

Dos Publicaciones sobre Sífilis en Centroamérica

La tendencia a estudiar la patología centroamericana no es, con toda seguridad, nada nuevo. Claro es, que de tener esa tendencia a desarrollarla con hechos prácticos, hay una enorme diferencia y gran distancia por recorrer. Y sin embargo, creo que hace mucho tiempo se dieron los primeros pasos. No estoy suficientemente documentado sobre este punto para hacer historia sobre él y poder decir con razón quienes han formado las avanzadas de la investigación de nuestra patología ni es mi intención hacer aquí historia de la medicina istmeña, pero recuerdo esto al pensar que de no sospechar la existencia de estudios anteriores me pudiera permitir la osadía de asegurar que los que actualmente se verifican son los primeros y más interesantes, y la osadía mayor todavía de pensar y decir que tal o cual autor es el único o uno de los pocos que se dedican a esos trabajos. Y es que sucede que aunque los centroamericanos vivimos en la misma casa, cada apartamento hace su vida separado de los demás y no siempre se sabe de las actividades del que bajo el mismo techo mora, por más que se entienda que muchas —casi todas— de esas actividades tienden al mismo fin, y, que se entienda mejor todavía que la unión de los esfuerzos individuales facilitaría la tarea y la haría más completa. Pero grandes obras verificadas por el uno son completamente ignoradas por el otro, el cual se afana en el mismo trabajo un par de kilómetros más allá, venciendo dificultades miles para abrir caminos que ya otros llevan adelantados y que podrían aprovecharse íntegra o parcialmente, haciéndoles las modificaciones convenientes, avanzando más en menos tiempo. Estas reflexiones me invaden al leer en dos números del "Boletín Sanitario de Guatemala" dos escritos del **Prof. Dr. Erwin Jacobsthal** intitulados: "Experiencias e ideas sobre sífilis en Guatemala" y "Sobre el tratamiento de la Sífilis, en Centro América," respectivamente, y pensar en los trabajos sobre Sífilis en Honduras que realiza el Dr. José Gómez-Márquez, la mayor parte de los cuales todavía no han sido publicados. ¿Cuántos más trabajan en esos sentidos en Centroamérica. ¿Qué métodos siguen? ¿Qué deducciones han extraído de los estudios hasta hoy verificados? ¿Qué orientación pueden dar a las generaciones que se instruyen? ¿qué senderos indican a los que quieran y puedan seguir su ejemplo? Yo no lo sé. ¿Están en contacto unos con otros? ¿Se auxilian en su trabajo? ¿Son conocidos en cada uno de los países centroamericanos los trabajos de los investigadores de los otros? Me permito dudarlo.

Tentado me veo de solicitar la reproducción en nuestra Revista Médica Hondureña de los escritos del Prof. Jacobsthal, pero como me doy cuenta de la imposibilidad de tal propósito voy a hacer solamente un extracto, procurando hacerlo de tal manera que el

resumen de cada uno de ellos quepa en las páginas de la Revista de que puedo disponer.

A) *"EXPERIENCIAS E IDEAS SOBRE SÍFILIS EN_ GUATEMALA"*

(Prof. Dr. Erwin Jacobsthal, *Boletín Sanitario de Guatemala*, Año X)

Principia el autor declarando que: "la sífilis en CENTRO AMÉRICA es una enfermedad que se distingue fácilmente de la variedad europea. Esto queda demostrado si se toma en consideración, que un dermatólogo experto en Europa, puede decir con mucha probabilidad si un paciente ha sido sífilítico o no, solamente con un examen corporal, sin necesidad de un examen serológico. En Centro América fracasa en muchos casos el examen corporal. La diferencia entre dos regiones es muy marcada por el hecho, que un porcentaje considerable de los sífilíticos en Europa (antes de la época de los salvarsanes) moría de su sífilis, y principalmente por lesión de los vasos (Aortitis sífilítica, Aneurisma), o del Sistema Nervioso Central (Tabes, Demencia parálítica), mientras que aquí en Guatemala, por ejemplo, con una población de más de dos millones y medio de habitantes, hay, a lo sumo dos paralíticos en el Manicomio y todavía son extranjeros. Estas diferencias en el curso de la sífilis entre Europa Central y otros países son conocidas desde hace mucho tiempo. Esto se refiere por ejemplo, a la Lúes en Asia Menor, Turquía, Rusia, y a los países Malayos. En todos estos países está muy propagada la sífilis terciaria gomosa, y las manifestaciones específicas del Sistema Nervioso son escasas. Todavía no se conoce la causa de estas diferencias. Se puede pensar que depende la disposición racial distinta (aunque todavía no se ha dado una explicación efectiva de este fenómeno) o de una enfermedad crónica producida por infección de muchos años, o a la diversidad de alimentación y provisión de vitaminas o a la inmunización crónica basada en la malaria endémica (una teoría que no es apoyada por el curso de la sífilis en países con y sin malaria crónica, como Italia y los países Malayos por una parte y Rusia por otra) o finalmente por los tipos distintos del agente de la sífilis, la espiroqueta pálida."

Categoría del material y los problemas

El material empleado es el humano de los Dispensarios anexos al Laboratorio Sociológico de la Sanidad Pública, eliminando las prostitutas y los casos remitidos por médicos para investigar sífilis. 1-2% está representado por gentes que antes se ha tratado por sífilis y el resto es "MATERIAL HUMANO QUE CREE FIRMEMENTE QUE GOZA DE SALUD IRREPROCHABLE" (empleados, criadas, etc., a quienes se exige tarjeta de Sanidad).

En el presente trabajo sólo se toman en cuenta las mujeres. 3.1.5% de ellas son de menos de 20 años. Entre las que resultan si-

filíticas aparecen cada vez gentes de generaciones más jóvenes, que todavía están en desarrollo.

El estado civil y la raza no se han tomado todavía en- consideración. Razones: a) unión libre es tan- común que prácticamente no existe ninguna diferencia entre el matrimonio civil y la unión libre, b) Racialmente 5.67% es material indígena. Desde el punto de vista de las relaciones etnológicas no tiene importancia; los sujetos tienen apellidos españoles y el modo de vivir es el de la población ladina citadina.

Reacciones serológicas empleadas: Se han usado siempre tres: la Wassermann, la Kahn y la Jacobsthal; y en algunas ocasiones las de Collier-Jacobsthal-Padilla, Kline, Eagle o Meinicke, habiéndose obtenido resultados concordantes. En 1938 de 16.893 reacciones practicada para obtener tarjeta de Sanidad, se encuentra:

<i>Hombres</i>	*	<i>Mujeres</i>
8.87%; 93.13%		8.49%; 91.51%

En las 2.500 últimas extracciones de sangre se llenó un cuestionario sobre edad, estado civil, raza, alfabetismo, ocupación, si y cuándo tuvo paludismo; si y cuánto tiempo tiene de dolor de cabeza; si ya fue tratado específicamente; cantidad de partos, cuántos hijos sobreviven, cuántos nacieron muertos, cuántos murieron en el primer año, cuántos abortos.

Clínica.—HEMOS INTRODUCIDO la práctica de UN EXAMEN CLÍNICO cuidadoso en los casos con Reacción serológica positiva. Una reacción de "Wassermann, especialmente en Centroamérica, no significa por sí sola una indicación formal de tratamiento ni es patognomónica de sífilis.

De los pacientes que se ponen en tratamiento 95.5% no saben nada de su infección. El interrogatorio y la clínica demuestran que tal vez un accidente primario extragenital se consideró como quemadura, un exantema maculoso como sarampión, etc. Al someter a los pacientes a un interrogatorio sobre enfermedades venéreas, número, consecuencias personales, familiares, sociales y humanos, se nota que no saben nada de ello. La instrucción por folletos se dificulta por el alto porcentaje de analfabetismo.

El examen corporal del enfermo presenta su primer dificultad en el examen de la piel. Dejando de lado la fuerte pigmentación, queda la suciedad, las irritaciones crónicas por piquetes de pulgas, piojos, garrapatas, etc., tinas, sarna y compresiones por el cincho o refajo. En los descalzos está la hinchazón no específica de los ganglios inguinales. Rara es la Frambuesia.

Lo más difícil de juzgar es la infección influencia del Paludismo Serológicamente, las reacciones positivas duran más en los palúdicos crónicos. No parece que el paludismo dé una reacción fuerte

no sífilítica. Los casos positivos no específicos que después del examen clínico se pusieron en tratamiento posiblemente no pasen de 1-2%.

Después de los extractos anteriores sobre plan seguido, voy a copiar los cuadros demostrativos, dejando a un lado los comentarios correspondientes a cada caso, entresacando únicamente las frases formuladas como deducciones.

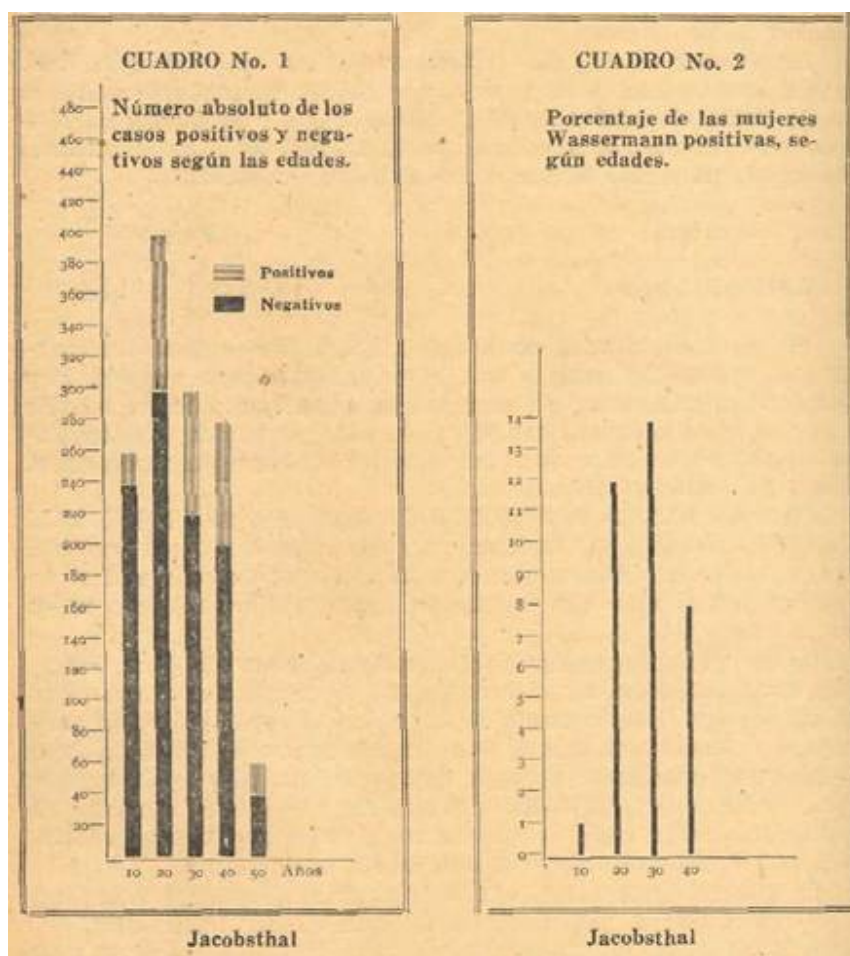


TABLA ILUSTRATIVA 1

(Cuadros N° 1 y 2)

Mujeres de 20 a 50 años). Positivas al Wassermann, 11.75%. 88.25%). Estos positivos se distribuyen de la siguiente manera:

De más de 20 años, 177 casos, o sea 11.9% de esta edad y 2.59% de examinadas.

De más de 25 años, 163 casos, o sean 14.1% de esta edad y 2.78% de examinadas.

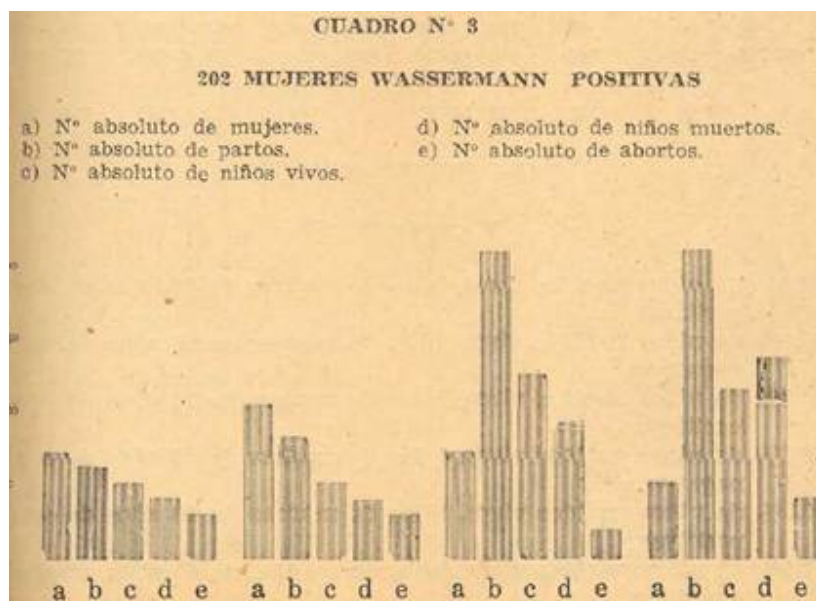
De más de 30 años, 252 casas, o sean 13.9% de esta edad y 4.24% de examinadas.

De más de 40 años, 234 casos, o sean 7.69% de esta edad y 2.18% de examinadas.

TABLA ILUSTATIVA II

Hay de una mujer con Wassermann negativo, 2.73%, de nacimientos. Hay de una mujer con Wassermann negativo, 1.11% de niños vivos. Hay de una mujer con Wassermann negativo, 1.02% de niños muertos. Hay de una mujer con Wassermann negativo, 0.29% de abortos. Hay de una mujer con Wassermann positivo, 4.01% de nacimientos. Hay de una mujer con Wassermann positivo, 2.00% de niños vivos. Hay de una mujer con Wassermann positivo, 1.02% de niños muertos. Hay de una mujer con "Wassermann positivo, 0.72% de abortos.

¿Qué demuestra esta estadística? Indica que LA CANTIDAD DE NIÑOS QUE NACEN DE LAS MUJERES GUATEMALTECAS DE LA CLASE OBRERA, ES EXTRAORDINARIAMENTE PEQUEÑA. Que por término medio LAS MUJERES -SIFILÍTICAS TIENEN MAS HIJOS QUE LAS NO SIFILÍTICAS.



Si tomamos en consideración la influencia de la edad, se obtiene:

TABLA ILUSTRATIVA III

(V. cuadros 3 y 4)

Cifra absoluta y cifra basada en 100 mujeres

Edad	Wassermann	Mu- je- res	Nac- mientos	Niños vivos	Nº muertos	Abortos
20	Positivo	46	46 (87)	25 (54)	15 (32)	16 (34)
	Negativo	156	123 (79)	85 (54)	38 (24.4)	13 (8.3)
	Total	202	163 (81)	110 (54.4)	53 (26.2)	29 (14.3)
25	Positivo	43	92 (213)	60 (140)	30 (74)	13 (30.2)
	Negativo	140	236 (169)	173 (124)	63 (45)	34 (24.3)
	Total	183	328 (179)	233 (127)	95 (52.9)	47 (25.7)
30	Positivo	68	184 (271)	110 (162)	74 (107)	18 (23.5)
	Negativo	217	699 (322)	388 (179)	311 (143)	90 (41)
	Total	285	883 (310)	498 (175)	138 (135)	106 (37.1)
40	Positivo	45	192 (430)	84 (187)	108 (240)	24 (76)
	Negativo	216	979 (453)	613 (284)	366 (169)	86 (39.8)
	Total	261	1,171 (449)	697 (267)	474 (182)	110 (42)

TABA ILUSTRATIVA IV

(V. cuadro Nº 5)

- 27.5% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 20 años de edad, positivas.
- 30.1% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 20 años de edad, negativas.
- 34.8% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 24 años de edad, positivas.
- 26.7% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 25 años de edad, negativas.
- 56.2% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 40 años de edad, positivas.
- 37.4% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 40 años de edad, negativas.

DE LOS PARTOS DE 100 MUJERES CON WASSERMAN POSITIVO, SOBREVIVEN 187 NIÑOS Y DE LOS PARTOS DE 100 MUJERES CON WASSERMAN NEGATIVO, SOBREVIVEN 284 NIÑOS; QUEDA UN SALDO EN CONTRA DE LAS MUJERES SIFILÍTICAS, DE 100 NIÑOS A FAVOR DE LA NACIÓN.

EL RESULTADO FINAL de los partos de las mujeres con WASSERMANN NEGATIVO es muy triste, PORQUE MAS DE UNA TERCERA PARTE, 37.4% DE LOS NIÑOS QUE DIERON A LUZ, MURIERON.

En el caso de ser sifilíticos los dos padres o uno de ellos como la madre, HAN VIVIDO BIOLÓGICAMENTE SIN NINGÚN MOTIVO TJOBJETO.

LA POBREZA DE PARTIOS QUEDA ENCARGADA A LAS NO SIFILÍTICAS.

LA GRAN MORTALIDAD (60^65% DE LOS NACIDOS) A LAS SIFILÍTICAS.

Si el porcentaje de los casos positivos de Wassermann baja a la mitad de los 25 a los 40 años, es PORQUE LA MITAD DE LOS CASOS PUEDEN CURARSE ESPONTÁNEAMENTE DESPUÉS DE 10 a 15 años (si se considera a la Wassermann como el síntoma de ama sífilis aún existente).

Diagnóstico clínico de 250 casos Wasserman positivos:

TABLA ILUSTRATIVA V

Lúes I	1.2%
Lúes II	10.0%
Lúes latente II, 1er. periodo	10.4%
Lúes latente II, 2º periodo	19.2%
Lúes latente, periodo ignorado	15.4%
Lúes II/III aguda	3.6%
Lúes II/III latente	6.6%
Lúes III aguda	0.9%
Lúes III latente	7.8%
Lúes IV nerviosa	2.7%
Lúes IV de los vasos	0.9%
Lúes congénita	1.5%
Lúes estado desconocido	2.4%
Reacción no específica	3.0%
Lúes extragenital del niño	1.2%
Lúes extragenital del adulto	2.1%

TABLA ILUSTRATIVA VI

De estos 250 casos:

Se practicó el diagnóstico por la Sanidad Pública . .	95.6%
Se practicó el diagnóstico fuera de la Sanidad Pública	4.4%

El paciente, no conocía su enfermedad en.....	- 92.0%
El paciente fue asistido suficientemente antes por la Sanidad	4.8%
El paciente no fue asistido de manera suficiente anteriormente, fuera de la Sanidad Pública ..	8.3%
Tuvieron paludismo agudo	4.8%
Tuvieron paludismo hace más de tres años.....	22.4%
No tuvieron paludismo.....	73.6%
Síntomas clínicos de la sífilis en los 250 casos:	

. TABLA ILUSTRATIVA VII

Dolores de cabeza.....	58.8%
Exantema macular fresco	6.4%
Exantema macular pigmentado.....	12.0%
Exantema macular despigmentado	18.4%
Exantema macular con vascularización	4.8%
Exantema papular y pustular	2.4%
Exantema anular	0.8%
Exantema anular terciario cicatrizado.....	2.8%
Leucoderma. sífilítico	2.8%
Placas mucosas	1.6%
Condiloma	4.4%
Linfoglándulas inguinales específicas	38.8*^
Linfoglándulas específicas generalizadas	0.8%
'Goma	1.2%
.Afección específica del ojo	1.2%
Afección específica del oído	0.8%
Aortitis específica	1.6%
Tabes	1.6%;;
¡Hepatitis sífilítica	0.4%
Dientes de Hutchinson	0.8%
Dientes en botón.....	0.4%
Nariz en forma de silla de montar	2.4%
Farinitis específica.....	4.0%o-
Cicatriz específica del pene, clítoris o labios	1.3%
Afección específica de los huesos.....	1.6%
Ulcus cruris specificum	0.8%
Dolores esteocopi	2.8%

RESULTADOS:

Indolencia de muchas mujeres, CREEN GOZAR DE COMPLETA SALUD Y ENTRE ELLAS SE ENCUENTRA EL 10% DE CASOS FRESCOS.

ES UN ERROR PRESUMIR QUE EN GUATEMALA CASI NO EXISTE SÍFILIS FLORIDA. LA SÍFILIS TERCIARIA ES POCO FRECUENTE.

LA MALARIA NO HA AUMENTADO MUCHO EL PORCENTAJE DE REACCIONES NO ESPECIFICAS.

LA ADENOPATIA ES EL SÍNTOMA MAS IMPORTANTE. Ciertas linfoglandulas alojan a las espiroquetas de la sífilis en estado vivo y con poder de contagio, a pesar de un tratamiento enérgico y con éxito al cuerpo del enfermo y a pesar de una reacción de Wassermann negativa.

EL DOLOR DE CABEZA NO TIENE NINGÚN VALOR FUNDAMENTAL PARA NUESTROS DIAGNÓSTICOS.

Entre los exantemas específicos parece que el EXANTEMA DE GRANDES MANCHAS MORBIFORMES ES EL MAS FRECUENTE. Especial atención merece el exantema que he calificado de EXANTEMA DE VASCULARIZACIÓN. ESTE SÍNTOMA DE VASCULARIZACIÓN ME PARECE ESPECIALMENTE IMPORTANTE y no lo he hallado en la literatura europea.

Es de sumo interés conocer la IMPORTANCIA DEL EXAMEN MEDICO PARA LA PATOLOGÍA e higiene de la sífilis en CENTRO AMERICA.

Notas sobre las tablas VII y VII: El hospital XX diagnosticó entre 12.043 enfermos del año 1936, 208 casos de sífilis. Si tomamos en cuenta nuestro 8% de sífilíticos entre la porción que se cree sana, encontramos, que ANUALMENTE SE ESCAPAN 755 CASOS DE SÍFILIS A LA DIAGNOSIS EN EL HOSPITAL XX (1) Que en realidad este número se calcula demasiado bajo se deduce del hecho de que, en un hospital se juntan más sífilíticos que en la población sana.

{El Hospital XX hizo un examen serológico de la cuarta parte de sus casos; los resultados positivos ascendieron, al 27%, mientras que el Hospital sólo diagnosticó 1.77%; SE CONFIRMA QUE ALLÍ SE EXAMINARON SOLAMENTE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE LÚES.

TABLA ILUSTRATIVA VIII

	Medicina		Cirugía Clínic.		Niños	Urol. E. Venér	Otolaring. ojos
	H.	M.	H.	M.			
Lúes I		5,017		4,583			
Lúes II	12		7	5		27	
Lúes III	4		5	3		9	
Lúes congénita			1		23		1
Lúes IV vasos	5	4					
Lúes IV nervios	3						2
«Lúes»	9	46	3	3	1	33	
Aortas				106			
Totales	34	50	16	117	24	69	4
Porcentaje	1.8%	1.89%	1.11%03(3.73)%		1.55%	1.79%	1.18%

Además es digno de mención que en ningún hospital se reconoce claramente si alguno de los enfermos, contagiados con lúes, murió de las consecuencias de la enfermedad. ¡QUE CONTRASTE TAN GRANDE CON LAS CONDICIONES DEL VIEJO CONTINENTE. El problema sobre el cuadro clínico de la sífilis en Centro América SE RELACIONA INTIMAMENTE CON TRES MATERIAS APARENTEMENTE MUY DIFERENTES:

- 1°—Con la pregunta sobre el *origen de la sífilis* europea y americana.
- 2°—Con la pregunta sobre la *disposición de las diversas razas*, para las enfermedades en general y por la lúes en especial;
- 3°—Con la ideas que se tienen comúnmente sobre la *influencia de la inmunidad por adquisición o por herencia* en el curso de la enfermedad.

RESULTADOS PRÁCTICOS:

Los resultados no son absolutos. Sería muy CONVENIENTE QUE EL CUERPO MEDICO DE LOS OTROS PAÍSES DE CENTRO AMERICA y Panamá PUBLICARAN SUS EXPERIENCIAS al respecto, para llegar a un acuerdo sobre la materia y contribuir en esta forma a prestar una verdadera ayuda a la nueva ciencia DE LA GEOGRAFÍA COMPARATIVA DE LAS ENFERMEDADES.

a) La sífilis es bastante *frecuente en Guatemala*: 8-10% entre la población que se cree sana; posiblemente. 15 % en el total de la población.

b) La sífilis en Guatemala es una *enfermedad relativamente de poca gravedad para el individuo*. Características típicas: 1°—El accidente primario es raro; 2°—Período secundario relativamente benigno; 3°—Rareza de los periodos terciario y cuaternario; 4°—En 50% de sífilíticos no tratados, las reacciones de Wassermann se volvieron, espontáneamente negativas.

c) La sífilis encierra *muchos peligros para Guatemala*, particularmente desde el *punto de vista demográfico*.

d) Casi un 95% de las mujeres afectadas de sífilis *no saben nada de su enfermedad*, y por tal motivo no han sido tratadas, representan un peligro para su compañero, hijos y vecindario y se hace necesaria una campaña de divulgación y aclaración.

Se necesita una lucha activa contra las enfermedades venéreas' pues no se debería tratar tanto de proteger a los habitantes en el caso de su vida contra las dolencias propias de la vejez, como de salvar ?, la juventud de la sífilis, contribuyendo así a un mejor y no lejano estado, verdaderamente sanitario, de la nación.

R. Alcerro C. hijo.

Choluteca, D. D., Marzo 20, 1943.