

azotadas por alguna epidemia. Se han iniciado ya los trabajos de los nuevos edificios para el Manicomio Nacional en Los Santos para reemplazar los viejos y caducos edificios de Matías Hernández y se iniciará muy en breve la construcción de un nuevo pabellón en el Hospital Santo Tomás, destinado a la campaña contra el cáncer que era tan necesario en nuestro medio para aliviar esa dolencia humana.

A la obra material en pro de la salud e higiene del pueblo se aúna la organización del servicio de Enfermeras Visitadoras que ha merecido los más calurosos elogios de la Unión Panamericana en estudio reciente aparecido en su *Boletín*, sobre el servicio social en América; y la reorganización de las clínicas escolares más a tono con la civilización y con la demanda cada vez más imperiosa de proveer al niño y a la comunidad de servicios de prevención social tal como se hace en otros países de mayores recursos y más civilizados que el nuestro.

La malaria, temible mal tropical, ha sido combatida de uno a otro extremo de la República. Los servicios de este Departamento han sido de valor incalculable no sólo en el interior de la República sino en los alrededores de esta ciudad capital. El sistema de desagües instalados en algunas poblaciones y la divulgación de métodos para prevenir y curar la malaria han beneficiado enormemente a la población.

EL PAPEL DEL MÉDICO EN EL CONTROL DE LA SÍFILIS

Por el Dr. SALVADOR G. AGUILAR

Director de los Laboratorios de Sanidad, El Salvador, C. A.

Que la sífilis es un problema de sanidad nadie lo duda, pero que el médico general también tiene la obligación de cooperar en el control de esta enfermedad, es una idea que no ha tomado forma todavía, pues cada año esta enfermedad toma mayores proporciones, debido a que el médico general no le ha dado la importancia social que tiene, particularmente cuando atiende a un cliente sifilítico.

Aun no podemos dar un dato estadístico exacto de la cantidad de sífilis en tratamiento en la República de El Salvador, ni tampoco podemos decir cuantos casos nuevos hay cada año. Si pudiéramos dar una cifra exacta, quedaríamos más que sorprendidos de saber el número de casos activos y latentes que tenemos en la población, pero con todo y el temor de equivocarme, quiero adelantar la cifra de un 14% de sífilis actual. (Dato aproximado que arroja el número de exámenes positivos en el Laboratorio de la Dirección General de Sanidad.)

Otro dato de interés en estos estudios, mas que desgraciadamente no podemos suministrar, es el número de niños que nacen de madres sifilíticas y que pueden considerarse como sanos. Lo cierto es que la sífilis es uno de los factores más importantes de la mortalidad infantil.

El control de la sífilis, si se verifica sistemáticamente y bajo una ordenación científica, no es tan difícil como sucede con otras enfermedades de índole social, debido a que la terapéutica cuenta en la actualidad con medicamentos químicamente definidos y clínicamente bien estudiados, que tienen fuerte acción contra el treponema de Schaudinn. Lo único que queda es enseñar al Cuerpo Médico a usar estos medicamentos correctamente y hacer comprender al público en general que el tratamiento de la sífilis no es corto ni mucho menos está exento de contratiempos.

La sífilis comprende dos períodos importantes para el médico práctico y más importantes aun para la sociedad: el período infectivo y el período no infectivo o latente.

El primero debe exigir toda la atención del médico porque es el período en que el sifilítico infecta a los demás; mientras este período subsista, el enfermo debe permanecer bajo vigilancia estricta del médico o de las autoridades sanitarias. En cuanto al período de latencia, el peligro de contagio es menor y por lo tanto el enfermo puede muy bien dedicarse a sus ocupaciones manuales sin peligro para la sociedad, pero eso no implica el descuido de su tratamiento.

Queda, pues, bajo la entera responsabilidad del médico, hacer un tratamiento lógico y correcto de su enfermo. Se ha demostrado clínicamente que un tratamiento mal dirigido es peor que la falta total de tratamiento.

En la sífilis aparecen recidivas, sobre todo en los 24 primeros meses de la enfermedad, cuando los tratamientos han sido mal dirigidos, y en este período, el enfermo es tan peligroso como en el período inicial.

Aun no existen en El Salvador leyes que obliguen al sifilítico a tratarse definitivamente, y ésta es una de las causas por qué todo enfermo, en cuanto ve desaparecer sus accidentes primarios o los secundarios, se da por sano y abandona el tratamiento; tampoco pueden un médico o la Sanidad, obligarle a continuar el tratamiento por la falta de medidas coercitivas. Estas medidas no serían novedad, puesto que Suecia las posee y le han dado buen resultado en hacer bajar el número de incidencias de sífilis cada año.

El tratamiento de la sífilis desde el punto de vista control sanitario debe ser uniforme, es decir, debe estandarizarse y cada médico practicante debe someter su enfermo a este tratamiento uniforme para poder obtener resultados ciertos acerca de la curación de los enfermos. Esta es una de las medidas que mejor resultado darían, ya que, sin existir una reglamentación del ejercicio de la profesión médica, se hace uso de las autoridades sanitarias para coordinar la solución de un problema que no interesa mayor cosa al profesional en lo privado, mientras que pone toda su voluntad en ayudar al control de la sífilis como problema social.

También debemos tomar en cuenta el aspecto del problema por el lado de los pacientes. De éstos hay tres grupos: Primero, los que

admiten que el tratamiento es largo y se someten a él de buena voluntad; éstos aunque en minoría, deben recibir instrucciones de un médico que conozca a fondo el problema que tiene entre manos; segundo, pacientes irresponsables; éstos no tienen ningún interés acerca de su estado ni acerca del peligro social que llevan en su sangre, aunque desgraciadamente, este grupo es el mayor en los países de bajo nivel cultural. Con este grupo es con el que las autoridades sanitarias tienen mayor intervención, porque es el que aumenta la incidencia anual de la enfermedad. Finalmente, hay un tercer grupo en el cual hay que usar medidas persuasivas para hacer comprender a los enfermos el estado de su salud y el peligro que implica para sus congéneres.

El médico, en vista de esta variedad de pacientes, tiene la obligación de instruirlos a todos desde que su diagnóstico se ha establecido, acerca de lo que es la sífilis y los peligros que ocasiona a la persona y a sus familiares y demás personas que relacione, si su estado no se normaliza.

Una de las difíciles situaciones que tiene que afrontar el médico es la resistencia del paciente a aceptar el diagnóstico de sífilis, especialmente cuando no presenta lesiones ni accidentes aparentes. Regularmente los pacientes son supersticiosos, conocen muchas leyendas acerca de la sífilis y quieren intervenir en el criterio del doctor con las historietas que conocen. El médico debe tener el tacto suficiente para hacer aceptar al cliente su diagnóstico y sobre todo hacerle aceptar el largo tratamiento a que tiene que someterse.

Es de común creencia que los sifilíticos presentan erupciones cutáneas, que las heridas no sanan, que es imposible estar sifilítico si nunca han tenido manifestación alguna. Una vez el diagnóstico aceptado, debemos hacer aceptar el tratamiento, y aquí tenemos tantos escollos como en el primer punto. Muchos pacientes comienzan el tratamiento y huyen después de unos meses; algunos creen que, una vez desaparecidos los accidentes visibles, se encuentran curados, etc.

El desaparecimiento de una reacción de Wassermann o de Kahn no implica curación definitiva, pues pueden desaparecer rápidamente pero, después de suspendido el tratamiento, aparecer de nuevo.

Es indispensable conocer el estado del líquido céfalorraquídeo antes de decir a un enfermo que está tratado definitivamente. Un líquido céfalorraquídeo con reacción positiva, obliga al médico a seguir el tratamiento por mayor tiempo.

Una Wassermann negativa en la sangre no es un indicio seguro de curación mientras no sea negativa tres veces consecutivas en un período de un año después de un tratamiento correcto, y sin un líquido céfalorraquídeo normal después de este tratamiento, ningún médico tendrá la conciencia tranquila cuando diga a un enfermo que se encuentra bien tratado.

El número de crucetas para marcar una reacción serológica de Wasser-

mann, no guarda ninguna relación con el estado de gravedad de la lesión ni con el grado de impregnación de los tejidos del enfermo. Estas crucetas fueron y son todavía una marca de fijación mayor o menor del complemento, pero eso únicamente interesa al laboratorista. Para el médico que trata sifilíticos lo único que le interesa saber es si la reacción continúa siendo positiva o ha virado a negativa y nada más.

Nosotros en la Dirección de Sanidad de El Salvador ya no reportamos crucetas, sino únicamente la notación de positivo, negativo y dudoso, siendo en este último caso obligatorio el repetir la reacción para el médico que atiende al paciente.

Las reacciones negativas del líquido céfalorraquídeo, son indicación para el médico de que la sífilis no ha progresado en el sistema nervioso y que un tratamiento estándar de un año y medio es suficiente.

En el caso de la sífilis como en todo otro problema social, la instrucción del enfermo con respecto a su caso es importante para mantenerlo interesado en su tratamiento. Las corrientes de relación entre el médico y el paciente en medicina social ya no se conforman a la antigua idea de mantener al cliente en ignorancia de su caso; por el contrario, nadie ayuda más a su médico que el mismo paciente, y mientras más confianza mutua exista entre ellos, mayores posibilidades de éxito tiene el médico.

El médico práctico, y con mayor razón el médico sanitario, tiene que lograr saber de parte de su paciente cuál fué la fuente inicial de contagio y tratar de convencerlo de que haga saber a tal persona lo ventajoso que sería que visitase al médico o una oficina sanitaria. De esta manera se lograría en un porcentaje apreciable localizar muchos casos de sífilis en estado infectivo o latente.

Siendo el tratamiento de la sífilis largo de por sí, no debemos impedir al paciente muchas de sus actividades personales y sociales. Solamente durante el período infectivo deben prohibirse las relaciones sexuales. El fumado y el alcohol usado moderadamente no tienen ninguna influencia sobre el tratamiento.

Los tratamientos a base solamente de sales de bismuto son de poca efectividad en el tratamiento de la sífilis y exponen mucho a los enfermos a confiarse cuando aun lleven una sífilis latente; las recidivas son frecuentes en estos enfermos mal tratados y los accidentes cutáneo-mucosos son los más peligrosos y al mismo tiempo los más frecuentes.

Los tratamientos recomendados constan de 20 inyecciones de arsenicales dadas a cortos intervalos y de 40 inyecciones de sales de bismuto, también a intervalos cortos. El tratamiento arsenical es el preferido para hacer desaparecer el período contagioso de la sífilis, pero por sí solo es insuficiente para curar a los enfermos. Se ha preferido hacer el tratamiento arsenical primero en el curso de unas 15 semanas y después un tratamiento de bismuto de unas 20 semanas. Si el líquido céfalo-

rraquídeo es normal puede pararse allí el tratamiento, pero si no es normal debe continuarse por más tiempo.

Repetidos exámenes de sangre deben juzgarse por el desaparecimiento de crucetas y nunca por el número que reporte el laboratorio.

Deben exigirse varias técnicas de reacción, especialmente una técnica de floculación; Kahn, Kline, Meinicke y una técnica de fijación del complemento (R. de Wasserman) por cualquiera de las técnicas sensibles actuales: Kolmer, Eagle, etc.

En cuanto al producto que debe emplearse varía mucho, pero sobre todo debe buscarse uno que no sea muy oneroso para el paciente o para el Estado en las oficinas de Sanidad.

La sífilis no es una enfermedad que necesite hospitalización y son los sífilíticos los que más llenan las salas de consultas externas, pero sí debemos organizar el cuerpo de servicio social para que busque a los enfermos cuando éstos dejen de ir a las clínicas, a los dispensarios y a donde el médico particular, teniendo éste la obligación de avisar para que la enfermera le haga volver el paciente.

Las autoridades sanitarias deberán ser severas para evitar que los sífilíticos se pongan en tratamiento en manos de curanderos o de practicantes de medicina "fósiles," es decir, estudiantes no doctorados que se dedican al ejercicio ilegal de la medicina, porque en las manos de éstos es en donde encontramos el porcentaje mayor de tratamientos incompletos.

Conclusiones:

La sífilis es una enfermedad que constituye un problema social importante.

La sífilis es fácilmente controlable desde el punto de vista terapéutico.

El médico privado, cuando trata a un sífilítico, debe tener presente que está colaborando con la sociedad en la erradicación del mal; por lo tanto debe hacer que su paciente reciba un tratamiento racional completo.

Debemos estandarizar el tratamiento de la sífilis.

Las reacciones serológicas deben reportarse como *positivas, negativas y dudosas*, únicamente.

El examen del líquido céfallo-raquídeo es indispensable para saber si un sífilítico está curado.

El tratamiento solo de bismuto es insuficiente.

El tratamiento de arsénico y bismuto es el más efectivo.

Un tratamiento de 20 inyecciones de arsénico y 40 de bismuto puede considerarse como eficiente mientras las reacciones serológicas y céfallo-raquídeas no permanezcan positivas.

La confianza entre el médico y el paciente es factor importante en el control de la sífilis y en el descubrimiento de nuevos casos.

Dentistas en el Uruguay.—En el Uruguay hay 751 dentistas, de los cuales 496 ejercen en el departamento de Montevideo. La proporción de habitantes por dentista varía de 1,044 en Montevideo a 13,109, 13,129, y 10,179 en los departamentos de Artigas, Cerro Largo, y Rivera, respectivamente.