

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
U. N. A. H.  
FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDADES VENEREAS MAS  
COMUNES DEL DISTRITO CENTRAL  
SU CONTROL Y TRATAMIENTO EN EL  
DEPARTAMENTO DE VENEREOLOGIA  
DEPENDIENTE DE LA DIRECCION  
GENERAL DE SALUD PUBLICA

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR LA BACHILLER

MARIA SANTOS DE AVILEZ.

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

616.951  
523



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.  
U. N.A. H.

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS.

ENFERMEDADES VENEREAS MAS COMUNES DEL DISTRITO CENTRAL.  
SU CONTROL Y TRATAMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DE VENEREC-  
LOGIA DEPENDIENTE DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD PU-  
BLICA.

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR LA BACHILLER:

M A R I A S A N T O S D E A V I L E Z.

PREVIA OBTENCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.

U. N. A. H.

RECTOR: LIC. CECILIO ZELAYA LOZANO.  
SECRETARIO GENERAL: LIC. VICTOR M. PADILLA.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR. JORGE HADDAD QUIÑONES  
VICE-DECANO: DR. ARMANDO FLORES FIALLOS.  
SECRETARIO: DR. ALFREDO ZAMBRANA.  
PRO-SECRETARIO: DR. GUILLERMO OVIEDO P.  
VOCAL: DR. VIRGILIO BANEGAS M.  
VOCAL: BR. ASDRUBAL RAUDALES.  
VOCAL: DR. FAUSTO J. CRUZ.  
VOCAL: BR. CESAR A. CACERES.  
VOCAL: BR. ROBERTO SOSA.  
VOCAL: BR. GUSTAVO ORDOÑEZ.

=====

## S U M A R I O

- I      Introducción.
- II     Clasificación y Etiología de Enfermedades Venéreas.
- III    Consideraciones generales sobre las Enfermedades -  
Venéreas más comunes del Distrito Central.
  - 1.- Sífilis.
  - 2.- Chancro Blando.
  - 3.- Gonorrea.
- IV     Sistema de control y Tratamiento de dichas Enferme-  
dades Venéreas empleadas por el Departamento de Ve-  
neología, dependiente de la Dirección General de Sa-  
lud Pública.
- V      Gráficas demostrando la incidencia de tales Enferme-  
dades Venéreas durante el año de 1969.

=====

## DEDICATORIA

Con devoción a mi Madre: LUISA VELASQUEZ DE SANTOS, ya fallecida, cuya ausencia aún añoro y cuya presencia hubiere anhelado - en esta fecha.

A mi Padre: CESAR P. SANTOS, con agradecimiento por haber fomentado en mi espíritu y contribuido a la formación de mi carrera.

A mi Esposo: RICARDO AVILEZ MENDOZA: con profundo amor y también con gratitud por estar siempre a mi lado compartiendo los momentos alegres y difíciles de mi vida.

A mi Hijo: RICARDO AVILEZ SANTOS, quién ha colmado de dicha mi hogar , haciéndolo más feliz.

A mis Hermanos: Con mucho cariño.

A mis Tíos: con aprecio.

A mis Primos: con aprecio.

Al Dr. JORGE HADDAD QUINONEZ: quién me dió mucho estímulo en el transcurso de mi vida estudiantil.

Al TRIBUNAL EXAMINADOR: con respeto.

A Mis Profesores.

A mis Compañeros.

Y por último A mis Amistades: con simpatía.

El presente trabajo fué asesorado por el Dr.  
PABLO DIAZ, a quién expreso mi agradecimiento  
y respeto.

=====



## I N T R O D U C C I O N

De una manera semejante a la tuberculosis, cancer, etc, y quizas en una proporción todavía mayor; las Enfermedades Venéreas requieren dentro de un marco de política sanitaria previsoras, medidas especiales de profilaxis y asistencia.

En algunos países como por ejemplo EE.UU. Alemania, etc, se ha regulado la lucha contra este verdadero azote de la humanidad creando medidas y disposiciones legales severas, que desgraciadamente en nuestro país no existen.

En Alemania por ejemplo, la lucha contra las enfermedades venéreas viene intensificándose desde la ley de Febrero del 1929, la cual se basaba en el hecho de que: las enfermedades venéreas afectan a individuos generalmente sanos y proque la difusión del contagio es más facil y segura de impedir que otras enfermedades infecciosas ( como por ejemplo la tuberculosis) y finalmente porque no pueden curarse casi siempre con seguridad.

Al prevenir la difusión de las enfermedades venéreas, debe distinguirse entre la profilaxis " individual" y la "social".

La primera pretende la protección del individuo frente a un contagio, constituyendo la única protección eficaz la continencia total hasta el matrimonio lo cual en nuestro medio es imposible porque comenzando por la juventud, no se abstienen de ingerir bebidas alcohólicas; no se dedican a practicar deportes y sobre todo no hay educación de la fuerza de voluntad y del sentido de responsabilidad.

En cuanto a la profilaxis social: comprende órdenes y disposiciones legales para la protección de la colectividad, todos cuyos intereses deben anteponerse a las del individuo.

Entendiendo que la variedad de relaciones sexuales son la fuente principal de las enfermedades venéreas, se debe dedicar una gran atención a las "prostitutas".

Además de la prostitución denominada pública, vigilada por las autoridades sanitarias, debe prestarse una esmerada atención a la - prostitución clandestina que es mucho más peligrosa. Para la más - amplia comprensión en especial y en general de otras fuentes aisladas de contagio más o menos peligrosas, debe vigilarse por las autoridades sanitarias, como también por los consultorios y dispensarios médicos por ellas instituidas y según datos de las notificaciones de infección, a los sospechosos de enfermedades venéreas y dirigirlos a los puntos adecuados del tratamiento para la comprobación de la enfermedad o para su terapéutica.

Esto debe hacerse de una manera adecuada, primero, por medio de - una citación reservada, por parte de las autoridades sanitarias, o del centro motriz ( Luis Alonso Suazo ) para ser visto por el médico encargado del departamento de Enfermedades Venéreas y cuando ésto no dé resultado mediante la visita de celadores, y si aún - así constituye un fracaso, es decir que no se presente el paciente, debe obligársele por medio de autoridades policiales. Lo mismo debe hacerse con los individuos ya conocidos como enfermos venéreos que son negligentes en la ejecución de su tratamiento.

Un examen anual regular de los niños que acuden a los jardines - de la infancia y a las escuelas elementales, por el médico escolar; no sólo hará que se traten una serie de enfermedades de lúes connatal y algunas veces de gonorrea; sino que en caso de comprobar una sífilis congénita por el examen a fono de los individuos pertenecientes a un círculo de familias más o menos amplio, hará que se descubra una serie de nuevas fuentes de contagio.

Además de una amplia educación de la población sobre la esencia, peligros, tratamiento y prevención de las enfermedades venéreas, así como una preparación sólida de los médicos en el diagnóstico y tratamiento, le corresponden todavía individualmente al médico, para una lucha eficaz las siguientes misiones: investigación cuidadosa sobre las fuentes de contagio tan pronto como compruebe - sin lugar a duda desde el punto de vista clínico, bacteriológico



e inmunobiológico una afección venérea de un enfermo que acuda a él. No sólo debe investigarse el contagio, sino también a las personas que rodean al contagio sobre todo antes de que éste supiera de su enfermedad.- La fuente de infección debe darse a conocer a las autoridades.

Todas estas medidas de enfermedades venéreas permanecen provisionalmente como obra imperfecta podría llamársele a pesar de los continuos éxitos, hasta que en un futuro que es de esperar no sea ya muy lejano, amplias disposiciones legalizadas logren aunque no - una completa extinción, pero sí a lo menos una limitación lo más - adelantada posible de esta peste que esconde en su raíz la fuerza de un pueblo y de toda la humanidad.

En mi trabajo que hoy presento trato de dar: 1) una idea general - de lo que significa las enfermedades venéreas más comunes de este Distrito Central como ser: Sífilis, Gonorrea y Chancro Blando, - para luego explicar su control y tratamiento de las mismas por el Departamento de Enfermedades Venéreas de la Dirección de Salud Pública como también los datos estadísticos correspondientes al año de 1.969.

## CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGIA DE ENFERMEDADES VENEREAS.

Con datos adquiridos del Departamento de Venereología, nos encontramos con la clasificación de enfermedades venéreas, las cuales hasta ahora son:

- 1.- Sífilis.
- 2.- Chancro Venéreo o Blando.
- 3.- Blenorragia o Gonorrea.
- 4.- Linfogranuloma Venéreo.
- 5.- Granuloma Inguinal.
- 6.- Ciertos autores consideran las infecciones a tricomonas vaginales como enfermedad venérea.

### ETIOLOGIA.

Cada una de las enfermedades arriba anotadas tiene su sintomatología propia y por supuesto, su agente infeccioso:

- a) La Sífilis es producida por una espiroqueta llamado Treponema Pallidum.
- b) El Chancro Venereo por el Estrepto-bacilo de Ducrey.
- c) La Blenorragia por la Neisseria gonorrhoeae o gonocócica.
- d) El Linfogranuloma Venéreo (Bubón Climático, Bubón Estrumoso o Linfopatía Venérea) es producida por un organismo grande del grupo de la Psitacosis LGV-Tracoma, que es un virus "filtrable y que para diagnosticarla se debe recurrir a la reacción de Frei o a la demostración de anticuerpos de fijación del complemento contra el grupo de virus linfo-granuloma venéreo-psitacosis; pruebas que son sugestibles pero no muy concluyentes.
- e) El Granuloma Inguinal es producido por el bacilo Donovanama granulomatis.

### S I F I L I S

- A) Consideraciones Generales.

En el programa de control de Enfermedades Venéreas, la contri-

bución del médico general consiste en el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento y en el control posterior del enfermo tratado; porque ningún beneficio se obtiene el someter a centenares de enfermos si ese tratamiento es eficaz; por otra parte aunque el tratamiento usado sea eficaz, no resuelve por sí solo el problema, si los enfermos tratados no son controlados posteriormente y reconocidos los beneficios obtenidos con él.

Si bien es cierto que en este Distrito no se ha logrado una disminución acentuada en la incidencia de la Sífilis, es debido al hecho que en gran parte de enfermos la enfermedad pasa muchos años desapercibida y hasta que la enfermedad ha sido transmitida a otras personas o hasta que el enfermo presenta lesiones clínicas aparentes, es cuando el médico se cerciora de la presencia de dicha enfermedad; por lo que se puede decir que tanto, el médico como el paciente son los culpables en el fracaso del diagnóstico precoz de la enfermedad.

Para evitar dicho fracaso el médico debe tener en cuenta: el diagnosticar correctamente al enfermo con lesiones sifilíticas, ya que dichas lesiones son tan variadas que pocos médicos puedan reconocerlas clínicamente en su totalidad; en buscar el paciente sifilítico sin lesiones activas aparentes o bien tener en cuenta el hecho de que la sífilis puede imitar o ser imitada tan perfectamente por otras enfermedades que el diagnóstico clínico es literalmente imposible.- Por lo que el médico debe tener siempre presente:

- 1.- Aumento del Índice de sospecha.
- 2.- Insistir en que aún para el experto el diagnóstico clínico de sífilis es difícil; que es más fácil sospecharla que confirmar el diagnóstico.
- 3.- Que una vez sospechada desde el punto de vista clínico es muy fácil confirmar el diagnóstico con la ayuda de examen serológico.

- 4.- Que en enfermos sifilíticos no tratados el examen serológico es certero en un 90-95% aproximadamente.

#### Definición.

Es una infección granulomatosa aguda y crónica, venérea, contagiosa ocasionada por el *treponema pallidum*, microorganismo que puede afectar cualquier tejido u órgano del cuerpo humano; dicho microorganismo no puede conservarse en seco, incluso en ambiente líquido no sobrevive más que algunas horas fuera del organismo huésped; por lo que para que se produzca la infección los microorganismos tienen que ser transmitidos de hombre a hombre, de manera directa y por un vehículo líquido; siendo el coito uno de los que proporciona una de esas condiciones de transmisión de sustancias líquidas infectadas.

Pero no solo los genitales son los únicos órganos susceptibles de infectarse; cualquier forma de contacto íntimo del organismo puede contagiar la sífilis si con el se realiza la transmisión de dicha sustancia líquida infectada como por ejemplo: el beso.

La transmisión indirecta de la infección es rara y requiere un rápido contacto entre el huésped, el objeto y el sujeto susceptibles: ejemplo de ello son: el manejar instrumentos quirúrgicos recién infectados; el feto de una mujer sifilitica puede infectarse en el útero por intermedio de la placenta.

#### Clasificación de la Sífilis.

En uno de los Congresos de Venereología de Centro América y Panamá, se dió una nueva clasificación de la sífilis, aboliendo la anterior que dió lugar a muchas conjeturas la cual eran sífilis - primaria, secundaria, terciaria, etc.

La actual clasificación es la siguiente:

- 1.- Sífilis Congénita:
- 2.- Adquirida. Ambas se dividen en: (a) Reciente. y (b) Tardía. y éstas a la vez en sintomáticas y asintomáticas.

La Sífilis Congénita reciente se considera hasta la edad de dos años y durante ese período las manifestaciones en sintomática y asintomática. La sífilis congénita latente desde esa edad en adelante y luego sintomática o asintomática considerando siempre sus manifestaciones.

La sífilis adquirida reciente desde el momento que se diagnostica el chancro (hallazgo del treponema pallidum en campo obscuro) hasta los cuatro años; teniendo por supuesto en cuenta las manifestaciones de la enfermedad durante la etapa sintomática o asintomática; para lo cual se ha tomado como base la edad de dos-cuatro años, porque se ha demostrado que en ese lapso es cuando la enfermedad presenta sus manifestaciones generales más acentuadas después de lo cual pasa a sífilis inaparente o escondida.

También se pueden individualizar ciertas formas de sífilis como ser: sífilis cardiovascular, del sistema nervioso central, del embarazo, etc.

Máximas de Diagnóstico.

Sífilis Congénita.

La práctica del examen serológico de rutina en toda mujer embarazada, ya sea que pertenezca a una clínica privada o no, se justifica por el hecho de que cuando la sífilis se diagnostica al principio del embarazo se puede evitar la transmisión de la enfermedad al feto.

Como el número de madres sífilíticas tratadas durante el embarazo cada vez es mayor; la incidencia de sífilis congénita es cada día mas rara y la infección sífilítica en el infante es más bien un problema de diagnóstico de laboratorio que clínico.

Puntos Fundamentales.

Los puntos fundamentales para reconocer la sífilis congénita son:  
1.- Debe sospecharse la infección en todo recién nacido hijo de madre sífilítica conocida ya sea que esta haya sido tratada o nó -

antes o durante el embarazo.

En estos casos debe hacerse:

- a) Examen de campo oscuro del raspado de la pared de la vena umbilical.
- b) Examen radiográfico de los huesos largos a las dos semanas de vida.
- c) Examen serológico cuantitativo a las dos semanas de vida.
- d)
- d) Si todos los exámenes son negativos se debe continuar controlando al niño por medio de exámenes serológicos uno cada mes durante seis meses y uno cada seis meses por dos años.

2.- Debe sospecharse la sífilis en:

- a) Niños pequeños con peso subnormal, desnutridos y que no aumentan de peso en forma normal.
- b) Cuando presentan erupciones cutáneas mas o menos generalizadas y sin causa aparente.
- c) Al presentar pseudo-parálisis.
- d) Con catarro nasal persistente.

3.- En niños mayores o sea infantes y adolescentes debe sospecharse la sífilis congénita al presentar:

- a) Sordera.
- b) Ostiomielitis.
- c) Queratosis intersticial.
- d) Hidrartrosis de la rodilla.
- e) Dientes permanentemente defectuosos.

#### Sífilis Adquirida.

1.- Cualquier lesión o úlcera genital del hombre o mujer debe considerarse como lesión sifilitica mientras no se demuestre lo contrario.

2.- Cualquier lesión o úlcera indolora localizada en cualquier parte del cuerpo ( especialmente en los labios, bucofaringe,



dedos) y que no se haya cerrado en un período de unas dos semanas puede ser una lesión sifilitica.

- 3.- El diagnóstico de sífilis es un diagnóstico de laboratorio y no de la clínica.
- 4.- Nunca debe hacerse un tratamiento local de lesiones sifiliticas sospechosas sino hasta que se hayan obtenido varios exámenes de campo obscuro.
- 5.- Nunca se debe dar tratamiento sifilitico al sospechar la sífilis debe confirmarse el diagnóstico.
- 6.- Es muy importante hacer el diagnóstico rápido.

E) Pruebas de Laboratorio para el Diagnóstico de la Sífilis.

Las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis son:

- 1.- La prueba serológica para la sífilis que es eficiente en un 95% en la cual se puede demostrar:
  - a) El organismo causal.
  - b) Producido en el organismo de una substancia parecida a un anticuerpo y llamado Reagina que se puede demostrar por medio de la prueba de fijación del complemento o prueba de Wasserman, o por la prueba de precipitación o floculación (VDRL) (KAHN)!

2.- Examen de Líquido Céfaloraquídeo.

Demostración del organismo causal.

El Treponema Pallidum es el organismo causal de la sífilis que vive y se desarrolla en la mayoría de los órganos, con más frecuencia en los lugares húmedos, anaerobios y calientes.

El Treponema Pallidum fué descubierto por medio de coloración - giensa que toma un color rojo pálido, pero ha quedado en desuso en la práctica.- Actualmente, da buen resultado los métodos negativos o de contraste como el método de Burri con tinta china y para las preparaciones histológicas el método de la impregnación argen-

tica de Labaditi.

Landsteiner y Mucha idearon el Método de Examen en campo obscuro que ha sido muy útil para el especialista tanto para fines clínicos como por ser fácil de practicar y de mejores resultados que otros métodos, debido a que se puede ver vivo el *treponema pallidum*; el resultado de la prueba se hace en poco tiempo y el material necesario para llevarla a cabo es un microscopio corriente y una fuente luminosa intensa, pero debe colocarse en un lugar del depósito de iluminación de Abbe uno de los llamados condensadores de campo obscuro la lente de inmersión para evitar los rayos periféricos, teniendo que ir previsto de un diafragma en forma de embudo, o de un diafragma Iris.

La base del campo obscuro está constituida en hacer visibles partículas invisibles, como ser partículas de polvo en una habitación cerrada que penetre un rayo luminoso. El condensador de campo obscuro está constituido de tal manera que los rayos luminosos por medio de un sistema de superficie **reflejantes** enciden lateralmente en la preparación; por lo que los componentes corpusculares que nadan en el líquido de la preparación que se examina, como glóbulos rojos aparecen brillantes a causa de la reflexión total de los rayos luminosos en el campo visual negro. Estos se realizan depositando una pequeña gota de serosidad producida por irritación sobre un porta objetos y aplicando un cubre objetos sobre el condensador se colora para producir un índice de igual refracción una gota de agua; lo mismo se hace sobre el cubre objeto, pero lo que se podrá obtener la presencia de *treponema pálido* y el reconocimiento morfológico de las espiroquetas.

Dada la importancia del campo obscuro debe hacerse:

- 1.- Examen de campo obscuro del líquido seroso obtenido de la superficie de la lesión, llamándosele a ello serosidad de irritación, teniéndose que repetir por lo menos durante tres días sin aplicar tratamiento local.

2.- Si al hacer el campo obscuro con líquido seroso de la superficie de la lesión es negativo, se debe hacer el examen con la serosidad obtenida de la base de la lesión; o se debe practicar examen de campo obscuro con lo obtenido por aspiración de los ganglios linfáticos regionales.

### Reagina.

Se llama Reagina al anticuerpo no específico que produce el organismo infectado, reacciona por supuesto en presencia del antígeno. Este anticuerpo es el que se busca en los exámenes de laboratorio para diagnosticar la sífilis.

Se ha considerado a la reagina como una gamma globulina del suero de la sangre; siendo su fuente de producción el sistema Retículo Endotelial, y localmente en las lesiones sifiliticas. La reagina aparece alrededor de una semana después de la aparición del Chancro. (aproximadamente 4 semanas después de la infección y llega al máximo cuando aparecen lesiones en el organismo).

La reagina se puede demostrar por dos reacciones: cualitativa y cuantitativa.

La primera nos indica solamente que en el organismo del enfermo hay o no reagina. Su presencia o ausencia se expresa por palabras: positivo, dudoso, negativo, por signos: 0, -, +, que indican negativo, más, menos, una cruz, dos, etc.

La reacción cuantitativa indica que la cantidad de reagina que existe en el suero sanguíneo se puede medir por varias técnicas de laboratorio. Esta medición se expresa no por signos o vocablos como la primera, sino por unidad.

El método más común consiste en dilución en serie del suero del paciente en este método se usa una serie de tubos en los cuales la cantidad de suero a examinar varía progresivamente. Esta dilución se lleva a cabo por transferencia de una cantidad igual de la mezcla a partes iguales del tubo número uno al dos, y así sucesivamente utilizándose hasta 17 de ellos. Si la reacción es posi-

tiva solamente en el primer tubo y negativa en los 16 restantes, se dice que el suero contiene solo una unidad de reagina; si la reacción es positiva del primero al octavo inclusive, se dice - que es positivo en 128 unidades de reagina (1,2,3,4,8,16,32,64, 128).

Este sistema es el más usado exceptuando el método de Kahn cuantitativo que es más o menos igual al anterior solo que la dilución - positiva obtenida la multiplica por 4, ejemplo: Una reacción positiva 1: 16 es multiplicada por 4 en informada como 64 unidades - Kahn.

#### Líquido Céfaloraquídeo.

Es de suma importancia el examen del líquido céfaloraquídeo en el diagnóstico de la neurosífilis. Para ello deben hacerse exámenes repetidos para demostrar la progresión o regresión de un proceso sífilítico en el sistema nervioso central.

El examen debe hacerse lo más tarde una hora después de la punción. El treponema pallidum es uno de los pocos que pueden penetrar la barrera meníngea con facilidad; dicho examen de líquido céfaloraquídeo debe incluir: numeración celular, dosificación de proteínas, fijación del complemento y prueba coloidal.

## G O N O R R E A

### Consideraciones Generales y Frecuencia.

La Gonorrea es la enfermedad más frecuente y por su difusión constituye un grave peligro para la salud pública y a la vez que una carga onerosa para la economía nacional.

La frecuencia de la gonorrea se halla influenciada por diversos factores como son la cultura, civilización, higiene, densidad de población y movimiento demográfico, comercio, condiciones económicas, sociales, etc.

En contraste con la sífilis la gonorrea no ha experimentado nin-

na disminución persistente.

El contagio ocurre en la mayor parte de los casos entre los 20 y los 30 años, y en la mujer antes que en el hombre, sin embargo en estadísticas se puede observar que el hombre ocupa el primer lugar, esta desproporción se explica por el hecho de que en el 50% de mujeres con gonorrea pasa ésta inadvertida a causa de lo insignificante de los síntomas y molestias.

Sólo a consecuencia de una denuncia como fuente de contagio o de complicaciones ulteriores llega el caso a conocimiento del médico y es tratada la enferma y aún entonces si no existe lesión en actividad sólo se logra el diagnóstico después de una investigación a fondo previo uso de los medios de provocación disponibles.

Por ello y a consecuencia del curso extraordinariamente crónico una mujer insuficientemente tratada puede contagiar a un gran número de hombres.

La gonorrea constituye una enfermedad grave por sus complicaciones, ya que a causa de la artritis puede conducir a deformaciones; por adherencias en los genitales internos o largos padecimientos y con motivo de endocarditis, septicemia o análogos padecimientos puede incluso producir la muerte, además algunas secuelas de la gonorrea como los abscesos de la próstata, las estenosis uretrales, salpingitis, etc, pueden ser origen de graves afecciones, aún decenios después del contagio.

#### Definición y Modo de Transmisión.

Es una enfermedad infecciosa de duración más o menos autolimitada, producida y mantenida por el gonococo, microorganismo que tiene afinidad para el epitelio columnar y de transición, por lo tanto la enfermedad se limita a los órganos en que se encuentra esos tejidos.

La blenorragia en el varón y en la mujer, defiere en su evolución



gravedad y facilidad de identificación.- Su transmisión se verifica en la mayoría de los casos de individuo o individuos, o sea directamente y casi siempre por contacto sexual. La infección mediata como por ejemplo por baños, prendas de aseo es excepcional y se toma en consideración tan solo en niños pequeños y muy excepcional en mujeres.

En los varones aparece generalmente la gonorrea en el término de 3 a 9 días después del contagio, un escurrimiento purulento amarillo, denso de la uretra anterior, la infección puede extenderse a la uretra posterior y tras un intervalo variable se produce epididimitis, prostatitis, artritis y endocarditis.

En las mujeres el trastorno se produce en tres fases: la.) la fase inicial en la que pocos días después de la exposición se produce uretritis o cervicitis a veces tan leve que pasa desapercibida. 2o) La fase de invasión pélvica que generalmente se produce durante el primero, segundo u otro período menstrual después del contagio, con síntomas leves o graves de salpingitis o de peritonitis - pélvica y 3o.) la fase de infección residual y a menudo crónica.

#### Agente causal y formas de evidenciarlo.

El agente causal de la gonorrea es el gonococo, que fué descubierto por Neisser en 1879, son diplococos es decir existen siempre - dos cocos en forma de grano de café con sus caras planas o concavas frente a frente; no presentan ningún movimiento propio y se multiplican por división en el mismo plano y en forma de césped. Son extraordinariamente sensibles a la desecación y a las elevadas temperaturas; en tanto que el frío es mucho mejor soportado por ellos; en objetos húmedos los gonococos persisten durante horas y días con capacidad de subsistir.

En las preparaciones microscópicas los gonococos son fáciles de reconocer cuando son numerosos y cuando no existen otras bacterias. Es característico en ellos la forma de diplococo, su tamaño y la coloración en cúmulos especialmente en el interior de los -



leucocitos polinucleares neutrófilos.

En el pus de una uretritis gonocócica en el hombre, los gonococos aparecen en gran número y casi en cultivo puro basta por lo tanto la coloración con el azul de metileno.

En las blenorragias antiguas y especialmente en los frotis procedentes de los genitales femeninos, el diagnóstico ofrece grandes dificultades, pues de una parte los gonococos en caso de presencia de otras bacterias se multiplican escasamente y por otra parte algunos microorganismos como por ejemplo: Meningococos presentan una forma muy parecida a la del gonococo; por lo que aún cuando la posición intracelular vale en favor del gonococo, el diagnóstico sólo será facilitado por la coloración de Gram; en caso de resultado dudoso debe repetirse la investigación o practicar un cultivo.

#### Coloración de Gram.

El pus que se ha de examinar, se extiende en capa lo mas delgada posible sobre un porta objetos, secada al aire; fijado brevemente a la llama; una vez fijado la extensión es recubierta con una solución de violeta de genciana en agua de anilina o de la solución inalterable al 10% de violeta de genciana fenicada por 2 1/2 minutos, se deja actuar la solución de lugol (yo-yoduro potásico) por un minuto; luego de coloración con alcohol absoluto hasta que no se desprenda colorante, lavado en agua y luego se vuelve a teñir con solución al 10% de fucsina feniácida durante 10-20 segundos. Los gonococos son Gram-negativos si se decoloran con la primera parte del método de Gram, por lo tanto aparecen en la preparación coloreados de rojo por la fucsina resaltando sobre el resto del campo.

#### Cultivo.

El gonococo puede cultivarse sin dificultad en medios altamente alcalinos y conteniendo proteínas. Con mayor frecuencia se emplea el agar ascitis, agar suero sanguíneo y también bajo una atmósfe-

ra de anhídrido carbonico. Es especialmente favorable a su desarrollo una temperatura de 37°C, bajo la acción prolongada de temperatura de 40,41° los gonococos mueren. En los cultivos los gonococos constituyen grñs blancas, transparentes, pequeñas que a lo largo de la línea de siembra confluyen en una banda dentada; pronto no obstante muestran formas de degeneración y se deja notar la ausencia típica del gonococo.

El cultivo del gonococo en un laboratorio bien instalado es una forma de investigación que se ejecuta sin dificultad.

El valor del cultivo consiste en proporcionar además de la investigación por coloración, un segundo medio para la determinación de los gonococos; de tal importancia que un cultivo constituye una demostración absolutamente segura; mientras que la investigación de los frotis sólo está expuesta a mayores errores dentro del campo de las posibilidades.

#### Síntomas de la Gonorrea.

Por motivos anatómicos, determinados puntos del organismo son más receptibles que otros: entre los primeros tenemos la uretra y las glándulas que están en conexión con ellas, los conductos excretores de las glándulas de Bartolin, el cérvix, útero, las trompas, el recto, la conjuntiva y la mucosa vaginal infantil. Son poco receptibles la vejiga, los uréteres, pelvis renal, vulva y vagina de la mujer adulta, nariz, boca, piel y ganglios linfáticos. En caso de diseminación por vía hemática son afectadas con la mayor frecuencia las articulaciones, las vainas tendinosas y el iris.

Por lo anteriormente dicho, puede dividirse la gonorrea en dos grupos: gonorrea en el hombre y gonorrea en la mujer.

#### Gonorrea en el Hombre.

La gonorrea invade al hombre a través de la uretra o sea que la uretritis es producida por la inoculación de los gonococos en la mucosa uretral a causa del contacto sexual como el músculo ocu-

sor o esfínter de la uretra (constituido por fibras estriadas) divide la uretra masculina en dos partes: Uretra anterior que es de 14 cms. de longitud y Uretra posterior que tiene una longitud de 4 cms. se puede dividir la uretritis en: uretritis anterior y uretritis posterior.

En la primera el período de incubación es de 2-3 días, generalmente, sus manifestaciones sobre todo si es la primera afección sufrida se caracteriza por: sensación de cosquilleo uretral y prurito en la punta del glande, el meato está con frecuencia enrojecido, tumefacto y con sus labios pegados y al comprimir la uretra se exprime una secreción escasa, acuoso opalina, progresivamente el flujo se hace mucoso lechoso y luego purulento amarilló-verdoso y espeso (estadio purulento) fluye espontáneamente del meato urinario o puede exprimirse sin dificultad; posteriormente el cosquilleo y prurito ceden el puesto a una sensación más quemante y dolorosa al orinar que un caso de inflamación muy acentuada se hace tan insoportable que al orinar, el enfermo sufre una sensación como si oprímiese la uretra con finos fragmentos de vidrio.

La intensa tumefacción de la mucosa hace con frecuencia que el chorro de la orina sea delgado, incluso algunas veces se produce un ectropión del meato.

En caso de inflamaciones más intensas se produce una mezcla con sangre, secreción pardo negruzca (gonorrea hemorrágica).

Las erecciones dolorosas especialmente durante la noche pueden molestar extraordinariamente al enfermo.

Las manifestaciones de la uretritis anterior persisten en general durante dos semanas; después la supuración disminuye haciéndose lechosa y finalmente tan limitada que sólo por la mañana puede exprimirse una gota del meato, como estado residual de una uretritis quedan en la orina durante largo tiempo los denominados filamentos de la blenorragia (su producción se explica por la -

precipitación de la secreción mucosa alcalina adherida a la pared de la uretra por la orina ácida).

#### Uretritis posterior.

En más de la mitad de los casos, generalmente en la 3a. semana - del contagio inicial la uretritis anterior se propaga a la uretra posterior, determinando la uretritis total.

La mejor característica es la intensa necesidad de orina incluso con la vejiga moderadamente llena. La evacuación de la orina puede ser tan dolorosa que se convierte en tenesmo y rara vez en retención de orina; a veces el chorro de la orina es interrumpido - y al final de la micción aparecen dolores.

Es característico que un caso de afección tumultuosa de la uretra posterior la secreción de la anterior cesa con frecuencia - súbitamente.

#### Diagnóstico de la Localización.

El diagnóstico de localización, es decir para saber si es uretritis anterior o posterior se puede establecer mediante la prueba - de los dos vasos: la orina de la mañana o cuando menos la orina - retenida durante varias horas es evacuada en dos vasos: en el primero unos 50cc. el resto en el segundo vaso; si solo existe una uretritis anterior la primera porción de orina contiene la totalidad de la supuración, siendo por lo tanto turbia mientras que la segunda porción debe ser clara.

En la Uretritis posterior la primera porción de orina contiene - tanto el pus formado en la uretra anterior como en la posterior y la secreción de ésta vierte hacia la vejiga, no obstante, también la segunda porción es más o menos turbia según la abundancia del pus formado en la uretra posterior.

#### Gonorrea en la Mujer.

La estructura de los genitales femeninos favorece la diseminación y colonización de los gonococos en el útero, trompas y ovarios, -

como consecuencia son frecuentes alteraciones importantes de los anexos que pueden producir graves afecciones.

También en la mujer, determinados órganos del aparato urinario o genital son más receptibles para la infección que otros.

Se hallan predispuestos: la mucosa uretral, las glándulas de Bartolino, el útero, las trompas, el tejido de parametrio y perimetrio y los ovarios; son poco propensas la vejiga y; en la mujer adulta la vulva, siendo la vagina la menos receptible.

El contagio ocurre en la inmensa mayoría de los casos por el contacto sexual.

Las primeras manifestaciones pasan con frecuencia inadvertidas - en la mujer pues solo producen molestias escasas; la gonorrea - evoluciona de una manera sorprendente cuando el contagio coincide con la desfloración.

MAXIMAS DE DIAGNOSTICO DE LA GONORREA EN LA MUJER.

<u>Localización.</u>	<u>Modo de exploración</u>	<u>Síntomas.</u>
Uretra.	Expresión de la uretra desde la vagina.	Secreción purulenta, ardor al orinar, meato urinario enrojecido, sensación de prurito.
Conductos de Skene.	Exprimir desde la vagina.	Pueden expresarse gotas de pus, orificio de entrada con enrojecimiento inflamatorio
Glándulas de Bartolino.	Palpación de los labios menores con los dedos.	<u>Agudas:</u> saco de pus, muy doloroso, manifestaciones generales. <u>Crónicas:</u> Mácula gonorreica, pueden expresarse gotas de pus, glándulas aumentadas de tamaño.
Vulva.	Inspección.	Eczema inflamatorio con erosiones, intertrigo.
Vagina.	Espéculo.	Mucosa fuertemente enrojecida y tumefacta, nódulos aterciopelados, secreción purulenta muy dolorosa.

Sigue .....



---

Cuello, Utero, Anexos.	Espéculo, Palpación bi- manual.	Hocico de tenca enroje- cido, ero- sionado, se- creción puru- lenta del - conducto - cervical, me- trorragias - con frecuen- cia intensas alteraciones locales y - manifesta- ciones gene- rales.
------------------------------	------------------------------------	--

---

#### CHANCRO BLANDO

(Chancro de Cancer: Ulcera que devora)

#### Etiología.-

El agente causal del chancro blando es el estrepto-bacilo de -  
Ducrey-Unna que fué descubierto en 1889 por Ducrey y comprobado  
por Unna. Este microorganismo parece dispuesto en cadenas y en  
caso de distribución típica en forma de manadas de peces.

La transmisión del estrepto bacilo se efectúa casi de una manera  
directa de hombre a hombre en la mayoría de los casos por vía -  
genital; a causa de ello el chancro blando se incluye entre las  
enfermedades venéreas.

Los bacilos de Ducrey-Unna pueden mantenerse con vida en los ge-  
nitales femeninos totalmente sanos, durante muchos meses, lo que  
permite el contagio por medio de mujeres sanas, pero portadoras  
de bacilos. Con mucha frecuencia las prostitutas constituyen la  
fuente de contagio especialmente cuando la limpieza de los geni-  
tales dejan algo que desear. (sucios) .

### Sintomatología.

El período de incubación es corto, por término medio es de uno a 3 días, En el punto de entrada del estrepto bacilo se desarrolla una papúla inflamatoria del tamaño de una cabeza de alfiler, a las pocas horas se convierte en pústula.

Luego esta pústula se abre, convirtiéndose en una úlcera plana de bordes cortados, en cuyo fondo ( de la úlcera aparece una granulación tuberosa).

Entre las mejores características del Chancro blando están: su blandura y la sensibilidad dolorosa al contacto. Su curso es muy prolongado; es muy raro que presente regresión, si no se ha dado tratamiento; y al darlo como es una úlcera, cura siempre con cicatriz.

La localización del chancro blando tiene lugar en la mayoría de los casos en los genitales y en su contorno. En el hombre puede presentarse en la uretra y en la mujer en el cuello del útero.

Las infecciones extragenitales ( que son raras) se localizan en los dedos o en la cabeza.

El chancro blando persiste siempre como afección loca, limitada al punto de inoculación y a los ganglios linfáticos regionales correspondientes.

### Bubón.

Los estreptobacilos, pueden penetrar los vasos linfáticos aferentes y producir una linfangitis inflamatoria en forma de cordón, con aspecto de nódulos.

En uno o varios puntos del vaso linfático enfermo, sobre todo en las válvulas, se forman nódulos inflamatorios como del tamaño de una avellana o de una nuez, que se reblandecen y que se abren hacia afuera ( Bubónolo) La úlcera que entonces se produce puede hacerse chancrosa y mostrar todas las características de chancro blando.

Con mayor frecuencia se produce una inflamación de los ganglios linfáticos (Bubón) cuyos primeros signos son: dolores espontáneos y provocados y una tumefacción de los ganglios linfáticos regionales. Luego esta inflamación va en aumento, la totalidad de los ganglios se fusionan en paquete, la piel se adhiere al paquete ganglionar y se vuelve roja y edematosa.

Es excepcional la regresión del bubón sin supurar. Generalmente la piel que recubre los ganglios linfáticos se hace cada vez más delgada, puede hacer una fluctuación en uno o más puntos y finalmente el pus se abre al exterior. La úlcera que entonces se forma cura solo lentamente. Muchas veces toma las características de chancro blando y se hace chancrosa.

#### Diagnóstico de Chancro Blando.

El cuadro bien caracterizado del chancro blando, hace fácil su diagnóstico.

Si diagnóstico se puede hacer:

- 1.- Por medio de la investigación del estrepto bacilo, pero posee solo una significación dudosa para el establecimiento del diagnóstico.
- 2.- Por medio de cultivo, pero también tiene un valor limitado.
- 3.- Por medio de autoinoculación. Para lo cual se hace una incisión muy superficial de la piel del abdomen o del muslo; se le fricciona una pequeña cantidad de la secreción de la úlcera dudosa y el punto de inoculación se reviste de un vendaje con un vidrio de reloj. En caso de haber estrepto bacilos se desarrolla después de 24-48 horas un pequeño chancro blando, en el que se logra la demostración del agente causal.

SISTEMA DE CONTROL Y TRATAMIENTO EMPLEADOS POR EL DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES VENEREAS DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA.

Consideraciones Generales: La inexistencia de un programa de lucha antivenérea en el país y consecuentemente el incompleto registro de los casos, impide enjuiciar debidamente la magnitud de este problema de Salud. - El incremento cada vez mayor de las enfermedades venéreas en el momento actual incluso en aquellos países que cuentan con servicio muy desarrollado, justifica la importancia de conocer de la manera más exacta posible el desarrollo de un programa mínimo de actividades.

LOS OBJETIVOS PRIMORDIALES PARA CONTROL Y TRATAMIENTO SON:

- 1) Establecer control periódico por medio de examen físico a por lo menos un 80% de las prostitutas que ejercen en el área capitalina.
- 2) Proveer profilaxis venérea al mismo número de prostitutas.
- 3) Dar educación higiénica a las prostitutas controladas en el servicio.
- 4) Dar tratamiento y control a todos los pacientes de enfermedad venérea que soliciten el servicio y a los que sean referidos de otras instituciones.
- 5) Dar educación higiénica a los pacientes concurrentes a la clínica y al público en general.

Para lograr todos estos objetivos, las enfermeras visitan a los enfermos varones y mujeres honrados para hacer las averiguaciones de sus contactos y un agente sanitario se encarga del control de las prostitutas.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS.

En el Departamento de Enfermedades Venéreas dependiente de la Dirección General de Salud Pública donde ha tenido la oportunidad -

de ver y observar casos de sífilis en sus diferentes formas he constatado que el PAM es útil dando sorprendentes resultados en las formas recientes sintomáticas.

En la latencia solo nos atenemos la mayoría de las veces al examen serológico ( y el clínico) ya que el LCR por razones que no vienen al caso enunciar no se practica, ni el estudio radiológico, exigimos además del examen cualitativo el cuantitativo que ayudados con cuadro especial nos ayudan a darnos cuenta del resultado del tratamiento.

Se tropiezan a menudo con reacciones positivas falsas biológicas en esos casos, si no hay sospechas de sífilis se les repite el examen hasta por tres veces, basados en que las positivas falsas se caracterizan por: a) Bajo o nulo el número de unidades en los exámenes cuantitativos ( de los cuales tenemos varios centenares que hemos visto), (b) Su duración es temporal. Muchas enfermedades como lepra, paludismo, vacuna, etc. dan estas reacciones.

#### Sistema de control y tratamiento de Sífilis en el Departamento de Enfermedades Venéreas de la Dirección General de Salud Pública.

En el Departamento de Enfermedades Venéreas se ha hecho el diagnóstico de chancro duro ya sea el encontrar en el primero o en el segundo tubo de ensayo el treponema pallidum, o se hace hasta tres veces para descartar. Para evitar que el enfermo abandone la clínica o haya una infección concomitante se le dá sulfadiazina por vía oral que no tiene acción sobre Treponema Pallidum y sí sobre el Ducrey se aconseja que no se ponga desinfectante en la lesión que está en investigación.

Una vez hecho el diagnóstico de chancro sífilítico inmediatamente se le inyecta la paciente 2.400.000 U. de PAM (Penicilina en aceite con monoestearato de aluminio) recomendándose que regrese el tercer día para nuevo frotis y seguirlo tratando.

Al regresar el paciente se le hace nuevo examen de campo obscuro en el que casi siempre no se ha encontrado el treponema pallidum

lo que marca la pauta de la importancia del diagnóstico y tratamiento. Después se sigue controlando su sangre para descartar - en el transcurso del tiempo posibles manifestaciones. Durante el período de chancro y manifestaciones secundarias el paciente es altamente contagioso, pero el tratamiento es muy eficaz, pero la mayoría de estos enfermos no acuden a consulta médica y si no - los encontramos para tratarlos son un foco de contagio, sobre - todo en aquellos con quiénes tienen relaciones íntimas.

Cuando uno de estos pacientes es descubierto hay gran necesidad de buscar sus contactos; es decir aquellos con quiénes han convivido y si es posible hasta otros enfermos de la misma cadena epidemiológica y verificar lo dicho en las bases para el diagnóstico de sífilis.

El tratamiento con PAM se hace por recomendación de los diferentes Congresos de Venereología que se han llevado a cabo en Panamá y que se dejará de usar hasta que no se encuentre una nueva - medicina que dé mejores resultados.

#### ESQUEMA DE TRATAMIENTO

En este trabajo sólo se hace alusión empleando PAM

<u>Tipo de Sífilis.</u>	<u>Esquema de tratamiento.</u>
Reciente sintomática:	( Se puede aplicar el esquema "A" o el "B") ESQUEMA A: 2,400.000 U. como primera dosis. Después dos inyecciones más, una cada tres días, de : 1.200.000 U; c/u dosis total:3.800.000 U. aplicadas en 3 inyecciones durante 7 días. ESQUEMA B: 2.400.000 U. como - primera dosis. Después cuatro inyecciones de 600.000 U. cada una, aplicada cada 2 ó 3 días. Dosis total: 4,800.000 U. aplicadas en 5 inyecciones durante 9-13 días.



LATENTE: (Reciente y Tardía)  
y Tardía Sintomática Benigna.  
(Huesosa, Cutáneo-mucosa, Vis-  
ceral, etc.)

(Se puede aplicar el esquema "C"  
o el "D")

ESQUEMA C: Diez inyecciones, una  
diaria, de 600.000 U. c/u.

Dosis total: 6 millones de U. apli-  
cadas en diez inyecciones durante  
10 días.

ESQUEMA D: 2.400.000 U. como pri-  
mera dosis. Después tres inyeccio-  
nes más, una cada tres días de  
1.200.000 U.

Dosis total: 6 millones de U. apli-  
cados en cuatro inyecciones duran-  
te 10 días.

#### SIFILIS DURANTE EL EMBARAZO.

Para iniciar el tratamiento se to-  
mará en cuenta la edad del embara-  
zo.

Durante el 1o. ó 2o. trimestre: -  
Aplicar el esquema C ó D. según -  
las facilidades que presente la  
enferma para su control. Durante -  
el 3er. trimestre: Aplicar el es-  
quema C y de preferencia el D.  
Durante los últimos días y traba-  
jo de parto.

ESQUEMA E: 2.400.000 U. como pri-  
mera dosis. Después si el parto no  
ha sucedido, al 5o. día de aplicar  
otra dosis igual. Si el parto ya -  
se verificó, continuar el trata-  
miento de la madre de acuerdo con  
su diagnóstico y estudiar el re-  
cien nacido. No es necesario apli-  
car un nuevo tratamiento en cada -  
uno de los embarazos, de la madre:

a) No presenta manifestaciones -  
clínicas o signos de infección -  
activa sifilítica, (b) tiene una  
serología negativa o bien positi-  
va de título bajo. (c) Si el úl-  
timo niño no presenta ningún sig-  
no de sífilis y (d) si es posible  
tenerla bajo vigilancia médica -  
durante el embarazo. Los niños -  
que nazcan de estos embarazos en  
los cuales deliberadamente no se  
aplicó tratamiento antisifiliti-  
co deberán ser observados cuida-  
dosamente.

CONGENITA RECIENTE.

( Se puede aplicar esquema "F"  
o "G")

ESQUEMA F: diez inyecciones, una diaria de 30.000 U. por kilo de peso cada una. Dosis total: 300.000 U. por kilo de peso aplicada en diez inyecciones durante 10 días.

ESQUEMA G: Seis inyecciones a razón de una cada 3 días de 50.000 U. por kilo de peso c/u.

Dosis total: 500.000 por kilo de peso aplicadas en seis inyecciones durante 15 días.

CONGENITA TARDIA.

Niños hasta 20 kilogramos de peso: diez inyecciones una diaria o cada tercer día de 300.000 U. por K/p. cada una. Dosis total: 300.000 U. por k/p. aplicadas en diez inyecciones.

Niños mayores de 20 kgms: diez inyecciones una diaria a cada tercer día de 600.000 unidades cada una. Dosis total: seis millones de unidades aplicadas en 10 inyecciones. Si se prefiere, puede emplearse el esquema "D".

CARDIOVASCULAR:

En pacientes bien compensados: se aplicará una dosis total de 6-10 millones de U. en inyecciones diarias o a razón de dos por semana de 600.000 U. c/u. para disminuir las remotas posibilidades de la reacción de Herxheimer o del tratamiento paradójico es aconsejable aplicar previamente tres o cuatro inyecciones una por semana, de 20 centigramos de subsalicilato de bismuto c/u.

Si hay descompensación: Los cuidados médicos generales, el reposo en cama y la digitalización constituyen lo más importante por el momento.

---

NEUROSIFILIS.

Se recomienda una dosis total de 6 a 12 millones de U. en inyecciones de 600.000 U. aplicadas diariamente o cada tercer día, o bien inyecciones de 1.200.000 cada 3 días. Será conveniente empezar el tratamiento con tres o cuatro inyecciones bismúticas como en sífilis cardiovascular.

---

Después de que el enfermo se le ha hecho su tratamiento correspondiente hay necesidad de seguirlo observando y estudiándolo clínicamente para: (a) Investigar si hubo cicatrización de las lesiones abiertas y alivio de los síntomas, (b) comprobar si hay reaparición de manifestaciones clínicas de sífilis. (c) Descubrir si hay nacimiento de un niño sífilítico.

En cuanto a serología, (a) si la cantidad de reagina va disminuyendo normalmente, (b) si hay aparición de reacción serológica o bien seroresistencia.

Tratamiento de la Gonorrea o Blenorragia.

Enfoque epidemiológico: el factor más importante y sin embargo, el más de cuidado en el tratamiento y control de la Blenorragia, es el tratamiento simultáneo del otro conyugue o de los contactos sexuales iguales o de ambos.

Otro factor igualmente importante y de cuidado en el tratamiento, es el relativo a obtener información sobre los contactos sexuales del paciente tratado.

Si con este objeto es necesitara ayuda, se podría solicitar asesoramiento de la Jefatura Distrital, sobre las técnicas para realizar una entrevista y colaboración para conseguir personal adiestrado en la entrevista o investigación de contactos.

En los hombres, es fundamental la confirmación del diagnóstico de Blenorragia aguda en un frotis mediante la técnica de coloración Gram, a fin de recomendar el tratamiento correcto, dado que la uretritis no específica, que constituye un porcentaje indeterminado, de todas las secreciones uretrales, por regla general no responde a la terapéutica con Penicilina.

La confirmación del diagnóstico de Blenorragia crónica en los hombres se debe hacer por los métodos de cultivo o por la técnica de anticuerpos fluorescentes. (AF).

La prueba de fijación del complemento en la Blenorragia debe hacerlo el Laboratorio por el método de cultivos o por la técnica de anticuerpos fluorescentes. Los frotis para ser usados con anticuerpos fluorescentes por el método directo e indirecto de Deacon sobre especímenes cervicales, vaginales y uretrales dan el número más elevado de positividad, no se debe confiar absolutamente en los frotis cervicales teñidos por el método de coloración Gram. Los especímenes obtenidos correctamente para cultivo deben tomarse del cuello cervical y de los orificios de las glándulas de Skene y Bartholin, por lo menos en tres ocasiones diferentes, a menos que anteriormente se haya obtenido un cultivo positivo, puesto que la vaginitis no gonocócica, se presenta también en las niñas, es necesario recurrir al cultivo para establecer la etiología gonocócica.

Para las mujeres que tienen contacto sexual con hombres con Blenorragia comprobado, el tratamiento sobre la base de un estudio epidemiológico no sólo está justificado sino que es esencial para la curación definitiva del paciente y para control de la enfermedad. Los estudios con las técnicas de AF han demostrado que por lo menos el 60% de esos contactos está infectado.

El medicamento preferido para el tratamiento de la Blenorragia es la Penicilina.

Blenorragia no complicada en los hombres: Penicilina G procaína-

acuosa, Penicilina G Procaína en aceite con 2% de Monoestearato de Aluminio (PAM) o Penicilina G Benzantina 1.200.000 unidades - en una inyección intramuscular.

Blenorragia no complicada en las mujeres: Penicilina G. Procaína acuosa o PAM más penicilina G Benzantina 1.800.000 unidades - por vía intramuscular, 600.000 unidades de PAM más penicilina G Benzantina 1.200.000 unidades por vía intramuscular colocando la inyección en uno o dos sitios diferentes, todo en una misma visita, Es recomendable la combinación de partes iguales de Penicilina G Benzantina y Penicilina G. Procaína acuosa en una sola inyección de 1.800.000 a 2.400.000 unidades por vía intramuscular.

El tratamiento profiláctico y el que descansa sobre una evidencia epidemiológica, debe hacerse en la misma forma que para la Blenorragia no complicada descrita más arriba.

La Blenorragia con complicaciones graves se debe tratar con 2.400.000 a 10.000.000 unidades de Penicilina G. Cristalina acuosa diaria, por vía intramuscular, administrada en parcialidades en intervalos de 2 a 4 horas o cantidades equivalentes de una Penicilina ( de acción retardada) hasta alcanzar la dosis total y que produzcan un elevado nivel sanguíneo, hasta que los signos y síntomas hayan cedido y los cultivos si se obtienen, sean negativos. (Vease a continuación el examen de las complicaciones).

Esté indicado repetir el tratamiento si persiste la secreción - en la Blenorragia no complicada durante tres días o más, después del tratamiento inicial adecuado o si los frotis o cultivos son aún positivos. La dosis del nuevo tratamiento consiste en duplicar el plan de tratamiento original en una sola sesión o dividir en partes iguales las inyecciones de la dosis total, hasta que - hayan cedido los signos y síntomas y los frotis y cultivos obtenidos sean negativos.

Es importante durante el tratamiento, notar si algunas cepas de gonococos han disminuído el grado de sensibilidad a la Penicilina sin que haya necesidad de llegar a la resistencia absoluta.-

En otros casos, está indicado el tratamiento con otros antibióticos de acción equivalente (Véase dosis bajo sensibilidad a la Penicilina).

#### SENSIBILIDAD A LA PENICILINA.

Los pacientes blenorragicos, sensibles a la Penicilina, se pueden tratar eficazmente con las siguientes drogas: Estreptomicina, Tetraciclina en sus diferentes formas, Cloranfenicol y Oleanomicina.

Las siguientes dosis resultan satisfactorias: Tetraciclinas en dosis de 2 a 3 G en total, administrando 0,5 por vía oral a intervalos de cuatro a seis horas, o 1, 0 a 2, 0 G de Estreptomicina por inyección intramuscular única.

#### TERAPEUTICA LOCAL: SULFONAMIDAS

Por regla general, ni la hiperpirexia ni la terapéutica local con irrigaciones, instilaciones, sondas, o masajes están indicados en el tratamiento de la Blenorragia no complicada. Las sulfonamidas se deben usar únicamente a sabiendas de que el gonococo desarrolla resistencia rápidamente a esas drogas. Los pacientes blenorragicos que con contactos sexuales conocidos de enfermos con Sífilis infecciosa, deben recibir o un tratamiento profiláctico o tratamiento completo y deben ser sometidos a una observación ulterior igual que para la sífilis precoz; también puede tratarse con Estreptomicina, manteniendo estrecha vigilancia clínica para descubrir tempranamente la aparición de Sífilis precoz. Este último tratamiento debe ser empleado con un criterio ponderado, pues la Estreptomicina en dosis de 1,0 g no tiene efecto sobre la sífilis. En esas circunstancias la Sífilis precoz puede presentarse en el paciente y ser transmitida a los contactos sexuales antes de que el Médico se dé cuenta de su presencia.

En presencia de lesiones que sugieren sífilis precoz, pero negativas en el examen en campo oscuro, y pendiente de confirmación del diagnóstico el tratamiento de la Blenorragia debe ser con Es-



**treptomomicina** en dosis de 1.0 g. no tiene efecto sobre la sífilis. En esas circunstancias la sífilis precoz puede presentarse en el paciente y ser transmitida a los contactos sexuales antes de que el Médico se dé cuenta de su presencia.

En presencia de lesiones que sugieren sífilis precoz, pero negativas en el examen en campo obscuro, y pendiente de confirmación del diagnóstico el tratamiento de la Blenorragia debe ser con Estreptomomicina en dosis de 1.0 gramo.

#### PRUEBAS DE CURACION

En los hombres, la falta absoluta de manifestaciones clínicas - de la enfermedad y la prueba de orina clara en dos vasos, en una semana después de administrada la Penicilina es la comprobación de que el tratamiento fué adecuado. La verificación de la curación por medio del Laboratorio, en caso de hacerse debe consistir en cultivos o en la técnica de anticuerpos fluorescentes. El material de cultivo se puede obtener del sedimento de la orina. Muy pocas veces o nunca existen casos de portadores masculinos asintomáticos tratados con Penicilina. La persistencia de la secreción uretral o una prueba de orina turbia en dos vasos hace necesarios el cultivo o el estudio Af. Está indicado repetir el tratamiento de los pacientes y de los contactos cuando los estudios antes indicados demuestran la presencia de gonococos; de otra manera, el tratamiento indicado es el correspondiente al de uretritis o prostatitis no específica.

En las mujeres: Los cultivos repetidos o los estudios AF de especímenes cuidadosamente obtenidos del cuello uterino, las glándulas de Skene y Bartholin, ofrecen las mejores posibilidades para descubrir la infección residual. Se ha utilizado Penicilina de efecto retardado en el tratamiento, es necesario incorporar una cantidad adecuada de Penicilina en el medio de cultivo para esos estudios. La prueba más segura de curación es la ausencia de reinfección en los compañeros sexuales. La identificación del

gonococo en el exudado uretral, cervical y vaginal por medio de anticuerpos fluorescentes ha demostrado ser efectiva como el mejor de los cultivos y su aplicación debe ser amplia en el sexo femenino,

#### COMPLICACIONES.

Local: Genitourinaria: La epididimitis responde a una dosis de 1.800.000 a 2.400.000 unidades de Penicilina G.Procaína acuosa - administrada diariamente por vía intramuscular; los signos y síntomas locales pueden persistir durante días y hasta semanas. Se recomienda el uso de un suspensorio y analgésicos.

Los abscesos de la próstata o vesículas seminales pueden requerir el drenaje quirúrgico además de la adecuada terapéutica con antibióticos basada en la identificación de los gérmenes invasores - secundarios, por medio del cultivo, si es posible.

Los abscesos de las glándulas vulvovaginales requieren drenaje quirúrgico por regla general. La enfermedad inflamatoria pélvica - blenorragica rara vez requiere de una laparotomía. Debido a la frecuencia de las infecciones con gérmenes secundarios Gram Negativos; debería administrarse conjuntamente con la Penicilina un antibiótico de espectro amplio o una sulfonamida. La duración del tratamiento se juzga por el progreso clínico. Se recomienda el reposo local y general y analgésicos.

SISTEMATICA. La artritis gonocócica responde bien a 1.800.000 a 2.400.000 unidades de Penicilina diaria, por lo menos durante cinco a siete días.- Debe iniciarse la terapéutica con una preparación de acción relativamente rápida, como por ejemplo, la Penicilina G. Cristalina.

La endocarditis gonocócica debe tratarse con dosis masivas de Penicilina G.Cristalina por vía intramuscular a intervalos de tres - a cuatro horas o por goteo intravenoso continuo. Se recomiendan 10 millones de unidades diarias por un período mínimo de cuatro a seis semanas, pese a que los cultivos sanguíneos se hayan convertido en

negativos. La Meningitis gonocócica se debe tratar con dosis comparables a la endocarditis gonocócica por lo menos durante siete días después de la recuperación clínica y luego que resulten negativos los cultivos del líquido céfaloraquídeo.

La oftalmía gonocócica de los recién nacidos se puede tratar con 100.000 unidades de Penicilina G. Cristalina acuosa por vía intramuscular cada tres horas, o 600.000 unidades de penicilina G. - procaina acuosa por vía intramuscular diariamente, en forma continua durante 24 a 28 horas después de la recuperación clínica y después de haber obtenido tres cultivos negativos.

La queratosis blenorragica no responde bien a la Penicilina; en cambio la terapeutica con esteroides es útil, se recomienda que se administre simultaneamente la Penicilina y los corticosteroides en dosis individuales de conformidad con la reacción clínica. Si ocurre una recaída, esta suele ser durante la primera semana después del tratamiento.

La causa más común de lo que parece ser una recaída o fracaso del tratamiento es una reinfección contraída de un compañero sexual - que no ha recibido tratamiento o que no se ha descubierto por falta de un estudio epidemiológico adecuado.

Los escalofríos o fiebre ( reacción de Herzheimer) que acompañan la terapeutica con Penicilina en la blenorragia es una fuerte indicación de sífilis coexistente.

Los antibióticos de espectro amplio en dosis adecuadas para el tratamiento de la Blenorragia pueden encubrir la sífilis.

Aunque la reacción anafilactoide a la Penicilina es rara, ningún médico debe hacer el tratamiento de los pacientes sin disponer - del equipo, drogas, y competencia profesional necesarios para enfrentarse con un hecho potencial de **tanta** gravedad.

### Tratamiento de la Gonorrea en la Mujer.

El diagnóstico de una gonorrea no ofrece ninguna dificultad en su comienzo o en el período de máxima intensidad, pues, además de los síntomas clínicos existentes, pueden demostrarse sin dificultad los gonococos.

La interrupción del flujo y de las demás manifestaciones no puede aceptarse como prueba de que la enfermedad esté ya curada. El momento exacto de la curación de una gonorrea es siempre desconocido, por lo que debe solventarse toda gonorrea, durante cierto tiempo. Un solo examen negativo de gonococo, aún cuando coincida, con la desaparición de manifestaciones clínicas, no es sólo suficiente para crear en la desaparición de la gonorrea. Sólo cuando en investigaciones repetidas no pueda encontrarse ningún gonococo, debe pensarse en la posibilidad de una curación.

### Tratamiento de la Uretritis.

Ante todo deben tomarse medidas para evitar de una parte la propagación de la blenorragia a los individuos que rodean al paciente, y por otra parte un perjuicio para el enfermo mismo a causa de una conducta inadecuada. El coito (incluso con preservativo debe ser prohibido hasta que el médico compruebe que no existe peligro de contagiosidad).

Los genitales deben ser lavados diariamente, usando una paila especial, las bañeras se limpiarán cuidadosamente para absorber el flujo, se cubrirá el glande con gasa o algodón que una vez usados deberán quemarse, la ropa interior debe ser hervida.

Están prohibidos los esfuerzos corporales, excitación sexual, ingestión de alcohol.

El objetivo en toda tratamiento de la gonorrea debe consistir en la destrucción y eliminación de los gonococos sin lesionar los tejidos.

PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CHANCOIDE.

Todos los enfermos de lesiones genitales deben tener una serie de PSS y exámenes aecudados en campo obscuro a fin de poder desechar o confirmar el diagnóstico de la Sífilis. Pueden mezclarse simultáneamente infecciones de más de una enfermedad venérea en un paciente y aún en la misma lesión.

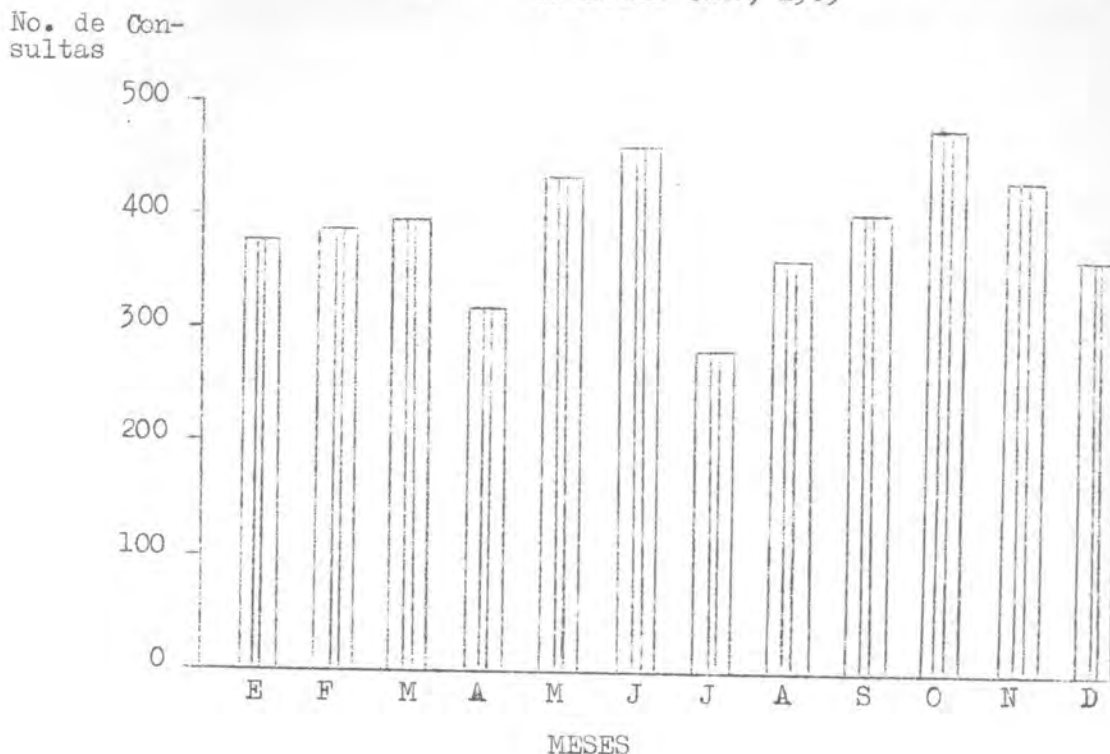
La diferenciación entre el chancroide y la sífilis se hace en gran parte mediante la exclusión de Sífilis ( por campo obscuro y PSS) y otras enfermedades que producen lesiones semejantes.

El tratamiento local consiste en el aseo.- No deben hacerse incisiones en los bubones inguinales, pero sí son floculantes puede aspirarse el contenido a través de la piel normal, con una aguja - No. 15 ó 16.

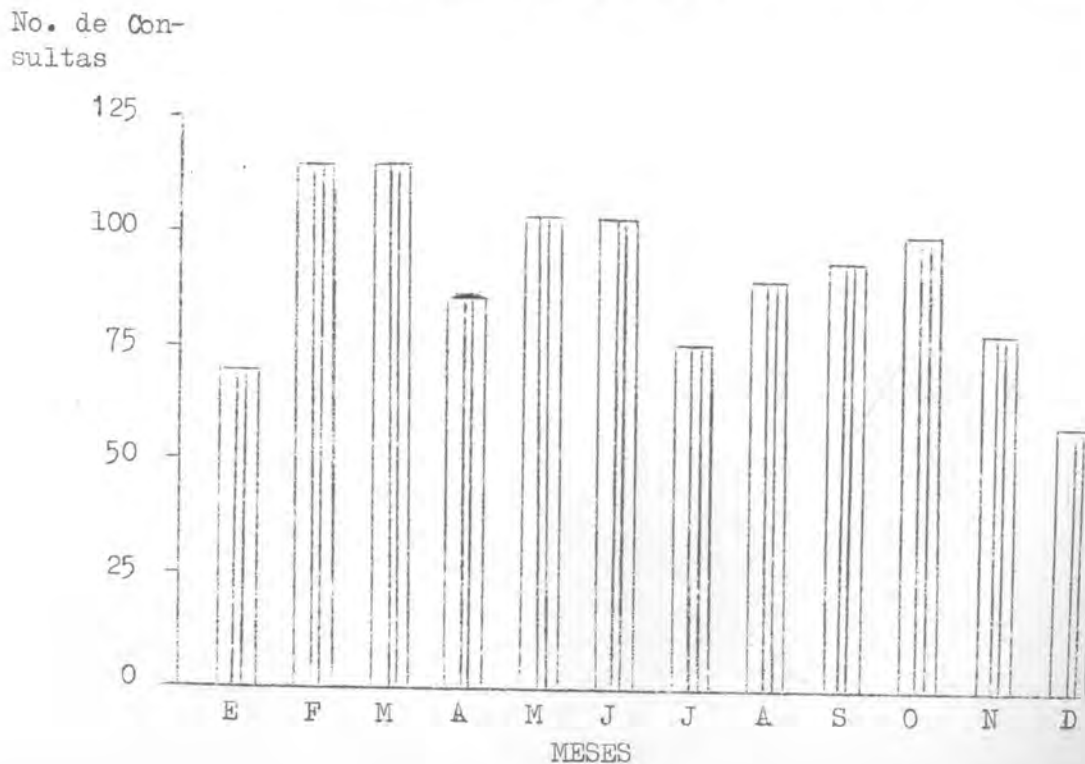
Está indicada la localización y tratamiento de los contactos en los brotes agudos que afectan a numerosos individuos.

La investigación epidemiológica corriente en casos aislados no ha resultado productiva.

Gráfica 1.- NUMERO DE CONSULTAS POR MES REALIZADAS EN EL DEPTO. DE VENEREOLOGIA - CENTRO DE SALUD "DR.ALONSO SUAZO" HONDURAS C.A., 1969



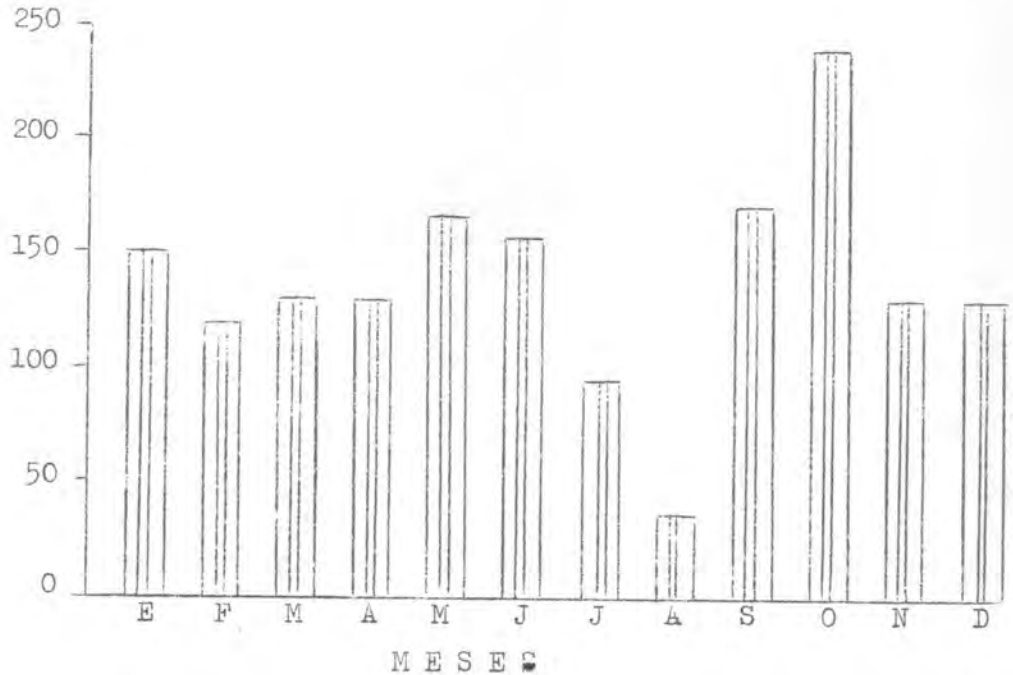
Gráfica 2.- NUMERO DE CONSULTAS DE SIFILIS POR MES DEPTO. DE VENEREOLOGIA - CENTRO DE SALUD "DR.ALONSO SUAZO" HONDURAS C.A., 1969





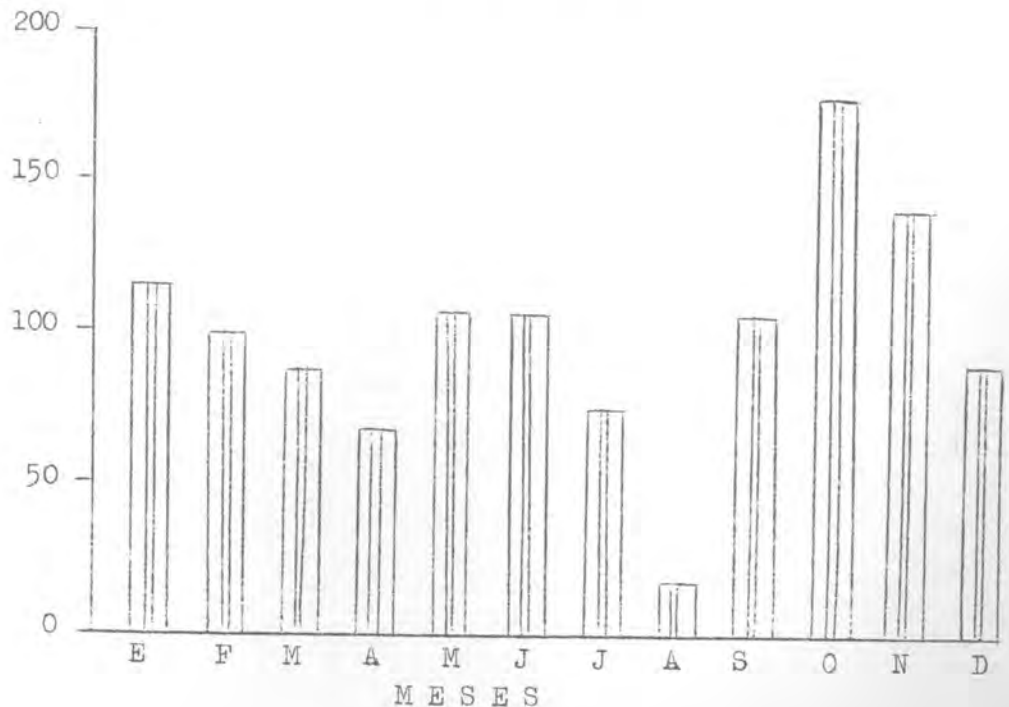
Gráfica 3.- NUMERO DE CONSULTAS DE GONORREA POR MES  
 DEPTO. DE VENERELOGIA- CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
 HONDURAS C.A., 1969

No. de Con-  
sultas

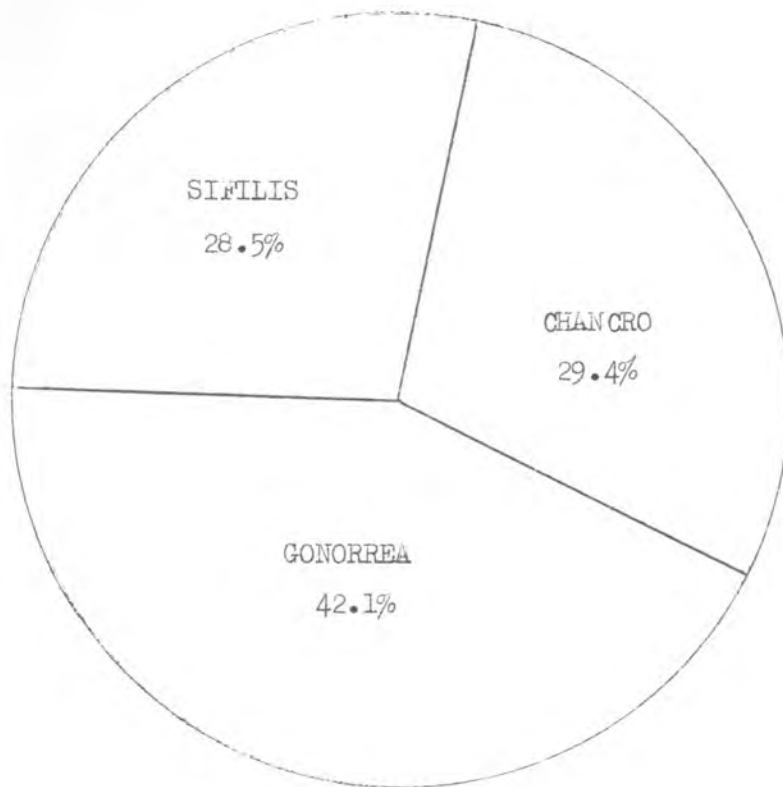


Gráfica 4.- NUMERO DE CONSULTAS DE CHANCRO POR MES  
 DEPTO. DE VENERELOGIA- CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
 HONDURAS C.A., 1969

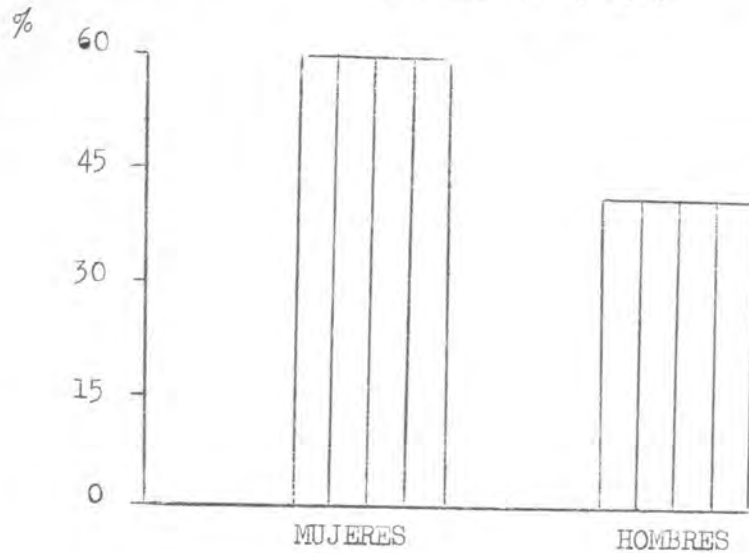
No. de Con-  
sultas



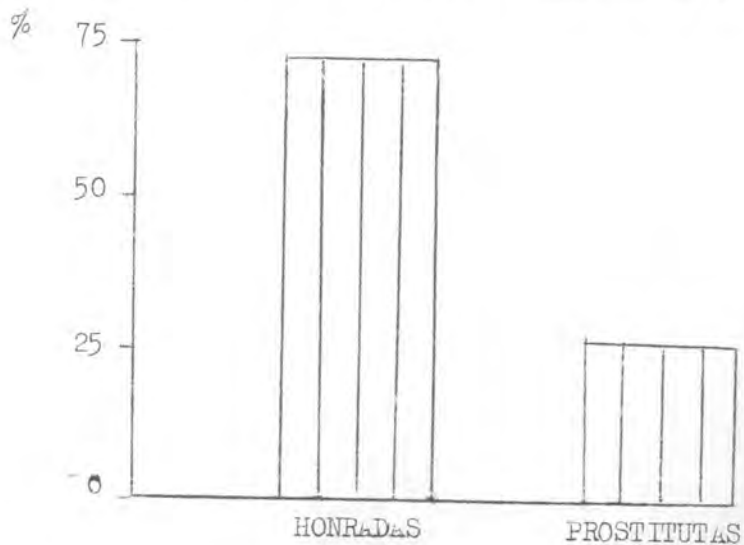
Gráfica 5.- PORCENTAJE DE CASOS DE SIFILIS, GONORREA Y CHANCRO  
DEPTO. DE VENERELOGIA-CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
HONDURAS C.A., 1969



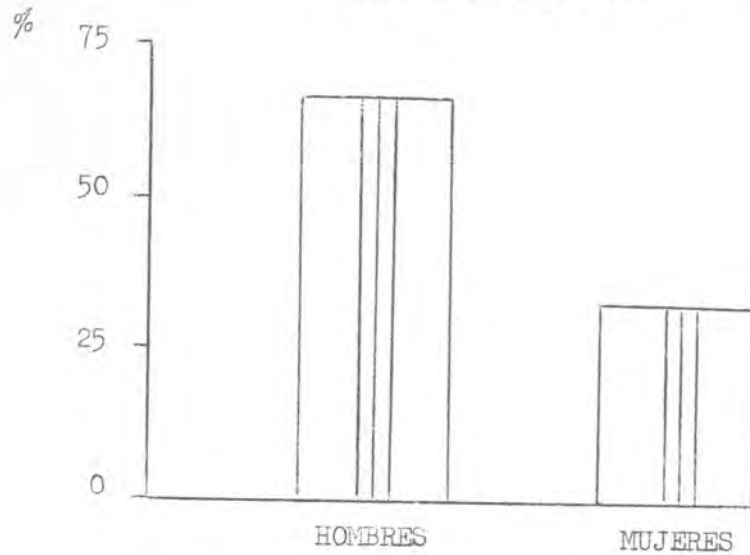
Gráfica 6.- PORCENTAJE DE CASOS DE SIFILIS SEGUN SEXO  
 DEPTO. DE VENEREOLOGIA- CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
 HONDURAS C.A., 1969



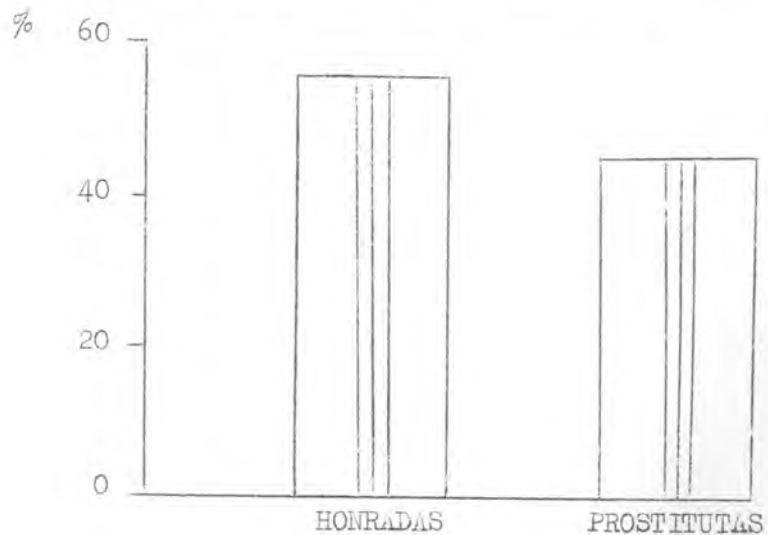
Gráfica 7.- PORCENTAJE DE CASOS DE SIFILIS EN MUJERES  
 SEGUN REGISTROS. DEPTO. DE VENEREOLOGIA- CENTRO DE  
 SALUD "DR. ALONSO SUAZO" HONDURAS C.A., 1969



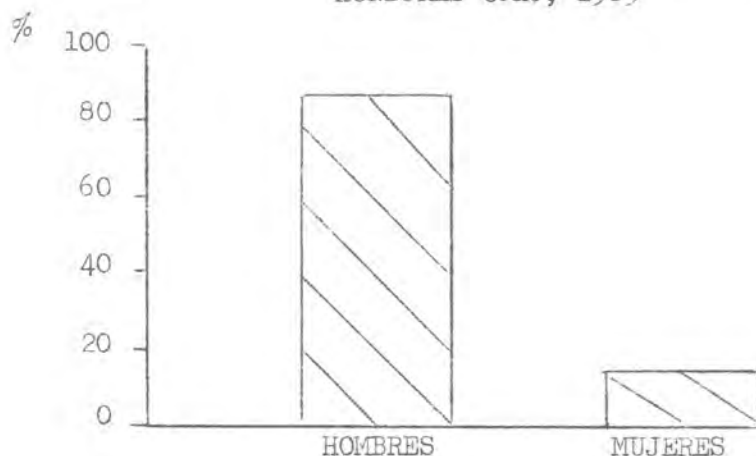
Gráfica 8.- PORCENTAJE DE CASOS DE GONORREA SEGUN SEXO  
DEPTO. DE VENERELOGIA-CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
HONDURAS C.A., 1969



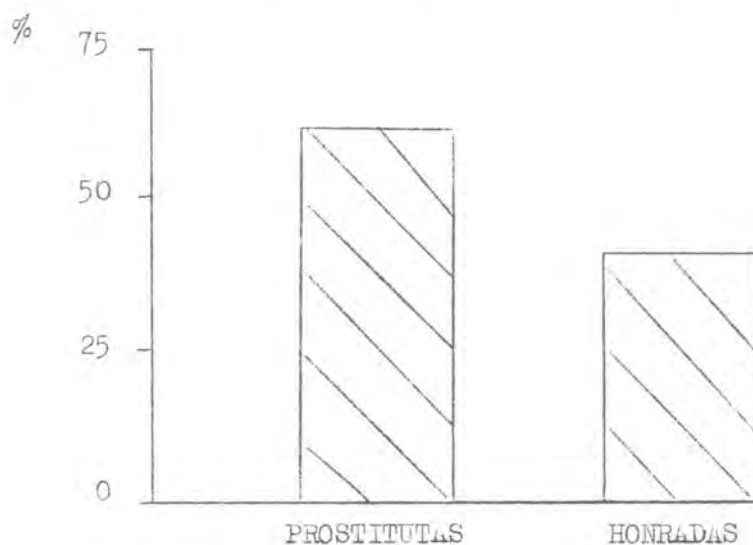
Gráfica 9.- PORCENTAJE DE CASOS DE GONORREA EN MUJERES  
SEGUN REGISTROS. DEPTO. DE VENERELOGIA - CENTRO DE  
SALUD "DR. ALONSO SUAZO" HONDURAS C.A., 1969



Gráfica 10.- PORCENTAJE DE CASOS DE CHANCRO SEGUN SEXO  
 DEPTO. DE VENEREOLOGIA-CENTRO DE SALUD "DR. ALONSO SUAZO"  
 HONDURAS C.A., 1969



Gráfica 11.- PORCENTAJE DE CASOS DE CHANCRO EN MUJERES  
 SEGUN REGISTROS. DEPTO. DE VENEREOLOGIA - CENTRO DE  
 SALUD "DR. ALONSO SUAZO" HONDURAS C.A., 1969



INTERPRETACION DE GRAFICAS.

- En la gráfica No.1. Se puede observar el número de consultas por mes; siendo: el mes de Enero de 378, Febrero 385, Marzo 398, Abril 322, Mayo 435, Junio 463, Julio 277. Agosto 358, - Septiembre 399, Octubre 475, Noviembre, 432, Diciembre 362.
- Gráfica No. 2. Corresponde las consultas de pacientes - con Sífilis por mes: Enero 70, Febrero 114, Marzo 116, Abril 87, Mayo 104, Junio 104. Julio 76, Agosto 89, Septiembre 95, Octubre 102, Noviembre 78. Diciembre 59.
- Gráfica No. 3. Corresponde al número de consultas de - chancro por mes: Enero 152, Febrero 121, - Marzo 133, Abril 133, Mayo 167, Junio 158 Julio 95, Agosto 33, Septiembre 172, Octubre 243, Noviembre 129. Diciembre: 127.
- Gráfica No. 4. Corresponde al número de pacientes con - gonorrea por mes: Enero 115, Febrero 99, Marzo 88, Abril 66, Mayo 107, Junio 107, - Julio 74, Agosto 18, Septiembre 106, Octubre 178, Noviembre 140. Diciembre 90.
- Gráfica No. 5. Corresponde al porcentaje de sífilis, gonorrea, y chancro durante el año de 1969.  
Sífilis 1133= 28.5%  
Gonorrea= 1674= 42.1%  
Chancro= 1172= 29.4%
- Gráfica No. 6. Corresponde a Sífilis.  
Total= 1133 = 100 %  
Hombres= 462 = 40.8%  
Mujeres= 671 = 59.2%
- Gráfica No. 7. Total de mujeres sífilíticas.  
Mujeres = 671 = 100 %  
Honrradas=495 = 73.8%  
Prostitutas=176 = 26.2%
- Gráfica No. 8. Corresponde a Gonorrea.  
Total= 1674 100 %  
Hombres= 1128 67.4%  
Mujeres= 546 32.6%



Gráfica No. 9

Total de mujeres con gonorrea.

Mujeres	546	=	100 %
Honrradas	301	=	55.1%
Prostitutas	245	=	44.9%

Gráfica No. 10

Corresponde al Chancro.

Total	1172	=	100 %
Hombres	1014	=	86.5%
Mujeres	158	=	13.5%

Gráfica No. 11

Total de mujeres con chancro.

Mujeres	158	=	100 %
Honrradas	62	=	39.2 %
Prostitutas	96	=	60.8 %

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- 1.- Del trabajo que hoy presento se deduce la importancia del Departamento de Enfermedades Venéreas.
- 2.- Con datos estadísticos del año de 1969 la incidencia de casos fueron:

Sífilis: 1133	=	28.5 %
Gonorrea: 1674	=	42.1 %
Chancro : 1174	=	29.4 %
- 3.- Las enfermedades venéreas más frecuentes fueron: Gonorrea y Chancro Venéreo.
- 4.- Ambas enfermedades son más frecuentes en hombres.
- 5.- En lo que se refiere a las mujeres, la gonorrea es más frecuente en las honrradas y el chancro en las prostitutas.
- 6.- A pesar de que la sífilis ocupa un tercer lugar, esta tiene una mayor incidencia en mujeres, y dentro de éstas en las honrradas:

Sífilis total:	1133	=	100 %
Hombres	462	=	40.8 %
Mujeres	671	=	59.2 %
Mujeres Total	671	=	100 %
Mujeres honrradas.	495	=	73.8 %
Mujeres prostitutas.	176	=	26.2 %
- 7.- De lo anteriormente anotado se comprende la necesidad imperiosa de un programa legalizado de lucha antivenérea en todo el país que incluya:
  - A) Medidas generales para el mejoramiento de la salud, educación sanitaria y sexual, preparación para el matrimonio, exámenes pre-nupcuiasles y pre-natales, mejoramiento de las condiciones sociales y económicas; proporcionando sobre todo, medios de recreo.
  - B) Protección de la colectividad mediante: la supresión de -

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- 1.- Del trabajo que hoy presento se deduce la importancia del Departamento de Enfermedades Venéreas.
- 2.- Con datos estadísticos del año de 1969 la incidencia de casos fueron:

Sífilis: 1133	=	28.5 %
Gonorrea: 1674	=	42.1 %
Chancro : 1174	=	29.4 %
- 3.- Las enfermedades venéreas más frecuentes fueron: Gonorrea y Chancro Venéreo.
- 4.- Ambas enfermedades son más frecuentes en hombres.
- 5.- En lo que se refiere a las mujeres, la gonorrea es más frecuente en las honrradas y el chancro en las prostitutas.
- 6.- A pesar de que la sífilis ocupa un tercer lugar, esta tiene una mayor incidencia en mujeres, y dentro de éstas en las honrradas:

Sífilis total:	1133	=	100 %
Hombres	462	=	40.8 %
Mujeres	671	=	59.2 %
Mujeres Total	671	=	100 %
Mujeres honrradas.	495	=	73.8 %
Mujeres prostitutas.	176	=	26.2 %
- 7.- De lo anteriormente anotado se comprende la necesidad imperiosa de un programa legalizado de lucha antivenérea en todo el país que incluya:
  - A) Medidas generales para el mejoramiento de la salud, educación sanitaria y sexual, preparación para el matrimonio, exámenes pre-nupcuaiales y pre-natales, mejoramiento de las condiciones sociales y económicas; proporcionando sobre todo, medios de recreo.
  - B) Protección de la colectividad mediante: la supresión de -

la prostitución comercializada y de la promiscuidad sexual clandestina; mediante la enseñanza de los métodos de profilaxis personal que deben aplicarse antes, durante y después del contagio.

- C) Provisión de medios para el diagnóstico y tratamiento tempranos; fomentar su uso mediante instrucción del público respecto a los síntomas de enfermedades venéreas y la forma en que se propagan; haciendo programas de intensa búsqueda de casos, incluyendo entrevistas con los pacientes.
- D) Dar una gran importancia no solo al control de pacientes con enfermedades venéreas en fase transmisible, sino también a aquellos que ya han pasado de esta fase; ya que con ello se previenen las recaídas, enfermedades congénitas e invalidez.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Venereal Diseases- Fourth Edition - Charles C.Thomas.
- 2.- Sífilis, Gonorrea y Chancro Blando, Linfogramuloma Inguinal en la Práctica Médica.  
Secretaría de Salud y Asistencia Médica México.D.F. 1960.
- 3.- Sífilis, Chancro y Gonorrea. Sugerencias de 1962. Por el Dr. Joaquín A. de la Torres.
- 4.- Diagnóstico de la Sífilis por el Dr. Joseph Earle Moore.
- 5.- Chancro Venereo y Gonorrea de la revista: World Health Organization 1964.
- 6.- Sífilis Diagnóstico y Tratamiento.  
Organización Panamericana de la Salud 1964.
- 7.- Dermatología y Venereología por el Prof.Dr. Herbert Feichs.  
Director de la Clínica de Venereología de Viena.
- 8.- Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Venéreas por el Dr. Henry Brained.
- 9.- Tratado de Medicina Interna (Cecil Loeb)
- 10- Tesis titulada "Importancia del laboratorio en el Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis" por el Dr. Pablo Díaz S.
- 11- Control de Enfermedades Transmisibles en el Hombre por la Asociación Americana de Salud Pública.
- 12- Gonorrea, Sífilis y Enfermedad Trepanomatosa Endémica- Wyeth.
- 13- Patología Externa por E.Forgue.