

CRONICA SOBRE ENFERMEDADES VENEREAS EN FRANCIA

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

L.—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 gonocócicas (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: 1° 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 diponimia conduce a equívocas clasificaciones ya que, por lo general, los médicos declaran sin distinguir las gonorreas de las uretritis no gonocócicas. 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. 2° 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. 3°. 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 gonocócicas.

II.—SIFILIS

a) *Clinica*: 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 sífilítico 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 cardiovascularvasculares: no todas las ectasias son consideradas, necesariamente, sífilíticas; 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 Klinetj) 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 sífilíticos (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 las 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 sífilítica 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 hemólisis (Kolmer), una suspensión de espiroquetas cultivables de Reiter. El A. ha utilizado el antígeno Italiano "Palignost" 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 sífilólogos 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: 1°—en un cierto número de observaciones publicadas, la acción de un tratamiento corto de penicilina parece ser insuficiente; 2°—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 Gauderoy (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 sucinta 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 *Trichomonas 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 metileno 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 estreptomycin (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 estreptomycin—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, clorpromazina, 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 restringidos.

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 persuasión 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 venérea 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 problemas morales y económicos que, actualmente, son objeto de ciertas preocupaciones y que en un futuro no lejano podrán ser resueltos.

Dr. P. L.
