos y reversibles, como el simple eritema cutáneo, hasta la laucemia u otras enfermedades malignas. La posible reversibilidad de algunos efectos somáticos debidos a radiación recibida en pequeñas dosis o con baja intensidad, induce a pensar que existen dosis admisibles, que no han de causar daños somáticos irreversibles o de importancia. Sin embargo, el umbral de radiación capaz de causar daños somáticos ocasionales puede ser muy bajo. En cambio, tratándose de los efectos genéticos, es posible que no exista tal

(1) Según los informes enviados por los Estados Unidos de América y el Reino Unido.

umbral. Estos últimos efectos crecen con una frecuencia que corresponde a la dosis total de radiación recibida por los tejidos germinales, y en la mayoría de los casos son nocivos.

11. Otros muchos factores dificultan la interpretación de los efectos radiobiológicos. Todavía no se comprenden bien las diferencias que presentan los efectos de una exposición parcial y de la exposición total del cuerpo humano, de una sola exposición y de una irradiación continua, o los efectos de distintos tipos de radiaciones. Es indudable que el peligro que representan las radiaciones varía según las diferencias biológicas en la radiosensibilidad de los diversos tejidos, o de los tejidos de personas de distinta edad o sexo. Sin embargo, no es menos cierto que toda irradiación de las gónadas, y toda irradiación considerable de los otros tejidos, implican la posibilidad de que se produzcan daños de importancia que es necesario evaluar.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA IRRADIACION MEDICA O PROFESIONAL DE LOS SERES HUMANOS

12. Los radiólogos, por conducto de la Comisión Internacional de Protección Radiológica (1), han asumido una tarea muy útil y de gran responsabilidad al definir las dosis máximas admisibles en lo que respecta a los principales riesgos de la exposición a las radiaciones.

13. La fijación de esas dosis máximas admisibles de irradiación para quienes están expuestos a las radiaciones por razones profesionales se basa en la opinión de que, según los conocimientos actuales, ciertas dosis no causan daños somáticos perceptibles en el individuo irradiado, y en la hipótesis de que siendo reducido el número de personas afectadas, los efectos genéticos en toda la población resultan insignificantes. Para la irradiación de las gónadas o de todo el cuerpo, los niveles fijados excluyen dosis mayores de 0,3 rem por semana o de 3,0 rem durante 13 semanas, o toda irradiación sostenida que exceda de 5 rem por año. Estos valores significan que ninguna persona expuesta por razones profesionales recibirá en las gónadas una dosis global de más de 50 rem hasta los 30 años, ni en todo el cuerpo una dosis de más de 200 rem hasta los 60 años (2).

En lo que respecta al conjunto de la población, se considera prudente limitar la dosis media recibida de fuentes artificiales por

(1) Véase el informe de la Comisión Internacional de Protección Radiológica, publicado en el *British Journal of Radiology* — Suplemento 6, diciembre de 1954, en el *Journal Francais d'électro-radiologie* — Nº 10, octubre de 1955, etc.

(2) Véase el informe de la Comisión Internacional de Protección Radiológica, en el *British Journal of Radiology*. Suplemento 6, diciembre de 1954, en el *Journal Francais d'électro-radiologie* — 10, octubre de 1955; etc.

los tejidos germinales al orden de magnitud de la dosis que reciben de todas las fuentes naturales.

14. Al considerar la dosis de irradiación médica que recibe la población, el riesgo presente es esencialmente el genético, aunque es posible que en ciertas circunstancias se produzcan ocasionalmente daños somáticos al incrementarse las dosis pequeñas de irradiación. Por lo demás, la dosis significativa es la que indica la irradiación gonádica media del conjunto de la población hasta el fin del período medio de reproducción.

15. Se ha comprobado que en dos países (1) el nivel de esa irradiación de importancia genética debida a los diagnósticos radiológicos es por lo menos igual al 100% de la irradiación natural total y que en un tercer país (2) equivale por lo menos al 22% de esa cifra. Incluso antes de obtener valores más exactos para éstos y otros países, es evidente que la exposición puede ser de importancia en los países que poseen servicios médicos muy desarrollados y que es esencial estudiar la forma de reducir esta exposición sin perjudicar el valor actual o futuro de la radiología médica.

16. Por todo ello, el Comité desea vivamente que los radiólogos le presten su colaboración indicando, por los conductos oficiales apropiados, todos los métodos que permitan disminuir esta exposición total y ayudando a calcular la magnitud de la disminución que podría lograrse empleando tales métodos. En particular, sería muy útil conocer en cuánto podría reducirse la irradiación de las gónadas mediante:

a) la mejora del diseño o del blindaje de los aparatos,

b) la mejor preparación de las personas que hacen uso de equipos radiográficos o fluoroscópicos,

c) la mayor protección posible de la región gonádica, sobre todo en los exámenes del abdomen o de la pelvis,

d) el empleo de técnicas que den preferencia a la radiografía en vez de la fluoroscopía, cuando toda la información necesaria pueda obtenerse de esa forma,

e) el perfeccionamiento de las disposiciones administrativas para evitar la repetición innecesaria de reconocimientos idénticos en una misma persona,

f) el estudio general de ciertos estados patológicos, como las úlceras pépticas, con objeto de determinar en qué casos el

(1) Estados Unidos de América, Suecia.

(2) Reino Unido.

diagnóstico radiológico tiene o no una influencia concreta en el tratamiento recomendado o la prognosis formulada.

V. RESUMEN

1. El Comité Científico para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas, creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, acepta la opinión de que la irradiación del ser humano, y en particular de sus tejidos germinales, tiene ciertos efectos indeseables.

2. La información recibida hasta ahora indica que, en ciertos países (Estados Unidos de América, Reino Unido, Suecia), la fuente artificial más importante de tal irradiación es con mucho el empleo de métodos radiológicos de diagnosis, y que la dosis de este origen puede igualar en importancia a la resultante de todas las fuentes naturales juntas. Es posible que esta irradiación esté ya causando consecuencias genéticas de importancia en el conjunto de la población.

3. El Comité conoce muy bien la importancia y la utilidad del empleo médico de las radiaciones, pero desea señalar a la atención de la profesión médica estos hechos y la necesidad de medir con mayor precisión las dosis de irradiación de tal origen. La colaboración de la profesión médica resultaría sumamente útil para reunir más datos sobre este asunto.

4. El Comité agradecería especialmente que se le comunicaran por los conductos oficiales pertinentes datos sobre los métodos que permitan disminuir la irradiación médica de la población sin perjudicar el valor innegable de la radiología para la diagnosis o tratamiento de las enfermedades.

• • •

CRONICA SOBRE ENFERMEDADES VENEREAS EN FRANCIA

TABLEAU DE LA SITUATION DES MALADIES VENERIENNES EN FRANCE: Por el Dr. Piérre Durel, Médico Jefe del Departamento de Salubridad (Hospital "Saint Lazare"), Director del Centro de Estudios de las Uretritis no Gonocóccicas (Instituto "A. Fournier"). Estudio publicado en "British J. of Venereal Diseases", 1956, t. 32, p. 145, y, reproducido en "La Prophylaxie Sanitaire et Moral", Nº 1 enero 1957, pág. 12.—

El A. comienza puntualizando que, desde el advenimiento de los antibióticos, las enfermedades venéreas en Francia, como en la mayoría de los países, van convirtiéndose en problema secundario.

I.—FRECUENCIA

Al referirse a la frecuencia de las mismas en la Francia Metropolitana, presenta un cuadro estadístico del cual se evidencia que la sífilis reciente fue diez veces menos frecuente en 1955 en relación con el año de 1945; que para el mismo período la gonorrea es dos veces menos frecuente; y, que el chancro blando y el linfogranuloma benigno, prácticamente, han desaparecido. En cambio, señala, que las uretritis no gonocóccicas (U.N.G.) son cada día más frecuentes.

Para explicar la desproporción observada entre frecuencia de la sífilis reciente y gonorrea para el período antes señalado, cita tres causas: 1º En Francia, blenorragia y gonorrea son sinónimos. No hay razón alguna, dice, emplear dos términos para designar la misma enfermedad por una parte, y, por otra, esa diplonimia conduce a equívocas clasificaciones ya que, por lo general, los médicos *declaran sin distinguir las gonorreas de las uretritis no gonocóccicas*. Blenorragia debe querer decir "Supuración Urogenital", y Gonorrea "Blenorragia a Gonococo". Y declara que esa distinción será respetada por las estadísticas Francesas en el futuro. Pero, como en Francia el tratamiento de las enfermedades venéreas (sífilis contagiosa, blenorragia, chancro blando y enfermedad de Nicolas y Favre) es gratuito, el uso correcto de los términos "Gonorrea" y "Blenorragia" *crearía* un problema: En *tanto* que las U.N.G. son

---

* Nota de la Dirección: Esta crónica se ha hecho con base de un reimpreso que el Prof. Pierre Durel, Médico Jefe del Hospital St. Lazare, le ha enviado directamente de París al Dr. Joaquín Zeledón, Director del Departamento de Lucha Antivenérea de Costa Rica.

confundidas con las gonorreas bajo la designación de blenorragia, su tratamiento se hace gratuitamente; en cambio, si se establece la distinción, sólo la gonorrea aprovechará la gratuidad, creándose así una dificultad para las U.N.G. 2º Los enfermos, generalmente, desconocen de que "la gonorrea se contrae en dos y se cura en dos", y las reinfecciones son muy frecuentes. Eso se debe, también, a que el diagnóstico de la gonorrea femenina se hace algo difícil, ya que los síntomas son mínimos y el laboratorio, no pocas veces, falla. 3º. No es raro que algunos enfermos contraen 3 o 4 gonorreas durante un solo año, lo cual aumenta las estadísticas.

Respecto a la frecuencia de la U. N. G. es muy difícil apreciarla ya que muchos médicos, como no les conceden aún la debida importancia, no las declaran o las declaran bajo la rúbrica general de "blenorragia". Sin embargo, en los consultorios que están bajo la Dirección del A. se ha llegado a establecer que de los casos que, ordinariamente, se clasifican como blenorragias, el 30% corresponde a gonorreas y el 70% a uretritis no gonocóccicas.

II.—SIFILIS

a) *Clínica*: Advierte que la sífilis reciente se ha vuelto una enfermedad efímera. Las tardías son cada día menos frecuentes. La acción de la penicilina, la prueba de la inmovilización de los treponemas (T.P.I.) han contribuido a modificar ciertos puntos de vista: Hace 10 o 20 años, la sífilis se consideraba como el principal responsable de la mayoría de las malformaciones congénitas. Hoy se sabe que esta infección interviene muy poco en las malformaciones congénitas, las cuales son determinadas in útero, antes del momento del paso del treponema en el embrión (habitualmente 5º mes); así, se evita tratar como sifilítico a todo niño un tanto anormal o deforme. En cambio, se tiende a insistir en la importancia de las radiografías del esqueleto para el diagnóstico de la sífilis congénita, y aun las imágenes radiográficas pueden conducir a un diagnóstico erróneo, ya que la sífilis no es la única causante de la osteoperiostitis infantil.

La misma evolución se ha producido en las afecciones cardiovasculares: no todas las ectasias son consideradas, necesariamente, sifilíticas; el papel de esta infección se discute mejor en ciertas insuficiencias aórticas. En neurología, se ha llegado a un mejor conocimiento de las pseudotabes vasculares, diabéticas, etc.

b) *Despistage*: Cita los resultados de la "Jornada Nacional de Profilaxis Antivenérea" llevada a cabo en la ciudad de Lille durante el mes de junio de 1955 bajo la presidencia del Prof. Huriez. Los porcentajes de serología standard positiva (Kahn o Kline††) de esta encuesta fueron los siguientes:

Sujetos supuestamente sanos (exámenes de salud)	0.70%
Exámenes pre-nupciales	0.56%
Exámenes pre-natales	0.60%
Solicitudes de naturalización	2.00%
Nordafricanos (en el Depto. de la Loire)	7.10%
Trabajadores extranjeros (según la región) de	1.00 a 4.00%
Población penitenciaria (cárceles)	2.50%

En los servicios que el A. dirige se practica, desde hace años, el examen sistemático de la sangre de los consultantes por blenorragia, encontrándose un 2.50% de positivos ignorados.

Por otra parte, de un estudio realizado en colaboración con los servicios de Seguridad Social y basado en la prueba de la inmovilización del treponema (T.P.I.) se demostró que no todos los positivos se deben a la sífilis, ya que los no sifilíticos (los llamados positivos biológicos) fueron de 17%

c) *Prueba de Inmovilización de Treponemas (Test de Nelson T.P.I.:)* Francia fue el primer país de Europa en adoptar la T.P.I. Nueve laboratorios la efectúan de rutina. En los laboratorios de los servicios que están bajo la dirección del A. se efectuaron 22.000 T. P.I. con resultados muy óptimos.

Luego de explicar la bondad de esta prueba, cita algunos casos de tabes o parálisis general progresiva con T.P.I. negativa, que fueron tratados con anterioridad. El A. piensa que eso no es de sorprenderse: un tratamiento puede destruir los treponemas (ergo T. P.I. negativo), pero no puede evitar que la esclerosis —iniciada por los treponemas— prosiga su obra.

Respecto a los gomas T.P.I. negativas la explicación es muy difícil: 1º—La biología de las gomas sigue siendo un misterio; 2º— la afirmación de la naturaleza sifilítica de una goma por la anatomía patológica o la clínica es, con frecuencia, difícil.

d) *Reacciones Utilizando la Espiroqueta de Cultivo como Antígeno:* Gachtgens y d'Alessandro han demostrado que se puede utilizar, como antígeno en una reacción de hemolisis (Kolmer), una suspensión de espiroquetas cultivables de Reiter. El A. ha utilizado el antígeno Italiano "Pallignost" comprándolo con la T.P.I.: la sensibilidad y la especificidad son superiores a las de la cardiolipina y los resultados muy próximos a los de la T.P.I. El A. piensa que esa reacción, sumamente sencilla, debe ser ampliamente utilizada y sobre todo si se dispone de antígeno de treponema pallidum.

e) *Tratamiento:* El A. puntualiza que es muy difícil decir cuál es el tratamiento que, actualmente, goza del favor de los sifiliólogos franceses, ya que el criterio de éstos, dista mucho de ser uniforme.

Luego de citar los más comunes esquemas de tratamiento inclusive el que se inicia con 6 o 12 millones de U. de penicilina y continúa en series de bismuto repetidas durante dos años por lo menos, concluye que la penicilina es un arma maravillosa, pero no por eso debe disminuir la vigilancia del médico que se precia de consciente y responsable. Esa reticencia es reforzada por dos razones: 1º—en un cierto número de observaciones publicadas, la acción de un tratamiento corto de penicilina parece ser insuficiente; 2º—durante el tiempo que los enfermos reciben bismuto se evitan las reinfecciones. La primera razón es de mayor importancia. Las observaciones que crean esa reticencia en muchos franceses son las reportadas por otros especialistas, algunas de las cuales son las siguientes:

—Sífilis primaria en 1943 tratada en aquel momento con 5.000.000 U. de penicilina y luego con 30.000.000 U. más, entre los años 1944 y 1947, dió una P.G.P. mortal en 1952.

—Sífilis secundaria en 1946 tratada en aquel momento con ... 6.000.000 U. de penicilina dió P.G.P. en 1953.

—Sífilis primaria en 1949 tratada, antes de la positividad de la serología, con 6.000.000 U., cuya serología permaneció negativa, dió tabes en 1954 (serología y L.C.R. positivas).

Claro está que algunas de estas observaciones no están al abrigo de críticas (reinfección, etc., etc.) sin embargo, impresionan y, hasta cierto punto, explican las divergencias de criterio tanto más, cuanto que la sífilis reciente va desapareciendo en Francia, lo cual hace difícil la comparación de los diferentes esquemas de tratamiento.

III.—GONORREA

Recuerda las razones que, al principio de este trabajo, expone el A. respecto a la no desaparición de la gonorrea en Francia (el A. cree que la gonorrea puede, muy bien, desaparecer): el diagnóstico tardío en la mujer y la inobservancia de la regla del tratamiento simultáneo del compañero. La dificultad en la supresión de estas causas reside en el hecho de que, actualmente, se ha llegado a considerar a la gonorrea como un problema mínimo, lo cual condujo a los médicos a una negligencia imperdonable.

El fármaco de elección en Francia en el tratamiento de la gonorrea es la estreptomicina: 1 o 2 gms. de Dihidroestreptomicina en el hombre, y el doble en la mujer. Los antibióticos por vía oral son muy poco empleados.

Las complicaciones, prácticamente, han desaparecido: en las litritis, prostatitis, bartolinitis, casi nunca se encuentra el gonococo en los cultivos. Y el A. hace suya la afirmación de Gaudefroy (1955) de que el gonococo es el causante de apenas el 2,4% de las obstruc-

ciones tubarias y que, en las piezas operatorias, ese germen fue encontrado en idéntica proporción, o sea, 2.4%.

Se habla de resistencia del gonococo a los antibióticos. Esa resistencia, quizás, llegará. Sin embargo, el A. no cree que la gonorrea tenga una tendencia a volverse resistente excepto, desde luego, de casos bien conocidos de gonococos persistentes —que es muy distinto de resistentes— en un canal para-uretral hasta tanto no se instituya un tratamiento local de destrucción. Algunos casos, supuestamente, resistentes que el A. ha podido examinar fueron, siempre, errores de diagnóstico clínico y sobre todo bacteriológico, ya que toda Neisseria, habitualmente, es llamada gonococo.

IV.—URETRITIS NO GONOCOCCICAS

Los especialistas toman cada día mayor interés en las U.N.G. y se enfrentan a los mismos problemas que sus colegas en otros países. En Francia, como en otras partes, apenas se está delimitando el problema para un estudio sistemático. La "Unión Internacional contra el Peligro Venéreo", a proposición del A., celebró en Mónaco (1954) un Symposium especial para el estudio del problema en cuestión. Los informes y discusión acaban de aparecer en una monografía (LES URETRITIS NO GONOCOCCIQUES, UN MONOGRAPHIE 101 p., 32 fig., MASSON EDITEUR, PARIS, 1957).

El A. hace una suscinta consideración de los aspectos clínico y etiológico y entra a tratar el aspecto terapéutico puntualizando que hay dos tipos de U.N.G. a considerar: aquellas en que la presencia de Tricomonas vaginalis (T. V.) fue constatada y en las cuales el tratamiento local es cuestión sine qua non por una parte, y, por otra, en las que ese parásito no ha sido encontrado y pueden curar sin tratamiento local.

En el primer caso el tratamiento general —lo mismo que para el segundo— es simplemente un coadyuvante, siendo el tratamiento local de primordial importancia. Este es escogido entre los siguientes: instilaciones uretrales de azul de miteleno al 1%; mercuriocromo al 1:2 o 1%; acetylarsan al 23.6%; introducción en la úretra de jalea de holarena africana al 2.4%.

En el segundo caso no hay otra terapéutica que los antibióticos recientes. Las tetraciclinas son activas en el 60% de los casos, pero esa terapéutica no está exenta de peligros, por lo que el A. ha ensayado la estreptomicina (1 gm. p/d durante 5 d.). Desde hace dos años se emplea, con los mismos resultados pero con menos accidentes secundarios, un antibiótico francés: la Spiramycine (Rovamycine) a la dosis de 4 gms. p/d. durante 5 d. La asociación de estreptomicina—spiramicina parece de una actividad interesante.

Desde luego hay fracasos; ciertas uretritis a T. V. son rebeldes a todo tratamiento; por otra parte las recidivas no son raras. Entre

los tratamientos ya utilizados, uno de los mejores es el uroscópico pero demanda varias sesiones.

Por fin, ciertas U. N. G. toca a la psiquiatría resolverlas (psicoterapia, cloropromazina, etc.) y el A. termina haciendo votos por una más estrecha colaboración entre psiquiatras y urólogos.

V.—ASPECTO JURIDICO Y SOCIAL

El A. en una exposición sucinta señala los principales puntos de este aspecto:

1º—En Francia, el tratamiento de los enfermos venéreos es anónimo y gratuito para todo el mundo (Leyes 31—12—42; 8—7—48; 18—8—48). Los médicos pueden recibir, gratuitamente, los medicamentos para su clientela privada.

2º—Los enfermos venéreos deben ser reportados a la Autoridad Sanitaria. Anónimamente (para fines estadísticos), siempre que el enfermo se someta voluntariamente al tratamiento; nominalmente (para propulsar medidas coercitivas): a) si el enfermo rehusa someterse a tratamiento; b) si se trata de una prostituta; c) si el enfermo, por la naturaleza de su trabajo, constituye un riesgo para su medio ambiente inmediato.

3º—El tratamiento es obligatorio: los que se niegan están expuestos a hospitalización de oficio en servicios restrictos.

4º—La búsqueda del promiscuo contaminante es obligatoria. Este debe presentar certificado de no contaminación. En caso de negativa su hospitalización de oficio puede decidirse.

5º—Para el matrimonio, los futuros cónyuges deben presentar un certificado pre-nupcial. En éste, para evitar cualquier obstáculo para la celebración del matrimonio, solamente consta que la pareja se ha sometido a examen. Una enfermedad venérea no impide el matrimonio, porque se asume que el médico llegue a persuadir a los interesados para someterse a tratamiento.

6º—Igualmente, existe un certificado pre-natal que debe ser presentado para que la madre pueda disfrutar de las facilidades sociales que son acordadas a las mujeres embarazadas.

7º—Los hechos dominantes de las Leyes 13 y 26 de abril sobre prostitución son las siguientes:

a) Francia abandonó el sistema reglamentario (reglamentos policíacos impuestos a las prostitutas). La Ley consideraba el abolicionismo como sanitariamente insuficiente, y, como utópico el prohibicionismo. La lucha contra la prostitución descansa sobre un dis-

positivo, eminentemente, médico-social que busca los contaminadores y los obliga a tratarse (lo contrario de la simple persuación del abolicionismo). En fin, las prostitutas son conducidas a los Servicios respectivos por la policía, pero el papel de ésta termina aquí.

b) Las prostitutas que buscan el cliente cometen el "delito de enganche" y son sometidas a la justicia (multa y encarcelamiento si el delito es reconocido).

c) Las casas de tolerancia se cerraron desde 1946. Es difícil afirmar si eso ha tenido influencia en la morbilidad venénea porque las mujeres fueron relativamente pocas (1.500) en París y porque el cierre coincidió con la generalización de los antibióticos. El A. cree, que desde el punto de vista moral y criminológico, el cierre fue útil.

d) Las mujeres que quieren vivir de la prostitución o que son convencidas de que no pueden vivir más que de la prostitución son registradas en el "Fichero sanitario de la prostitución". De esta manera ellas pueden y deben ser visitadas periódicamente: una visita semanal; un frote o un cultivo por gonococo cada 15 días; una serología cada mes. Las mujeres enfermas son tratadas ambulatoriamente (gonorrea) u hospitalizadas (sífilis contagiosa). El primero de enero de 1956 habían registradas en ese fichero 7.116 mujeres en París (cerca de 12.000 por toda Francia).

e) Las clandestinas (que viven de la prostitución pero que se esfuerzan por escapar del registro en el fichero), son buscadas por la policía y conducidas a los Servicios Sociales para su registro, en el respectivo fichero, a la tercera citación.

Según cálculos estimativos del A. una prostituta gana un promedio de 80.000 francos por mes. El 80% de estas prostitutas están en manos de explotadores.

El A. concluye de que los antibióticos —en buen sentido— han modificado todo. Y cree que, a pesar de ciertas oscilaciones, hay numerosos argumentos científicos que conducen al optimismo; que la cuestión sanitaria pronto se colocará en segundo plano; que en lo relativo a la prostitución quedarán aún, desgraciadamente por mucho tiempo, los problemos morales y económicos que, actualmente, son objeto de ciertas preocupaciones y que en un futuro no lejano podrán ser resueltos.

Dr. P. L.

ACTUALIDADES

SE CONFIRMA LA EFICACIA DE UN NUEVO TRATAMIENTO DE LA RABIA

—La tercera Reunión del Comité de Expertos de la OMS—

El Comité de Expertos de la OMS sobre la Rabia, en su tercera reunión celebrada en el Instituto Pasteur de París, del 26 de noviembre al 1º de diciembre, consideró que la sorprendente eficacia del tratamiento de suero más vacuna en la prevención de la rabia, en un grupo de personas gravemente mordidas por un lobo rabioso, el año pasado, en Irán, así como en otros experimentos de menos envergadura, constituían la clara demostración de la utilidad de este método.

La reunión tuvo trascendencia histórica ya que, en este mismo Instituto, hace 70 años, Pasteur introdujo la vacuna antirrábica para los seres humanos, y el método combinado señalado constituye uno de los más notables avances en la prevención de la rabia desde aquella época.

Este importante avance es el fruto de una intensa colaboración internacional, coordinada por la OMS, pues ningún país o laboratorio hubiera podido llevarlo a cabo por sí solo. Los miembros del Comité, cuyos laboratorios se encuentran en la India, Irán, Israel, España, Francia y Estados Unidos, han venido trabajando en colaboración sobre problemas de control de la rabia desde 1950. En esta última reunión, fue elegido Presidente del Comité el Dr. Pierre Lépine, Francia; el Dr. A. Komorov, Israel, ocupó la vicepresidencia, y el Dr. H. Koprowski, EUA, fue el ponente.

Otras investigaciones llevadas a cabo por varios miembros del Comité mostraron también que era necesario administrar una serie completa de vacuna junto con la seroterapia. Además, se recomendó que, en razón de las reacciones secundarias que puede producir cualquier suero, éste se emplee sólo en los casos de exposición muy grave y después de haber probado la sensibilidad del interesado. Asimismo, el Comité estudió los resultados de detallados experimentos destinados a determinar los mejores métodos a seguir en el tratamiento de las heridas producidas por animales de los que se sospecha que están rabiosos. Estos estudios pusieron de manifiesto la conveniencia de lavar inmediatamente las heridas con agua y jabón y de cauterizarlas, a continuación, con ácido nítrico cuando se trate de partes del cuerpo en que se puede aplicar esta substan-

cia sin peligro. La tercera medida recomendada en el tratamiento local de las heridas, y que constituye una novedad, consiste en inyectar suero alrededor de la mordedura.

El Comité preparó, un nuevo método para la protección de las personas cuya profesión les expone a la posibilidad de que sufran mordeduras de animales rabiosos. Los veterinarios, el personal de laboratorio, y el de las industrias de gas y electricidad, los carteros y los repartidores tienen que someterse, con frecuencia, a repetidos tratamientos de vacuna antirrábica, lo que acarrea un peligro de com plicaciones postvacunales.

Se discutieron también los resultados obtenidos en el mejoramiento de las vacunas para perros, gatos y ganado. Se señaló que las vacunas que se han obtenido recientemente y que se preparan en embrión de pollo, proporcionan a los perros una prolongada inmu nidad con una sola inoculación, y se demostró que también podían utilizarse para el ganado. El Comité hizo hincapié en que no sólo es necesario vacunar a los perros sino también controlar a los animales perdidos.

La rabia entre los animales salvajes, particularmente zorras, chacales y lobos, constituye un problema en muchos países. En ciertas regiones de Norteamérica existe también la rabia en murciélagos insectívoros y se sabe, desde hace mucho tiempo, que en la América Latina los murciélagos vampiros transmiten la rabia al hombre y a los animales. El hecho de haberse descubierto la rabia en murciélagos insectívoros de Yugoeslavia indica que el problema no se limita al Hemisferio Occidental. Los reservorios de animales salvajes ofrecen dificultades especiales y se ha convenido en que se requieren medidas extraordinarias para combatirlos.

El Comité sugirió que se estableciera y utilizara suero y vacu na standard de referencia internacional para todos los países del mundo a fin de que todos los procedimientos sean más uniformes y de que la eficacia de las substancias antirrábicas esté garantizada en el momento.

Igualmente, el Comité preparó formularios para la notificación de casos y de historia médica a los efectos de mejorar las estadísticas y de evaluar los procedimientos utilizados en la profilaxis. También recomendó una sencilla guía sobre el tratamiento de las personas que sufren mordeduras, destinada a los médicos que se ocupan también del problema que se plantea a los gobiernos que importan gatos y perros de países en los que se sabe que existe la rabia.

Los países de las Américas reciben asistencia de la Oficina Sa nitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS para las Américas, en relación a los problemas relacionados con la rabia.

En México y en la zona fronteriza mexicano-estadounidense se han efectuado amplios estudios sobre la rabia de los murciélagos, en

los que ha cooperado la OSP. Se ha proporcionado también, ayuda a México en la determinación del equipo y técnicas necesarios para la producción de vacunas del tipo de embrión de pollo, con inclusión de una vacuna para la inmunización del ganado.

En 1957, la OMS tiene el propósito de celebrar un Curso Regional de Adiestramiento en Rabia, que tendrá lugar en Caracas, Venezuela. A este curso asistirá personal del servicio de control de la rabia procedente de todos los países de las Américas. Además, la OPS/OMS facilitará a los países los servicios de un asesor especial para que colabore en el mejoramiento del diagnóstico de la rabia, el fomento de los programas antirrábicos y la producción de vacunas y sueros antirrábicos.

• • •