

TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS MUNDIALES DE LA SIFILIS Y LA BLENORRAGIA¹

Dr. Thorstein Guthe²

Se considera el problema del nivel ascendente de la sífilis y la blenorragia en la última década, y se estudian las causas, tendencias, actitudes sociales y medidas de control. Se insiste en la eficacia de la educación, la investigación epidemiológica, bioquímica e inmunológica, así como la colaboración interdisciplinaria e internacional para lograr este control.

Baja y alza en la incidencia de las infecciones venéreas

Durante la Segunda Guerra Mundial ocurrió una grave reaparición de *sífilis temprana infecciosa* que duró hasta el período inmediato de la posguerra. A esta fase siguió de 1956 a 1958, un rápido descenso que en la mayoría de los países alcanzó una baja sin precedentes (figuras 1 y 2). Luego apareció un nuevo período de recrudescencia de casos notificados que perdura todavía, aunque con variaciones de poca importancia en algunos países durante los últimos dos o tres años. Si bien no escasean casos de sífilis tardía grave, a partir de mediados de la década del 40 la mayoría de los países que cuentan con estadísticas sobre la enfermedad han indicado un descenso en la *sífilis tardía* incluyendo las manifestaciones cardiovasculares y neurológicas. Este descenso ha ocurrido a pesar de la creencia tradicional de que a los 10 ó 20 años de haberse producido períodos de elevada incidencia de sífilis temprana sigue un aumento en cuanto a sus complicaciones tardías. Los resultados obtenidos con el tratamiento de la sífilis temprana a base de penicilina, evitando tan grave desarrollo, constituyen una de las mayores victorias de

la era de los antibióticos. A partir de 1950 se ha observado también una disminución general de la *sífilis congénita* aunque en algunos países la incidencia ha permanecido estacionaria en un nivel relativamente bajo—con alzas ocasionales (Robinson, 1969)—lo que sugiere la posibilidad de reforzar el control de la sífilis de los recién nacidos, principalmente en la fase de salud maternoinfantil de los programas de salud pública.

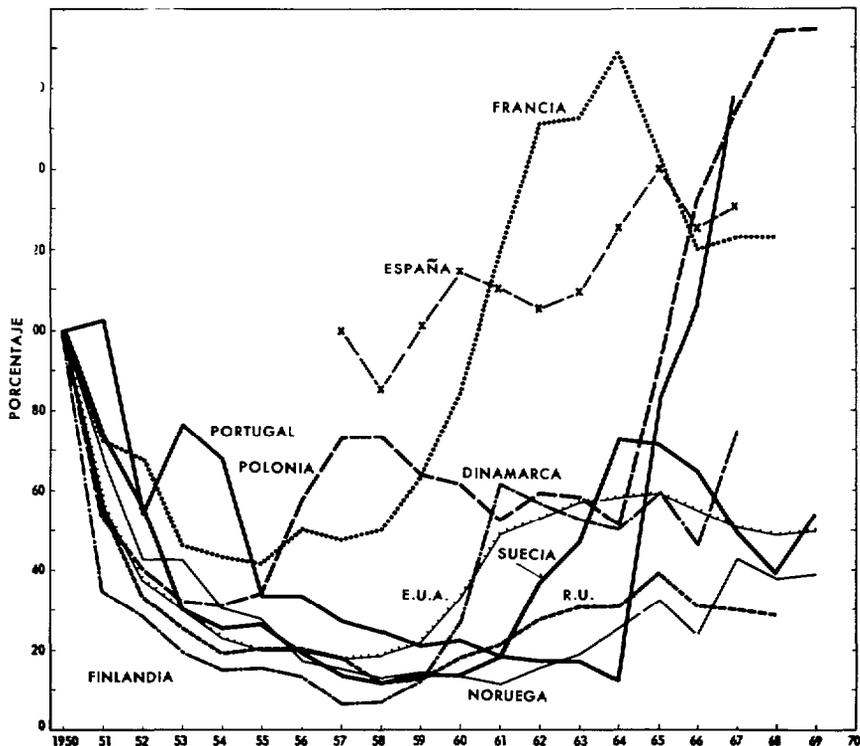
Es escasa la información que llega de los países africanos y asiáticos en vías de desarrollo, si bien los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la sífilis temprana también está ocurriendo con mayor frecuencia en ciertas partes del Africa (por ejemplo, Dahomey, Níger, Nigeria y Senegal), en países del Lejano Oriente (Vietnam del Sur, Japón), y que es epidémica en algunas zonas urbanas de países del Asia sudoriental (Bombay, India). En el Africa, al igual que en el Asia, esta situación se debe a una elevada migración, al enorme crecimiento de las ciudades y a la desintegración de las estructuras tradicionales de la tribu y la familia.

Aunque la tendencia de la incidencia de la *blenorragia* parece haber seguido hasta cierto punto el mismo patrón que la sífilis temprana, se informa que aquella enfermedad es de tres a 50 veces más frecuente que esta. Se han escogido datos de varios países para ilustrar las tendencias recientes de casos notificados (figura 3 y cuadro 1). En la mayoría de los países existe un marcado incremento que parece ser

¹Documento de trabajo preparado por el autor para las Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., octubre de 1970).

²Médico Jefe, Enfermedades Venéreas y Treponematosis/Enfermedades Transmisibles, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

FIGURA 1—Sífilis primaria y secundaria notificada, 1950–1969. Variaciones anuales en el porcentaje de tasas de incidencia usando 1950 como referencia (100%), salvo indicación en contrario.

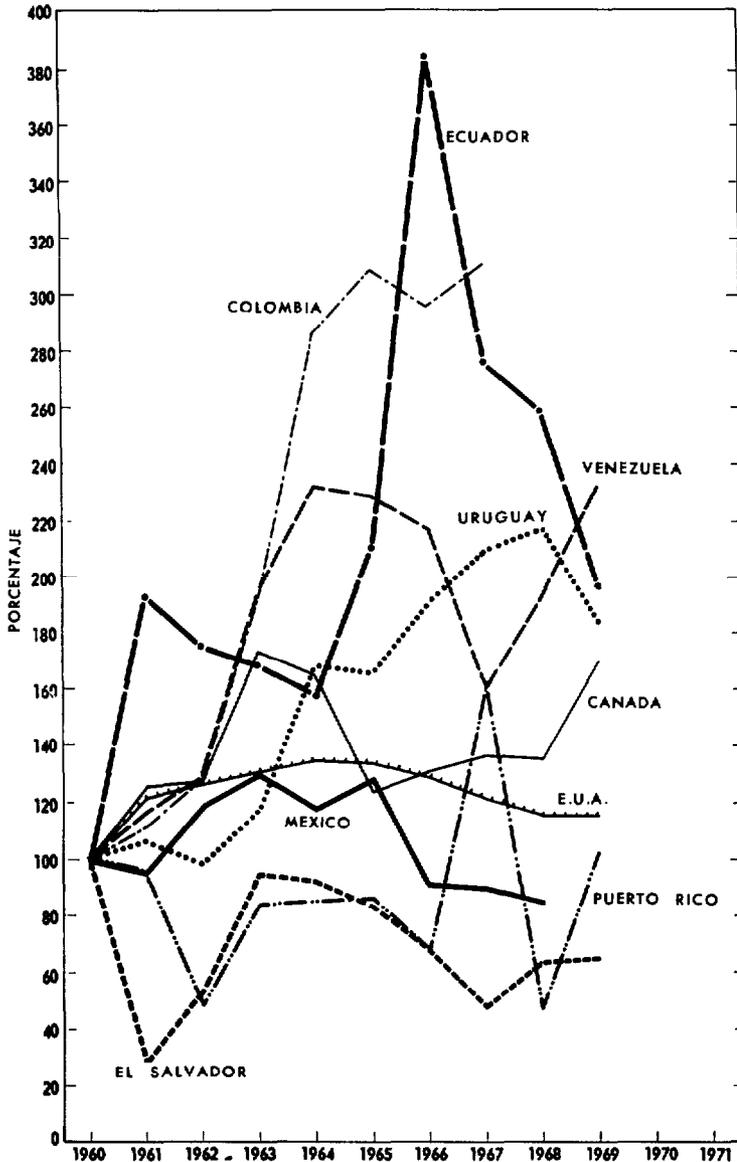


mundial y que ya hace siete años se declaró que afectaba de 60 a 65 millones de personas (OMS, 1963). En lo que respecta a la gravedad de la enfermedad, también se ha observado (Rees y Annels, 1969; Loughlin, 1969) una mayor incidencia de complicaciones blenorragicas, especialmente en la mujer. En algunas zonas de los países en desarrollo, los estudios de prevalencia han mostrado que la blenorragia y otras uretritis son endémicas como ocurre, por ejemplo, en zonas del Africa y del Lejano Oriente (Informes de la OMS, 1960-1968). En varios países desarrollados la blenorragia notificada se encuentra entre las tres enfermedades transmisibles más comunes, como es el caso de los países escandinavos, Inglaterra, País de Gales y Francia, siendo probablemente en los Estados Unidos la enfermedad más corriente de este grupo (O'Rourke, 1969). En algunas zonas urbanas de la India las enfermedades venéreas sólo ocupan el segundo lugar, en cuanto a

frecuencia, después de las enfermedades parasíticas (Desai, 1969). La *uretritis no gonocócica* ha adquirido también una creciente importancia epidemiológica, diagnóstica y terapéutica en varios países, tales como Gran Bretaña (Willcox, 1958a; King, 1970), Francia (Siboulet y Egger, 1967) y la República Federal de Alemania (Meyer-Rohn, 1968). La *tricomoniiasis* y la *candidiasis* se hallan ampliamente propagadas, en especial entre los pacientes con enfermedades venéreas, y afecciones tales como la herpe genital están recibiendo una atención cada vez mayor. Finalmente, en lo que respecta al *chancroide*, *linfogranuloma venéreo* y *granuloma inguinal* aunque aparentemente estas condiciones son raras hoy día en los países desarrollados, constituyen aún un problema para la salud en algunos países en vías de desarrollo.

Existen reconocidas limitaciones en lo que respecta a la declaración de la morbilidad de las enfermedades venéreas, lo cual es una señal de

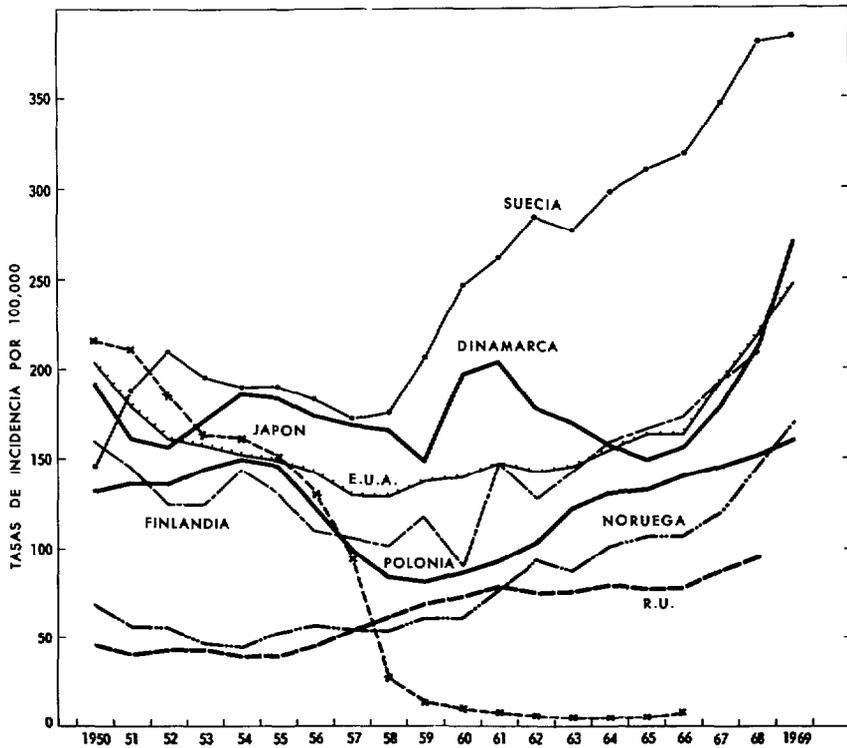
FIGURA 2—Sífilis primaria y secundaria notificada 1960–1969. Variaciones anuales en el porcentaje de tasas de incidencia usando 1960 como referencia (100%).



notificación insuficiente, en vez de excesiva, de casos nuevos por parte de los médicos o de las clínicas a las autoridades sanitarias. En esta forma, en las encuestas nacionales realizadas en los Estados Unidos en 1963 y 1968, se obtuvo la participación de más de 130,000 médicos particulares (71%). Dichas encuestas indicaron que

posiblemente sólo una tercera parte de los casos de sífilis y una décima parte de los de blenorragia que se trataron fueron notificados (Cleeve *et al.*, 1967; *JAMA*, 16 de marzo de 1970). También se comprueba esta falta de notificación al estudiar las estadísticas actuales de algunos países en los que no se realizaron

FIGURA 3—Blenorragia notificada 1950–1969. Tasas de incidencia por 100,000 habitantes.



encuestas. Así, las estadísticas de morbilidad de Hungría sólo arrojaban dos casos de sífilis en 1962. Durante el mismo período se diagnosticó un 0.67% de casos positivos mediante análisis de sangre de extensos grupos de la población, lo que representa 634,508 pruebas serológicas. Según se declaró, esto corresponde a unos 4,250 casos de sífilis (Foldvary y Karolyi, 1964).

A pesar de estas limitaciones, se cree que la baja y el alza de la sífilis y la blenorragia durante las últimas décadas reflejan, en un plano inferior, las verdaderas tendencias epidemiológicas actuales. En conjunto, hay poca duda de que la sífilis va en aumento y de que la blenorragia aparece cada vez con mayor frecuencia en muchas zonas y está alcanzando proporciones epidémicas tanto en algunos países desarrollados como en otros que están en vías de desarrollo.

Evolución del medio ambiente

El incremento en la incidencia de la sífilis temprana, y en particular de la blenorragia, en los últimos años, ha ocurrido—paradójicamente—en una época en que se han alcanzado grandes progresos médicos y de salud pública. Pero hay que tener presente que es también esta época la que ha producido un cambio radical en las perspectivas demográficas, económicas y de comportamiento de la sociedad. Se ha creado un clima de opinión de la población en favor de las actividades sexuales que está facilitando la transmisión de las infecciones adquiridas sexualmente y está cambiando la ecología de dichas infecciones en su conjunto. Los cambios ambientales producidos han originado también problemas sociales colaterales tales como la afición a las drogas y al alcohol.

La intensidad de los procesos epidemiológicos en las infecciones adquiridas mediante la

CUADRO 1—Casos notificados de blenorragia por 100,000 habitantes en algunos países, 1966–1969, de Norteamérica, Mesoamérica y Sudamérica.

País	1966	1967	1968	1969 ^a
Canadá	107.1	109.3	108.4	128.2
Colombia	200.4	243.3	218.3	148.6
Costa Rica	94.7	150.9 ^a	153.1	201.7
El Salvador ^b	150.0	137.0	206.9	202.7
Estados Unidos	178.6	203.3	230.9	—
Guatemala	76.7	80.8 ^a	77.3 ^a	94.8
Jamaica	1,956.1	2,109.2	1,937.8 ^a	1,779.5
Nicaragua	126.9	54.4	92.5 ^a	116.0
Panamá	46.6	71.1	15.8 ^a	32.7
Paraguay ^b	35.0	43.5	50.0	63.3
Perú ^b	92.4	82.5	128.0 ^a	—
República Dominicana	—	—	297.2 ^a	340.7
Trinidad y Tabago ^c	735.5	475.4	896.0	883.9
Venezuela ^b	397.5	429.1	466.4	—
Bermudas	302.0	456.0	472.0	490.4
Guayana Francesa	262.2 ^a	360.5 ^a	490.0 ^a	666.7
Islas Bahamas	8.6	62.7	35.0	58.4
Puerto Rico	108.2	94.9	94.0	104.5
Santa Lucía	774.8	444.8	193.5	405.4
Zona del Canal de Panamá	119.6	135.7	144.6	89.3

^aDatos provisionales o incompletos.

^bArea de notificación.

^cDeclaración no obligatoria.

actividad sexual depende, en grado mayor que en cualquier otro grupo de enfermedades, del equilibrio de las complejas fuerzas humanas y ambientales que facilitan o reprimen la propagación de la enfermedad. Se ha tratado de representar en términos concretos estas múltiples fuerzas interdependientes (figura 4). Al desplazarse su peso en conjunto en un período dado pueden llevar el péndulo epidemiológico hacia una dirección que facilita la transmisión y la alta incidencia de la enfermedad mientras que, en otro período, lo puede hacer oscilar hacia una dirección que favorece su control y posible "erradicación". A continuación se ha tratado de analizar en detalle algunas de estas fuerzas relacionadas con factores demográficos, cambios socioeconómicos y de conducta, y aspectos médicos y de salud pública.

Factores demográficos

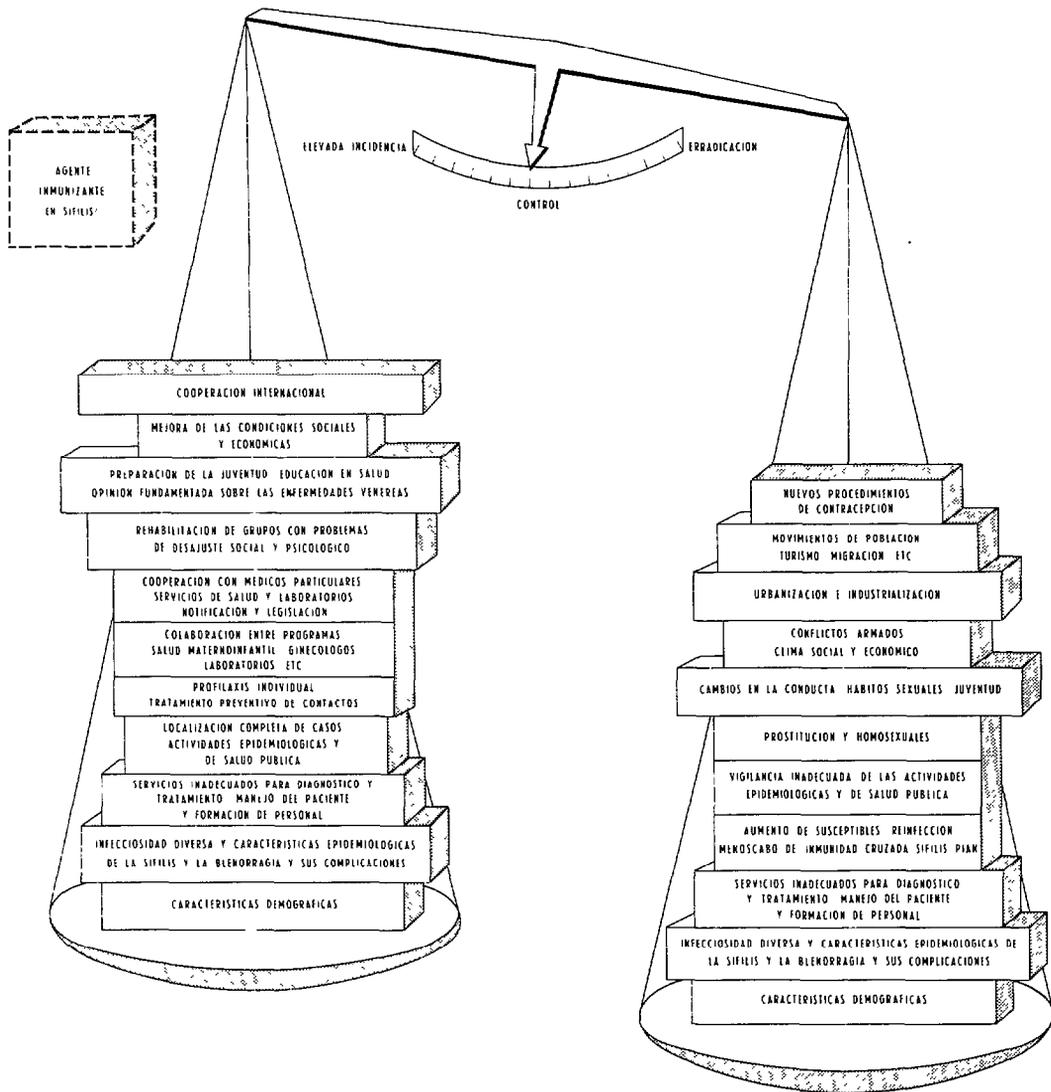
Entre estos factores se encuentra el mayor número de susceptibles que están expuestos a

la infección debido a un rápido incremento demográfico.

La población mundial aumentó en unos 225 millones durante las décadas de 1930 a 1940 y de 1940 a 1950; el aumento fue de 500 millones entre 1950 y 1960 y será de 600 millones más de 1960 hasta finales de 1970 (Naciones Unidas, 1967). Además, los grupos de jóvenes sexualmente activos representan en la actualidad una proporción mucho mayor de la población. También el período de vida sexual es más prolongado debido a la madurez más precoz—la edad de la menarquía ha venido descendiendo en Gran Bretaña a un ritmo de 4.6 meses por década durante los últimos 100 años (Wilson y Sutherland, 1960)—posiblemente debido también al retardo de la menopausia por gestógenos y a una mayor longevidad en ambos sexos. Este mayor número de susceptibles es sólo uno de los numerosos factores que afectan la ecología de las enfermedades venéreas.

La influencia adversa de estos factores

FIGURA 4—Factores ecológicos que influyen en el equilibrio de la relación huésped—agente en la sífilis y la blenorragia.



demográficos sobre la prevalencia y propagación de las enfermedades venéreas probablemente aumentará en el futuro; los únicos frenos posibles que existen son la limitación de la familia y la prevención, y posiblemente también la terminación, de la gravidez ilegítima (Willcox, 1969).

Cambios socioeconómicos y de conducta

Los factores que nos ocupan pueden agruparse bajo tres encabezamientos: los que con-

ducen a romper círculos sexuales que antes habían permanecido “cerrados”, como resultado de una mayor movilidad de la población, y mayores oportunidades para encuentros sexuales fortuitos; mayor promiscuidad, e ignorancia. Todos estos factores están interrelacionados.

a) Mayor movilidad de la población

Industrialización y urbanización. Pocos factores han modificado tanto nuestro ambiente y

han afectado tanto nuestras vidas como lo ha hecho el inmenso progreso tecnológico—con su rápida industrialización y urbanización—que caracterizó la década anterior. Entre 1956 y 1966 la actividad industrial aumentó en un 50% en algunos países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo en las Américas, durante la misma época, llegó hasta el 200% (Naciones Unidas, 1966). La mayoría de los que emigran a las zonas urbanas son jóvenes (Loeb, 1960), y a las mujeres se las emplea más que en el pasado. Así pues, en los Estados Unidos el porcentaje de la población total menor de 20 años con residencia en las ciudades aumentó de 50 a 75 durante 1950 a 1969 (Shiloh, 1969). En las zonas urbanas y, hasta cierto punto, también en las rurales, han surgido nuevas situaciones físicas, sociales y de salud mental que tienden a facilitar la actividad sexual. Actualmente, la mayor frecuencia de las enfermedades venéreas se debe más a encuentros casuales, conducta promiscua, prostitución y prácticas homosexuales en aglomeraciones de personas en centros y zonas metropolitanas que experimentan un rápido crecimiento (Hooker, 1962; Asiyo, 1968) con el influjo de las zonas rurales.

En algunos países, todos los grupos ocupacionales están ahora representados entre los pacientes venéreos (Oslo Helseraad, 1968). En las sociedades industriales abundan los trabajadores bien remunerados (Schofield, 1965; Juhlin, 1968a; Smidhurst, 1969; Loughlin, 1969), lo que destaca la afluencia económica como un factor que posiblemente facilita la transmisión de las enfermedades venéreas. Ello contrasta con otros países en los que la mayor parte de las enfermedades venéreas notificadas proceden de zonas urbanas deterioradas o barrios bajos y de grupos socialmente desorganizados de bajos niveles socioeconómicos (Desai, 1969; EUA, Servicio de Salud Pública, 1967). Es aparente que las administraciones de la salud deben llevar a cabo esfuerzos sistemáticos de educación para la salud subrayando la prevención de las enfermedades tanto en relación con la planificación urbana (Capinski, 1966; Ragon, 1966; *Amer J Public Health*, 1968) como con respecto a las crecientes aglomeracio-

nes urbanas y grupos socioeconómicos de bajos niveles en las Américas y en otras regiones.

Poblaciones ambulantes. Como resultado de la urbanización, de la industrialización y del desarrollo económico, tanto en los países como en los continentes, los grupos de trabajadores migratorios se han convertido en una característica de nuestros tiempos (Winikoff, 1964). En Europa se ha demostrado que los inmigrantes de origen británico, francés o suizo rara vez importan directamente las enfermedades venéreas, pero una vez que se han asentado en el país al cual emigran acusan tasas de enfermedades venéreas más elevadas que las de la población original (Lundt, 1963; Switzerland, 1966; Martin-Bouyer, 1967; Willcox, 1966; Bijkerk, 1969). Los problemas de vivienda, la soledad, la adaptación al idioma, la raza, etc., desempeñan un importante cometido en esta situación. En otras regiones, las enfermedades venéreas entre los grupos migratorios de trabajadores han sido objeto de una mayor y perentoria preocupación epidemiológica, como por ejemplo, el problema de la frontera entre México y los Estados Unidos al que se ha prestado considerable atención en las últimas décadas (Asociación Americana de Salud Social, 1968).

Entre los llamados ambulantes "crónicos" tales como los marinos, las enfermedades venéreas han sido de 16 a 20 veces más comunes que en las poblaciones de tierra (Eng y Jensen, 1960; Guthe e Idsøe, 1964). No es de extrañar que las infecciones se contraigan con mayor frecuencia en el extranjero, en algunos casos más del 50%, como ocurre por ejemplo en la Gran Bretaña (Schofield, 1965) y Francia (1967). El hecho de que cerca de un millón de hombres se hallan empleados en la industria mercante extranjera, y cinco millones más en la industria de la pesca oceánica (Graz, 1968), sugiere la creciente necesidad de una cooperación internacional en pro de la salud de los marinos en estos grupos relativamente pequeños que tan vital importancia tienen en todas las regiones del mundo, y no menos en las Américas. En particular, se necesita efectuar mejoras en las prácticas relacionadas con el Acuerdo Internacional de Bruselas, administra-

do por la Organización Mundial de la Salud. En un estudio reciente realizado entre 100 buques de la marina mercante se comprobó que sólo uno de ellos llevaba el Directorio Mundial de Centros de Tratamiento de las Enfermedades Venéreas en los Puertos (Centro Internazionale Radio-Medico/OMS, 1970).

Hoy día, otro grupo de alto riesgo, cuya ocupación es el transporte internacional, son los conductores de rutas internacionales, las tripulaciones de vuelo, los periodistas y viajeros comerciales (Bijkerk, 1969). Debido a las grandes mejoras que ha experimentado el nivel de vida de las poblaciones, son muchas las personas afectadas. El turismo y los viajes internacionales—de negocios o debidos a conferencias nacionales e internacionales, etc.—han alcanzado proporciones sin precedentes ya sea por tierra, mar o aire, creando así una atmósfera de nuevas oportunidades para contactos sexuales con mayores probabilidades de contraer enfermedades venéreas. Los datos obtenidos de varios países indican el alcance de este problema. Por ejemplo, existen pruebas de que en 1966 en Suecia (Sveriges Officiella Statistikk, 1967) más del 20 % y en los Países Bajos más del 25 % (Bijkerk, 1968), de los nuevos casos de sífilis fueron contraídos en el extranjero e importados exclusivamente por los marinos. En los Estados Unidos en 1968, se recibieron o se enviaron a 60 países formularios de información sobre contactos (Asociación Americana de Salud Social, 1969).

Con la expansión más acelerada del transporte internacional—que acaba de comenzar en esta era supersónica de aviones de gran capacidad—es de esperar que también aumente su influencia adversa sobre el control de las enfermedades venéreas. Por lo tanto, ello hará sentir más aún la necesidad de poner en práctica un sistema internacional de localización de contactos más intensificado y más rápido.

Finalmente, entre las poblaciones móviles que inherentemente son las más expuestas a los nuevos medios se debe incluir al elemento militar. Hace poco se comprobó un incremento ocho veces mayor de casos positivos de sífilis

en los análisis de sangre realizados en los soldados de un país de las Américas en comparación con el examen realizado antes de su alistamiento (Scarpari y Zamperlin, 1965), lo que sugiere que sólo se puede obtener éxito en la localización epidemiológica de casos para el control de las enfermedades venéreas a través de una mayor cooperación entre las autoridades sanitarias civiles y militares (Arya y Bennett, 1967; Asociación Americana de Salud Social, 1969). La probabilidad de que estas enfermedades aumenten y de que ocurran epidemias durante condiciones de guerra es un hecho histórico (Gjessing, 1956), que se ha confirmado recientemente en varias “zonas perturbadas” del mundo. Bajo condiciones de servicio militar en el Lejano Oriente (Vietnam), se han notificado tasas de enfermedades venéreas de unos 280 casos por 1,000 por año (*Navy Times*, 1967) y tasas incluso mayores para períodos más cortos. En cierta unidad militar de Corea, por ejemplo, se ha comprobado una tasa de blenorragia que representa anualmente no menos de 700 casos positivos por 1,000 (OMS, 1970). Tal situación facilita, además, la aparición de resistencia del gonococo a los antibióticos (OMS, 1970), lo que constituye una amenaza para otros países geográficamente remotos.

b) Ampliación de círculos sexuales mediante mayor promiscuidad

Durante los años de la posguerra, el cambio experimentado en las normas de la moral y de la conducta, la emancipación social, económica y psicológica de la mujer y una generalizada afluencia económica aumentaron la promiscuidad sexual y contribuyeron a lo que se ha denominado “la revolución sexual” (*Time*, 1964; Asociación Británica de Medicina, 1964; *The Observer*, 1968; Shiloh, 1969).

Cambio de actitudes. En muchos países, el criterio victoriano sobre el comportamiento sexual y la “norma doble” del pasado han experimentado recientemente cambios abruptos. Las actitudes sociales con respecto a la conducta sexual se han tornado abiertamente

permissivas, y se ha verificado un cambio decisivo en los criterios morales y de conducta en países que antes seguían una forma de gobierno paternal de la familia (*Time*, 1964, 1969; Asociación Británica de Medicina 1964). Aunque aparentemente ello no ha ocurrido en todos los países, por ejemplo en la China continental (Hai-Teh, 1968), tales actitudes han llevado a una conducta menos discriminatoria, tanto heterosexual como homosexual, lo que ha acarreado nuevas dificultades en la localización de contactos así como una mayor promiscuidad extramarital. Por ejemplo, en un estudio realizado en la India se demostró que el porcentaje de hombres casados entre los casos de sífilis temprana oscilaba entre 17.0 y 68.5 (Desai, 1969), mientras que en los Países Bajos al menos un 28% correspondía a hombres casados que habían contraído la infección de sus esposas (Bijkerk, 1969).

Favorecida por estas nuevas actitudes, la promiscuidad se ha visto además directamente estimulada por el hincapié que se hace a través de la influencia que ejercen los medios de difusión y la publicidad.

Desaparición de influencias restrictivas. Al mismo tiempo ha habido un relajamiento de las influencias restrictivas de la religión, de la familia y de la opinión pública (esta última influida por un mayor número de divorcios, familias disueltas y tasas más elevadas de ilegitimidad), por un menor miedo a las enfermedades venéreas (debido a la disponibilidad de tratamientos simples y eficaces) y a la gravidez (a raíz de la introducción de contraceptivos orales y dispositivos intrauterinos). Además, existe el riesgo adicional de contraer enfermedades venéreas debido al menor uso del condón que, al contrario de la "píldora" y los dispositivos intrauterinos, impartía protección contra estas enfermedades. Finalmente, existe la actitud más tolerante hacia el aborto controlado en algunos países, si bien esto puede variar algo de país a país y de una región a otra.

Así pues, en la vida sexual—bien sea para fines de planificación de la familia o por razones personales—la decisión de no tener hijos ha recaído sobre la mujer, mientras que

anteriormente el uso de métodos menos seguros incumbía con mayor frecuencia al marido (Gagnon, 1968). Debe advertirse que existe evidencia de que el poco temor a la gravidez fomenta la actividad sexual, promueve contactos sexuales múltiples y conduce a incrementar las enfermedades venéreas (Huxley, 1968; Cohen, 1970; Hewitt, 1970), especialmente entre los jóvenes (Juhlin, 1969; Juhlin y Liden, 1969). Existe también evidencia de efectos secundarios más directos como consecuencia del uso de los contraceptivos modernos. Por ejemplo, el uso de los dispositivos intrauterinos puede resultar en enfermedades pélvicas agudas por salpingitis en la mujer infectada con el gonococo (Morton, 1969), y las píldoras esteroides fomentan la vaginitis producida por *Candida albicans* (Catterall, 1966). Se estima que en las sociedades occidentales unas 17,500,000 mujeres toman regularmente "píldoras contraceptivas" (Consejo de Población, 1969); de esta cifra 1,500,000 corresponden tan sólo a la Gran Bretaña.

Más de la mitad de la población del mundo nació después de la Segunda Guerra Mundial y se ha visto expuesta, en diferentes grados, a la eliminación de muchas influencias restrictivas sobre la conducta sexual. Son muchos los que defienden que con la educación para la salud se podría reducir, significativamente, el número de aquellos que están dispuestos a arriesgarse a contraer la infección en estas nuevas circunstancias. Se sabe, sin embargo, que la educación para la salud no altera en modo significativo las normas de conducta establecidas. Por ejemplo, el consumo creciente de tabaco en muchos países testimonia su limitado efecto directo sobre la prevención del cáncer pulmonar por la reducción del hábito de fumar cigarrillos. Se sabe también que los promiscuos, aunque informados de los peligros de las enfermedades venéreas y de los efectos secundarios del tratamiento, continúan exponiéndose a ellos, y prueba de esto es la alta incidencia de infecciones repetidas en las mismas personas. Por otra parte, se reconoce que, combatiendo la ignorancia, es posible inducir a muchos pacientes a que busquen tratamiento más pronto de lo que

lo hubieran hecho en otro caso. Menos cierta es la posibilidad de hacer comprender a alguien el valor de la discriminación en la selección de pareja y de las medidas profilácticas disponibles. Dentro de este contexto, es oportuno observar que a veces se comprueban tasas muy elevadas de enfermedades venéreas entre las personas mejor educadas (Arya y Bennett, 1967).

Grupos de alto riesgo

Jóvenes

En los últimos años ha llamado la atención las tasas crecientes de enfermedades venéreas observadas entre jóvenes de ambos sexos. Los incrementos relativos en este grupo han sido a veces significativamente mayores que los de la población en conjunto (Rosenblatt y Kabasakalian, 1966). De un estudio realizado por la OMS en nueve países se desprende que la blenorragia y la sífilis adquirida entre los 15 y los 19 años, en relación con todos los demás grupos de edad, acusaba casi sin excepción la misma distribución de las enfermedades declaradas entre los jóvenes de ambos sexos en contraste con los grupos de mayor edad. Los estudios realizados indican que existe una gran promiscuidad, pero los jóvenes afectados han sufrido con frecuencia problemas educativos y sociales (Laird, 1963; Beigel, 1964; Ekstrom, 1969, 1970; Lourie, 1966; Juhlin, 1968a, 1968b). Otros estudios han mostrado una cierta correlación en grupos especiales entre las enfermedades venéreas y otra patología social como la delincuencia, la ilegitimidad y el consumo de drogas (Asociación Británica de Medicina, 1964); Nicol, 1964; Inghé e Inghé, 1967; Rawlins, 1969), lo cual indica que las enfermedades venéreas son un síntoma de "enfermedad social" en los grupos problemáticos (Serise, *et al.*, 1964) de las sociedades urbanizadas, tanto de los países industrialmente desarrollados como de los que se encuentran en vías de desarrollo (Asiyo, 1968), y que la infección se transmite de un grupo a otro (Karolyi, 1969). Por ejemplo, la sífilis primaria y secundaria de una niña de 14 años en un condado de los

Estados Unidos llevó a descubrir sífilis temprana en 17 individuos cuya edad promedio era de 10.1 años (EUA, 1970). En Brisbane, Australia, de un grupo de 11 mujeres con sífilis temprana, ocho eran menores de 19 años (Smithhurst, 1969) que pertenecían a grupos de bajo nivel socioeconómico. En tales grupos las infecciones repetidas ocurren con frecuencia (Karolyi, 1969).

Un fenómeno frecuente y característico de nuestros días es la elevada tasa de enfermedades venéreas entre algunos estudiantes universitarios. En los países en vías de desarrollo del Africa y de las Américas, se ha notificado que alrededor de 25 a 30% de los estudiantes se contagian anualmente (Arya y Bennett, 1967; Willcox, 1967). Pero también acusan tasas elevadas (Juhlin, 1969) algunos países prósperos de Europa, tales como Suecia, donde el 34% de los estudiantes que acudían a una clínica universitaria en busca de tratamiento tenían blenorragia. En la Gran Bretaña se ha descubierto que los problemas de adaptación de los estudiantes extranjeros gravitan sobre las tasas de enfermedades venéreas comprobadas en dicho grupo (Morton, 1966). Es lógico que la "explosión estudiantil" acaecida durante los últimos años en varias regiones del mundo produzca climas favorables para la transmisión de las enfermedades venéreas (Juhlin, 1968b). Ello se describió, entre otras, durante las manifestaciones estudiantiles de Francia en los últimos años (*Le Monde*, 1968).

A pesar de que en nuestros días se haya recalcado la cuestión sexual, el nivel de conocimientos sobre las infecciones venéreas entre los jóvenes se destaca por lo incompleto (Sweden, 1969; Dalzell y Ward, 1970) según lo demuestran estudios realizados en la Gran Bretaña (Schofield, 1965), Suecia (Juhlin, 1968b), Francia (Many, *et al.*, 1967), Hungría (Farago, 1969) y en algunos países de las Américas (Estados Unidos) (Josephson, 1969). Hasta un 50% de las personas que participaron en estos estudios tenían muy poco o ningún conocimiento de las enfermedades venéreas, lo que indica que debiera prestarse mayor atención a una educación para la salud más efectiva así como a la

educación para la vida familiar (Asociación Americana de Salud Social, 1968), y que deben ponerse en juego tanto las responsabilidades de los padres como las de las escuelas (Brown, 1967). El primer paso en este sentido consiste en equipar al maestro y educar a los padres respecto a sus deberes en la materia (OMS, 1970). Debiera prestarse atención especial a los grupos riesgo (Brown, 1967), subrayando más los aspectos de conducta que las cuestiones morales (Dalzell-Ward, 1969).

Es de suma importancia el papel que deben desempeñar la enfermera de salud pública y el trabajador social en cooperación con los médicos, maestros y organizaciones juveniles en tales programas docentes (Szasz, 1969; Novotny, 1969). Finalmente—cosa que sorprende a algunos—hay necesidad de educación para la salud en la profesión médica en lo relativo a los métodos de control de las enfermedades venéreas, según se ha indicado recientemente (Webster, 1966; Estudio de IUVDT/OMS, 1970). Una estrecha colaboración entre los serólogos y las autoridades de salud pública ha producido en esa forma resultados buenos en Nueva Zelandia (Platts, 1969).

Patrones de la prostitución

En la preocupación actual por las nuevas influencias ambientales y de conducta no se debe, sin embargo, pasar por alto la necesidad de evaluar también los patrones más clásicos de la prostitución y el papel que desempeñan en la transmisión de las enfermedades venéreas en nuestros días.

La Convención de las Naciones Unidas de 1959 para eliminar el tráfico de personas y la explotación de la prostitución de otros (la llamada Convención de Eleanor Roosevelt), suscrita por la mayoría de los países, condujo a la supresión oficial de los burdeles y de la prostitución en el sentido clásico de la palabra, pero este esfuerzo no puso fin a la “profesión más antigua”, aun cuando sus patrones clásicos en cierto grado han cambiado. En primer lugar, hoy la comercialización de los favores sexuales de la mujer tiene a menudo la finalidad de obtener lujos y artículos de consumo (French,

1955; Hartmann, 1967) aun cuando todavía existe cierta prostitución “para ganarse la vida” (OMS, 1968) en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. En segundo lugar, se ha producido un cambio en los métodos: los moteles, hoteles, campamentos, bares, restaurantes, caravanas, playas de turismo, exposiciones, ferias, etc., constituyen ahora campos activos para los encuentros sexuales; las muchachas que acuden a citas y realizan búsquedas con fines sexuales lucrativos se han convertido en características establecidas de la vida metropolitana de nuestros tiempos (Weyer, 1969). En tercer lugar, las mujeres mundanas, las “prostitutas de lujo” y las mujeres frívolas, que tienen trabajos normales, compiten ahora con las profesionales en el mercado sexual (Nicol, 1964). Si bien en algunos países desarrollados se trata de examinar y de controlar a las prostitutas (Alemania, por ejemplo), ello se aplica sólo a una fracción de las que revisten interés epidemiológico. Por consiguiente, se estima que la prevalencia de las enfermedades venéreas en las meretrices, mujeres mundanas y muchachas frívolas es relativamente elevada, oscilando entre 10 y 90% según diversas publicaciones (Willcox, 1958b; Wren, 1967). Más de un 30% de los hombres nombraron a las prostitutas como contactos en los estudios realizados en Tailandia (Suthisomboon, 1965), 48% en Holanda (Bijkerk, 1969) y hasta un 90% en algunos países del Pacífico occidental (OMS, 1968). Es evidente que dadas estas circunstancias se complica la localización epidemiológica de los contactos y fuentes de enfermedades venéreas, la cual no ha tenido éxito alguno de significación nacional o internacional.

En algunos países se está tratando de dar una nueva orientación a las perspectivas en cuanto a la prostitución (Sacotte, 1969; Weyer, 1969). Así, la Ley de Ofensas de la Calle de Gran Bretaña, de 1959, realmente acepta el lenocinio en su más amplio sentido, a menos que constituya una molestia pública. En la República Federal de Alemania los llamados centros “Eros” (por ejemplo, en Hamburgo) permiten encuentros sexuales sin explotación de las mujeres. En otros países también se ha

intentado "sacar la prostitución de las calles" como es el caso en Suiza (*Journal de Genève*, 1969). Es posible que el cambio que experimentan las actitudes sociales con respecto a la cuestión sexual y el clima presente relativo a la conducta sexual también pueda conducir a una reorientación sobre el reconocimiento de casas de cita como parte del "comercio de placeres" que experimenta un aumento cada vez mayor.

Hombres homosexuales

En los últimos años ha llamado la atención el creciente papel que desempeñan los homosexuales en la transmisión de la sífilis, como ha ocurrido, por ejemplo, en Suecia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, etc., (Laird, 1962; Jefferiss y Willcox, 1963; Schmidt *et al.*, 1963; Hooker, 1964; Durel y Pellerat, 1966; *Brit Med J*, 1967; Racz, 1969; Nesor y Parrish, 1969), si bien están por lo común menos identificados con la blenorragia (Nicol, 1960; Asociación Americana de Salud Social, 1968). Los contactos homosexuales facilitados por personas infectadas pueden oscilar entre 10 y 90% de los casos seleccionados (Price, 1969). Una encuesta realizada en los Países Bajos indicó que casi la mitad de los pacientes con sífilis temprana eran homosexuales (Bijkerk, 1969). Cada homosexual puede ser promiscuo en extremo en diferentes niveles sociales y algunos de ellos tienen, además, contactos heterosexuales; como grupo de riesgo, por consiguiente, constituyen un grave problema epidemiológico (Racz, 1969). Algunos estudios han demostrado que los homosexuales tienen tasas de reinfecciones cinco veces mayores que las de los pacientes heterosexuales (Racz, 1969). Se ha defendido que la reciente legislación aprobada en algunos países (por ejemplo, Gran Bretaña, a raíz del Informe Wolfenden de 1957) por la cual se permite la homosexualidad entre adultos que lo consientan, tal vez pueda facilitar la localización de contactos (Bloch, 1964).

Aspectos médicos y de salud pública

En la primera década después de la Segunda Guerra Mundial se reconoció que la terapia con

penicilina fue un factor esencial para reducir la incidencia de la sífilis temprana. Pero con ella no se llegó a evitar la recrudescencia de la enfermedad, a pesar de que la penicilina no ha perdido su potencia treponemicida, de que ha mejorado la diagnosis serológica (por ejemplo, (ITP, ATF) y de que se han popularizado nuevos y más eficaces métodos epidemiológicos (repetición de las entrevistas por un investigador capacitado) (Capinski y Urbanczyk, 1970, encuestas de grupos, tratamiento preventivo de los contactos, etc.). En la década de la posguerra se empleó la penicilina con mayor frecuencia para tratar numerosas condiciones médicas además de la sífilis. También la población en general aumentó el abuso de este antibiótico, que se cree fue la causa de que muchas infecciones sifilíticas pasasen desapercibidas en individuos que en realidad estaban expuestos al *Treponema pallidum*—debido a niveles antitreponemas de penicilina en la sangre y en los tejidos en el momento de la exposición—o de haber curado una enfermedad temprana no sospechada (el *T. pallidum* es uno de los organismos más sensitivos a la penicilina que se conoce).

Se ha estimado cuantitativamente que este efecto preventivo como resultado del uso de la penicilina ha contribuido al descenso pronunciado en la incidencia de la sífilis temprana (Schamberg, 1963; Danehower y Schamberg, 1963) que ocurrió después de 1950. A la inversa, durante el período de recrudescencia de la sífilis, después de 1957-1958, ha ocurrido una disminución significativa de este efecto preventivo por el uso más prudente de la penicilina como resultado de las reacciones alérgicas marginales observadas y de la disponibilidad de otros antibióticos menos treponemicidas.

En los pacientes sifilíticos, una terapia supresiva crónica previa a base de metal resultaba con frecuencia en una prolongada inmunidad a la infección y en una serorreactividad perdurable. En cambio, una terapia adecuada a base de penicilina, con una cura aparente de la sífilis temprana, elimina rápidamente, por lo general, el mecanismo productor de la inmunidad en el individuo. Como consecuencia, la

resistencia a la infección sólo existe durante un período relativamente corto, y la sífilis que se ha denominado de "rebote" y de "repetición" ha aparecido con mayor frecuencia en la era de la penicilina que con la terapia a base de metal. Las tasas de reinfecciones en pacientes clínicos oscilan ahora entre 1.6 y 8.2% (Degos y Ebrard, 1957; Jefferiss y Willcox, 1963; Asociación Americana de Salud Social, 1968). Estos factores han contribuido a la recrudescencia de la sífilis temprana en esta década.

Se ha sugerido que una inmunidad adquirida, como resultado de infecciones no tratadas o tratadas inadecuadamente en una generación y ausente en la próxima, puede afectar el número de susceptibles disponibles y ello puede desempeñar una función importante en las variaciones "cíclicas" observadas en la incidencia de la sífilis (Haustein, 1927). Desde un punto de vista mundial, sin embargo, es probablemente más importante el hecho de que las grandes campañas auspiciadas por la OMS para administrar la penicilina a masas de población contra la frambesia infantil en los trópicos, durante las dos últimas décadas, ha creado millones de nuevos susceptibles a la sífilis debido a la pérdida de la inmunidad cruzada protectora de la frambesia que tenía la generación anterior (Guthe e Idsøe, 1968).

En lo que a la blenorragia se refiere, la terapia a base de penicilina (y posiblemente de estreptomycinina) ha contribuido a reducir en cierta medida la incidencia de esta enfermedad durante la primera década de la posguerra, pero no en el mismo grado que en la sífilis temprana. Se ha evidenciado, sin embargo, una considerable reducción de las complicaciones en las infecciones gonocócicas en el hombre. En este período el efecto desconocido de la "lluvia de penicilina" puede haber sido menos preventivo entre la población general que en el caso de la sífilis, ya que el gonococo es menos sensitivo a la penicilina que el treponema, y la blenorragia tiene un período de incubación mucho más corto que la sífilis. El subsiguiente desarrollo de la resistencia a la penicilina y a algunos otros antibióticos de cepas circulantes de *Neisseria gonorrhoeae* en varias regiones del mundo, es

otro factor que contribuye a la mayor incidencia de la enfermedad, en particular en zonas de excesiva promiscuidad, como en partes del Lejano Oriente, donde uno de cada tres casos puede no responder a grandes dosis de penicilina (OMS, 1970).

También ha surgido la incógnita de si tanto la sífilis como la blenorragia se están haciendo "más benignas", menos claras, por el efecto de los antibióticos (Willcox, 1970). Pero la terapia eficaz y relativamente segura a base de antibióticos, fácil y rápidamente aplicada a cada individuo, tanto en la sífilis como en la blenorragia, ha contribuido a la evolución experimentada en la opinión pública respecto a la conducta sexual y a las enfermedades venéreas. El miedo anterior a la sífilis y a la blenorragia como enfermedades peligrosas (Kinsey *et al.* 1948) se desvaneció (Catterall, 1964; Asociación Médica Británica, 1964; Juhlin, 1968a); el público se despreocupó (King, 1958); los médicos y las administraciones de salud cayeron en la indiferencia respecto a la necesidad de mantener servicios adecuados de control en vista de la menor incidencia registrada hace una década (Rozina y Chaica, 1969; OMS, 1953, 1954, 1964). Sólo recientemente se ven indicios de un renovado interés en relación con el problema de las enfermedades venéreas (OMS, 1968a, 1968b). La selección de las enfermedades venéreas en las Américas como tema de discusión en esta Conferencia, es un signo alentador al respecto.

El tratamiento ambulatorio de las enfermedades venéreas es una práctica que se lleva a cabo en muchos países, no sólo por reconocidos especialistas y en clínicas, sino también por médicos generales. La falta de estos (y de los laboratorios) en cooperar con las autoridades sanitarias en los esfuerzos epidemiológicos es otra de las causas de la oleada de sífilis y blenorragia infecciosas que se ha producido (Degos y Delzant, 1963; Curtis, 1963; Adams, 1967). Es así que, en Sydney, Australia, se estimaba en 1965 (Adams, 1957) que sólo un 9.1% de la totalidad los casos de enfermedades venéreas tratados por médicos particulares eran notificados a las autoridades sanitarias. En

1967, en los Estados Unidos, de todos los casos de sífilis notificados al Servicio de Salud Pública sólo un 37.8 % provino de médicos particulares. En Centro y Sudamérica se da una situación similar.

En el pasado en muchos países la legislación de salud pública ha exigido medidas especiales contra las enfermedades venéreas. Sin embargo, con frecuencia difieren las condiciones que se consideran "venéreas" y a las fases de la enfermedad se las define de modo distinto en los países; además, no siempre se proporcionan servicios de tratamiento y examen gratis en el mismo grado, y los requisitos en cuanto a la localización diferente de contactos epidemiológicos destinados a ayudar a los médicos particulares varían mucho. Pero, con legislación especial o sin ella, las tendencias epidemiológicas ascendentes o descendentes de la sífilis y la blenorragia al parecer se ven afectadas en diversos países en forma similar y en el mismo momento (Willcox, 1964).

Resumen y conclusiones

Se ha tratado de evaluar las opiniones emitidas las cuales parecen indicar que existe una tendencia ascendente de la sífilis y de la blenorragia—y posiblemente también de otras infecciones contraídas por contacto sexual—durante la década pasada, tendencia que al parecer persiste a pesar de las medidas nacionales e internacionales que se han aplicado. Se ha tratado de evaluar, asimismo, las principales fuerzas que interactúan en la transmisión de la infección en medios que experimentan una rápida evolución tanto en los países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo. Se debe llegar a la conclusión de que estas tendencias han originado nuevas actitudes sociales y de conducta con los riesgos consiguientes de contraer mayores enfermedades por actividad sexual. Si bien han ocurrido, durante el mismo período, adelantos médicos y de salud pública de importancia estos han quedado contrarrestados por las múltiples fuerzas ambientales que facilitan la transmisión de las enfermedades venéreas, cuyos efectos adversos

están fuera del alcance del médico y que, por ello, probablemente continuarán en el futuro.

Los servicios médicos y de salud pública, en diferente grado, no han logrado resolver la situación actual. En el futuro deberá considerarse la suficiencia, o insuficiencia, de estos servicios en relación con las necesidades previstas. Con el fin de reducir la creciente incidencia, las administraciones de salud deben proporcionar un número mayor de personal capacitado y de servicios adecuados para hacer posible el diagnóstico y tratamiento gratuito de estas enfermedades, así como para aplicar mucho más activamente las técnicas existentes y las técnicas mejoradas de localización de casos, incluso la ubicación epidemiológica de casos, y el examen de los grupos riesgo. Es necesario impartir a los jóvenes una educación para la salud más acertada y una formación en la vida familiar a fin de que aprendan a prevenir la enfermedad y a asegurar que los infectados obtengan tratamiento oportuno.

Sobre todo, se requiere investigar más a fondo muchos problemas, en particular en los ramos de la bioquímica y de la inmunología. Ahora cabe esperar que ello dé como resultado no sólo una prueba de selección serológica simplificada para la blenorragia (a cuya ausencia se debe el alza descontrolada de su incidencia en comparación con la sífilis), sino también quizá, últimamente, un medio inmunizador contra las enfermedades causadas por *treponemas*, tales como la sífilis. Las investigaciones en cuanto a estos aspectos progresan racionalmente en el Reino Unido, los Estados Unidos y Polonia.

Pero es imposible realizar progreso alguno contra estas enfermedades sin una colaboración interdisciplinaria: la del venereólogo con expertos de otros ramos de la medicina (el obstétrico, el ginecólogo, etc.) y con el médico general; la de aquellos con los trabajadores de salud pública y con los epidemiólogos; la del investigador; y de todos ellos con el maestro, con el educador en salud, con el trabajador social y con organismos voluntarios ocupados de la juventud. Tal cooperación debe emprenderse no sólo a nivel del paciente y de la institución,

sino también a nivel interestatal y nacional. También se puede uno preguntar si no sería posible lograr una mejor opinión en favor de esta colaboración a nivel internacional reconociendo el hecho de que ahora se requieren investigaciones y comunicaciones epidemiológicas entre los países en aproximadamente un 50 % de los casos declarados de sífilis y mucho más en los relativos a la blenorragia.

La trascendencia de la colaboración internacional queda ilustrada en un reciente informe de una meretriz de California con sífilis secun-

daria. Ella mantuvo un diario, y de los 310 hombres con quienes tuvo contacto se localizaron 168—todos ellos conductores de camiones que hacían grandes recorridos. Esta amenaza de propagación de la enfermedad se extendió a 34 estados del país, al Canadá y a México. Tal epopeya epidemiológica fue reseñada por un periodista en una publicación rara vez leída por los médicos, *The Wall Street Journal* (1970)—¿Tal vez porque ello afectaría el comercio interestatal! □

BIBLIOGRAFIA

- Adams, A. *Med J Aust* 1: 145-51, 1967.
- Amer *J Public Health* 58: 817-9, 1968.
- Asociación Médica Británica. *Venereal Disease and Young People*, Londres: AMB, 1964.
- Arya, O. P. y Bennett, F. J. *Brit J Vener Dis* 43: 275-9, 1967.
- Asiyo, P. *Prostitution Problems Peculiar to Countries in Process of Development*, Social Hygiene Quarterly of the Association for Moral and Social Hygiene in India, abril de 1968.
- Asociación Americana de Salud Social. *Today's VD Control Problem*, Nueva York: AASS, 1968.
- Asociación Americana de Salud Social. *Today's VD Control Problem*, Nueva York: AASS, 1969.
- Asociación Americana de Salud Social. *Today's VD Control Problem*, Nueva York: AASS, 1970.
- Balina, L. M. et al. Trabajo presentado en el XIII Congreso Internacional de Dermatología, Munich, 1967.
- Barnhoorn, J. A. J. En *Maritime Venereal Disease Control*, Ginebra: OMS 94-7, 1956.
- Beigel, H. G. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 399-406, 1964.
- Bijkerk, H. Comunicación a la OMS, 1968.
- Bijkerk, H. *The Occurrence of Venereal Disease in the Netherlands, 1967*, Staatsnitverig's Grauenhace, 1969.
- Bloch, H. A. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 412-8, 1964.
- Bowle, J. *England: A Portrait*, Londres: Readers' Union, Ernest Benn, 1968.
- Brandao, F. da Cruz Sobral, F. y da Fonseca, A. *Actas de la XXIV Asamblea General y Reunión Técnica de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematoses*, 197-202, Lisboa. 1965.
- British Co-operative Clinical Group. *Brit J Vener Dis* 46: 69-75, 1970.
- Brit Med J* 2: 5-6, 1967.
- Bron, L. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 419-23, 1964.
- Brown, W. J. *Milit Med* 132: 316-7, 1967.
- Burgess, J. A. *Brit J Vener Dis* 42: 116-8, 1966.
- Burton, J. *Int J Health Educ* 11: 13-17, 1968.
- Capinski, T. Z. Documento de trabajo inédito de la OMS/VDT/66.37 y OMS/HE/66.1, 1966.
- Capinski, T. Z. y Urbanczyk, J. *Brit J Vener Dis* 46: 138-40, 1970.
- Catterall, R. D. *The Venereal Diseases*, Londres: Evans Brothers Ltd., 1964.
- Catterall, R. D. *Lancet*, 2: 830-1, 1966.
- Centro Internazionale Radio-Medico/Organización Mundial de la Salud. En preparación, 1970.
- Cleeve, R. L. et al. *JAMA* 202: 941-6, 1967.
- Cohen, L. *Brit J Vener Dis* 46: 108-10, 1970.
- Curtis, C. *J Amer Med Ass* 186: 46-9, 1963.
- Daily Express*. Londres: 31 de marzo, 1970.
- Dalzell-Ward, A. J. *Med Offr* 121: 3-8, 1969.
- Dalzell-Ward, A. J. *Brit J Vener Dis* 46: 159-161, 1970.
- Danehower, W. F. y Schamberg, I. L. *Arch Derm Syph (Chicago)* 88: 930-4, 1963.
- Degos, R. y Delzant, O. *Vie Méd Paris* 44: 330-40, 1963.
- Degos, R. y Ebrard, G. *Bull Soc Franc Derm Syph* 64: 363-6, 1957.
- Desai, S. C. *Indian J Derm Venereol* 35: 271-96, 1969.
- Durel, P. y Pellerat, J. *Maladies vénériennes*, Paris: Fouchet, 1966.
- Eng, J. y Jensen, R. A. *Nord Med* 64: 1285-8, 1960.
- Ekstrom, K. *Acta Psychiat Scand* 40: Suppl 180: 241-3, 1964.
- E.U.A. *Morbidity and Mortality*, 19 (7): 74, Atlanta, Georgia, Secretaría de Salud, Educación, y Bienestar, 1970.
- E.U.A. Servicio de Salud Pública. *Venereal Disease*

- Program Report*, Atlanta, Georgia: Secretaría de Salud, Educación, y Bienestar, 1967.
- Farago, L. Documento de trabajo inédito de la OMS INT/VDT/69.247, 1969.
- Finland, M. En *VD—The Challenge to Man*, Nueva York: Asociación Americana de Salud Social, 57-64, 1969.
- Fleming, W. L., et al. *JAMA* 211: 1827-30, 1970.
- Foldvary, F. y Karolyi, S. Comunicación a la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematoses, 1968.
- Francia, Comunicación a la OMS del Ministerio de Relaciones Exteriores. 1967.
- French, E. *Brit J Vener Dis* 31: 113-6, 1966.
- Gagnon, J. H. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 424-30, 1964.
- Gagnon, J. H. *VD—The Challenge to Man*, Nueva York: Asociación Americana de Salud Social 17-23, 1969.
- Gjessing, H. C. *Brit J Vener Dis* 32:86-90, 1956.
- Graz, L. "On the great waters". *Salud Mundial*, enero-febrero, 1968.
- Guthe, T. e Idsøe, O. *Tid Norske Laefegoren* 84:1262-8, 1964.
- Guthe, T. e Idsøe, O. *Brit J Vener Dis* 44:35-48, 1968.
- Hai-Teh, Ma. *China's Med* 1:52-63, 1966.
- Hartmann, G. *Boliger og Bordeller*, Copenhagen: Rosenkilde og Bagger, 1967.
- Haustein, H. *Handbuch der Haut-und-Geschlechtskrankheiten*. 22: 838 Julius Springer, Berlin, 1927.
- Hertoft, P. *Unge Maends Seksuelle Adfaerd Viden og Holdning*, 1. Copenhagen: Akademisk Forlag, 1968.
- Hertoft, P. y Ekstrøm, K. Trabajo presentado en la XXV Asamblea General de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematoses, Munich, agosto de 1967.
- Hewitt, A. B. *Brit J Vener Dis* 46:106-7, 1970.
- Hooker, E. *Male Homosexual Life Styles and Venereal Disease*, Los Angeles: Universidad de California, 1962.
- Hooker, E. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 431-7, 1964.
- Huxley, A. Citado por Bowle, J., 1968.
- Idsøe, O. y Guthe, T. *Brit J Vener Dis* 43:227-43:1967.
- Inghe, G. e Inghe, M. B. *Den ofärdiga välfärden*, Estocolmo: Tidens Förlag-Folksam, 1967.
- Jefferiss, F. J. G. y Willcox, R. R. *Brit J Vener Dis* 39:143-8, 1963.
- Josephson, E. En *VD—The Challenge to Man*. Nueva York: Asociación Americana de Salud Social. 24-32, 1969.
- Journal de Genève*, 9 de agosto de 1968.
- Juhlin, L. *Acta Derm Vener* 48:75-81, 1968a.
- Juhlin, L. *Acta Derm Vener* 48:82-9, 1968b.
- Juhlin, L. y Liden, S. *Brit J Vener Dis* 45:321, 1969.
- Karolyi, I. Documento de trabajo inédito de la OMS INT/VDT/69.253, 1969.
- King, A. *Brit Med J* 1:451-7, 1970.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. *Sexual Behaviour in the Human Male*, Filadelfia y Londres: W. B. Saunders y Co., 1948.
- Kinsey, A. C., et al. *Sexual Behaviour in the Human Female*, Filadelfia y Londres: W. B. Saunders y Co., 1953.
- Laird, S. M. *Brit J Vener Dis* 38:82-5, 1962.
- Laird, S. M. *Brit J Vener Dis* 39:280-2, 1963.
- Loeb, M. *Brit J Vener Dis* 36:191-3, 1960.
- Loughlin, M. J. *New Zeal Med J* 1969.
- Lourie, R. S. *Arch Environ Health (Chicago)* 12:684-5, 1966.
- Lundt, P. V. Documento de trabajo inédito de la OMS EURO-240/9.2, presentado en el Simposio Europeo sobre Control de las Enfermedades Venéreas, Estocolmo, 24-28 septiembre, 1963.
- Many, P., et al. *Proph Sanit Morale* 39:273-81, 1967.
- Martin-Bouyer, G. *Bull INSERM* 22:1021-56, 1967.
- Medical Tribune*, International Division, 20 de mayo de 1968.
- Meyer-Rohn, J. En *Current Problems in Dermatology: 2. Antibiotic Treatment of Venereal Diseases*, Basilea y Nueva York: Karger, 154-67, 1968.
- Le Monde*, 1968.
- Morton, R. S. *Brit J Vener Dis* 42:280-2, 1966.
- Morton, R. S. y Statham R. *Brit Med J* 4:623-625, 1968.
- Navy Times*, 8 de marzo de 1967.
- Neser, W. B. y Parrish, H. M. *Southern Med J (Birmingham)* 62:177-80, 1969.
- Nicol, C. S. *Practitioner*, 194:345-9, 1960.
- Nicol, C. S. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C.: Public Health Service Publication No. 997, U.S. Government Printing Office, 44-8, 1964.
- Novotny, F. C. *S Derm* 43:330-3, 1969.
- The Observer*, 18 de febrero de 1968.
- Organización Mundial de la Salud. *Crónica* 7:203-10, 1953.
- Organización Mundial de la Salud. "Treponematoses: Un Problema Mundial". *Crónica* 8:37-114, 1954.
- Organización Mundial de la Salud. *Ser Inf Tec* 262, 1963.
- Organización Mundial de la Salud. Informe del Segundo Seminario Regional sobre el Control de las Enfermedades Venéreas. Manila, 1968.
- Organización Mundial de la Salud. A21/Discusiones Técnicas/5, 1968a.
- Organización Mundial de la Salud. Situación Mundial de la Salud, Tercer Informe, 1968.

- O'Rourke, E. En *VD—The Challenge to Man*, Nueva York: Asociación Americana de Salud Social 4-5, 1969.
- Oslo/Helseraad. Comunicación a la OMS, 1968.
- Platts, W. M. *Brit J Vener Dis* 45:61-6, 1969.
- Population Council, febrero de 1969.
- Price, E. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 3:67, 1969.
- Putkonen, T. Comunicación a la OMS, 1969.
- Racz, I. Documento de trabajo inédito de la OMS INT/VDT/69.248, 1969.
- Ragon, M. *Salud Mundial*, febrero-marzo, 6:44, 1966.
- Rawlins, D. C. *Brit J Vener Dis*. 46:93, 1969.
- Rees, E. y Annels, E. H. *Brit J Vener Dis*. 45:205-15, 1969.
- Ridet, J. Informe a la OMS, 1968.
- Robinson, R. C. V. *Arch Derm* 99:599-610, 1969.
- Rosenblatt, D. y Kabasakalian, L. *Amer J Public Health* 56:1104-14, 1966.
- Rozina, L. A. y Chaica, A. A. *Sovetsk Med* 32:91-4, 1969.
- Sacotte, M. *Proph Sanit Morale* 41, 196, 1969.
- Scarpari, S. y Zamperlin, P. *Ann Sclavo* 7:430-9, 1965.
- Schamberg, I. L. *Brit J Vener Dis* 39:89-92, 1963.
- Schmidt, H., Hauge, L. y Schonning, L. *Brit J Vener Dis* 39:264-5, 1963.
- Schofield, M. *The Sexual Behaviour of Young People*, Londres: Central Council of Health Education, Longmans, 1965.
- Sepetjian, M., et al. *Rev Hyg Med Soc* 15:541-6, 1967.
- Serise, M., et al. *Rev Hyg Soc* 12:575-606, 1964.
- Shiloh, A. En *VD—The Challenge to Man*, Nueva York: Asociación Americana de Salud Social, 38-42, 1969.
- Siboulet, A. y Egger, G. Trabajo presentado a la XXV Asamblea General de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematoses, Munich, agosto de 1967.
- Smithurst, B. A. *Med J Aust* 2:1143-6, 1969.
- Suecia, *Socialmed T* 10 de diciembre de 1969.
- Suiza. Comunicación a la OMS del Servicio Federal de la Higiene Pública, agosto de 1966.
- Suthisomboon, K. *Actas de la XXIV Asamblea General y Reunión Técnica de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematoses*, Lisboa. 203-21, 1965.
- Szasz, J. *Canad J Public Health* 60:429, 1969.
- Time*, enero 24, 42-7, 1966.
- Time*, junio 6, 18-19, 1969.
- United Nations *Statistical Yearbook 1965*, Nueva York: Naciones Unidas, 1966.
- United Nations *Demographic Yearbook 1966*, Nueva York: Naciones Unidas, 1967.
- Vignale, R. A. Documento de trabajo inédito de la OMS INT/VDT/68.232, 1968.
- Vinikoff, M. R. *Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses*, Washington, D.C: Public Health Service Publication No. 997 U.S. Government Printing Office, 125-7, 1964. 125-7, 1964.
- Wall Street Journal*, 30 de marzo de 1970.
- Webster, B. *Brit J Vener Dis* 42:132-3, 1966.
- Weyer, F. *Proph Sanit Morale*, 41:184, 1969.
- Willcox, R. R. *Acta Derm Vener* 38:215-9, 1958a.
- Willcox, R. R. *Int Rev Crim Policy* 13:67-97, 1958b.
- Willcox, R. R. *A Textbook of Venereal Diseases and Treponematoses*, Londres: William Heinemann Medical Books, Ltd. 89-126, 1964.
- Willcox, R. R. *Current Med & Drugs*, 5:3-20, 1965.
- Willcox, R. R. *Brit J Vener Dis* 42:225-37, 1966.
- Willcox, R. R. Informe a la OMS, 1967.
- Willcox, R. R. Trabajo presentado a Medical Research Council Conference on Urethritis, diciembre de 1969.
- Wilson, D. C. y Sutherland, J. *J Obstet Gynaec* 67:320, 1960.
- Wren, B. G. *Med J Aust* 1:847-9, 1967.

Global Epidemiological Trends of Syphilis and Gonorrhea (Summary)

An evaluation has been made of stated points of view. This evaluation seems to indicate that syphilis and gonorrhea—and possibly other infectious diseases contracted by sexual contact—have shown an upward trend over the past decade in spite of the national and international measures applied. An evaluation has also been made of the main forces that interact in the transmission of these diseases in rapidly changing environments in the developed and underdeveloped countries. The obvious conclusion is that these forces have created new social and behavioral attitudes which are accompanied by a correspondingly greater risk

of contracting diseases through sexual activity. Although important medical and public health developments have taken place in the same period, these have been offset by the multiple environmental forces which facilitate the propagation of these diseases. Furthermore, the adverse effects of venereal diseases are beyond the control of the physician and, consequently, are likely to continue in the future.

Medical and public health services have, to a varying degree, failed to meet the present disturbing situation. In the future, attention must be given to the adequacy or inadequacy of these services with respect to estimated needs.

In order to curb the growing incidence of disease, health administrations must provide increased numbers of qualified personnel and adequate services. Such measures will make possible the free diagnosis and treatment of these diseases, as well as the more active application of existing techniques and improved case-finding methods, including epidemiological contact tracing and the screening of risk groups. Young people must be more adequately educated in questions of health and family life in order to teach them how to prevent the disease and to insure that those infected can receive immediate treatment.

Above all, intensified research is required on many problems, particularly in the biochemical and immunological fields. It can now be hoped that this might lead not only to a simplified serological screening test for gonorrhoea (the absence of which is responsible for the runaway rise in its incidence as compared to that of syphilis), but also, in the long run, to an immunizing procedure against treponemal diseases such as syphilis. Research in these areas is progressing apace in the United Kingdom, the United States and Poland.

Nevertheless, it is impossible to make any real gains in the fight against these diseases without interdisciplinary cooperation: cooperation of the venereologist with experts in other fields of medicine (the obstetrician, the gynecologist, etc.) and with the general practitioner;

cooperation of this personnel with public health workers and epidemiologists; cooperation with the researcher; and cooperation of all these with the teacher, the health educator, the social worker and those voluntary agencies dedicated to the problems of young people. This cooperation should be undertaken not only at patient and institutional levels, but also at interstate and national levels. The question also arises as to whether it would not be possible to attain better collaboration at the international level in view of the fact that international epidemiological research and communication are now required in approximately 50 per cent of reported syphilis cases and in a much higher percentage of gonorrhoea cases.

The importance of this international cooperation is illustrated by information supplied recently by a California prostitute with secondary syphilis who kept a diary. It was found that among some 310 males who were involved as contacts, 168 were traced and found to be long-distance truck drivers. The threat of spread of the disease extended over 34 states within the country, Canada, and Mexico. This epidemiological epic was written by a Staff Reporter and improbably appeared in a periodical seldom seen by physicians, namely *The Wall Street Journal* (1970)—presumably because it concerned interstate commerce!

Tendências Epidemiológicas Mundiais da Sífilis e da Blenorragia (Resumo)

Procurou-se avaliar as opiniões emitidas, as quais parecem indicar que existe uma tendência ascendente da sífilis e da blenorragia—e possivelmente também de outras infecções contraídas por contacto sexual—durante a década passada, tendência que aparentemente persiste apesar das medidas nacionais e internacionais que se aplicaram. Tratou-se de avaliar, também, as principais forças que interatuam na transmissão da infecção em meios que experimentam evolução rápida, tanto nos países desenvolvidos como nos que se acham em vias de desenvolvimento. Deve-se concluir que estas tendências originaram novas atitudes sociais e de conduta com os riscos conseqüentes de contrair maiores doenças por atividade sexual. Embora no mesmo período tenham ocorrido importantes progressos médicos e de saúde pública, foram os mesmos contrabalançados pelas múltiplas forças ambientais que facilitam a transmissão das doenças venéreas, cujos efeitos adversos

estão fora do alcance do médico e que, por isso, continuarão no futuro.

Os serviços médico e de saúde pública, em diferentes graus, não lograram resolver a situação geral. No futuro deverá ser considerada a suficiência destes serviços em relação às necessidades previstas. Visando a reduzir a crescente incidência, as administrações de saúde devem proporcionar maior número de pessoal capacitado e de serviços adequados para tornar possível o diagnóstico e o tratamento gratuito destas doenças e para aplicar mais ativamente as técnicas existentes e as técnicas aperfeiçoadas de localização de casos, inclusive a localização epidemiológica de casos, e o exame dos grupos risco.

E necessário ministrar aos jovens mais acertada educação sanitária e de formação na vida familiar, para que aprendam a prevenir a doença e assegurar que os infeccionados obtenham tratamento oportuno.

Principalmente é necessário investigar mais a fundo muitos problemas, principalmente nos sectores da bioquímica e da imunologia. Cabe esperar que isso forneça, em consequência, não só a prova de seleção serológica simplificada para a blenorragia (a cuja ausência se deve a alta descontrolada de sua incidência em comparação com a sífilis) mas, também, talvez, finalmente o meio imunizante contra as doenças causadas por treponemas tais como a sífilis. As pesquisas sobre estes aspectos prosseguem racionalmente no Reino Unido, nos Estados Unidos e na Polónia.

Mas é impossível alcançar qualquer progresso contra tais enfermidades sem a colaboração interdisciplinar: a do venereologista com especialistas de outros ramos da medicina (o obstetra, o ginecólogo, etc.) e com o médico em geral; destes com os assistentes de saúde pública e com os epidemiólogos; a do pesquisador; e de todos com o professor, com o educador sanitário, com o assistente social e com os organismos voluntários que se ocupam com a juventude. Tal cooperação deve ser empreen-

dida também, além do nível do paciente e da instituição, em nível interestadual e nacional. Pode-se perguntar outrossim se não seria possível lograr melhor opinião em favor desta colaboração em nível internacional, reconhecendo-se o fato que atualmente as investigações e comunicações epidemiológicas entre países abrangem aproximadamente 50 % dos casos declarados de sífilis e muito mais nos de blenorragia.

A transcendência da colaboração internacional é ilustrada pelo recente relatório de uma meretriz da California, com sífilis secundária. A mesma mantinha um diário e dos 310 homens com os quais teve contacto, foram localizados 168—todos choferes de caminhões que faziam grandes percursos. Esta ameaça de propagação da doença estendeu-se a 34 Estados do país, ao Canadá e ao México. Tal epopéia epidemiológica foi resumida por um jornalista em uma publicação rara vez lida pelos médicos, *The Wall Street Journal* (1970). Talvez porque isto afetaria o comércio interestadual!

Tendances epidemiologiques mondiales de la syphilis et de la blennorrhagie (Résumé)

Il est question d'évaluer les opinions selon lesquelles il paraîtrait que la syphilis et la blennorrhagie—et peut-être aussi d'autres infections contractées par contact sexuel—auraient manifesté une tendance ascendante au cours de la dernière décennie, tendance qui semble persister malgré les mesures prises sur le plan national et international. Il s'agit d'évaluer également les principales forces qui exercent une action réciproque dans la transmission de l'infection dans des milieux soumis à une rapide évolution tant dans les pays avancés que dans les pays en voie de développement. On doit aboutir à la conclusion que ces tendances ont donné lieu à de nouvelles attitudes sociales et règles de conduite, avec les risques qui en résultent de contracter de sérieuses maladies découlant de rapports sexuels. Bien que des progrès importants aient été accomplis pendant cette même période dans les domaines de la médecine et de la santé publique, les résultats obtenus ont été contrecarrés par les multiples forces ambiantes qui facilitent la transmission des maladies vénériennes, dont les effets préjudiciables échappent à l'intervention du médecin et qui, de ce fait, continueront probablement à se manifester à l'avenir.

Les services médicaux et de santé publique, à des degrés divers, n'ont pu parvenir à résoudre le problème que pose la situation ac-

tuelle. Il faudra, à l'avenir, tenir compte de la suffisance, ou de l'insuffisance, de ces services par rapport aux besoins prévus. Pour réduire l'incidence croissante de la maladie, les services de santé doivent fournir un personnel compétent et des services adéquats en plus grand nombre afin de permettre le diagnostic et le traitement gratuits de ces maladies, de même que pour appliquer de manière bien plus active les techniques existantes et les méthodes perfectionnées de dépistage des cas, y compris la localisation épidémiologique de ces derniers, et l'examen des groupes dangereux. Il est nécessaire de dispenser à la jeunesse une éducation sanitaire plus pertinente et de lui inculquer les notions de la vie de famille afin d'apprendre aux jeunes à éviter la maladie et de s'assurer que ceux qui sont atteints reçoivent un traitement opportun.

Il faut avant tout étudier plus à fond nombre de problèmes, en particulier dans les branches de la biochimie et de l'immunologie. Il y a lieu d'espérer qu'il n'en résulte non seulement une preuve de sélection sérologique simplifiée pour la blennorrhagie (à l'absence de laquelle est due l'augmentation incontrôlée de l'incidence de cette affection par rapport à la syphilis) mais peut-être aussi, finalement, qu'on découvre un moyen immunisant contre les maladies causées par les treponèmes, comme la

syphilis. Les recherches effectuées sur ces aspects progressent de manière rationnelle au Royaume Uni, aux Etats Unis et en Pologne.

Mais il est impossible d'aboutir à un progrès quelconque contre ces maladies sans une collaboration entre les diverses disciplines: celle du vénéréologue et des spécialistes d'autres branches de la médecine (l'obstétricien, le gynécologue, etc.) et le praticien de la médecine générale; la collaboration entre ces derniers et les officiers de la santé publique et les épidémiologistes; celle du chercheur; et la collaboration de l'ensemble de ceux-ci avec le maître, l'éducateur en matière de santé, le travailleur social et les organismes bénévoles s'occupant de la jeunesse. Une telle collaboration doit être entreprise non seulement au niveau du patient et de l'institution, mais aussi à l'échelon inter-Etats et national. On peut également se demander s'il ne serait pas possible de susciter un sentiment plus favorable à cette collaboration à l'échelon international, en reconnaissant

le fait que des enquêtes et des communications épidémiologiques sont maintenant requises de la part des pays dans environ cinquante pour cent des cas déclarés de syphilis et dans une proportion supérieure pour les cas de blennorragie.

L'importance de la collaboration internationale est illustrée par un cas récemment rapporté concernant une prostituée de la Californie atteinte de syphilis secondaire. Celle-ci tenait un journal de ses activités, et sur les 310 hommes avec lesquels elle avait eu des rapports, 168 ont été localisés—tous exerçant la profession de conducteurs de poids lourds effectuant de long trajets. Cette menace de propagation de la maladie a pesé sur 34 Etats du pays et s'est étendue au Canada et au Mexique. Un tel haut fait épidémiologique a été rapporté par un journaliste dans une publication rarement lue par les médecins, le *Wall Street Journal* (1970)—peut-être parce que le commerce inter-Etats en serait affecté!