

SÍFILIS LATENTE ANTIGUA

Revisión de 2 Años y Medio del Departamento de Dermatología del Hospital "San Felipe"

— i —

Dr. Hernán Corrales Padilla (*)

Dr. César Lozano Caballero ()**

Las consideraciones que siguen, son el resultado de un análisis de dos años y medio de los casos presentados en el Departamento de Dermatología del Hospital General San Felipe, que a falta de un estudio más completo y sobre un número mayor de pacientes, podría tomarse como un índice para enfocar este problema, puesto que la población hospitalaria de San Felipe está compuesta por pacientes de toda la República y porque se han hecho todos los esfuerzos para clasificar dentro de este grupo, únicamente a los pacientes que responden a la definición: Sífilis A sintomática de más de cuatro años de duración, sin evidencia clínica de infección y únicamente con serología positiva por **Sífilis**.

Ha carecido de valor siempre para muchos médicos, el problema de la Sífilis Latente, es necesario hacer un estudio clínico completo, incluyendo estudio de fondo de ojo, de líquido cefalorraquídeo, radiológico de corazón y grandes vasos, electrocardiograma, etc.

Para, comprender mejor el asunto, haremos referencia a algunos datos aportados por autores serios como Moore, quien estima que un 25% de todos los pacientes sífilíticos no tratados, desarrollarían lesiones cardiovasculares y cerebro espinales, 25% desarrollarían gomas de la piel, de los huesos y de las víceras. Un 25% permanecerían asintomáticos y el 25% restantes obtendrían una regresión serológica, espontánea y cura clínica. Los negros tienen más tendencia a lesiones cardiovasculares y las mujeres son menos propensas a desarrollar manifestaciones que los hombres.

Usilton y Mainer determinaron que la vida del hombre blanco con sífilis no tratada entre los treinta y sesenta años de edad, es acortada en un 17% y la del negro de la misma edad, es acortada en un 30%.

Se considera que una cuarta parte de las autopsias que revelan

(*) Jefe del Departamento de Dermatología. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. (**) Médico Interno del mismo Departamento de Dermatología.

lesiones sifilítica, han sido seronegativas en el último examen, según datos de Black, Sheaffer y Rosahn. Es elocuente que en el mismo estudio citado, se demostró lesión sifilítica orgánica en un décimo de los casos con serología positiva. Aquellos autores estiman que la muerte debida a sífilis es dos veces más grande en los pacientes con serología positiva que en los que presentan serología negativa. Jourdan y Dolce, siguiendo durante diez años un grupo de 100 pacientes con Sífilis Latente, encontraron que el 25% de los pacientes pobremente tratados, se tornaron negativos y permanecieron así por algunos años. Un 20 a 25% reveló complicaciones cardiovasculares. Un tratamiento adecuado debe reducir al minimum el riesgo de complicaciones, por lo tanto, no se debe vacilar en establecer un tratamiento adecuado en la Sífilis Latente y esperar mejor resultado del tratamiento más sabiamente conducido. Del mismo estudio aludido anteriormente con diez años de observación, se concluyó que en pacientes de 45 años o más sin tratamiento adecuado, se deben esperar complicaciones tardías en uno de cada cuatro casos, mientras que en los adecuadamente tratados, las complicaciones se deben esperar en uno de cada 20 casos.

Un hecho frecuente y perjudicial para el paciente es el de ser sometido en las diversas clínicas que visita a sucesivos tratamientos con penicilina o metales pesados. Es un hecho comprobado que cuando han habido tratamientos previos adecuados, los tratamientos subsiguientes hacen muy poco bien. Lo que corresponde hacer al primer médico es un estudio serológico cuantitativo inicial para guiarse posteriormente por la baja del título hasta el nivel tolerable (4 a 8 unidades Khan). Si las serologías consecutivas no revelan alza y el estudio clínico no demuestra actividad, hay que abstenerse de tratar nuevamente. Lo que toca hacer al médico que estudia un caso ya tratado, es investigar la titulación inicial y someter a tratamiento al paciente únicamente cuando aquel título revele ascenso, cuando haya evidencia clínica de actividad y observar al paciente debidamente en el caso contrario.

El estudio hecho por Niedelman M. L. en una serie de casos observados en el Philadelphia General Hospital y Temple University Hospital, encontró que en 92 casos en los cuales el título fue satisfactorio antes de empezar el tratamiento, el título final fue negativo en 24 casos; satisfactorio en 62, e insatisfactorio en 6. En 224 casos en los cuales el título inicial fue satisfactorio, el título final se volvió negativo en 15, satisfactorio en 127 y permaneció insatisfactorio en 92.

Este mismo autor, en una serie de 188 casos que recibieron PAM como única terapéutica (PAM penicilina procaína con monoestearato de aluminio), 19 se volvieron serológicamente negativos después del tratamiento, 84 mostraron título satisfactorio y 85 permanecieron insatisfactorios. En 38 pacientes en los cuales el PAM fue precedido por un tratamiento previo adecuado, los títulos se volvieron negativos en 10, satisfactorios permanecieron 18 e insatisfactorios permanecieron 10.

En 30 pacientes en los cuales se hizo nuevo tratamiento con

APM, ninguno de los pacientes se volvió negativo, 7 se tornaron satisfactorios Y 23 permanecieron insatisfactorios. Se colige, pues, que se consigue muy poco o nada con tratamientos sucesivos e indiscriminados en pacientes tratados previamente. He allí un error frecuente en nuestro medio. Se concluye, pues, que cuando el título del paciente permanece a un nivel satisfactorio (4 a 8 unidades Khan) ningún tratamiento consecutivo alterará dicho título.

Una revisión del informe anual (1955) del Departamento de Salud Pública de Philadelphia, revela que la Sífilis Latente comprende más de la mitad de los casos de sífilis informados.

La penicilina procaína con monoestearato de aluminio (PAM) es efectiva en la Sífilis Latente antigua, tanto como el arsénico y el bismuto lo fuera anteriormente con las ventajas obvias de aquélla sobre éstos.

AÑO DE 1954

MES	NO. HISTORIALES	INIC. NOMBRES	DIAGNOSTICO CLINICO	SEXO	EDAD	PROCEDENCIA	NO. INGRESOS AL DEPTO.
Enero	10,298	D. M. R.	Fiebrís miembro inferior	M. 1	26	Valle	1
	992	M. J. B.	Muguet	F. 3	60	F. M.	3
	10,779	M. V. T.	Elefantiasis		50		
	7,778	C. Z. M.	Rinoscleroma		55		
Febrero	1,203	A. S. C.	Actinomicosis	M. 1	36	F. M.	1
	7,543	E. M. B.	Úlceras Post-trombótica	F. 1	53	Choluteca	1
Marzo	1,870	A. S. V.	Esclerodermia	M. 2	35	Yoro	1
	2,053	T. G. V.	Dermatitis Atópica	F. 1	46	Cortés	1
	8,097	M. M.	Penfigo vulgar		49	Olancho	1
Abril	2,615	S. R. H.	Celulitis crónica	M. 1	44	F. M.	1
	1,690	J. P. A. M.	Gangrena sinérgica	F. 1	31	Olancho	1
Mayo	674	S. C. V.	Escrofulodermia	M. 5	40	F. M.	3
	4,415	E. A.	Eritema urticado atrofiante	F. 2	40	El Paraíso	1
	3,299	C. A. O.	Actinomicosis		42	Olancho	1
	3,082	M. M. de D.	Várices pierna		25	Cortés	2
	4,073	J. F. H.	Dermatitis alérgica		27		
	3,376	A. M. P.	Desnutrición y prurigo		57		
	4,191	P. J. A.	Pelagra		43		
Junio	4,626	A. v. de R.	Sarna	F. 3	52	F. M.	2
	4,963	E. B. A.	Neurodermitis		13	Choluteca	1
	5,052	M. L.	Celulitis		54		
Julio	6,551	L. B.	Piodermis	M. 2	26	Valle	1
	5,195	C. Z. A.	Dermatitis exfoliativa		85	Olancho	1
Agosto	6,827	V. G.	Dermatitis Venenara	M. 3	30	Cortés	2
	3,779	L. W.	Hipertensión benigna	F. 3	58	Valle	2
	868	B. M. A.	Prurigo nodular Hyde		45	Comayagua	1
	6,588	M. del C. M.	Acromia parasítica		19	Atlántida	1
	6,621	M. N. R.	Piodermis		21		
	8,084	R. C.	Sarna		15		
Sept.	6,931	M. R. L.	Várices Pierna	M. 6	45	Valle	2
	8,478	C. O. C.	Avitaminosis	F. 3	58	S. Bárbara	2
	8,608	A. P.	Linfoedema		42	Olancho	2
	7,357	L. M. V.	Desnutrición xerodermia		31	El Paraíso	1
	8,648	A. L.	Dermatitis alérgica		26	F. M.	2
	8,656	L. P. F.	Parasitosis intestinal		38		
	8,390	F. R.	Vitiligo		32		
	8,190	J. D.	Piodermis		39		
	8,005	S. M.	Neurodermitis		54		

MES	NO. HISTORIALES	INIC. NOMBRES	DIAGNOSTICO CLINICO	SEXO	EDAD	PROCEDENCIA	NO. INGRESOS AL DEPTO.
Octubre	7.335	J. S. R.	Avitaminosis	M. 5	54	El Paraíso	3
	8.534	F. L. S.	Lupus eritematoso	F. 1	50	Choluleca	1
	9.290	F. M. T.	Hiperhidrosis		23	F. M.	1
	8.781	P. L. R.	Antrax		50	Olancho	1
	7.910	L. H. S.	Prurigo		32		
	7.950	C. G. R.	Úlcera tropical		25		
Nov.	3.454	F. E. H.	Úlcera crónica	M. 4	48	F. M.	1
	9.407	C. M.	Várices pierna	F. 1	58	Choluleca	1
	154	R. L. V.	Dermatitis eczematoides		19	Valle	1
	9.311	J. M. B.	Prurigo vulgar		40	Cortés	2
	8.276	A. N. M.	Escrofulodermia		21		

Total de pacientes con Sífilis Latente: 53.

Total de pacientes con Sífilis Latente del sexo masculino: 33.

Total de pacientes con Sífilis Latente del sexo femenino: 20.

La edad de los pacientes de Sífilis Latente osciló desde 13 hasta 85 años.

El total de los pacientes con Sífilis Latente, procedentes de cada Departamento, es así: Francisco Morazán, 15; Cortés, 7; Valle, 7; Olancho, 7; El Paraíso, 5; Choluleca, 5; Comayagua, 3; Santa Bárbara, 2; Atlántida, 1 y Yoro, 1.

Total de pacientes dermatológicos ingresados al Departamento durante el año: 272.

De los 272 pacientes dermatológicos ingresados al Departamento, 53 tuvieron Sífilis Latente, es decir, el 19.48%.

De los 53 pacientes con Sífilis Latente, 33 pertenecieron al sexo masculino, es decir, 64.15% y 20 al sexo femenino, esto es: 37.73%.

Aunque las edades de los pacientes oscilaron desde 13 hasta 85 años, la mayor frecuencia se observó en pacientes de 25 a 58 años.

El mayor número de pacientes procedió del Departamento de Francisco Morazán (15), y el menor número de los Departamentos de Yoro y Atlántida (1). Es dable observar que los Departamentos que no tienen hospitales, fueron la fuente de mayor número de pacientes (Valle, 7; Olancho, 7; El Paraíso, 5, y Choluleca, 5). Francisco Morazán envió el número mayor (15), pero este Departamento los envió a su propio hospital, por lo cual no invalida la aseveración anterior. Comayagua envió 3. Atlántida 1 y Yoro 1, los cuales tienen hospitales, los dos últimos de la Compañía Bananera.

De Lempira, Colón, Copan, Islas de la Bahía, La Paz e Intibucá, no vino ningún paciente.

AÑO DE 1955

MES	NO. HISTORIALES	INIC. NOMBRES	DIAGNOSTICO CLINICO	SEXO	EDAD	AL. DEPTO.	PROCEDENCIA	NO. INGRESOS
Enero	959	D. A. S.	Dermatitis Eczematoides	M. 1	50	Olancho	1	19
Febrero	928 62 884	L. L. C. V. P. v. de A. R. S. de M.	Prurigo Estival Hemorroides Epidermoneeritis	M. 2 F. 1	56 71 34	F. M. Valle	2 1	18
Marzo	2.042 310	J. de J. S. G. R.	Eczematización Sarna	M. 2	54 22	El Paraiso	2	23
Abril	2.587 1.506 973	N. A. v. de D. J. A. S. M. Ch. A.	Eccimas Psoriasis Acné	M. 1 F. 2	33 55 55	Olancho El Paraiso F. M.	1 1 1	24
Mayo	3.683 3.051 2.953	M. M. G. J. L. G. G. P. M. P.	Hemorragia Anemia nutricional Dermatitis Eczematoides	M. 1 F. 2	14 18 35	F. M. Valle	2 1	25
Junio	3.977 3.466 3.765 647	R. F. O. N. P. S. J. A. S. S. C. C.	Desnutrición xerodérmica Escrofulodermia Leishmaniasis Linfoedema	M. 2 F. 2	25 55 27 21	F. M. Lempira El Paraiso	2 1 1	20
Julio	4.623 5.429	J. A. N. M. V. v. de H.	Várices Pierna D. Venenata	F. 2	39 38	F. M.	1	18
Agosto	5.784 5.295 5.281 5.025 770 2.491 1.323	R. R. L. I. V. R. J. E. L. O. R. V. N. A. C. E. Ch. E. A.	Lepra Flebotrombosis Várices Pierna T. B. C. Ganglionar Ulcera tropical Ulcera pierna derecha Ostitomielitis	M. 5 F. 2	34 39 40 16 46 33 36	El Paraiso F. M. Choluteca Valle	2 3 1 1	24
Sept.	6.442 8.138	J. P. E. Q. S. A.	Pediculosis Neurodermitis	M. 1 F. 1	20 65	Valle	2	18
Octubre	6.415	M. M.	Ulcera tropical	F. 1	26	F. M.	1	26
Nov.	2.460 8.138	M. B. S. J. M. S. G.	Elefantiasis Herpes Zoster	M. 2	40 55	F. M. Yoro	1 1	24
Dic.	8.993 9.593 3.358	D. V. V. F. B. G. Z. T. C.	Osteitis necrosante Prurito anal y escrotal Tromboflebitis M. Inf. Der.	M. 1 F. 2	65 30 39	F. M. Comayagua	2 1	22

Total de pacientes dermatológicos con Sífilis Latente: 33.

Total de pacientes dermatológicos con Sífilis Latente del sexo masculino: 18.

Total de pacientes dermatológicos con Sífilis Latente del sexo femenino: 15.

La edad de los pacientes con Sífilis Latente, procedente de los Departamentos, es así: Francisco Morazán, 16; El Paraiso, 6; Valle, 5; Olancho, 2; Lempira, 1; Choluteca, 1; Yoro, 1, y Comayagua, 1.

Total de pacientes dermatológicos ingresados durante el año: 261.

De 261 pacientes dermatológicos ingresados al Departamento, 33 tuvieron Sífilis Latente, es decir, 12.64%.

De los 33 pacientes con Sífilis Latente, 18 pertenecen al sexo masculino, es decir, 54.54%, y 15 al femenino, esto es, 45.45%.

Aunque la edad osciló de 14 a 71 años, la mayor frecuencia se observó en los de 30 a 55 años.

Se continúa observando el fenómeno del año anterior, es decir, que los Departamentos que no tienen hospital, son fuente de mayor número de pacientes, ingresados a nuestro Departamento.

El mayor número de pacientes procedió del Departamento de Francisco Morazán (16), y el menor número de los Departamentos de Lempira, Choluteca, Yoro y Comayagua (1).

Obsérvese que el Departamento de Choluteca bajó de 5 a 1 con relación al año anterior, posiblemente debido a la habilitación del Hospital del Sur, que funcionó aproximadamente 6 meses de este año 1955.

No hubo pacientes procedentes de los Departamentos de Cortés, Santa Bárbara, Copan, Ocotepeque, Intibucá, Islas de la Bahía, Atlántida, Colón y La Paz.

MES	NO. HISTORIALES	NO. HOMBRES	DIAGNOSTICO CLINICO	SEXO	EDAD	PROCEDENCIA	NO. INGRESOS AL DEPTO.
Enero	9,369	D. A. S.	Dermatitis Eczematoide	M. 2	63	F. M.	1
	8,576	P. A. C.	Prudermia		60	Olancho	1
Febrero	415	M. C. M.	Várices Pierna	M. 1	48	Olancho	1
	1,255	D. C. M.	Tromboflebitis	F. 2	44	Cortés	1
	1,093	D. R. H.	C. Nutricional Xerodermia		22	Vulte	1
Marzo	1,420	F. G. F.	Várices	F. 1	24	F. M.	1
Abril	2,054	F. O. L.	Linfoedema	M. 2	63	F. M.	3
	1,973	E. A. V.	Acné	F. 1	53		22
	9,670	R. R. S.	Úlcera varicosa		55		
Mayo	3,607	R. T. D.	Queratosis palmoplantar	M. 4	23	F. M.	3
	2,946	G. B. A.	Várices	F. 1	32	Yoro	1
	1,535	I. S. V.	Cromoblastomicosis		38	La Paz	1
	1,720	J. A. J.	Úlcera trauma		24		
	1,449	M. G. L.	Sarcoida de Besnek		54		
Junio	2,581	M. G. G.	Psoriasis	M. 1	55	Intibucá	2
	2,538	S. F. R.	Úlcera tropical	F. 2	19	F. M.	1
	2,014	V. R. L.	Escarfulodermia		25		

AÑO DE 1956 (6 meses)

Total de pacientes con Sífilis Latente: 17.

Total de pacientes con Sífilis Latente del sexo masculino: 10.

Total de pacientes con Sífilis Latente del sexo femenino: 7.

La edad de los pacientes de Sífilis Latente osciló desde 19 a 63 años.

El total de pacientes con Sífilis Latente procedente de cada Departamento, es así: Francisco Morazán, 9; Olancho, 2; Intibucá, 2; Cortés, 1; Yoro, 1; y La Paz, 1.

Total de pacientes dermatológicos ingresados al Departamento durante el año: 155.

De 155 pacientes dermatológicos ingresados al Departamento, 17 tuvieron Sífilis Latente, es decir, el 10.96 %.

De los 17 pacientes con Sífilis Latente, 19 pertenecen al sexo masculino, es decir, el 58.82%, y el 7 al sexo femenino, esto es el

Aunque la edad osciló entre 63 y 19 años, la mayor frecuencia se observó de 53 a 63 años.

El mayor número de pacientes procedió del Departamento de Francisco Morazán (9), y el menor número de los Departamentos de Cortés, Valle, Yoro y La Paz (1).

No hubo pacientes de los Departamentos de Lempira, Copan, Atlántida, Colón, Islas de la Bahía, El Paraíso, Santa Bárbara, Oco-tepeque, Choluteca y Comayagua.

COMENTARIOS

Resumiendo los comentarios que hemos hecho parcialmente a cada uno de los años revisados en el presente estudio (1954, 1955 y la mitad de 1956), nos encontramos los siguientes datos que a nuestra manera de pensar, revelan un dato concreto, cual es la incidencia de Sífilis Latente en la población del Departamento de Dermatología del Hospital General San Felipe, que reciben pacientes de toda la República, por falta de hospitales en la mayoría de las ciudades del país.

Se estudia así mismo su repartición por edades Y sexos, así como se establece la procedencia por Departamentos de los pacientes.

A falta de un estudio de esta índole más amplio y más completo de parte de la Dirección General de Sanidad por medio de su dependencia competente, creemos que los datos que aportamos pueden ser un índice que aproxime nuestro conocimiento a la realidad nacional sobre el problema de la Sífilis Latente que se ha descuidado tanto en nuestros hospitales y dispensarios; así como se ha descuidado su enseñanza en nuestra Escuela de Medicina; corriendo el riesgo de abandonar a su propia evolución a pacientes que desembocan después en cuadros clínicos irreversibles, como la Sífilis Cardiovascular, Visceral, Nerviosa, Ocular, etc., y que pudieron haberse librado en alto porcentaje, si los médicos tuviéramos un concepto claro y completo, como el que hemos tratado de delinear al principio, de este trabajo, sobre *la Sífilis Latente*.

No podemos negar que la conducta que se sigue en la inmensa mayoría de los casos con un paciente que consulta, generalmente con el examen ya en la mano de una serología que se ha hecho practicar él mismo, es la de hacer un examen clínico incompleto y administrar tratamiento.

Estos pacientes deben recibir una atención esmerada, puesto que son candidatos en un plazo más o menos largo, a presentar cuadros clínicos que pudieron evitarse y que acortan su vida.

No debe omitirse entonces, un estudio de líquido cefalorraquídeo, estudio radiológico de corazón y grandes vasos, estudio del aparato visual, una revisión neurológica completa, estudios serológicos cuantitativos y solamente entonces someterlos a tratamiento y seguir su observación clínica y serológica periódicamente. Debe hacerse conciencia en tales pacientes sobre la necesidad de estos estudios periódicos tanto más, cuanto que son pacientes propensos

a abandonar a su médico, porque a la sazón, no aquejan dolencias concretas que los obliguen a ser cuidadosos.

El error va más allá: si después de corto período posterior al tratamiento apresuradamente establecido, su serología por Khan estandard por ejemplo, persisten en más cuatro, se someten a nuevo tratamiento en vez de continuar su curva serológica y de acuerdo con la interpretación científica de ésta; decidir si debe o no, ser tratado nuevamente. Evitamos así, hechos frecuentísimos del paciente que deambula de clínica en clínica recibiendo tratamientos consecutivos muchas veces nocivos.

Debemos aspirar por lo menos, a que el paciente hospitalizado reciba atención adecuada en los diversos departamentos de dicho hospital, sobre todo aquel de permanencia fugaz en el Centro; que egresa curado de una herida por ejemplo, pero con su Sífilis Latente incompletamente atendida.

Relativo al tratamiento de los enfermos Sifilíticos en el medio hospitalario, algunos de los métodos que se siguen de vez en cuando en nuestro Hospital San Felipe, es el de dar al paciente «una recomendación» para que continúen su tratamiento antisifilítico en la Dirección General de Sanidad. Esto a todas luces es inoperante porque la naturaleza misma de los pacientes de este Hospital hace fracasar el método, ya que viniendo de diversas partes de la República sin medios de subsistencia en la Capital, la falta de trabajadoras sociales que entrevisten al paciente, que lo convenza de la necesidad que tiene de cumplir su tratamiento y que lo conduzca en último caso hasta la dependencia de la Sanidad competente, hace inoperante nuevamente el Sistema.

Como dato ilustrativo podemos decir que al Hospital San Juan de Dios, en Costa Rica, ingresaron durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 1951, 891 enfermos con serología positiva para Sífilis; de éstos sólo fueron estudiados 258, quedando 633 sin estudio; este problema preocupó hondamente al Departamento de Lucha Antivenérea del hermano país y formuló entonces un plan de mutuo acuerdo entre el Hospital y la Lucha Antivenérea que se puede resumir así:

«El Departamento **de Lucha Antivenérea se comprometió a:**

- 1) —Nombrar y retribuir el personal técnico idóneo (1 Médico, 1 Asistente Social y 1 Auxiliar de Enfermería).
- 2) —Verificar las historias clínicas especiales debidamente enumeradas y hechas por el médico con la colaboración de su personal, anotando la referencia numérica en la historia clínica del Hospital, así como la clase y dosis de tratamientos empleados. En la Lucha Antivenérea se consigna el número de referencia hospitalaria.
- 3) —Suministrar los medicamentos (penicilina procainica con 2% de monoestearato de aluminio u otros antibióticos del caso).
- 4) —No alargar la estancia hospitalaria por motivo de los tratamientos antilúéticos.

El Director del Hospital San Juan de Dios se comprometió a:

- 1)—Cooperar, dentro de sus atribuciones, para el buen éxito del plan elaborado por Lucha Antivenérea, con el fin de tratar los pacientes luéticos durante su estancia hospitalaria, ofreciendo toda clase de facilidades, en especial a la Asistencia Social y Auxiliar de Enfermeras para que puedan, los días de visita, verificar las encuestas familiares respectivas.
- 2)—Dar facilidad hospitalaria para enfermos de punción lumbar y aislamiento durante 24 a 48 horas. Para este efecto, los pacientes deberán presentar una constancia expedida por los Médicos de Lucha Antivenérea (Modelo N° 1 adjunto).

PERSONAL Y SUS FUNCIONES—Médico: Punto de gran importancia hubo de ser la escogencia del Médico que habría de fungir como encargado de este nuevo servicio. Se tomó en cuenta la especialidad a que se hubiere dedicado anteriormente, dando preferencia a quien tuviese conocimiento de Dermatología. Para completar su capacitación se le dio adiestramiento durante tres semanas en el Dispensario Central del Departamento de Venereología del Ministerio de Salubridad.

Asistente Social: La persona encargada de este Servicio es la misma que desde hace años lo desempeña con acierto y ampliamente conocedora de sus específicas funciones.

Auxiliar de Enfermera: Con el objeto de tener una empleada conocedora del Hospital San Juan de Dios, se nombró a una Auxiliar de Enfermera en el ejercicio del propio establecimiento, pero se le dio en el Dispensario Antivenéreo, previamente, el adiestramiento necesario para el ejercicio de sus nuevas funciones.

PLAN DE TRABAJO.—La Asistente Social colecta en el Laboratorio del Hospital los resultados positivos de reacciones empleadas para el diagnóstico de la sífilis, anotando los nombres y localización de los pacientes en los diferentes salones. A la llegada del Médico se los presenta y lo acompaña al sitio en que cada uno de estos enfermos se encuentra. El Médico estudia la historia clínica hospitalaria de cada caso, examina su enfermo y formula su diagnóstico, llenando la historia clínica especial de Lucha Antivenérea (Modelo 2 adjunto), si el diagnóstico clínico de sífilis confirma el serológico. De tratarse o sospecharse una reacción positiva falsa, se limita tan sólo a consignarlo así en la respectiva estadística. Para finalizar la labor prescribe el tratamiento adecuado, dando preferencia a los esquemas intensivos tratamiento adecuado, dando preferencia a los esquemas intensivos que deban adaptarse a cada caso, en relación con la estancia hospitalaria.

En general, se aplica como primera dosis 2.400.000 U. de PAM, salvo casos de excepción, continuándola con dosis de 1.200.00 U., hasta completar la dosis total de acuerdo con la forma de lúes diagnosticada. Como una medida técnica y de saludable entendimiento con los Médicos del Hospital, tratantes de los mismos enfermos, se solicita su conformidad a fin de tomar en cuenta cualquier suge-

rencia que pudiese ser considerada como una contraindicación de la penicilinoterapia.

Terminada la intervención del Médico, la Asistente Social inicia inmediatamente la encuesta familiar, preguntándole al paciente los nombres de sus padres, hijos y cónyuges, y solicitando su colaboración a fin de que todos ellos se hagan exámenes médicos y de la sangre. Durante los días de visita la Asistente Social y la Auxiliar de Enfermera instan a los familiares visitantes para que se sometan a la extracción de sangre y, al mismo tiempo, les dan las informaciones pertinentes sobre el por qué de las pruebas de laboratorio y la importancia de las mismas en bien de la salud de todas las familias. Estas encuestas familiares en que media la persuasión y la difusión de conocimientos científicos, es sumamente importante como brazo de acción educacional y como medio de descubrir fuentes de contagio y nuevos casos inaparentes de sífilis.

La Auxiliar de Enfermera está provista del equipo necesario para proporcionar los tratamientos prescritos por el Médico. Todas las mañanas se provee en la Dirección de Lucha Antivenérea de la penicilina necesaria (PAM), agujas, jeringas, torniquetes o instrumentos que emplea el Méjico para el examen de sus enfermos, lo mismo que los implementos requeridos para las extracciones de sangre a los familiares que se verifican en el propio Hospital «San Juan de Dios».

Tal fue el Plan que presentó la Delegación Costarricense al V Congreso Centroamericano de Venereología celebrado en Tegucigalpa en mayo de 1954.

Con las modificaciones pertinentes, si hubiere necesidad de ellas, debería adoptarse este Plan de cooperación entre la Dirección General de Sanidad y los Hospitales de la República.

He aquí someramente expuestos algunos datos que resumen nuestra revisión de dos años y medio: hubo en ese período 688 pacientes ingresados al Departamento de Dermatología por diversas afecciones dermatológicas.

De éstos, 103 fueron diagnosticados de Sífilis Latente, además de la afección dermatológica que los llevó al Departamento. Al sexo masculino pertenecieron 61 y al femenino 42.

La edad osciló de 25 a 63 años.

La mayoría procedió del Departamento de Francisco Morazán, así: en 1954, 15 pacientes; en 1955, 16 pacientes; y en la mitad de 1956, 9 pacientes.

Los Departamentos de Cortés, Valle y Olancho, continuaron en importancia decreciente durante el mismo año, con 7 pacientes cada uno, y le siguen El Paraíso y Choluteca, con 5 pacientes cada uno.

Durante el año de 1955 el orden es el siguiente: Francisco Morazán, 16 pacientes; El Paraíso, 6 pacientes; Valle, 5 pacientes; y durante el año de 1956, el orden es como sigue: Francisco Morazán, 9 pacientes; Olancho e Intibucá, 2 pacientes; y Cortés, 1 paciente.

R E S U M E N

- I.—Se hace una recapitulación de la Sífilis Latente, sobre su interpretación, diagnóstico y tratamiento.
- II.—Se hace una síntesis en forma de cuadros con los casos estudiados en el Departamento de Dermatología del Hospital General San Felipe, en los años de 1954, 1955 y la mitad de 1956, con los comentarios pertinentes de cada uno de estos años relativos a número de pacientes dermatológicos, edad, sexo y procedencia de los mismos; y un comentario general a los tres años.
- III.—Se hace alusión al sistema de tratamiento de la sífilis en el medio hospitalario practicado por la Lucha Antivenérea de Costa Rica; y se sugiere un sistema similar para Honduras.

B I B L I O G R A F Í A

Stokes, Berman, Ingraham, Sifilología Clínica Moderna. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1949.

Niedelman M. L. Penicillin in Late Latent Syphilis. Arch, of Dermat. 73: 503-509, **May, 1956.**

Memorias del V Congreso de Venereología, Tegucigalpa, D. C, Honduras, Mayo de 1954. —Imprenta Calderón.