

**SERTA GRATVLATORIA
IN HONOREM
JUAN RÉGULO**
arqueología y arte
miscelánea



volumen IV

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

SERTA GRATVLATORIA

IN HONOREM

JUAN RÉGULO

IV

ARQUEOLOGÍA Y ARTE. MISCELÁNEA



LA LAGUNA
1990

La Junta de Gobierno,
presidida por el Magfco. y Excmo. Sr. Rector,
decidió la publicación de esta *Serta gratulatoria*
como Homenaje al Profesor
DON JUÁN RÉGULO PÉREZ
con motivo de su jubilación, a los 70 años, en la
Universidad de La Laguna

COMISSION ORGANIZADORA

Presidentes:

JOSÉ-LUIS MELENA JIMÉNEZ, Filólogo Clásico
RAMÓN SERRERA CONTRERAS, Americanista
JORGE FUENTES DUCHEMIN, Químico

Vocales:

MARIA-FELIPA NUÑEZ MUÑOZ, Historiadora
JULIO HERNÁNDEZ GARCÍA, Historiador
MANUEL-ANTONIO DE PAZ SANCHEZ, Historiador

Secretarios:

JUAN-FRANCISCO MARTÍN RUIZ, Geógrafo
MANUEL SUÁREZ ROSALES, Betberólogo

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ISLA DE TENERIFE

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se registra un incremento mundial de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), lo que unido a la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, ha despertado en la comunidad, un gran interés para intentar controlar estas infecciones.

Un primer paso en la lucha contra esta epidemia de ETS, es conocer la intensidad del problema con el que hay que enfrentarse, es decir, el número de casos que se presentan de cada infección en nuestro medio.

Con este planteamiento se comenzó en 1983, el estudio de las infecciones que se podían diagnosticar sin la utilización de medios de cultivo, en la propia consulta, tal y como era la conducta habitual, mediante la utilización exclusiva del examen en fresco y tinción de gram, y añadiendo asimismo nuestra incidencia de *Chlamydia trachomatis*, mediante el montaje y puesta a punto de su diagnóstico por inmunofluorescencia directa.

Se observó que con estas pruebas había un alto porcentaje de mujeres en las que no se alcanzaba diagnóstico alguno, e incluso pasaban desapercibidos gran parte de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y otros contagios.

Estos hechos junto con la necesidad de conocer la frecuencia de ETS en la población de alto riesgo, y establecer cuáles eran los métodos más adecuados para su diagnóstico, es lo que ha motivado el planteamiento de este trabajo en el que introducimos la utilización de medios de cultivo, y de Gonozyne y Chlamydiazyme, así como el despistaje de Sífilis con el VDRL a todas las pacientes, y el FTA en los casos indicados.

Agotando dentro de nuestras posibilidades la actitud diagnóstica, nos permite acercarnos a la realidad de la incidencia en nuestro medio.

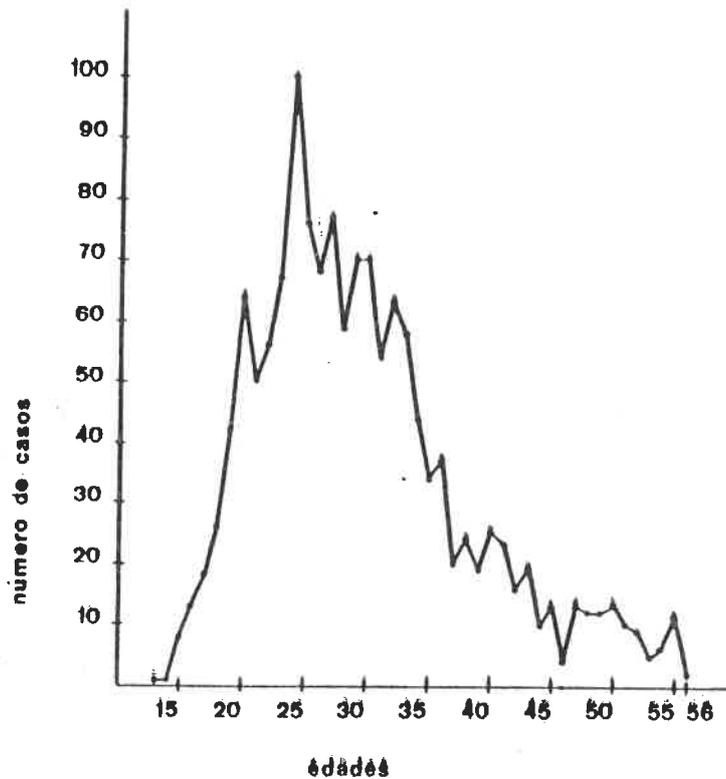
MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio se realizó un screening de ETS a un total de 1.553 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 13 y 56 años, todas ellas con actividad sexual, sin discriminar a aquellas que utilizaban métodos anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos, así como las gestantes (Gráfica 1).

Las mujeres de este estudio provenían de la Policlínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario, o bien acudieron directamente a nuestra consulta de enfermedades de transmisión sexual, en un 83,59 %.

Un 5,83 % provenían del Servicio de Urgencias del Centro; y un 2,81 % habían sido remitidas desde la Policlínica de Dermatología de dicho Hospital.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES



Gráfica 1

Otro porcentaje de un 1,68 % correspondía a enfermas ingresadas en las plantas de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital.

También fueron remitidas en un 1,26 % y en un 1,75 %, de los Centros de Orientación Familiar de la Dirección Territorial de la Salud, de Santa Cruz de Tenerife, y de Tacoronte, respectivamente.

Una proporción de un 0,70 %, provenían de la Asociación Juvenil San Miguel, y del Centro de Ayuda al Toxicómano, de Santa Cruz de Tenerife.

Se incluyeron asimismo, las mujeres ingresadas en la Prisión Provincial de Santa Cruz de Tenerife, con un porcentaje de un 0,98 %.

Y se acudió al Dispensario Dermatológico y Venerológico de la Dirección Territorial de la Salud, donde se estudiaron el restante porcentaje, un 1,4 %.

Del total de 1.553 mujeres que se sometieron a estudio, fueron desechadas 131 pacientes por no cumplir los criterios que se habían establecido.

Por lo que nuestro estudio se concretó en un total de 1.422 mujeres, que quedaron divididas en dos grupos principales, atendiendo a su riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual:

— 422 mujeres de alto riesgo, que incluían aquellas con más de tres compañeros sexuales en el último año, o bien referían contacto con una pareja afectada de alguna enfermedad de transmisión sexual.

— Y 1.000 mujeres de bajo riesgo, que engloban aquellas con una pareja sexual estable, o con dos parejas en el último año.

Asimismo, también se dividió a las pacientes estudiadas en otros dos grupos, dependiendo de la sintomatología presente en el momento de la exploración:

— 190 mujeres que carecían de algún tipo de sintomatología genito-urinaria.

— Y 1.232 mujeres que referían padecer uno o varios de los síntomas siguientes: leucorrea, prurito, disuria interna o externa, Bartholinitis o chancro, y/o dolor en la región genital.

Se realizó un Protocolo de estudio personal que incluía anamnesis clínica, exploración, pruebas complementarias, tratamiento y controles post-tratamiento.

Se efectuaba una toma de la secreción vaginal, para realizar un examen en fresco y test de la potasa. Con otras tomas de esta secreción se realizaron cultivos vaginales, que incluían el medio Saboureaud para *Candida*, HBT para *Gardnerella vaginalis*, McConkey para enterobacterias gram negativas, Chocolate con Isovitalax para *Neisseria gonorrhoeae*, y Diamond para *Trichomona vaginalis*; así como una extensión para tinción de gram, y giemsa en caso de trichomoniasis vaginal.

Sobre otra toma de endocervix se efectuaron cultivos en medio Thayer-Martin y Chocolate con Isovitalax para *Neisseria gonorrhoeae* y una extensión para tinción de gram.

También del endocervix se extrajo otra muestra para la realización del test de Microinmunofluorescencia directa (Micro-Trak), para identificación de *Chlamydia trachomatis*.

Asimismo se llevó a cabo el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* mediante el método ELISA, denominado Gonozyme y Chlamydiazyme, respectivamente.

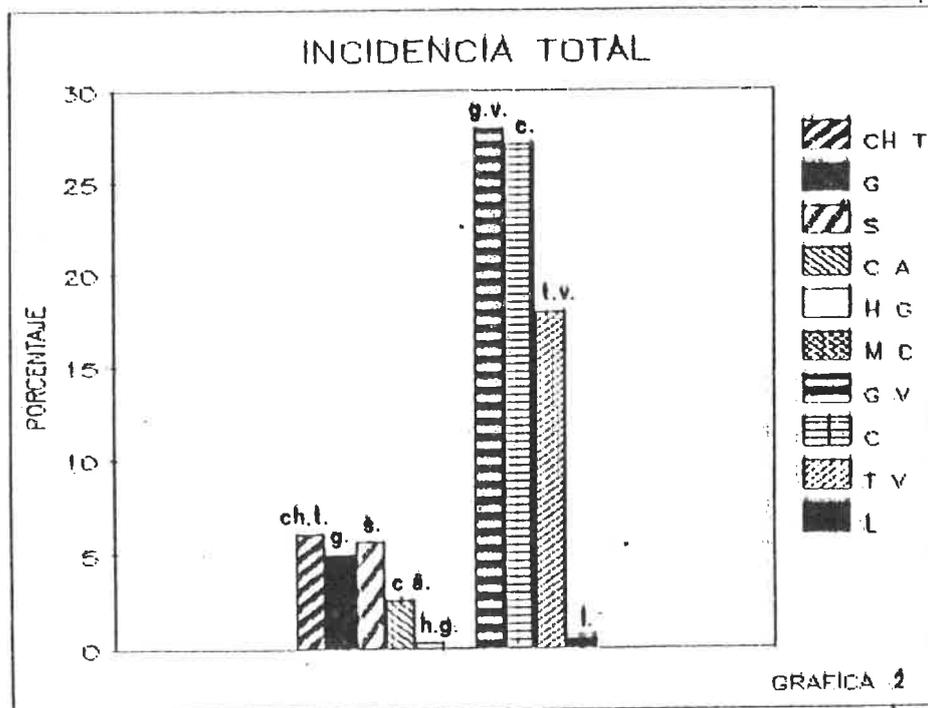
En aquellas pacientes con cervicitis o enfermedad inflamatoria pelviana se efectuaron tomas de uretra, faringe y ano para el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* mediante cultivos y tinción de gram.

También en las pacientes con Gonococia o sospecha de padecerla se realizó un transcurr de endocervix.

Igualmente a todas las mujeres del estudio se les realizó serología para el diagnóstico de Sífilis mediante el VDRL, y el FTA en caso de que este fuera positivo o pacientes de alto riesgo.

RESULTADOS

El porcentaje de mujeres en las que se obtuvo el diagnóstico de algún microorganismo descrito, fue del 72,4 %.



Gráfica 2

Sobre la totalidad de mujeres estudiadas se observó que las vaginitis obtuvieron una frecuencia superior a las enfermedades de transmisión sexual propiamente dichas (Gráfica 2).

De esta forma, *Gardnerella vaginalis* se identificó en el 28 % de las pacientes, seguida por *Candida*, que arrojaron una incidencia del 27,2 %, mientras que *Trichomonas vaginalis* se presentó en un 18 % de los casos y *Leptotrix* en sólo un 0,56 %.

Con una menor incidencia se sitúa el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, en un 6,1 %; de la Sífilis, que se halló en el 5,6 %; y la Gonococia, que se observó en el 5,0 % de las pacientes.

El hallazgo de Condiloma Acuminado se evidenció en el 2,6 % de estas mujeres, mientras que el Herpes Genital daba una incidencia de 0,6 %.

El padecimiento de infestación por ectoparásitos, como Pediculosis y Escabiosis, se objetivó en un 0,9 y 0,2 %, respectivamente.

Respecto a las enterobacterias halladas, destacó *Escherichia coli*, con un 6,0 %, y *Enterococo*, en el 1,0 %.

Pero esta incidencia es diferente según se considere el riesgo de las pacientes de padecer una enfermedad de transmisión sexual, así en las de alto riesgo se registró una frecuencia muy superior a la hallada en bajo riesgo (Gráfica 3 y 4).

En el 84,1 % de las pacientes de alto riesgo se encontró algún agente patógeno en genitales, mientras que en las de bajo riesgo, este porcentaje fue del 67,4 %.

La Sífilis se diagnosticó en el 16,11 % de los casos de alto riesgo, seguida a continuación por la Gonococia; con un 15,4 % y por *Chlamydia trachomatis*, que acusó un 13,0 %.

El Condiloma Acuminado se detectó en el 7,3 % de las pacientes, y el Herpes Genital; en el 1,1 %; en tanto que la Pediculosis y Escabiosis afectaron al 2,1 % y 0,7 %, respectivamente.

Entre las vaginitis diagnosticadas en este grupo de mujeres, destacó la causada por *Gardnerella vaginalis*, con un 36 %, mientras que un 32 % padecía una trichomoniasis y el 21,9 % una infección por *Candida*.

En las pacientes de bajo riesgo, las vaginitis obtienen un porcentaje prácticamente similar al hallado en el grupo precedente, con un aislamiento de *Gardnerella vaginalis* y *Trichomona vaginalis* de un 25 % y 11 % de forma respectiva, mientras que las candidiasis afectaron a un 29,7 %.

La enfermedad de transmisión sexual más frecuente fue la clamidiasis, que afectó al 3,3 % de las mujeres de bajo riesgo, seguida por la Sífilis, con un 1,3 %, y la Gonococia, con un 0,7 %.

La presencia de Condiloma Acuminado se objetivó en el 0,6 %, y el Herpes Genital; en el 0,2 %; con un porcentaje de 0,4 % de Pediculosis.

DISCUSIÓN

Hemos obtenido un porcentaje de diagnósticos elevado, y que supera al hallado en nuestro screening previo de un 57,3 % (1), en el que ya señalábamos la importancia de la utilización de medios de cultivo, con lo que aventajamos al detectado por Johannisson (2), y coincidimos con Osborne (3).

Respecto a nuestra incidencia general de Gonococia, es similar a la de otros autores (4, 5), mientras que en la población de alto riesgo se encuentra en el margen inferior (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12); y en bajo riesgo nuestro porcentaje no resulta tan bajo si se compara con los de Aznar (11), Osborne (3), y Adler (13).

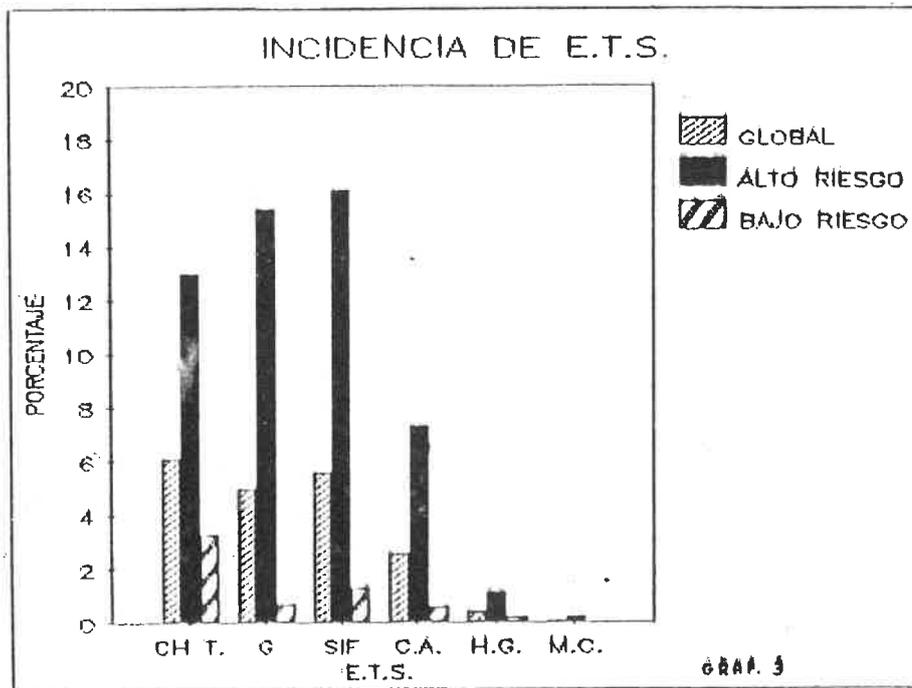
Los resultados hallados tanto en pacientes con sintomatología como sin ella, coinciden con Schachter (14), y sin embargo, Osborne (3), en pacientes de clínicas ginecológicas, la encontró en una frecuencia que duplica a la nuestra.

Hemos encontrado un porcentaje de *Chlamydia trachomatis* que supera al detectado en nuestro anterior screening de un 3,5 % (1), y que coincide con los demás autores consultados (3, 5, 15, 16).

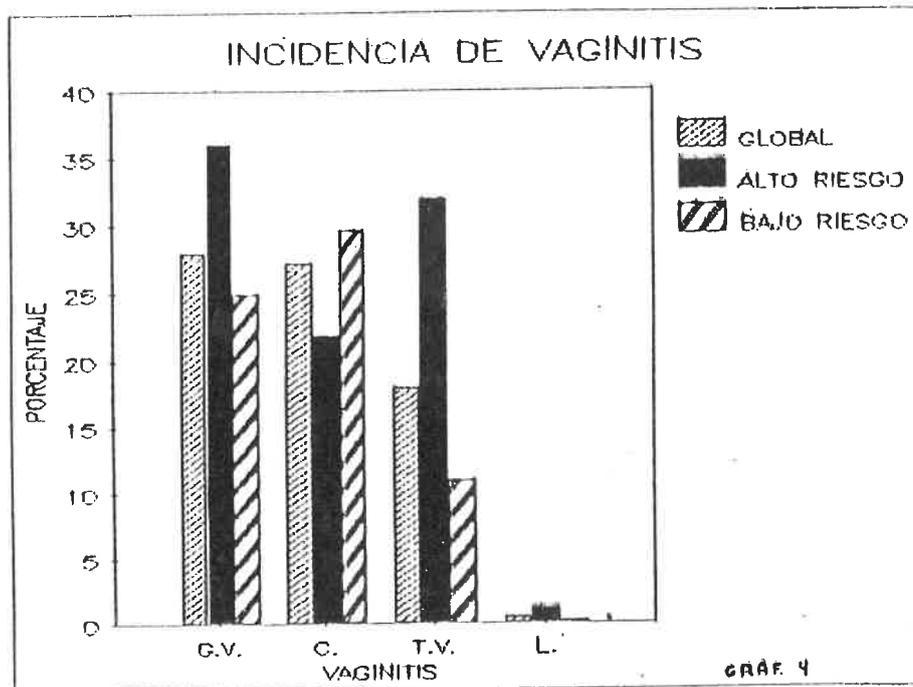
En pacientes de alto riesgo éste se sitúa en el límite inferior al de los autores extranjeros (15, 17, 18) y en bajo riesgo, los superamos (14, 19).

En mujeres asintomáticas la encontramos en el 2,63 %, que concuerda con el 3,5 % referido por Schachter (14).

El porcentaje que se detectó de Sífilis coincide con el observado por Sánchez-Pedreño (20) y duplica al obtenido por Perea (4) en Sevilla.



Gráfica 3



Gráfica 4

En el apartado de mujeres de alto riesgo, la hallamos en una proporción inferior a la de Rivero (21) en mujeres que acudían a una clínica de ETS de un 33,5 %; y en las de bajo riesgo es también inferior al referido por Aznar (11).

El porcentaje de Herpes Genital detectado en nuestro medio ha sido bajo, así sólo coincidimos con Aznar (11), tanto en alto y bajo riesgo, estando por debajo de los demás autores (11; 14), si bien nuestro diagnóstico se ha realizado en base a los signos clínicos, sin cultivos celulares.

Asimismo, nuestro hallazgo en mujeres asintomáticas se ajusta al de Cruces (22) de un 0,5 %, mientras que en pacientes sintomáticas divergemos de otros autores que la aluden en el 5,3 % (23).

Hemos observado una incidencia general de Condiloma Acuminado que coincide con el resto de los autores (4, 22, 23), sin embargo en las pacientes de alto riesgo sólo lo hace con los nacionales (21).

Al analizar la incidencia de vaginitis, observamos que el porcentaje de *Candida* coincide con el resto de los autores estudiados (3, 4, 23, 24). Nuestra incidencia en pacientes de bajo riesgo supera levemente a las de alto riesgo, y es la única infección en que ha sucedido este hecho, que nos hace pensar en que su etiología principal no es la transmisión sexual. En mujeres de alto riesgo, los datos del presente trabajo se encuentran dentro del amplio margen de incidencia de otros autores (2, 11, 25, 38), mientras que en las pacientes de bajo riesgo es inferior (11). También la encontramos con mayor frecuencia en el grupo de sintomáticas frente a las asintomáticas, al igual que en otros estudios (2, 3, 27, 28).

La trichomoniasis vaginal es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes; nuestro porcentaje general coincide con la mayor parte de los autores (3, 23, 26, 29, 30), y todos refieren asimismo un mayor aislamiento con sintomatología (2, 3, 27, 28, 31).

Los datos epidemiológicos acerca de la incidencia de *Gardnerella vaginalis* no son muy extensos. En este estudio se objetivó una incidencia que se encuentra dentro de los márgenes referidos por otros autores (1, 3, 28), y hemos encontrado esta infección con mayor frecuencia en pacientes sintomáticas, donde obtuvimos una frecuencia superior a otros autores (11), y sólo Levison (32) supera nuestro hallazgo de forma considerable, pero este autor analizó a mujeres sin síntomas pero con leucorrea en vagina objetivada durante la exploración.

La presencia de enterobacterias en el canal vaginal presenta un interés relevante, debido a su papel patógeno oportunista en las infecciones vaginales y en las infecciones urinarias de repetición; la incidencia total de éstas en nuestro análisis fue del 11,4 %, y afectó al 11,58 % de las mujeres con sintomatología, por lo que estimamos que su identificación es necesaria en este grupo de pacientes.

De manera lógica, la existencia de infecciones genitales es inferior en las mujeres asintomáticas, frente a aquellas con alguna variedad de los síntomas descritos.

Así en pacientes asintomáticas se observó que el 23,6 % presentaban *Gardnerella vaginalis* en los cultivos, mientras que *Trichomona vaginalis* estaba en el 9 % de ellas, y *Candida* en el 9,87 %.

Respecto a las ETS, la máxima incidencia corresponde a la Sífilis, con un 7,3 %, tras ésta, se halló con un 3,1 % el Condiloma Acuminado, y con un 2,63 %

Chlamydia trachomatis, y la Gonococia con un 1,57 %. El Herpes Genital acusó un porcentaje del 0,5 %.

En las pacientes sintomáticas se advirtió la mayor incidencia en las vaginitis por *Candida*, con un 29,81 % de mujeres que la padecían, mientras que *Gardnerella vaginalis* se detectó en el 28,7 % de estas pacientes, y *Trichomona vaginalis* en el 19 %.

Chlamydia trachomatis se presentó en un 6,7 %, seguida por la Gonococia y la Sífilis, ambas con la misma incidencia de 5,6 %, presentándose a continuación el Condiloma Acuminado, con un 2,3 %, y el Herpes Genital con un 0,48 %.

Entre los ectoparásitos destaca una incidencia de un 1,05 % de Pediculosis, y un 0,28 de Escabiosis.

RUBÍ NIEVES RODRÍGUEZ DÍAZ, CARMEN PINTOR DÍAZ,
ANA DORTA SAENZ, ANTONIO SIERRA LÓPEZ,
M.^a CONCEPCIÓN SANLUIS COSTAS,
J. CARLOS ALBERTO BETHENCOURT

BIBLIOGRAFÍA

1. RODRÍGUEZ DÍAZ, R. N.; CHISCANO, R.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, N. L.; ALBERTO BETHENCOURT, J. C.: «Incidencia y metódica diagnóstica como screening de E.T.S.», *Acta Ginecológica*, 1986, vol. XLIII, 275.
2. JOHANNISSON, G.; LOWHAGEN, G. B.: «Genital Chlamydia Trachomatis infection in women», *Obst. Gyn.*, 1980, 56, 6, 671.
3. OSBORNE, N. G.; GRUBIN, L.; PRATSON, L.: «Vaginitis in sexually active women: relationship to nine sexually transmitted organism», *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1982, 142, 962.
4. PEREA, E.: *Estudio especial de algunos agentes causales de las E.T.S.: Neisseria gonorrhoeae*, Seminario de E.T.S., Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 1987.
5. NATIONAL STATISTICS HEALTH, USA, 1966.
6. ORIEL, J. D.; PORVIS, A. REEVE, P.: «Chlamydial infections of the cervix», *Br. J. Vener. Dis.*, 1974, 50, 11.
7. WENTHWORTH, B. B.; BONIN, P.; HOLMES, K. K.: «Isolation of viruses, bacteria and other organism from venereal diseases clinic patients. Methodology and problems associated with multiple isolation», *Health Laboratory Science*, 1973, 10, 75.
8. SPENCE, M. R.: «Gonococia», *Clinical Obstet. and Gynec.*, 1983, 26, 11.
9. BELL, T. A.; FARROW, J. A.; STAMM, W. E. y cols.: *Sexually transmitted diseases in females in a juvenile detention center*, *Sex. Transm. Dis.*, 1985, 12/3, 140.
10. STAERFELT, F.; GUNDERSEN, T. J.; HALSOS, A. M. y cols.: «A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases», *Scand. J. Infect. Dis.*, 1983, 15 (Suppl.), 40, 53.
11. AZNAR, J.: *Estudio especial de algunos agentes causales de las E.T.S.: Chlamydia Trachomatis y Micoplasmas*, Seminario de E.T.S., Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 1987.
12. ZUZUARREGUI, M.; AYLLON, R.: «Gonococia en la mujer. Factores que influyen en su incidencia», *Rev. Esp. Obst. y Ginecol.*, 1984, 43, 608.

13. ADLER, M. W.: «Trends for gonorrhoea and pelvic inflammatory disease in England and Wales and for gonorrhoea in a defined population», *Am. J. Obs. Gynec.*, 1980, 138, 901.
14. SCHACHTER, J.; HANNA, L.; HILL, E.; MASSAD, S.: «Are Chlamydial Infections the most prevalent venereal disease?», *Jama*, 1975, 234, 1.252.
15. SWEET, R. L.; SCHACHTER, J.; LANDERS, D. V.: «Chlamydial infections in obstetrics and gynecology», *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1983, 26, 143.
16. BERRON, S.; FENOLL, A.; VÁZQUEZ, J. A.: «Diagnosis of Chlamydia Trachomatis with Microtrak direct specimen test. Comparison with cell Culture Method», *European J. of STD*, 1986, 3, 3.
17. BATAILLARD, J.; TAMALET, J.; ROUSSEAU, S.; ROUSSELIER, P.: «La cervicite a Chlamydia Trachomatis», *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 1986, 81, 3, 129.
18. STAMM, W. E.; GUINAN, M. E.; JOHNSON, C.; SCHACHTER, T.; HOLMES, K. K.; MCCORMACK, M.: «Effect of treatment regimens for Neisseria Gonorrhoeae on simultaneous infection with Chlamydia Trachomatis», *New Engl. J. Med.*, 1984, vol. 310, 9.
19. HARE, M. J.; MARCOG: «Chlamydial infections of the lower genital tract of women», *British Medical Bulletin*, 1983, 39, 138.
20. SÁNCHEZ PEDREÑO, P.; PÉREZ, A.; MORENO, J. C.: *Incidencia de la Sífilis en el C.D.E.T.S. de Sevilla*, II Reunión Nacional del Grupo Español para la investigación de las E.T.S., Madrid, 1984.
21. RIVERO, J.; SÁNCHEZ, F.; ESCUDERO, R.; PINO, E.; OLMOS, L.: *Resumen estadístico de las últimas 1.500 historias del Centro de E.T.S. del Hospital Clínico de Madrid*, II Reunión Nacional del Grupo Español para la Investigación de las E.T.S., Madrid, 1984.
22. CRUCES, M. J.; MERUBNDANO, L. E.: *Resumen estadístico de la incidencia de enfermedades de Transmisión Sexual en Galicia, con especial significación a la Provincia de Pontevedra*, II Reunión Nacional del Grupo Español para la Investigación de las E.T.S.
23. NOBLE, R. C.: *Enfermedades de transmisión sexual*, Salvat Ed., 1985.
24. GARCÍA DE LOMAS, J.; DASÍ, M. A.; GARCÍA DE LOMAS, M.; NOGUEIRA, J. M.; MORALES, C.; PRAT, J.: «Candidiasis vaginales: Estudio clínico-microbiológico», *Enf. Inf. Microb. Clin.*, 1985, 3, 22.
25. HILTON, A. L.; WARNOCK, D. W.: «Vaginal candidiasis and the role of the digestive tract as a source of infection», *J. Obstet. Gynecol. Br. Commw.*, 1975, 51, 119.
26. ARNEDEO, A.; SÁNCHEZ, J. L.; VILATA, J. J.: *Estudio estadístico de los años 1981, 1982 y 1983 en el Centro de E.T.S.*, Madrid, 1984.
27. ESCHENBACH, D. A.: «Vaginal intection», *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1983, 26, 1.
28. FLEURY, F. J.: «Vaginitis de la adulta», *Clinical Obst. Gynec.*, 1981, 24, 378.
29. REIN, M. F.; CHAPEL, T. A.: «Trichomoniasis, candidiasis and the minor venereal diseases», *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1975, 18, 73.
30. MCLELLAN, R.; SPENCE, M. R.; BROCKMAN, M.; RAFFEL, L.; SMITH, J. L.: «The clinical diagnosis of Trichomoniasis», *Obst. Gynec.*, 1982, 60, 1, 30.
31. FOUTS, A. C.; KRAUS, S. J.: «Trichomonas Vaginalis: Reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis», *J. Infect. Dis.*, 1980, 144, 137.
32. LEVISON, M. E.; TRESTMAN, I.; QUACH, R.; JŁADOWSKI, C.; FLORO, C.: «Quantitative bacteriology of the vaginal flora in vaginitis», *Am. J. Obst. Gynec.*, 1979, 12, 139.

- María del Carmen Díaz Rodríguez y Juan-Francisco Martín Ruiz: *El crecimiento reciente de la ciudad de La Laguna (Tenerife)* III, 211
- Margarita Purriños Corbella y Alberto Darías Príncipe: *La ermita de San Francisco Javier en Santa Cruz de La Palma* IV, 111
- Baldur Ragnarsson: *Esperanto kiel anti-lingvo* II, 579
- Ana Régulo Rodríguez y María Régulo Rodríguez: *Biobibliografía de Juan Régulo Pérez* I, 11
- María Régulo Rodríguez y Ana Régulo Rodríguez: *Biobibliografía de Juan Régulo Pérez* I, 11
- Olav Reiersol and Richard E. Wood: *A Comparison of the Use of Some Suffixes in Esperanto and English* II, 583
- Nicolás Reyes González y Carmen Sánchez Jiménez: *La burguesía canaria: una aportación metodológica para su estudio histórico* III, 747
- Benedicta Rivero Suárez: *El comercio de Tenerife con la Península Ibérica en la primera mitad del siglo XVI* III, 765
- R. Rodríguez, J. Boada, J. Bretón, E. Navarro y J. Trujillo: *Estudio botánico de las digitales canarias* IV, 321
- J. Bretón, E. Navarro, J. Trujillo y J. Boada: *Glucósidos cardenólidos aislados de las digitales canarias* IV, 335
- R. Nieves Rodríguez Díaz, Carmen Pintor Díaz, Ana Darta Sáenz, Antonio Sierra López, M.^a Concepción Sanjués Costas y J. Carlos Alberto Béthencourt: *Inciden-
cia de enfermedades de transmisión sexual en la isla de Tenerife* IV, 297
- Miguel Rodríguez Díaz de Quintana: *Los Mandillo* III, 783
- José E. Rodríguez Ibáñez: *El evolucionismo sociológico, de Spencer a Veblen* IV, 581
- Manuel Rodríguez Mesa y Manuel Ángel Alloza Moreno: *Arte americana en San Juan de la Rambla y otras noticias para su historia* III, 211
- Miguel Rodríguez-Pantoja: *Versiones rítmicas de poemas latinos al castellano* I, 591
- Blas-Jesús Rodríguez Pérez: *El sofista Critias en Platón* I, 607
- Hermenegildo Rodríguez Pérez: *Sobre la reforma de la parafiscalidad* IV, 589
- José-Miguel Rodríguez Yanes: *El abastecimiento cerealístico de Tenerife a fines del siglo XVI* III, 797
- Hugo Röhlinger: *Esperanto— kaj Zamenhof-objektoj (stratoj, bulvaroj, placoj, monumentoj k.s.)* II, 601
- Enrique Roméu Palazuelos: *Correo madrileño con noticias de Agustín Ricardo de Madan* III, 807
- Johan Hammond Rosbach: *Dedalo kaj Ikaro* II, 659
- Reto Rossetti: *Bernard Shaw on the Question of an International Language in Correspondence with Reto Rossetti (1949-1950)* II, 663
- Carmen Ruiz Barrionuevo: *Génesis de la simbología poética de José Lezama Lima. A propósito de Muerte de Narciso* I, 611
- Antonio Rumeu de Armas: *Los testamentos del pintor de cámara Luis de la Cruz y Ríos* III, 821
- Josef Rumlér: *Koncepto pri la diversaj stiloj kaj ĝia apliko al la Esperanta leksiko* ... II, 675
- M. H. Saheb-Zamani: *Irano, Islamo kaj la supernacia lingvo Esperanto* II, 701
- Luis Sáinz de Medrano: *La cifra: últimas astucias de Borges* I, 625
- Gregorio Salvador: *Canarismo lingüístico en la narrativa canaria* I, 633
- Julio Šamsó: *Nota sobre la biografía del Rey Sisebuto en un texto árabe anónimo* ... I, 639
- Alberto Sánchez de Enciso: *Analfabetismo y mortalidad infantil en La Orotava de finales del siglo XIX, según datos del reemplazo militar* III, 833