DE LA =

CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO



= DE LA =

## CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

AÑO I

JUNIO DE 1934

NUM. 1

La Sección Médica de la Caja de Seguro Obligatorio ha visto que es indispensable que los funcionarios técnicos de ella, tengan un Boletín en el cual dar a conocer la experiencia obtenida en la aplicación de la Ley 4054.

De todos es sabido que el Seguro Social ha hecho nacer una nueva medicina, no distinta desde el punto de vista de la verdad científica de la que se efectúa en el ejercicio liberal o en la asistencia social, sino que diferente en su mecanismo de aplicación en el medio social, ya que hay nuevos valores que están en juego, tanto psíquicos como económicos y que es necesario justipreciar en su debida forma.

Interés primordial tiene en la medicina social, la prevención de las enfermedades de tal modo que, ante la magnitud e importancia que adquiere ésta, pasa, la medicina curativa, a ocupar un lugar, que sin pecar de exagerados, podríamos considerar como secundario.

Mucha es la experiencia que adquieren los funcionarios técnicos, especialmente los médicos, en la atención del asegurado enfermo y esta experiencia diaria e interesante es indispensable darla a conocer. El Boletín Médico que desde hoy se publicará agregado a la Revista Acción Social, no será conocido por el público y tiene por objeto recoger esta valiosa experiencia.

En él se publicarán las actas de las reuniones clínicas que están obligados a efectuar los Consultorios del Seguro, los trabajos que a estas reuniones sean presentados, casuística y trabajos originales enviados por los médicos de la Sección y el resto de los funcionarios técnicos, circulares, informaciones de interés, etc.

La Sección Médica espera que esta iniciativa encontrará un franco y decidido apoyo de todos los que laboran en la atención del asegurado y que el Boletín vaya adquiriendo cada vez más valor importancia.

Sección Médica.

SHE SHE SHE

## Reunión Clínica en el Servicio de Enfermedades Bronco-pulmonares de Santiago

(Celebrada el 4 · V - 1934)

Presidió el Jefe del Servicio Prof. H. Orrego Puelma y asistieron los señores Dr. Félix Bulnes, Alejandro Olivares, Alejandro Reyes, Abraham Schweitzer, René y Rubén García Valenzuela, Rafael Hevia, Manuel Moreno, Agustín Arriagada, Oscar Peralta, Salvador Necochea, Eduardo Krüger, Honorio Aguirre, José Ansola y Dra. Ana A. de Valenzuela.

El Dr. Orrego expresa que estas reuniones clínicas tienen por objeto poner en un contacto más íntimo a los médicos del Servicio y poder así considerar los diversos puntos de carácter médico-social que son los que predominan en la esfera de atención de los asegurados afectos de enfermedades bronco-pulmonares. En consecuencia, en estas reuniones se considerarán de preferencia todos aquellos casos que tengan verdadera trascendencia social.

A este respecto, se refiere a la acción preventiva que ha empezado a desarrollar el Servicio procediendo a la vacunación científica antituberculosa de los recién nacidos de aseguradas tuberculosas. Estos niños inmediatamente de nacer serán separados de su madre y llevados al hospital "Manuel Arriarán, donde el Seguro cuenta con el número de camas y nodrizas necesarias. Ahí serán vacunados y observados sesenta días más o menos, para volver en seguida al hogar familiar. Pide en consecuencia a los médicos del Servicio se sirvan poner las enfermas que lleven ya un embarazo de ocho meses a disposición del doctor Honorio Aguirre, a cuyo cargo estará en el hospital Arriarán la vacunación v observación de estos niños.

Espera contar con la cooperación de todos los médicos del Servicio para que estas
reuniones clínicas que se celebrarán el último jueves de cada mes, rindan el mayor
provecho tanto para el personal técnico como para la mayor eficiencia de la atención
de los enfermos y mejor rendimiento de la
acción médico-social que el Seguro Obligatorio está destinado a desarrollar en las clases populares.

El doctor Rafael Hevia se refiere a numerosos casos de silicosis pulmonar que le ha tocado atender en el Servicio últimamente. Manifiesta que el conocimiento de la silicosis pulmonar como entidad clínica autónoma constituye en la hora presente uno de los capítulos más interesantes de la medicina social. Esta afección pulmonar debida a una aspiración prolongada de polvo de sílice, se caracteriza por su curso crónico y su tendencia a la esclerosis; da lugar a conjuntos sintomáticos muy semejantes a algunas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar y es esta diferencia la que debe constituir para nosotros un motivo de preferente atención.

Considerada hasta no hace mucho como de valor práctico escaso, dada su extrema rareza, un conocimiento más a fondo de la silicosis pulmonar, se ha venido operando en los diferentes centros científicos mundiales conjuntamente al mayor incremento de las industrias cuya base radica en el empleo de la sílice y sus derivados.

La extrema nocividad de la sílice como generadora de estos estados mórbidos ha sido explicada en interesantes trabajos de base experimental (Policard, Marion, Dubrow).

La gran pequeñez de las partículas silicosas permite que ellas se mantengan en suspensión en el aire atmosférico en forma más
estable que cualquier otro polvo de materia
orgánica o mineral, facilitando de este modo su penetración hasta las ramificaciones
más profundas del aparato respiratorio. Esta
misma pequeñez de las partículas elimina
la aparición de manifestaciones catarrales
de las vías aéreas superiores, las que al aparecer constituyen una reacción defensiva,
impidiendo la continuación del trabajo en el
medio ambiente cargado de polvos nocivos.

Si a esto añadimos el que las partículas de sílice poseen una acción específica sobre el protoplasma vivo y dependiente de su constitución físico química, tendremos que la impregnación lenta y continuada de ella determinará la aparición de lesiones parenquimatosas e intersticiales de predominio

fibroso, cuyo desarrollo gradual acarreará transtornos profundos de la hematosis y alteraciones funcionales de la pequeña circulación.

Su lesión fundamental es el "nódulo silicótico", formación histológica mixta de monocitos y células mesenquimáticas, cuya existencia es indispensable en la comprobación necrópsica de tales casos, tanto en las formas puras como en las de asociación con la tuberculosis.

Desde hace un año nos hemos venido preocupando, en colaboración con el Dr. Lorca Ortiz, de la existencia de la silicosis en nuestros obreros; y con gran asombro de nuestra parte hemos comprobado su relativa frecuencia, mucho mayor de la que se

suele suponer.

La morbilidad de los obreros de las fábricas de vidrios en cuanto a la silicosis, es grande: sobre un 30% de los obreros que trabajan en las faenas de molino y composición en íntimo contacto con el elemento patogénico presentan signos radiológicos claros de una inpregnación silicótica de sus pulmones: como puede verse una comprobación semejante es de enorme interés médico-social por cuanto que a esta morbilidad elevada va aparejado un alto coeficiente de mortalidad.

Hemos logrado individualizar sobre quince casos de silicosis bien comprobado de los cuales ocho han presentado la forma de silicosis pura demostrada por todos los medios de exploración clínica y de laboratorio conocido; es éste un porcentaje numeroso pues se trata de formas en pleno período de sintomatología clínica.

El estudio detallado de nuestras observaciones nos ha permitido esbozar un cuadro sintomático único, que con ligeras variantes

es el de la casi totalidad de ellos.

a) Anamnesis. — Antecedentes constantes de trabajo prolongado e ininterrumpido en medio silicoso: tiempo de impregnación variable (1 a 3 años en obreros de industrias; sobre 10 años en trabajadores de las minas).

b) SINTOMATOLOGÍA SUBJETIVA. — Comienzo larvado. Tos y disnea, síntomas predominantes y de constatación común a todas las formas clínicas. Falta de hemoptisis. Irreductibilidad de las manifestaciones subietivas.

c) SINTOMATOLOGÍA OBJETIVA. — Conservación del estado general; pobreza de signos físicos pulmonares. Comprobación clínica de insuficiencia cardio-respiratoria.

d) RADIOLOGÍA.—Tres estadios radiológicos dependientes del grado de extensión de las lesiones. Desde un marcado aumento de los hilios (1.er estadio) hasta lesiones difusas, bilaterales y simétricas de gran pre-

dominio fibroso (3.er estadio). Contrasta la gran extensión lesional con la escasez de manifestaciones objetivas.

e) EXAMENES DE LABORATORIO. — Negatividad de toda infección crónica pulmonar concomitante, especial la tuberculosis. (Baciloscopias, cultivos e inoculaciones experimentales negativas).

Recuento globular: Aumento de los eritrocitos. Sedimentación globular: normal o

ligeramente ascendida.

Hemos pues, esbozado una pauta que nos permitiría llegar a un diagnóstico de precisión. Un caso realmente comprobado debe reunir la totalidad de las características clínicas y de laboratorio anteriormente anotadas; sólo así podremos afirmar con toda seguridad de no equivocarnos la certeza de nuestro diagnóstico.

Para terminar, insisto en que su conocimiento exacto debe ser para nosotros médicos tratantes del Consultorio de Broncopulmonares de la Ley 4054, un motivo de especial preocupación; seremos nosotros los encargados de despistar estos casos, por desgracia numerosos y atraer hacia ellos la atención de las autoridades.

Siendo esta terrible enfermedad de origen exclusivamente profesional, su tratamiento ulterior, que por lo demás no existe, no nos incumbe directamente; todo ello cae bajo la legislación social Accidentes del

Trabajo (Ley 4055).

En cambio, debemos luchar en forma decidida por ir a la única solución de este horrendo problema médico-social: su profilaxia. Y con esto habremos hecho obra de humanidad.

El Profesor Orrego considera que estos casos deben ser denunciados por el Seguro y debe exigirse que estos obreros sean protegidos en su trabajo, previniendo a los industriales respecto de las medidas profilácticas que deben adoptar. Estos asegurados deben ser remitidos a la Ley 4055. Respecto del pronóstico de estos enfermos, él es mucho más grave cuando se desarrolla en un terreno tuberculoso.

El Dr. Reyes dice que en la zona carbonera del sur de Chile, en donde abunda la antracosis pulmonar, no es frecuente la silicosis, pero cree que esto es debido a que no se la investiga con detenimiento.

El Dr. Bulnes está de acuerdo en que estos enfermos deben quedar afectos a la Ley 4055 de Accidentes del Trabajo. y pide. en consecuencia, se envíe a la Oficina Central una nómina de ellos y de los establecimientos donde trabajan.

Queda acordado que los médicos del Servicio envíen a la Secretaría todos los casos que se presenten.

El Dr. Alejandro Reyes presenta dos casos de hemoptisis producidas por hipertensión arterial. El primero se refiere a un enfermo de 22 años enviado desde Traiguén por sospecharse en él una Tbc. incipiente susceptible de una cura de clima y de reposo y que después de los exámenes clínicos y radiológicos revela ser portador de una cardiopatía de origen valvular y aórtica: una estrechez aórtica con hipertrofia ventricular izquierda. El paciente tiene Wassermann+ y Kahn+++. La baciloscopia es negativa al examen directo y por concentración; el Besredka, es negativo. La primera radiografía informa: Diafragma y pulmón derecho libres. Veladura del izquierdo en su parte central; hilios gruesos más el izquierdo. Conclusión Radiológica: proceso fibroso izquierdo. Examen de orina normal, Uremia 0, 379 por mil. Presión arrerial 20/11 (Vaquez). Nuevos exámenes clínicos confirman la lesión de las válvulas aórticas v la hipertrofia cardíaca. Se solicita la inscripción del pulso y un trazado electrocardiográfico, los que son tomados en la Clínica Médica del Dr. González Cortés y da trazado electrocardiográfico normal y un esfigmograma típico de estenosis ántica. Con estos datos se hace el diagnóstico integral de la afección de este paciente que es: Aortitis crónica sifilítica, heredo lúes. Estenosis aórtica. Hipertrofia ventricular izquierda, hipertensión arterial; hemoptisis por estenosis aórtica.

El segundo caso, presentado para confrontarlo con el anterior, se refiere a una mujer de 28 años, soltera, en la que sus antecedentes hereditarios carecen de interés y que hace 7 años tuvo un reumatismo poliarticular agudo y hace un año un resfrío intenso. Esta paciente tuvo el 31 de marzo una pequeña hemoptisis y siguió con desgarro hemoptoico hasta la fecha de su ingreso al consultorio, el 2 de abril. Al examen físico se presenta enflaquecida, pesa 46, 800 g. T. 36° 5, pulso 120 y Presión 13, 5/8. 5 (Vaquez). Hay roncus y sibilancias en ambos pulmones y estertores subcrepitantes en ambas bases. Corazón, ritmo en tres tiempos, y onomatopeya de estenosis mitral en la región mesocardíaca. Exámenes de laboratorio, Wassermann: hemolisis retardada. Baciloscopía, negativa. Exámenes radiológicos: Radioscopía: Diafragmas libres. Vasos perihiliares marcados. Hilio derecho grueso. Corazón hipertrofiado a derecha e izquierda. Aorta normal. Radiografía: el mismo aspecto. Ambos pulmones velados en el tercio medio. Conclusión Radiológica: enfermedad mitral. Conclusión clínica. Enfermedad mitral, de origen reumático. Insuficiencia cardíaca. Bronquitis. Lúes.

El examen de fondo de ojo practicado con posterioridad, al primer enfermo, por el Dr. Alejandro Mujica, dió resultado normal, lo que eliminaría la existencia de una nefropatía como génesis de la hipertensión arterial

El Dr. Agustín Arriagada presenta una enferma cuyos antecedentes hereditarios y personales carecen de importancia. Su actual dolencia comenzó súbitamente en diciembre con escalofríos, fiebre, puntada de costado derecha, tos. traspiraciones nocturnas. inapetencias, estitiquez, dolores al hipocondrio derecho, enflaquecimiento pronunciado, adinamia. Amamanta un hijo de 6 meses. Exámenes: Wassermann y baciloscopia negativas. Radiografía: P. izquierdo libre. P. derecho tercio medio, parte externa sombra del tamaño de un puño, escavada en su parte central.

Se instituye neumotorax el 12-1-34. Poco tiempo después muere su hijito y desde que cesa la lactancia empieza a mejorar; pero en marzo se hace nuevamente embarazada. La última radiografía (20-abril-34) demuestra una desaparición completa, de la sombra del tercio medio, parte lateral del P. D. que ya en radiografía de 20-III-34 se notaba muy borrada.

En vista de su mejoría clínica y radiológica y, por otra parte, de su embarazo, se presentan dos problemas; 1.0 ¿debe seguirse con el neumotorax? 2.0 ¿debe interumpirse el embarazo?.-Puesto en discusión este caso se llega a la conclusión de que en vista de que no hay bacilos de Koch, falta la firma de la Tbc. aunque probablemente ese sea su diagnóstico. Respecto de la continuación del neumo se expresan opiniones en favor de su continuación para evitar un retroceso de la enfermedad. Otros, en cambio, opinan que dada la rápida mejoría, habría la posibilidad de pensar en un abceso pulmonar ya curado, y que por tan-to, no habría necesidad de colapso. Se acuerda vigilar de cerca a la enferma sin intervenir activamente en ella, va que no es posible enviarla a Sanatorio, porque no puede abandonar a sus dos hijitas de 2 y 4 años respectivamente.

#### Una observación interesante

## Un caso de cirrosis ascitógena. Curación

Dr. Evaristo Marín, Valparaiso.

Hemos recibido en la Sección Médica una comunicación del Dr. Evaristo Marín, en la que nos dice que el asegurado S. S. a quien se le había concedido una pensión de invalidez se encuentra actualmente sano.

Como se trata de un enfermo que podríamos catalogar entre los que tienen una afección incurable, es de interés,

dar a conocer la observación clínica de él.

En esta completa observación vemos el tratamiento que se le ha hecho y el cuidado y dedicación que le ha prestado su médico tratante.

Observación clinica.—S. S., 33 años, mecánico, casado, enviado de la oficina Chacabuco (Antofagasta), asegurado de la Ley 4054.

Este enfermo fué trasladado a mi servicio de la sala del doctor Yávar, el 13 de enero de 1932.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto, ignora la causa, madre viva, sana, tuvo 9 hijos y todos están bien.

Antecedentes personales. — Esposa viva, goza de buena salud, tuvo un hijo y dos abortos. Fuma, no bebe. Cuando niño pulmonía, tos convulsiva, edema del pene. No hay antecedentes de gonorrea ni chancro. En un accidente tuvo una gran hemoptisis. Siempre ha sufrido de malestar al estómago, diarrea con sangre,

Enfermedad actual.—Se inicia hace dos meses (noviembre 4 de 1931) con dolor al estómago, vómitos, disnea, orina escasa, malestar y aumento progresivo del abdo-

nen.

Examen físico.—Enfermo de aspecto enflaquecido, panículo adiposo nulo. Musculatura disminuída, facies tranquila, actiudi inactiva. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Dentadura en regular estado, lengua saburral, húmeda.

Abdomen.—Con gran ascitis, desarrollo venoso de la piel por encima del ombligo y

parte inferior del tórax.

Tratamiento. — Punción abdominal y se extraen 6,800 gramos de líquido ascítico de color citrino.

Teobromina, Digital, Dietética.

Enero 7.—Examen de orina. Densidad 1020. Albúmina, indicio. Glucosa, no hay. (Dr. La Mahotiere). Reacción Wassermann positiva (Dr. Koch) Examen microscópico, nada de especial.

Hasta cuando llegó a mi servicio, el 13 de enero de 1932, se le habían extraído 16

litros

Tratamiento de boldo, diuréticos, tónicos cardíacos, todo sin resultado, siempre se reproducía el líquido, alcanzando el 9 de marzo con 9 punciones, 71 litros 875 gramos de líquido ascítico siempre igual de coloración citrino.

Examen del líquido ascítico.-Rivalta, po-

sitiva. Albúmina 5 por mil.

En vista de la tenacidad para reproducirse el líquido, pensé pudiera tratarse de una peritonitis tuberculosa.

El día 11 de marzo, bajo anestesia local de novocaína, procedimos con el doctor Schonherr a hacer una laparotomía exploradora y hacer operación de Talma en el caso de no ser afección tuberculosa.

La operación la soportó el enfermo muy bien; vimos que no se trataba de peritonitis tuberculosa, que el hígado estaba sumamente atrófico, y en la región de la vesícula se tocaba una tumoración del tamaño de una naranja grande, indolora a la presión fuerte.

Llamaba la atención la coloración del hígado, que no parecía tal, pues tenía color de cebolla vieja y tan duro que el bisturí no penetraba en el parénquina a una presión moderada.

No pudimos hacer la operación de Talma, tan recomendada en estos casos porque el epiplón estaba reducido a una tela de cebolla.

La impresión diagnóstica fué de sarcoma del hígado y que el enfermo moriría a breve plazo. Sutura de la herida operatoria y vendaje reforzado con tela emplástico. Post operatorio sin fiebre.

El 17 de marzo se sacaron los hilos y

nuevo vendaje reforzado con tela.

El día 19 de marzo, en la noche, se abre la herida en la parte superior en una anchura de tres dedos, dando salida a gran cantidad de líquido acumulado desde el día 11 que fué operado.

El 22 de marzo, amanece cerrada la herida espontáneamente cuando pensaba colocar un drenage de tubo a un balde.

Desde el 19 de marzo, fecha en que se abrió la herida, dando salida a mucho líquido, pasó sin necesidad de punción hasta el 7 de abril, es decir, 18 días, recordando que antes de la laparotomía se le hacía punción semanal, extrayéndole 7 litros, o mejor dicho, producía un litro de líquido ascítico diario.

Después ha seguido produciendo líquido ascítico hasta alcanzar en la última punción, la 41, el 23 de diciembre de 1932 a la enorme cantidad de 368 litros 960 gramos.

Se han hecho 37 punciones repartidas a la derecha y a la izquierda del abdomen y 4 suprapúbicas que son las que evacuan más

líquido ascítico.

Durante todo el año ha usado lo siguiente: inyecciones de extracto hepático, tabletas de extracto hepático, hígado fresco crudo, pildoras de esparteina, todo sin resultado con respecto al síntoma ascitis, que esel único que presenta este enfermo como manifestación de su afección hepática. Este enfermo se levanta diariamente, come, duerme y dijiere admirablemente.

El Dr. Plutarco Badilla ha tenido la filantropía de hacerle 30 aplicaciones de diatermia, en su consultorio, el enfermo asistía por sus pies, usando sólo el tranvía, no asistiendo el día que se le hace la punción. Con la diatermia no he notado efecto favorable como tampoco con los otros tratamientos.

Se le aplicaron 5 inyecciones intramosculares de Salirgan produciendo diuresis de 3½ litros; pero sin influir, absolutamente en

la cantidad de ascitis.

Examen con rayos X.—Corazón y aorta normales, pulmones claros, se nota ligera adherencia costo diafragmática a la izquierda, borde superior del hígado, normal.

Llama la atención en este enfermo que no haya tenido jamás ictericia, apesar de su

hígado tan atrófico. Estimo que el estado relativamente satis-

factorio obtenido en este enfermo, se debe a que se le ha dado alternativamente una poción tónico-yodurada, recomen d estos casos de lesiones crónicas del hígado por el Profesor Rumo, de Nápoles. y es la siguiente:

Glicerina		100 gramos	
		100	,
		20	))
3)	kola	40	
	coca	40	3
Glicerofosfato de sodio		4	))
Formiato de sodio		3	,
Yoduro de potasio		6	

Sulfato de estricnina 2 centígramos Mézclese. 1 cucharada grande, en agua,

en la mitad de cada comida.

#### AÑO 1933

CONTINUACIÓN DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA DE SOLERCIO HERRERA

Punción N.o 42.—2 enero de 1933.—en flanco izquierdo—bien soportada. Se extraen 9 litros —Total 377 litros 960 gramos.

Punción N.o 43.—7 enero de 1933.—en el flanco derecho, bien soportada. Se extraen 8 litros.—Total 385 litros 960 gramos.

Punción N.o 44.—14 enero de 1933. punción suprapúbica, bien soportada. Se extraen 8 litros 625 gramos.—Total 394 litros 285 gramos.

Punción N. o 45. - 20 enero de 1933. - en el flanco derecho, bien soportada. Se extraen 7 litros 500 gramos. - Total 402 litros 85

gramos.

Punción N.o 46.—27 enero de 1933.—en el flanco izquierdo, bien soportada. Se extraen 8 litros 250 gramos—Total 410 litros 335 gramos.

Panción N.o 47.—3 febrero de 1933.—en el flanco derecho, bien soportada. Se extraen 7 litros 800 gramos.—Total 418 litros 135 gramos.

Punción N.o 48.—10 febrero de 1933.—
punción suprapúbica, inyección de esparteína antes de la punción—bien soportada.
Se extraen 9 litros 200 gramos.—Total 427

litros 335 gramos.

Punción N.o 49.—17 febrero de 1933. inyección de esparteina, punción suprapúbica, bien soportada. Testigo interno Weitz. Se extraen 6 litros 400 gramos —Total 433 litros 735 gramos.

Punción N.o 50.-24 febrero de 1933.invección de esparteína antes de la punción; punción suprapúbica. Enfermo sentado la soporta bien. Testigo el Profesor Dr. Aleiandro Garretón. Se extraen 3 litros 750 gramos. - Total 437 litros 485 gramos.

Punción N.o 51.-6 marzo de 1933.-inyección de esparteína, en el flanco izquier do, bien soportada. Se extraen 8 litros 355 gramos. - Total 445 litros 875 gramos.

Punción N.o 52,-13 marzo de 1933.-invección esparteína, en el flanco derecho. bien soportada. Se extraen 6 litros 750 gramos .- Total 452 litros 625 gramos.

Puncion N.o 53.-20 marzo de 1933.-invección de esparteína, en el flanco izquierdo, bien soportada. Se extraen 6 litros 575 gramos.-Total 459 litros 200 gramos.

Punción N.o 54 -- 29 marzo de 1933 -- inyección esparteína, punción suprapúbica, bien soportada. Se extraen 9 litros 90 gramos.-Total 468 litros 290 gramos

Puncion N.o 55.-7 abril de 1933.-invección de esparteína, punción suprapúbica, bien soportada. Se extraen 7 litros 745 gramos.-Total 476 litros 65 gramos.

Desde el 23 de enero, hasta esta fecha, 7 de abril, se le ha dado entre comprimidos v líquido de extracto hepático del Instituto Bacteriológico de Chile 13 frascos, y 12 invecciones del Sanitas.

Verdaderamente no he notado ninguna influencia con este tratamiento, agradeciendo a ambos Laboratorios el obseguio de es-

tos preparados.

Panción N.o 56.-17 de abril de 1933. Inyección de esparteina, punción suprapubica, bien soportada. Se extraen 4 litros 500 gramos. Total 480 litros 565 gramos.

Desde el día 8 de abril se le hacen invecciones diarias de fibrolisina en número de 20, cuya fórmula es la siguiente: thiosinamina 0.20; glicerina 0.20; salicilato de soda 0.40; agua bi-destilada 2 cc. en ampolletas color ámbar de 2 cc. Estas ampolletas son hechas en el Laboratorio del Seguro Obrero de Valparaiso. Son menos dolorosas que las ampolletas de fibrolisina de Merk y precio mucho más económico.

Desde el 29 de abril se sigue inyectando fibrolisina, día por medio, hasta el 29 de mayo, que alcanzan en total a 37 inyeccio-

Se nota con estas invecciones un efecto muy marcado sobre la abundancia de ascitis, el líquido se reproduce lentamente.

Punción N.o 57.-29 de mayo de 1933. Punción flanco derecho. Se extraen 6 litros 600 gramos Total 487 litros 165 gramos.

Han trascurrido 42 días entre la 56 y la 57 punciones, lo que atribuyo a la acción curativa de la fibrolisina.

30 de mayo. Nueva serie de 20 ampolletas de fibrolisina, diarias, hasta 18 de junio, en total hasta la fecha, 57 invecciones de

fibrolisina.

Punción N.o 58.-23 junio de 1933. Inyección de esparteína y cafeína en flanco izquierdo. Se extraen 6 litros 475 gramos. Total 493 litros 640 gramos.

Desde el 24 de junio se sigue con invecciones, día por medio de fibrolisina, hasta el 24 de julio, es decir, 16 ampolletas, en total hasta esta fecha, 73 inyecciones de

fibrolisina.

Se nota el efecto de estas invecciones porque el líquido se reproduce lentamente. Punción N.o 59.-26 de julio de 1933. En flanco derecho. Se extraen 8 litros 175 gramos. Total 501 litros 815 gramos.

Ha pasado 34 días sin punción.

Desde el 27 de julio sigue con las invecciones de fibrolisina día por medio, hasta el 18 de agosto, es decir, 12 invecciones más. En total 85 invecciones de fibrolisina, todas hipodérmicas y no se ha infectado ninguna.

Punción N.o 60. 13 de septiembre de 1933. En flanco izquierdo. Se extraen 6 li-

tros. Total 507 LITROS 815 GRAMOS.

Se marca más el efecto de la fibrolisina, ahora han pasado 49 días entre la 59 y la 60 punción.

Debo dejar constancia que este enfermo estaba en cama sólo cuando se le hacía

punción.

Más o menos seis meses, los últimos de su enfermedad trabajaba en la cocina del Hospital, pelando papas.

El 27 de diciembre después de 3 meses 14 días de la última punción, pide su alta por encontrarse bien y que el líquido no se reproduce.

Como este enfermo es asegurado ha obtenido, desde mayo de 1933, una pensión de

invalidez de 271 pesos mensuales.

Naturalmente que esta pensión se suprimirá cuando se note que está apto para el trabajo.

Sale muy agradecido del servicio y promete consultarme si siente cualquier novedad.

El enfermo fué presentado en 1933 a la Sociedad Médica de Valparaiso por el Dr. Eduardo Muñoz Montt.

Ruego a todos los colegas que lean se sirvan comunicarme si han obtenido algún caso semejante.

# Ulcera Neuro-paralítica y zona - oftálmico

Dr. C. IANISZEWSKI C.-Magallanes

Creo de interés presentar la observación del enfermo Remigio N. C. asegurado del Policifnico de Porvenir, por cuanto las dos afecciones que presenta parecen ligadas una a otra y dicen relación con la afirmación de varios autores como Grüter, Wright, Vásquez Barrisere, etc., etc., sobre la posible etiología única tanto de la zona oftálmico como de algunas afecciones corneales, tales como la Queratitis Dendrítica, Queratitis Punteada, Queratitis Disiforme, etc. y algunas formas de Queratitis Neuroparalíticas.

El enfermo de cuarenta años de edad, presenta los siguientes antecedentes here-

ditarios y patológicos:

Padre muerto de una afección cardíaca a

los sesenta años.

Madre muerta de hemorragia cerebral a los cincuenta y cuatro años de edad.

Dos hermanas sanas.

Cuatro muertas; se ignora la causa.

No hubo abortos.

El enfermo declara no haber estado enfermo hasta la edad de doce años en que sufrió un traumatismo al caerse sobre un bracero, golpeándose en la región temporoparietal derecha con lo cual perdió el conocimiento y quedó con cefaleas violentas durante tres días. En la semana que siguió al golpe se declaró una afección en el ojo derecho por la cual dice haber permanecido en cama durante cinco meses. Fué atendido por un oculista de Valdivia, el doctor Necker, fallecido actualmente. No puede precisar a qué tratamientos lo sometió el doctor Necker, sólo recuerda que le aplicaba gotas y le hacía lavados en el ojo. Después de esta afección no presenta nada de anormal, excepto una ligera epifora del mismo lado. No notó nunca déficit visual ni molestias oculares en todo este tiempo.

En 1933, el 16 de enero, dice haber recibido una corriente de aire (?) en Porvenir y haberse declarado ese día su afección por la cual me fué enviado a Magallanes.

Al llegar a Magallanes, algunos días después del comienzo de su afección, se presenta con un cuadro de zona-oftálmico derecho y una afección corneal del mismo lado. La sintomatología subjetiva estaba determinada por: cefaleas intensas en el hemicráneo derecho, dolores frontales en el mismo lado, dolores en el globo ocular derecho, lagrimeo intenso, ojo rojo, fotofobia.

Al examen se encuentra una erupción vesiculosa profusa de la mitad derecha de la región frontal, edema ligero de la misma y del párpado superior; sensibilidad dolorosa

de este mismo lado.

El ojo derecho presenta una erosión corneal redondeada que toma la fluoreseina y situada más o menos en el centro de la córnea. Ligera inyección periquerática, conjuntiva roja, lagrimeo intenso, fotofobia, pupila redonda, reflejos buenos. No hay secreción. La presión de la región del saco lagrimal es negativa. Iris de aspecto y color normales, comparativamente con el lado izquierdo. Sensibilidad corneal disminuida por comparación con el otro lado.

El examen general da solamente una ligera adenopatía cervical: ganglios pequeños, duros, sin periadenitis. No hay cicatri-

ces. Varias caries dentales

Quedó hospitalizado más o menos dos meses durante los cuales se le hicieron los tratamientos clásicos para su afección. Los exámenes de laboratorio fueron negativos: orina sangre, (Kahn), esputo. No se hizo reacción de Mantoux por falta de elementos. Igualmente no pudo tomarse radiografía de la región del ganglio de Gasser.

Abandona el Hospital a causa de su trabajo, volviendo a Porvenir con el Zona curado y la lesión corneal muy mejorada. Se le da un tratamiento local a seguir y se le

pide vuelva periódicamente.

El enfermo no vuelve sino tres meses después.

Se presenta nuevamente con el ojo derecho rojo y doloroso.

Dice haber estado bien durante los tres meses que siguieron a su salida del Hospital, hasta que la noche anterior a su vuelta sintió dolores en el ojo derecho.

Al examen presenta el ojo derecho rojo, lagrimeo, una ulceración situada en el mismo sitio de la anterior, ligera inyección periquerática. No hay lesiones del iris. AnesBOLETÍN MÉDICO -

tesia de la cornea. Se le somete al tratamiento habitual de las ulceraciones corneales sin resultado alguno. Entonces se decide a hacerle una blefarorafia.

Se le deja con el ojo cerrado por blefarorrafia durante tres meses al cabo de los cuales son separados los párpados a pedido del enfermo, quien dice no sentir ninguna molestía más y exige la abertura de su ojo. Se encuentra la ulceración completamente cicatrizada y en su lugar una mancha opaca. El ojo aparentemente sano.

Posteriormente el enfermo ha sido examinado en varias oportunidades hasta la fecha manteniéndose la curación, incluso la sensibilidad.

Creo, que a pesar de diferir algo la sintomatología de los sintomas clásicos de la úlcera neuroparalítica, por cuanto había dolores, se puede en este caso hablar de úlcera neuroparalítica: anestesia corneal y curación que sólo se obtiene con la blefarorrafía, fracasando toda otra terapéutica.

Como digo al comienzo, he creído de interés la publicación de esta historia clínica por las relaciones estrechas que parecen haber existido entre el zona-oftálmico y la afección corneal lo que vendría en apoyo de una misma etiología en estas afecciones.

### Circulares enviadas

La Sección Médica ha estimado conveniente publicar en cada número

todas las Circulares que se envían a los Consultorios.

La marcha de los servicios técnicos y del régimen interno de la Sección debe ser conocido por todos los funcionarios que trabajan en ella. Esto traerá una mayor comprensión de los problemas y de las iniciativas y directivas que toma la Sección Médica.

CIRCULAR N.º 55

Santiago, 2 de mayo de 1934.

Señor Médico Director Provincial:

Con motivo de haber acordado el H. Consejo que el ejercicio financiero debe terminar el 30 de junio de cada año, se ha dispuesto que en junio próximo se haga Balance General cerrando, en consecuencia, en esa fecha, el actual ejercicio.

Por consiguiente, es necesario confeccionar nuevo Presupuesto para el periodo comprendido entre el 1.0 de julio de 1934 y el

30 de junio de 1935.

Por estas razones, sírvase solicitar de los Médicos Directores de los servicios bajo su Dirección; le remitan a Ud. un ante provecto de Presupuesto de Gastos - y entradas dende las hava- a fin de que Ud. lo estudie y lo remita informado a esta Administración General.

En estos ante proyectos no deben consultarse organizaciones de nuevos servicios. sino sólo los gastos calculados para los servicios actualmente en funcionamiento.

Estos presupuestos deberán estar en nuestro poder, ya informados por Ud., a más tardar el 20 de mayo actual. Por lo tanto, Ud. tomará las medidas del caso para que, por ningún concepto, sufran atraso-

Los ante proyectos deben confeccionarse

de acuerdo con la pauta siguiente:

Sueldos.- Indicando, cargo y nombre del funcionario, régimen de provisión al cual esté afecto, sueldo e item que le asigne el actual presupuesto, y asignaciones de que

Bonificación. - Monto a que esta ascien-

Arriendo - Canon que se paga.

Agua y Aseo. - Agua, cera, encerado, es-cobas, plumeros, paños de aseo, papel Toilette, brasso, sapolio, repuestos para chanchos y todo artículo que el aseo requiera y que no deba inventariarse.

Luz y Lumbre. - Gastos de alumbrado, reposición de ampolletas y tapones, parafina, carburo, alcohol o bencina para alumbrado, gas, leña o carbón para calefacción.

Cualesquiera de estos artículos que se compren para labores médicas y farmacéuticas, no deberán ser considerados en este item.

Teléfono. - Gastos del servicio telefónico, comunicaciones a larga distancia, instalaciones de servicios donde se requiera.

Lavandería.- Lavado de delantales de médicos, practicantes etc., sábanas, toallas, y en general de material de ropería que se use en el servicio médico

Fletes y Embalajes. - Conducción de material, muebles, útiles de escritorio, medicamentos etc., que envíe la Central o que se adquieran en la localidad, envío de encomiendas a esta Administración o a otros consultorios, excluyendo gastos por cambio de local o nuevas instalaciones.

Avisos. - Avisos en diarios o periódicos, carteles de aviso, suscripciones a diarios. Forraje.- Mantención y cuidado de ani-

males que se utilicen para movilización.-(Talaje, herraje, curaciones etc.)

Automoviles y Coches. - Arriendo de Box o cochera, reparaciones de carruajes y arneses, engrase y aseo, vulcanización de cámaras y forros, reposición de ampolletas, carga de Bateria. Se excluyen bencina, aceite y adquisición de accesorios que valoricen el carruaje.

Gastos Menores. - Derecho de giros postales, conducción de telegramas, gastos de tranvía, autobuses y autos que no correspondan a atención de asegurados, propinas, cartas multadas, clavos para embalaje, panel de envolver, cajones para embalaje, arreglo de llaves de agua, de chapas, de llaves de muebles y cajones, pequeños arreglos de muebles que no signifiquen valorización de éstos, asignaciones a serenos.

Imprevistos.-Limpieza y arreglo de máquinas de escribir cálcular, reposición de vidrios, encuadernación de documentos, arreglo de timbres eléctricos y recosición de nilas. Se excluyen nuevas instalaciones. compra de artículos de escritorio, material de oficina, muebles, jornales, reposición de útiles clínicos, medicamentos, reparaciones de muebles y edificios, compra de accesorios de automóviles y artículos de alumbrado.

Atención rural.-Honorarios y gastos de movilización de médicos o practicantes, por atención de asegurados que vivan en partes rurales, conforme a las tarifas vigentes, excluyendo las asignaciones fijas para movilización que se han concedido a algunos funcionarios en el prespuesto vigente.

Atención maternal.-Honorarios y gastos de movilización de matronas para atender a asegurados que vivan en partes rurales de acuerdo con la tarifa que debe proponerse.

Traslado de asegurados.-Pasajes de asegurados que sean enviados a otros consultorios o a hospitales o que sea necesario traer al propio consultorio desde puntos rurales.

Movilización v viáticos.-Los gastos ocasionados por visitas de inspección a los servicios, los gastos de movilización urbana de enfermeras y visitadoras, bencina y aceite de autos de propiedad de la Caja incluso ambulancias, arriendo de autos para atención de asegurados.

Institutos científicos.- Exámenes de sangre, orina, etc., radiografías, aplicaciones de rayos y luz, de acuerdo con la tarifa vigente, gastos de envío de muestras para exámenes, alimentación de animales, reactivos, reparaciones de útiles y máquinas de labo-

Botica.-La cantidad que se estime necesaria para adquisiciones de urgencia en la localidad, recetas, específicos o drogas para consumo inmediato, frascos, etc. Estas adquisiciones deben efectuarse sin que signifiguen Stock.

Alimentación.-Compra de artículos alimenticios para casas de Socorro u Hospitales propios, incluyendo carbón, leña y demás gastos que demande la preparación del alimento para los hospitalizados. Además, todos los gastos que ocasionan esas Casas u Hospitales, como luz, lavado, teléfono, calefacción etc., a excepción de sueldos que figuren ya detallados en el presupuesto.

Gruz Roja. - Subvención a la Cruz Roja,

donde así esté establecido.

Atención dental.-Honorarios de dentistas de acuerdo con tarifa.

Subsidios .- Lo calculado para el año.

Cuotas mortuorias.-Lo calculado para el año.

Hospitalización. - El gasto calculado para el año, en hospitales privados o de la Beneficencia, y en pensiones.

Otros gastos.-Los Médicos Directores deberán detallar a continuación los gastos que son necesarios en sus Consultorios y que no figuran en la lista anterior.

Además, en cada item; tanto de estos últimos como de los ya anotados, se servirán hacer las observaciones y exponer los motivos que los inducen a proponer las sumas que ellos creen necesarias.

Como el plazo es angustiado y hay el próposito de que el nuevo presupuesto esté en poder de los provinciales antes del 1.º de julio venidero, se encarece a los Médicos Directores su cooperación para evitar demoras en consultas por correspondencia y deficiencias que después entorpezcan el buen funcionamiento del presupuesto.

Respecto al actual presupuesto, sírvase tomar nota de que todos los pagos, a excepción de subsidios, cuotas mortuorias, traslado de asegurados y pensiones, se suspenderán en las Cajas Locales los días que se in-

Provincias desde Tarapacá a Coquimbo, el día 23 de junio; provincias desde Aconcagua a Colchagua, el 29 de junio; provincias desde Talca a Llanquihue, el 27 de junio y provincias desde Chiloé a Magallanes dos días antes de que parta el último vapor, antes del 20 de junio.

Se entiende que los días señalados serán los últimos días de pago en las Cajas Lo-

Es indispensable que los Médicos Directores procedan a pagar, antes de las fechas indicadas, todas las cuentas que no requieran autorización especial y remitan a esta Administración General las que sea necesario autorizar.

Para que quede el menor número posible de cuentas pendientes, no habrá que esperar que estas sean presentadas, sino urgir a los acreedores para que las presenten y cobren, advirtiéndoles que para poder pagarlas después de las fechas fijadas, se necesitará, en todo caso, una autorización especial de la Administración General.

En caso de que por cualquier motivo queden cuentas que la Caja Local no haya podido pagar antes del día de suspensión de pagos, deberá hacerse una lista completa de ellas indicando nombre del acreedor, motivo de la deuda y monto de ella.

Esta lista será entregada el mismo día fijado al Administrador de la Caja Local respectiva para que la agregue a la rendición de cuentas de ese día.

Se advierte que habrá dificultades para autorizar las cuentas que no figuren en esas

listas.

Las cuentas de hospitalización deberán quedar liquidadas el 30 de junio, para lo cual Ud. deberá dar instrucciones a fin de que se cancelen ese día las órdenes de hospitalización en vigencia y se otorguen órdenes nuevas con la misma fecha.

Se ha pedido que la H. Junta de Beneficencia que los Hospitales comuniquen a Santiago, por telégrafo, el día 30 de junio, el monto de las hospitalizaciones devengado en ese mes a fin de poder practicar el Balance General el día 1.º de julio. (Festivo)

En cuanto a los fondos que los Sres. Médicos Directores tengan en su poder para gastos menores, para franqueo, para traslado de asegurados o para cualquier otro objeto, deben ser reintegrados en la Caja Local respectiva el día limite fijado sin perjuicio de que, conforme a las instrucciones que recibirán los Administradores de Cajas Locales, puedan retirar al día siguiente sumas nuevas con el mismo objeto.

Se le incluyen varias copias de esta circular a fin de que las haga llegar a todos los servicios de su dependencia, con sus

instrucciones.

Saluda atentamente a Ud.

JEFE SECCIÓN MÉDICA-

CIRCULAR N.º 57

#### Sobre inventario

Santiago, 11 de Mayo de 1934.

Señor Médico Director:

Muy señor mío:

Con el objeto de aportar los datos necesarios para el Balance General que se efectuará el 30 de junio próximo, a continuación doy las directivas consiguientes a fin de efectuar el inventario completo de todos los bienes que posee la Caja, tanto en ese Consultorio, como en sus servicios satélies: postas, casas de Socorros, etc.

Como observación preliminar e importantisima, debo hacer presente a Ud. la trascendencia que tiene para la Institución, la confección esmerada y correcta de dichos inventarios, para la cual es primordial dar cumplimiento estricto y oportuno a las instrucciones impartidas. Toda omisión o retardo será considerada falta grave, sujeta a medidas disciplinarias en caso de comprobarse lenidad de los encargados de cumplirlas o hacerlas cumplir.

Para que los inventarios de todo el País estén en la Oficina Central en época oporna, se ha dividido éste en cuatro zonas, con respecto a la fecha en que deben estar lis-

tos

Norte.—Provincias de Tarapacá a Coquimbo inclusive 23 de junio.

Central. — Provincias de Aconcagua a Colchagua inclusive, 29 de junio.

Sur. - Provincias de Talca a Llanquihue

inclusive, 27 de junio.

Austral.—Provincias de Chiloé a Magallanes inclusive, dos días antes de que parta el último vapor que salga antes del 20 de junio.

Las fechas indicadas son las acordadas, para el cierre total de todas las operaciones

del presente ejercicio.

Los inventarios deben hacerse en formularios especiales que se le envían con esta misma fecha, y divididos en los siguientes

grupos:

a) Medicamentos. — Se consideran como tal todos aquellos artículos que signifiquen consumo en la atención directa de los asegurados, y aquellos materiales que se renuevan en la preparación de los medicamentos para dicho fin: Drogas, específicos, productos químicos, algodón, vendas, gasa, tela adhesiva, crin de Florencia, catgut, ganchos Mitchell, ganchos de seguridad, papel filtro. papel tornasol, reactivos, corchos, gotarios, frascos para el despacho, cajas de lata, cartón, bolsas alemanas, etiquetas, obleas amiláceas, etc., suspensores, anteojos, ojos de vidrio, artículos ortopédicos, etc., etc.

b) Instrumental clínico y útiles de Botica.

—Entiéndese como pertenecientes a este grupo:

1.0 El instrumental clínico, formado por los objetos o pequeños aparatos de que se vale el médico para el examen, diagnóstico y curación de los enfermos.

2.0 Los útiles de Botica, de que se sirve el Farmacéutico para la preparación de las fórmulas magistrales, oficinales, etc.

Inclúyense igualmente las Balanzas, de cualquier tamaño o índole (para pesar enfermos, de precisión, etc.) y los envases en que se mantienen los medicamentos, (fras-

cos, tapa esm., pomos, etc.)

c) Ropería.—Los artículos idóneos: Delantales, toallas, paños de curación, estuche, compresas, gorras, tocas, sábanas, cortinas, bolsas para ropa, frazadas, colchas, fundos, pecheras, etc.

d) Muebles y útiles.—Comprende: Muebles en general, estanterías, muebles asép-

icos.

Los aparatos científicos que por su gran volumen tienen determinada ubicación, fija y adherida, en su funcionamiento normal (Rayos X, Diatermia, Máquinas dentales, etc).

Los objetos, que por su indole, son asimilables a cualquier uso, llavatorios, recipien-

tes, teteras, jarros).

Se clasifican igualmente en este grupo: las camillas, movilizadores, estufas, radiadores, sillones dentales, artefactos eléctricos, autoclaves.

La anotación de todos los artículos deberá ser hecha en estricto orden alfabético, atendiéndose a las indicaciones que señala el formulario, y especificando claramente todos los detalles que la singularizan:

Inyectables: Por cajas o unidades, su ti-

tulación y capacidad.

Comprimidos: Por gramos.

Medicamentos: si son en envase original, su cantidad.

En cuanto a la valorización, la experiencia recogida en la revisión de inventarios anteriores, me obliga a hacer especial hincapié sobre este punto. En primer lugar, este debe hacerse en precios unitarios que guarden relación con el artículo detallado: por ejemplo: no debe anotarse 148 comprimidos a \$ ... Kilo o vice-versa; 4 cajas ampolletas X a \$ ... °/o|.

La falta de datos complementarios que ilustren sobre el particular (en este caso:

peso de los comprimidos y número de ampolletas de cada caja) dificultan la revisión.

La valorización será hecha de acuerdo con las guías de remisión de la Caja Central, de la Beneficencia si fueren anteriores, del comercio si fueren comprados en plaza, y a falta de todos estos datos, el precio estimado en el inventario anterior.

En cuanto a los cálculos correspondientes en las cantidades a colocar en la columna «Totales», sírvase encargar a los funcionarios que hagan este trabajo, un especial cuidado y dedicación. Un gran porcentaje de los inventarios recibidos últimamente, venían por este capítulo, en pésimas condiciones. La repetición de estos hechos, obligaría a esta Sección a tomar severas medidas contra los responsables de ellos.

En la fecha indicada al comienzo de esta Circular, según la zona que le corresponde, Ud. procederá a entregar el Inventario al Jefe de la Caja Local, para que sea enviado a esta Central conjuntamente con toda la documentación que el Servicio administrativo deberá remitir a la Sección Contabilidad.

Los inventarios se confeccionarán en duplicado, enviando a esta Sección el original y dejando la copia en ese Consultorio.

Cualquiera duda u observación que le merezca la presente circular, que le impida cumplirla en todas sus partes, sirvase consultarla inmediatamente, a fin de resolverla con la debida anticipación.

Debo agregar, que por igual motivo, el Laboratorio Chile suspenderá los despachos de mercadería el día 15 de junio. En consecuencia, sírvase formular sus pedidos oportunamente, para evitar dificultades en el servicio, por falta de medicamentos.

Saluda a Ud. Atte.

SECCIÓN MÉDICA.



DE LA

# CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

AÑO I.

Santiago, Julio de 1934

NUM II

Una de las aspiraciones que ha tenido la Sección Médica, es hacer desaparecer el arraigado concepto que existia de que la atención del enfermo ambulante fuera siempre la rutinaria que se aplicaba en la arcaica dispensaria de caridad, en que no había ningún interés de perfeccionamiento científico y de investigación.

Este error se originaba en gran parte en la creencia de que sólo entraba en el campo de la investigación el trabajo de fisiología experimental, patología experimental, y, en general, las disciplinas puras; trabajo que, sin lugar a dudas, pertenece exclusivamente a los institutos universitarios de investigación; pero como lo afirma con toda propiedad uno de los más grandes experimentadores contemporáneos, René Leriche, "hay que saber que se puede ser un gran investigador sin haber operado jamás un perro".

Es indispensable tener conciencia del enorme valor que tienen los más pequeños actos del trabajo médico y que la observación prolija, acabada, detenida, inspirada en la ley cartesiana, que tanto bien ha hecho a los clínicos en las diferentes épocas, puede hacer llegar a cada uno a conclusiones de gran valor intelectual, pues el fenómeno de síntesis que debe ir unido a cada dato que nos da la observación y la comprobación experimental de un resultado terapéutico positivo o negativo, hace que éste sea un verdadero trabajo de investigación.

Estas consideraciones son las que movieron a la Sección a colocar entre las obligaciones que tenían los médicos de los consultorios, la de hacer reuniones clínicas en las cuales expusieran los resultados de su labor, ya sea en forma de trabajos o de casuística y de que se considerara como uno de los antecedentes para valorar la eficiencia de los médicos, los antecedentes que mostraran en este sentido.

Hoy día el vasto campo de estudio que da el ejercicio de la medicina dentro del Seguro, con sus múltiples matices que llegan a cambiar hasta con las variaciones del ambiente en las diferentes regiones, pasa inadvertido. Muchas de estas observaciones son presentadas en las sociedades científicas en los grandes centros del país; pero la gran falange de médicos queda ajeno a su conocimiento.

Este modesto Boletín de la Sección Médica tratará de subsanar este defecto y espera que todos los médicos de la Sección colaboren en él.

El espiritu que anima a la Sección, es que el Boletín vaya perfeccionandose y que llegue a ser un órgano de alto valor científico, que represente fielmente la medicina que se hace en la Caja de Seguro Obligatorio.

SECCION MEDICA.



Facsimil de los primeros tres afiches que la Caja de Seguro Obligatorio ha editado para la propaganda sanitaria entre sus asegurados.

Los señores Médicos del Seguro Obligatorio y de las diferentes instituciones sanitarias de Chile, pueden solicitar el envío de ejemplares de tales afiches, con el fin de colocarlos en sus Consultorios.

Dirigirse a la Secretaría General de la Caja de Seguro Obligatorio, Casilla 7 D., Santiago.

#### Consideraciones sobre tratamientos antituberculosos (1)

DR. H. ORREGO PUELMA.

Jefe de los Servicios de Tuberculosis del S. O

El enorme desarrollo de la Tuberculosis en nuestro país ha traído en los últimos años un febril despertar de las actividades tisiológicas, cuyas manifestaciones más evidentes son la creación de una cátedra oficial en la Facultad de Medicina la habilitación de algunos servicios especializados en Santiago, fundación de la Sociedad Chilena de Tisiología, etc. El interés creciente por los estudios relacionados con la Tuberculosis, ha traído aparejado el aumento de la especialización en esta rama de la Medicina, aumento que, desgraciadamente, no alcanza a abastecer las necesidades reales en esta materia. Este factor unido al desconocimiento, o mejor dicho al incompleto conocimiento de todos los progresos que la Tisiclogía ha efectuado en los últimos años, repercute dolorosamente sobre los enfermos que, diagnosticados y tratados en su enfermedad, oportunamente, podrían haber sido recuperados en forma integral para sus actividades sociales.

Los que actuamos exclusivamente en la especialidad, y que tenemos a nuestro cargo la dirección de servicios con ella relacionados somos espectadores, a diario, de la impotencia con que deben actuar los médicos-tratantes frente a casos de tuberculosis bilateralizados, que, con el testimonio de exámenes radiológicos pretéritos, acusan la oportunidad perdida de un tratamiento colapsoterápico que pudo realizarse algún tiempo antes. ¿Qué se hizo durante ese tiempo? Se prescribieron inútilmente preparados inactivos para obrar per si solos frente a la gravedad de la evolución tuberculosa (Cloruro de calcio etc.) o en otras ocasiones, medicamentos peligrosos que contribuyeron a agravar esa evolución (creosota y sus derivados arsenicales, etc.)

En otros casos, algunos médicos llevados por el entusiasmo de actuar, y sin tener a su haber la experiencia necesaria, han realizado tratamientos colapsoterápicos, sin observar las reglas clásicas, sin poseer un criterio tisiológico firme, capaz de aconsejar la oportunidad de un pneumotorax, y de guiar después la marcha del tratamiento. También aquellos enfermos nos han llegado perdidos para continuar una terapéutica, que atinadamente, pudo ser su salvación. La sinfisis pleural, las bilateralizaciones y todas las consecuencias de los errores enunciados, desarman al tisiólogo para actuar con eficiencia.

No desconocemos los factores idiosincrásicos de nuestro pueblo, que lo llevan a recurrir tardíamente a donde el médico, prefiriendo abandonarse a la evolución de su enfermedad o confiándola a tratamientos charlatanescos. y de explotación de su ignorancia; pero no es posible que a este factor se sume para agravarlo irremediablemente el desconocimiento o la indiferencia de los médicos prácticos en materia de una rama de la Medicina que ha progresado como ninguna otra, talvez, en los últimos 30 años En todas partes del mundo, la Tisiología va consagrando su derecho de "Especialilidad"; las cifras otrora abismantes de mor\_ talidad (sobre 200 por cada 100,000 habitantes) descienden hoy día por debajo de 100; las falanjes de obreros recuperados a sus actividades habituales y vueltos sanos a sus hogares, son evidentemente más notables que en cualquiera otra enfermedad crónica.

Es necesario reaccionar contra tal estado de cosas. Así como el médico práctico no osaría hacer tratamientos ortopédicos de oculística, o de otorinolaringología cuando no se siente con experiencia para ello, y resuelve enviar sus pacientes al centro donde actúen los especialistas, o confiarlos a ellos cuando él ejerza en esos mismos centros, no es posible tampoco que se sacrifique a enfermos recuperables, colocando a la Tisiología al margen de estas mismas consideraciones. No es que queramos nosotros monopolizar la práctica tisiológica: hay una cátedra que difunde entre el alumnado los conocimientos concernientes a este ramo, y hay servicios hospitalarios en Santiago, donde un grupo de verdaderos y entusias\_

 <sup>(1)</sup> El Dr. Orrego publicará una serie de artículos en que dará a conocer a los médicos generales las normas que informan hoy en día el tratamiento de esta afección.

tas tisiólogos está dispuesto a compartir con sus colegas los conocimientos adquiridos. El que no pueda beneficiarse con estas oportunidades, tiene una línea de conducta trazada en sus actividades profesionales: establecer su diagnóstico y confiar su enfermo al médico que realmente pueda hacer algo por rescatarlo a la salud A nuestro juicio, sigue presidiendo el ejercicio de nuestra profesión el viejo axioma de "Primum non noscere".

#### ¿Enfermedad o accidente?

Dr. A. SCHWEITZER

Jefe de la Oficina de Invalidez

Los conflictos por interpretación o aplicación de las leyes de Previsión, en su aspeto médico, de que tanta mención hace la literatura extranjera, son prácticamente desconocidos entre nosotros. Y esto se debe, por lo que se refiere a las leyes 4,054 y antigua 4.055, especialmente, a que fuera de los casos en que el accidente del trabajo es establecido en forma clara, los demás son cargados lisa y llanamente a la Caja de Seguro Obligatorio. No dejar al enfermo sin atención y escaso conocimiento de los recodos de las leyes, son los factores que mantienen el estado de cosas y por los cuales las contiendas de jurisdicción no se producen.

Para los que estamos en medio del juego de estos organismos, tanto de Previsión como de Beneficencia o Asistencia, se nos hace incomprensible su diversificación, que pide montar para cada uno de ellos, máquinas costosas destinadas a proporcionar idénticas atenciones. Se produce tal dispersión de esfuerzos, que el resultado es pobre y deficiente porque los recursos económicos individuales no permiten construir la máquina ideal. Organismos independientes y con directivas propias, se ven obligados a completarse mediante convenios que nunca producen lo que queda escrito en el papel.

Mientras tanto cada una cuida celosamente sus fronteras y los que las servimos estamos en la obligación de ayudar a esa labor.

Valga esta disgresión como preámbulo para comentar una situación que es de interés para la actual organización independiente.

Ella derivó de un accidente del trabajo

sufrido por un obrero en un centro minero, a consecuencia del cual, quedó con erosiones y una contusión de la rodilla derecha.
Se hizo cargo del tratamiento la Sècción
Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros y al cabo de algunos días
se comprobó que las lesiones no tenían tendencia a mejorar. Esta evolución provocó
la hospitalización del enfermo y del estudio
cuidadoso se desprendió que estaba de por
medio una sifilis mal tratada, terreno que
provocaba la evolución desfavorable de las
consecuencias del accidente.

Era evidente que la curación de las lesiones involucraba el tratamiento de la sífilis, pero la Caja de Ahorros estimó que esta última no tenía nada que ver con el accidente y por lo tanto no le competía su tratamiento. Proponía, en cambio, un temperamento ecléctico: ella se hacía cargo de la curación de las lesiones y la Caja de Seguro, del tratamiento específico.

Esta solución era perfectamente inaceptable. Así lo estimó el Médico Director del Consultorio de la localidad y el asunto llegó en consulta a la Sección Médica de la C. de S. O.

Esta Sección aprobó enteramente la resolución del colega.

Desde luego, la legislación chilena, no dice nada al respecto. Sólo establece que es de cargo del patrón o asegurador la atención del accidente hasta completa curación de las lesiones. Por lo tanto, si éstas no sanan porque existe otra enfermedad que lo impide, esta enfermedad debe ser tratada en la medida suficiente como para permitir aquella curación.

Por otra parte, y en el caso que nos ocu-

pa, el obrero sobrellevaba perfectamente su sífilis y si no es por el accidente, no sabemos cuánto tiempo más se habría mantenido en buena capacidad para el trabajo.

Hay que advertir también que un tratamiento dirigido por dos instituciones independientes pugna con las normas de terapéntica que todos conocemos.

Por último, para apoyar la tesis, la legislación extranjera no contempla situaciones como las que comento. Sería difícil que en países que cuentan de antiguo con estas leyes de previsión, no hubiera alguna literatura al respecto. Esto indica que el conflicto no se ha presentado y la norma es que la curación de un accidente del trabajo supone poner al accidentado en las condiciones más favorables para tal fin, haciendo todos los tratamientos que estén indicados, tengan o no relación con el accidente.

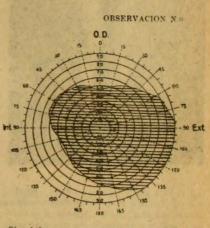
#### Tumor de la Hipofisis

# NOAIBRE O.I O. 1 O. 1

V. O. D. · · O V. O. I. : 5/5

L. A., de 23 años, cuya enfermedad se inicia hace 3 años, notando primeramente disminución progresiva de la visión del ojo derecho, acompañada de intensos dolores de la región temporal derecha de carácter paroxístico. Como esta sintomatología se ha acentuado últimamente. consulta al oftalmólogo del Policlínico de Unión Americana, quien comprueba una atrofia del nervio óptico derecho y ceguera de éste, por lo cual se le envía al especialista de Neurología, cuyo examen resulta totalmente negativo, pero le llaman la atención dos hecho, importantes:

#### MANUEL BALMACEDA Y LUIS DRECKMANN. Consultorio Unión Americana



Diagnóstico:

1.0 Alteración de la distribución del panículo adiposo y 2.0, los caracteres sertales primarios y secundarios. Por estas consideraciones se le envía nuevamente al oftalmólogo, quien encuentra, además de la
atrofia del nervio óptico derecho, una
atrofia inicial del izquierdo con hemian psia temporal del lado izquierdo, pudiendo
ya con estos antecedentes relacionar la
afección ocular a una alteración del quiasma óptico.

Analizados estos hechos, procedimos a hacer el estudio somático del enfermo, acusando los siguientes síntomas.





1.0 Tipo generalmente obeso, concentrando el tejido graso de preferencia en la región pectoral, región inferior del abdomen, nalgas y muslos, o sea una alteración de la distribución del panículo adiposo.

2.0 Alteraciones sexuales. Pene de escaso desarrollo. Líbido, disminuída.

3.0 Crecimiento. Tamaño, 1 mt., 57 cm., umformemente chico (estatura pequeña familiar), mano ancha, corta, dedos puntiagudos, osificación normal.

4.0 Marcha, sin caracteres especiales. fuerzas conservadas. Sensibilidad sin alteraciones. Reflejos tendinosos, sumétricos. No hay signos cerebelosos, ni piramidales. Psiquis: indiferencia, apatia, retraso mental global.

5.0 Examen ocular: OI, pupila reacciona a la luz y a la acomodación, fondo atrofia papilar inicial, OD., pupila sin reacción a la luz. Papila atrófica. Campo visual, ver esquema, (Dr. Espildora). 6.0 Metabolismo general.

a) Metabolismo basal menos 12%;

 b) Metaboli-mo del agua: poliurias de carácter transitorio (dos o tres lts.). Prueba de Volhard, normal;

 c) Metabolismo de los hidrocarburos: glicemia 0,77 por mil.

7.0 Examen hematológico: glóbulos blancos, 7,600; fórmula, linfocitos, 53%, monocitos, 7%, polinucleares cosinófilos, 3%.

#### Comentario general

Nos encontramos ante un enfermo que presenta un sindroma adiposo genital con alteraciones del quiasma óptico, lo cual nos permite relacionar esta afección a una alteración de la hipofisis, razón por la cual solicitamos una radiografía de la silla turca, revelándose en ella un aumento pronunciado en longitud y profundidad e irregularidades en las apofisis clinoides anteriores.

Con las alteraciones de la silla turca y

la distrofia adiposo genital y lesiones del quiasma óptico, estamos autorizados para stribuir esta triada sintomática a una lesión de carácter tumoral de evolución crónica del lóbulo anterior de la hipofisis (posible adenoma). Esto, naturalmente, no excluve un compromiso del lóbulo medio, puesto que el estudio del enfermo acusa alteraciones del metabolismo del agua y esta manifestación depende, fundamentalmente de la función de esta zona hipofisiaria y, por otra parte, sabemos que las modalidades de los sindromas hipofisiarios se originan principalmente por la mayor o menor participación de determinadas glándulas endocrinals v de la manera de responder de la región hipotalámica.

Comentario especial de algunos síntomas que presenta el enfermo. — El metabolismo basal bajo es un síntoma frecuente en la evolución del sindroma adiposo genital. La hiteratura puédica deserfbe algunos casos con menos de 30/o.

El estudio de la glicemia de nuestro enfermo arroja una cifra baja, 0,77, lo cual hace recordar el criterio de Cushing, quien considera las glicemias bajas como un fenómeno habitual en el sindroma que des-

cribimos.

Por último, puede llamar la atención la linfocitosis que presenta el enfermo, pero esta linfocitosis es pasajera y sufre modificaciones que están en relación con la acción de la radioterapia sobre el cuadro generel. Este paralelismo es interesante hacerlo notar.

#### Diagnóstico diferencial

Mixedema.

Eunucoidismo.

Distrofia adiposo genital.

Excluímos el mixedema puesto que el aspecto del enfermo no es adquirido por una alteración mixedematosa de la piel, sino por una alteración en la distribución del panículo adiposo. Los caracteres de la mano ancha, corta y de dedos puntiagudos (tipo hipofisiario) y, por último, los trastornos del metabolismo del agua, las alteraciones del quiasma óptico y de la silla turca.

También rechazamos el eunucoidismo, porque no existe el aspecto ni las dimensiones eunucoides ni alteraciones en las diafisis de los huesos.

En resumen, el estudio sintomatológico de nuestro enfermo se encuadra perfectamente bien en la distrofia adiposo genitai:

#### Necrosis subaguda del pancreas sindroma de diabetes aguda

Dr. O. ORTEGA Y Dr. M. SOZA W. Consultorio San Francisco

Un hombre de 31 años de edad, de profesión jornalero, llega en la tarde del sábado 9 de junio a consultar a nuestro equipo médico. Lo recibe el Dr. Ortega, jefe del equipo, a quien lo sorprende el marcado olor a acetona que presenta el enfermo.

El examen de una muestra de orina obtenida inmediatamente, revela la existencia de 50 grs. o o de glucosa y una intensa acctonuria.

Al examen llama la atención, desde el primer momento, la obesidad del sujeto y la disnea de tipo especial que tiene. Se trata de grandes respiraciones profundas, suspirosas (respiración de Kussmaul) en número de 28 por minuto. Hay un ligero grado de cianosis especialmente visible en las uñas.

Temperatura: 36°8. Los pulmones se presentan normales. El examen del aparato cardio-vascular nos demuestra a nivel del corazón la existencia de tonos cardíacos normales que se auscultan con máxima intensidad en el 5.0 espacio intercostal por dentro de la línea medio-clavicular, con una frecuencia de 120 por minuto, y a nivel del sistema vascular, una presión arterial de 14/8½ al Vaquez.

El sistema nervioso está indemne: tauto los reflejos tendinosos cómo los pupilares son normales.

La lengua es saburral.

El abdomen, globuloso y meteorizado, es sensible a la presión en el epigastrio. Sus paredes bastante gruesas no presentan ninguna resistencia a la palpación.

El borde superior del hígado se determina con la percusión en el 5.0 espacio intercostal, y el borde inferior, que no se palpa, tampoco se puede precisar bien a la percusión a causa del meteorismo.

El bazo no es evidenciable con los métodos de exploración corrientes.

Finalmente, su estado psíquico perfectamente lúcido, nos permite obtener del propio enfermo la anamnesis.

#### HISTORIA DE SU ENFERMEDAD

El comienzo de su enfermedad actual data de unos 15 días. Se manifestó por la aparición de un dolor en el lado izquierdo del hueco epigástrico irradiado a la región lumbar del mismo lado, y por el establecimiento desde ese momento de la triada sintomática de la diabetes: polifagia, polidipsia y poliuria.

El dolor de carácter continuo, pero de poca intensidad, pues el enfermo pudo seguir trabajando hasta el viernes 8, en los últimos días fué disminuyendo de intensidad en el epigastrio, al mismo tiempo que se intensificaba en la región lumbar.

Pero lo que más inquietaba al enfermo era el enflaquecimiento tán rápido que había experimentado a pesar de lo mucho que comía y bebía. De 120 kgs. que pesaba había bajado a 92 kgs. en 2 semanas.

Además, desde hacía 2 días, tenía vómitos alimenticios y angustia respiratoria.

Para terminar con su anamnesis agreguemos que tanto sus antecedentes familiares como morbosos generales y venéreos carecen de importancia.

-El enfermo se nos presentaba pues, como portador de una diabetes aguda en estado preconatoso, diagnóstico con el que fué enviado al Hospital del Salvador (Sala San Antonio) donde correspondió atenderlo al día siguiente.

Es interesante hacer notar el juicio que el enfermo hacía de su enfermedad; consideraba que su estado no era de cuidado y pensaba volver a trabajar el lunes 11.

Repetido el examen físico no reveló modificaciones. Su estado era igual que el día anterior: sólo los vómitos se habían intensificado y despedían un intenso olor a ace-

Se le colocó 50 unidades de insulina en inyección subcutánea, seguida de una inyección en la vena de 40 cc. de suero glucosado hipertónico y de una proctoclisis de suero glucosado isotónico. Al mismo tiempo se le dió a ingerir agua bicarbonatada.

Con esta terapéutica se vió desaparceer rápidamente los vómitos y disminuir la angustia respiratoria.

En la tarde, se repite el mismo tratamiento; el enfermo sigue, subjetivamentemejor. Poco después, la temperatura sube a 38°3 y después de un corto período de coma, fallece a las 9 P. M.

Una muestra de sangre tomada inmediatamente después de colocada la primera inyección de insulina, reveló una glicemia de 4.20 grs. o|oo.

El caso fué enviado a la mesa de autopsia con el diagnóstico elínico de coma diabético en una diabetes aguda secundaria a una causa que no se pudo precisar.

El diagnóstico anátomo-patológico realizado por el Dr. Mena, es el siguiente:

Necrosis panercática con numerosos focos de esteato-necrosis especialmente en la cabeza del panereas.

Focos de esteato-necrosis en el mesenterio hasta la región ileo-cecal.

Tumefacción turbia del hígado; pesa 3 kg. Tumefacción turbia renal.

Induración cianótica de los pulmones

Cianosis tráqueo-bronquial.

Adiposis generalizada.

El examen microscópico de cortes de tejido panereático tomados de diferentes partes del órgano, demuestra a nivel de la caleza, grandes focos de necrosis total del parénquima con intensa esteato-necrosis, y a nivel de la cola, infiltración edematosa del estroma con necrosis tanto de los acini glandulares como de los islotes de Langerhaus.

Publicamos este caso de necrosis panereática de marcha subagnda y que determinó la aparición de un sindroma diabético que desvió el diagnóstico, sin otro comentario que su extraordinaria rareza.

En efecto, lo habitual es que la necrosis pancreática determine un sindroma perito-

neal de marcha muy aguda, el drama pancreático de Dieulafoy.

Respecto al sindroma diabético, en la liperatura que hemos podido revisar, sólo hemos encontrado mencionada la existencia de ligeras glucosurias (Brocq) pero no verdaderos cuadros diabéticos agudos como el que presentaba este enfermo, cuadro que en ausencia del sindroma peritoneal hizo errar el verdadero diagnóstico.

Por último, el aspecto anatomo-patológico de esta obs. también difiere del corriente, ya que lo habitual es encontrar la forma hemorrágica y no la edematosa con necrosis pura.

#### Reuniones clínicas de los consultorios

ACTA DE LA SESION MENSUAL DEL CONSUL TORIO DE BRONCO PULMONARES. DE FECHA 31 DE MAYO

Se abrió la sesión a las 18.45 horas. Presidió el profesor doctor Héctor Orrego Puelma y actuó de secretario accidental el doctor Alejandro Reyes, Asistieron los siguientes doctores: Arriagada, Arunoff, Anzola, García Rubén, Hevia, Kruger; Moreno, Necochea y Peralta.

Acta.— No se leyó debido a enfermedad del Secretario Dr. Aguirre.

Tabla. - Entrando a la tabla el Dr. Manuel Moreno hace relación de un caso de "Neumotorax Insaciable Eficaz". La hoja elinica se refiere a un enfermo que ha tenido hemoptisis durante tres días consecutivos que tiene una baciloscopia y radioscopia negativas, pero con hemoptisis de repetición y signos físicos localizados en el campo superior derecho, en el cual está indicado un neumo hemostático de grandes dosis: insuflaciones semanales de 500 a 1.000 c. c. Wassermann-Kahn, negativa; una segunda baciloscopia da Koch positivo II. Castellani negativa. Los exámenes radiológicos hechos después de las insuflaciones revelan la existencia de cámara neumática, la cual desaparecía rápidamente. Después de una insuflación de 850 ce, se toma una ra. diografía que revela una pequeña cámara de aire en la base derecha, la que se aprecia dislocando el hígado de arriba abajo y dé afuera hacia adentro. El Dr. Moreno da como explicación de este raro fenómeno, el paso del aire de la cavidad pleural hacia la cavidad abdominal. Se pensó en una frenicectomía la que no se realizó por estar el enfermo clínica y radiológicamente mejor.

Discusión.— El Dr. Orrego, encontrando el caso sumamente interesante, difiere de su apreciación con el Dr. Moreno. Cree que se ha tratado aquí de una lesión mínima, que habría curado sin la existencia de un neumotorax.

El Dr. Peralta se manifiesta de acuerdo con el Dr. Orrego y frente a un neumo que cohibe una hemorragia, sin producir colapso, cree que es el reposo el factor que ha influenciado favorablemente el proceso. Cita algunas causas de neumotorax insaciables y se refiere a los trabajos de Libareff sobre el particular y las adquisiciones sobre fisio-mecánica del diafragma. de este y otros autores.

El **Dr. García** pregunta si el aire pasaba inmediatamente o tiempo después a la cav. abdominal. El Dr. Arriagada pregunta por las presiones finales, a lo que el Dr. Moreno contesta que se acercaban al cero.

El Dr. Reyes se refiere a la existencia de un pequeño neumotorax residual, supradiafragmático y supone que el aire vaciado a la cav. abdominal, debe haber constituido un verdadero neumo-peritoneo, el eual tiene una imagen radiológica conocida.

El Dr, Moreno dice que hay afecciones tuberculosas congestivas y otras que no lo son: el neumo es muy eficaz en las primeras, 750 a 1,000 de gas entran a la pleura, el gas se dilata y comprime. El Dr. Garcia hace ver que el diafragma se movia y el Dr. Orrego opína que no es el ascenso sino la inmovilidad diafragmática la que actúa.

Es de opinión que se vuelva a presentar el . en las mejores condiciones y la enferma descaso acompañándolo de radiografías torácica y abdominal. Hace presente las escusas de la Dr. Valenzuela que no ha podido asistir por esfermedad.

La Segunda Hora de la Tabla la ocupa el Dr. Orrego para referirse al "Criterio Tisiológico ante las formas evolutivas de Tuberculosis.

Cita al respecto el caso de una enferma suva portadora de una lesión cavitaria superior derecha, bacilifera, a la que comienza por tratar con un neumoforax y cura de reposo; pero una trasgresión en el régimen de vida de la enferma produce bilateralización de las lesiones, apareciendo crépitos en el hilio izquierdo, que la revelan además de la radiografía. La Tesión izquierda se hace progresiva por lo cual se suspende el neumotorax. La caverna no se comprime. Cambia entonces el criterio tisiológico y se practica una frenicectomía derecha con resultado favorable, pues la caverna se reduce a 15 de su tamaño anterior y la lesión izquierda se atenúa. Se instaura entonces una eura sanatorial. Pero después aparece una complicación derecha: un exudado pleural seguido de un proceso sinfisiario de este lado, y la caverna aparece tan grande como antes, mientras el lado izquierdo parece estar sano. Ahora debe primar otro criterio: La radiografia revela un límite cisural neto a derecha y no debemos olvidar que la enferma presentó un brote izquierdo; se indican entonces el plomaje o la toracoplastía. Nos decidimos por el plom. baje por las consideraciones anteriores y por ser una intervención 'poco "chocante". operación es practicada por el Dr Alonso que realiza dos intervenciones: la operación de Freund y a través de la resección, el plombaje. La operación se hace con anestesia con Evipan sódico por vía endovenosa, sin el menor incidente. Las adherencias parietales son seccionadas a "cielo abierto", a mano se separa la pleura parietal de la pared costal y se encuentra el piso firme, representado por la eisura engrosada. Se hace el plombaje

pués de 15 días está muy bien.

El Dr. Anzola se refiere, en la tercera hora de la Tabla, a un caso de Peritonitis Tuberculosa tratada por Radioterapia que constituye un brillante éxito terapeutico. Se trata de una enferma que él recibe en estado caquéctico, con gran balonamiento del vientre, con crisis abdominales muy dolorosas, acompañadas de deposiciones diarreicas. Esta diarrea es rebelde a los astringentes y la enferma es abandonada con gran escepticismo, por sus médicos tratantes. Antes se le aconsejó una laparotomia en la caal se extirpó el ciego, haciéndose el diagnóstico de tuberculoma del ciego. Esta intervención beneficia muy poco a la enferma y se le recomienda una cura climatológica que la enferma soporta muy mal, Estuvo 17 aías en Putaendo v regresó pesando 40 kilos, persistian las diarreas, que llevaban ya diez meses, ahogos, amenorrea desde hace 5 meses.

En este estado inicia el Dr. Anzola una terapia de irradiación profunda, con dosis de 200 R. A. mensualmente a 30 cm. A las primeras aplicaciones responde la enferma con reacción desfavorable. A las pocas irradiaciones la circunferencia abdominal, que era de 1,75 cm. se redujo a 1,125. El 1.o de enero de 1934 pesa 55 kilos; actualmente pesa 56 v su circunferencia abdominal es 75 cm. No presenta diarreas ni dolores. El esquema radioscópico actual presenta la formación de un nuevo ciego; pericolitis adhesiva, dilatación del asa trasversal del ileon y ganglios mesentericos.

El Dr. Orrego felicita al Dr. Anzola y cita un caso análogo. Igual cosa hace el Dr. Arriagada. El Dr. Peralta se reflere a la eficacia de la antigenoterapia en estos casos. El Dr. Orrego cree que es necesario fijar las indicaciones de la radioterapia. El Dr Anzola contesta que ellas han sido fijadas en el Congreso de Radiología de París, 1928 v se puede sintetizar diciendo, que está indicada en todas las formas menos las ulcero-PASPOSAS.

Se levantó la sesión.

#### BIBLIOGRAFIA

#### Estudios médicos y sociales sobre Tuberculosis

Publicados bajo los auspicios de la Cátedra Oficial de Tisiología y Sección correspondiente del Hospital para tuberculosos. — Imprenta Universitaria, 1934.

Se trata de una colección de escritos publicados bajo la dirección del Prof. Héctor Orrego y con la colaboración de los médicos de su Sección.

Su acabada presentación y la importancia de los temas tratados, hacen de este volumen el esfuerzo más serio hecho hasta hoy en Tisiología y sirve para afirmar el concepto de que esta especialidad tiene y debe dársele la misma importancia que a las que conocemos como clásicas.

Está dividida en dos secciones. La primera trata de problemas clínicos y terapéuticos; la segunda de algunos problemas sociales en relación con la tuberculosis.

Esta división revela la dirección en que están orientadas las actividades de los autores y de la cátedra, que demuestran conceder tanta importancia al aspecto curativo como al profiláctico o preventivo.

El sumario de la obra es el siguiente:

Prof. H. Orrego. - Consideraciones so-

bre colapsoterapia en Chile.

Dr. René García. — La clasificación de León Bernard y la de Bacmeister en Tisiología. Dr. Gonzalo Corbalán. - La asociación

de las sales de oro a la colapsoterapia en

tuberculosos graves. Dr. Agustín Arriagada. - La actitud del tisiólogo ante los problemas de la Tuber-

culosis en los momentos actuales. Dr. Eduardo Calderón. La clasificación de León Bernard en sus relaciones con la Anatomía Patológica.

Dr. Eduardo Pastene. - Cavernas pul-

monares.

Dr. Antonio Sarah. La presión arterial en el tuberculoso.

Dr. Florencio Jorquera. - Exploración bronco pulmonar por medio de la inyec-ción de lipiodol intra-traqueal.

Dr. René García. - Presión arterial y

tuberculosis pulmenar.

Dr. Manuel Moreno .- La tos - Baei los de Koch granulosos y granulaciones.

Dr. Adolfo Menke .- Sifilis y tuberculosis.

Dr. Agustín Arriagada. - Notas preliminares sobre una contribución al estudio de las hemoptisis.

Dr. Adolfo Menke .- Metabolismo y alimentación en la tuberculosis pulmonar.

Drs. René García y Adolfo Menke .-Algunos casos de pneumonia de evolución prolongada.

Sr. Bogoslav Juricic. - Las asociaciones microbianas en la tuberculosis pulmonar. (Resumen de tesis).

#### Segunda Sección

Prof. H. Orrego. - Plan mínimo de urgencia para la lucha antituberculosa en los servicios de la ley 4,054.

Dr. Agustín Arriagada :- La Tubereulosis y la Caja de Seguro Obligatorio.

Dr. René García .- El concepto moderno de la cura sanatorial.

Dr. Rubén García. - La cura sanatorial en el tratamiento de la tuberculosis pulmo-

Sr. Armando Sáez .- Algunos factores sociales de trascendencia en la tuberculosis pulmonar. — (Resumen de tesis).

A. S.

DE LA

## CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

AÑO I

Santiago, Agosto 1934

N.o 3

Auxiliar indispensable e insustituíble del trabajo medico, na pasado a ser el Servicio de Visitación Social.

A pesar de que nuestros organismos asistenciales no han tenido los medios suficientes para darle toda la amplitud necesaria, poco a poco hemos podido comprobar, los médicos, la importancia capital que tiene el que ya no trabajemos aislados en nuestros quirófanos, sino que podamos contar con un lazo de unión inteligente y orientado con el medio exterior. Múltiple, variada y compleja es la labor de la Visitadora social en su papel de prolongar la influencia del médico en el medio social, y si bien es cierto, ya es evidente que a ellas se les está imponiendo la especialización, (atención de tuberculosos, atención maternal y del niño, etc.); también es un hecho irredargüible que un servicio de esta naturaleza, necesita poseer una orientación general y definida, sobre todo si tomamos en consideración la modalidad especial que tiene dentro de la Caja de Seguro Obligatorio en que junto al factor, enfermedad entran en juego otros de muy variada índole.

Por las características mismas de la labor que debe desarrollar una Visitadora Social, vemos que ella debe ser ajena a todo prejuicio político o religioso, y que dentro de sus tareas, sólo las altas normas científicas y de ética social, deben ser su guía, sin descender a apasionarse por alguna de las soluciones temporales que muchas veces se da a los fenómenos de la vida o a las interpretaciones supersticiosas con que se explican los fenómenos fisiológicos.

Sin embargo, podemos decir que la formación que se ha hecho de la Visitadora Social ha constituído hasta hoy un buen éxito y que la gran mayoría de las que están trabajando tanto en la Asistencia Social, como en la Caja de Seguro Obligatorio, han sabido cumplir con su cometido.

La Sección Médica ha comenzado una reorganización de este Servicio que espera dé los frutos deseados.

#### Consideraciones sobre tratamientos antituberculosos

#### SEGUNDA PARTE Clima, farmaco-terapia y bioterapla

Prof. HECTOR ORREGO PUELMA, Jefe de los Servicios de Tuberculosis de la Caja de S. O.

Continuando el curso de nuestras resumidas observaciones sobre el tema, cuvo título encabeza estas líneas, entramos hoy día en el capítulo del estado actual del tratamiento de la tuberculosis, refiriéndonos, exclusivamente, por ahora, a los aspectos enunciados más arriba, y dejando para una próxima publicación, lo que se relaciona con la colapsoterapia, tanto médica como quirúrgica. Naturalmente, que no nos extenderemos en este artículo sobre consideraciones que se relacionan con la cultura general del médico, como son las de la terapéutica, de la sintomatología agregada a la tuberculosis pulmonar (trastornos dispépticos, cardiovasculares, renales, psíquicos, etc.), ni tampoco extenderemos nuestras observaciones fisiológicas en forma excesiva en aquellas materias, que, por lo elemental, deben ser atributo de los conocimientos del médico práctico.

#### CLIMAS

El reposo en un clima adecuado, no envuelve una exclusividad para determinadas formas de la tuberculosis, y en lo posible, ojalá, todas ellas gozaran de tales beneficios; eso sí, que la selección del clima, debe ser atinadamente resuelta. Como muy bien lo dice el profesor Sergent, todos los tratamientos de la tuberculosis, darán mejores resultados en un ambiente sanatorial, y practicando la cura de reposo, que entregado el enfermo a una terapéutica ambulatoria.

Clima maritimo: por lo general, está contraindicado en todas las formas de la tuberculosis pulmonar, quedando reducidas sus indicaciones a las tuberculosis de orden quirúrgico. Sin embargo, ciertas formas fibrosas, que no se acompañen de fenómenos catarrales y que en cambio, presenten hipertensión y tendencia acentuada a la hemoptisis, podrán beneficiarse con climas marítimos, especialmente con los templados del norte del país.

Clima de altura: indicado especialmente, en las formas recientes, durante el período de prueba que precede al pneumotórax, o en el curso de este mismo tratamiento, cuando pueda realizarse en la altura; en las formas fibrosas o úlcero-fibrosas de evolución tórpida y en los períodos de brotes intescalares de las mismas, siempre que éstos no sean de acentuada gravedad; convalecencias de pleuresías bacilares; formas úlcero-caseosas bilaterales, con cavernas frescas, o sin ellas, toda vez que la extensión de las lesiones sean moderadas a ambos lados, y que el enfermo acuse tendencias defensivas manifestadas por la lentitud del progreso de las lesiones, temperaturas moderadas y estado general conservado. Contraindican el clima de altura, las siguientes circunstancias: evolutividad muy acentuada de las lesiones; estados caquécticos; descompensación cardiaca, consecutiva a alteraciones cardio-vasculares o al estado pulmonar; hiper o hipotensiones cardio\_vasculares o al estado pulmonar mismo; hiper o hipotensiones acentuadas; desequilibrio neuro-vegetativo, especialmente, cuan\_ do éste se traduce en tendencias paroxísticas a la taquicardia, eretismo cardiaco, estados angustiosos, etc.; localizaciones bacilares en otros órganos, especialmente las intestinales: tendencias acentuadas a las grandes o repetidas hemoptisis.

Clima de llanura: indicado especialmente en las formas de tuberculosis comprendidas en las contraindicaciones anteriores. Por lo general, el clima de llanura, siempre que reuna las condiciones de falta de humedad, de nieblas aposentadas durante largas horas del día en los terrenos llanos, está indicado para todas las formas de la tuberculosis pulmonar, sin excepción.

#### FARMACOTERAPIA

La enunciación de este título, podrá hacer creer que el capítulo correspondiente adquirirá una considerable extensión; sin embargo, la verdadera farmacoterapia específica de la tuberculosis, considerada con criterio severo y honrado, es bien limitada.

Arsenicales, creosota y sus derivados: los riesgos que esta medicación ofrece por sus acciones congestivas, hipertermizantes, irritativas de la mucosa gástrica, y demás, conocidas ya de los médicos prácticos, hacen preferir su exclusión de la terapéutica corriente de la tuberculosis, antes que perseguir los escasos beneficios que con ella se pudieran alcanzar.

Preparados cálcicos: aunque la recalcificación es discutida por la mayor parte de los autores, y, aceptando como un hecho cierto que una calcioterapia prolongada e interminable, va a producir a la larga una decalcificación por estímulo de la eliminación cálcica urinaria, no podemos desconocer, que, en ciertos casos, parece obtenerse un beneficio general y lesional con algunos preparados de calcio. Según trabajos últimos no son las grandes concentraciones las que deben usarse, sino que fórmulas diluídas en porcentajes no superiores al 10%, y, especialmente, de la vieja preparación de cloruro de calcio. Esta sal, reune condiciones útiles para el tuberculoso: es ligeramende tónico-cardíaca, moviliza los edemas, parece actuar sobre las albuminurias bajas que son frecuentes en algunos enfermos; equilibra los trastornos vago-simpáticos, con preferencia, los de la esfera anafiláctica, y se le puede suponer una cierta acción recalcificante. En determinados casos, en los que se presente idiosincracia para este preparado, o que las venas no permitan recurrir a la vía de inyección exigida, podrá hacerse uso del gluconato de calcio administrado en invecciones intramusculares. No debemos olvidar, las manifestaciones de intolerancia cálcica, que se traducen por pruritos y tos seca y pertinaz en aquellos enfermos sometidos durante largo tiempo a esta medicación.

Morruatos: accite de bacalao y preparados similares: no podemos desconocer la acción útil de los morruatos, especialmente los de etilo, sobre el estado general, cardio\_vascular, y fenómenos catarrales que acompañan a la tuberculosis; con los morruatos de cobre, hemos podido ver en algunas ocasiones, reacciones focales traducidas por hemoptisis o ascensos térmicos consecutivos a las invecciones. El aceite de bacalao, administrado durante los meses frescos, y en los enfermos que lo toleran por sus vías digestivas, conserva su antigua y útil indicación. No olvidemos que el estado hepático, no es normal en muchos tuberculosos, y, que el bacalao, aumentará, en veces, sus molestias. Los preparados vitamínicos extraidos del bacalao v de otros productos similares (vigantol, radsterine, ostelin, nutramina, etc.) encontrarán adecuada administración en los casos intolerantes al clásico aceite de bacalao.

Sales de oro; somos de los convencidos de que éstas preparaciones farmacéuticas administradas con criterio estricto, y bajo permanente control médico, pueden dar reales resultados en las tuberculosis. Queremos incluir en este trabajo, las conclusiones, que, en materia de autorerapia, insertamos en nuestros Ensayos de Tisiología, publicados en el año 1932.

- a). Las sales de oro, tienen una utilidad indiscutible en el tratamiento de los síntomas generales de las formas exudativas graves, de comienzo reciente; en los brotes evolutivos rebeldes; infiltraciones no muy extensas en el pulmón contrario al colapso; infiltraciones no muy extensas pero bilaterales.
- b). No hemos encontrado en nuestros pacientês tolerancia por las dosis altas, que son consideradas como capaces de producir mejorías lesionales, y sólo hemos logrado influenciar las imágenes radiológicas, notablemente, en excepcionales casos.
- c). Creemos que el efecto de las sales de oro es transitorio, por lo general, y que deben combinarse los tratamientos áuricos, con la cura de reposo, dieteto-higiénica, o la colapsoterapia, para obtener resultados estables. El tratamiento áurico ambulatorio no nos parece eficaz.
- d). Seguimos manteniendo las contraindicaciones que en 1930 habíamos enunciado, aunque creemos que la gluco-terapia y la opoterapia hepática, asociadas a las sales de

oro, pueden ensanchar el marco de sus aplicaciones. Estas contraindicaciones son: enteritis, nefritis, insuficiencias hepáticas, formas agudas y terminales.

e). En cuanto a dosis, creemos que la prudencia aconseja mantenerse dentro de las moderadas, iniciando la cura con 0,025 grs., y no sobrepasando la de 0,30. La dosis total, podrá alcanzar desde 3 a 6 gramos, según la tolerancia individual. Sólo en casos excepcionales, y cuando la observación atenta demuestra una tolerancia absoluta, podrán sobrepasarse tales dosis parciales o totales.

#### BIOTERAPIA

El antígeno metilico y la tuberculina mantienen especialmente sus indicaciones en las formas quirúrgicas de la tuberculosis, donde a veces darán éxitos inesperados. En las localizaciones pulmonares, su aplicación deberá ser severamente discutida y controlada por el médico, para no exponerse a las graves reactivaciones focales, que, en veces, pueden ser el punto de partida de brotes evolutivos graves, de hemoptisis considera-

bles o del despertar de lesiones ya casi extinguidas. Sus indicaciones son restringidas en tuberculosis pulmonar: fibrósis tórpidas, con deficiencia del estado general, toxemia moderada; pero sin manifestaciones congestivas ni temperaturas sobre la normal; la hipertermia y las hemoptisis, como asimismo las manifestaciones clínicas exudativas, contraindican en absoluto la bioterania.

Dentro de las indicaciones exclusivas enunciadas, la antigenoterapia, en la tuberculosis pulmonar, deberá hacerse recurriendo primero a las preparaciones diluidas (1|5 o 1|10) y continuando después con el preparado puro; las inyecciones se harán subcutáneas cada tres días, observando siempre las reacciones del paciente. Para la terapia con tuberculina, preferimos el método intradérmico del Profesor Sahli, que permite vigilar la reacción en el punto mismo de la inyección, sin exponer al enfermo a peligrosas respuestas focales y generales.

De todas maneras, debemos insistir en que estas terapéuticas biológicas, envuelven sus peligros, y exigen una cuidadosa experiencia por parte de quienes las apliquen.

#### Los dolores dorso-lumbares. — Su relación con la lues

Del Dr. CARLOS MALDONADO BOGGIANO, Médico director provincial de la Caja de Seguro Obligatorio de Chiloé

Entre los enfermos que acuden a los consultorios del Seguro Obligatorio, hay un porcentaje crecido de asegurados que se presentan quejándose de dolores en la región dorso-lumbar, dolores persistentes que los imposibilitan para sus ocupaciones y que al examen clínico, el más minucioso, muchas veces no dan otra sintomatología de manera que se les clasifica entre las dorsalgias, reumatismos musculares, mialgias, etc.

Habiéndonos llamado la atención el que se presentara un número tan grande de enfermos por esta causa, nos propusimos practicar exámenes detenidos de ellos para poder hacer diagnósticos precisos y esclarecer muchos casos que nos parecían simulación y sólo un motivo de obtener un descanso y subsidio; pero muchas veces observamos obreros correctísimos v honrados que percibian jornales altos y que estaban 3 y 4 semanas sin trabajo, recibiendo una cantidad reducida de subsidios en proporción a los jornales que percibían con su trabajo diario y en los que sus dolores no mejoraban con los tratamientos habituales; estos casos no podrían ser de simulación. Otras veces se trataba de enfermos que sólo con tocarlos en un punto determinado se quejaban enormemente, casos de franca simula\_ ción; y otros, la mayoría, en que quedábamos en la duda y que además no podíamos localizar en algún cuadro clínico definido.

Estudiando los antecedentes de estos en-

fermos, en muchos casos encontramos que habían tenido manifestaciones sifilíticas y en muchos otros, se trataba de enfermos que habíamos atendido de sífilis primaria o secundaria, y que habían abandonado su tratamiento o no lo siguieron en la forma que se les había indicado.

Estos hechos nos indujeron a investigar en todos los casos que se presentaban con este sindroma, la lues; entre los antecedentes muchas veces hemos encontrado chancros, tratamientos incompletos, etc.; en otros casos había desconocimiento de lesiones sifiliticas anteriores, lesiones desaparecidas, etc.; en todos estos casos practicamos la Reacción Wassermann y en una proporción considerable, casi un 80 por ciento, esta reacción fué positiva, estando en relación la intensidad de la reacción con la intensidad de los dolores.

Este hecho nos demuestra la gran importancia que tiene la sifilis en estos enfermos y la necesidad de la investigación cuidadosa en ellos; los que muchas veces se toman a la ligera y se les cataloga en las más diversas enfermedades; el dolor en la región dorso-lumbar es casi siempre una manifestación de otra enfermedad, y es indispensable agotar los medios de investigación para llegar al diagnóstico exacto y preciso.

En algunos casos encontramos lesiones renales, pleurales, pulmonares, reumáticas, como el lumbago y la ciática; vertebrales, como espondilitis, medulares, radiculares, etc.; pero en aquellos que no dan sintoma alguno de otros órganos, deberemos pensar en la lues, enfermedad que da manifestaciones diversas como lo confirman algunos autores: así dice Collet: "Desde su principio, la sifilis se hace sentir sobre todo el organismo como lo atestiguan la cefalea y los dolores óseos o articulares de apariencia reumática".

Por otra parte, Martinet dice, al tratar de los dolores lumbares o raquialgias, "que los ha encontrado en casos de sífilis al principio del período secundario, acompañados de temperatura y reacción meningea". Lo que nos revela que en la sífilis se producen manifestaciones dolorosas y que por lo tanto no es raro que se produzcan estos dolores dorso-lumbares.

Entre las numerosas observaciones de enfermos en quienes no se habían investigado antecedentes de sífilis y que se han encontrado posteriormente, indicaré las siguientes que son toda una demostración:

.- H. G., 38 años, ficha N.o 1,310.

Ingresa Agosto 25 930. Diag.: Reumatismo muscular. — Vuelve en julio 6 932, Mialgia dorsal. Se investigan antecedentes luéticos y se encuentra chancro duro hace 16 años. Se solicita reacción Wassermann, la que resulta negativa. Se le instituye tratamiento específico, el que no sigue con regularidad. — Dic. 6 933. Vuelve nuevamente y se diagnostica: tabes dorsal.

II .- F. S., 34 años, ficha N.o 1,363.

Febrero 30'930: Mialgia dorsal. —Marzo 13'1933. Igual.—Nov. 3'933, se investigan antecedentes luéticos y se encuentra chancro duro hace 13 años, que no se ha tratado. — R. Wassermann (—). Se hace el tratamiento específico y mejora.

HI.— L. H., 38 años, ficha N.o 1,437. Enero 15933: reumatismo de la pierna y región doreal. — Junio 16 vuelve nuevamente con dolores que han persistido desde esa fecha. Se pide R. Wassermann, la que es (-l-), positiva.

IV.-J. S., 34 años, ficha N.o 1,530.

Noviembre 17 1930: reumatismo. Marzo 16 931, lumbago. Diciembre 14 931, reumatismo muscular. Febrero 9 1932, igual. Junio 16 933, vuelve con los mismos dolores; se hace la R. Wassermann, que es (+++), positiva.

V.-J. V., 24 años, ficha N.o 1,544.

Noviembre 24 930: reumatismo muscular. Febrero 1932, mialgia dorsal. Abril 20 933, igual. Enero 17 934. Tiene un hijo heredoluético VI.-E. del C. L., 20 años, ficha 1,221.

Abril 27 931: lumbago. Mayo 25 931, reumatismo. Agosto 10 y Septiembre 7 931, igual. Vuelve con los mismos dolores que dice sentir desde hace 3 años. Noviembre 8 933 se investigan antecedentes luéticos, los que se encuentran, se hace tratamiento específico intenso. Diciembre 15 933, mucho mejor.

VII. -G. S., 24 años, ficha N.o 1,200.

Marzo 24 931, lumbago. Diciembre 18 931, igual. Marzo 15 932, reumatismo. Octubre 5, mialgia dorsal. Noviembre 8, igual. Mayo 2 933, sigue con los mismos dolores. R. Wassermann (+++), positiva intensa.

VIII. - M. S., 49 años, ficha N.o 1,024.

Mayo 19 930, lumbago. Octubre 3 931, igual. Enero 7 932, dorsalgia. Julio 15 932, mialgia dorsal. Diciembre 28, igual. Julio 24 933 R. Wasrermann (+++), positiva intensa.

IX.-B. D., 27 años, ficha N.o 890.

Febrero 19/930: mialgia Agosto 7/931, igual. Julio 18/933, lues. Tuvo chancro duro en 1922, el que se trató con curaciones y lavados.

X.-C. B., 35 años, ficha N.o 16.

Julio 2 929, lumbago. Agosto 13 930, dolores musculares región dorsal. Febrero 14 931, igual. Noviembre 10 932, igual. Mayo 16 933, igual. R. Wassermann (-|-), positiva. Chancro duro hace 14 años.

XI.-P. G., 54 años, ficha N.o 180.

Abril 10 930, reumatismo muscular. Octubre 17 930, dorsalgia. Mayo 19 931, igual.

Noviembre 25, igual. Abril 10 933, R. Wasserman (+++), positiva.

XII .- J. R., 32 años, ficha N.o 250.

Agosto 5 929, renmatismo muscular. Mayo 30 933, R. Wassermann (--), positiva.

XIII. - V. M., 30 años, ficha N.o 379.

Septiembre 7 929, lumbago. Julio 7 931, mialgia. Noviembre 23, igual. Febrero 6 932, igual. Abril 26 932, igual. Agosto 5 932, dorsalgia.

Julio 6 933, R. Wassermann (-|-), positiva, en 1921, chancro duro.

Tomadas al azar en el fichero clínico del Consultorio, trascribo a continuación el resumen de 9 observaciones de enfermos, que se han atendido por manifestaciones sifilíticas y que habiendo seguido ún tratamiento irregular, han vuelto a consultar por manifestaciones dolorosas de la región dorso-lumbar.

I.-B. B., 24 años, ficha N.o 839.

Chancro duro en 1930. Tratamiento incompleto. Junio 16/930, placas mucosas. Tratamiento incompleto. Noviembre 4/932, reumatismo muscular. Mayo 8/933, R. Wasserman (+++), positiva intensa.

II.—B. A., 39 años, ficha N.o 720.

Junio 2 933, lues, no se ha hecho tratamiento. Chancro duro en 1930. R. Wasserman (+++) positiva. Julio 16 933, dolores radiculares y musculares de la región dorsal.

III.-G. N., 25 años, ficha N.o 825.

Julio 15|930, lues, tratamiento incompleto. Vuelve hasta Octubre 13|932, mialgia. Octubre 19, igual. IV .- P. V., 28 años, ficha N.o 897.

V .- F. N., 34 años, ficha N.o 929.

Marzo 10 930, chancro luético. Tratamiento irregular, sólo una serie de Neo. Diciembre 10 931, mialgia. Nueva serie de Neo. Febrero 2 933, mialgia dorsal.

VI.-E. B., 20 años, ficha N.o 455.

1930, chancro duro tratado irregularmente. 1933, Diciembre 6, Mialgia dorsal.

VII.-J. del C. G., 35 años, ficha N.o 496.

Septiembre 16 930, chancro duro, se colosó una serie de Neo.

Octubre 3 932, otra serie de Neo. Enero 28 933, mialgia dorsal. Mayo 31, R. Wassermann (+++) positiva.

VIII .- J. B. A., 21 años, ficha N.o 606.

Noviembre 6 929, chancro duro. Tratamiento incompleto. Noviembre 14 931, dorsalgia.

IX. -L. S., 36 años, ficha N.o 662.

Febrero 24/930, lues. Neo Salv., una serie. Diciembre 1.0/930, igual. Neo Salv., una

serie. Bismuto Hg. Marzo 21 931, mialgia. Enero 23 932, lumbago.

Todos estos enfermos en los que los tratamientos corrientes y los más variados y enérgicos salicílicos, sedantes, ante neurálgicos, etc., han fracasado; sometidos a estricto e intenso tratamiento anti-sifilítico, han mejorado rápidamente.

He querido exponer este tema que me ha parecido de gran interés, porque estoy seguro que en todos los Consultorios del país, el porcentaje de enfermos con el síndroma lumbo-dorsal, debe ser tan crecido como el de los que se presentan en este puerto; el desconocimiento de la etiología de él es causa de daños enormes no sólo para el enfermo sino que también para su familia, y el hogar; el conocimiento de ella puede salvar no sólo al enfermo, sino que también a su familia, y puede evitar consecuencias irreparables para ellos al poder establecer un tratamiento oportuno y eficaz; las observaciones N.o 1 del enfermo que llegó a una Tabes Dorsal, teniendo en Julio de 1932 una R. Wassermann, negativa y habiéndose presentado en agosto de 1930 con reumatismo muscular y la observación N.o V, que corresponde a un enfermo que se presenta con dolores musculares en el que en su familia se encuentra un hijo heredo luético. al que por casualidad la madre lleva a la Oficina del Niño, son una demostración elocuente de la necesidad de agotar la investigación en todos los enfermos, aún los que se crea que son de más fácil diagnóstico.

Secretina e hiperglicemia

(PRESENTADO A LA PRIMERA REUNION CLINICA)

Dr. RAMON GONZALEZ Jefe de Equipo del Consultorio San Francisco.

Publicamos este trabajo sólo como una comunicación preliminar sobre un tema nuevo que aún no está dilucidado.

El fenómeno de las sinergias glandulares conocido hace un cuarto de siglo, ha evidenciado un nuevo aspecto en la fisiología de las glándulas de secreción interna y en las relaciones mórbidas de las mismas glándulas. Por todos es conocida la relación hipofisis.ovario, tiroides—ovario y tejido cromoafine y páncreas; la relación de esta última glándula con el duodeno es el motivo de la presentación del caso clínico que expondré. Con el descubrimiento de la insulina ingresó al arsenal terapéutico un medicamento de gran valor para el tratamiento de la diabetes, afección hasta entonces difícil de tratar. Andando en tiempo y multiplicándose los casos sometidos a la terapéutica insulínica, se vió que había casos llamados "insulino resistentes". A éstos la insulina no lograba variar su glicemia; por lo tanto la afección llamada diabetes no sólo obedecía a la falta de insulina, sino que había otro mecanismo desconocido que regulaba el fenómeno hiperglicémico.

Posteriormente la terapéutica pudo enriquicerse con dos nuevas adquisiciones: la vitamina "B" y la padutina, Ultimamente los investigadores belgas han dado a conocer al poder hipoglicemiante de la secretina duodenal. La Barre y J. Ledrut obtuvieron por medio de la hidrolisis de la secretina una substancia hipoglicemiante que actuaba tanto en los perros normales como en los despancreotomizados. Estos animales eran sometidos a la acción de dicha substancia previo régimen conocido de proteidos glucidos y lípidos; el tratamiento se hizo por vía digestiva o por vía endovenosa. Posteriormente pudieron estos mismos investigadores aislar de la secretina dos substancias: una que tenía acción hipoglicemiante y que llamaron "incretina" y la otra que tenía acción sobre la secreción externa del páncreas y que llamaron "excretina".

El enfermo a que me voy a referir es un asegurado que fué a consultarme al Policlínico San Francisco por molestias generales, astenia, baja de peso, etc. Se le recomienda ir a nuestro servicio de medicina del Hospital San Juan de Dios, y en colaboración con el señor Ruiz iniciamos el tratamiento del enfermo con secretina total en comprimidos de 0,20, preparados por el Instituto Sanitas.

La historia clínica es la siguiente: H. C., 39 años, casado, de profesión comisionista; relata entre sus antecedentes qu: el padre falleció de un cáncer y su madre de una afección febril d: la cual no precisa más detalles.

Es casado y su mujer padece de una tuberculosis pulmonar. Ha tenido dos hijos que son muy débiles y padecen de una afección pulmonar. Los antecedentes venéreos son precisos y dice haber tenido una gonorrea qui se ha repetido en varias ocasiones sin complicación. Chancro de carácter blando con varias reacciones de Wasserman negativas. Tifoidea a los veinteaños. Relata haber tenido tifus exantemático. En 1931 es sometido a una operación de apendicitis y como la herida demorara en cicatrizar le es descubierta una diabetes que él trató en malas condiciones y de la que no sanó.

Consulta por que nota astenia, enflaquecimiento, falta de fuerza e interés para el trabajo, dambio de carácter, abundante cantidad de orina que llegaba hasta dos litros diarios, muy bebedor de agua, sufre de hambre y necesita comer mucho. Amaurosis. Cuenta que en un año ha bajado ocho kilos de peso.

Paciente aparentemente sano, pupilas con buenas reacciones e iguales. Organos torácicos no se aprecia nada de anormal. Abdómen y órganos abdominales no se observa nada patológico. Reflejos tendinosos conservados. Presión 12.6 Vaquez, peso 80 kilos, pulso 60 regular, temperatura 37°.

Los exámento de laboratorio dan el siguiente resultado: glicemia, 1,50 gramos por mil. Examen de la orina: Reacción ácida, densidad 1,026, urobilina normal, albúmina no hay, glucosa 5,50. Cristales de oxalato de calcio en regular cantidad. Rayos X: radioscopía pulmonar negativa, notable aumento del diámetro aórtico (aortitis).

Es sometido el enfermo a un régimen de 150 gramos de hidrato de carbonó y de los demás alimentos comía el enfermo lo que quería. Prácticamente el enfermo no estaba sometido a un régimen especial. Su trabajo diario y sus quehaceres los seguia efectuando igual que antes de iniciar el tratamiento. Se da a tomar ocho comprimidos diarios de secretina total. Después de cinco dias de tratamiento vuelve el enfermo a visitarnos y se le pide un examen del azúcar sanguíneo que da un resultado de 0,75 por mil, en la orina hay sólo indicios de glucosa, el peso es de 80 kg., los sintomas de sed y hambue han pasado. Como

el enfermo se quejara de molestias visuales, es enviado al oftalmólogo del servicio de asegurados, quien envía el siguiente informe: fondo de ojo normal.

Un examen de orina hecho ocho días después de terminar su tratamiento, en el Seguro, da el siguiente resultado: glucosa no hay, acetona y ácido diacético no hay, cloruros ocho por mil, urea dode por mil. Diecisiete días después de este examen de orina, es decir 25 días después de haber terminado su tratamiento, una nueva investigación de glucosa en la orina, da el siguiente resultado: glucosa 16 por mil. Han vuelto los antiguos síntomas de polidipsia y polifagia debido a un estado gripal.

#### COMENTARIO

Como puede apreciarse por este caso clínico, las experiencias de De la Barre han sido confirmadas. Debemos agregar que no sabemos todavía cuánto tiempo debe seguirse usando la secretina para dar una mejoría completa y perpetua al enfermo, pues éste es el primer caso observado y controlado después de un mes de terminar su tratamiento.

Nos llama la atención que el enfermo no

ha estado sometido a una dieta determinada, sino que ha comido de todo y ha podido desempeñar su vida activa. También hemos observado que la secretina es de mucho más actividad en los casos en que no han sido tratados con insulina o en aquellos casos en que ha pasado mucho tiempo sin colocarse insulina. A este respecto vov a citar una observación: se trata de una señora de 52 años, diabética desde hace un año, había estado sometida durante tres meses a un régimen de 150 gramos de hidrato sin conseguir bajar la glice-mia. No se había colocado insulina. Los exámenes efectuados antes del tratamiento con secretina da nel siguiente resultado: glicemia 2,10 gramos por mil, glicosuria, 36 gramos por mil. Hay acetona y ácido diacético. Después de cinco días de tratamiento con ocho comprimidos diarios de secretina total, de 0.20 centigramos, los exámenes dan los siguientes resultados: glicemia 1,25 gramos por mil, glicosuria, 1,69 gramos por mil; ha desaparecido de la orina la acetona y el ácido diacético. Buen estado general.

Esperamos que en una próxima publicación daremos a conocer nuevas experiencias sobre esta interesante terapéutica de la diabetes.

#### Pseudo-tuberculosis pulmonar

DR. JORGE GUNDELACH

Consultorio U. Americana

Enfermo Miguel K., de 37 años de edad.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y
PERSONALES, sin importancia.

ENFERMEDAD ACTUAL: Se inicia en diciembre de 1931, con escalofrios, temperatura elevada (39.º), con tos, seca al principio, con expectoración después. A esta sintomatología se agrega después adinamia y transpiraciones nocturnas.

Esto, agregado a la comprobación de ciertos signos estetacústicos broncopulmonares a derecha, lleva a los médicos que lo examinan en el pueblo del Sur donde vive, a sentar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar derecha.

Se le radiografía y según dice el enfermo, en el cliché obtenido se observaba una mancha a nivel de la región hiliar derecha. Ante esta lesión unilateral y a pesar de no haberse comprobado la presencia de B. de Koch en el desgarro se instituye un tratamiento por neumotórax artificial.

Se le practica, siempre en ese mismo pueblo del Sur, 4 o 5 insuflaciones sin el resultado que se esperaba y se le aconseja cura de clima del Norte.

Se traslada a Valparaíso y como en esta persistiera su misma sintomatología a la cual se agrega una intensa disnea aún en reposo, se toma en marzo del 32, una nueva radiografía.

Y con esta radiografía se presenta, en el mes de abril, a mi consulta. El resultado del examen es el siguiente:

Enfermo enflaquecido, disneico, con 39º de temp. y un pulso de 90 por minuto.

Examen pulmonar: Respiración soplante en la región hiliar derecha. Algunos ruidos bronquiales diseminados en el hemitórax de ese mismo lado.

Agrega además el enfermo que el dia anterior ha tenido expectoración sanguinolenta Ante estos datos, planteo mentalmente el diagnóstico de tuberculosis pulmonar derecha y pido la radiografía a que ya hemos hecho referencia. Al examinarla, me sorprende la existencia en la región hiliar derecha de una sombra homogénea de contornos netos; esta comprobación demuestra nuevas posibilidades diagnósticas, pues estas sombras no aparecen nunca en la tuberculosis de la región hiliar, siendo más difusas y de bordes "flous".

Tampoco podía tratarse de un quiste hidatídico por su localización.

En cambio, los caracteres de esa imagen encuadraban con los descritos en los neoplasmas: sitio de elección de linfosarcomas y de carcinomas bronquiales; forma, homogeneidad y contornos de la sombra. La evolución radiológica, su crecimiento en masa, confirmaría ese diagnóstico; su crecimiento por brotes separados indicaría una tuberculosis.

Mientras tanto el enfermo está en inmejorables condiciones higiénico - dietéticas. Su mejoria es nula, antes por el contrario, su sintomatología se acentúa. Una nueva radiografía tomada por mí en abril indica, en comparación con la tomada en Valparaíso, un aumento considerable de la sombra hiliar, tomando en forma rápida el parenquima pulmonar; además se nota reacción pleural localizada en el senocostodiafragmático con ausencia de derrame.

En junio del mismo año se obtiene una nueva radiografía: el proceso aumenta y hay además, tracción del mediastino.

Subjetivamente el enfermo no nota mejoría.

Paralelamente a estos exámenes radiológicos se hacen los siguientes:

Hemograma de Schilling.

Hemoglobina - 88%.

Glóbulos rojos - 4.300.000

Indice - 1.0.

Glóbulos blancos — 14.600.

Mielocitos — 0.

Formas juveniles - 0.

Formas con núcleo de bas

tón 75 o o

Basófilos - 0.

Eosinófilos - 2%.

Monocitos - 7%.

Linfocitos - 8%.

Glóbulos rojos normales.

Valparaiso, 3-III-33.

Dr. Roessle.

Examen de expectoración: negativo.

Dr. Mujica.

Nuevo examen hematológico.

Eritrocitos - 4.230.000.

Leucocitos - 27.500.

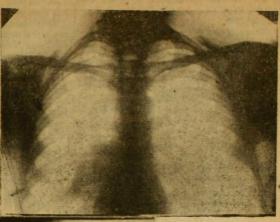
Hemoglobina - 68,

Valor hemoglobínico — 70.5%

Valor globular — 0.84%.

Fórmula leucocitaria:

Basófilos — 0,0%



Eosinófilos — 0,5%.

Anisocromia.

Santiago.

Dr. Rex.

Examen de deposiciones, no se encuentra amibas, quistes ni huevos de parásitos.

Hay abundantes restos vegctales.

27—X—33.

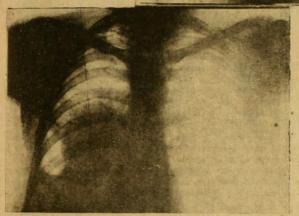
Dr. Mujica (Hosp. San Borja,

En agosto del 32, el enfermo tiene una vómica de mal olor no muy abundante y que se interpreta como el reblandecimiento pulmonar.

Se le hace 10 aplicaciones radioterápicas por el doctor Leonardo Guzmán y la lesión lejos de mejorar, se agrava: la imagen radiológica muestra la invasión total del hemitórax derecho.

En noviembre se punciona (Dr. Kuschel, Clínica Alemana), en varios sentidos el tumor, y sale sólo sangre, de cuyos coagulos se practica cortes y los exámenes histológicos revelan un linfosarcoma.

Dr. S. del Río.



Mielocitos — 0,0%.

Formas juveniles — 0,0%.

Neutrófilos bacilif. — 6,5%.

Neutrófilos segmentados — 82,0%.

Linfocitos - 7,5%.

Monocitos — 3,5%.

Anisocitosis. Plaquetas

El enfermo enflaquece día a día hasta que llega a la caquexia y fallece en marzo de 1933.

Resumiendo: se trata de un enfermo relativamente joven, que presenta un linfosarcoma pulmonar, linfosarcoma que se presenta bajo el cuadro típico de una tuberculosis pulmonar: temperatura, expectoración sanguinolenta, enflaquecimiento, transpiracion: se nocturnas, etc.

La imagen radiológica es característica,

y pocas veces es dado seguir la evolución tan completa como se hizo en este caso.

El tratamiento se hizo a base de radioterapia profunda, que no dió ningún resultado, seguramente por estar avanzada la lesión. Persistiría siempre el críterio que el tratamiento de los tumores debe ser lo más precoz posible para que dé resultado; de lo contrario el médico pasará a ser un simple espectador de un caso que inexorablemente irá a la muerte.

Cáncer de la amigdala. Metastasis en los gang

en los ganglios del cuello y traqueo-

bronquiales

## (PRESENTADO A LA PRIMERA REUNION CLINICA) Dt. PEDRO GARCIA PALAZUELOS

Division Children Philadeleco

(Consultorio: U. Americana)

Se trata de un operario de 40 años, que viene a consultar al Policlínico Unión Americana, a fin s de Noviembre de 1933, porque desde hace 15 días le ha apprecido una tumefacción en la fegión retromaxilar derecha que ha ido creciendo rápidamente. Al mismo tiempo ha notado una ligera disfagia, y enflaquecimiento.

Interrogado sobre su pasado, niega todo antecedente específico, sólo recuerda una neumopatía aguda de dos semanas de duración, en 1930 y que desde esa fecha tiene con frecuencia bronquitis.

Examen físico: individuo regularmente constituido, pálido y enflaquecido.

Facies tranquila. Estado psíquico normal.

Pulso: 78. Temp.: 36 12. Peso: 60 kilos. (Su peso normal era de 65 kilos).

Cranco: Normal.

Cara: Conjuntivas pálidas, pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación.

Boca: Dentadura incompleta y en mal estado. Lengua saburral, húmeda.

Amigdalas y faringe: La antigda't, derecha se ve aumentada de volumen, más o menos un tercio, en su superficie presenta una ulceración de bordes irregulares y de fondo algo sucio. Al tacto está dura y fija, sensible. El tumor se prolonga por su parte lateral inferior hacia la base de la lengua y epiglotis.

Por fuera se ve una tumefacción que corresponde a un infarto ganglionar retro-maxilar derecho. Al acto es duro movible indoloro.

Tórax: Ligero desarrollo de circulación venosa colateral en la parte anterior y superior.

Sibilancias en ambos campos y muy ligera disminución del murmullo visícular en la base izquierda.

Corazón: Tonos normales, ritmo regular Tensión arterial 106.

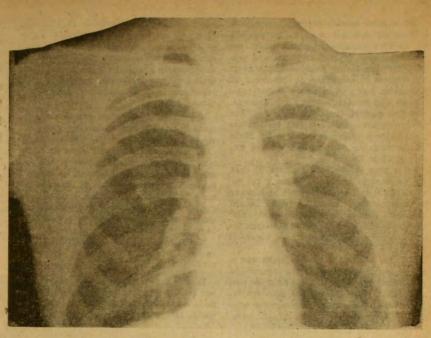
Abdomen y extremidades: No presentaban particularidades.

Nos encontrábamos en pr sencia de un enfermo con una lesión tumbral ulcerada de la amigdala, de sintomatología subjetiva escasa y cuyos sintomas objetivos no nos permitian clínicamente afirmar su verdadera naturaleza.

Cabía discutir la posibilidad de una neoplasia maligna, una lues, ya fuera en su periodo primario o bien una manifestación terciaria y como lesión más rara una Tbc.

Nuestro diagnóstico se inclinó desde un

BOLETIN MEDICO 1



comienzo por la Ca. Abonaban a nuestro favor la rapidez de la evolución, la precoz y fuerte repercusión sobre el estado general y el gran compromiso ganglionar.

La comprobación de esto de bía salir de una biopsia que fué enviada al doctor Mena.

En contra de una lues primaria estaba la falta absoluta de antecedentes y la negatividad del ultra microscopio. También descartaba una lues terciaria por no haber antecedentes y la n gatividad de las reacciones serológicas.

Quisimos investigar por el lado de la Tbc, y al efecto pedimos exámenes baciloscópicos, que en número de tres, fueron negativos. La radiografía del pulmón fué para nosotros una sorpresa, pero que a la vez confirmaba nuestras sospechas, pues aparecieron sombras en ambos hilios, que indujeron al Dr. Arutinofí a concluir que se trataba de un probable Ca, bronquial.

En vista de la conclusión del radiólogo, pedimos al Dr. Alcaíno nos hiciera una broncoscopia y su informe fué el siguiente: El tumor amigdaliano se prolonga por un cordón gloso epiglótico hasta el infundibulo y surco lateral del epiglotis. Los bronquios y ramificaciones sub-bronquiales hasta 33 cm. de la arcadadentaria, aparecen normales. Ligero aplastamiento del bronquio izqui rdo, en su pared interna.

El examen de orina, fué siempre normal.

La radioscopia de estómago, no demostró lesión de importancia.

El jugo gástrico, dió una ligera hiperclorhidria.

Un recuento de glóbulos rojos, dió 4 millones 400 mil.

Glóbulos blancos, 9,200.

Valor globular, 0,78.

Fórmula: Basofilos, 0%; eosinofilos, 0%; mielocitos, 0%; neutrofilos, 84%; menocitos, 0% y linfocitos, 16%.

El diagnóstico, se pudo confirmar con el resultado del examen histopatológico de la biopsia enviada al Salvador: Ca. pavimentoso con diferenciación cornea. Epitelioma, espino-celular (Dr. Mena).

Tenia pues, nuestro enfermo, un Ca. de la amigdala con metastasis en los ganglios del cuello y ganglios traqueo.bronquiales.

En presencia de este diagnóstico el pronóstico se hacia muy sombrio, más todavia
por tratarse de una forma de epitelioma espino-celular, que es la forma menos radio
sensible. Sin embargo, como era la única terapeutica posible, que podia ofrecernos una
débil esperanza, tentamos este tratamiento
y enviamos a nuestro enfermo, al Dr. Mella
del Instituto de Radium, quien inició una
cura el 17 de Encro.

Se le hizo aplicaciones durante 20 días, con un total de 11 horas y media y una dosis de 8,500 r. Las aplicaciones se hicieron en cuatro campos: Lateral derecho. Lateral izquierdo. Antero-posterior y postero-anterior del cuello. El 5 de Febrero cesaron las aplicaciones y el enfermo vino a vernos al Policlinico.

Pudimos comprobar en esta fecha que el tumor amigdaliano había desaparecido, el ganglio retro-maxilar, se había reducido enor mente y sólo se observaba una gran congestión de toda la mucosa de las regiones irradiadas, lo que producia una difagia intensa, haciéndole casi imposible la alimentación, y tal vez esto había contribuido en parte a la enorme baja de peso, que se pudo comprobar; era alrededor de 7 kilos, lo que comprometió grandemente el ya deficiente estado general de nuestro paciente que rápidamente fué a la caquexia y falleció poco tiempo después.

Nos mueve a presentar esta observación, tanto la relativa escasez de estos casos, como la enseñanza que de ella podemos sacar.

Es característica de esta clase de tumores la aparición más o menos brusca, sin manifestaciones muy aparentes y su gran tendencia a la propagación de vecindad como a la invasión del sistema linfático y la producción de metastasis a distancia, muchas veces antes que el tumor primitivo se haga muy aparente.

El Ca. de la amigdala es casi siempre primitivo. La forma metastática es sumamente rara. Kaufmann sólo cita dos casos.

Es muchisimo más frecuente en el hombre que en la mujer y entre las neoplasias de la cavidad bucal, corresponde más o menos el 15% al Ca. de la amigdala.

### Quistes hidatídicos uni y multiloculares primitivos del pulmón

Drs. LUCERO y LIRA Consultorio San Francisco (Presentado a la 1.a Reunión Clínica)

En la observación que presentamos se refiera a un caso de quistes hidatídicos multiples del pulmón que tuvimos oportunidad de estudiar en el Conservatorio Unión Americana y que seguimos a la mesa oparatoria y en su evolución posterior.

Se trata de un asegurado de 26 años que consulta en VI.33, porque desde hace 4 meses sufre de dolores más o menos intensos en la región dorsal, especialmente en el hemitórax derecho irradiados hacia la región anterior. Interrogado sobre sus molestás anteriores nos cuenta que en 1931 y si haber tenido una neumopatía aguda, empezo a tener tos con desgarro muco-pu-

rulento en un comienzo, hemoptoico después. Este aspecto hemoptoico fué poco a poco acentuándose hasta llegar en una ocasión, según el enfermo, a expulsar una cantidad apreciable de sangre. Consulta un médico a principios de 1932, quien le receta inyecciones de cloruro de calcio y le pide un ex. radioscópico, examen que el enfermo no se practica porque sus hemoptisis de saparecen. Durante el año 32 sólo se quejó de tos intermitente, con desgarro a veces hemoptoico. Este cuadro se presenta igual hasta algunos meses antes de su primera consulta con nosotros.

De sus antecedentes y enfermedades an-

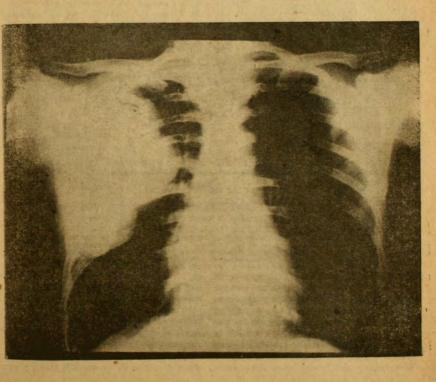
15

teriores dícenos que se trata de un trabajador agrícola que en 1920 sufre de una neumonia derecha. En 1921, estando perfectamente bien, tiene malestar general, cefâleas, fiebre; ocho días después experimenta una sucesión de cosquilleo en la garganta y bruscamente expulsa más o menos 1½ litro de un líquido amarillento y mæmbranas blanquecinas de mal olor. En pocos días sus molestías generales desaparecen y puede reanudar sus labores habi-

Con estos antecedentes procedemos al examen físico, encontrando solamente al nivel del hemitórax derecho, en su región axilar una zona mata limitada hacia adelante por la línea axilar anterior, hacia abajo por el IVº espacio intercostal, ascendiendo en la región dorsal oblicuamente hasta la IV.a vértebra dorsal. A su nivel la

auscultación permite reconocer ausencia del murmullo vescicular y la pulpación ausencia de las vibraciones vocales. Diremos expresamente que los límites del higado aparecían normales. Temperatura normal.

La ha. clínica y el examen físico nos autorizaban para formular la hipótesis de quiste hidatídico del pulmón derecho. Sia embargo, analizando la historia de este enfermo, encontrábamos algunos puntos obscuros que no nos explicamos bien. Así por ej.: en 1921 prisenta una vómica abundante que indudablemente corresponde a la rotura de un quiste; después no presenta ningún síntoma hasta 1931, lo que nos debía hacer pensar que ese quiste roto no dejó una cavidad, o que si ésta quedó no se infectó, ya que durante estos, 10 años no ha tenido tos ni expectoración ni fiebre. Lo



más probable era, entonces, que se tratara de un nuevo quiste cuya sintomatología se anunció en 1931 con tos y desgrarro hemoptoico. En esta forma enviamos al enfermo al Servicio de Rayos encontrando la imagen que reproducimos.

#### RADIOGRAFIA

El Dr. Arutünoff no dice que se trata de una sombra de contarnos policíclicos, en la cual se puede apreciar una serie de masas redondas de bordes nítidos, lo que, según el, correspondería a varios quistes o a un quiste multilocular.

Los demás exámenes de laboratorios confirman el diagnóstico etiológico de quiste hidatídico:

Reac, de Wassermann Positivo ---

Reac. de Cassoni Positivo — — — Gb. rojos . 4.580,000

Gb. blancos 9,400 '
Linfocitos 23%
Monocitos 2
Neutrófilos 74
Eosinófilos 1

Hacemos notar la ausencia decosinofilia. Con todos estos datos y exámenes fué hespitalizado en el Hospital San Juan de Dios, Servicio de Cirugía del Dr. Amestiquien procedió a operarlo el 18-VII/33. Sa haq i la intervención con anestesia local y se encuentra un gran quiste multilocular inmediatamente por debajo de la pleura y cuatro quist's más que rodeaban el anterior. La marcha post-operatoria fué normal. El 21 de Septiembre se le practica una nueva radioscopía del tórax comprebándos donde existia la sombra anterior un ligero velo uniforme que seguramente corresponde a un engrosamiento de la pleuvecina. El 21 de Octubre vuelve a su casa en muy buenas condicion s.

Como comentario general, sólo diremos lo siguiente: este enfermo presentaba una doble variedad de quiste hidatídico primitivo del pulmón, uni y multilocular.

El primero, como todos sabemos, s; debe a desarrollo en el organismo de la larva de la Taenía equinococo. La equinococosis multilocular del pulmón es mucho más rara y es d bida a desarrollo de la larva del equinococus multilocular; esta variedad hay que distinguirla de los quistes uniloculares múltiples; es una variedad excepcional, conociéndose sólo algunos casos, sobre todo de la forma secundaria.—(F. Dévé).

### El servicio social en un Consultorio Bronco-Pulmonar

#### Por LUISA FIERRO CARRERA

Inspectora del Servicio Social de la Caja de Seguro Obligatorio

"Considero los Dispensarios anti-tuberculosos como uno de los medios más efficares sino el más eficaz de todos, que poseemos para combatir la tuberculosls. Creo que cuanque estos Dispensarios cubran todos los países en su apretada red, ejercerán la más benefica aceión en la lucha contra el terrible flatjelo". — ROBERTO KOCH, al recibir el Premio Nobel de Estocolmo, el 12 de Diciembre de 1905.

Si la Visitadora Social necesita siempre bondad de corazón, abnegación e inteligencia para llevar a cabo con éxito sus anhelos de mejoramiento y de bienestar de los que sufren, en pocos campos de su actividad le son más necesarias tales cualidades que cuando colaboran a la acción médica de los Dispensarios anti-tuberculosos, arma esencial de la medicina preventiva. Debe penetrar en el hogar del herido por la temible enfermedad, conocer los medios de vida y hábitos de la familia, oir y apreciar debidamente la dolorosa odisea que, por falta de alimentos, de luz, de aire puno, ha permitido que el contagio destruya el organismo de uno o de varios de los que allí viven, y que

ce extienda amenazando la nueva semilla, la más tierna y más expuesta: los niños. Ella debe reunir inteligentemente esas valiosas informaciones y constituir la Encuesta indispensable, la que le dará el carácter social a la lucha. la que ha dignificado la misión del Dispensario que no sólo aliviará dolores sino que también mostrará la esperanza de salud de los amenazados.

Y, en seguida, deberá volver hacia la familia que sufre y, abnegadamente, en medio de todos, enseñarles las reglas de vida sana, la acción letal de los vicios, y buscar para cada uno el medio que le convenga, cualesquiera que sean las dificultades que se opongan a su labor. Ese es el hermoso y noble papel de la Visitadora Social en el Dispensario anti-tuberculoso: acción en favor de los ya heridos o amenazados, y acción preservadora en favor de la colectividad.

Para comprenderlo bien, basta recordar las características de estos Dispensarios. creado el primero por Calmette en Lille el no 1904, y extendidos actualmente a todos los países civilizados. El Dispensario antituberculoso busca el enfermo e investiga la causa social de su enfermedad, trata de curarlo pero evita también que danc a los que lo rodean, procura suprimir los factores sociales del mal y al mismo tiempo suprimir su radio de contaminación. Resulta así un organismo de asistencia curativa y preventiva, porque concentra en él todos los medios de lucha contra el flajelo. Hace tratamiento médico; pero hace también, muy especialmente, etiología y tratamiento social.

Sus funciones pueden agruparse en estas tres fases bien precisas de su actividad: 1.0 búsqueda del tuberculoso; 2.0 su conocimiento; y 3.0 el tratamiento médico y social.

1.0.— LA BUSQUEDA DEL TUBERCULOSO, tarea difícil del Dispensario, es relativamente sencilla para un Consultorio
bronco-pulmonar de la Caja de Seguro Obligatorio, Los enfermos llegan voluntariamente a él para obtener las ventajas a que les
da derecho la ley por su estado de salud.
Esta parte de la acción del Dispensario se
reduce más bien a buscar entre los demás
miembros de la família los que pudieran estar lesionados para hacerlos aprovechar de

las medidas de profilaxis anti-tuberculosa.

2.0.— EL CONOCIMIENTO DEL EN-FERMO se obtiene en forma completa por el Médico, mediante el examen clínico asociado a diversos métodos de laboratorio; y por la Visitadora Social que procede en el domicilio a una Encuesta sobre la alimentación del asegurado, habitación, costumbres de vida, hábitos higiénicos, trabajo, recursos y a la situación y estado de salud de la familia.

Con todos los datos recogidos se forma: la Ficha médica y la Ficha social del enfermo. Así, toda esta delicada labor de conocimiento, que exige tacto y competencia y que es fundamental para la acción post rior del Dispensario, queda a cargo de dos personas cuya estrecha colaboración es indispensable: el Médico y la Visitadora Social.

3.0.— EL TRATAMIENTO MEDICO Y SOCIAL se deriva de los resultados que han proporcionado el «xamen médico y la Encuesta social.

El Médico decide si el asegurado debe ir a un Hospital, a un Sanatorio, o si queda en su domicilio vigilado y tratado por el Dispensario. Resuelve además la forma en que debe hacerse la protección de la familia: "si reina el contagio, separa a los niños del hogar en que viven y los envía en colocación familiar o a Preventorios al aire libre si están en buena salud; o los dirige a Sanatorios si son tuberculosos. Y así, el Dispensario se hace un verdadero CENTRO DE SELECCION para toda la familia atacada o expuesta". (Dopter y de Lavergne).

El tratamiento social impone a la Visitadora la tarea de procurar el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo del enfermo si ha quedado en su domicilio, asi como de la familia. Le corresponde una acción variada y extensa, cuyos puntos principales pueden reunirse en la forma siguiente:

a). LABOR DE SANEAMIENTO, velando por el aseo de la habitación, obteniendo que se practique la desinfección de los obj tos contaminados mediante procedimientos que ella misma enseñará, así como de los locales después del fallecimiento del enfermo o de su traslado, utilizando el servicio público de desinfección. En los casos de habitaciones insalubres deberá dirigirse al propietario para su mejoramiento, y si no obtiene sa-

tisfacción dará parte al servicio público respectivo. Igualmente, si la insalubridad reconocida se refiere a los talleres, salas de trabajo, etc., o depende de un número excesivo de obreros, lo hará saber a la Ins-

pección del Trabajo.

b). LABOR DE ASISTENCIA, obteniendo para el enfermo y su familia, de parte de
instituciones filantrópicas, lo que le sea necesario: medicamentos, alimentos, vestidos,
lecho, socorros de cesantía, etc. Procurará
conocer las condiciones del trabajo del asegurado y de su familia para indicar a la
Inspección del Trabajo las que contrarien
las disposiciones del Código del Trabajo,
principalmente en lo que se refiere a horas
extraordinarias de trabajo, jornada de más
de 8 horas, trabajo nocturno, reposo semanal, salario, trabajo de mujeres, aprendices
y niños, etc.

c). LABOR DE EDUCACION HIGIENI-CA, por medio de consejos sobre alimentación, ventilación, aseo, manera de vivir, medios para evitar el contagio, etc.

Toda esta labor de la Visitadora Social, difícil y penosa muy a menudo, deberá ser cumplida con conciencia e interés para que el Dispensario bronco-pulmonar sea aqui lo que es en todas partes: un poderoso instrumento de profilaxis para la defensa contra la tuberculosis.

Naturalmente que debe limitarse el radio de acción de cada Dispensario, sin lo cual su funcionamiento tendrá que ser defectuoso. No es posible atender en forma eficiente un número excesivo de enfermos. León Bernard, Profesor de Higiene y Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de París, calcula que un Dispensario puede dificilmente seguir más de 900 familias tuberculizadas, con un personal de 15 Visitadoras, encargándose cada una de ellas de 60 familias.

Entre nosotros podrían estos cálculos servir de base para fijar la circunscripción de un Dispensario bronco pulmonar; pero modificándolos en consideración a las condiciones de instrucción de hábitos, de mentalidad de nuestro pueblo, que exigen mayores esfuerzos para llevar a buen término la obra curativa y profiláctica.

### Reuniones clínicas de los consultorios

#### REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO VALDIVIA

(Celebrada el 30-V-934)

Presidió el Médico Director Dr. Otto Lenck G., y asistieron todos los médicos del servicio. El Director dá lectura al artículo 23 del Reglamento General de Asistencia Médica e invita a todo el personal a colaborar al éxito de estas reuniones reglamentarias, estudiando enfermos de interés para su presentación. Se extiende en consideraciones sobre la necesidad de hacer labor científica en los Consultorios, aprovechando debidamente el considerable material de observación que se tiene a mano en un servicio de tanto movimiento como el nuestro. Agre-

ga que el reciente aumento de personal y la nueva distribución del trabajo hacen posible el debido estudio de los enfermos y que ello redundará en prestigio de la Caja y de los propios médicos.

El Dr. Roberto Murray, da lectura a la historia clinica del asegurado D. A. N.o 29594, de la Caja Local de Valdivia Hoja Clinica N.o 8004.

Se trata de un joven de 20 años que consulta por dolores en el epigastrio y en la base del hemitorax derecho. Sus molestias se iniciaron en Marzo del presente año con BOLETIN MEDICO 19

dolores poco intensos en las regiones indicadas, considerable disminución del apetito y en dos ocasiones vómitos alimenticios que han coincidido con un aumento de sus molestias. Enflaquecimiento. Orinas claras en cantidad normal. Tránsito intestinal normal. Insomnio provocado por los dolores. No ha tenido temperatura. Sudoración nocturna abundante.

Como antecedentes importantes cuenta que hace seis años estuvo dos meses en cama con fit bre y delirio (probable tifus). En Enero de 1933 fué operado de apendicitis. No hay antecedentes venéreos. Padres vivos y sanos. Tres hermanos vivos y sanos, cuatro muertos en la primera infancia. Su trabajo consiste en ordeñar vacas y cuidar cerdos.

El Dr. Murray, explica que el primer examen se orientó hacia una posible afección pulmonar y que sólo se encontró una respiración algo soplante en los vértices. Se pidió una radioscopia con el siguiente resultado: "Diafragma: lado derecho muy alto, con pocas escursiones respiratorias, sin adherencias. Campos pulmonares libres. Corazón de forma y tamaño normal. Sombra muy grande del higado, aumentada, más intensa e irregular. Diagnóstico: Lesión del higado, quiste?— Dr. von Dessayer".

Después de este examen se estudió detenidamente el enformo o se anotó en la hoja clínica lo siguiente: Enfermo pálido, piel seca, panículo adiposo conservado. Ojos: pupilas reaccionan bien a la luz, flojamente a la convergencia. Boca: dentadura en buen estado; lengua húmeda, ligeramente saburral. Cuello: Se ven latidos carotídeos. Aorta se palpa. Torax: Conformación normal, ángulo xifoídeo abierto. Ensanchamiento de las bases. Respiración un poco soplante en los vértices. No se auscultan estertores. Vibraciones normales. Abdómen De paredes delgadas, ligeramente globuloso, depresible. La palpación demuestra un higado grande que afecta una forma especial, de consistencia blanda, de borde irregular. Borde superior en el 4.0 espacio, borde inferior se palpa en línea oblicua, desde el reborde costal, a nivel de la línea medioclavicular, hasta el ombligo. En el hipocondrio izquierdo e inmediatamente en contacto con el hígiado (lóbulo izquierdo) se palpa una masa del tamaño de un puño o poco menos, redondeada, de consistencia firme, que no sigue los movimientos respiratorios. Bazo se percute, no se palpa. Miembros y sistema nervioso normales. En la región inguinal derecha hay una adenitis supurada crónica; no se aprecia lesión venerea.

Después de este examen se pidió una radioscopía gástrica con el siguiente resultado: "Estómago alto Peristaltismo normal. Antro y piloro se ven 'bien. Vaciamiento normal. Por debajo del estómago sombra grande. Toda esa región dolorosa a la presión. Hígado en el mismo estado. —Dr. von Dessauer".

Con estos antecedentes se hizo un diagnóstico probable de Quiste Hidatidico y se discutió el caso con el Médico Director. Estimándose el caso de interés y de diagnóstico dudoso, se resolvió presentarlo a una reurión clínica.

Se completaron las investigaciones con un examen de orina (normal); una Reacción Wassermann (negativa) y un recuento y fórmula leucocitaria con el siguiente resultado: Glóbulos rojos: 4.680,000, glóbulos blancos 12,400. Fórmula: Polinucleares 77%, basófilos 0%, eosinófilos 3%, linfocitos 13%, mononucleres 6%, transición 1%.

Invitados los presentes a examinar al enfermo y dar su opinión, hubo acuerdo para estimar que el estado general del enfermo era muy favorable; se confirmaron los datos del examen físico, encontrándose sólo algo exagerado lo dicho sobre el tamaño del higado. Se insistió en preguntar por la temperatura del enfermo, contestándose que se había tomado en tres ocasiones, más o menos a las 4 de la tarde, encontrándose siempre normal. Se propuso practicar las reacciones de Weinberg y Cassoni, manifestándose que no se habían hecho por dificultades materiales.

Finalmente se acordó aceptar el diagnóstico probable de quiste hidatídico del epiplón e indicar laparotomía. El Dr. Carrasco ofreció intervenir en su servicio y se resolvió asistir a la operación y agrigar el resultado al acta de esta reunión. Sobre el estado del higado se estimó que podría haber otros quistes en dicho órgano.

Al día subsiguiente se intervino con una laparotomía media supra-umbilical y se encontró, formando una masa con el hilio del mesenterio, un tumor algo mayor que un puño, ligeramente lobulado, con algunos puntos flucturntes, diagnósticamente de visu una adenitis tuberculosa de los ganglios del mesenterio. Se trató de enuclear en masa, resultando ello imposible por su relación con el paquete vascular del mesenterio. Se puncionó y del centro del tumor se éxtrajo algunas gotas de pus cremoso, de aspecto tuberculoso, que se dejó para su exámen. Se suturó sin dejar drenaje.

Se comentó que el error diagnóstico se había debido a la impresión del primer examen radiológico, que habló de la posibilidad de quiste, a la profesión del enfermo,

especialmente destinada a desorientar el criterio, al hecho de no habérsele dado mayor
importancia a la adenitis inguinal crónica,
que debe reconocer la misma etiología y a
la falta de exámenes de laboratorio completos. Se resolvió seguir el tratamiento con
aplicaciones de luz ultra y reconstituyentes
generales. La herida operatoria sanó per
prima y el enfermo no ha p

y sentado temperatura febril. Salió del Hospital a los diez
dias para seguir tratándose en el Consultorio.

El Dr. Enrique von Dessauer presentó un caso de un asegurado con una parálisis ocular total, de origen central y con Wasserman positivo. El tratamiento específico no ha dado mayor resultado. Se resolvió seguir el tratamiento y volver a examinar al enfermo en la próxima reunión clínica.

#### 3.a REUNION CLINICA EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES BRONCO-PULMONARES DE SANTIAGO

(Celebrada el 27-VI-34)

Presidió el jefe del Servicio Prof. H. Orrego Puelma y asistieron los señor s doctores Manuel Moreno, Rubén García Valenzuela, Rafael Lorca, Alejandro Reyes, Agustín Arriagada, Honorio Aguirr, Salvador Necochca, Eduardo Krüger y Ana A. de Valenzuela.

Dr. RUBEN GARCIA V. - Presenta el caso de la enferma V. A., d. 26 años de edad, que ingresó al Hospital San José, el 25 de Junio de 1932, acusando como sintomas principales disnea, astenia y lig ra baja de peso. Entre sus antecedentes figura una pleuresia è recha en 1928. Los sintomas antes enunciados hicieron sus aparición en Marzo, y el aumento de ellos obligó a la enferma a acudir al Hospital. La sintomatología clínica hacía p nsar que se trataba de una cardiaca, pero al examen pulmonar se auscultaban estertores de gruesas burbujas en ambos vértices y la radiografía demostró una imagen de diseminación granúlica. La enferma p rmancció en el Hospital hasta comienzos de Septiembre en que fué enviada al Sanatorio Popular de San José de Maipo.

Durant, su estada en el Hospital la afec-

ción no se influenció y las radiografías durante ese tiempo no revelaron variación ninguna. A su ingreso al Sanatorio nos encontramos con una enferma afibril, en buen estado general y en el examen del tórax, estertores de burbujas en ambos vértices. La enferma fué sometida exclusivamente a cura de reposo corriente. Transcurridos 3 m ses la radiografía reveló una limpieza manifiesta del sembrado granúlico; se ha producido un auna nto de 5 kilos; la sedimentación ha descendido de 38 mm. a 18 mm. Hay persistencia de muy escasa espectoración matinal sin bacilos de Koch, los que no se han encontrado nunca en repetidos exámenes. Cuatro meses más tarde, es decir, después de 7 meses de cura sanatorial, la radiografia demuestran un avance notable en la mejoría de la enferma; el peso ha aumentado en 12 kilos; la sedimentación se mantien entre 10 y 15 m. m. La bacilosco pía es siempre negativa. En Mayo sobreviene una congestión pulmonar izquierda de 10 días de duración, la que provoca una pequeña baja de peso y un aumento temporal de la expectoración, la que no tiene bacilos d. Koch. Pasade este accidente, la mejoría

de la enferma sigue su curso normal y una radiografía tomada en Diciembre de 1933. es decir transcurridos 15 meses de cura sanatorial, revela una limpieza casi completa de los pulmones. En Febrero de 1934, una última radiografía informa una desaparición completa del sembrado granúlico. Sin embargo en el vértice izquirdo existe una imagen sospechosa de cavidad, que ha sido más o menos visible en algunas de las anterior s radiografías. La expectoración ha desaparecido; el peso ha aumentado en 17 kilos; la sedimentación se mantiene alrededor de cifras normales y al examen pulmonar se auscultan estertores de timbre seco en ambos vértices. La enferma sale del Sanatorio a comienzos de Abril por medida disciplinaria.

Resumen: Enferma que ingresa al Sanatorio Popular de San José de Maipo, por una granulia a frígore y que después de una cura sanatorial de 18 meses, sale casi completamento curada. La duda que plantea el examen radiográfico sobre la existencia de una posible caverna en el vértice izquierdo, hace pensar que no se trataría en este caso de una granulia a frigore típica, ya que la asociación de imágenes cavitarias y nodulares haría descehar, según los trabajos más modernos en la materia, el diagnóstico de

granulia a frigore.

De todas maneras hemos creído de interés pres ntar esta observación, para demostrar la eficacia notable de la cura sanatorial como lo demuestra la primera radiografía: la lesión inicial era de bastanto gravedad y no habría seguramente mejorado en otro ambiento.

Dr. ORREGO. - Cree necesario precisar el estado actual del problema de las "granulias a frigore". Los alemanes no aceptan, por lo general, la denominación de granulias, para otra clase de procesos que no sean los comprendidos entre los anatomo-patológicos típicos de tales lesiones, es decir aquellos que presentan la lesión granulosa. Desde hace específica años, una parte de los autores franceses, especialmente León Bernard, llaman "granulia a frigore" una forma de comienzo de la tuberculosis caracterizada por UNA IMA-GEN RADIOLOGICA, de aspecto granulico, o sea de foguitos pequeños, distribuídos en todas las áreas pulmonares. La marcha de este tipo de tuberculosis estará condicionada por tres contingencias: reabsorción

total, lo que es raro, o transformación en cualquiera de las formas crónicas de la tuberculosis pulmonar, ya sea úlcero\_caseosas, las fibrosas ulcerada o las fibro-caseosas. Las autopsias que estos autores presentan son escasas, por lo mismo que se trataría de formas do comienzo. Sin embargo hay tres casos autopsiados por Burnaud, Sayé y Hautefeuille, los cuales han encontrado junto a foquitos reducidos de bronquio-alvoolitis, algunas lesiones confluentes broncavernas coneumónicas y aun pequeñas frescas. Ultimamente, otros autores franceses se muestran partidarios de restringir la denominación de "granulia a frígore", sólo para aquellos casos en que realmente existan las lesion s específicas granúlicas, pero que se caractericen por manifestar una tendencia a la cronicidad, a la desaparición de las temperaturas y, aún, en casos excepcionales, por marchar hacia la curación definitiva. Según ellos, aquellos casos que presentan hibridez de lesiones, como serían los descritos por León Bernard, no tendrían derecho a considerarse dentro de las "granulias a frígore", sino que serían variedades de las formas úlcero-caseosas.

Dr. ALEJANDRO REYES. — Presenta el caso de L. M. de 34 años de edad, chofer, de Viña del Mar. Ingresa al Consultorio de Bronco pulmonares el 20 de Marzo del 34, pesando 47 12 kgs.; temp. de 36.5.

A. P. casado; ha habido 4 hijos en el matrimonio; dos de ellos fallecidos. No acusa infermedades venéreas y sólo se siente en fermo por primera vez el año pasado en que experimenta molestias cardíacas.

E. actual. Comienza hace seis meses a raiz de un resfrío que le dejó con tos, expectoración abundante, espumosa al principio, purulenta d'spués. No tuvo ni ha tenido hemoptisis ni puntada de costado. Como estas molestías persistieran, el 3 de Octubre ingresa al Hospital de Viña del Mar. y de ahí es enviado al Sanatorio de Peña Blanca.

Examen físico: Torax de conformación normal. Retracción inspiratoria de los espacios intercostales izquierdos. Vibraciones abolidas y macicez absoluta en todo este hemitórax. P. D. percusión y auscultación normales. Corazón: ritmo en tres tiempos, semejante al de estenosis mitral. Soplo sistólico de la punta. Hay frotes pericardíacos en la base.

Exámenes de laboratorio:

Radioscopía: P. D. libre. P. I. Opacidad de la totalidad del hemitorax; la sombra cardíaca no se distingue, porque se confunde con la opacidad.

Baciloscopía: negativa. Wassermann, negativo.

Evolución: Ex. físico practicado el 24-III-34, da: Inmovilidad de la mitad sup. del hemitórax izquierdo retracción de los espacios intercostales. Submacicez de la región supraclavicular. Macicez completa en el resto del hemitórax izquierdo. Abolición de las vibraciones vocales. Respiración soplante en el vértice; abolida en el resto, menos en la base donde se perciben finos frotes.

Radiografía: Diafragma izquierdo con adherencias centrales y periféricas. Derecho libre. P. I. región infraclavicular velada en su parte lateral. Sombra homogénea en la base; resto libre. Corazón rechazado a iz-

quierda.

29-III-34. Pesa 40.600 gr. Temp. 36.40

Se queja de tos y dolores torácicos.

5-IV-34. Peso 46,100 gr. T. 36º 4 Inmovi lidad del hemitorax izquierdo; macicez total; respiración soplante en la parte superior; hay estertores subcrepitantes y estertores después de la tos. Soplo ¿cavitario? en la región infraclavicular izq. (atelectacia). Frotes pleurales en la región axilar y base. P. D. signos seudo-cavitarios en el vértice. Corazón igual al anterior.

20-VI-34. El mismo peso y temp. Bacilos copia negativa. Tiene tos y expectoración mucopurulento abundante. Inapetencia. Ex. clínico pulmonar: Vibraciones abolidas y macicez completa en la parte posterior del izquierdo. Abolición del ruido respiratorio en los 2/3 inferiores. Respiración de timbre cavitario y algunos estertores después de la tos, en el vértice. En el derecho respiración seudo-cavitaria sin estertores. Por la parte anterior: frotes en la región subclavicular y axilar izquierda. Silencio respiratorio en el resto.

Corazón: Taquicardía. 108'. Tonos reforzados. Ritmo en 3 tiempos. Soplo sistólico de la punta, de la pulmonar y de la aorta, con desdoblamiento del 2.0 tono en la base. Baciloscopía: Negativa (por concentración)

28-IV-34

12-V-34. Tos, expectoración mucopurulen ta espesa. Ex físico: Vibraciones vocales ligeramente aumentadas en la parte sup. izq.; abolidas en el resto. Respiración de timbre cavitario, pectoriloquia hablada y afónica, estertores y egofonía en v. i. Resto abolida. P. D. vibraciones aumentadas en la parte media. Ant rior: frotes infraclaviculares y axilares.

Baciloscopia, Negativa

26-V-34. Peso 48.400 gr. T. 36,04c. Gran taquicardia y frotes pleurales y pericardíacos en región infraclavivular izq.

9-VI-34. Peso 47.800 gr. Tem. 36°. Respiración soplante, broncofonia y pectoriloquia afónica, en v. d. Vibraciones aumentadas en la base derecha; abolidas en el hemitórax izq. Auscultación igual al anterior. Corazón: Pulso 108'. Presión 13 1/2 x 7. Punta en el 6 espacio tres traveses de dedos por fuera del mamelón. Soplo sistólico de la mitral. Refuerzo del primer tono. Soplo sistólico rudo y desdoblamiento del 2º ruido pulmonar. Idem en la aorta.

Baciloscopia B. de Koch, negativa. Albúmino-reacción, positiva.

Sedimentación, 15 m. m.

7-VI-34. Peso 48.600 gr. Temp. 36.2c Ex. fisico: P. D. negativo. Trasmisión ruidos cardíacos. P. I. Macidez completa; abolición del murmulle y de las vibraciones. No hay frotes.

Después de un debate se uniforman las opiniones para considerar en el presente caso como diagnóstico probables un fibrotórax o la existencia de una lesión aneurismática con comprensión bronquial y fenómenos atelectásicos consecutivos. Se acuerda investigarlo efectuando el examen radioscópico en todas las posiciones y a las distancias necesarias, como asimismo, el estudio de las presiones en ambos hemitórax; el tacto pleural, la toracoscopia y por último, si es necesario, la broncoscopia.

Dra. ANA V. DE VALENZUELA.— Presenta el caso del enfermo V. E., de 19 años

de edad, obrero.

Antecedentes hereditarios: padres vivos, sanos. Han sido 3 hermanos de los cuales uno padece de afección pulmonar. No acusa antecedentes venéreos.

Enfermedades anteriores: convulsiva, en la infancia. Desde la edad de 13 años padece de la vista. En el primer examen se comprobó una conjuntivitis y posiblemente una dacriocititis. Grippe en Agosto del año 33.

Enfermedad actual; Se inicia en Septiembre del año 1933 con cefalea, tos, expectoración abundante, dolor de espalda, temperatura, inapetencia y astenia. Consulta médico quien lo envía a tomarse una radiografía al Hospital "San José". Esta radiografía pone en evidencia una lobitis superior derecha.

El enfermo llega al Servicio de Broncopulmonares en Octubre del mismo año. Previo examen procede a iniciar un neumotórax. En total se le hicieron 9 insufiraciones, con cavidad favorable y presiones negativas. Después de la 9.a insuflación el enfermo solicitó un descanso para salir al campo. A su regreso se pide nueva radiografía para reanudar el neumotórax. Esta demuestra que la lesión pulmonar ha desaparecido, hecho que confirma el examen clínico.

El enfermo se encuentra actualmente en buenas condiciones. Su peso que al principio era de 51 kg., fué subiendo gradualmente hasta ll'gar a 56 Kg., en que se ha mantenido. Temp. afebril. Pulso 80. Presión 11 1/2 x 6 al Vaquez. Resp. 24'. Sedimentación 24 m. m. Baciloscopia no ha podido hac rse porque el enfermo no ha tetenido expectoración.

Con fecha 1.0 de Abril se efectuó un examen de sangre resultando Wasserman negativo (Hemolisis retardada) y Kahn positivo (I). Se procede entonces a efectuar un tratamiento específico con Neo y Bismuto.

El enfermo sigue en muy buenas condiciones, lo que confirma una nueva radiografía tomada en Junio próximo pasado.

Dr. ORREGO.- Cree que en este caso puede tratarse por los antecedentes específicos del enfermo y su evolución clínica y radiológica pulmonar, de una probable neumonia en terreno luético, las cuales son, generalmente, de evolución lenta y con tendencia a la cronicidad. Sería interesante conocer también el resultado de la sedimentación y del Pirquet, pues, si éste es débilmente positivo no sería seguramente consecutivo a una lobitis, que es un proceso tuberculoso intenso y cuyo Pirquet es intensamente positivo. Además, insiste en que la radiografía que se presenta, no exhibe la cisura como límite neto de la lesión lobar, lo que es una condición inherente al diagnóstico radiológico de lobitis.

Dr. RUBEN GARCIA V.— Considera prematuro el abandono del neumotorax después de tres meses de tratamiento, por cuanto para obtener con él un éxito definitivo, es necesario continuarlo por un tiempo largo, por lo menos dos años.

Dr. MORENO.— Refiere casos de lobitis que le ha tocado atender en los cuales las baciloscopias fueron repetidas veces positivas y que tratadas con neumotorax regresaron rápidamente, pero, con posterioridad, las lesiones reaparecieron nuevamente. En todos estos casos el numotórax tuvo una influencia favorable.

PRIMERA REUNION CLINICA DE LOS MEDICOS DE LOS CONSULTORIOS DE SANTIAGO

El Sábado 21 de Julio se reunieron los médicos de los Consultorios de Santiago, bajo la Presidencia de los Drs. Alejandro Olívares y Luis Quiroga.

Asistieron alrededor de 70 médicos del Seguro y en ella se discutieron numerosos casos, algunos de los cuales publicamos en el presente número. Por la premura del tiempo no nos ha sido posible publicar el acta de esta reunión. La discusión de los casos se prestó para que se hieleran por los asistentes interesantes comentarios que serán publicados en el acta.

### Conferencias, congresos y cursos

#### ARGENTINA

### V CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Durante la semana comprendida entre el 4 y el 11 de Septiembre se celebrará esta importante reunión científica. La mesa directiva de esta Congreso estará formada por:

Presidente: profesor Camilo Memiagurra.
..Vice. profesor Enrique Fidanza.

Secretarios generales: profesor Mario Vignoles y Dr. Pedro R Omnés. Tesorero: Dr. Roberto Siquet.

El tema oficial de este año será Amebiasis y sus relatores son los siguientes médicos:

Para Clínica General y Parasitología: profesor Mariano R Castex y Daniel Greenway.

En localizaciones intestinales: Dr. David Staffieri.

En epidemiología el Dr. Salvador Maza. Y en cirugía el doctor Armando Marotta.

En este Congreso además del tema oficial se discuten trabajos de toda indole que se presenten; sólo se necesita para ello inscribirse oportunamente. Pueden hacerlo los médicos argentinos y extranjeros, instituciones médicas, revistas, etc., previo pago de una cuota. Los inscritos recibirán gratuitamente el Boletín que se publica con las actas y trabajos del Congreso.

POLONIA

#### CONGRESO DE LA TUBERCULOSIS EN VARSOVIA

Bajo la Presidencia de honor del Presidente de la República de Polonia se llevará a cabo la Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, durante los días 4, 5 y 6 de Septiembre.

Los miembros de la Unión deben enviar su adhesión por intermedio de su respectivo Gobierno, de la Asociación Nacional o directamente a la Comisión organizadora de la XI Conferencia Internacional contra la tuberculosis, rue Chocimska 24 Varsovia (Polonia). Están exceptuados de todo pago.

Presidente de este Congreso será el profesor Pieztryuski y Secretario General el profesor León Bernard.

Se discutirán los siguientes temas:

Tima biológico: variaciones biológicas del bacilo tuberculoso. Dr. Karwaski, Polonia.

Tema clínico: las formas médicas y quirúrgicas de la tuberculosis osea y articular y sus tratamientos. Dr. Putti, Italia.

Tema social: la utilización de los dispensarios para el tratamiento de los tuberculosos. Profesor León Bernard, Francia

FRANCIA

#### UNIVERSIDAD DE BURDEOS

A fines de Octubre hará el profesor Rocher su curso de perfeccionamiento de cirugía infantil. Los antecedentes pueden solicitarse a 91, rue Judaique. Bordeaux.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE ES-TUDIOS DE LAS RADIACIONES SOLA-RES, TERRESTRES Y COSMICAS

En Niza se ha constituído esta entidad

científica que trata de investigar la relación que existe entra los fenómenos telúricos y cósmicos y las enfermedades, endemias, pandemias etc. etc.

Toda consulta sobre la materia debe ser dirigida al Presidente de la Sociedad Médica, rue Verdi, Nice (Francia).

### LA TERCERA SEMANA DE LA EXPE-RIENCIA QUIRURGICA

En Diciembre próximo se celebrará en Santiago esta reunión anual organizada por la Sociedad de Cirujanos de Hospital. El buen éxito de estas reuniones y la importancia que han adquirido en el movimiento médico científico han hecho que a ellas asistan y presenten trabajos colegas de todo el país.

Los temas que se discutirán este año serán los siguientes:

1.—Lesiones inflamatorias y traumáticas de las manos, Relatores: Dr. Manuel Martínez G. y Dr. Juan Riquelme V.

2.—Artritis aguda. Relatores: Dr. Ignacio Díaz Muñoz y Dr. Alfredo Mackel Sch.

3.— Cirugía gastro—duodenal. Relatores: Dr. Manuel Matus y Dr. Luis Ilabaca.

4.—Cirugía de urgencia. Relator: D Luis Aguilar P.

Una sesión especial estará destinada, lo mismo que el año pasado, a tratar temas de cirugía de urgencia y sobre todo a dar a conocer la experiencia que tiene el servicio más bien montado que hay en la materia, la Asistencia Pública de Santiago.

La Sociedad de Cirujanos de Hospital nuevamente organizará el Salón de Arte de los médicos. Los aplausos que recibió el salón del último año, tanto de los médicos extranjeros, como de la crítica, servirán de estimulo a los numerosos médicos que presentaron trabajos y los organizadores creen que este año el salón se verá muy concurrido.

Todo dato y antecedente debe solicitarse al Dr. Carlos Avendaño. Hospital San Juan de Dios. El Dr. Avendaño, Secretario General de la Sociedad de Cirujanos de Hospital recibe las inscripciones.



# BOLETIN MEDICO

DF LA

## CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

AÑO I

SANTIAGO, SEP TIEMBRE DE 1934

N. 0 4

El problema de la Tuberculosis es, sin lugar a dudas el que presenta actualmente en Chile una trascendencia mayor de todos los que afectan a la salud de los habitantes.

Basta sólo echar una rápida mirada a la cifra que nos da la Estadística, 12 mil muertos de tuberculosis diagnosticada en un año, para comprender la gravedad y la extensión que ha adquirido este mal entre nosotros.

Ha sido la Caja de Seguro Obligatorio la primera institución que en forma seria se ha preocupado, no sólo de dar a conocer este problema, sino que de iniciar un activo trabajo para hacer una lucha efectiva en contra de la tuberculosis

Desde luego, ha aprobado un plan que ha sido organizado bajo una dirección científica, plan que lo está realizando progresivamente y lo que es de mayor interés, los especializados en esta labor, han demostrado entusiasmo y dedicación por el.

No puede negarse que la lucha en contra de la tuberculosis no se refiere únicamente a la acción de la Medicina curativa, acción específica, sino que también entran en juego diversos factores de índole social, económico y sanitario.

La nueva política económica de la Caja está dirigida en el sentido de llevar a cabo esta acción inespecífica.

Sin embargo, la iniciativa de la Caja no es completa, ya que bajo su amparo sólo existe una parte de la población, el resto, lo atienden otras instituciones (Asistencia Social, otras Cajas, mutuales, etc.), y el ejercicio liberal; así que, un buen número de los portadores de esta enfermedad, especialmente niños y mujeres, quedan fuera de su control médico.

Esto nos demuestra que de manera urgente se impone, lo que ya ha patrocinado desde hace tiempo el cuerpo médico, la coordinación, armonía y unidad de directivas que deben existir entre las instituciones que se dedican al cuidado de la salud.

La atención integral y científica del tuberculoso da óptimos resultados, bástenos sólo recorrer las hermosas estadísticas que nos ha enviado el Estado de California, en el cual, en 25 años, ha bajado la mortalidad por 100 mil habitantes, de 225.5 a 88.9.

La Caja de Seguro Obligatorio así lo ha comprendido y la organización de sus servicios, tal como lo expone el Médico Jefe, demuestra que la Sección Médica ha puesto todo su empeño en hacer una atención científica. eficaz y completa.

### La Caja de Seguro Obrero y la lucha antituberculosa

Dr. FELIX BULNES Médico Jefe

En la sesión celebrada el 9 de Enero del presente año, el H. Consejo de la Caja de Seguro prestó su aprobación al plan mínimo de lucha an. tituberculdosa presentado al primer Congreso de la Caja, por el doctor Héctor Orrego Puelma. De cuerdo con este plan se ha ido estructurando una serie de Institutos de Lucha Antituberculosa distribuidos a lo largo de la República en la forma que este plan consulta,

En los pocos meses que ya van corridos del prosente año, se han fundado y se encuentra en plena organización los centros de especialización (dispensarios tipo Calmette), de Talca, Cancep. ción, Temuco, Valdivia, Puerto Monte y Magelia. nes y se completan los estudios para el resto de estos centros que como es nabido, se ubicarán de preferencai en les Consultories Provinciales, Apenas sean resultos algunos detalies relacionados con les locales de Iquique y de Antogafasta entra. ran también en funciones los centros correspondientes; en cuanto a Santiago y Valparaiso, estos se encuentran en plemo funcionamiento.

El centro de readaptación de Matenes (Talca) y el Preventorio de Las Viscachas (Santiago) se encuentra ya en construcción y estimamos que artes de fina izar el presente año podrán inicisr

sus funciones.

Respecto a los Sanatorios (Hospitales Sanatorios) que también consulta dicho plan, su reali. zación no ha podido ser llevada a la práctica con la rapilez que hubiéramos deseado debido a las dificultades habidas en la elección e los terrenos en que deberán ser ubicados y a los estudios que ha sido necesario efectuar para adoptar un tipo de construcción que a la vez sea económico y reuna las condiciones técnicas necesarias. Creemos que muy pronto la Sección Arquitectua podrá entregarnes un plano de Sanatorio, que reuna estas características y que con ligeras variantes pueda ser adaptado a las distintas regionos del país. Ha sido acordada ya la ampliación del Sa. natorio Lisennec (San José de Maipo), con un pabellón de 60 camas; su construcción se iniciará inmediatamente

En esta forma aporta la Cija de Seguro un va. lioso contingente al armamento de Lucha Antituberculosa que vendrá a sumarse a los escasos elementos con que en la actualidad cuenta el país. Es desde este punto de vista, del interés general del país, desde el cual debe miraros al enfocar un problema de la magnitud y trascundercia del que

comentamos.

Es sabido que pera tener buen éxito en las medidas de profilaxia contra la tuberculosis deben aplicarse exactamente las mismas reglas que se aplican para combatir todas ls enfermeddes in. fectocontagiosas y que se resumen por una parte en el aislamiento y tratamiento del individuo en. fermo y por otra parte en procurar el aumento de la resistencia biológica del individuo sano. Tratándose de tuberculosis la aplicación de tan

sencillas reglas adquiere características especiales

que se derivan de la enorme masa que es necesario als'ar y tratar, para lo cual se requieren or. ganizaciones de gran costo que aún los Gobiernos más capacitidos económicamente se encuentran

imposibilitados para financiar. Muchos sociólogos consideran que tales condicidales no se conseguirán sin un cambio total en la conformación político-oconómica de la Socie, dad, y respecto a esto hay apasionados por cada una de las diferentes doctrinas que campean por tener la solución definitiva, real y adecuada

Actua mente el problema se hace de más difícil solución si consideramos que aument r la resis. tencia biclógica del individuo sano importa eq sintesis el élevar el standard de vida de la po-blación catera del país. Esto es proporcionar un minimo de confort a un pueblo entero, mod ficar sus habites, propercion r vestuarios higiénicos, proporciorar habitación cómoda e higiénica, etc.

Como se comprende son tan enormes los recursos que se necesitarian para abordar integralmen te el prob'ema que no existe en el país, una sola institución que esté en condiciones por si sola de obtener exito en esta materia. Así lo han com. prendião otros países que han establecido con este objeto, recursos especiales (seguros, contribucio-nes) y han subdividido el problema encomendan. do sus diversos aspectos a distintos organismos (particulares o estatiles) reservándose sólo la directiva superior para establecer entre todos ellos una inteligente correlación, con €l fin de que es conjunto no carezca de unidad y pueda aprove-charse al máximum los recursos disponibles.

En Chile, hemos visto fracisar toda tentativa aislada tanto de la Sanidad, de la Beneficencia y

aún del propio Gobierno.

El esfuerzo que la Caja de Seguro hace en estos momentos a muestro julcio tendrá que correr la misma sucrte si a este no se suman otros esfuerzos complementarios indispensables. Podrá la Caja de deguno desde el punto de vista asistencial del asegurado, tener todos los Institutos necesa-rios para su tratamiento: suficiente número de camas, de Hospiter y Sanatorios, Centros de Diag. nóstico y tratamiento ambulatorio y domicilia, rios, pero desde el punto de vista de una lucha contra la tuberculosis cientificamente establecida, no representa esto sino un eslabón de una cadena que deberá ser completada con la acción de diver\_ sos otros organismos que deberán encargarse de los otros aspectos del problema.

Se desprende de lo anteriormente expuesto que para obtener un resultado verdadero en la acción que hemos iniciado con tanta energía debere mos actuar en intima correlación con les otros organismos que en este país tienen finalidades identicas a las nuestras, (Senidad, Beneficencia,

Esta correlación deberá tender a completar la acción de cada una de las instituciones, desde el punto de vista de la aplicación integral de los métodos de lucha antituberculosa.

BOLETIN MEDICO

### Silicosis pulmonar y silico-tuberculosis

#### Dr. RENE GARCIA VALENZUELA

Médico del Pabellón N.o 2 del Hospital San José contratado por la Caja de Seguro Obligatorio para la atención de asegurados.

(Sección del Prof. H. ORREGO PUELMA).

Durante el curso de! presente año, hemos tenido ocasión de observer, conjuntamente con nuestro interno, el señor José Martínez, cuatro casos enviados por diferentes servicios con til diagnóstico de tuberculosis pulmonar y en "os eucles nos ha sido posible, después da un estudio atento, llegar a conclusiones de alto interés médico-social desde el momento en que homos pedido comprobar, además, una neumocohiósis. En efecto, si se apalizan las cuatro observaciones clínicas, que en forma resumida se incluyen al fical de este trabajo, se podrá comproba, en ellas una serie de factores comunes que permite reducir-

las a un solo tipo:

1.0 Profesión. - Los cuatro enfermos son mineros y han desenvuelto la parte más importante de su actividad en establecimientos cupriferos. Perforistas, como ellos mismos se denominan, han debido durante largo tiempo perforar el material rocoso de diferentes minerales, absorbiendo continuamente un polvo rico en silice libre o combinada. Algunos de ellos con esa inquietud propia de nuestro trabajador, que a menudo les con-vierte en seres de vida nómade, han recorrido toda nuestra zona minera trabajando en minerales como Chuquicamata, Potrerillos, Sewel, Las Condes, Naltagna y otros de menor importancia cuyos nombres no vale la pena incluir en este estudio. Todos ellos, sin excepción, ham estado, pues, continuamente bajo un riesgo sobre el cual no se ha insistido aún suficientemente en esta tierra: la aspiración continua de polvo silicótico. Uno de ellos, terminada su peregrinación, ha seguido en Santiago como picador de estucos, trabajo también que predispone a la inhalación de particulas de sílice, si se toma en cuenta que la arena toma participación activa como componente del estuco. De estos casos el que menor contacto ha tenido com estas substancias, es el citado en nuestra observación N.o 4. De todos modos una permanencia de 15 años en ambiente cargado de silice basta para dar lugar a una impregnación pulmonar incompatible con un estado de salud perfecta. Los cuntro enfermos han trabajado, en la perforación de cerros por medio de máquinas neumáticas.

2.0 Edad. - Los cuatro individuos, cuya observación se adjunta, son casi de una misma edad y todos ellos pasan de la cuarentena. Pertene-cen, pues, a la edad medura, factor de importancia para el análisis de ciertos factores mórbidos, en especial posibilidad de un contagio subercu-

loso regiente.

3.0 Contagios Venéricos. - Dos de ellos neusan reacciones serológicas positivas en la époza presente o en otras anteriores y los dos restantes afirman haber sido sometidos por diversos facultativos a repetidos tratamientos específicos. En los cuatro puede concluirse, sin temor a exagerar, por una lúe, antigua, la mayoría de las veces

insuficientemente tratada.

410 Sintomatología subjetiva. - En general, los cuatro enfermos revelaban la misma sintomatología subjetiva: dolores torácicos, tos, espec-toración, disnea de esfuerzo. Todos tuvieron épocas en que debieron abandonar temporalmente sus labores recuperando su perdida capacidad de trabajo para ver retornar sus primitivas molestias apenas reanudada la misma antigua labor.

5.0 Sintomatología objetiva. - Muy variable, no corresponde a un tipo común. Conviene hacer notar que dos de ellos presentan idénticos caracteres de la espectoración, la que tien un color plomizo negrusco apizarrado, dejando salor de arena en la boca. En una de estas muestras ha sido posible obtener silich después de algunas manipuladiones. Las reacciones quimiens han confirmado la naturaleza quimica di pri-

dueto obtenido.

6.0 Tuberculosis. - Tres de ellos han . . . ado la presencia de bacilos de Koch en exámenes, repetidos frecuentemente, con tal objeto. No puede, pues, ser puesta en duda en ellos una Ta-berculosis pulmonar. El cuarto no ha tenido hasta hoy, una sola baciloscopia positiva, pera en cambio acusa dos hemoptisis en los últimos tiempos. De estos enfermos uno solo tiene abundantes baciles. En les des restantes el despistaje del germen ha sido sumamente dificultoso (examenes por concentración). Es posible catalogar los custro casos como tuberculosos: tres de ellos fibrosos, escasaments evolutivos, pero en todo caso ac-tivos, (Obs. N.os 1-3 y 4) y el cuarto como caseoso con pronóstico sombrão a brevie plazo, fe-bril y casi caquéctico. (Obs. N.o 2).

7.0 Caracteres radiológicos. — Es el análisis de las placas el que permite ir más lejos y no contentarse con el solo diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Los siguientes hechos llaman la aten-

ción en este estudio:

a) Distribución de las lesiones. En general se puede apreciar cierta indemnidad de las bases y muy elaramente la de los vértices. En todas las radiografías la parte superior de ambos pulmones aparece transparente. En cambio, la lo-calización preferente en la únión del tercio medio con el inferior, es de regla. Exista, pues, una distribución netamente hiliar y para-hiliar de las condensaciones. Hay otro hecho, indispensable de hacer presente. Todos los casos prescutan lesiones bilaterales y éstas adoptan una posición simétrica en ambos campos pulmonares, semejando las alas de una mariposa,

- b) Caracteres de las lesiones. - Además de las

formaciones netamente tuberculosas como las cavitarias, se pueden apreciar en las regiones hi-liares y para-hiliares, dos clases de formaciones: unas en mass otras granulares, predominando especialmente las primeras, que a menulo se ven redeadas por las segundas.

e) Cara teres de los diafragmas. - Tres de las radiografías revelan una evidente deformación

diafragmática bilateral. ,

Atendiendo a estas consideraciones de carácter general y valorizando en forma muy especial al riesgo prefesional a que han estado sometidos estos cuatro obreros, el que menos por lapso de 15 años, y a los caracteres radiológicos, hemos formulado en ellos el diagnástico elínico de silicosis en su tercer estadio, es decir, con formación de masas de infiltración redondeadas y compactas, complicados de tuberculosis.

Henos, pues, frente a tres casos certeros de silico-tuberculosis y a otro que no tardará en llegar a esta fatal asociación.

Múltiples consideraciones de orden médico y no pocas de carácter social merecerían estos cuatro obreros, víctimas, en parte, de nuestras leyes sociales incompletas todavia, pero también de los que deben velar por su compaimiento, de los que con espíritu de solidaridad social deberian llevarias a la práctica sin presiones extrañas y de nosotros mismos que los hemos atendido no de-biendo hacerlo. He aquí cuatro inválidos no tratados ni compensados por el patrón, sino que con los dineros destinados a otras enfermedades de sus compañeros, o a la postre, en easo de invalidez, con sus propios capitales de reserva. Esta situación deriva de la escasa aplicación que hasta hoy se ha dado al Reglamento de l'aformolages Profesionales en el que figura la neumoloniósis (en ella comprendida la silicosis)

Por fortuna la Sección Médica ha resulto tomar cartas en este asunto y Emprender una campaña que definitivamente coloque n estos pacientes bajo el verdadero beneficio a que les hace acreedores su esfuerzo en pro de la riqueza nacio-

nol y extranjera.

No queremos, sin embargo, dejar pasar la ocasión, sin referienos a un problema que más que un interés práctico, lo tiene en el terreno científico, desde el momento en que la mayoría de los paises europeos hacen figura, a la silicosis sim-ple o complicado de tuberculosis como una en-fermedad profesional indemnizable. Sin embargo en Francia la silicosis no ha sido considerada como enfermedad profesional y si solo declarable. Este criterio ha venido per, diendo terreno en el último tiempo, como lo prueba una interesante discusión habida en la Sociedad de Estudios Científicos sobre lo tuberculosis. Guardamos la esperanza, despi's de leidos algunos antecedentes de esta colémica que también en Francia la neumoconiósis ha de ilegar a ser considerada como una enfermedad pro-fesional. En la actualidad dos escurlas se dispu-tan la verdad científica: la primera niega la existencia de la silicosis pura y sostiene que ésta es imposible sin un proceso infeccioro naterior, según la mayoría tuberculoso, que predisponga el terreno a la fibrosis silicótica. Para "s-ta escuela la silicosis sería una tuberculos s de

fisonomía especial.

RIST, MAZEL DOUBROW, POLICARD son los paladines de ella. Ya en 1929, en el Congreso de Enfermedades Profesionales de Lyou, DOU-BROW logró inclinar el auditorio francés bacia esta teoría, logrando con no poca estratego y mas con argumentaciones brillantes, que con hechos concretos, que las imágenes granulares de silicosis que a montones exhibió el delegade sudafricano MAVROGORDATO fueran interpretadas como granulias frías argumento bien difícil mantener durante mucho tiempo, si se toma en cuenta la rareza de éstas y la frecaencia de las otras que pertenecian exclusivamente a obreros perforistas de roca.

POLICARD después de diversos trabajos experimentales, en los cuales él mismo con toda lealtad científica declara que en sus experiercias, por muy prolongados que sean los períodos de "empoiramiento", la duración de este riesgo experimental resulta corto comparado con lo que su-cede en la especie humana, pretende llegar a conclusiones que resumidas serían las siguientes:

1.0 Existiría una perdisposición o un terreno especial, creado la mayoría de las veces por una infección pulmonar previa o concomitante.

2.0 El nódulo silicótico no sería el producto de una edificación mineral específica, sino que la expresión máxima de veolerosis del nódulo tubereuloso.

3.0 Los polvos minerales se fijarian de preferencia sobre la cicatriz fibrosa de un proceso pulmenar anterior (tuberculosis, bronconcumonia, infección banal, etc.).

4.0 No se conoce aún a ciencia cierta cuál es ol agente nocivo en estos casos, si la sílice libre combinada

GROIZIER Y MARTIN d. Saint Etienne sostienen en apoyo de la escuela anterior los signientes conceptos:

1.0 El trabajo prolongado en polvo de roess silicosas no determina necesariamente una fibrosis pulmonar.

2.0 Un número elevado de individuos con imagen pulmonar de fibrosis miliar o nodular del tipo silicótico, han presentado ulteriormente form's evolutivas de tuberculosis.

3.0 Es posible observar formas de fibrosis ma-siva del tipo pseudo-tumoral en sujetos que han frabajado solamente en la industria carbonifera, pero la mayor frecuencia corresponde a los trabajadores en materias rocosas.

4.0 La enfermedad no es fatalmente evolutiva y hay casos en que parece observarse un estacio-

namiento del proceso.

5.0 El tiempo necesario en un ambiente de polvo capaz de producir fibrosis de un tipo dado varia según los sujetos, jugando el factor individual un rol capital.

6.º El efecto pernicioso de los polvos minerales no puede ser discutido, pero la frecuencia de la tuberculosis comprobada en los essos letales parece estar in relación intima con los procesos de silicosis.

Frente a esta Escuela se alza la otra que sostiene la existencia de casos de sidicosis pura y que obrando ésta como un factor anergizante predispone al individuo a contraer o a despertar de una tuberculosis latente. La solidez de sus grgumentos no puede ser discutida. Venmos algunos de cllos,

MAGNIN eita la observación del Dr. HUGUES. En la apertura de un túne! de Rochenadoal a Molieres intervinistron tres equipos de obreros, quince en total, todos jóvenes, sanos, en esplêndidas condiciones. Diez ancs después habían muerto todos de afección pulmonar crónica. El mismo MAGNIN cita a su vez el caso de ocho obreros, que perforando la roca entre Besegues y Rochenadoul, encontraron su muerte victimas de un prodeso pulmonar erónico, antes de los dielz años posteriores a la iniciación de cata facua.

Es posible que 23 obreros robustos, sanos, especialmente seleccionados murieran de una tuberculosis pulmonar? ¿Cómo probar que estos 2? obreros cran portadores de una tubercalosis latente antes de comenzar su dura faena de perforar la roca? ¿Cômo admitir que en una región dondo la tuberculosis no es cosa frecuente se eligiera para un trabajo duro y sembrado de riesgos, precisamente a 23 obreros en estado de salud aparente pero que a pesar de todo albergaba en sus pulmones una tuberculesis latente? Habrian muerto estos obreros si su mala suerte no los hubiera colocado en condiciones tan especiales como es el trabajo en un ambiente nocivo? Todas estas preguntas sólo pueden ser contestadas en una sola

En estos veintitres obreros sólo puede pensarse como causa de muerte en una fibrosis silicó-

tica complicada o no de tuberenlosis.

Termina MAGNIN su interesante (tra')ajo diciendo: "En algunos tardíamente, en otros precozmente, en el curso de la evolución de una silicos's, pura en su órigen, las lesiones tuberculo-sas aparecen. Todo sucede como si la silicosis preexistente hubiera, por decirlo osí, anergizado una primo-infección cuya virulencia, en sueño, jamás se ha extinguido; a favor de la anergia así creada y a partir del chanero de primo-infección, los bacilos de Koch se diseminan en las lesiones fibrosas o alrededor de ellas.

Como punto final agrega: "Nosotros llamamos silicosis, esto es, a una fibresis pulmonar debida a la inhalación de polvo, aun cuando esta fibrosis va precedida, acompañada o seguida de infección tuberculosa. Una pera es siempre una pera,

aun cuando se agusane o ya lo esté"

He aquí la cuestión plantcada en el terrino verdadero. Gran parte de la legislación social de accidentes reposa sobre esta base. En patología hay causas predisponentes y causas deter-minantes. Un accidente del trabajo, y por sou-siguiente una enfermedad profesional, ha sido siempre una causa determinante. Como tal debe ser indemnizada. En un diabético que se accidenta, que debe sufrir, por el terreno especial en que este accidente se desenvuelve, la amputación de un miembro, nadie disentirá la causa predisponente, pero nadie negará la indemnización a que tiene derecho. Un minero que entra con su piel en maias conficienes e una mina infectada con el An. kylestoma y que se contemina a su vez por vía cutánea, será indemnizado como afecto de una enformedad profesional, aun cuando una afección anterior (dermatosis de cualquier forma) haya predispuesto a contagiarse de uncinariosis.

Si hemos puesto de manificato está palémica francesa es para revelar que aun en el país en que

la silicosis ha sido negada como enfermedad profesional, las convicciones primitivas empiezan a flaquear. En Inglaterra, Alemania, Sud-Africa nadie discute estos hechos. Y la mejor prueba de que las convicciones primeras han perdido terrena lo constituyen hechos como los siguientes: FATH y JASIENSKY del Sanatorio de Alten-

berg terminan un artículo reciente sobre este in-teresante tópico diciendo:

"La silicosis inactiva (así lloman ello: la silicosis pura) y aquella complicada tuberculosis ac. tivas, pueden ser en la hora presente, diagnosticadas en la mayoría de los casos con los medios de investigación de que disponemos. Nos parece entone s qe estos enfermos deberían encontrar en Francia las disposiciones legales que, — a ejemplo de di-versos países como Gran Bretaña, Sul-Africa, Alemania y todavía otros — les aseguran nea justa reparación por el daño que han sufrido"

El texto francés definitivo de un proyector de acterdo para ser sometido a la Confederación General para la Organización Internacional del Trabajo y que RIST y su escuela han critizado, di-

ce en sus pasajes más importantes:

"2.0 La silicosis simple o asociada a la tuberculo is es una enfermedad profesional que da derecho a reparación según los mismos principios que aquellos que la legislación determina para los accidentes del trabajo u otras enfermedades profesionales",

"3.0 La tuberculosis va frecuentemente aso-

ciada a la silicosis"

"Existiendo la dificultad y aun la imposibilidad de distinguir en cada caso particular, la parte de incapacidad que corresponde a la tuberculosis y silicosis cuando ambas enfermedadas co-existen, da incapacidad resultante de la acción combinada de estos dos procesos debe ser reparada como si de tratara de una silicosis simple".

Se ve después de lo anterior y de otra serie de artículos científicos que sería largo entrar a detallar la diferencia marcada entre la tendencia de la escuela francesa de ayer y la de hay, aún cuando los que se levantan en contra del proyecto de neuerdo ya citado tengan el ascendiente do un Rist o un Doubrow. Sin embargo, ellos mismos al oponerse lo hacen basados más que en una argumentación científica, en las disposiciones actuales del Código Civil francés que no armonizarían cen esta innovación.

De intento hemos querido desarrollar este tema en lo que se relaciona con la controv rsia científica que más adelante hemos procurado resumir. En ninguna otra parte se discute la silicosis, simple o asociada a una tuberculosis, como enfermedad profesional indemnizable. Lo hemos heche con el deliberado propósito de que los midicos de la Caja de Seguro conozcan el pro y el contra de la cuestión y para que puedan adoptar una posición definida, en el momento en que puestra Institución solicite de quien corresponda el fici cumplimiento del Reglamenao de Eufermiades Profesionales así como el de las disposiciones más vlementales de higiene industrial que procuran prevenirlas y evitarlas.

Nuestra literatura médica empieza a evidenciar un alto porcentaje de neumoconiósis y los casos que antes se citaban como curiosidades clínicas, van constituyendo, por su número, un problema médico social que debe ser abordado sin tardanza.

Son los médicos de la Caja de Seguro los que deben tomar una participación activa en esta cruzada y es a ellos a quienes va dedicado este trabajo. Son ellos los que deben en tiempo eportuno hacer el diagnóstico, cosa fácil si se toman con enidado los antecedentes (profesión, riesgo pro-fesional, etc.), y si se tienem presente los sintomas cardinales de la afección (disnea, y tos en el tetreno clínico y los signos esbozados más adelante en el radiológico). Finalmente son nuestros colegas de consultorio los que, con un diagnóstico precoz, pueden evitar el avance de las lesiones o su complicación más frequente, la tuberculosis, de lo cual dan fe las observaciones que a emil-nuación se incluyen. Esperamos las preciosas su-gestiones que nos han de formular los funcionarios técnicos que tienen relación inmediata con faenas mineras (perforación de roca e inhalación de polvo cargado de sílice) con la seguridad de que serán debidamente apreciadas por la Sección Médica.

#### DOCUMENTOS - CLINICOS

#### OBSERVACION N.o 1

F. J. S. - 44 años - Casado - Asegurado - Minero.

Ingresa a nuestro servicio (Pabellón No 2) el 18 de Abril de 1934.

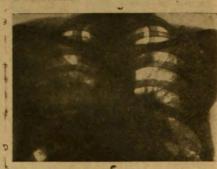
Ignora la causa de muerte de sus nadres. Uno de sus hermanos fallece, hace años, de una afección pulmonar crónica que le provocaba hemoptisis.

Hasta bace ocho años fumaba modera lamente. Bebe, vino especialmente. Dos hijos falle en pequeños de afecciones para él desconocides. nero durante 25 años de su existência, hasta 1929. Ha trabajado en múltiples establecimientos entra los one se cuentan facoas de ara, nista, cobre v salitre. La lista que nos suministra o este renecto es Carguisima. Durante mucho tiempo trabaja como perferista y minero. Ambas activid-de- lo sometin al riesgo constante do aspiración de nolvo de niedras y humo. En los áltimos 5 años (1929 a 1934) trabaja en Santiago como picador de estuco en diferentes construcciones.

Blenorragia a los 15 años complicada do orquioepidimitis bilateral que ha recidivado en ocho ocasiones. En 1923, 24 v 34 chaneros multiples, complicados de adenitis inguinal bilateral en las dos primeras ocasiones. Más tarde, a raiz de hospitalizarse por otras afecciones, se le practican cuaten Wassermenns los que resultan positivos por lo que - le somet a tratamientos específicos, que se adelanta a reconocer han sido seguidos en forme deficiente

En 1928 sufre un traumatismo en la bese del hemitorax derecho. En Noviembre de 1929 bronconcumonia qua evolucione en 40 días. So le permite volver al cabo de ellos a su trabajo habi-

Su enfermedad sotual comienze, a manif starse o principios de 1933 con dolores de ambos fosas lumbares. Sensación constante de ahogo, cefaleas matinales y perturbaciones visuales completan el cuadro. Es atendido en los Consultorios del Se-guro Obligatorio por diversos facultativos los que le aconsejan hospitalizarse en vista de la rebeldía de sus molestias.



Desde hace cinco meses nota que su sintomatología se acentúa apareciendo puntada al hemitórax izquierdo, región precordial especialmente, y disnea al menor esfuerzo. Durante el mes de Marzo nota la aparición de tos acompañada de espectoración teñida de n'egro. Acusa además anorexia, adinamia, astenia y dolores esteóscopos nocturnos. Con estas molestias se hospitaliza,

El examen físico demuestra un individuo alto, de contextura general recia, ligeramente disnelco. El examen elfnico pulmonar es el signiente:

Palpación. - Vibraciones vocales aumentadas en los dos tercios superiores de ambos pulmones v disminución de ellas en el tercio inferior del izouierdo, por delante.

Percusión. - Macicez de la mitad inferior del

pulmón izquierdo y de ambas elavículas. Ausculteción, — Respiración soplente en el tercio superior del pulmón izquierdo. Soplo de timbre pleural en la mitad da este pulmón. A este nivel hay brozcofonia y ego-pectoriloquia. Estertores rocantes y silbantes diseminados en el pulmon izquierdo.

Resto del examen nada especial. Presión arterial 12 y 8 al Vaquez.

Examenes de laboratorio.

Baciloscopia negativa.

Wasserman positiva.

Besredka positiva.

Radioscopia. - Proceso ulcerofibraso doblo más intenso en el tercia medio del pulmón deracho (Dr. Gundelach)

Radiografía. - T. B. ulcerofibrosa bilatenil, Cavidad sub-clavicular izquierda. Neumoconiósis (Dr. Arutunoff) Véase lámina N.o 1.

Evolución elínica (durante tres meses)

Curva do peso. - Se mantien con pequeñas Aternativas

Curva febril, - Afebril, selvo pequeñas alzas a rofz de un enfriamiento.

Curva del puiso, Oscila entre 27 y 80 al mi-

Curva de sedimentación. - Entre 20 y 30 mm. a la hora.

Curva de presión arterial. - Máxima entre 11 y 12 1/2. Minima constantemente en 8 (vaquez). Baciloscopias. - Dos positivas por concentración. Desgarro negro apizarrado.

Reacción a la tuberculina. - (Mantoux). Po-

sitive débil,

Exámenes clínicos. - El soplo toma un timbre francamente cavitario con estertores subcrepitantes de mediana burbuja.

Diagnóstico. - Neumoconiósis (turcer estadio) Tuberculosis pulmonar, de tendencia latente, abier-

ta, fibrosa| Lue.

#### OBSERVACION N.o 2

J. C. M. - 42 sños - Soltero - Asegura lo

Ingresa a nuestro servicio el 14 de Julio de 1934

Bebedor moderado, trabaja por más de 20 años en minerales de Cobre (El Tenicate) sometido a la inhalación constante de solvo proveniente del desmenuzamiento, en finas particulas, de pie-

A los 20 años blenorragia no complicada y sin recidivas. En la misma época chancros múltiples dolorosos con adenitis derecha inguinal. Por prescripción médica se coloca varias series de Neo.

En 1919 hemoptisis brusca sin prolromos. Durante 37 días permanece en el Hospital de El Teniente, después de lo cual queda con cansancio que se presenta al menor esfuerzo. Al cabo de tres meses esta molestia desaparece reanudando su

labor anterior en el interior de la miva.

Atribuye el comienzo de su enfermedad actual a un enfriamiento sobrevenido en Febrero del presente año que se acompaña de dolores a ambos hemitérax lo que ileva la atención de los cifnicos a su aparato respiratorio comprobándose a los Rayos Roentgen una lesión bilateral que es tratada principalmente con reposo. Al cabo de tres me-ses sus molestias desaparecen. Reanuda sus facnas con lo que aparece nnevamente el dolor totáxico y la tos que provoca a veces hemoptisis. A esto se agrega enflaquecimiento progresivo, astenia, adinamia y traspiraciones nocturnas. A pesar de esto, se le permitía trabajar. A fines de Mayo resuelve trasladarse a Santiago. Después de varios tratamientos infructuosos, ve hospitalizarse, siendo enviado por el Bronco-Pulmonares del Seguro Obligatorio a nuestro ser-

Al examen físico nos encontramos frente a un individuo de mal aspecto general, febril, disneico, taquicárdico.

El examen clínico pulmonar demuestra lo siguiente:

Pereusión. - Kronigs estrechados. Macidez de los dos tercios superiores de la clavícula izquierda.

Auscultación. - Soplo tubo pleural en ambas fosas infraelaviculares hacia las líneas axilares anteriores. Estertores en esta región, subcrepitantes de mediana burbuja.

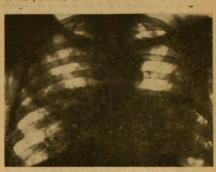
Corazón: eretismo cardiaco.

Presión arterial. - 12 y 8 1/2 al Vaquez. Examenes de laboratorio.

Baciloscopia positiva.

Wassermann y Besredka negativas. Radioscopia. - Infiltración fibro casecsa bi.

lateral. Masas easeosas en ambos tercios medios de los pulmenes (Dr. Gundelach).



Radiografía. - TBC. bilateral exudativa esvernosa (Dr. Arutünoff). Véase lámina N.o 2. Sedimentación. - 60 mm.

Evolución. - Casi no puede hablarse de tal, pues el paciente lleva poco tiempo en el servicio. La temperatura oscila entre 38 y 39° en los úl-timos días, la disnea no beja de 40 y el pulso se

mantiene en 144. Estado vecino a la caquexia.

Diagnóstico elínico. — Neumocoriósis (tercer estadio). Tuberculosis exudativa.

#### OBSERVACION N.o 3

J. C. H. - 56 años - Soltero - Asegurado Minero.

Ingresa a nuestro servicio el 15 de Junio del presente año.

Fumador y bebedor moderado antes de enfermarse. Durante 30 años ha trabajado en minerales de oro, plata y cobre como barretero y harrenador, sometido a la inhalación constante de polvo y humo.

A los 25 años blenorragia acompañada de orquicepidimitis doble, sin recidivas. A los veinte chancro único, con adenitis inguinal izquerda supurada y operada. Hace cuatro años chancros múltiples sin adenitis. Dice que varias reacciones Wassermann han resultado negativas.

Traumatismo intenso de la cabeza, tórax y pier-

na izquierda, con hemoptisis, hace años. Dolores reumatoideos en varias ocasiones. Resfriados de repetición. Probable neumonía hace veinte años más o menos. Hace dos años hemiplegia izquierda que desaparece con tratamiento médico. En Enero de 1933 edema generalizado con pleuresía derecha, cansancio y palpitaciones que lo obligan a hospitalizarse en San Vicente por 40 dias.

Su enfermedad actual la relaciona con la última afección ya relatada. A su salida del hospital, una vez desaparecido el edema e intervenida su derrame pleural con una toracentesis, quedó con intensa disnea de esfuerzo, crisis de palpitaciones, enflaquecimiento que ha llegado en la

actualidad a la pérdida de 10 kgs. de peso. Han aparceido movimientos incoordinados de la cabeza y brazo derecho que se manifiestan al ejecutar un trabajo muscular voluntario. Tos con espectoraeión, muco parufont, que últim mente se ha intensificado. Astenia, adinamia e insomnio.

. El examen somático sos pone en presencia de un enfermo envejecido premataramente, de facies terrosa y de piel poco elástica.

La base del hemitorax está abombada

Al examen clinico pulmonar comprobamos lo siguiente:

Perensión. - Macicez del tercio medio derecho, hipersonoridad de ambas bases y timpanismo de la región infraclavicular izquierda.

Auscultación. - Respiración soplante en la mitad superior del campo izquierdo y soplo cavitario en la parte alta del puimón derecho. Disminución del murmullo en ambas bases. Respiración soplante bajo ambas claviculas. Pectoriloquia afona en ambos vértices. Roncantos dis minados. Estartores subcrepiarates especialmente hacia los tercios medios, más a izquierda.

En el corazón se ausculta un sople sistólico de la punta propagado bacia la base y regiones carotideus.



Presión arterial: 15 y 10 si Vaquez.

Examenes de Inboratorio. Baciloscopia negativa.

Wassermann positiva. Besredka positiva

Radioscopia, Infiltración fibro-cascosa cavita-a bilateral. Aorta oscura y ensanchada. Radiografía. Infiltración fibro-cascosa bilateral

con imagen cavitaria a nivel del 2º espacio inter-costa izquierdo y da los espacios 4.0 y 5.c del mismo lado. (Dr. Gundelach), Véase lémina N.o 3. Sedimentación. — 20 mm. Evolución clínica. — (Dos meses).

Curva térmica. Afebril la mayor parte del tiem-

Curva de pulso. So ha mast nido entre 84 y 100 pulsaciones.

Curva de peso. - Estacionaria

Curva de presión. - Ha bajado de 12 y 9 1/2. Curva de sedimentación. - Ha subido progresivamente a 60 y 90 mm.

Baciloscopias. - Una positiva por concentra-

Diagnóstico. - Neumoconiósis (tercer estadio) TBC. pulmonar fibrosa cavitaria, Lúc?

#### OBSERVACION N.o 4

E. V. V. - 44 años - Casado - Asegurado - Minero.

Ingresa a nuestro servicio el 28 de Mayo de 1934

Bebedor moderado, ha trabajado durante 15 años en el Mineral de Las Condes como perforista en los cerros, expuesto constantemente a la aspira-ción de polvo y humo de dinamita. Su esposa ha tenido dos abortos de tres y cuatro mes s respectivamente.

En 1912 Blenorragia tratada por um especialis-ta, sin complicaciones ni recidivas. Por ese mis-mo tiempo chancros múltipões, dolorosos acom-pañados de adenitis inguinal derecha no supura-

Viruela en 1907, Manifestaciones luéticas de la región retrobueal tratadas y curadas con Neo

en 1914.

La enfermedad actual se inicia en 1933 con dolores torácicos, espectoración y tos, astenia y enfla-quecimiento. Hospitalizado en San Jara de Dios y en vista de una probable lesión pulmonar se lo neonseja reposar y se le prescriben recalcifican-tes. Reanuda su trabaja y debe abandonarlo al cabo de año y medio por disnea al meno, esfuerzo, dolores óseos o las piernas, especialmente en ia noche, tos seen y pérdida de 4 kilos en seis me-ses. Hemoptisis en des osssiones de pequiña intensidad, provocadas por esfuerzos físicos.

Examen físico. Individuo bien constituído con ligera cianosis de la piel y mucesas.

Examen pulmonar

Percusión. - Maciecz del tercio inferior izquierdo y región elavicular derecha.

Auscultación. - Respiración soplante en mitad superior del pulmón derecho y región infraelavicular izquierda. Broncofonia y pectoriloquia en la parte alta del pulmón dercens. Estra-tores después de la tos, subcrepitantes en la par-te esta del pulmón derceno y tercio medio del izquierdo, estos últimos espontáneos.

Presión arterial 13 y 10 al Vaquez.

Exámenes de laboratorio.

Baciloscopia negativa.

Wassermann y Beredska negativas.

Radioscopia. - Aorta ligeramente enemeliada. Aspecto fibroso de ambes pulmones. Vértices libres. Luet (Dr. Gundelach).

Radiografía. - TBC. bilateral, | Lues? (Dr.

Arutunoff). Véase lámina N.o 4. Sedimentación 20 mm.

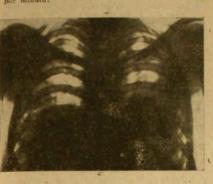
Evolución clínica.

El enferme interrogado más cuidadosamento revela un Wassermann positivo y tratamiento específico a fines de 1931.

Curva térmica. - Afebril todo el tiempo.

Curva ponderal. - Aumenta 2 kgs. de peso. Está con tratamiento específico.

Curva de pulso. - Entre 76 y 84 pulsaciones por minuto.



Curva de presión arterial. - Ultimamente 11

Curva de sedimentación. Baja de 20 a 5 mm. Baciloscopias por concentración repetidamente negativas.

Examen elínico. - Desaparecen los signos adventicios.

Diagnóstico elínico. - Neumoconiósis (tercer estadio) Lúcs - TBC. pulmonar fibrosa?

#### BIBLIOGRAFIA

RIST, MAZEL, DOUBROW. - Silicose et tuberculose au point de vue medico-légal. Revue de la Tuberculose (4 serie, Tomo II. N.o 3. Marzo 1934).

POLICARD. — Remarques à propos de la patho-géies de la "silicose puimonaire". Revue de la Tuberculose. (4 serie, Tomo II: N.o. 3.

Marzo de 1934). CROIZIER Y MARTIN. — Fibros, pulmonaire chez les mineurs plus spécialement ocupés à la perforation et à l'explotation de roches. Revue de la Tuberculose, 4 serie, Tomo II. N.o 3. Marzo d 1934). MAGNIN. — La silicose est une fibrose pulmo-

naire due a l'inhalation prolongée des poussieres de silice. Revue de la Tuberculose. 4.a serie, Tomo II. N.o 3. Marzo de 1934. FATH Y JASIENSKY. — Vues sur l'étiologie et

le diagnostic de la silicose et de la silico-tuberquiose du poumon. Archives mé fisco-chirurgicales de l'appareil respiratoire. (Tomo VIII. N.o 2 1933).

### Heterohemoterapia de la pústula maligna con sangre de perro

### ILDEFONSO ARRIAGADA

Médico-Director del Consultorio de Melipilla

No es mi ánimo querer restarle valor a los tratamientos clásicos que hasta hoy se conocen, de la Pústula Maligna, el hecho que yo pare a describir una nueva forma de curabilidad de dicha enfermedad, sino por su originalidad y su fácil aplicación he creído conveniente publicar este trabajo con el fin de contribuir a restarle bajas en la lucha que sostenemos a diario con nuestra im-

placable enemiga, la muerte. Basado en que hay algunos animales refractarios a la Pústula Maligna, entre otros el perro, las aves, el Carnero de Argelia, algunas ratas de alcantarillas, etc., he creido conveniente aprovechar esta inmunidad en el tratamiento de tan tevrible mal. El animal que está más fácilmente a nuestro alcance de los enumerados anteriormente, como se comprende, es el perro y de él he extraído la sangre necesaria para obtener el ciento por ciento de curabilidad de los casos tratados con esta método.

El procedimiento no puede ser más sencillo: con una jeringa y un perro podemos estar en condiciones de mejorar a un paciente, sobre todo en los campos distantes de los centros poblados y de recursos médicos, a donde no puede llegar a tiempo el suero anticarbuncloso, de eficacia problemática algunas veces y de precio muy superior, en todo caso, a la sangre de perro.

Sin entrar en mayores considerandos, paso a describir la técnica que es la sencillez de toda hemoterapia: en un principio empleábamos noso-tros la inyceción de perro a hombre; pero cesulta que algunas veces le sangre se congulaba y costaba una enormidad inyectarla; entonces idea-

mos de aspirar dos centímetros cúbicos de solución de citrato de sodio al 5 % y con eso lavamos la jeringa, luego después aspiramos tres más para que éstos se mezelen con la sangre. En este caro la sangre no se nos coagula y po-demos inyectar fácilmente en forma subcutánea, extrayéndola de una de las venas de los miem-bros posteriores del animal y con las reglas de asepsia y antisepsia que el caro requiere. La cantidad que hemos inyectado ha variado desde 5 hasta 40 cc. diariamento y de una vez. Los d'as que debe durar este tratamiento depende en cada caso; pero nunca himos necesitado prolongar las invecciones más allá del 4.0 día; pues si bien es cierto que los síntomas locales no es posible hacerlos desaparecer inmediatamente, en cambio la intoxicación de que están poseídos estos enfermos pasan en pocas horas a minutos en forma admirable y muy superior a la del suero enti-carbuncloso, sin lugar a ninguna duda. La invección puede traer algunas veces una pe-

queña elevación da temperatura como re puede apreciar en alguna de las observaciones; pero ésta pasa con el solo becho de suspenderla sin agregar ningún otro tratamiento y no es necesaria más, ya que la desintoxicación ha sido en forma

maravillora desde la primera.

De la experiencia que hemos recogido en cuanto a la cantidad de sangre que hay que invectar podemos adelantar que mientras mayor es la cantidad más luego y más notable es la desintoxicación

Del tratamiento que se nos ha ocurrido hacer de la Pústula Maligna por medio de la sangre de un animal refractario a ella, como el perro, se nor viene a la imaginación el posible tratamiento de otras enfermedades en que las vacunas o sueres no dan los resultado- que sería de esperar, como por ejemplo se podría tratar la tifoidea o paratifus con sangre de ovejuno o vacuno. Alguna, formas de The, con sangre de ganso "engordado" aprovechando en este caso el poder lipolítico que tiene este suero y que influiría en la capa gra-osa con que se rodos el Bucilo de Koch. O bien otra enformedad con otra sangre de animal o ave refractaria a dicha afección.

Esta es una invitación a los colegas que daseeu experimentar en estas cosas. Pueden hacerlo. No hay más que tomor la herramientas y salir a trabajar después de haber recibido la luz.

#### **OBSERVACIONES**

#### Caso N.o 1

Feo. Quiroz, 45 añor, gañán, domiciliado en Chorombo.

A. P .- Sin importancia.

E: A .- Llega al servicio 1 22 de Febrero del presente ano después de cuatro dias de enfermedad, diciendo que espontáneamente le apareció un granito en el antebrazo izquierdo, el cual s, le agrandó rápidamente, hinchándosele el antebrazo en forma alarmante en el espacio de 12 horas. Se sient con cefaleas y gran dolor en todo el cuerpo. Decide irse al hospital en vista de que en miembro estaba todo hinchado.

E. O .- Enfermo de aspecto febril. Miembro

superior izquierdo edematoso, con preferencia el antebrazo y mano. Hay grandes flictenas negras en el borde externo, rodeándolas otras pequeñas de color amarillo. De estas sale liquido del mismo color que al secarse dejan costras amarillentas. Temp ratura 39°. Organos tóraco abdominales nada de especial. Se hace el diagnóstico de Pústula Maligna y se le inyectan 10 cc. de sangre de perro.

Dia 23 II 34 .- Sigue mucho me jor; pero la temperatura es de 39° en la mañana y de 39,5° en la tarde. 15 cc. más de sangre.

Dia 24 II 34. - Se siente bien. Temperatura 37,5 y 38°, mañana y tarde, respectivamente. El dolor del antebrazo ha descparecido. 15 cc. más de sangra de perro.

Dia 25|II|34.-Temperatura 36°. Se siente bien. 15 cc. más de sangre. En la tarde sube a 37°.

Dias siguientes, se suspende la sangre, no rube más la temperatura y el enfermo sigue en franca mejoria.

#### Caso N.o 2

Pedro Machuca Cepeda, 48 años. Llega al servicio el 26 de Febrero de 1934, contando que la ha empezado hace dos días un dolor al mismo tiempo que rubicundez en el dedo indice derecho. Al examen (e nota el dedo índice derecho enormemente aum ntado da volumen con flictenas negras. El edema se extiende a la mano. La temperatura es de 38º. Se le hace el diagnóstico de Pústula Maligna y se le inyectan 10 ec. de sangre de perro.

Dia 27 [II]34.-Temperatura en la mañana de 37º. Se siente bien, sôlo con un pequeño dolor en el dedo afectado, el edema se nota ligeramente disminuído. Se  $i_e$  inyectau 15 cc.  $d_e$  sangre. Temperatura «n la tarde d $_A$  37,5°.

Día 28 II 34. — Temperatura 36,5%. Se le ponen

20 cc. de sangre. La temperatura no cube en la

D'a 1.º III 34. v resto de los dias.-No sube la temperatura. Los síntomas locales pasan poco a poco.

#### Caso N.o 3

Margarita Soto Carreño, 6 años, San José. Lle-ga al servicio el 22 de Marzo del presente año con 38º de temperatura, envisda derde la calle por el Dr. Luis Oyarzún con el diagnóstico de Pústula Maligna del párpado inferior del ojo derecho y con la orden de colocarle 1 ampolleta de succo anticarbuncloso. La temperatura sube a 40% al poco rato de colocado.

Dia 23|III|34. Temperatura 40°. Edema del párpado inferior, superior y cara, lado izquierdo; edema que llega hasta el cuello. Hay delirio. La níña está decaída. A mediodía la temperatura es siempre de 40°. Con la venia del Dr. Oyarzín me permiti ordenar sa le inyectaran 20 cc. de sangre de perro. Media hora después la temperatura era de 38º, la cual se mantiene a esa altura por el resto de la tarde; pero la chiquitina ya no delira v está más tranquila:

Día 24 III 34. - Temperatura 37°, mañana y tarde. Se siente perfectamente, se sienta por si sola y rie. Tiene apotito. Se le colocan 20 cc. más

de sangre de perro.

Día 25/111/34.—Temperatura 36,5°. El edema va pasando poco a poco. La enfermita re siente muy bien. Se le colcean 20 ce. de sangre por última vez. En la tarde la temperatura sube a 37°.

Dia 26 HI 34 y siguientes.— La cafermita se siente perfectamente, no sube más la temperatura y entra en franca mejoría.

#### Caso N.o 4

Roberto González Pérez, 32 años. San José, jornalero. Víve en la misma casa de la enfermita anterior. Entró al servicio el 11[IV]34. Llegó con un gran edema del dedo pulgar derecho. Con tu clásica flictema negra y rubicundez. El edema se extiende a la mano y aun al antebrazo. Cuenta que esto le empezó a raíz de haber desuerado un animal "muerto de la sangre". Temperatura 39,8°. Se nota muy intoxicado. Después de hacerl, el diagnóstico de Pústula Maligna se le inyectan 20 cc. de sangre de perro.

Día 12 IV 34.—Se siente bien. Temperatura en la mañana de 38,5°. Se le inyectan 20 cc. más de sangre. En la tarde sube la temperatura a

39,3%.

Día 13|IV|34.—Temperatura 38°. Como el enfermo e siento bien y los síntomas locales disminuyen, se le colocan por última vez otros 20 cc.

de sangre.

Dia 14 IV 34 y siguientes.—Temperatura por debajo de 37°. El enfermo entra en rápida mejoria. El dia 17 presenta urticaria que pasa con un purgante y una ampolleta de cloruro de calcio al 20 %.

#### Caso N.o 5

Hortensia Jiménez. 30 años, Fundo La Vega. Se ocupa en atender sólo las cosas de ru casa. Llega al servicio el 23 [HI]34 enormemente intoxicada, dolor intenso en la mano y miembro superior derecho. Al examen general se encuentra un embarazo de 9 meses. Organos torácicos sanos. Cuenta que hace tres días lo empezó un dolor en el dedo mediano de la mano derecha, dolor que ella lo atribuyó a la picadura de un insecto. A las pocas horas el dolor había aumentado, acompañándose de edema y rubicundez. Alarmada al tercer día por la extensión rápida que tomaba su mal se vino al hospital en donde se comprueba una Pústula Maligna. Temperatura 39,5°. Se la colocan 20 cc. de sangre de perro.

24 HI 34. — Temperatura 38° en la mañana. La enferma ha pasado buena noche, el dolor ha disminuido. Los sintomas locales ectán iguales, no aumentan ni disminuyen. En la tarde la temperatura baja a 37,5. Se le ponen 20 cc. más de

sangre.

25|III|34. — Temperatura 37°. Sigue bien. 20 cc. de sangre. Temperatura en la tarde de 37,5°. 26|III|34. — Temperatura igual al día anterior

mañana y tarde. 20 cc. más de sangre.

27|III|34. — Se cuspende la sangre de perro. La enferma está buena, sólo siguen disminuyendo en forma más lenta los síntomas locales. 28|III|34. — Y restantes. La "nferma signe muy bian.

30 HI 34. - Parto normal en perfectas condiciones.

#### Caso N.o 6

Ro a Bravo, 39 años, lechadora. Isla de Chocafán. Liegó al Policinico del Seguro Obligatorio el 14 [III] 34 quejándose de que, le había salido espontáneamente, hacía diez días un grano en el dedo índice derecho y que éste se le había agrandado y puesto negro rápidamente. Temerosa de que fuera "el grano" viene a consultar. Efectivamente se trata de Pústula Maligna, vulgarmente llamada. "El Grano" en esta zona.

Mano edematosa con flictenas pequeñas amarilias y una grande con liquido negro en el fidice derecho. Temperatura 39,5°. Se le envía al hospital con la indicación de ponérsela sangre de perro. Se le colocan 5 cc. solamento por indisposición del

donante.

Día 15 | III | 34. Temperatura de 38º en la mañana. La noche la ha pasado bien y el dolor ha desaparecido. Se le ponen 5 ce. más de sangre y en la

tard, baja a 37,5%.

Día 16/III/34. — Temperatura 36,5° todo al día. Se le ponen 15 ces más de sangre y la temperatura no sube más hasta que se le da de alta el 21 del mismo mes.

#### Caso N.o 7

Juan Martinez Astorga. 41 años, jornalero. Entró al 8 de Mayo del año 34. Dice que le ha picado hace 4 días, un pájaro en el parpado inferior derecho. El enfermo está pálido. En les pulmenes no hay nada de especial. Está profundamente intoxicado y decaido. Al examinar la cara se ve que cetá enormemente edematosa y con
el ojo derecho cerrado, habiendo ahi una flictem
jigante de color amarillo. Se le hace el diagnóstiao de Pústula Maligna. La temperatura ces de
37.5º. Parcee que el enfermo no se defendica orgánicamente. Se le ponen 20 ce, de sangro de
perro. El enfermo se siente poco rato después más
animado y más rosada la cara.

Dia 9 V 34. — La temperatura es en la mañana de 38,5°. Se le ponen 20 cc. Inão de sangre y en la tarde tiene fiebre de 40°; pero el enfermo está desintoxicado y muy animado.

Din 10|V|34. Temperatura 39,5%. Se le pouen

30 cc. más de sangre. En la tarde la temperatura es igual.

Día 11 V 34. Temperatura 38º mañana y tarde. So le suspende la heterohemoterapia en vista de que el enfermo se siente bien, solamente que los sintomas locales siguen retrocediendo en forma más lenta que los generales.

Dia 12 del mismo mes igual en todo que el an-

terior

Día 13 V 34. La temperatura baja a la normal y sigue los demás días. Los sintomas locales siguen mejorando regularmente lento; pero los generales desaparecieron del primero al segundo día, salvo la temperatura.

Se va de esta con una retracción cicatricial de los párpados. Se envia a Santiago donde el doc-

tor Barrenechea.

#### Caso N.o 8

Segundo Meza Vera, Popeta, soltero, 31 años. Llega al servicio el 15 de Mayo de 1934. Se le hace el diagnóstico de Pústala Maligna de la mu-ficea derecha. Temperatura 38°. Antébrazo inflamado y con flictenas negras sanguinolentas. Aspecto general febril e intoxicado. Se le colocan

20 cc. de sangte de perro.
Día 16 de Mayo-34. — Amanece subjetivamente en perfectas condiciones. Temperatura 37º. No se le pone más sangre para ver si con la prime-ra basta. En la tarde sube la temperatura a 37,5°; pero desde el día siguiente no sube más y

el enfermo (ntra en mejoría rápida.

### Caso N.o 9

Este es el caso en que el efecto de la sangre de perro ha sido digno de considerarlo en un folletin por su acción maravillosa y rápida en obrar: José Pio Hernández. Isla de Chocalán. Llega al servicio el día 13 de Junio a las 7 P. M., traido por la ambulancia de la Casa de Secorros de San Manuel, en estado agónico. El personal de practicantes le hacen el diagnóstico de Púrtula Maligna. A las 10.30 P. M. me telefonearon narrándome el caso, y después de admitir que se trataria de una Pústula Maligna de la región cervical con asfixia grave y con 37,5 de temperatura aconsejé inyectarle 40 cc. de sangre de perro. Se cumplió lo dispuesto con ligeras dificultades y al día siguiente pude ver que el enformo no sólo estaba vivo sino que milagrosamente mejorado. De-bo decir aquí la opinión de los practicantes y ya acostumbrado a ver carbunclo-os. Los pri-meros compararon el caso con otro que hacía algunos meses atrás habín llegado con el carbunelo en la misma región y en mejores condiciones de saind que este otro; pero a aquel no se le colocó sangre de perro sino suero anticarbuncloso porque el colega que lo mandó al servicio quiso emplea, un tratamiento conocido ya que al enfermo lo consideró grave y teníamos sólo un caso hasta ese momento tratado con la sangre de perro. Pues bien, nuestro enfermo que tratamos don sangre venía mucho más grave que el anterior, el cual murió en la misma noche, y como digo más atrás nuestro paciente no sólo vivió sino que se sintió inmediatamente mejorado, a los pocos minutes ya podía respirar y daba gracias a Dios.

El día 14 por la mañana pude comprobar que efectivamente se trataba de una Pústula Maligna de la región cervical que la había contraido afeitándose el día 10 con un hisopo de crin de animal muerto del carbunelo.

La temperatura era por la mañana de 38,5°. Se le colocam otros 40 cc. de sangre y en la tarde sube a 39°. El enfermo se siente mejor; pero lo molesta mecanicamente el edema jigante del cur-llo el cual le comprime la laringe. Dia 15/VI/34. Temperatura 38°. Se le colocan

otros 40 cc. Sube en la tarde la fiebre a 38,5°. Dia 16 VI 34. Temperatura igual al día anterior. El enfermo está completamente desintoxica-do; pero la presencia del edema mecánico le molesta bestante para respirar. Se le bace un dec-na capitar; pero sin efecto. Pienso en una traqueotomía. Sólo hay una canulita para guagua. Voy a Santiago. En la Central de Compras no quedaban tampoco cánulas para adultos. De regreso a Melipilla pienso durante el viaje en una substancia hipertónica intravenosa para atrace el líquido de los tefidos. En tanto llego a mi casa telefonéo por el enfirmo, me dicen que tiene 38,5º y que la respiración siempre es dificultosa. Ordeno inyectarle 40 cc. de suero glucosado al 300 por mil. Al poco fato después puede respirar con mucho más facilidad. Día 17/VI/34. — Temperatura 37º. No se le

inyecta sangre de perro; pues se estima innecesa-ria. Se le colocan otros 40 cc. del mismo sucro glucosado y desde entonces el paciente entra en

franca mejoria.

#### CONCLUSIONES:

1.0 La invección de sangre de perro produce desde los primeros momentos una desintoxicación rápida y segura en los enfermos de Pústula Ma-

2.0 La sangre de perro produce detención de los síntomas locales en la misma enfermedad y siguen retrocediendo con la misma velocidad que con los otros tratamientos, cuando estes han dado buenos resultados

3.0 Este tratamiento no produce choc algunas veces una pequeña elevación de temperatura que en todo caso puede estimarse como favorable para el paciente, ya que lo estimula a la

defensa.

### Peritonitis de Etiologia Oscura

Dr. OSCAR HERRERA A.

(Consultorio Unión Americana)

Nuestra enferma ingresa al Servicio el 10 de Diciembre de 1933. Se nos envía de una Clínica Quirúrgica, donde comprueban una ascitis, con líquido de exudado. Nos piden nuestra opinión sobre la etiología de este proceso. Veamos, primero, lo que nos da el interrogatorio:

Se trata de una enferma de 45 años, cuyos antecedentes hereditarios, personaks y mórbidos, no tienen relación con su enfermedad actual. Sus menstrucciones fueron normales hasta hace tres años, fecha en que se inicia su menopausa. No

ha tenido hijos ni abortos.

Su entiprimedad actual data desde Noviembre de 1933: se inicia con sintomas de una dispepsia hiposténica, notando que su abdómen aumenta de volumen. Después de un período de diarreas que duran dos semsmas, se instala su habitual constipación y su vientre llega a adquirir un tamaño tal, que la decide a hospitalizarse. Debemos agregar que la enferma también acusaba sintomas vasculares periféricos: calambres y enfriamientos y pequeños sintomas, de disistolia. En esta misma fecha presenta fenóments moncarticulares de la rodilla izquienda, que pasaron espontáreamente. En su examen físico se comprueba una enfer-

En su examen físico se comprueba una enferma en posición activa, apirética, con un pulso de 92, regular, presión de 18-11 (vaquez) y un peso

de 64 kilos.

Su estado nutritivo era satisfactorio. En el corazón anotaremos un "soplo sistólico" de la base con reforzamiento del segundo tono. En su aparato respiratorio no se comprueba nada de patológico. Nos detendrimos algo más en el examen do su abdomen. Este se presentaba distendido con la forma clásica de batracio y circulación venosa muy discreta. El higado tenía su tamaño normal. El bazo no se percutia. No existia edema externo.

En presencia de esta ascitis libre, se practica ura punción y el líquido extraído da los caracteres de un exudado con 35 por mil de albúmina, reacción de Rivelta positiva, glóbulos rojos abundantes y liprocitos escasos. Un segundo examen, hecho un mes después, da 42 por mil de albúmina. La "orina" era normal. REACCION DE KARN, positiva débil. El RECUENTO Y FORMULA SANGUINEA era normal. El EXAMEN RADIOS-COPICO Y ORTODIAGRAMA del corazón, revelaron una aorta ensanchada con reacción muy modarada del ventriculo izquierdo.

En resumen: nuestra enferma presentaba una peritonitis y debiamos pronunciarnos sobre su etio-

logia.

Como se sabe, tres factores etiológicos deberían ser los que trinan que detener especialmente nuestra aterición: ¿PERITONITIS LUETICA? ¿PE-RITONITIS CARCINOMATOSA? ¿TUBERCU-LOSA?

No nos vamos a detener en detalle a hacer el diagnóstico diferencial de cada una de estas formas de peritonitis y de ctras formas más raras que cabrien dentro de esta discusión.

En favor de una PERITONITIS LUETICA se níamos — a pesar de la ausencia de todo antecedente — una REACCION DE KAHN dudosa y 
una AORTITIS que podría (r atribuída: a la 
lúe Pero, — como se sabe —, lo frecuente es 
que la ascitis depende de la lesión hepática y que 
presente esplencuegalia. A pesar de que nuestra 
enforma no correspondía a estos caracteres, practiquemos un tratamiento con CIANURO DE MERCURIO.

En contra de una PERITONITIS CARCINO-MATOSA teníamos el buen estado general. Por otra parte, el examen Radiológico nos aseguraba la integridad del aparato digestivo. Por fin, el examen ginecológico nos hacía desechar toda afección que partiera de sus genitales.

Por exclusión de setas formas de peritonitis crón.cas, luética y carcinomatosa, y la exclusión de otras formas raras de exudados peritonales, debiamos llegar a la conclusión diagnóstica de una PERITONITIS TUBEROULOSA. Sin embargo, la prueba biológica — la inoculación al cuy, fué NEGATIVA y nuestra impresión clínica se resistía un poco fuerte a esta hipótesis. En efecto, la enferma tenía 45 años, su estado general era bueno, el antigeno metilico, la luz solar, las vitaminas, utc., no influenciaban en la más minimum la desesperante cronocidad de este pretendido derra me tuberculoso.

Pilizmente para la enferma y para nosotros, aparece un nuevo sintoma: dolores articulares en el hombro y en algunas articulaciones metacarpafalángicas. Se inicia entonces un tratamiento salicilado intenso alcanzando en el espacio de 18 días la dosis total de 124 grs. Pocos días después, junto con desaparecer sus artralgires, se reduce enormemente la ascitis, la diuresis aumenta de 600 cc. a 1,000 cc., mejora el apetito, la enferma se aliménta y se sente tan agradecida al salicilato que ella misma se opone a que suspendamos esta medicación. Sin embargo, para tener una comprobación clínica, se interrume la curra salicilada y vuelve a caer la diuresis a 800 cc, y 600 cc. Sa prosigue el uso y volvemos a obtener una mejoria franca.

Abandona el Servicio a mediados de Junio de este año, con 51 kgrs. con un pulso de 74, sin ascitis y sin molestias subjetivas. Le recomendamos vuelva al Servicio y le prescribimos pequeñas dosis do salicilados en forma discontinua.

Los terapettos dicen que el salicilato % un medicamento específico, por contiguiento, todo lo que cura el salicilato es reumático (?). Orcemos evidentemente que no; que toda medicación, además de su especialidad, tiene efectos para específicos. Pero, en nuestra enferma nos asisten buenas razorias para penear que se trate de una peritonitis reumática:

1.0) La falta de respuesta absoluta a toda me-

dicación que tendía a modificar un posible birrino tuberculoso o luético;

2.0) La rápida mejoria con el salicilato, coincidiendo con la desaparición de los fenómenos ar-

5.0) La suspyrsión de la medicación agravó el cuadro.

Por último, nos preguntamos: ¿Hay razón para excluir el peritoneo del ataque del virus reumatico? El virus reumático tiene simpatia por la pleura, pericardio, endocardio, articulaciones y en un últimy Congreso se sostuvo que también era capaz de provecar esofagitis y apendicitis. ¿Es posible, entonces, admitir, para un virus de tan multiples localizaciones, una antiputía tan manifiesta frente a la serosa peritoneal? Nuestra enforma nos conesta en forma contraria,

La única razón para rechazar la etiología reumática siría el hecho de que este cuadro aún no esté descrito en la Patología. Creemos que no todes los dolores y afecciones que diagnosticamos, en nuestros asegurados, como reumáticos, son reumáticos, pero que tedavía no todo el Reumatismo stá en la Patología.

### Cancer Metastásico Pulmonar y Pericardico

Dr. GUILLERMO VELASCO MORA

Médico Dimiciliario del Consultorio Santos Dumont

El caso que vames a relatar tiene el interés cli. nice de haber sido seguido desde su iniciación en su domicilio hasta el hospital, donde fue trasla. dado en vista de las complicaciones que iba presentando en forma cada vez más dramática y que se desarrol aron en menos de dos semanas, sin haber prisentado antes el menor sintoma que hi-ciera pinstr en la gravedad de su enfermedad original.

Asegudada N.o 38343 M. L. C., de 24 años de edad, consulta por primera vez en Agosto de 1933, por fenómenos de anemia, cefalcas y va. hidos; el examen en esa ocasión fué negativo. Sus reglas eran normales. El 30 de Junio de esta año soy llamado en el servicio domicibario por un resfrio que había comenzado hacía una semana, obligándola desde hacia dos días a guardar cama por fenómenos bionquiales, de mpañados de asfixias, dolores articulares y malestar gene.

En el xamen comprueb; sibilancias y esterto, res bronquiales en ambos campos pulmonares; tonos cardíacos ligeramente apagados, pulso 96 y temperatura, 37,5. Pienso en una Bronquitis sub. aguda asmatiforme y le déjo el tratamiento le rigor. Soy llamado nuevamente el día 3 de Julio, y habiendo comprobado que sus manifestaciones persistian acompañadas de taquicardia, sensación de asfixia y malestar general, le aconsejo la hos. pitalización.

Es hospitalizada en el servicio del Profesor Garreton, observación N.o 43759. Antecedentes mórbidos sin importancia; madre muerta de afrección cardisca a los 30 años; seis hermanos, des mu rtos en la primera infancia; los demás viven y son sanos. Regló a los 18 años en forma regular de 7 a 8 dies de duración.

Al ingreso se encuentra una enferma, districa, cianótica, con gran palidez y enfriamiento de las extremidades, s n pulso, hipotérmica y cuya pre sión arterial es inapreciable al Vaquez.

En el examen físico: enferma joven en posición pasiva, muy disneica (42 por minuto). Color te-rrose pálido de la cara que contrasta con la ciaros,s de los labios y lóbulos de les orejas; conjun. tivas sucias. En el cuello se aprecian las venas ingurguitadas y es notan latidas arterfales.

En las pulmones: respiración soplanta difusa; en el compo der cho se oyen estertores roncan-tes y sibilantes difusos; en el izquierdo, los mismos signos, pero a nivel de la linea axilar post. y a la altura del tercio medio se oyen algunos subcrépites. La sonoridad no está alterada

En 181 corazón: taquicardiz, por cuya razón no es pisibi; individualizar los tonos.

En el abdómen no se aprecian signos conges, tivos orgánicos ni dolorosos. Ertremidades: ede ma discreto de ambas piernas y cianosis de las ex. tr\*midades.

Como hipótesis diagnóstica se piensa entonces en: Bronquitis subeguda. Insuficiencia cardio vascular.

EVOLUCION CLINICA: El día 5 de Julio se le coloca Digitalina endovenosa, se hace cay'n t miento. Temperatura 37,5 . Pulso imperceptible; no marca el Vaquez.

El dia 6 persiste en las mismas condiciones. Surro glucisado al 47% 500cc. Ertracto suprerrenal cada 8 horas,

El día 7 amanece menos cianótica y disneica. La presión arterial hasta ahora imperdiptible se puede tomar en Max: 91/2-6 al Vaquez. El exa. men pulmonar y cardiaco en el mismo estado. Diuresis 700cc.

El día 8 siempre el pulso no se apreia; sucro gluccisado, suprarrenal y estricuina dada 8 horas. Diurésis 1200cc.

El día 9 en el «xam«n pulmonar se aprecia «n la región izquierda parte media, una región de crépitos. Resto del examen igual. Taquicardia; disneica de 32 por minuto; cianosis.

Examen de crina: reacción ácida; D 1015; urobilina poco aumentada; Cloruros 1,8 por ciento. Urea

9,10%0; Albumina indicios.

En el examen microscópico: glóbulos de pus en gran cantidad; glóbulos rojos abundantes; células descamativas en regular cantidad.

Reacción de Warsermenn y Kahn negativas. Electrocardiograma cha 7 de Julio, con el diag. nostico de Bronquitis subaguda; estado grav<sup>5</sup>, no se aprecia pula radial, da como resultado: Rit. moregular de 135 por minuto; llama la atención la deflexión mayor de los comprejos y que sean altos y bajos en forma alternada. Como conclusión: Taquicardía sinusal. Prepondêrancia ven, tricular derecha con signos de alteración miocár dica. Alternancia eléctrica de dificil interpretación. (Dr. Hewgé)

El día 10 la enferma pasa mala noche. Contimis muy dismica y la calansis de los labios, ore, jes y manes es pronunciada. En el examen pulmonar la respiració es soplante en ambos pulmo, nes, pero en la bad izquierda es mayor. Estertores sibi antes y roncantes disemanados. Mucha tos

con desgarro

En el examen cardiaco siempre gran tsquicardia que dificulta el examen. En la punta se aprecia de vez en cuando un roulement pre-sistólico.

Se hace otro Electrocardiograma que da: ritmo regular de 125 por minuto. Persiste la alternancia de los complejos sin alternancia del pulso; se han aplanado las endas Tl y T2. Como conclu. sión: taquicardia albusel. Alternancia Wéctrica. Ha aumentado la alteración miocárdica.

El día 11 fallece a las 10 horas,

Como comentario el médico de la sala hace notar que esta enferma presentaba a su ingreso un quadro de héperdismes, junto con cianosis y pali, dez, con pulso y tensino arterial imperceptibles, que no guardaba relación con el cuadro pulmonar; esto unido al examen electrocardiográfico al roulments pre-sistólico que su pircibia en la punta lo hacin suponer una afección mitral latente en la cual un proceso perisférico y central que fué .rreductible a todo tratemiento.

Va autopsia con el diagnóstico de: Bronconeumonía. ¿Mitral? Insuficiencia cardio vascular.

EL DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

dió el siguiente resultado:

Cáncer del ovario izquierdo más o menos del támaño de un durazno chico con múltiples nietástasis, que ocupan los ganglice lumbo aorticos principalmente del lado izquierdo, los ganglios supraclaviculares y caroticeos del mismo lado, el pulmón izquierdo y adimás, numerosas priqueñas matástasis que tapizan la superficie pericardiza visceral a rivel de los gruesos troncos arteriales, Per.carditis fíbrino hémorrágica con hemepericardi, de 1400 a 1500 grs.

Anemia acentuada del miocardio, higado y riniones; edema más o menos acentuado de los miem, bros inferiores. Hidrotóraz bilateral. Nuncirosos cálcules mixtos en la vesicula Biliar. (Dr. Ro.

driguez)

Se trataba, en resumen, de una metástas:s cancerosa secundaria del pulmén y pericardio cuyos primeros sittômas futran solamente fenúmenos de bronqutis con tendencia asfíctica y que junto con movilizarse al hospital, tal vez por los movimientos del trasl-do presenta un cuadro de colapso cardio vascular grave atribuíble a un hemopericardio de origen canceroso por ruptura vas, cular.

Na es raro por lo demás la volución solapada de un cáncer metastático. Ameuille y Mordet dice que en muchas ocasiones por su evolución solapada el cáncer metastásico, especialmente el pulmonar, no es descubierto sino en la mesa de autop, sia p em otras, permanece enmascarado por sin, dromas que no lo diferencian en nada de afecciones toracicas y pulmonaries corrientes. En general, el cáncer secundario en su aspecto macroscópico está en relación con la vía seguida por el infar to meoplástico; formado de un sólo bloque cuando se trata de una propagación de vecindad, afecta el tipo nedular o miliar, como en nuestro caso, cuando es el resultado de una metástasis sanguinea.

En los casos de cáncer metastásico, dice Brugch, puede observarse el cuadro de la seudo the miliare se desarrolla un grave cuadro tóxico sin marcados signos de parte del pulmón. En estos casos suele ser muy pequeño el carcinoma prima, rio que desde otro órgano dió lugar a la formación de tales metastasis.

Tampoco es muy rara, como en el caso nuestro el gran predominio de la insuficiencia cardía, ca. Schlessinger cita casos en que una insuficien, cia cardíaca, resultante del desarrollo de un carcinoma pulmoner o pleural puede ocupar un lugar tan preminente en el cuadro morboso que sólo sea diagnosticado el padeciménto del miceardio y pa. 3º inadvertido el proceso pulmonar.

Es también, interesante anotar que se trataba de una mujer joven de 24 años y que antériormen, te no había presentado ningún sintoma que le llamase la attrición presentandose solamente el cuadro que anteriormente hémos descrito y que terminó con la unferma en menos de dos semanas.

BOLETIN MEDICO

## 4.a Reunión Clínica en el Servicio de Enfermedades Bronco-Pulmo-

### nares de Santiago.

(Celebrada el 25 VII 34)

Presidió el Jefe del Servicio, Profesor H. Orrego Puelma, y asistieron los soñores doctores: Rubén García Valenzuela, René García Valenzuela, Rafael Lorca, Rafael Hevia, Alejandro Reyes, Manuel Moreno, Honorio Aguirre, Eduardo Krügger, José Ansola y las Visitadoras Sociales, señora Cristina de Restat, Laura Bravo de C. y Cristina Frías.

Dr. Orrego.-Entra a tratar e! tema "Consi. d raciónes sobre el trabajo armónico de médicos y visita oras sociales". Recuerda la importancia trascendental que tienen las actividades de las Visitadoras Sociales en los Consultorios europeos. En el Dispensario "León Bourgeois", cuando él hizo su práctica allí, el enfermo era recibido por la Visitadora, la que realizaba inmediatamento el comienzo de su encuesta, la cual era completada al día siguiente con la visita domiciliaria respec-tiva; el médico no recibia a ningún paciente sin tener todos los datos de orden social que le per. mitieran resolver, no sólo sobre la ubicación del tuberculoso consultante sino sobre todas las medi. das a ordenar respecto a las personas de la familia y demás que actuaban en el nido tuberculoso. En la actualidad, estas labores siguen completan. do en forma absoluta las actividades de los tisiologos.

Hace presente que es indispensable para resolver el envío de un enfermo al Hospital o al Sa. natorio, no sólo tomar en cuenta los factores elínicos que así lo aconsejan, sino que, y en forma primordina, las consideraciones sociales que se desprenden de la cuenciata de la Visitadora; un enfermo que tenga casa higiénica, pieza sólo, y cultura suficiente paro asimilar las recomendacio.

nes profilácticas que le hagan estará indudablemente mejor en su propia casa y no le disputará la cama sanatorial a otro tuberculoso que carezce da tedas oas condiciones enumeradas. En cambio, el enfermo indisciplinado, en malas cendiciones económicas, aún cuando su estado tesio, nal y general permita el tratamiento ambularorio, deberá ser llevado cuánto antes al establecimients donde la vigilancia medica y el régimen se, vero eviten los perjuicios personales y colectivos que los maios cuidados de su enfermedad significarían. A pesar de nuestro armamento anti-tuberculoso incipiente, siempre debe tratarse de hacer algo por la familia del tuberculoso. y sa la Visitadora la que debe poner en práctica las indicaciones de los médicos en lo que respecta a la mujer e hijos, especialmente menores, del asegurado tuberculoso.

Insiste sobre que es imposible actuar en Tisio. logía prescindiendo del aspecto social que es el que dirige las resoluciones terapéuticas a tomar. Recuerda algunos datos de autores americanos y franceses y las cifras establecidas como setandard en el rendimiento de trabajo de las Visitadoras; ellas fijan 2,500 visitas anuales para cada funcionaria, y 8 visitas anuales por término medio para cada caso grave diagnosticado; cree que la primera cifra es excesiva y adaptable sólo a ciudades o en cuartoles bien delimitados y con muy buenas vías de comunicación, a cargo de cada Visitadora. Exhibe a continuación las cifras del rendimiento provistas durante el año 1930 por las Visitadoras Sociales de algunos Consultorios Buropeos, según el cuadro que se inserta a continua-ción, de la obra "Profilaxis" de la Tuberculosis en Europa", per E. Burnet.

Poblac, servida N.o Visitas N.o Visitadoras Cada Visitadora Amsterdam 755,000 47,000 28 1,600 Turinjia .. .. 7,600,000 41,000 20 1.050 Paris (Sena) .. 4.700,900 168,000 181 900 Viena .. .. .. .. .. 1.863,000 85,000 90 1,000 Lomdres (Battersea) 167,000 3,800 1,930

Dr. Ruben Garcia V. - Presenta dos casos deneumoconiosis con el objeto de acrecentar el número de observaciones que se presentarán en esta

rtunión sobre este mismo tema

La primera observación se refiere a un hombre de 46 años que aende al Consultorio el 23 de Mavo de 1934. Entre sus antecedentes anotamos de importancia los siguientes: Desde hace más o menos 30 años trabaja en minas de cobre como barretero. El año 31 tiene una neumonía izqui rda. No acusa antecedentes específicos.

Dice que su enfermedad actual data desde una semana en que tiene una hemoptisis de regular intensidad; actualmente tiene estrías de sangre en la espectoración, la que es de color apizarrado. Al examen físico se encuentra en el torax sólo algunos estertores subcrepitantes en la base izquierda. En el resto del examen no hay nada de especial. Los exámenes de laboratorio a su ingreso revelan los siguientes datos:

Radiografia. - Pequeñas sombras diseminadas en ambos eampos pulmonares. En la base izquierda las sombras han formado un pequeño con-

glomerado.

Baciloscopia. - No se encuentran B. de Koch. R. Wassermann. -- Negativa.

R. Kahn. - Positive (+).

Con los antecedentes del enfermo cobre su oficio anterior y tomando en cuenta los datos que nos proporciona el laboratorio, hacemos el diagnóstico Neumoconiosis en su primer estado (aspecto granúlico de la radiografía) eso si, que damán. dones la atención la falta disnea y el comienzo de la afección por hemoptisis. Se podría pensar que hubiera una tuberculosis discreta sobre agregada. La volución posterior del enfermo ha sido bastante favorable y una radiografía tomada un mes más tarde revela más o menos el mismo aspreto que la anterior; la espectoración ha dis-minuido, lo mismo la tos; la baciloscopia se mantiene negativa. Una última radiografía un mes después demuestra que las sombras han disminuido bastante y en el fondo se aprecia una tra-ma pulmonar marcada. Posteriorm nte la espectoración ha seguido disminuyendo y se ha aclarado. Se seguirá tratando de despistar la existencia de una tuberculosis pulmonar sobre-agre. gada.

La segunda observación pertenece a un enfermo de 50 años que consulta por primera vez el 17 de Julio de 1934. Entre sus antecedentes refiere que trabaja como barretero en minerales de cobre desde hace 17 años. Niega antecedentes especificos y mórbidos de importancia. Dies que desde hece des meses sufre de tos, espectoración, disnea de esfuerzo, dolores torácicos y disfonía. Al examen físico se enenentra en el torax una respiración soplante en el pulmón izquierdo y la presión arterial nos revela una hipertensión de

Los examenes de laboratorio agregan los si-

guientes datos: Radiografia. - Sombras difusas en ambos hemitorax formando un conglomerado en el tercio inferior del pulmón derecho y otro en la parte media del izquierdo.

Baciloscopia, - No se encuentran B. de Koch. R. Wassermann y Kahn. - Negativas.

El examen laringológico comprueba una infiltra-

eión interacitacoiden y diagnostica tuberculosis

Considerando los antecedentes y los exámenes practicados, hacemos el diagnóstico de sílico- tuberculosis.

Dr. Manuel Moreno. - Presenta el caso de D. C. A.; 54 años, casado.

Antecedentes familiares: negativos.

Amtecedentes personales: Chancro duro en 1912. Se trató 20 días en el Hospital del Salvador, En

1928 neumonia que duró 20 días,

Enfermedad actual: A consecuencia de un respor trabajar dentro de una mina, en Abril de 1934 comienza con dolores de espalda, adormecimiento a las piernas y disnea com el esfuerzo. En dos meses dice haber perdido 4 kilos. Pesa 541/2 kilos, Temperatura 36.4°, Pulso 96, Respi. raciones 26 de tipo abdominal de preferencia. Denteduta incompleta. Afortate distreta. No hay espectoración.

Pulmones: 23 supriores, submates. No hay estertores. La respiración es soplante en los bilios y las bases. Corazón: 2º tona reforzado.

piensa desde luego, en una lue pulmonar. Radiografía. - Diafragmas libres. P. I. vértice velado. P. D. pequeñas sembras en el vertice. Ambas regiones infraclaviculares y parte del tercio medio con sombras difusas; resto con sombra homogénea, en el tereio inferior algo di-fusas en la parte lateral. Hilios gruesos. Conelusión: Tuberculesis bilateral y neumoconiosis.

Radicicopia. - Sombras de infiltración en ambas bases. Campos superiores más o mi nos des-

R. Wassermenn. — Hemolisis retardado. R. Kahr. — Positiva (††).

Bacilescopia. - Negativa (en dos ocasiones). Orina. - Normal.

En estas condiciones se ha insistido en mavores detalles en su observación y el enfermo que en su trabajo está obligado a absorber grandes cantidades do polvos minerales. Que en dos ocasiones el médico de "El Tenicute" la ha dicho que sufre pulmonía y en dos ocasiones la ha licho che trasladar de cantón y cambiar de trabajo. con le cual se ha respueste considerablemente.

En consecuercia, se trató aquí de una neumoconiosis involucrada en un luético antiguo.

Con respecto a la variedad de esclerosis pulmo. nar erónica con relación al agento causal creo que es mixta. El enfermo por su trabajo mismo, está obligado a absorber polvos minerales de natura. leza variada, es decir, una verdadera mezela de numerosas substancias minerales incluyendo la silice y el cobre, substancias que se han estado acumulando en diversas regiones pulmonar s y la sifilis existente ha ayudado a provocar los pro-cesos de cirrosis que comunmente tienen lugar a desarrollarse en estos pacientes.

No es pues una silicosis pura como en muchas otras ocasiones ya hemos tenido ocasión de observar, pues, el curso mismo de la afección en este paciente co es tan fulminante como en los que trabajan en la fabricación de vidrios. Este enformo cada vez que puede alejarse de la atmosfera que lo incapacita, se repone considera. blemente. En la actualidad tiene pulso 78, res-piración 18, p7 so 58,300 kilos. Por último, es de desear que este enfermo, unido a los numerosos casos que ya hemos conocido y siguen presentindosa, sirva de estemento atrobatorio para que s an atendidos como accidentados en el tra-

Dr. José Ansola. - Presenta el caso de M. R., de 48 años de edad. Minero perforista. Trabaja 30 años en minas de cobre. Actualmente pres-taba sus servicios en la mina "Disputada", Las Condes. Llega al Consultorio de Brenco pulmonares con el diagnóstico de tuberculosis pulmenar y aertitis. Es de advertir que trafa una radiografía un informe clínico categórico de tuberculosis pero sin examen bacteriológico de desgarro.

En la anamnesis no acusa antecedentes hereditarios ni familiares de tuberculosis. El hecho de ser minero nos hizo investigar por el lado de una afección no tuberculosa. El enfermo acusa hace años una afección febril con tos y desgarro con pintas de sangre que indujo a médico de la mina a considerarla como de ctiología tuberculosa. Sin embargo, el enfermo reaccionó rápidamente y siguió trabajando siempre con tos y desgarro de color negro y a veces con pintas de sangre. Poco a poco se va instalando una dishea de esfuerzo que el enfermo atribuye a la altura. En Marzo de 1934 sus molestias son intolerables y se le aconseja bajar a Santiago. La disnea se ha lecho espontánea y la tos se presenta en for-ma de accesos asfícticos. El desgarro se hace más bemoptoico día a dia.

El Servicio de Bronco-pulmonares (Dr. Orrego) se le examina en Abril de este año y se comprue. ba un estado general relativamente bueno, dissea espontánea y al examen elínico, submacicez en la región interescapular derecha, respiración soplante en ambas region's subclaviculares y signos adventicios muy escasos 4 baciloscopias son

negativas.

La radiografía (28 Mayo-34) establece un gran proceso de infiltración en los 2|3 superiores de ambos campos.

Para mayor comprobación del diagnóstico planteado se practica una R. de Wassermann que fué negativa, y una R. de Kabn que dió resul-tado dudoso (†).

Un ortodiagrama practicado por el suscrito demuestra la inexistencia de una aortisis;

Por último, se procede a una inoculación ex-perimental efectuada por el Jefe del Laborato-rio de la Unión Americana, Dr. Felipe González, que no demuestra signo alguno de infección tuberculosa en la autopsia de los dos consjos que

sirvieron a la experimentación.

Con todos estos antecedentes y exámenes nos creemos autorizados a afirmar la existencia en este enfermo de un proceso de Neumoconiosis pura en el 2.º estadio.

Dr. Honorio Aguirre. - Presenta el caso del asegurado A. I.; de 19 años de edad, soltere.

Antweedentes hereditarios: El padre falleció de causa desconocidiq. Madre viva, aparentemente sana. Han sido 3 hermanos, de los cuales falleció uno, ignorándose la causa.

Antecedentes personales: Blenorragia aguda complicada de artritis gonocécica tibio-tarsiana izquierda en 1931. R. Wassermann negativa en 1932. No acusa otras enformedades anteriores.

Enfermedad actual: Según el enfermo, en el año 1928, ingresó a la Fábrica de Vidrios Av. Vicuña Mackenna 1248, trabajando, en diversas farnas hasta principios de 1933, en que pasó a

Irabajar al Molino de este establecimiento, euva atmósfera pasa sobrecargada de polvo de sílice. Ahí permaneció un año y medio más o menos. Como a los dos meses de estar trabajando en este Molino empezó a tener tos seca al principio y posteriormente con escasa espectoración muco-sa, haciendose la tos cada vez más intensa y persistente, siendo este síntoma uno de los que le causa mayores molestias. Poco después también empieza a sufrir de dolores de espalda, más acentundos a la base del hemitorax izquierdo y pesteriormente a la región precordial

En estos últimos mests se manificata una astenia y disnea de esfuerzo que se han venido haciendo cada vez más pronunciadas; ligera cianosis de los labios; palidez; enflaquecimiento no muy marcado, y ligera disfonia. No acusa en es-te lapso alzas de temperatura, excepto un estado gripal que sufrió en Mayo próximo pasado.

Examen objetivo (20-VII-34): Faferm, algo enflaquecido, pálido, con ligera cianosis y disnos de esfuerzo. Nada faringeo. Pulmones: Dismi-nución de la sonoridad y del murmullo vesicular en ambas áress, más acentuados en la mital inferior del campo izquierdo, donde se ausculton abundantes estertores húmedos y algunos frotes en la base. Respiración algo soplante en la región biliar derecha. En el resto del campo derecho sólo se comprueban escasos signos adverti-ctos. Corazón: tonos netos, diferenciados. Taquieardia. Pulso: 120. Respiraciones 26. Presión: 131/2 x 9 (Vaquez), Abdômen depresible e indoloro a la palpación.

Las baciloscopias, tanto directas como por con-Las bachoscopias, tanto directas como por coa-centración, efectuadas reptidas veces (6), resul-taren todas negativas como asimismo, la inocu-lación experimental en el cuy. La sedimenta-ción globular en la primera hora fué de 56 mm, (25-VII-34). Las Reacciones de Wassermann y Kahn resultaron negativas.

Radioscopia (3-II-34). - Sombras hiliares

más mareadas que lo normal. Dr. Krügger.
Radiografía (14-II-34). — Diafragmas libres.
Corazón: Diámetro horizontal ligeramente ensanchado Pedículo vascular engrosado. Pulmones: Múltiples y pequeños núcleos diseminados en ambos campos pulmonares unidos por un retículo más o menos denso. Co sist ¿Tuberculosis miliar! Conclusión: Neumoconio-

Radiografia (28-IV-34). - Diafragmas dibres. Sombras difusas dis minadas en ambos campos pulmonares, especialmente a derecha. Hilios grae-sos. Corazón ligeramente hipertrofiado a izquierda y ligeramente bacia derecha. Conclusión: Dingnóstico diferencial entre Neumoconiosis y tuberculosis pulmonar

Radiografía (16-VII-34). - Diafragma izquierdo libre. Diafragma derecho alto. Algunas sombras en el tercio superior y medio de ambor campos pulmorares, más a derecha. Hilios gruesos.

Conclusión: Neumoccaiosis. Debido a la ligera disfonía que ha presentado últimamente el enfermo, fué enviado en consulta al Servicio de Oto-rino-laringología, cuyo diagnóstico fué: Proleii ración interaritea alea. Cuerda libres. Dr. Briño.

La evolución de este enfirmo ha sido desfa-vorable. Los abundantes signos adventicios que se comprueban actualmente en el área pulmonar izquierda, eran muy escasos en los primeros tiempos de su asistencia al Consultorio de Bronenpulmonares, hecho que llamaba la atención dada la intensidad y extensión de las lesiones revelades por la imagén radiológica y el estado general del enfermo cada vez más precario.

Conclusiones: Diagnóstico: Silicosis, Pronóstico: Grave. Dado los antecedentes del enferno y
a la circunstancia de habrise iniciado su enfermedad poco tiempo después de habre empezado
a trabajar en el Molino de la Fábrica de Vidrios,
cuya atmósfera cargada de polvo de silice le ha
originado una Neumoconiosis de carácter grave,
este agegurado lo envié con informe al Jefé del
Servicio de Bronoco-pulmonares para que se ha
guar los trámites del caso y pueda así acogerse
a los beneficios de la Ley de Accidentes del Trabajo. (Ley 4055).

Dr René García V. — Hace la relación de varios casos de neumoconiosis que ha tenido oportunidad de conocer, observaciones que serán publicadas próximamente.

Dr. Rafarl Lerca. — Manifiesta que entre los anmerosos casos de silicosis que le ha tocado observar, ha podido s'guir hasta la necropsia dos de ellas. Presenta Ira piezas anatómicas pulmanares de los obreros Luis H. Mancilla y Francisco Vasquez, fallecidos en el Pabellón Cousido con diagnóstico clínico de silicosis en tercer grado, y que, fueron autopsiados por el Dr. Ismael
Mena Rivera. En estos casos se comproble la exisfencia del típico nódulo silicótico y la indemnidad de l'esiones de tuberculosis pulmonar. De un,
trozo de estos pulmones, por un método, especial,
se extragéron 20 centigramos de silicepura (Si
O2). Cree que es de gran interés el estudio del
problema de la relación entre los autorés frandieses (Rizt. Doubrow, etc.) e creir que la silicosis es una forma especial de tuberculosis influenciada por les silice. La aclaración de este
cinculata patogénico tilene limportancia pera la
avaluación de la responsabilidad médico-legal en
los mesamoconióticos.

Se acuerda nombrar una Comisión formada por los señores Dr. Abraham Schweitzer, Dr. René García Valenzuela, Dr. Rafael Hevia y Dr. Rafael Lorca, quienes como relatores del Tema "Neumoconjosis" informarán a este respecto en la próxima Reunión Clínica del Servicio de Enfermedades Bronco-pulmonares, informe que servirá de base para iniciar una campaña de profilaxis y de carácter médico-social cobre esta entagais.

fermedad.

### El Médico y la Caja

Dr. RENE GARCIA VALENZUELA Médico Jefe de la Zona Norte

Se ha venido sost niendo en los últimos tiempos, por algunos médicos de la Caja de Seguro, la afeveración de que los profesionales, médicos especialmente, están en situación desmedrada, sobre todo si se la compará con la de los funcionarios administrativos, que en materia de previsión, gozarían de mayores beneficios y más seguras granjetías.

Se ha afirmado, sin razón, que los funcionarios médicos, (bajo este título nos referimos en general a los profesionales que en nuestros presupuesto figuran bajo este término genérico) carecen de las ventajas de otros funcionarios. Esto no es lo exacto. En las líneas que siguen es procura llevar al ánimo de aquellos colegas que nos lean, la inexactitud de esta aseveración. Se procura en ellas decir nada más que la verdad.

El traspaso de los servicios de Beneficencia a la Caja de Seguro creó un primer problema: departamento de previsión en el que deberían imponer nuestros funcionarios. Equivocadamente se les consideró a todos empleados particulares, por lo que se empezaron a hacer en esa Caja las imposiciones del empleado y las bonificaciones del patrón. Por desgracia la Ley acuerda la calidad de empleado particular sólo a aquellos que poseen nada más

que un empleador. En nuestro caso, en quo la mayoría de los médicos, con la funcionarización actual, poseen otro patrono, llámese éste Beneficencia, Municipio, Ejército, etc., la eategoría de empleado particular quedaba de hecho, automáticamente, suprimida. Los médicos o funcionarios de nuestro servicio, con más de un empleador, dejaban de ser empleados particulares y en apariencia, de gozar de los beneficios que la ley respectiva acuerda.

Podemos, pues, en términos generaies, decir que la mayoría del personal técnico y parte del personal auxiliar técnico no está afecta a la ley de empleados particulares, siendo en su mayoría empleados públicos.

A pesar de esto, los funcionario aludido han gozado de los siguientes beneficios de todo em-

pleado particular: 1.º) Feriado legal.

2.°) Licencias por enfermedad, para lo cual y sin distinciones se ha aplicado la ley de empleados particulares.

Más aún, hece poco, existía una disposición del H. Consejo en que se acordaba pagar, en los casos largos de licencia por enfermedad y si el funcionario imposibilitado podía ser tubstituido sin re implazante oficial, su sueldo integro a este funcionario enfermo. Est<sub>e</sub> acuerdo ha sido reciente-mente derogado (sesión del 27 de Julio) en la que se establició, en lo sucerivo, en materia de licencias, ajustarse estrictamente a lo dispuesto en la ley de empleados particulares.

Queda, pues, claramente establecido que en la Caja d. Seguro Obligatorio al personal técnico y auxiliar, asimilado o no a la ley de empleados particulares, ha gozado sin excepciones de beneficios dispensables sólo a aquéllos (feriado legal y licen-

cias por enfermedad).

La ley de empleados particulares acuerda desahucio per año de servicio, del que no podían haber gozado nuestros funcionarios no pertenecientes a la lev respectiva.

También en este sentido los funcionarios médicos, sin excepciones, ban obtenido este beneficio acordable (ôlo a algunes de ellos. Más aún, en aquellos ensos an que por razones de buen servicio la Sección Médica ha debido solicitar a algunos de sus médicos la renuncia (exceso de edad, fallas leve, malas condiciones de salud a otro motivo semejante), se ha reconocido a éstos sus años de servicio y desabucio. Para estos casos el H. Consejo tomó un acuerdo de carácter general, al 12 de Enero del presente año.

Jubilación, seguro de vida, montepio, beneficios todos de la ley de empleados particulares, no han podido cer extendidos por nuestra Institución a aquellos de sus funcionarios que por ley, quedan al marg n de sus beneficios. A este punto, de difícil solución, nos referiremos más adelante.

Fuera de e tos beneficios, que nadie está en condiciones de negar, los funcionarios médicos cuentan con un escalafón que ha debido subsanar una serie de dificultades. La Caja no ha contratado, como ninguna de las restantes instituciones de asistencia, todo el tiempo de sus médicos. Hacer un

escalafón para funcionarios que no están contratados "fuli-time" en una institución, tiene dificultades que, a primera vista, aparecen como insubsanables. Pasando por encima de este escollo aparente, la Sección Médica estudió y obtuvo la aprobación de un escalafón que, si bien es cierto ado. lece de d'éfectos que se podrán corregir con el tiempo, repora sobre principios básicos que permiten al funcionario técnico de la Caja gozar de las siguientes ventajas:

1.º) Traslado a un centro de mayor convenieneia para sus intereses, conservando su grado dentro

de la Caja.

2.°) Ascender a los grados vacantes sin necesi-dad de abandenar la localidad y la situación profesional que en ella pueda haber alcanzado.

Deben ser muy pocos los escalafones que consulten an sus disposiciones, estas ventajas. No ignoran los profesionales que para ascender en otras instituciones se necesita por lo menos, un traslado y ésto no siempre significa una ventaja neta.

Finalmente, el señor Jefe del Departamento de Previsión ha presentado a la consideración de los organi mos gubernativos, un proyecto de ley que procura resolver integralmente el problema de la previsión de los profesionales y para el cual la Administración, a pedido de la Sección Médica, ha solicitado el apoyo del H. Consejo. Este proyecto, ya aprobado por la Asociación Médica de Chile, contempla la previsión en forma amplia, ya que según él lo: médicos podrán acogerse a "una jubilación que alcunzará a \$ 3.000 mensuales después de 30 años de trabajo, montepio para la familia, seguro de vida correspondiente a dos años de sueldo, atención médica completa y todas las ventajas y facilidad s relacionadas con préstamo hipotecario.

He aqui todo lo que se ha hecho. Pueden contar los técnicos de nuestra Institución con que este problema s motivo de constante atención de la Se ción Médica y de la Administración General.

### Conterencias, Congresos y Cursos

#### URUGUAY

III Congreso Sudamer.cono de la Tuberculesis

En la segunda quincena del mes de Diciembro de 1934, se llevará a efecto en Montevideo, el Tercer Congriso Sudamericano de la Tuberculosis organizado por la Unión Latinoamericana de las Sociedades de Tisiología.

El programa de las sesiones se atiene a la relación y co-relación de 5 temas fundamentales, euyos títulos son los siguientes:

1. - Tema Médico Social (Oficial de) Congreso).

Las bases económicas para la lucha antituber-

culesa en la América del Sur. Relator chileno: Profesor H. Orrego Puelma. 2. - Tema argentino.

Etiomatogonia y tratamiento del empiema pleural stuberculoso.

Cornelatores chilenos: Dectores Oscar Peralta y Miguel Berr.

3. - Tema brasileño.

Colapsoterapia médico-quirúrgica de la tuberculosis pulmonar.

Correlatores chilenos: Doctores Armando Alonso y Sotero del Rio.

- Tema chileno.

Critica para la terapéntica de la tuberculosis pulmonar en Chile.

Relatore, chilenos: Doctores Alonso Vial; Orre-

go P. y Sótero del Río. 5. — Tema uruguayo.

Algunos aspectos radiológicos más frecuentes de

la tuberculosis pulmonar. Correlatures chi'enos: Dietores Jorge Gunde-

lach y Erich Hergewaldt.

Los colegas que se interesen por caviar trabajos sobre estos temas o sobre otros relacionados con la especialidad, pueden bacerlo dirigiéndose a la Sceretaria de la Sociedad de Tisiología, Hospital San José. Santiago o a la Delegación Chilena a este Congreso.

Los trabajos sobre los temas oficiales se limitarán a tener 1,200 a 1,500 palabres como máximum y los otres de 500 a 1,000 palabras.

#### PERU

#### Conferencia Médica Nacional Peruana

La asociación Médice Pernana Daniel A. Carrión ha organizado esta reunión científica, que se llevará a cubo en Lima durante los días 15 a 20 de Enero de 1935 con ocasión del Cuarto Centeparier de la fundación de Lima.

Los temas que se tratarán serán los siguientes: 1. - Estudios sobre la Verruga Peruana. La revisión de ellos y coordinación de todos los tra-

bajos anteriores.

2. - Toda clase da trabajos sobre Patología

Tropical Pernana y sobre geografia médica 3. - Organización Sanitaria de la República con estudios de conjunto sobre la legislación sanitaria, tomándose on consideración especialmente las opinion's de los colegas que viven en Provincias.

#### PRIMERA REUNION PLENARIA DE LA ASO-CIACION MEDICO-QUIRURGICA LATINO-AMERICANA (AMQLA).

En la misma fecha de la reunión anterior se llevará e efecto la primera reunión plenaria de esta institución internacional que congrega a to-das las entidades científicas médicas de indoamérica, Academias, Facultades y Sociedades médiers.

Los temas que están en tabla para esta reunión son los siguientes:

1. - Cómo se enseña la Medicina en Latine-

América. 2. \_ Organizaciones gremiales en Latino-América.

3. - Intercambio de títulos profesioneles.

4. - Control de Especialidades farmacéuticas. 5. - Atención del hombre enfermo en Latino-América, a) Atención liberal, b) Asistencia Social, 1) Pública y 2) Privada y c) Seguro Social. a) Público, estratal u obligatorio y b) Privado (Mutuales, ecoperacionista, etc.).

El Comité Chileno formado por les doctores: Prof. Luis Vargas Salcedo (Presidente), Prof. Carlos Monckeberg (Vice). Alfonsa Asenjo (Secretario General), Gregorio Lira (Tesorero), Arturo Baeza Goñi, Armando Alonso Vial, Gonzalo Corvalán, Arturo Osorio y Rafael Lorca, han acordado hacer ponencias con los siguientes temas:

1. - Enseñanza de la Medicina en Chile. 2. - Intercambio de Títulos Profesionales.

3. - Organizaciones gremiales en Chile. 4. - Atención rel hombre enfermot.

Además el Comité Chileno propuso que en la próxima reunión se dediquen sesiones especiales rl estudio de la manera de llevar a la práctica el principal objetivo del AMQLA, cual es, la manera práctica de llevar a cabo el conocimiento mutuo de las actividades médicas en los diferentes países indoamericanos, facilitar les viajes de (s-tudio de los médicos, etc., etc.

#### BELGICA

### Cingreso Internacional de Accidentes del Trabajo

En Julio de 1935 se celebrará en Bruselas el 7.0 Congreso Internacional de Accidentes del Frabajo bajo la Presidencia del Dr. Glibert. En este Congreso se tratará de coordinar las actuaciones de la Comisión Permanente de Accidentes del Trabajo y las de la Comisión Internacional Per-manente para la Medicina del Trabajo.

Las Ponencias del Congreso y las Comunicaciones libres quedarán distribuídas en la siguiente

forma:

Sección A. Cirugía. Consecuencias lejanas de los traumatismos del Cránco.

Eticiogía y Sintematología. Dr. Symonds de

Anatomía Petológica. Dr. Arnaud de Marsella. Diagnóstico, Pronóstico y Evolución, Dr. Lippens de Brusclas.

Tratamiento, Doctores Oller de Madrid y Paul Martin de Bruselas.

20 Traumatismos de las manos y de los dedos. Tratamiento inmediato de las heridas de las manos y de los dedos por los doctores Neuman de Bruselas y Bohler, de Viena.

Complicaciones infecciosas de estas heridas, por los doctores Gersin de Génova y Buzello de Gruns-

Operaciones restauradoras de estos traumatismos por los doctores Lennormad de Paris y Mac Iselin de París.

Secuelas trófias y debrosas por los doctores Leriche y Fontaine de Lyon y Magnus de Bo-

Peritaje de las heridas de las manos y de los dedos por les doctores Imbert y Pali de Marsella y Gyselvuck de Bruselas

Sección B. Enfermedades profesionales. 1.0 La lucha contra los polvos industriales. Cómo captar y examinar los polyos en vista de su médida y de su numeración, por los doctores Midlenton de Londres y Boreas de Paris. ¿Cuál es el valor comparado de los medios de lucha contra los polyce industriales suspendidos en el gire?, por los doctores Deladrure de Bruselas y Boerma de la Haya. ¡Cuáles son los criterios de selección ante la amenaza de los sujetos expuestos a los polvos poligreseed, por los doctores Etienne Martin de Lyan, Teleky de Düsseldorf y St. Arnberg de Vicna. Cuáles son los primeros signos de alarma, indicando una tolerancia en la ocupación peligrosa?, por los doctores Policard de Lyon y de

2.0 Acción patológica de los gases escapándose

de los filones de grisú. La inhalación repetida de los gases escapándos, de los filones de grisú ¿tiene una acción patológica? ¿Cuál es la naturaleza de los gases que se escapan de los filones de grisú', su hallazgo y su prevensión por el señor Bray-mo de Paturages, Leprince y Linguet de Paris; al Dr. Mund de Lovaina. ¿Cuáles son los efectos patológicos del gas', doctores Sayers de Washing-ton; Flury de Wurzburg; Henderson de New Ha-ven y Hantain de Fintain L. Eveque. Sección C.; Mixta: 1.0 Manifestaciones objeti-vas del dolor. Psicolofisiología del dolor por el

doctor Biondi de Viena. Las alteraciones patelógicas del sentido del dolor, por el Dr. Crouzou de París. El diagnóstico objetivo del dolor en los traumatizados por el doctor De Lact, de Bruselas. 2.0 Electricidad. Trastornos patológicos debidos

a la electricidad por el doctor Aiello de Milán.

Anatomía Patológica, Dr. Mayenburg de Zurich, Medidas eléctricas, Dr. Tassen de Montagne.

Para toda otra información referente a este Congreso dirigirse al señor Secretario General de este Congreso Dr. Leo Dejardini, 23 rue Comerce. Bruselas.

## El Laboratorio Chile y sus nuevos productos terapéuticos

#### MARIO ROSENDE,

#### Jefe de la Oficina Central de Farmacia

Como se comunicó oportunamente a todos los semores Médicos y colegas Farmacéuticos, que prestan sus servicios a la Caja de Seguro Obligatorio, esta Institución adquirió la mayoría de las Acciones del Laboratorio Chile S. A. quedando por un lado ésta última profundamente vinculada a la primera y ésta a su vez comprometida a guiar el Laboratorio por la senda del progreso y perfeccionamiento progresivo.

En efecto, no se han visto defraudadas las esperanzas que se alimentaron, cuando la Caja hizo la inversión, pues cuanto proyecto que ha significado un paso hacia el progreso, perfección técnica y bienestar colectivo de los obreros, etc., pre-sentado por la Dirección de ese establecimiento, ha sido calurosamente apoyado por el Consejo del Laboratorio en forma que todas las iniciativas han tenido hasta la fecha un éxito halagador.

Nos queremos referir en esta ocasión a dos aspectos interesantes de estas iniciativas: la creación del Departamento Biológico que está en funciones desde hace unos cuantos meses con un resultado superior al imaginado y el Departamen-to Químico que comenzará sus actividades en el próximo mes de Septiembre, a carga de un competente técnico francés.

La Sección Biológica, organizada y dirigida personalmente por el doctor Hugo Vaccaro, Profesor de Breteriología de la Facultad de Medicina, ha lanzado ya al mercato un gran número de productos de sta indole que ham constituído verdadero éxito terapéutico y comercial. bre el primer aspecto son innumerables las comunicaciones recibidas tanto de nuestros Médicos funcionarios como los agenes a nuestra Institu. ción, en que dan cuenta de notables experiencias recogidas con estos productos.

No poces también han solicitado o mejor dicho insinuado perfeccionamientos en algunos productos o ensayos de nuevos preparados, peticiones que el Dr. Vaccaro ha acogido con toda gentileza y atención. En este sentido el doctor Vaccaro nos ha solicitado manifestar a sus colegas que cualquiera insinuación de esta naturaleza el las sabrá agradecer, en la seguridad de contribuir de este modo al perfeccionamiento de estos prparados en consecuencia al engrandecimiento del Laboratorio Chile.

Nos parece interesante anotar a continuación la lista de los preparados hechos hasta la fecha, con los nombres de los similares, para que de este modo los señores médicos y colegas se orienten respecto de su indicación terapéutica:

Amp. Alen, similar a Leche Aséptica. Amp. Gono-alen, similar a Gono-leche. Amp. Pio-alen, similar a Pio-leche. Amp. Etilmor, similar a Morruato de etilo.

Bulgarol, similar a Fermentel Croveri o Ente-

rolactol. Bulgarina, similar a Lacteol o Neo-entero lac-

Bulgardax, similar a Lacto-laxine o Fermentos laxantes.

Opotonick, similar a Oparsan.

Opo-Galepatol, similar a Fermentos laxtantes.

Lecitimol, similar a Bioplastina y Ovoplastina. Endobil, similar a Hepabil. El Departemento Químico iniciará sus actividades en el mes de Septiembre próximo. Como su nombre lo indica está destinado a la preparación de productos químicos, especialmente aquellos que no han sido abordados en nuestro país.

Así se comenzará la fabricación de las sales de (sub-nitrato-earbonato-salicilaton); mercurlo (bieloruro-calongelemb-oxiciamuro etc.).

Camo se sabe estas sales actualmente deben importarse de Europa a precios exorbitantes muchas veces por la dificultad de conseguir divisas extranjeras al cambio oficial, viéndonos obligados a adquirirlas en el mercado libre a precios inereibles

No sólo el hecho de impedir la salida de capitales nacionales al extranjero y de obtener estas materias primas a coste reducido da importancia a esta actividad, sino que ella representa un paso definitivo en la industria química pesada para liberarnos en el transcurso de los años del vugo extranjero, que nos obliga a una fuga de nuestros capitales hacia el exterior.

Es necesario pues, que tanto los Médicos como los Farmacéuticos funcionarios de la Caja mediten seriemente sobre estas actividades y le pres. ten toda su cooperación y apoyo ya que representan un verdadero aporte hacia la nacionalización de nuestras industrias y por consiguiente un estímulo de la economia nacional.

LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

Informaciones de todas partes del mundo

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual (en Chile) ..... \$ 20.-

En los demás países de América . . . \$ 30.- (moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

CASILLA 7 D. - SANTIAGO

क्षाया । यत्र प्रवास्त्र विकास स्वास्त्र विकास स्वास्त्र स्वास्त्र स्वास्त्र स्वास्त्र स्वास्त्र स्वास्त्र स्व



## BOLETIN MEDICO

DE LA

## Caja de Seguro Obligatorio

ANOI

SANTIAGO, OCTUBRE DE 1934

N.o 5

No ha mucho comentábamos a propósito de la labor que ha iniciado la Caja de Seguro Obligatorio en materia de lucha en contra de la Tuberculosis, la necesidad que existe de que las instituciones asistenciales: Caja de Seguro, Asistencia Social Estatal, Sanidad, etc., mantengan una orientación, directiva y principios únicos en esta materia.

Queremos hoy referirnos al íntimo contacto que debe existir, entre los organismos encargados de efectuar la atención, tanto en el terreno del Seguro de Enfermedad, Invalidez y Vejez; como en el del Seguro de Accidentes del Trabajo. No es nuestro propósito entrar a debatir las conveniencias o desventajas de la fusión de estas organizaciones; pero si, hemos visto, durante el desempeño de nuestra labor médico social, que hay falacias que es necesario corregir en bien del incapacitado para cumplir su labor de productor en la Sociedad, sea cual fuere el origen de esta incapacidad. Ya lo han comprendido en esta forma los países en que existe una legislación aún más avanzada que la nuestra.

La Enfermedad Profesional, presenta una importancia especial. La legislación actual, dice que debe ser tratada e indemnizada por el patrón o por la Compañía aseguradora en que éste hubiera puesto a cubierto el riesgo; pero en la práctica vemos, que sólo puede ser diagnosticada en los Consultorios de la Ley 4054. Un ejemplo claro de lo que venimos de sostener lo constituye la Silicosis, enfermedad profesional hasta hace poco desconocida y cuyo estudio ha experimentado entre nosotros un fuerte impulso gracias a la creación, por parte de la Caja de Seguro Obligatorio de los Consultorios especializados en enfermedades bronco-pulmonares.

Esto nos ha servido para corroborar una vez más nuestro aserto anterior, la unidad de directivas que debe existir en el país en la atención del hombre enfermo y sobre todo en la atención del hombre que ha perdido su capacidad productora, es decir, la unidad en la prevención del riesgo.

Actualmente, hay otra razón que impulsa a la Caja de Seguro Obligatorio a desear que las enfermedades profesionales sean atendidas por quien corresponde; ella tiene que velar por la integridad de los cuantiosos intereses que están destinados a un uso bien especificado por la Ley: el Seguro de Enfermedad. Invalidez y Vejez.

## La Silicosis en Chile.-ESTUDIO MEDICO SOCIAL

Por los doctores

#### RENE GARCIA V., RAFAEL HEVIA, RAFAEL LORCA y ABRAHAM SCHWEITZER

(En cumplimiento de la comisión que el Consultorio de Bronco-Pulmonares les confirió en su sesión de fecha Agosto de 1934).

Con el nombre genérico de "neumoconiosis" se comprende una serie de neumopatías producidas por una aspiración más o menos prolongada de polvos inertes de naturaleza orgánica o mineral. Se comprende, pues, que existirán tantas formas etiológicas, cuantas sean las variedades de polvos a cuya aspiración pueda el organismo ser sometido en una forma lenta y continuada.

Son por lo general de una importancia práctica muy relativa y solamente la antracosis merece un lugar preeminente en la historia de las neumoconiosis, pues sobre ella se hicieron los primeros estudios e investigaciones sobre el mecanismo de impregnación y distribución de los polvos en el pulmón, génesis experimental, etc.

De todas estas variedades, la coniosis producida por la sílice o bióxido de silicio (SO2) adquiere día a día una mayor importancia, pues su difusión va aparejada al incremento de las faenas mineras o industrias fabriles,

en las que interviene la sílice o sus derivados.

La sílice es un elemento muy difundido en la naturaleza, presentándose al estado libre o de silicatos alcalinos o terrosos; cristalizada forma el cuarzo o cristal de roca. Mezclada al aluminio o al óxido de fierro constituye las piedras de molino, los guijarros, las arenas; combinada con óxidos básicos entra en la constitución de gran número de rocas y también de piedras preciosas tales como la esmeralda, el topacio, la amatista, etc.

Se comprende, pues, cuan numerosas serán las circunstancias en las que el hombre se ve sometido a su acción, acción específica inmensamente más nociva que la de cualquier otro polvo tisiógeno y engendradora de lesiones irreparables de esclerosis que llevarán fatalmente a su victima ha-

cia la incapacidad y la muerte.

Aunque conocida desde antiguo (Ramvazzini en 1703 la describe acertadamente) se la ha estudiado solamente en estos últimos años; numerosas son las comunicaciones y reuniones científicas a que ha dado lugar, debiendo citar entre otros al Congreso Internacional de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Amsterdam (1925), la Cuarta Reunión de la Comisión Internacional para el estudio de las Enfermedades Profesionales de Lyon (1929), y finalmente la Conferencia Internacional de la Silicosis de Johanesburgo, reunida especialmente para este objeto en 1930.

Es así como se ha logrado unificar conceptos sobre su etiología, fisio

e histopatología, valorización de incapacidades, etc.

Todo lo anterior, unido a nuestra propia experiencia, nos ha permitido esbozar un estudio de la silicosis en nuestros medios y dilucidar el problema de su existencia desde el punto de vista médico y social.

DEFINICION.—Podemos considerar a la silicosis como una NEU-MOPATIA ESCLEROSANTE DEBIDA A UNA INHALACION PRO-LONGADA DE POLVOS SILICOSOS Y CUYA BASE HISTOLOGI-CA LO CONSTITUYE EL "NODULO SILICOTICO".

Esta reacción esclerosa y esta formación nodular especial le dan a la silicosis un carácter único y la diferencian, por lo tanto, de todas las otras

variedades etiológicas de neumoconiosis.

PATOGENIA E HISTOLOGIA PATOLOGICA. — La extrema pequeñez de las partículas de sílice (alrededor de 5 micrones) y su forma especial favorecen su suspensión en el aire atmosférico, la hacen muy tolerable, pues no da lugar a reacciones catarrales violentas, y puede, por lo

tanto, penetrar hasta los últimos tramos del árbol aéreo; puede, pues, el nombre aspirar durante largo tiempo atmóstera cargada de silice en un

estado de aparente tolerancia.

El mecanismo de su penetración dentro del parenquima pulmonar es aun algo obscuro. Tal vez en parte se haga la penetración directa de las partículas, ya por medios únicamente mecánicos (tienen forma acerada y en punta de flecha) o bien por acción químiotóxica directa sobre los elementos de revestimiento. Por otra parte, gran número de partículas que logran llegar al alvéolo son alli englobadas por grandes mononucleares o macrófagos de Metchnikoff, transformándose así en grandes células de polvo: estos elementos, a su vez, no tardarán en sucumbir, sufriendo una verdadera momificación por acción de la sílice solubilizada.

Arrastrados por la linfa, gran cantidad de estos elementos intoxicados llegarán a obstruir su curso, determinando una ectasía linfática que será el junto de partida de una esclerosis difuso perivascular y perilinfática tan

característica de esta afección.

Incluídos en el parenquima, estos elementos afectados por la acción tóxica de la sílice constituyen focos de atracción y de proliferación histocitoblásticas. los que luego de sufirir una total transformación fibrosa, llegarán a la formación del elemento histológico fundamental, "el nódulo silicótico".

Tenemos esbozado brevemente el proceso intimo generador de una

silicosis pura.

PERIODO DE CONSTITUCION DE LA SILICOSIS.—Desde el comienzo de la inhalación del medio silicógeno hasta la aparición de los prineros sintomas, media un periodo de tiempo sumamente variable de un individuo a otro. Su característica es una absoluta latencia sintomática y podríamos compararlo al período de incubación de las enfermedades infecciosas.

¿Qué factores intervienen en su duración?

1.0 La concentración de los polvos en el aire atmosférico.

2.0 Su indice silicométrico, o sea, el porcentaje en silice libre que contienen.

3.0 El grado de energía física demandado en la ejecución del trabajo. Cada uno de estos factores contribuve a acortar el período de constitución de la silicosis, en especial los dos primeros.

En nuestro medio hemos encontrado los períodos más breves, en los obreros de la industria del vidrio, en los que el medio silicógeno presenta la más alta concentración en sílice total (60 a 85 %) y el índice silicométrico más elevado (75 %).

En estos obreros el período de constitución fluctúa alrededor de un año, como lo hemos podido observar en numerosos casos de esta proce-

dencia.

En nuestras observaciones de mineros procedentes de Potrerillos, El Teniente. Chuquicamata, etc.. los períodos menores corresponden a los obreros que trabajan en forados, en un medio silicógeno de 60 a 70 por ciento de sílice total y un índice silicométrico de 31 a 50 por ciento. En estos casos la silicosis se instala después de varios años (6,10 y 15).

Finalmente, nos ha llamado la atención siempre la falta de silicosis en trabaiadores de minas de carbón, en las que el medio ambiente es pobre en

sílice total (4 %) v de un índice silicométrico muy baio (1.5 %).

La intensidad del esfuerzo demandado en el trabajo significa fuertes inspiraciones con la boca abierta, v. por lo tanto, mayor penetración de la columna aérea cargada del elemento nocivo. Magnin cita hechos impresionantes y muy demostrativos al respecto.

Como factores accesorios hemos de considerar algunos de cierta importancia: el estado de las vías aéreas superiores (vegetaciones, pólipos) que obligan al obrero a respirar por la boca; las bronquitis y los estados catarrales agudos o crónicos son otros tantos factores predisponentes que hay que considerar. Finalmente, no olvidemos en nuestro medio al alcoholismo que actúa atenuando y subrimiendo la acción de defensa de las nestañas vibrátiles y colocando, por lo tanto, al organismo en malas condiciones de defensa.

#### SILICOSIS Y TUBERCULOSIS

Hav necesidad de considerar sus relaciones hain dos aspectos:

lo Rol de la tuberculosis en la formación del nódulo silicótico. ¿Existe la silicosis mura?

2.0 La tuberculosis como complicación de la silicosis preexistente.

El primer punto constituve un problema de gran interés para los que se han dedicado a estos estudios, en especial desde los puntos de vista patogénico y anátomo-patológico.

Resumiendo los trabaios que se han consultado al respecto, existirían

dos tendencias entre los investigadores.

Para los profesores Rist. Policard Doubrow, etc., es innegable la influencia de la tuberculosis para la producción de la esclerosis silicática: la sílice por sí sola no sería capaz de determinar las lesiones milmonares: habría necesidad de un terreno propicio preparado por una infección tuberculosa latente para que la aspiración masiva y prolongada del polyo silicático determinara la formación de la esclerosis intra-pulmonar. Aun más, Policard llega a considerar al nódulo silicótico como una formación esclerosa al máximun del nódulo tuberculoso.

En cambio, otros autores, en especial el profesor I. Magnin, defiende la existencia de la silicosis pura como cuadro clínico independiente de toda influencia infecciosa. Si en realidad, en un gran porcentaje de silicóticos, especialmente del tercer grado, se comprueha clínicamente o en la necropsia la concomitancia de lesiones de tuberculosis pulmonar, es debido a que el silicótico constituve un terreno muy propicio para el frecuente desarrollo de

una tuberculosis complicación.

Uno de nosotros, en colaboración con el doctor Ismael Mena, jefe del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador, se encuentra actualmente preocupado del estudio de este problema. Las conclusiones de estas investigaciones serán motivo de un próximo trabajo v son basadas en hechos clínicos y anátomo-patológicos. Por el momento, v aunque faltan algunas comprobaciones, creemos estar en condiciones de lafirmar los hechos siguientes:

1.0 La silicosis pura con su esclerosis pulmonar característica puede

existir como entidad independiente de influencia infecciosa.

 Es innegable la acción específica esclerosante de la sílice (Si02) en el estroma pulmonar,

3.º El nódulo silicótico debe ser considerado como la lesión histo-pato

lógica característica de la silicosis pulmonar; y

4.0 La tuberculosis pulmonar complica con extrema frecuencia a la silicosis, determinando lesiones especiales; tórpidas en su evolución clínica y

atípicas en su estructura anátomo-patológica (necrosis).

En cuanto a la tuberculosis como complicación de una silicosis pura preexistente, se nos presenta con extraordinaria frecuencia. En un 60 por ciento de los enfermos que han llegado al tercer grado de silicosis es fácil comprobar, clínicamente, la aparición de manifestaciones de tuberculosis pulmonar. Se comprende que la infección bacilar prenda con suma facilidad en los pulmones de estos lisiados, por cuanto debido al intenso bloqueo de sus vias linfáticas y al debilitamiento natural que les produce la disnea permanente, etc., se encuentran en un grado de menor resistencia para la infección. Por otra parte, parece que la sílice fuera un medio propicio al desarrollo del bacilo de Koch. Fath y Jasienky afirman que la tuberculosis, sobre un terreno silicótico, toma una forma discreta y una evolución lenta y tórpida, lo que está de acuerdo con lo observado entre nosotros. Es frecuente que en estas asociaciones sílico-tuberculosas, la baciloscopía sea repeti-

damente negativa, aconsejándose para todos estos casos practicar la inocu-

lación experimental del desgarro.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.— Hemos esbozado en sus fases intimas el desarrollo de la enfermedad silicótica; nos resta considerar-la desde el punto de vista de sus manifestaciones sintomáticas y de sus posibilidades de diagnóstico.

En general, el d'agnóstico de las formas avanzadas de silicosis no ofrece mayores dificultades y debe ser hecho por todo médico práctico tan solo con los conocimientos generales que de ella tenga. No ocurre lo mismo con las formas de comienzo, en las cuales el diagnóstico se dificulta extraordinariamente, pues se trata de formas simples, ante las cuales carecemos de medios comprobatorios positivos; frente a estos casos debe actuar, antes que nada, el criterio del médico práctico y en especial del tisiólogo, ante el cual la coordinación y valorización de pequeños síntomas puede permitirle conclusiones de certitud.

Nos parece inútil recalcar la importancia del diagnóstico precoz, pues por este solo medio logramos hacer algo efectivo por el porvenir y la vida misma del enfermo. Igualmente debemos hacer notar la importancia de dilucidar, ante cada caso, la existencia o grado de asociación con la tuber-

culosis.

En muchos casos, al cabo de procedimientos de investigación mínuciosos y repetidos, logramos descubrir esta asociación silico-tuberculosa; en otros, en cambio, los procedimientos más sensibles que nos brinda el laboratorio nos dan resultados negativos ante la búsqued del bacilo de Koch.

Tan solo después de haber agotado absolutamente todos los medios de exploración y de investigación que nos ofrezcan la clínica y el laboratorio, estamos autorizados para aceptar una forma simple o pura; tal es el criterio con que hemos procedido sistemáticamente ante cada uno de nuestros casos.

Resumiendo lo que nuestra propia experiencia nos ha mostrado y lo que la literatura contemporánea nos enseña, esbozaremos los grandes fundamentos de diagnóstico de la silicosis, cuya apreciación quedará entregada,

en cada caso, al criterio del clínico.

Una forma sintomática tipo no existe en la práctica; carecemos de síntomas patognomónicos y de comprobaciones positivas, especialmente en las formas antiguas. En cambio, una coordinación racional de estos fundamentos de diagnóstico nos permitirán afirmarla, con la seguridad de no equivocarnos.

I.o ANAMNESIS.—Debe contener el antecedente de trabajo prolongado e ininterrumpido en el medio silicógeno; ésta debe ser prolija y llegar, en lo posible a la obtención de datos ciertos sobre la calidad de los nolvos nocivos, condiciones de trabajo, períodos de exposición, etc. No olvidemos que nos epcontramos frente a una afección progresiva, ante cuya sospecha remontaremos nuestra anamnesis aun a un tiempo alejado a la aparición de los primeros síntomas.

2.0 SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA.— Comienzo larvado; tos y disnea de comprobación común a todas las formas clínicas; rareza de la

hemoptisis. Irreductibilidad de las manifestaciones subjetivas.

3.º SINTOMATOLOGIA OBIETIVA.—Relativa indemnidad del estado general, aun en las formas avanzadas; pobreza de signos físicos pulmonares. Comprobación clínica de insuficiencia cardio-respiratoria.

4.0 RADIOLOGIA.—Su avuda es necesaria tanto para el diagnóstico

mismo como para apreciar el grado y extensión del proceso.

Su división en tres períodos o estadios descansa sobre una base de interpretación radiológica:

Primer estadio: Hilios marcados acompañados de fibrosis insterticial difusa e inespecífica.

Segundo estadio: Anarición de sombras nodulares pequeñas en ambos campos y acentración del proceso escleroso difuso.

Tercer estadio: Grandes sombras con tendencia a la fusión, retracción intercostal y deformidad de los diafragmas.

Entre estos períodos esquematizados existen formas de transición, las que con ayuda de la clínica lograremos clasificar. Hav que hacer notar que siempre las lesiones son bilaterales, simétricas, más intensas hacia los tercios medios y en especial hacia los hilios y que aun las formas avanzadas tienden a respetar los vértices.

La interpretación acertada de una imagen radiográfica, unida a una anamnesis positiva, debe constituir la base de todo diagnóstico; sin ella

esto es imposible.

5.0 EXAMENES DE LABORATORIO. — Para las formas simples, negatividad de toda infección crónica nulmonar especialmente la tuberculosis (baciloscopías, cultivo e inoculaciones experimentales negativas).

Recuento globular: eritrocitemia normal o ligeramente aumentada.

El P. H. de la sangre es alto y las manifestaciones de acidosis se acentúan en sus períodos terminales.

La sedimentación globular no sufre alteraciones.

Para terminar, insistimos en que la valorización del conjunto y de cada complejo sintomático en particular debe quedar entregada al criterio del cílnico, quien debe apreciar en cada caso la importancia que su diagnóstico encierra para el individuo y la colectividad.

#### EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA SILICOSIS

Se han descrito tres períodos en la silicosis pulmonar y ello indica que se trata de una afección evolutiva. Se ha visto cómo la sílice llega a la trama intersticial del pulmón, provocando el bloqueo de las vías linfáticas y la iniciación del proceso de esclerosis; tenemos el silicótico de primer grado. Ahora debemos preguntarnos cuál será el porvenir del enfermo en este periodo. Se pueden presentar dos condiciones: si. como ocurre corrientemente, el enfermo en ese estado no tiene molestias subjetivas, seguramente seguirá trabajando en el ambiente de polvo y, como consecuencia fatal, en forma más o menos rápida, continuará su proceso de esclerosis pulmonar. Ilegando al segundo y tercer grados de la silicosis. Ahora bien, si el obrero afectado es sacado del ambiente de polvo, su coniosis inicial nodrá tomar dos formas: o bien permanecerá estacionaria durante largo tiempo, o bien seguirá una forma fatalmente evolutiva, pero lenta. En los casos observados entre nosotros se han comprobado estos hechos, presentándose en la mayoría la esclerosis silicótica de marcha evolutiva maligna, aun colocados en las mejores condiciones de reposo e higiene.

Sin embargo, hemos comprobado que los individuos que trabajan en atmósferas cargadas de polyo silicógeno con alto indice silicométrico, y que, como ya dilimos, tienen un período de constitución corto (6 meses a 1 año) pueden presentar lo que podría llamarse una silicosis aguda, esto es, una marcha muy rápida hacia el tercer estadio (menos de un año) y tendencia

a seguir evolucionando rápida v espontálleamente.

De lo anterior se desprende fácilmente que el pronóstico de la silicosis variará en los diferentes grados de la lesión, pero por su carácter evolutivo evidente, casi maligno, será siempre de gravedad. Fuera de la complicación cardíaca, que es de regla en la : licosis de tercer grado, se debe recordar que la extremada predisposición 1 la infección tuberculosa ensombrece mayormente el pronóstico de esto: nfermos.

#### PROFILAXIS Y CONSIDERACIONES MEDICO-SOCIALES

Definir exactamente la profilaxis de la silicosis, deslindar en forma precisa todas las medidas que a ella tiendan, resulta un tanto difícil por el carácter mismo de la afección. Los factores de orden médico se relacionan tan intimamente con aquellos de orden social, que es imposible hablar de

prevención sin entremezclar armónicamente todos los conceptos que procuran llegar al mismo tin por caminos diferentes. Estas razones nos absuelven de dar conceptos esquematicos. La profilaxis de cualquiera enfermedad infecto-contagiosa es susceptible de ser encuadrada en los principios fundamentales de prevención de todas ellas: aislamiento, desinfección, declaración obligatoria, tratamiento de los portadores sanos. No sucede lo mismo con una afección como la que analizamos. Se procura, pues, en las líneas que siguen, mencionar cada uno de los hechos que deberá ser tenido presente para evitar que un obrero llegue a ser un silicótico; que ya producido el cuadro, cause mayores destrozos y que, producidos estos, un elevado concepto de solidaridad social compense al obrero de este daño. Para evitar estos males es menester:

1.0 Conocer perfectamente el cuadro nosológico. Médicos, cualquiera que sea el carácter de su funcionarización (nos referimos especialmente a los médicos funcionarios, por ser estos los que mayor contacto tienen con la medicina social), patrones y obreros, necesitan, cada cual en su esfera de acción, un concepto bien preciso sobre la enfermedad. Sólo teniéndola presente se evitan su producción, su avance y sus complicaciones posteriores. Los centros científicos, las asociaciones patronales y los sindicatos obreros deben emprender cuanto antes una campaña de divulgación que impida el desconocimiento de los técnicos, la desidia de los patrones y la ignorancia del obrero. La sospecha clínica en el médico, el concepto solidario hacia el obrero del patrón, las peticiones gremiales de los primeros sobre los últimos, tendrán en la práctica los resultados que se apetecen mediante la aplicación efectiva de una reglamentación adecuada.

2.º Conocimiento exacto de los factores, industrias, labores, que predisponen al obrero a una neumoconiosis, y entre este conjunto de afecciones

a sus formas especiales (siderosis, silicosis, antracosis, etc.)

 a) Todo ambiente cargado de polvo de carbón, sílice, fierro, produce en el obrero que en él trabaja un síndroma respiratorio que se conoce con el

nombre genérico de neumoconiosis.

b) De todos estos cuadros, el más peligroso es la silicosis que se presenta de preferencia en los obreros que trabajan en ambiente donde se produce el desmenuzamiento fino de piedras (minas de oro, cobre y plata, saliteras, minas de carbón) o en faenas especiales (fábricas de vidrio y cristales, molinos de cuarzo).

c) El cuadro nosológico depende en especial de dos factores: intensidad

del contacto con el polvo, riqueza de este último en sílice.

Con respecto a este punto no se entra en mayores detalles, debido a que en la parte clínica se ha insistido suficientemente en él.

3.0 Conocimiento de las medidas indispensables de higiene industrial para evitar la afección. A este respecto se pueden mencionar solamente dos:

a) La protección del obrero mediante máscaras especiales. Se comprende que es un método de resultados dudosos y relativos. Desde luego, no existe una máscara que dé suficientes garantías de protección y ventilación. Muchos modelos han sido ya ensayados con dudosos resultados prácticos. El obrero resiste el uso de estos aparatos que, por insuficiente ventilación, limitan en exceso su capacidad de trabajo, su rendimiento, y, por consiguiente, su salario;

b) Ventilación conveniente de los locales por medio de la aspiración continua de polvo. También esta medida tiene sus restricciones. Se comprende que en faenas industriales, como una fábrica de vidrio, este sistema puede dar algún resultado certero, pero piénsese en las dificultades para

instalar estos artefactos en una mina o en un ambiente parecido.

Bien se ve que los factores de profilaxis directa sólo pueden constituir un paliativo social y en ningún caso un método seguro. La adopción de estas precauciones disminuirá relativamente el riesgo, retardando la aparición de la enfermedad, pero nada más.

Sólo queda, pues, en materia de higiene industrial una medida indirecta. El recambio continuo de los obreros sujetos a este riesgo es una medida que en la práctica puede dar espléndidos resultados si se la valoriza debidamente. Se opondrán a ella los siguientes factores:

a) La selección y orientación profecional. Todo obrero que alcanza cierta pericia en una labor determinada, mineros perforistas de máquinas de aire comprimido, dinamiteros, molineros de cuarzo, etc., con salarios de verdaderos especialistas se opondrán al desmejoramiento de éstos. Por otra parte, los patronos resistirán toda medida que tienda a disminuir el rendimiento del capital-hombre;

b) El carácter hasta cierto punto progresivo de las lesiones. El individuo apartado del ambiente nocivo, pero en el cual ha alcanzado a producirse cierto grado de neumoconiosis, permite comprobar no sólo un estacionamiento de ella, sino que también un progreso evidente. Numerosos autores extranjeros han comprobado ya este aserto, así como las propias observa-

ciones hechas en el pais.

De lo anterior se desprende que en el estado actual de los conocimientos, el médico debe guardar bastante pesimismo sobre los resultados de una periores de salubridad y trabajo. El cientista debe encarar con franqueza estos problemas médico-sociales y declarar con absoluta sinceridad científica que la profilaxis de la silicosis es bien discutible cuando no imposible. Debe partir, por mucho que le duela, de esta base pensando que si el mal debe producirse fatalmente, hay que procurar que él sea lo más llevadero para el hombre injustamente predestinado a contracrlo. Prevenir hasta donde lo permitan nuestros escasos medios e indemn car el daño una vez producido, se nos figura el lema más humano para encarar también nuestra humana debilidad. A la profilaxis, coerción, tratamiento o indemnización tiende nuestra cuarta medida que ha de ser:

4.0 La dictación de una ley justa, severa, expedita, que comprenda los puntos anteriores, modifique las disposiciones inaplicables de la actualidad y permita dar cumplimiento a disposiciones que por esta razón han constituído hasta hoy más bien una buena voluntad del legislador antes que

un esfuerzo provechoso en bien de la clase trabajadora.

Y a este respecto séanos permitido un paréntes s de carácter general. Las enfermedades profesionales indemnizables, según nuestro Código del Trabajo y Regiamento aclaratorio respectivo, han constituido hasta hoy sólo una buena intención. Por defectos de procedimientos, la Caja de Seguro Obligatorio ha debido cargar con ellas con el único fin de no perjudicar a los que las sufrian en silençio. Por una parte, la Caja de Seguro ha hecho bien cumpliendo con un deber de solidaridad social, pero por otra ha venido indirectamente a perjudicar al obrero con una medida que a primera vista ha aparecido ante los directamente responsables como una complacencia. Por estas razones el Reglamento de Enfermedades Profesionales na permonecido hasta hoy sin aplicación y sus fallas sólo han podido saltar a la vista de los pocos que se han preocupado del problema. Consideramos que el día en que tal como lo prescribe la ley, sean el patrón o la compañia aseguradora los que carguen con estos casos, automáticamente se hatá mucho más de lo que se hace por prevenir el riesgo de enfermedades profesionales, cuyo mayor porcentaje corresponde a la afección que estamos analizando. La función crea el órgano; el desuso lo atrofia. Esto es lo que ha pasado con el Reglamento de Enfermedades Profesionales y la Caja de Seguro ha contribuído no poco a que duerma como un concepto bastante vago en la mente de médicos, patrones y obreros. Por ningún motivo debemos seguir dispendiando bienes que no nos pertenecen y que tienen un fin bien determinado. Un silicótico tratado por nosotros, con nuestra complicidad, por consiguiente, distrae sumas ingentes que están destinadas a la enfermedad natural de muchos de sus compañeros. Un silicótico que recibe en nuestra Caja una pensión de invalidez se está pagando con sus propios ahorros (el fondo constituido por sus propias imposiciones) en lugar de recibir esa pensión de parte del o de los patrones a cuyo servicio contrajo la enfermedad.

En un reciente número de la "Revue de la Tuberculose" leemos el siguiente acuerdo correspondiente a la revision parcial de la convencion concermente a las enfermedades profesionales. Este projecto, hecho suyo por la Orienta internacional del Trabajo, tue aprobado por la Conterencia internacional del Trabajo, en sesion de junio de 1934.

1.º La inhalación de sílice al estado libre puede producir el estado

morbido liamado silicosis puimonar.

2. La silicosis simple o asociada a la tuberculosis es una enfermedad profesional que da lugar a reparación, segun los mismos principios que aquellos de la legislación concernientes a accidentes u otras

entermedades profesionales.

3.º La tuberculosis està irecuentemente asociada a la silicosis. Siendo conocida la dificultad y aun la imposibilidad de distinguir, en cada caso particular, la parte de incapacidad que corresponde a la tuberculosis y a la silicosis, cuando las dos enfirmedades existen, la incapacidad resultante de la acción combinada de estos dos procesos depera ser reparada como si se tratase de una silicosis simple.

4.º Para los tines de una Convención Internacional se ha considerado como impracticable enumerar las industrias o labores que presentan un riesgo silicot.co. La Convención deberá dedicarse a atirmar el principio que todos los casos de silicosis asociados o no a la tuberculosis deberán ser reparados dejando a las legislaciones nacionales el cuidado de njar los detalles de la aplicación de este principio. Se sugiere, en consecuencia, que el parrato siguiente sea insertado en el proyecto de lista:

Lista de enfermedades, etc. — Silicosis con o sin tbc. — Lista de industrias, etc. — Toda industria u operación que exponga al riesgo, segun definición de las autoridades nacionales.

5.º La reparación de la silicosis será organizada, ya sea por extensión de la Ley de Seguro de Accidentes del Trabajo y Seguro de Enfermedades Protesionales, ya sea por una ley especial, ya sea por la creación de un fondo o una Caja de reparación especial alimen-

tada por las industrias de riesgo silicótico.

6.º La experiencia prueba que para el fin de la reparación es indispensable confiar el diagnóstico y la verificación de los casos de silicos si únicamente a los médicos especialmente calificados para esta obra, que dispondrían de las instalaciones necesarias, especialmente para el examen radiológico adecuado. Corresponderá a cada autoridad nacional instituir un organismo único de control, que tendrá por misión asegurar la adopción de las medidas adecuadas para la ejecución de los exámenes el intercambio con los médicos de conocimientos adquiridos por su experiencia y la coordinación de estos resultados con la investigación científica.

7.º La reparación de las enfermedades profesionales no ciebe ser abordada en forma independiente de las medidas profilácticas. La más importante de éstas es la prevención del polvo. Consideración especial merece la importancia de exámenes preliminares y periódicos de los empleados, por lo menos en las ocupaciones que implican prácticamente una exposición continuada a los polvos de sifice.

libre.

8.º Considerando la insuficiencia de nuestros conocimientos actuales sobre muchas neumoconiosis, sería de desear que en cada país las investigaciones sean seguidas sobre este problema y que sus resultados sean comunicados a la Oficina Internacional del Trabajo.

Como consecuencia de la aprobación del proyecto, la Conferencia Internacional del Trabajo acordó agregar a la lista de enfermedades profesionales, las siguientes: "La silicosis con o sin tuberculosis pulmonar, siempre

y cuando la silicosis sea causal determinante de incapacidad y muerte", y en la lista de las industrias: "Las industrias o procedimientos reconocidos por las leyes o reglamentos nacionales, como expuestos a los riesgos de silicosis."

La mayoría de las disposiciones de este acuerdo convencional caben perfectamente dentro de nuestro Reglamento de Enfermedades Profesionales, para el cual deberiamos solicitar solo pequeñas modificaciones. Podríamos estudiarlas desde luego:

Articulo 1."-Se le haria el siguiente agregado:

"Para el caso de la silicosis, las acciones para reclamar indemnizaciones, rentas o pensiones solo prescriben en el término de cinco años, a contar de la fecha en que el obrero dejó de trabajar en industrias susceptibles de producir dicha enfermedad."

Con respecto a este agregado deberá solicitarse también la modificación del artículo 303 del Código del Trabajo, al que se le haría el mismo agregado: "Para el caso de las enfermedades profesionales llamadas silicosis, las acciones prescriben en el término de cinco años, a contar de lá fecha en que el obrero dejó de trabajar en industrias susceptibles de producir dicha enfermedad."

Art. 2.2-Se modificaria en la siguiente forma:

"La enfermedad debe ser declarada como producida por efecto del "del género del trabajo de la víctima o de las condiciones en que efec"tuó su trabajo en el año precedente a la aparición de su enfermedad, 
"atendiendo en todo caso al grado de lincapacidad para el trabajo que 
"afecte al obrero. En los casos de silicosis, la enfermedad será decla"rada como producida por el género de trabajo efectuado hasta cinco 
"años anteriores a la comprobación de la enfermedad."

Tiene enorme importancia este agregado, ya que son numerosos los casos de silicosis que se invalidan dos o tres años después de haber abandonado su primitivo trabajo en medio nocivo.

Art. 3.º-Sin modificaciones.

Art. 4.9-Debe ser modificado en la siguiente forma:

"Por lo general, la indemnización será exigida al patrón que em"pleó a la victima durante el año anterior a la aparición de la enfer"medad. En los casos de silicosis pura o asociada a la tuberculosis,
"se hará responsable al último patrón de empresa con riesgo silicótico.
"En caso de que el obrero hubiere trabajado en varias faenas con este
"riesgo, el patrón damnificado podrá a su vez legalmente solicitar a
"prorrata de los otros patrones responsables, el reintegro de la parte
"de indemnización que le corresponde."

Art. 5.9-Sin modificaciones.

Art. 6.9-Sin modificaciones.

Art. 7."—Podría ser suprimido. Habla de la manera de hacer en la práctica la diferenciación entre accidente y enfermedad profesional. Como legalmente en Chile ambas cosas son una misma, no habría conveniencia alguna en mantener esta disposición.

Art. 8."—Agregar entre el grupo de enfermedades indemnizables lo siguiente: "Neumoconiosis (silicosis pura o asociada a una tuberculosis)".

#### Art. 9.º-Modificarlo en la siguiente forma:

"Toda dificultad que sugiera el presente Reglamento en cuanto 
"a su aplicación y clasificación de las enfermedades profesionales, será 
"resuelto en última instancia por la Inspección General del Trabajo, o 
"representantes legales de ella. En los casos de litigio que pudieran 
"presentarse entre la Caja de Seguro Obligatorio y los patrones o las 
"Compañías aseguradoras, sobre a quién corresponde atender a un de"terminado paciente, cada una de las partes designará su representan"te frente a la Inspección General del Trabajo. En los casos en que 
"la enfermedad profesional fuera atendida algán tiempo por la Caja de 
"Seguro Obligatorio, ésta tendrá derecho a solicitar de la Compañía 
"aseguradora de Accidentes o del patrón, si es que no hubiere cubierto 
"el riesgo profesional, el reembolso de las atenciones prestadas, según 
"tarifas que la Inspección General del Trabajo se encargará de esta"blecer, de acuerdo con el coste corriente."

Esta última aclaración tiene por objeto beneficiar al obrero que en los casos dudosos no sabrá a quién recurrir. Por otra parte, el rechazo brusco de la Caja y la negativa del patrón o Empresa aseguradora para atenderlo dejará al individuo al margen de toda atención mientras el caso se dilucida, cosa que no siempre sucede con la rapidez que sería de desear para estos

casos.

Lo anterior, en lo que se relaciona con el Reglamento de Enfermedades Profesionales. Quedaría aún por resolver la situación de la silicosis
en cuanto a la tabla de indemnización. Se nos figura que seria perfectamente justo hacer una separación neta entre la silicosis del primer estadio
v silicosis del segundo y tercer estadios. La primera daría lugar a una
incapacidad relativa clasificada con derecho al 100 % del salario de dos
años. Las silicosis de segundo y tercer estadios radiológicos serían clasificadas como incapacidad absoluta para los efectos legales de la reparación
pecuniaria.

Finalmente y en lo que respecta a seguridad e higiene industrial, están contempladas en la lista de industrias peligrosas e insalubres todas aquellas que dan lugar a neumoconiosis, especialmente silicosis. Figuran también en este párrafo las precauciones indispensables a tomar respecto a aspira-

ción de polvo y protección del obrero mediante máscaras.

Sólo habría que agregar algunos conceptos que, a nuestro juicio, tienen importancia:

1.º Que estas Empresas sean suficientemente controladas por la Ins-

pección General del Trabajo.

2.º Que el ingreso de un obrero a estas Empresas peligrosas dé lugar a un concienzudo examen médico preliminar que evite la contra-

tación de individuos ya lisiados.

3.º Que, como medida efectiva de profilaxia, los obreros sometidos a un constante riesgo silicótico sean recambiados periódicamente con una frecuencia que será determinada en tablas estudiadas tomando en cuenta la riqueza en sílice del polvo suspendido v su intensidad.

Este recambio podrá hacerse cada cierto período de tiempo, o bien, consultando reposos de alguna duración determinada a lo

largo de la jornada diaria de trabajo.

.º Que se someta a estos obreros a exámenes repetidos y continuados (clínico y radiológico).

# Algunos conceptos sobre la personalidad hu-

POR EL DR. ALFREDO ROJAS CARVAJAL

Prof. e. de C. de Neurología y Prof. Suplente de Psiquiatría de la Universidad de Chile

Médico-Jefe de Zona de la Caja de Seguro Obligatorio.

Los importantes progresos alcanzados por la Psicología en el curso de los últimos veinte años, gracias al empleo de los métodos de investigación propios de las ciencias biológicas (Psicología Patológica, Psicología comparada, Psicología infantil, Psicología de los pueblos primitivos. Psicofisiología. Psicoanálisis, etc., etc.), han determinado un florecimiento exuberante de la literatura de tendencia psicológica y una influencia cada vez más extensa y preponderante de los nuevos conocimientos en los diversos órdenes de la actividad intelectual y de la conducta humana.

Como era natural que sucediera, un enriquecimiento extraordinario de concentos y de nuevos vocablos ha correspondido a estos progresos y cada día se hace más dificil orientarse entre ellos y discernir con claridad y seguridad, en un terreno de por si hastante obscuro y movedizo. Al progreso efectivo de la Psicología se ha agregado así un aumento falaz del diletantismo psicológico con la correspondiente confusión y embrollo de los problemas, ya de suyo complicados y de difícil comprensión.

Se hace necesario nues v es en todo caso conveniente, tratar de producir orden en las ideas precisando los conceptos fundamentales v procurando definir las orientaciones cardinales de la investigación en marcha La elaboración de esquemas de visiones de coniunto, es de gran utilidad para este obieto: son guías de un valor inapreciable nara nenetrar con éxito en la intrincada selva de conocimientos v de hipótesis, de verdades v de errores de afirmaciones v de negaciones, que atraen, repugnan o seducen al que avanza entre ellos, haciéndole difícil mantener el criterio libre v sereno, indispensable para esta clase de estudios.

Los concentos referentes a la personalidad humana son, como se comprende fácilmente de un gran interés a este respecto; son concentos fundamentales no sólo para emprender cualquier estudio o investigación psicológica, sino que, rebalsando el marco algo estrecho o limitado de la ciencia pura v especializada, revisten una importancia de primer orden para la cultura general, la cual no puede tener otra base más sólida e inconmovible que la que el sabio griego le fijara en el "conócete a ti mismo."

La reciente exneriencia, sin duda satisfactoria de las calificaciones anuales del personal, nos ha demostrado una vez más, que un meior conocimiento reciproco de los hombres favorece la tolerancia v el resneto que todos nos dehemos v es garantía segura de mayor equidad v justicia. Cualquier esfuerzo que se gaste en este sentido será, pues, beneficioso y de interés para todos.

#### CONCEPTO GENERAL DE LA PER-SONALIDAD

Sin descender al fondo mismo del problema del cononimiento nos limitaremos a aquellas consideraciones más generales v esquemáticas que estimamos también de mavor importancia práctica y cultural. La ciencia no pretende averiguar la esencia de las cosas, pero sus observaciones relativas a la estructura y morfología de los fenómenos, a su génesis, a sus condiciones de existência y de funcionamiento, constituyen algo realmente valioso y positivo.

Cada ser humano, todo sujeto en cuanto individualidad definida y limitada, es susceptible de ser considerado desde dos puntos de vista diferentes aunque inseparables, de ser descompuesto por un esfuerzo de abstracción y de análisis en dos elementos o entidades primordiales: el organismo y la personalidad, el soma y la Psiquis, el cuerpo y el alma. De naturaleza principalmente física y objetiva la una y de carácter psiquico y especialmente subjetivo la otra, ambas son, sin embargo, como la energia y la materia, como la cara y el sello de una misma moneda, los dos aspectos inseparables, absolutamente ligados e intimamente dependientes de la unidad indivisible y fundamental. Los límites precisos entre lo psiquico y lo risico no han sido hallados y quiza si después ya tampoco lo sean; entre el arco relativamente sencillo del reflejo medular y la trayectoria complicada del tenomeno psiquico, no se reconocen diferencias esenciales, sino de una mayor o menor completidad solamente.

Desde que se ha reconocido la inmensa extension y la proporcion formidable de los ienomenos psiquicos inconscientes, el fenómeno conciencia que aparece en ciertos niveles de la actividad psiquica, sólo define im pequeno territorio de nuestra personalidad. Por otra parte, siendo la conciencia un fenómeno esencialmente subjetivo, ¿puede negarse su existencia en la intimidad de los procesos nerviosos puramente orgánicos o retilejos? Como alguien ha dicho: ¿Qué oiriamos si las células hablaran? (alma medular de Pffeifer).

La hipótesis científica de una identidad esencial entre lo fisico y lo psiquico, parece en realidad imponerse como necesaria, ya que las mismas leyes generales y un mismo determinismo riguroso e impiacable rigen para ambas series de fenómenos.

Ahora bien; si organismo y personalidad se muestran indisolublemente unidos, si ambos reaccionan y actúan en una inextricable y férrea interdependencia, como una sola entidad que es el sujeto, que es el individuo, tanto más difícil de separar y hasta de concebir aisladamente, son los elementos que en su conjunto integran nuestra personalidad.

Cuán lejos nos encontramos hoy día de aquellas antiguas concepciones referentes a supuestas facultades del alma, especies de entidades o de potencias que aparecían como definidas y autónomas, y que el análisis y el estudio positivo, han reducido en su mayoría a meros fantasmas.

Concebimos hoy el psiquismo, como un conjunto activo de elementos de una inmensa y variable complejidad, que teniendo en cierto modo como substrato material al organismo, se presenta frente al medio ambiente como una entidad viva y actuante dotada de capacidades y aptitudes, de tendencias y necesidades que le permiten ver, oir, sentir, gustar, pensar, sufrir, gozar, etc. y que lo obligan a odiar, a amar y a obrar de mil variadas maneras, todas ellas simples formas particulares de las relaciones entre la personalidad y el ambiente.

Al referirnos, pues, a los elementos de la personalidad, no pretendemos disecar, dando individualidad aparte, a lo que en la vi-

da no puede separarse. En cada fenómeno psíquico, en cada estado de conciencia, se opera una síntesis complejisima y siempre diferente en que intervienen innumerables elementos de nuestra personalidad. Cada uno de estos elementos, es, a su vez, integrado por complejos o constelaciones psiquicas que se relacionan intimamente con infinitos sucesos no sólo del presente, sino también de nuestro pasado más remoto y ancestral en muchos casos. No sin razón se ha hecho célebre la frase de Bergson "sin duda nosotros pensamos sólo con una parte pequeña de nuestro pasado, pero queremos y actuamos con todo nuestro pasado, incluyendo las tendencias originales nuestra alma."

Toda división, toda segmentación resulta así, en definitiva, arbitraria, pero ello no nos impide reconocer su utilidad, especialmente desde un punto de vista didáctico. Nos referiremos brevemente a los componentes de la personalidad humana, siguiendo de preferencia las ideas de F. Achille-Delmas y de M. Boll sobre este asunto.

#### LOS COMPONENTES DE LA PERSO-NALIDAD

Tanto en los componentes afectivos como intelectuales de la personalidad, es posible reconocer bajo infinitas formas y disfraces, las cualidades primordiales, específicas y necesarias de la materia viva.

La perenne instabilidad físico-química, el equilibrio siempre instable de sus cargas eléctricas, la constante transformación de la energía que alimentan las oscilaciones del tonus vital, a través de la actividad siempre cambiante de los centros vegetativos, se traduce en el hombre en el TONO AFECTIVO, función compleja que engloba la capacidad de acción y el estado de ánimo de los sujetos,

La receptividad, o sea la aptitud para experimentar estimulos, florece en los organismos superiores en la sensibilidad general y sensorial, y por intermedio de la SENSACION y de las PERCEPCIONES, fundamenta el estupendo edificio de las aptitudes intelectuales que llamamos MEMORIA, IMAGINACION, JUICIO, ATENCION, etc.

La reactividad, o sea la capacidad de reaccionar en variada forma frente a la acción de estímulos también variados, es la fuente originaria de la riquisima emotividad que caracteriza a los seres más diferenciados.

La NUTRICION, función básica que ase-gura la conservación del individuo, y la REPRODUCCION, que proyecta la vida en el tiempo infinito, más allá de los limi-tados piazos de la existencia individual, tienen en la especie humana tan maravillosa floración, que la imaginación más potente es incapaz de abarcar en sus dilatados contornos y de penetrar en su inextricable y pasmosa complicación. Desde el instinto puro, nutritivo o reproductor, identificados hoy de nuevo con el Eros de la antigüedad helénica y a través de las infinitas gradaciones y combinaciones incalculables de las tendencias instintivas, hasta las supremas posibilidades de la ética y del arte, todo lo comprenden y todo lo dominan. Desde abismos insondables, desde un misterioso arcano, parecen regir el destino de individuos y de pueblos hacia una Humanidad futura, en gestación a través de los siglos y en la cual un día lejano han de fundirse.

Asi, pues, la personalidad comprende por una parte un conjunto de funciones afectivo-activas que llamamos TEMPE-RAMENTO y que son las siguientes:

a) el TONO AFECTIVO — la activi-

dad - el humor;

b) la EMOTIVIDAD — la ira, el miedo, el terror, la sorpresa, el sobresalto, el espanto, la inquietud, la ansiedad, la angustia, la risa, el llanto, etc., etc.;
 c) los INSTINTOSY TENDEN-

c) los INSTINTOS Y TENDEN-CIAS INSTINTIVAS: todas las formas del afecto egoísta y altruista.

Por otra parte, comprende un conjunto de aptitudes intelectuales que llamamos Inteligencia, a saber:

- a) funciones psicosensitivas y psicosensoriales
- b) la memoria
- c) la imaginación
- d) el juicio
- e) la atención.

Sin embargo, el conjunto general de estas tendencias y aptitudes no constituye sino la base fundamental, el núcleo activo primordial de la personalidad humana.

Sin contar con que desde antes del nacimiento y hasta la muerte del individuo, la persona, al par que el organismo, experimenta una evolucion transformadora que varia de intensidad en los diferentes periodos, pero que jamás se interrumpe, si sólo consideramos al hombre adulto de nuestro tiempo, debemos agregar a los elementos de su personalidad ya anotados, los siguientes:

- a) el caudal de conocimientos adquiridos, o sea la ILUSTRACION;
- b) el conjunto de hábitos, costumbres, inclinaciones, gustos, ilusiones afectivas o creencias, normas eticas, etc., adquiridas de • preferencia durante la infancia, o sea la EDUCA-CION.

Podemos asi elaborar el siguiente esquema de la personalidad humana:

Temperamento + educación = carácter Inteligencia + ilustración = mentalidad Carácter + mentalidad = personalidad

El temperamento y la inteligencia, elementos esencialmente dinámicos y activos, constituyen de preferencia la parte innata o congénita y hasta cierto punto hereditaria, de la personalidad y de la constitución individual de cada sujeto. La ilustración y la educación la integran principalmente como elementos adquiridos. La participación que en definitiva corresponde a cada uno de estos elementos en la constitución del carácter y de la mentalidad, es sumamente variable según los individuos y las circunstancias, reconociéndosele cada día una mayor importancia a la educación en el curso de la primera y segunda infancia, es decir, desde el nacimiento mismo hasta la pubertad.

## sindroma de Mikulicz-Lúes

(Presentado a la 1.a reunión clínica por el Dr. Duilio A. González M., Médico-Director del Consultorio de Osorno)

J. Q., jornalero, de 27 años de edad. Antecedentes hereditarios y personales.—A los 12 años, una herida contusa del enero cabelludo, en la región parietal izquierda.

Niega todo antecedente venéreo, Bastante bebedor,



Entermedad actual.—Se inicia a principios de marzo de este año con dolor en las regiones parotideas, dolor que fué aumentando lenta y progresivamente; al mismo tiempo empiezan a aumentar de volumen tanto esas regiones como también los labios y la lengua. Junto con esto, tiene sialorrea y dificultad para la masticación; su voz también se ha alterado, ya no es clara. Dice no haber tenido ficbre.

Las regiones parotídeas continuaron aumentando de tamaño, especialmente del lado laquierdo y luego tomaron un color rosado. La masticación se hizo más diffell y la voz también se alteró más; el paciente no podía ingerir más que liquidos. El dolor se hizo más agudo y con exacerbación nocturna. Junto con esto, disminución de la agudeza auditiva.

El 19 de mayo, desesperado ya, resuelve hacerse una incisión con una hoja Gillette, en la región parotídea izquierda, que era la más inflamada; diee que salió un pus grueso primero y sero-purulento después y en gran cantidad, tanto que a cada momento se tenía que secarcon un pañuelo. Como viera que esto continuaba, resuelve irse en consulta a Puerto Montt. Se le prescribe jarabe yodo-tánico y emulsión con hipofosítios y se le hospitaliza por 16 días, sin mayor beneficio para el paciente. Continúa después tratado ambulatoriamente durante más de un mes.

Ya completamente aburrido, resuelve venirse a Osorno, al Consultorio. Se le hospitaliza immediatamente, con fecha 18 de julio.

Examen objetivo: Individuo bien constituído con una cicatriz blanca de 8 cms. de longitud en la región parietal izquierda. Ojos reaccionan bien a la luz y acomodación.

Franca asimetría facial, como se puede ver en la fot. 1; hay una tunnefacción que ocupa toda la región-parotidea izquierda, y que abarca una parte de la región sub-maxilar hacia abajo y que hacia arriba sigue la rama ascendente del maxilar correspondiente. La piel de esta región es rosada y no adhiere a la glándula. Igualmente la región parotidea derecha está tunnefacta; aunque menor es más redondeada. Piel menos rosada, de consistencia blanduza y algo renitente. Ambas tunnefacciones son sensibles a la palpación y ninguna de ellas tiene nódulos indurados.

A unos 3 cms, por debajo del ángulo sub-maxilar izquierdo, encontramos un orificio fistuloso por el cual sale líquido sero-purulento en abundancia; el conducto mismo permite la entrada de un estilete en una profundidad de 3 cms, hacia arriba en dirección de la parótida correspondiente. (Fot. 2).



Los labios muy engrosados, especialmente la mitud derecha de éstos produciendo una mayor demarcación del surco naso-geniano del mismo lado. Lengua también algo engrosada (fot. 3). En la punta hay una pequeña mancha de leucoplasca.

La dentadura en mal estado.

Los movimientos de los maxilares están reducidos.

La amigdala derecha hipertrofiada y la úvula corta y gruesa.

Las demás giándulas, salivales y lacrimales, no presentan aparentemente alteraciones,

Organos ricerales, nada de especial. Reacción de. Wassermann. en. la. sangre



#### EVOLUCION CLINICA Y TRATAMIENTO

20-VII. Se empieza un tratamiento mercurioarsenical alternado.

29-VII. Hasta hoy lleva 4 inyecciones de neo (0.15-0.30 y II de 0.45) y 6 de cianuro de Hg. al 1 por ciento.

Al examen observamos: las parótidas todavía con bastante dolor, aunque algo disminuida de tamaño. Por la fistula sale un líquido sero-purulento en regular cantidad. La sialorrea también ha disminuido; los movimientos de los maxilares más amplios. La piel tiene una coloración normal.

20-VII. La fistula casi obstruída; a la presión sale un líquido ciaro, filante. Parótidas completamente indoloras, Sigue el tratamiento específico.

2-VIII. La fístula totalmente obstruída, La masticación es más fácil, la voz es más clara, La stalorrea ha desaparecido; el surco naso-gentano derecho casi lo mismo que el izquierdo. El paciente, sintiéndose bien, solicita su alta, pero se le niega, a fin de seguirlo más de cerca en su evolución clínica, prolongar su tratamiento y en seguida para presentarlo a la consideración de mis colegas.

Mientras estuvo hospitalizado, el pulso y la temperatura eran normales.

3-VIII. A las inyecciones anotadas más arriba agregaré 3 de neo-0.45 y 7 de cianuro.

4-VIII. Alta, Todas las lesiones han mejorado notablemente; subjetivamente está bien. Continuará sus tratamientos posteriores en otro consultorio. COMENTARIOS.—Desde un comicazo consideramos este caso muy interesante y muy raro por lo demás. De ahí que lo estudié con todo detenimiento, a fin de discutirlo en nuestra primera reunión clínica celebrada el 4-VIII último.

Estábamos en presencia de un individuo Inético, en vista de la reacción Wassermann que salió intensamente positiva; en seguida había una labio-glositis y una manchita leucoplásica; luego después una bilateralidad de lesiones.

Se trataba, a mi juicio, de un terciarismo.

Lo que obligó al paciente a consultar fueron sus lesiones perotideas y una de ellas fistulizada, Estudiando el caso por este lado, pensamos en que podría tratarse de un sindroma de Mickulicz incompleto, de un "Mickulicz de forma parotidea en un luético". Había sus razones para aceptar esta idea mía, aun cuando clásicamente se describe como un sindroma consituído por una hipertrofia simétrica de las glándulas salivales y jacrimales. Pero sabemos que a veces falta la hipertrofia de estas últimas o de las demás. Más todavía, Leroux-Robert (1) cita una observación en que en vez de una hipertrofia crónica de dicha giándula había una atrofia, comparando el sindroma al de una cirrosis hepática.

A la hipertrofia glandular se agregan muchas veces la fiebre y la hipocrinia salival; este último síntoma, a veces tan intenso, que los pacientes no pueden masticar bien y mucho menos deglutir bien, como son los dos casos citados por Pasteur, Vallery y Radot (2) y en los cuales la radioterapla sólo produjo en uno de ellos la normalización de la secreción. En el caso particular, nuestro enfermo acusaba desde un comienzo una statorrea bastante marcada que desapareció con el tratamiento específico. Recuérdese que en un comienzo se tenía que cambiar el apósito varias veces en el día por esta hipersecreción parotídea. La observación de Jeanselme, Huet y Mile. Desbrousses (3) insiste en esta hipersecreción. Había en este caso una hipertrofia neta de las dos parótidas y compromiso menor de las demás glándulas; además, una labio-glositis terciaria como en el enfermo nuestro.

En resumen, creemos estar en presencia de un paciente sififico, unido a un sindroma de Mickulicz incompleto. Más todaviá, nos parcee que el origen de este sindroma es la lúes, atenléndonos al resultado brillante obtenido con el tratamiento específico. Muchos autores, en efecto, han senalado la coexistencia del Mickulicz y de las lúes hereditarias o adquiridas, como Jong y Joseph en 1908, Théodoresco en 1914, Massary y Tockmann en 1918, Jeanselme, citado anteriormente, en 1928; Climmino en 1929 (4). Sin negar que en algunos casos la etiología de este sindroma es casi imposible de determinar, lo cierto es que muchas veces es la sifilis la que está en juego.

#### BIBLIOGRAFIA

- La Presse Médicale, N.o 100, pág. 1601, 1928.
   La Presse Médicale, N.o 26, pág. 407, 1927.
- 3. Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie, pág. 20, 1928.
- Archives de Médecine des Enfants, N.o 10, pág. 637, 1930.
- Revue Sud-Americaine de Chirurgle et Médecine, N.o 7, pág. 721, 1980.

6. Patología Médica. Brugsch, 1938.

## Neoplasma secundario del Pulmón

Dr. O. Marchant González Consultorio, San Francisco.—Clínica Médica Prof. González Cortés

R. R., 55 años, mecánico, asegurado de la ley 4054, nos da la siguiente anamnesis: blenorragia a los 17 años; 1des contrada a los 38 años, tratada insuficientemente; en 1930, afección renal, seguida de nefrectomía izquierda; en 1932, pneumonía; a fines de 1933 fué atropellado por un vehículo, recibiendo una contusión leve en el hombro izquierdo; en repetidas ocasiones, bronquitis de regular duración.

El servicio domiciliario lo ha atendido numerosas veces, desde su pneumonía, logrando siempre volverlo a la normalidad en muy buenas condiciones.

En Mayo de este año nos llama nuevamente nor un cuadro bronquial agudo, por dolor toráxico anterior, muy fuerte a derecha, que se exacerba al pretender respirar profundamente, y otro sordo, suave, pero persistente, a izquierda, que no se modifica con los movimientos respiratorios y que el paciente dice le comenzó después del traumatismo que sufrió en 1933; además, inapetencia, enflaquecimiento, escasa tos y espectoración sero-purulenta.

Se comprebó una bronquitis aguda, de la que sanó pronto; una fractura de costilla, con crépito óseo bien claro, a nivel de la quinta costilla derecha, en su arco anterior, que cicatrizó con vendaje inmovilizador; el dolor del hemitórax izquierdo no cedió a ningún tratamiento analgésico, tampoco se halló alsún signo que nos lo explicara: la inspección, palpación, percusión y auxoultación del tórax eran negativas.

Se nidió una radiografía que hizo el Consultorio Unión Americana, encontrándose una sombra redondeada, bien limitada, en la zona escapular izquierda, con hilio denso de ese lado; el resto de ambos pulmones, la aorta y el corazón eran de apariencia normal. El doctor Arutúnoff, en su informe, nos señaló las posibilidades radiológicas del caso, y con esto nos puso sobre la buena yfa del diagnóstico clínico,

Enviamos el enfermo al Hospital de San Vicente, a la Clinica Médica del profesor González Cortés, donde continuamos estudiándolo. comprobó una vez más, por varios médicos, que el pulmón lesionado no daba síntomas objetivos perceptibles con los medios clínicos, a pesar de que se buscaron detenidamente. El dolor de que se quejaba el paciente persistía aumentado, eran más manifiestos el adelgazamiento y la anorexia. Se practicaron exámenes de laboratorio: de orina, que fueron normales, con D. de 1018; R. de Cassoni, negativa; glicemia, 1,07 grs. por mil; de deposiciones, en las que no se encontraron quistes ni amebas; en la espectoración no se hallaron B. de Koch ni fibras elásticas, había abundancia de mucus, células epiteliales y flora secundaria; la fórmula leucocitaria y el recuento globular fueron normales, la eosinofilia fué 0; la R. de Kahn, positiva débil; la radioscopia del estómago, negativa, y la del tórax reveló la misma imagen de que nos dió cuenta el doctor Arutünoff, con integridad del resto.

Tratamos de inquirir datos de la causa de la nefrectomía que se le había practicado en 1930. El profesor Díaz Muñoz, muy gentilmente, en vista de que no se encontró rápidamente la historia de este paciente que fué operado en su servicio del Salvador, y como felizmente recordaba muy blen el caso, tuvo la amabilidad de manifestarnos que, hecho el examen anátomo-patológico de la pieza extraída, dió un epitelloma cilindrico del polo superior del riñón.

En resumen, como elementos para el diagnóstico teníamos: enfermo de 55 años, con enflaqueelmiento e inapetencia que se habían venido
acentuando; con un dolor en el hemitórax izquierdo, que ya se había hecho insoportable, sin
eizmos elínicos y reheide a los analefesicos comunes, con exámenes y radiológicos que mostraban una sombra redondeada del pulmón izquierdo, que había crecido de tamaño, con un hillo
denso que también se había o pacificado más, con
una serie de otros exámenes necativos, y que,
sincipente cuatro años antes fué operado de un
riñón nor un tumor que la histopatología declaró malieno.

El diagnóstico de tumor maligno secundario del pulmón se imponía; no era difícil relacionarlo con el necolasma que había sido hallado en el riñón, a pesar del tiemdo transcurrido, que muchos consideraron excesivo.

Ultimamente se le ha vuelto a tomar una radiografía en Unión Americana, sorprendiéndonos el visible crecimiento del tumor y la mayor condensación del hillo izquierdo, quedando muy poco parénquima aparentemente sano entre ambas sombras: la escapular y la hillar.

Lievado oportunamente el enfermo en consulta al Instituto del Radium para ver la posiblidad de Intentar el único tratamiento paliativo
permitible, la radioterapia profunda, se nos desengaño al recalcársenos la inconveniencia de
tal tratamiento, pues si bien se podría obtener
una sedación momentánea del dolor, se podría,
en cambio, provocar una generalización del proceso, con el consiguiente acortamiento de los
contados días de vida que, desgraciadamente,
quedan a este pobre trabajador.

Se le está manteniendo con reconstituyentes y con sedantes heroicos que, al calmarlo, hacen pensar al paciente que va a mejorar...

Presentamos este caso para demostrar cómo es posible que en la clientela del médico domiciliario, con más facilidad que en la de los consultorios, puedan tomarse por afecciones leves o catalogarlas erradamente éstas que, como la relatada, no dan signos físicos perceptibles que nos puedan orientar; para hacer resaltar la conveniencia de agotar los exámenes de laboratorio que, especialmente el radiológico, pueden llevarnos a un diagnóstico seguro, y para poner de relieve, una vez todavía, que hay enfermedades graves que son verdaderos hallazgos en la pantalla fluoroscópica.

## Hipertrofia del Timo. Lues

Por Federico Patiño

Consultorio, San Francisco

1934.

cación alimenticia.

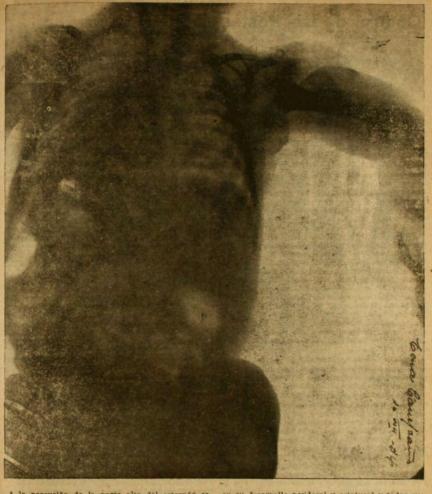
Wassermann (-+).

Kahn +

A. P. Alimentado al seno c|3 horas. Peso al mes=4.300 grs.

A. C.-Nacido de parto normal el 3 de Abril Lo trae la madre el 4 de Mayo por primera vez y sólo se comprueba al examen una fractu-Madre ha tenido 3 hijos, 1 fallecido de intoxi- ra clavicular izquierda ya consolidada. Una ra-.diografia tomada con este objeto confirma el diagnóstico y también pone en la pista de una hipertrofia del timo, que daba en aquel entonces pocas molestias: estridor laringeo que no era intenso; pero al flectar la cabeza sobre el cuello, tomaba caracteres dramáticos. Posteriormente estas molestias se acentuaron y el niño no podía mamar bien, por lo que bajó de peso 80 grs - AND PROPERTY OF THE PARTY OF





A la percusión de la parte alta del esternón se rotaba una zona mate en forma de cimera, bien manifiesta. En estas condiciones se le indicó tratamiento radioterápico (se hizo dos aplicaciones). Como las molestias de obstrucción fueran en aumento y las dos aplicaciones de radioterapla no habían dado el resultado que esperábamos, se resolvió, por los antecedentes de la madre, (había tenido manifestaciones luéticas y había recibido tratamiento) comenzar un tratamiento de prueba con fricciones mercuriales do 0.50=X. A los 11 días de comenzado este tratamiento se potó una mejoría manifiesta, consistente en disminución del estridor laringeo, el ni-fio se podía alimentar mejor, ganó rápidamente

en su desarrollo ponderal y estatural y todas sus molestias anteriores desaparecieron rápidamente al consolidar la cura anterior con injecciones de Neo Salvarsan.

Actualmente, es decir, a los dos meses de iniciada su cura específica, goza de perfecta salud, tiene un peso de 6 kilos y la madre, por su parte, sigue también bajo la dirección del especialista respectivo.

Estimo que la etiología luética de este caso es indiscutible.

Dr. PATINO.

Se citara pronto al niño para una radiografia de control.

## Control de las Postas Rurales

#### ORLANDO CATTANI

Farmacéutico Inspector 1.0

La atención Farmacéutica que presta la Cajude Seguro Obligatorio, por intermedio de sus Farmacias y Botlquines, es bien conocida de todos los funcionarios de la Sección Médica, pero, dentro del rodage de estos servicios, hay un aspecto que sólo es conocido por las personas que tienen relación con él. Me refiero al control de las existencias.

En toda Farmacia y Botiquin se lleva el control de las existencias de medicamentos y material de curación; este control se reduce a tener una cuenta corriente de cada articulo, én la cual se anotan las entradas, salidas y el correspondiente saldo. Las entradas se justifican con las guias de envio de mercaderias o de compra en el comercio y listas de devolución de parte de las clinicas o de reintegro de medicamentos correspondientes a asegurados que abandonan el tratamiento. Las salidas tienen como comprobantes las recetas despachadas, cuyo número de inscripción del asegurado es el que se anota en el libro, y los despachos a las clínicas, Postas Rurales y servicios satélites. Todos estos despachos se hacen previo pedido en el formulario especial que hay para este objeto. Es necesario advertir que la apertura del libro de control se hace practicando un inventario total de las existencias e inscribiendo los saldos correspondientes en el dibro de control.

Este es, en líneas generales, el sistema de control que se aplica en todos los servicios de la Caja, sean éstos Farmacias o Botiquines. Entre estos fl'"nos tenemos los Botiquines de las Postas y Estaciones Médico Rurales.

La práctica ha demostrado que en estos servicios rurales, el control anteriormente descrito, no ha dado los resultados que se esperaban. Esto se debe a varias causas, entre las que cabe mencionar el hecho de estar generalmente a cargo de Fracticantes, que, además de las funciones propias de sus puestos, deben atender el Botiquin, y no dan mayor importancia al control de las existencias, siendo varios los casos en que el libro era relegado a segundo término. Por las razones anteriormente expuestas, nos ha parecido interesante comentar y divuigar el sistema

de control de las Postas y Estaciones Médico Rurales implantado por el Médico Director de Coquimbo en los servicios que de él dependen.

Este sistema se basa en fijar una dotación standard, igual para todos los servicios que dependen de un mismo Consultorio, lo que se puede hacer por medio de un Regiamento interno de tada Consultorio, o en eu lugar, por una circular del mismo carácter. En uno u otro caso, debera ponerse en conocimiento de la Jefatura Médica.

Estos servicios, Postas y Estaciones Médico Ruraies, son visitados periódicamente por el Médico Rural, quien atiende los enfermos y les prescribe medicamentos, ateniêndose a la dotación previamente establecida. Demás está decir que debe extender una receta por cada asegurado, en caso de necesitar medicamentos.

Para reponer el consumo originado en cada ronda, se hacen "listas de consumo", acompañando las recetas cemo comprobantes. Estas listas y sus respectivos comprobantes, son llevados a la Farmacia o Almacén del Consultorio base, quienes tienen la obligación de reponer los artículos consumidos, antes de la próxima ronda. De esta manera, el control ha quedado reducido a las listas de consumo, y, por otra parte, se consigue que la dotación esté siempre completa, lo que evita las dificultades producidas por falta de medicamentos.

Las ventajas de este sistema son las siguientes:

 1.0 Supresión del libro de control en las Postas y Estaciones Médico Rurales.

2.0 Centralización del control en el Consultorio base.

3.0 Mantiene siempre completa la dotación que se le ha fijado, eliminando los posibles olvidos o negligencia para hacer los pedidos.

Dadas las ventajas que presenta este sistema, to titubeamos en recomendar su implantación en todos los Consultorios del cual dependan Fostas o Estaciones Médico Rurales, siempre que se cumpla con el requisito de establecer previamente la dotación standard, por medio de usa circular o Reglamento interno.

## Reuniones Clínicas de Consultorios

#### 2a REUNION CLINICA DE LOS CONSULTORIOS DE SANTIAGO

SESION DEL DIA 25 DE AGOSTO DE 1934

El Dr. QUIROGA quiere ante todo someter a la consideración de los médicos presentes un asunto que considera de gran actualidad y es el que se refiere a que en la actualidad no existe relación entre el trabajo de los médicos de los consultorios y el trabajo de los médicos de hospital. Así, por ejempio, la observación cuidadosa y todos los exámenes practicados por el médico de un Consultorio, hasta el momento que por una causa cualquiera el enfermo ingresa al hospital, no son aprovechados, pues ailí se comienza a estudiar de nuevo y a practicarle nuevamente toda clase de exámenes que ya están hechos, y a la inversa un enfermo que ha estado en el hospital, donde ha sido cuidadosamente estudiado, pasa al Consultorio, donde el médico, sin los anteriores antecedentes, debe comenzar a estudiarlo de nuevo: se pierde entonces un trabajo considerable sin beneficio para nadie y generalmente con perjuicio para el enfermo. Seria del caso entonces conseguir que una cosa fuera continuación de la otra, a fin de que tanto el trabajo del Consultorio como el del hospital fuera aprovechado. El Dr. Quiroga cree que una forma de llevarlo a la práctica sería que el médico de consultorio que ve a un enfermo recién salido del hospital pueda hacer pedir la copia de la historia clinica, y en el caso contrario, que el asegurado que se hospitalice lieve todos los antecedentes acumulados durante su atención en el consultorio.

El Dr. CALLEJAS cree que este lazo de unión que se podría establecer entre el Consultorio y el Hospital puede ser las Visitadoras Sociales; que podrían lievar o traer los datos que fueran necesarios de los médicos respectivos, o bien podrían existir algunas señoritas encargadas especialmente de esta labor.

#### EL DR. MARCHANT G. LEE UN TRABAJO SOBRE TUMORES DEL PULMON

El Dr. QUIROGA llama la atención en primer lugar sobre el período tan largo transcurrido entre la nefrectomía, que significa un tumor ya desarrollado, y la aparición de las metástasis pulmonares, en seguida que encontrándose en un estado avanzado el tumor este enfermo, no tuviera una anemia, lo que es raro. A propósito de la radioterapia, expresa que en estos casos de cáncer del pulmón, habléndole tocado atender dos casos de Ca. primitivo de los bronquios tratados por medio de la radioterapia, en realidad las molestias que ocasiona el tumor cesan, pero en seguida parece que hay un crecimiento más rápido, al mismo tiempo que una multiplicación enorme de las metástasis.

El Dr. MARCHANT expresa que la opinión del Dr. Leonardo Guzmán al respecto es que en los tumores tratados en esta forma se produce una sedación de los doiores, pero siempre seguida de una reagravación del proceso.

El Dr. GUNDELACH dice que tiene una enferma con un linfosarcoma bronquial, el cual empezó a manifestarse como una sombra a nivel del hilio, que poco a poco fué aumentando hasta constituir el tumor, que más tarde fué confirmado en la biopsia. El Dr. Guzmán lo trató con 10 aplicaciones de radioterapia profunda, pero, lejos de mejorar, aumento considerablemente, ocupando todo el hemitorax derecno, de donde deduce que solamente aplicada en sus comienzos puede obtenerse algún resuntado. Respecto a la margen ratuológica, en este caso le nama la atención, lo mismo que al Dr. Arutinoff, el gran desarrono de la sombra hillar, un gran engrosamiento: ninguna otra afección del puimón puede dar sombras tan marcadas como las dan los tumores.

Al Dr. GONZALEZ le llama la atención, comparanto las radiografías con 50 das de diferenca, el poco crecumiento del tumor, lo que no ocurrió en un caso que tuvo ocasión de ver en la Cúnica del Prof. Prado Tagle.

El Dr. VICENCIO iee un trabajo sobre un caso de tumor benigao del puimón y una relación acerca de las imágenes redondeadas del pulmón, del Dr. Guzmán, radiólogo de Santos Dumont.

El Dr. GUNDELACH expresa que no está de acuerdo con el Dr. Guzmán en lo referente a que el radiólogo solamente se limite a describir las imagenes redondeadas del torax; hoy por hoy el radiólogo está armado de elementos, lo mismo que la Clinica para hacer el diagnóstico diferencial de cada una de las imagenes que se le presencan. Así, por ejemplo, en casos de cáncer brouquial, se puede hacer inyecciones intratraqueales con lipiodol, que pueda dar perfectamente el diagnóstico. Las imágenes redondeadas que puede dar la tuberculosis, son también susceptibles de diagnóstico diferencial.

El interpretar toda sombra redondeada de la región hiliar como un cáncer, puede ser un profundo error, Sabemos que la claridad pulmonar es dada por la presencia de aire en el pulmón. Si un cáncer obstruye un bronquio, no pasa aire al pulmón y se produce una sombra más o menos redondeada cuyo tamaño depende del bronquio obstruído. Si se obstruye una rama principal, entonces puede producirse una sombra atelectática que puede ocupar todo un hemitorax, y esta sombra se puede interpretar como que el tumor ha avanzado ocupando todo el pulmón, lo que es un error, ya que sólo se trata de una sombra de atelectasia producida por chstrucción bronquial, ¿Cómo podemos saber si es una atelectasia? Sabemos que se produce entonces una presión intrapleural negativa, la cual produce una succión de los órganos vecinos: el diafragma se eleva, el mediastino se encuentra atraído hacia el lado de la lesión, las costillas también se aplanan y por estos signos puede el radiólogo hacer el diagnóstico de atelectasia pulmonar.

En este caso se inclina a creer en la existencia de un fibroma del pulmón, pues generalmente los quistes dermoldeos son más grandes y se ven productos de inclusión, dientes, etc., y además no es un tumor del mediastino, puesto que entonces se produciría este proceso de atelectasia pulmonar, que aquí no existe; cree que está en pleno parenquima pulmonar y que debe tratarse de un tumor benigno; cree igualmente que el tratamiento indicado sería la radioterapla profunda.

El Dr. VICENCIO dice que en síntesis la idea que ha querido expresar el Dr. Guzmán es que el radiólogo no puede más que dar una descripción de lo que ve, y en seguida hacer un diagnéstico radiológico que está subordinado al diagnóstico elímico.

El Dr. ARUTUENOFF cree que el mejor tratamiento es hacer unas pocas aplicaciones de radioterapia profunda para en seguida tomar una radiografía que serviría de comparación.

El Dr. LATORRE cree que el tratamiento por

la fibrolisina está demostrando que prácticamente no tiene acción, de tal manera que no valdría la pena fasistir en él.

El Dr. VICENCIO cree, sin embargo, que este medicamento pueda tener alguna acción favorable, recordando un caso publicado en los Anales del Seguro, por el Dr. Marín, de una cirrosis que después de haber sido puncionada 80 ó 90 veces. mejoró casi completamente con la fibrolisina, No cree que en ningún caso este tratamiento pudiera producir perjuicios al enfermo,

El Dr. MONTT hace indicación de que estas reuniones clínicas se hagan en un lugar más céntrico y que las citaciones para ellas seun hechas, no por los administradores, sino directamente por los jefes médicos.

El Dr. CALLEJAS hace indicación para que la asamblea haga suyas estas observaciones. Ai mismo tiempo hace indicación en el sentido que la hora de estas reuniones sea en la noche y en un día que se fije de antemano.

El Dr. QUIROGA resume estas observaciones en 3: que la citación sea hecha por los médicos mismos; que la reunión se haga en un lugar más céntrico, y finalmente, que sería conveniente el cambiar la hora de reuniones y hacerla en la noche, una vez al mes.

#### REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE LA CAJA DE SEGURO DE LOTA.

En esta semana se han iniciado las reuniones cunicas mensuales del Consultorio de Lota y cuya tabla fué la siguiente:

Dr. Bernardo Mellibovsky: "Un caso de pericarditis crónica reumática" con presentación de enfermo.

Dr. Alfredo Biondi: "Heredo lúes. Meningitis luética", con presentación de en-

Antes de iniciarse la reunión, el médico jefe, doctor Mellibovsky, pronunció las palabras iniciales siguientes:

La Sección Médica de la Caja de Seguro Obligatorio, en su afán de prestigiar su sección y como un elemento de estudio y de progreso constante en la atención de sus enfermos, ha querido que haya un contacto más directo entre los médicos de la institución, para una mayor comprensión entre ellos, una mejor uniformidad de criterio en cuanto se relaciona a diagnósticos y tratamientos de sus enfermos, y un aprovecha-miento más inmediato de todas las conquistas de la ciencia y su aplicación rápida; asímismo, como un acercamiento más directo

de los enfermos a los médicos, para bien de ellos, y una enseñanza para los casos semejantes futuros, para cuyo objeto ha creado las reuniones clínicas mensuales.

Labor es esta de una importancia suma, sobre todo en provincias, lejos de los centros activos de experimentación y donde sólo el estudio puede hacerse a través de revistas y libros.

En estas reuniones clínicas, donde cada médico presentará un caso clínico y que agotará posiblemente todos los elementos de laboratorio de que podemos disponer, cada enfermo será presentado en el máximun de estudio; esto redundará indiscutiblemente en provecho real y efectivo para el enfermo y un provecho asímismo para los auditores. Gozando el presentante de toda la libertad que desee, en cuanto a forma y fondo de la presentación, sujeto igualmente a tolerar y aceptar todo comentario o idea que sugiera el caso presentado.

Una crítica levantada, un comentario basado en un fondo científico y real, servirá de estímulo y provecho igualmente para su autor. Es, pues, una tribuna libre.

### "UN CASO DE PERICARDITIS REU-MATICA CRONICA"

#### Dr. B. Mellibovsky W., médico jefe Consultorio de Lota

La etiología de las pericarditis, unas veces secas, otras exudativas, son debidas a la localización pericárdica de una infección o de una intoxicación, es excepcional que representen clínicamente una entidad primitiva, sobreviniendo casi siempre como una complicación.

La causa más frecuente es una enfermedad infecciosa, entre ellas susceptibles de complicarse con pericarditis, debemos poner en primer lugar el reumatismo poliar-

ticular agudo o fiebre reumática.

La pericarditis como la endocarditis aparece en general a fines de la segunda semana del reumatismo. Las pericarditis reumáticas son secas o serofibrinosas.

Las fiebres eruptivas, las piohemias, la infección puerperal cuando determinan una pericarditis son, generalmente, purulentas. Sucede lo mismo con la neumonía y las bronconeumonías, que parecen intervenir por infección progresiva en los casos que se complica a la vez de pleuresía y de pericarditis purulenta.

Entre las infecciones crónicas, la TBC merece mención especial, ya que con el reuratismo y las neumonías o bronconeumonías constituve una de las principales causas de pericarditis; la pericarditis tuberculosa complica una lesión tuberculosa confirmada o bien una TBC discreta o latente con bastante frecuencia.

La lúes parece desempeñar un papel po-

co importante.

Otra causa importante de pericarditis se encuentra en la intoxicación y nefritis crónica, que sobreviene sobre todo en las fases terminales y lleva consigo un pronóstico altamente sombrío. Sobre el mecanismo íntimo de esta clase de pericarditis está en discusión; parece ser que lesiones pericárdicas están bajo la dependencia de la intoxicación, a las cuales se añade en ciertos casos una infección secundaria.

Finalmente, el cáncer puede invadir el pericardio, produciendo adherencias o un derrame hemorrágico en la mayoría de los casos.

Estos son los principales grupos o causas de pericarditis. Debo agregar, sí, que la mitad de las pericarditis se observan antes de los 15 años; por encima de 15, es más frecuente en el adolescente y en el adulto, no siendo muy rara en los viejos.

La sintomatología principal de las pericarditis de origen reumático es la siguiente, debiendo hacer primero la clasificación de seca y con derrame:

En la seca tenemos que los signos funcionales son con la mayor frecuencia discretos o nulos, y por esto la necesidad de examinar sistemáticamente ef corazón de los reumáticos agudos. En ciertos casos, diversos trastornos funcionales llaman la atención por presentar una intensidad considerable.

La mayoría de las veces el sujeto no acusa más que una molestia dolorosa precordial, algunas veces es un dolor precordial bastante intenso, permanente o lancinante, con irradiación al espacio interescápulo vertebral izquierdo o al hueco epigástrico y exagerándose bajo la influencia de los movimientos, de la tos o de las respiraciones profundas. A veces el dolor es provocado por la palpación de la región precordial.

Ciertos enfermos que hayan presentado un dolor constante, experimentan crisis violentas, dolorosas y angustiosas, realizando el sindroma de la angina de pecho. A veces en ausencia de crisis dolorosas, estos enfermos acusan una especie de disnea angustiante que impresiona mucho.

La existencia de un derrame abundante determina una disnea intensa, menos angustiosa; pero que puede revestir un aspecto característico por la actitud que impone ai enfermo.

El signo característico de la pericarditis le proporciona la auscultación; es el roce pericardiaco y constituye por sissolo el signo físico de la pericarditis seca. Su sitio de elección es la región mesocardiaca, extremidad interna de tercero y cuarto espacio intercostales izquierdos. Los roces no se propagan según el aforismo clásico, no se sobreponen a los ruidos del corazón y son mesosistólicos, mesodiastólicos y a veces presistólicos. El timbre, la intensidad, la localización de los roces varían bastante de un examen a otro.

Los signos generales son muy variables y en ningún modo característicos. En general se eleva la temperatura al principio de la pericarditis, permaneciendo durante varios días en 39°. El pulso está en relación con la temperatura y con la participación del endomiocardio.

A menudo los signos de la pericarditis seca reumática son substituídos más o menos claramente por los signos de una pericardiris con derrame. Es excepcional que sobrevenga la muerte en la fase de pericarditis seca; sin embargo, se ha observado este hecho en los casos acompañados de un

sindroma de angina de pecho.

La pericarditis seca evoluciona hacia la curación con frecuencia en 8 a 10 días, a veces en dos a tres semanas; pero en ciertos casos la pericarditis seca deía tras de si adherencias más o menos extensas entre las dos hoias del pericardito, constituvendo la pericarditis crónica. Caso que voy a presentar a esta primera reunión clínica.

Se trata del asegurado A. S. R., de 30 años de edad, casado, sin hijos, v cuvos antecedentes personales son: bebedor, no

fuma, profesión minero.

Antecedentes hereditarios: Padre muerto a los 40 años, ignora la causa, Madre viva, sana. Han sido 7 hermanos, 2 muertos, ignorando la causa.

Enfermedades anteriores: En su infancia no acusa enfermedades. A los 15 años, blenorragia. A la edad de 18 años, enfermedad de tres meses de duración y cuya sintomatología principal, consistente en temperaturas altas y dolores articulares generalizados, hacen inclinarme a un diagnóstico de reumatismo poliarticular agudo. A los 20 años, nueva pousse de reumatismo articular agudo de un mes de duración.

Posteriormente continúa con dolores articulares en forma insidiosa y crónica.

Enfermedad actual: Se inicia desde hace más de dos años, con ligera disnea de esfuerzo para el trabajo, disnea que se va acentuando poco a poco y que lo imposibilita para todo trabajo desde hace ocho meses. Conjuntamente con la disnea, tiene, edemas, en sus extremidades y cara; desde hace seis meses tiene tos intensa, que se acompaña de un desgarro hemoptoico en varias ocasiones, asimismo sudores nocturnos profusos.

A la sintomatología subjetiva anterior, se agregan dolores precordiales con irradiación manifiesta a su brazo izquierdo.

Ha tenido en ocasiones crisis anginosas que se acompañaron después con sintomas de pequeña insuficiencia cardíaca, hasta en ocasiones fenómenos puros de asistolia, que después compensaron.

El examen físico de este enfermo revela el cuadro siguiente:

Aspecto general: Posición activa. Enve-

iecido, no aparenta la edad que manifiesta; ligeramente disneico

Pulso: Penueño, regular.

Cabeza: Facies ligeramente cianótica.

Oios: Conjuntivas ligeramente ictéricas, Refleios a la luz y acomodación con pereza.

Boca: Dentadura en mal estado, faltar numerosas piezas dentarias.

Cuello: Venas del cuello injurgitadas. No hay danza arterial.

Tórax. Corazón. Inspección: La punta del corazón se siente latir a nivel del sexto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar.

Palpación: La palpación se perciben fro-

tes a manera de fremito.

Percusión: Aumento de la macicez cardíaca en sentido transversal.

Auscultación: Ligero soplo sistólico de la punta, sin propagación. Roce pericardíaco en toda la base del corazón, mesodiatólico.

Pulmones Percusión: Submacicez en el hemitórax izquierdo.

Auscultación: Estertores crepitantes finos abundantes, diseminados. Frotes pleu-

Abdomen: Híoado, se palpa a dos traveses por debajo del reborde costal.

Extremidades: Nada de especial.

Genitales: Nada de especial.

Sistema nervioso: Reflejos normales.

Los exémenes de laboratorio practicados a este enfermo han dado los resultados siquientes:

Presión arterial: Al Vaquez, Máx. 8,5

Evamen de orina: Nada de especial.

Exámenes de sangre: Uremia 0.45 oloo. Wassermann, positivo. Kahn, no se hizo en el laboratorio por falta de antigeno.

Examen radiológico del tórax: Aorta ensanchada, arco de la pulmonar borrado. Esnacio retroaórtico ocupado en su parte inferior. Corazón, aumento del diámetro transversal. Diafragma derecho inmóvil, izquierdo disminución de la movilidad.

Diagnóstico: Pericarditis, mediastinitis.

El tratamiento seguido en este enfermo ha sido variado y sobre todo sintomático; el haber pretendido hacer una medicina causal después de más de 10 años de instalado su proceso, habría sido inútil y estéril; lestones pericardiacas fibrosas que han llegado a producir en este enfermo una sinfi-

sis y una posible media tinitis, no tienen

hoy dia tratam ento.

Sin embargo, se ha ensayado primeramente un tratam ento salicífico, que en un principio dió certas esperanzas, pero hubo de suspenderse, pues le sobrevino a raiz o durante el tratamiento, una crisis anginosa que terminó en asistolia; el tratamiento de reposo, sangría, tónicos cardíacos, etc., reguló en poco tiempo su función cardíaca.

Por tener el concepto de que la lúes juega un papel muy excepcional en las pericarditis y no teniendo antecedentes específicos de ninguna clase, no se le hizo a este enfermo ensayo alguno de tratamiento en

este sentido.

Entre los exámenes de laboratorio hechos a este enfermo para su estudio, se incluyó un Wassermann, el cual dió un Wasserman positivo. Este hallazgo de laboratorio tiene, en mi concepto, dado el estado actual del enfermo, poca importancia. ¿Podrá influir un tratamiento específico, en un enfermo con una pericarditis crónica y sinfisis pericardíaca de origen indiscutible reumática? Creo que no; sin embargo, como un recurso se intentó un tratamiento específico.

Una última consideración sobre este enfermo. El examen del pulmón revela signos de una TBC latente; a pesar del examen radiológico pulmonar negativo, clínicamente estamos ante un individuo con un proces tuberculoso; sú pericarditis. ¿puede tener alguna relación con su TBC crónica, ya que no es infrecuente, como expuse anteriormente, que una TBC traiga como complicación una pericarditis?

A mi juicio, la historia clínica de este enfermo no nos da un solo dato antes de su proceso reumático agudo que nos lleve a sospechar en un proceso tuberculoso; y creo que su TBC ha sido una adquisición desgraciada posterior a su localización reu-

mática en el pericardio.

#### HEREDO LUES. — MENINGITIS LUE-TICA

Doctor Alfredo Biondi E.

Servicio de Lactantes

N. U., cinco meses y medio de edad. A. H. Padre en tratamiento específico. Madre ha tenido 11 hijos, cuatro fallecidos en la primera infancia. Además dos abortos y un parto prematuro. A. P. Niña nacida de un parto gemelar, con un peso de 3.200 grs. Alimentada al pecho dos meses. Después con alimenta-

ción complementaria.

Enfermedad actual. Hace dos días el enferm.to sufie bruscamente una crisis de convalsiones tónico clónicas con pérdida del conocimiento, siendo difícil alimentarle. Hay una constipación pertinaz de 5 días, vonitos.

Examen físico. Al examen se presenta un enfermito de un peso de 4.600 grs., con su senscrio completamente embotado, rigidez de la nuca. Reilejos rotuliano y aquiliano exaltados. Kornig y Brssinski positivos. Perímetro craneano 42 centimetros. Fontanela abombada. Estasis pulsátil pupilar. Paladar ojival. En el torax se aprecia rosar o costas. Abdomen: Higado a dos traveses del reborde costal. Bazo se palpa, duro.

Líquido cefalo raquídeo. Se practica una punción lumbar que da salida a un líquido a presión, transparente, que en reposo no

deja enturbiamiento apreciable.

Diagnóstico diferencial: Antes de estudiar su enfermedad actual es indispensable establecer si se trata de un niño tarado. Al examen debemos subravar tres hechos, que agregados a los antecedentes hereditarios nos permiten suponer un terreno específico, asunto de vital importancia en el cuadro meninjeo que estudiamos. El enfermito presenta una hidrocefalia interna, un paladar ojival, y la palpación del bazo es dura y evidente. La hidrocefalia interna se observa después del tercer mes de la vida y es poco exajerada. En cambio la de origen aquit co se manifiesta al final del primer año, accimpañada de otros estigmas son faciles de confirmar.

En este sentido, debemos recordar sumariamente las manifestaciones de la heredo lues. Distinguimos en ella tres momentos:

 Sífilis del recién nacido con los siguientes síntomas principales: Coriza, Pénfigo y Osteocondritis.

 Sífilis del lactante: Con alopecia, ragadias, infiltración difusa de la piel, palidez cérea, hidrocefalia interna, falangitis, etc.

3. Sifilis tardia: Triada de Hutchinson;

Periostitis diafisiaria.

Nuestro enfermito participa de la hidrocefalia interna, además de los factores que va hemos anotado, lo que nos autoriza a fijar una conducta terapéutica.

Abora bien: respecto del sindroma convulsivo con pérdida del conocimiento que presenta, debemos analizar los múltiples factores que en la infancia son capaces le desencadenar crisis parecidas.

El factor EDAD es un importante guia en este sentido. Así tenemos los factores más frecuentes en las edades que se indican:

 En el recién nacido: traumatismos obstétricos; tétanos; estados septicémicos.

2. En los lactantes de seis primeros meses: Anomalías cerebrales; hidrocefalias, lues y meningitis.

3. Niños de seis meses hasta dos años. El factor primordial aquí es la diátesis es-

4. Del 2.0 año adelante ocupa el primer

lugar la meningitis tuberculosa.

Ateniéndonos a este juicio nuestro enfermo posee tres factores del 2.0 grupo; pero su edad de 5 y media meses debe hacernos pensar en una posible espasmofilia.

Esta diátesis se refiere a la hiperexitabilidad mecánica y eléctrica de la musculatura, y que se presenta especialmente en niños alimentados artificialmente. Hay una
forma aguda que se caracteriza por un larigoespasmo que puede determinar por si
solo la muerte de un enfermo. La forma latente la podemos sorprender por medio de
la corriente galvánica que nos produce
contracciones por debajo de 5 miliamper.
Otra característica de la Espasmofilia, y
que la diferencia del Raquitismo, es su hipocalcemia sin variación de los fosíatos.

El examen de nuestro enfermo es negativo, por lo que se refiere a los sintomas clinicos de la Espasmofilia: Chvostek o fenómeno del facial, fenómeno del peroneo, del cubital y radial; signo de Trousseau, etc. Además las convulsiones de este origen tienen de particular que durante, ellas la fontanela se abomba, para volver a deprimirse una vez pasado el acceso; lo que no sucede cuando el origen es meningeo. Dada la negatividad de todos estos sintomas podemos excluir la espasmofilia.

En cuanto al substrato anatómico de los sindromas convulsivos, se les divide en or-

gánicos y funcionales:

1. De origen orgánico: meningitis, encefalitis, trastornos vasculares (embolias, anemia, trombosis, etc. La epilepsia genuina evidencia su naturaleza orgánica posteriormente.

2. De origen funcional: a) Tóxicas de origen endójeno (trastornos nutritivos, intoxicación alimenticia, uremia, acetonemia, coma diabético, bronconeumonia, quemaduras, parásitos intestinales); b) Tóxicas de origen exójeo (alcohólicas medicamentos); c) Infecto hematojenas: iniciación de enfermedades febriles. Estas últimas son las más frecuentes. En estos casos los síntomas nerviosos disminuyen poco a poco, a la inversa de lo que pasa en los de origen cerebral.

CONCLUSION DIAGNOSTICA: Heredo lues, Meningitis luética.

TRATAMIENTO: Debemos instituir el tratamiento de los padres y del niño. Al enfermito lo tratamos con fricciones mercuriales, con 0.10 x kg. de peso. Después de una cura de fricciones alternamos con Protoyoduro de Hg. 0.01 tres veces al dia. El enfermito mejora rápidamente y después de un mes de observación podemos estar satisfechos de nuestro diagnostico. Además del tratamiento específico hacemos tres punciones lumbares de 20 cc. cada dos dias.

La madre inicia a su vez un intenso tratamiento con Neoarsolan y Yodobismutato

de quinina.

#### SESION INAUGURAL DE LAS REUNIONES CLINICAS DE LOS MEDICOS DE LA CAJA LOCAL DEL SEGURO OBLIGATORIO DE CORONEL, DE FECHA 8 DE SEPTIEMBRE DE 1934

Asisten los doctores señores Moisés Aracena Alfredo Leyton, Alberto de la Maza, Pedro Pereira y dentista señor Manuel Merino. Actúa de secretario el del Consultorio de Coronel, señor Carlos Martínez A.

Se abre la sesión a las 14.15 horas, y la preside el Médico Director del Consultorio de Coronel, Dr. Moisés Aracena, quien da a conocer a los asistentes el motivo de la reunión, el cual obedece a dar cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento Interno de la Caja de Seguro Obrero.

El Dr. DE LA MAZA se manifiesta complacido de que se efección estas reuniones clínicas, en las que se podrá estudiar en conjunto los enfermos que presenten aiguna particularidad clínica, y al mismo tiempo para debatir aquellos asuntos que tengan relación con el mejoramiento del servi-

cio médico de la institución.

Para aprovechar esta reunión, el Dr. ARACENA presenta una enferma a fin de que sea examinada por los médicos asistentes. Practicado un
examen minucioso, el Dr. Aracena, después de
dar a conocer la Historia Clínica de la enferma,
la que se adjunta a la presente acta, diagnostica
una Leucemia Mieloídea crónica, diagnóstico que
es ampliamente discutido por el resto de los médicos, acordándose esperar el resultado de los
exámenos, que gentilmente el Dr. Pereira ofrece
nacer en el Laboratorio de Schwager, ya que no
habían llegado los que se pidieron a Concepción.
unico medio de hacer diagnóstico en las afeccio
nes del bazo.

A continuación el Dr. ALFREDO LEYTON presenta otro caso de gran interés clínico, cuya historia clinica también se adjunta a esta acta. Este enfermo fué sometido también al examen de los médicos presentes, no pudiêndose hacer ningún diagnóstico, ya que se trata de una afección nerviosa y ninguno de los asistentes es especialista en estas enfermedades, Este caso queda en estudio, pues se consultarán textos especiales.

En seguida se tomaron los siguientes acuer-

Sesionar dos veces al mes, indicándose el primer y tercer sábado de cada mes.

Tener la próxima reunión el sábado 29 de setiembre, a las 14 horas.

Con esto se puso término a la reunión, levantándore la sesión a las 16 horas. — Dr. Moisés Aucena.—Carlos Martínez A., Secretario.

#### ENFERMA PRESENTADA POR EL DOCTOR MOISES ARACENA

C. H., de 32 años, casada, multipara de uno. Antecedentes hereditarios: 12 hermanos vivos y sanos. Padres vivos y sanos.

Antecedentes personales: Menstruaciones regu-

lares de 4 días de duración.

Enfermedades anteriores: Sarampión en la in-

Enfermedad actual: Hace más o menos dos años nota en el hipocondrio izquierdo una tumefacción del tamaño de una naranja, indolora, dura, a la que no le da ninguna importancia. Como esta tumefacción fuera aumentando de tamaño lentamente, consulta médico, quien le recomienda intervención quirúrgica, motivo por el cual se traslada de Arauco a ésta.

Examen físico; Enferma enflaquecida, de color amarillo pajizo. Pupilas reaccionan a la luz

acomodación.

Boca: Dentadura en malas condiciones. Se le recomienda extracción de las raíces dentarias, las que hace en el acto.

Torax: Fosas claviculares un poco hundidas. Corazón: Tonos bien timbrados, Pulso regular, taquicardía de 90 por minuto. Presión Mx 10 mm. 5 1/2 al Vásquez.

Pulmones normales.

Abdomen: A la inspección se nota una tumefacción que sigue los movimientos respiratorios y que ocupa el hipocondrio y fianco izquierdo, epigastrio y región umbilical; que se extiende de arriba abajo y de izquierda a derecha. A la palpación es dura y presenta una escotadura en el borde derecho. Indolora a la palpación. A la palpación, la macicez se continúa con la del bazo.

Higado, no se palpa. Extremidades: normales.

Ante una enferma que presenta un aumento tan consuerable del bazo, lo primero que uno debe preguntarse es lo siguiente: ¿Cuales son las enfermedades que producen esplenomegalua? En primer lugar tenemos la Leucemia mielofdea crónica, la Leucemia linfofdea crónica, la enfermedad de Banty, la enfermedad de Gaucher, la enfermedad de Vásquez o poligiobulia esencial, las Pseudo leucemias y los tumores del bazo: Quiste hidatidico, Fibromas, Lipomas, Sarcomas, No he nombrado las afecciones palúdicas porque esta enferma no acusa pasado patológico alguno y porque no ha estado en el norte ni en las zonas tropi-

Por la marcha crónica, por la duración de la enfermedad, por el aspecto de la enferma, por la dureza de la tumefacción, por la forma de ella y por la falta de infarto ganglionar, estimo se trata de una Leucemia mieloídea crónica, que espero confirmar con los exámenes de laboratorio que the mandado practicar.

Para ahorrar tiempo, el colega Dr. Pedro Pereira, ha tenido la gentileza de hacer un recuento globular y una fórmula leucocitaria, exámenes que han confirmado el diagnóstico clínico y que a continuación copio:

Recuento globular: Glóbulos rojos: 3.160,000. Blancos: 270,000 por mm.

Formula leucocitaria:

cales.

Mielocitos neutrófilos	60,200
Mielocitos basófilos	2,200
Polinucleares neutrófilo	23,400
Polinucleares eusinófilo	0,700
Mieloblastos	13,5 0 0

100,- 00

Tratamiento: Se le recomienda Radioterapia profunda.

HISTORIA CLINICA DEL ASEGURADO O.
DEL C. B., PRESENTADO POR EL DOCTOR
ALFREDO LEYTON G.

Antecedentes bereditarios: No se han podido precisar debido a la dificultad para expresarse

del enfermo.

Antecedentes personales: En el año 1929, afección pulmonar de naturaleza indeterminada, que sanó rápidamente; en el mismo año, Piodermitis y Sarma. En el año 1931, furúnculo región parotidea derecha, y ottis supurada del mismo lado. En agosto del año 1931, orquiepididimitis gonococica izquierda que sanó en dos semanas, obligándolo a hospitalizarse. No acusa otros antecedentes, especialmente venéreos.

Enfermedad actual: Durante el año 1932, principia a notar dificultad para expresarse y rigidez de los músculos de la nuca, que fueron aumentando paulatinamente; se le instituyó tratamien-

to (Neo, cianuro, bismuto, youo-bismutado da quinina) pero sin obtener ningún resultado. Hace 5 meses principia a notar disminución de las fuerzas en el brazo derecho, la pierna del mismo lado se manifiesta torpe, dificultando la flexión, sintomatología que ha ido acentuándose hasta el momento actual, en que el brazo se encuentra casi sin fuerzas y la pierna sin movimiento.

Desde entonces nota tendencia a irse hacia atrás, sobre todo en el momento de la deambulación, lo que hace que camine dificultosamente. El cuerpo forma una especie de arco de concavidad superior, como si los músculos dorsales y expinales se encontraran contraídos al máxmum. Nota, asimismo, una sialorrea abundante; en estas condiciones se le envia a Concepción en el mes de mayo del presente año, de donde vuelve sin tratamiento y sin que se envie un diagnóstico, regresande en las mismas condiciones que antes.

## Conferencias, Congresos y Cursos

ARGENTINA:

VI. Congreso de Cirugía.—Durante los días 21 de octubre se llevará a efecto en Buenos Aires el VI Congreso de Cirugía Argentino, organizado, por la Asociación Argentina de Cirugía. Con toda gentileza han sido invitados especialmente a este torneo, las instituciones quirúrgicas chilenas y numerosos de nuestros más conocidos cirujános.

Los temas oficiales que se tratarán son los siguientes:

- 1) Endarterirtis obliterantes de los miembros.
- Supuraciones no tuberculosas del pulmón a) Diagnóstico Topográfico.

b) Tratamiento.

3) Fractura del cuello del femur.

Mayores datos se pueden obtener del señor Secretario General de la Asociación Argentina de Cirugía, Dr. Arnaldo Caviglia, calle Santa Fe 1171, Buenos Aires.

#### AUSTRIA:

Kursbiiro der Wiener Medizinischen Fakultat.

En la Facultad de Medicina de Viena se efectian durante el año escolar, cursos de todas las especialidades médicas. Estos cursos tienen la gran ventaja que son hechos en francés.

Los médicos que se inscriben en estos cursos, que son eminentemente prácticos, tienen diversas garantías, como ser, rebajas de un 50 ojo en los pasajes en los ferrocarriles austriacos, rebaja de un 50 ojo en la Compañía de Navegadón Erste Donau-Dampfschiffathrisgesselischaft, rebaja en los hoteles, pensiones, restaurantes y establecimientos de la Alanabad—A. G. (Se ruega pedir las direcciones al bureau), etc.

El coste de la inscripción es de S 10 y pueden hacerse personalmente o por correspondencia dirigifendose al KURSBURO, Vlena IX, Alesrstrasze 4 (Allgemeines Krankrenhaus). Mayores detalles, folletos y programas de los cursos se obtlenen en la misma dirección. FRANCIA:

Congresos.— Próximamente se celebrarán en Francia los siguientes Congresos:

8-X.34. PARIS. Congreso Francés de Cirugía. Presidente: Prof. Cuneo (París); Vice: Prof. M. Michel (Nancy); Secretario General: Prof. Gregoire, 20 rue de l'Université Paris (7e).

12-X-34. París. XVIe Congreso Francés de Ortopedia. Secret. Gen.: M. Rocher, Bordeaux.

En octubre se celebrarán en París los siguientes Congresos:

XXI Congreso Anual de Higiene.

IX Congreso de Ginecólogos y Obetétras de la Lengua Francesa.

Il Reunión Anual de Médicos electroradiologistas de la Lengua Francesa.

VIII Congreso Francés de Estomatología. Congreso Francés de Cirugía Reparadora. Secret. Gen.: Dr. Dartigues, 81, rue de la Pompe, París (16).

#### VENEZUELA:

VI Congreso Venezolano de Medicina.— El 5 de julio del presente año se reunió en Caracas el VI Congreso Venezolano de Medicina, al que concurrieron numerosos médicos y en el cual se discutieron tres temas de bastante interés. Los trabajos presentados fueron numerosos y las conclusiones a que liegaron hos colegas en dicha reunión han sido de gran trascendencia, pues fueron considerados aspectos interesantes relacionados con la idiosincrasia del país.

Las ponencias se agruparon en los siguientes temas:

1.0 Historia, formas clínicas y tratamiento de la Lepra en Venezuela.

 Formas clínicas y tratamiento de la Tuberculosis en Venezuela.

3.0 Embarazo ectópico.

## LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

## INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual (en Chile)..... \$ 20.-

En los demás países de América... 30.— (moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

CASILLA 7 D. - SANTIAGO

## BOLETIN MEDICO

DE LA

## Caja de Seguro Obligatorio

ANO I

SANTIAGO, NOVIEMBRE DE 1934

N.o 6

### Calificaciones y Movimiento en el Escalafón

Dificultades propias de la novedad y escaso conocimiento del sistema, han demorado el oportuno envío de las calificaciones del personal, en forma que hasta la fecha faltan todavía algunas que no han sido recibidas. Por este motivo han debido retrasarse los ascensos que deberán efectuarse de acuerdo con el Reglamento actualmente en vigencia.

Con el objeto de evitar interpretaciones erradas y que el personal del servicio se encuentre perfectamente informado, vamos a exponer aunque sea en forma sumaria la verdadera situación a este respecto.

El escalafón del Servicio Médico comprende a todo el personal técnico Médico y auxiliar repartido en diferentes categorías que corresponden a determinados grados o sueldos del escalafón general de la Caja y que para el personal médico de servicio va desde \$ 6,000 (grado 16) a \$ 15,000 anuales (grado 9.0). Actualmente existen 1,156 plazas en total, las que corresponden a otros tantos funcionarios en servicio que deben ser calificados anualmente y colocados en diferentes listas de méritos. Estas calificaciones hechas por los jefes directos de cada servicio deben ser revisadas y estudiadas después por una Comisión Revisora que resuelve definitivamente la situación de los calificados.

Se han revisado en total 1,080 calificaciones y el resultado ha sido el iguiente:

Lista	N.o	1		136	funcionarios
Lista	N.o	2	superior	69	"
Lista	N.o	2	No. of Lot	719	**
Lista	N.o	2	inferior	28	
Lista	N.o	3		126	7 .31
Lista	N.o.	4		2	

Con los funcionarios de las Listas N.o 1 y 2 se confeccionan actualmente las LISTAS DE SELECCION, en las cuales se ordenan según la antigüedad y las condiciones especiales del trabaio que tienen, los funcionarios que pertenecen a una misma lista de calificación, a fin de determinar el orden de precedencia para los ascensos.

Mientras estas LISTAS DE SELECCION no estén aprobadas no se podrán efectuar los ascensos que actualmente se encuentran pendientes, pero este se realizará en la primera quincena de Noviembre, publicándose oportunamente en el Boletín todo lo que se haga y lo que tenga interés para el personal: listas de selección, vacantes, ascensos, etc. Como se ha dado a conocer y se ha publicado en ocasiones anteriores, estos ascensos no significan traslados del personal, sino simplemente cambios de categoría o sea aumento de grado (sueldo), pero continuando en el desempeño de sus labores habituales. Así por ej.: al quedar vacante un cargo de alta categoría, (nos seguimos refiriendo al personal médico de servicio) se corre todo el personal de las categorías inferiores, de acuerdo con el orden de precedencia fijado en las listas de selección, de tal manera que viene a quedar vacante un cargo de la última categoría (8.a categoría, grado 16, \$ 6.000 anuales, en el caso de los Médicos de Servicio) y para proveerlo se llama a concurso. En consecuencia, todo ingreso de nuevo personal se hace siempre por el grado correspondiente a la última categoría.

Si en el concurso triunfa un funcionario de planta que pertenece a un servicio de ctra localidad, se determina su traslado, con las mismas condiciones de categoría y sueldo que le pertenecen y en el puesto que su traslado deia vacante se procede a llamar a concurso en las condiciones anteriormente explicadas, es decir, para un cargo del grado correspondiente a

la categoría última.

De esta manera la categoría y el sueldo pertenecen al funcionario y no al puesto y van con él en caso de traclado; en cambio, las asignaciones pertenecen al cargo y representan condiciones especiales de este último que deberá soportar el funcionario que lo desempeñe.

El escalafón es, pues, una conquista efectiva para el personal Médico de la Caja de Seguro Obligatorio, única institución que le ofrece garantías

de esta naturaleza.

Dr. FELIX BULNES, Sub-Administrador (Médico).

# Fábrica de Vidrios Los Aliados, Lda.

Establecida el año 1917

CAPITAL: \$ 1.071,000

Representante General:

## Alberto Salazar Wolff

Casilla 3609. - SANTO DOMINGO 1160

OFRECE a los mejores precios: Artículos de Vidrio Corriente en Verde, Blanco y Ambar; Gran surtido en Vidrios Color, Color transp. y Doublé:

Vasos Jarros

Floreros

Botellas de mesa y velador
Azucareros
Embudos

Jardineras Mantequilleras

Matraces

Compoteras Fruteras

Platillos de postre Saleros Tarros

Etc., etc.

VIDRIO SEMI BLANCO neutro para Laboratorios, BOTELLAS y frascos especiales para todas las industrias, FRASCOS Farmacia, Gomeros y Tinteros, Damajuanas, Chuicos, Garrafas y Caramayolas de fantasia.

## Conceptos sobre la personalidad humana

Por el doctor Alfredo Rojas Carvajal.

En nuestro artículo anterior procuramos definir el concepto general de la personalidad y, al referirnos a sus componentes principales, elaboramos con ellos un esquenia elemental que nos permite una visión, pudiéramos decir, panorámica, de sus principales aspectos funcionales. Trataremos ahora de penetrar en su estructura interna, en su arquitectura, si se nos permite la expresión, para lograr un mejor conoci-

miento del problema.

Desgraciadamente, desde que abandonamos la superficie del tema, su complejidad se acrecienta en proporción geométrica del grado de profundidad que se logra, y para pocer mantener una cierta claridad en la exposición, necesitaríamos amplias explicaciones previas acerca de la naturaleza de los fenómenos psíquicos, sobre las leyes de su dinamismo, y acerca de la evolución de la personalidad, no sólo en el tiempo que va desde el nacimiento del individuo. hasta su completo desarrollo, sino también en su alcance histórico y filogenético, todo lo cual rebalsaría con mucho los limites propios de este artículo. Corremos, pues, el riesgo de no ser comprendidos y de que nuestras explicaciones resulten obscuras e insuficientes, y, por otra parte sentimos mutilar y deformar la realidad con un trato esquemático y extremadamente sintético de asunto tan complejo y delicado.

Es menester que tengamos presente en

todo momento:

1.0 Que la realidad misma del fenómeno psíquico es en su esencia impenetrable, siendo su conocimiento eminentemente subietivo. Solamente por un razonamiento analógico podemos suponer la existencia del psiquismo en otros seres y este conocimiento está limitado férreamente por el grado de diferenciación que separa nuestra propia personalidad de otras personalidades extrañas. (Gaupp).

2.0 El fenómeno mismo del conocimiento (conciencia) supone va necesariamente una inevitable deformación de la realidad, la que es en cierto modo revestida de los atributos de la percepción o, tal vez, encuadrada violentamente dentro de las condiciones de nuestra propia y limitada organi-

zación sensorial.

3.0 Aplicados al estudio de nuestro propio psiquismo, éste se nos revela como esencialmente dinámico y mudable. Se trata en su esencia magnitudes de energía que se originan y actúan dentro de nosotros mismos y que nos impulsan a actuar sobre el medio.

4.0 Toda concepción espacial y objetiva del psiquismo es necesariamente artificiosa, pero es también la única manera que tenemos de concebirlo o cuando menos de dar a conocer nuestras concepciones.

Vamos pues a exponer un esquema de la organización interna de la personalidad y al haccrlo vamos a referirnos solamente a unos pocos de los innumerables aspectos que el problema presenta, aspectos que se entremezclan en forma tan intima y completa que al separarlos, forzosamente hemos de cercenar lo que en vida no puede separarse. No de otra manera han debido proceder cuantos se han ocupado del asunto y han tratado de exponer el problema; aún las más extensas y mejores exposiciones resultan siempre incompletas y los autores más competentes se ven obligados a repetirse frecuentemente para enfocar los mismos asuntos desde diversos puntos de vista.

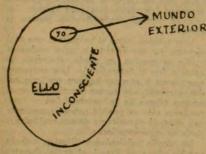
Una entidad como el psiquismo que está siempre en movimiento y cuya evolución nunca se termina, no puede ofrecernos un aspecto fijo y determinado. Los esquemas que vamos a exponer pueden ser imaginados a manera de cortes practicados en el cuerpo mismo de la personalidad y cuyo conjunto sólo es posible concebir mediante una dilatada experiencia de sus múltiples y variadas manifestaciones.

La amplia publicidad y difusión lograda por las obras de Freud, el genial maestro a quien pertenecen los conceptos que vamos a exponer, nos alienta también en la esperanza de encontrar entre los lectores del Boletín, el terreno cultural suficientemente preparado para rescibir estas líneas con la comprensión y benevolencia indispensables.

#### EL YO Y EL ELLO

Imagináos el alma de un niño en las primeras semanas de la vida, o, mejor, el alma de un salvaje prehistórico y tendréis así ante vuestra mente un inmenso océano de fenómenos psíquicos inconscientes, en el cual dominan desde profundidades obscuras e insondables, las corrientes inagotables de energia instintiva que surgen desde la intimidad misteriosa de la vida organica y que se agitan incesantemente buscando siempre una satisfacción o una descarga. Una pequeña parte de este conjunto primordial, modificada por la influencia del mundo exterior, es asiento de tenómenos misteriosos y extraordinarios; allí se dibujan raras sombras y fantasmas, luces y sonidos extraños, la angustia y el placer imprimen alli sus huellas efimeras o duraderas. Es como un pequeño islote, miserable y de vagos contornos, una conciencia embrionaria y falaz que se opone a un mundo inmenso, desconocido y hostil, fantástico e impenetrable.

Siguiendo a Nietzche y a Groddeck, Freud denomina al psiquismo primordial, dinámico e inconsciente el "ELLO" (das Es) y a la pequeña zona cuyo núcleo central es la percepción consciente el "YO". Por intermedio de este último, el psiquiemo se opone al mundo exterior, en cambio el ELLO se nutre fundamentalmente de la energía instintiva que surge del organismo.

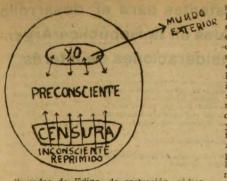


En el curso de los primeros 6 a 7 años de la vida, el niño se transforma progresivamente en un ser social. En este plazo relativamente tan breve de nuestra vida indidivual, se operan en nuestra personalidad transformaciones maravillosas y fundamentales que van a decidir para siempre el marco de nuestras posibilidades futuras; se compendian en él, como en el curso de nuestra ontogenia los resultados de una evolución experimentada por la especie a través de un tiempo incalculable de milenios

y milenios, durante los cuales impulsada por un genio indomable logró salir del aislamiento salvaje constituir los grupos humanos y marchar a la conquista del planeta. Esta inmensa trayectoria ha quedado marcada por infinitas huellas de la milenaria lucha librada contra los elementos naturales por un lado y contra los propios instintos que se oponen a la convivencia social por el otro. Mientras el cerebro humano aumentaba su masa en más de un kilógramo de peso en un plazo inferior a un millón de años y mientras paralelamente el hombre multiplicaba al infinito el número de instrumentos artificiales por medio de los cuales actúa sobre el ambiente, con grandes dificultades y a través de infinitos dolores y fracasos, iba también modificándose la estructura interna de su personalidad, nuevas organizaciones anímicas lograban diseñarse lentamente en ella, asentando sobre bases orgánicas sus adaptaciones progresivas a la vida social.

Un primitivo grupo de tendencias incompatibles con la convivencia social, las tendencias canibales, incestuosas, homicidas, perversas, etc., debieron sufrir progresivamente un duro proceso de REPRESION (refoulement, verdraengung), mediante el cual el YO logró definitivamente negarles todo acceso a la conciencia y con ello toda posibilidad de transformarse en acto volun-EXTERIOR tario, toda posibilidad de acceso a la motilidad. Este mecanismo de represión ejercido infinitas veces, llegó a hacerse un simple mecanismo automático inconsciente, una especie de instancia o de organización critica inconsciente que introduce una división fundamental en el Ello primitivo. una parte de éste queda REPRIMIDO por la CENSURA, la otra parte que la censura deja pasar a manera de una criba, de un filtro y que podrá en consecuencia, en determinadas circunstancias hacerse consciente, alcanzar el Yo y por su intermedio transformarse en acto, constituye el PRE-CONSCIENTE. De este ultimo torman parte también los restos anémicos, engramas o elementos psíquicos latentes, es decir, los elementos del territorio sensorial (mundo exterior) que han dejado de ser conscientes, entrando en latencia. (Memoria de fijación).

> El preconsciente corresponde muy aproximadamente al sub-consciente de otros autores (Janet, Bergson, Claude, etc.) El inconsciente reprimido engloba los complejos



llamados de Edipo, de castración, sádicoanales, orales, caníbales, etc.

Este importante conjunto de tendencias antisociales reprimidas, y muy especialmente las del complejo de Edipo, representan magnitudes de energia instintiva que no mueren con la represión, que no pueden ser destruídas y que para poder ser gastadas y aprovechadas necesitan experimentar una transformación radical en tendencias sociales o morales. Esta transformación se efectúa mediante una desexualización y complicados procesos de identificación,

substitución, desplazamientos, etc., etc., que Freud llama "SUBLIMACION", Mediante esta sublimación, el insconsciente reprimido logra nuevamente entrar en relaciones con el YO y por su intermedio descargarse en la acción; se constituye así una nueva entidad, de importancia trascendental para la conducta humana, el "SUPER-YO" o ideal del YO, que equivale a la conciencia moral, incluyendo aquellas creaciones fantásticas que llamamos ilusiones afectivas o creencias. Esta conciencia moral o superyo, cuya aparición marca el final de la infancia (6 a 8 años), representa una organización de refuerzo de la primitiva censura para la represión de los impulsos antisociales y la dignificación de la conducta humana; es el imperativo categórico. A pesar de sus intimas relaciones con el Yo y de su carácter normativo de la conducta voluntaria y consciente, hay que tener presente que no es en realidad, sino un representante del inconsciente; de alli la extraordinaria carga de energia que presenta en muchos casos (héroes, santos, fanáticos, reformadores sociales, etc.), y su carácter netamente sentimental e irracional. Los motivos profundos y reales de una autocrítica enérgica y vigilante, de una humildad sincera y ejemplar, por ejemplo, escapan al conocimiento de quienes las sobrellevan en



# Las condiciones existentes para el desarrollo de los Seguros Sociales en la República Argentina y algunas consideraciones de interés

(Informe presentado a la Administración General de la Caja de Seguro Obligatorio y por su intermedio al Honorable Consejo, por el doctor José García Tello a su regreso del 5.0 Congreso Nacional de Medicina Argentino)

Dr. JOSE GARCIA TELLO,

Médico-director del Consultorio de Asegurados de Viña del Mar.

De acuerdo con las instrucciones recibidas en el Decreto N.o 635 de esta Administración General, cumplimos con el deber de informar sobre nuestro viaje a la vecina Republica, exponiendo observaciones que consideramos de interés para la Institución.

Nuestra permanencia fué de catorce días en la cudad de Rosario, diez en Buenos Aires, cuatro en Córdoba y dos en Mendoza.

En la primera de las ciudades mencionadas tuvimos a bien asistir al 5.0 Congreso Nacional de Medicina Argentino, designándosenos en la comisión que presidía la Secc. Pedagogía y Asuntos Universitarios, según puede comprobarse en el diario que adjunto.

El Congreso constó de 19 secciones, que trabajaron separadamente y que fueron las

siguientes:

Clinica Médica y Terapéutica. Pediatria. Neurologia y Psiquiatria. Dermatologia y Sifilologia. Biología General. Cirugia General y Ortopedia. Obstetricia y Ginecologia. Oftalmologia. Otorrinolaringología. Urologia. Radiología y Fisioterapia. Higiene y Medicina Social. Medicina Legal y Toxicología. Farmacia y Bioquimica. Odontología. Medicina Militar y Naval. Pedagogia y Asuntos Universitarios. Infecciosas y Patología Regional.

Cinematografía Médica y Quirúrgica.

Si hubieranios de camicar el Congreso por la aliuencia de medicos, depenamos decir que fue un éxito extraordinario, pues nos encontramos en el personas de ibs mas distintos y variados países: alemanes, franceses, españoles, uruguayos, italianos, brasilenos, etc.

Sin embargo, la manera de llevar el debate, la taita de un estudio de los trabajos presentados por los relatores y la exposicion personal de cada uno de los trabajos, resto alguna importancia a este torneo.

Personalmente y como Director del Consultorio para Asegurados de Viña del Mar, de la Caja de Seguro Obligatorio, presentamos un trabajo a dicho Congreso titulado "Las perspectivas de la Medicina en los Seguros Sociales", entendido que fué cunico trabajo impreso presentado desde el extranjero a dicho torneo. (Acompaño 60 ejempiares).

Aparte del mencionado trabajo, llevamos los pianos de la Organización Médico Rural de Aconcagua, numerosas fotografias y más o menos 40 diapositivos de los distin tos servicios para ser proyectados en la

pantalla.

Debido a la extensión del trabajo y al considerable número de ellos (sobre 1.200) como asimismo a la necesidad de exponer extensamente la organización de los Seguros Sociales en Chile, y a fin de no interrumpir las materias de la tabla, el suscrito solicitó abordar el tema en hora extraordinaria, dictando una conferencia en la Biblioteca Nacional del Rosario.

"La Perspectiva de la Medicina en los Seguros Sociales" fué incluido en Pedagogía y Asuntos Universitarios, como aporte oficial, distribuyéndose en dicha sección

numerosos ejemplares.

La conterencia fué dictada acompañada de la explicación gráfica de la organización del Servicio Médico Urbano y Rural pormedio de los planos, fotografías y proyecciones de diapositivos y distribución de algunos ejemplares del trabajo impreso. Fuimos presentados en esta-oportunidad, en términos benevolentes por el Profesor Extraordinario de Clínica Quirúrgica de Rosario, Dr. Lelio O. Zeno, personalidad por demás conocida que realzo la trascendencia de la organización del Seguro Obligatorio en nuestro país.

A propósito de esta nuestra conferencia, fuimos invitados a la ciudad de Córdoba por el Profesor de Medicina Legal de la Universidad de Córdoba Dr. Gregorio Bermann, cuya personalidad, capacidad y publicaciones lo han hecho acreedor a un alto respeto en las distintas Universidades ar-

gentinas.

intimamente nuestros conceptos y apreciaciones sobre el desarrollo y la orientación de la Medicina Social en Chile, comida a la cual tuvimos alto agrado de asistir, departiendo alegremente sobre el particular, formulándose en ella una serie de críticas e interrogantes sugestivos.

Nuestros deseos de dar algunas conferencias en circulos obreros de Rosario no fueron posible satisfacer por la situación política de la vecina República, ya que por esos días se encarcelaba a ocho estudiantes, la policia perseguia y buscaba a destacados dirigentes obreros y la Universidad había sido violentamente clausurada.

Aparte de la labor expuesta, el suscrito dictó una charla en el Hospital Clínico de Córdoba sobre "Psiquis y Cirugia"; en el Auditorio Central del Hospital San Roque una conferencia sobre "Investigaciones en Raquianestesia"; una charla sobre "Concepción de una estética integral y de la función que desempeña la cantidad en el

#### SEÑOR MEDICO!

Los instrumentos "Colmont cromados" usted los conoce, son de alta calidad, y los vende la Casa

# SCHWARZENBERG y CIA.

ESTADO 146. - SANTIAGO. - CASILLA 847

Realizamos toda nuestra existencia de artículos importados de Laboratorio

A petición de la Federación de Estudiantes y del Centro de Estudiantes de Medicina, dimos una conferencia sobre Seguros Sociales y sus proyecciones en Chile en la Casa del Estudiante de la Universidad de Córdoba, con asistencia de un centenar de estudiantes de Medicina, representantes de la prensa y público en general, terminada la cual se prosiguió en charla libre en semidebate y aclaraciones de interés. Nos presentó en esta oportunidad el Profesor Bermann (adjunto recortes de diarios de la localidad),

Vuelto a Rosario, una agrupación de médicos jóvenes de dicha ciudad, por intermedio del Dr. González Sabathie, nos invitó a una comida con el fin de conocer más Arte" en el Círculo de Artes Plásticas de Rosario; lectura de algunas páginas de nuestro libro "Lecturas para cirujanos jovenes" y un saludo a los colegas argentinos y chilenos por la Radio LT3 de Rosario; varias demostraciones prácticas de "Anestesia total con cocaína" efectuadas con todo éxito en la Clinica Quirúrgica del Profesor Artemio Zeno y una conferencia sobre "Anestesia total quirúrgica con cocaína" en la Sociedad de Cirugía de Rosario.

Nuestras conferencias y demostraciones prácticas fueron debidamente apreciadas, causándonos legitima satisfacción.

Cirujano como somos, en Buenos Aires, donde fuimos dispuestos a descansar, atraido por el servicio de los señores Finochietto y los demas generosos medicos del Hospital Rawson, nos limitamos a exponer al nucieo de medicos residentes las perspectivas generales de nuestra organización.

En todo momento tratamos de formarnos un concepto sobre las condiciones existentes para la implantación y desarrollo de los Seguros Sociales en la vecina Kepublica y de cuanto dato fuese util obtener para nuestra organización.

De los temas tratados en la Sec. Higiene y Medicina Social del Congreso mismo, relacionados con nuestra institución, orrecie-

ron interés los siguientes trabajos:

El problema médico-social de la invalidez:

La organización de la asistencia social en

la República Argentina;

Proyecto de licha eugénica de fecundidad:

Seguro social del tuberculoso;

Las bases sanitarias de la legislación anti-tuberculosa; y

Leche solidificada. La congelación rápida de la leche pura resuelve el problema del abastecimiento de lactimeos en las ciudades argentinas.

Trabajos que pondremos en manos de esa Administración apenas estén impresos.

En cambio, el trabajo de los doctores González Sabathie y Sevlever sobre "E. Problema Médico Social de los Cardiopatas", las "Ideas sobre Tuberculosis", del reputado tisiólogo e investigador argentino Dr. Gumercinuo Sayago y las atinadas observaciones de los hermanos y profesores Zeno, sobre "Levantada precoz en los operados", que ellos practican sistemáticamente, así como las concepciones sobre Psicofobia médica", del Dr. Pizarro Crespo, y "La organización del Sanatorio Británico", nos parécen de un interés inmediato para la institución.

Lo que caracteriza a la República Argentina es su carácter eminentemente agricola (80% de sus actividades), a la inversa de nuestro país, su producción de carnes y trigo y la influencia predominante mediterránea en el psiquis de sus habitantes, italianos y españoles de preferencia. Estos tres heterogéneos elementos unidos al régimen federal dan la calidad del pueblo argentino en el espacio y en el tiempo.

La economía de nuestra vecina República aún no ha sufrido nuestra depresión y su trayectoria un tanto holgada por las fertilisimas tierras y oportunas lluvias de siempre, le dan a los habitantes un carácter poco combativo y demasiado impregnado del dejar hacer.

Nos explicamos. En la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, celebrada en Noviembre de 1933 en Buenos Aires, se reconoció "que las exigencias de dicha Asistencia eran apremiantes y pavorosas". Para unos 150,000 entermos de tuberculosis que hay en el país, solo se dispone en los hospitales de 4,300 camas. De 54,000 alienados que se calcula existen en la República, sólo pueden ser hospitalizados 14,000. Hay censados 2,500 leprosos e internados únicamente a 250. Se han atendido a 114,408 palúdicos, sin contar en el pais con un solo establecimiento especial para la asistencia del paludismo. El país dispone de 200 camas para cancerosos, siendo que el número de afectados de cáncer en 1932 ascendió a 3,825.

Por último, el déficit de la Beneficencia el año pasado era de 3.000,00 (\$ 21.000,000

de nuestra moneda).

La vecina República, sin embargo, no cuenta con un Codigo Sanitario, y los Servicios de Asistencia y Previsión Social dependen del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, existiendo una gran dispersión en Asistencia Social.

Las leyes de invalidez, ancianidad, y la Ley 9688, de Accidentes del Trabajo, más imperfectas e inconexas que las nuestras, aunque muy bien intencionadas, ofrecen una protección poco tangible a la masa humana que trabaja.

En lo que se refiere a la atención de la enfermedad, debo manifestar que existe una situación profundamente irregular, que permite a la clase media y a veces alta, ser atendida gratuitamente en los hospitales de las grandes ciudades, mientras en los campos el desamparo alcanza condiciones excepcionalmente dolorosas.

Nos bastará citar que desde Las Cuevas a Punta de Vacas, a Uspallata, a Mendoza, alrededor de 200 kilómetros, hasta hace cinco meses, no existía servicio médico.

En las regiones del sur del país se observa el mismo fenómeno, en zonas de 500 a 600 kilómetros de distancia.

A pesar de los factores favorables que mencionamos, la cesantía empieza a hincar su garra, expresando personas que merecen respeto por su autoridad, "que el último censo de desocupados levantado en el país, revela como de importancia suma la desocupación de la campaña".

Personalmente visitamos los cesantes de la costanera del puerto de Buenos Aires, que con los de Puerto Nuevo ascienden a 5 ó 6 mil, continuamente controlados con destacamentos de policías en sus vecindades

La orientación gubernativa que ha podido condensarse en un mensaje y proyecto de ley de "Asistencia y Previsión Social", enviado al Hon. Congreso de la Nación por el Poder Ejecutivo, el 27 de Agosto del presente año, tiende a obtener la previsión contra los riesgos de enfermedad fundándose básicamente en el fomento del mutualismo libre y en los servicios que puedan llegar a prestar las Cajas Nacionales de Jubilaciones y Pensiones, ya existentes.

En dicho mensaje se agrega: "El Poder Ejecutivo no ha creido conveniente buscar la solución integral del problema mediante la implantación del Seguro contra la enfermedad ni mucho menos por ahora, de una Caja Nacional de Seguros contra esos otros grandes riesgos que son la desocupación, la invalidez y la ancianidad".

"El régimen de Seguros pide una evolución progresiva, y por lo que respecta a los riesgos de enfermedad, el Capítulo 3.0 del Proyecto facilitaría esa evolución haciendo algo más que iniciar un punto de partida. Se estatuye, en efecto, en él, un sistema del cual al cabo de breve tiempo derivará casi espontáneamente por propia madurez, el Seguro de Enfermedad. Se crean así las etapas intermediarias para pasar sin transicio nes bruscas de la situación presente a la situación futura.

Más adelante sigue: "En la presente situación del país, dos hechos hay que llaman vivamente la atención en esta materia. El primero es la obra tan eficaz como espontánea que el mutualismo, bajo la denominación de Sociedad de Socorros Mutuos, viene cumpliendo desde muchos años atrác, el segundo es la ausencia de una Ley Orgánica sobre esta clase de meritorias sociedades.

Puede estimarse que en la actualidad, aproximadamente unas 600 mil personas, mediante el pago de una modesta contribución, reciben de las Sociedades de Socorros Mutuos, cuando menos Asistencia médica y farmacéutica en casos de enfermedad (12,000,000 de habitantes).

Continúa más adelante: "Lo que se pretende es estimular las sociedades mutualistas, ya en plena actividad, coordinarlas, facilitarles la acción y que se creen otras nuevas, lo cual seguramente labrá de producirse".

El proyecto recurre luego a las Cajas de Jubilaciones y Pensiones ya existentes en el país y agrega: "no parece dificil que a estos riesgos pueda agregarse el de la enfermedad".

Vuelve por fin a las mutualidades imponiendo la creación de Mutualidades Escolares que pueden ser para enfermedad, estimando que: "Cada alumno debe recibir una enseñanza escolar teórica y práctica sobre mutualismo, a fin de que conociendo sus ventajas, al abandonar la escuela se incorpore conscientemente a las filas de los previsores y desde los primeros años se de cuenta de los imperativos de la solidaridad social".

Para llegar al final del acapite de los fundamentos del proyecto, a sostener que "este mutualismo junto con el desarrollo de la Beneficencia Nacional o de la caridad privada, prepara al país para la implantación obligatoria del Seguro contra Enfermedad, al cual necesariamente habrá de llegarse, por evolución dentro de breve tiempo".

Dentro del alto respeto que nos merecen las personalidades del país vecino, esto es personalmente ininteligible para nosotros, y lo traducimos como un buen deseo de coordinar las múltiples y distintas actividades benéficas privadas que gozan de tan alto influjo en la vecina República.

Los que se hayan dedicado a estudiar los problemas médico-sociales, se habrán dado cuenta bien de la escasa solidez de las instituciones mutualistas, por la forma de cotización, por el número de asociados y por la explotación indigna del gremio médico, junto con una dación de subsidios, que sue le no exceder de una cierta parte del total de las cuotas abonadas en el año por los asociados que han recibido en el curso del mismo, asistencia médica y farmacéutica.

Puede, sin embargo, traslucirse a través del mensaje del Ejecutivo una tendencia bien manifiesta de reconocer como imperiosa, por evolución, el establecimiento de un Seguro Social contra la Enfermedad.

Si esta es sintéticamente la expresión del Ejecutivo, debemos manifestar en honor de la verdad, que el Legislativo ha presentado desde años a esta parte, varios proyectos de Seguros Sociales, proyectos que han sido rechazados o parcialmente aceptados.

Los obreros con quienes tuve ocasión de tratar y charlar, rechazan sistemáticamente los seguros sociales, salvo que la cotización sea totalmente cargada al Estado o al elemento patronal, por considerar que ellos se encuentran en bastante malas condiciones para que se les haga descuentos en sus salarios.

Por su parte, los patrones no miran con buenos ojos la implantación de nuevas contribuciones, debido a la crisis económica que les aflige, a pesar de que reconocen las expectativas favorables creadas en el mercado argentino por la sequia de EE. UU.

en el año actual.

El gremio médico, cuya situación empieza a hacerse angustiosa, no tan sólo por la penuria económica, sino por la limitación formidable de su horizonte técnico, es el único de los cuatro grupos, Estado, obrero, patrones, médicos, que parece interesarse seriamente por el problema de los Seguros Sociales.

De más está advertir que a los médicos de grandes recursos no les interesa el problema mencionado, pero hemos de hacer presente que teniendo Buenos Aires, 2 millones 200,000 habitantes y 4,200 médicos, casi un médico por cada 500 habitantes, el problema de los Seguros Sociales se plantea

como algo apasionante.

Hemos de advertir también que el término duro empleado anteriormente para calificar la explotación del gremio médico, está justificado si consideramos que los Hospitales prácticamente no pagan los servicios médicos, de los jóvenes y a veces paupérrimos profesionales, atendiendo en cambio gratuitamente dichos establecimientos a personas que distan mucho de ser necesitadas.

El Hospital Rawson, por ejemplo, tiene más o menos 350 médicos, de los cuales 325

trabajan gratis.

Los Hospitales Mutualistas, por su parte, mientras construyen fantásticos establecimientos con cotizaciones de \$ 2.00 mensuales de sus asociados, otorgan sueldos de 150 a 200 pesos a sus servidores médicos.

Los gremios médicos, tanto de Argentina como Uruguay, algunos de cuyos componentes conocí muy de cerca, empiezan a agitarse con un impetu que muy pronto tendrá repercusión, haciéndonos notar algunos de sus componentes, que mientras más se les desplaza y se les expolia, se les

va arrojando cada vez más cerca del proletariado, proletariado médico que en nuestro vecino país, aunque menos que en el nues-

tro, ya es una realidad.

Las condiciones, pues, para la implantación y desarrollo de los Seguros Sociales en ci vecino país, no son l'iavorables, por el standard de vida argentino que todavía es alto, por la incomprensión patronal que aún no está conforme con sus utilidades y principalmente porque casi todas las leyes de Seguros Sociales de cierta trascendencia, han nacido en momentos de zozobra y angustias nacionales.

Bastará observar cuidadosamente los 16 ó 78 países que cuentan con dichos seguros, para comprobar lo que exponemos, y bastará mirar el caso de Francia, urgida por Alsacia y Lorena, y de Chile al borde de la revolución en 1923, para confirmar lo ex-

puesto.

Estamos, pues, en lo que a Leyes Sociales se refiere, a una respetable distancia de la República Argentina, que no obtendrá el Seguro de Indemnidad Biológica, o sea de enfermedad, invalidez, vejez, accidente y chomage, de la manera como el Ejecutivo del país vecino, gentil, cariñoso y benevolente parece desearla y esto és tanto más sensible cuanto que las realidades anotadas favorecerian en alto grado la implantación de un Seguro Nacional.

Nuestra visita al Profesor Dr. Gumercindo Sayago en su Instituto de Tisiología dei Hospital Tránsito Cáceres de Allende, fué de alto interés, porque nos permitió conocer toda una organización digna de ser estudiada a fondo por nuestra institución cuya labor es altamente estimada en toda

la República Argentina.

Dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, publica regularmente una revista científica sobre tisiología bajo la dirección del Profesor Sayago, donde los mejores clínicos y cirujanos del país colaboran a dilucidar el problema de la tubercu-

losis y la lucha contra ella.

Presenciamos allí la inclusión de cortes pulmonares en un medio sólido trasparente para la enseñanza de la anatomía patológica, que nos pareció de un extraordinario alcance práctico para demostraciones efectivas y permanentes de lo que es la tuberculosis en los distintos Consultorios del país a nuestros asegurados.

Es digno también de atención el espíritu de trabajo en conjunto de manera tal que, siendo el Profesor Sayago, Profesor de clínica médica, opera, hace un plombaje, una frencotomia, es capaz de tomar una radiografía y dar su opinión sobre un cultivo, Sostiene el Profesor Sayago que no

hay nadie irreemplazable.

Sus conocimientos empiezan a vertirse sobre el medio social. Calcula así que en Argentina muere un promedio de 12.000 tuberculosos por año, lo que correspondería a 96.000 tuberculosos en la República, entre 12 millones de habitantes.

Si las cifras del Profesor Sayago son exactas, calculará el Hon. Consejo y esa Administración la situación de nuestro país, con 20,000 muertos al año en una po-

blación de 4.200.000 habitantes.

Sus varias y atinadas observaciones de carácter social expuestas con gran claridad en su publicación: "La Tuberculosis Enfermedad Social", lo revelan como un hombre de gran penetración y sagacidad.

Debemos hacer presente que el Profesor Sayago afirma que la tuberculosis está decreciendo en el mundo, precisamente, cuando las condiciones económicas van empeo-

rando.

Asegura que esto es lo que revelan las

estadisticas de mortalidad.

Grave es este hecho por cuanto dejaría en descubierto todas nuestras pretensiones científicas y como nos lo manifestaba el Profesor Sayago, habría que empezar a investigar con honradez cuál era el papel que había desempeñado en esta disminución de la mortalidad el gremio médico.

Su opinión personal es que este proceso es de carácter espontáneo y corresponde al mismo fenómeno observado en otras pandemias, tales como la lepra y la sífilis.

El trabajo de los doctores David Seviever y de Luis González Sabathie, titulado: "Contribución al problema médico social de los cardiopatas" que es una comunicación previa de dos jóvenes e inteligentes profesionales, ensaya una critica de 5.600 enfermos ingresados al servicio del Profesor Stafieri en el Hospital Centenario, comprobando que 800 de ellos son cardiacos 31,9% por insuficiencia, en sus diversas formas, 13,8% por reumatismo puli-articular agudo, 13% por arterioesclerosis e hipertensión, 13,9% por miocarditis y aritmias diversas.

Su crítica sobre la asistencia hospitalaria y estadas de reposo en relación causal, es de alto interés y su clasificación, según el esfuerzo que exige la profesión, demuestra que las cardiopatías son más frecuentes en los hombres que efectúan grandes esfuerzos, y por lo tanto, en las masas humanas avocadas a los problemas del trabajo animal.

Fallecen un 14% de los ingresados, un 8% no mejoran sensibleme te, y sólo en un

78% se nota apreciable mejoria.

Los mencionados colegas, agregan: "pero si analizamos el resultado de nuestra acción para rehabilitar todos estos enfermos a la vida activa, notamos una gran pobreza en los resultados.

En efecto, sabemos con cuanta frecuencia los cardiopatas librados a sus ocupaciones habituales, descuidados en su control por falta de un Servicio Social adecuado, reingresan a nuestros servicio o acuden a cualquier otro de clinica similar, con un nuevo accidente. Si sumamos a esto la enorme morbilidad y la frecuencia con que encontramos lesiones irreductibles, comprenderemos el enorme problema social que se nos plantea, como médicos prácticos y como higienistas".

Plantean luego la profilaxia y la terapéutica integral. En la primera abogan, basándose en el descubrimiento y tratamiento oportuno de estas enfermedades en su principio, evitar la invalidez y la agravación; por revisar la causas de dichas cardiopatias, colocando en primer plano al reumatismo poliarticular agudo, a la sífilis, a la sepsis oral, dando las pautas para abordar la enfermedad causal y oportunamente agregando: "como medida general de higiene social y como prevención de las cardiopatias, debe bregarse por el mejoramiento de las condiciones de vida de la clase trabajadora que es la que paga mayor tributo al reumatismo poliarticular agudo en sus hijos mal alimentados, peor abrigados y que viven en defectuosas condiciones de higiene".

Este hecho contrasta visiblemente con el planteado por el Profesor Sayago, por cuanto en nuestro concepto las cardiopatías no van a decrecer espontáneamente mientras el trabajo muscular domine entre las masas humanas.

En lo que al tratamiento se refiere, se dirigen a la necesidad de establecer una terapéutica racional que no puede desentenderse de el trabajo a desempeñar por el enfermo, para abordar asi la enfermedad en cuestión desde un punto de vista integral, médico, social y económico.

Termina recalcando la necesidad de es-

BOLETIN MEDICO

tudisticas precisas para este grave mal, solicitando se declaren las cardiopatías, enfermedad social.

El Hon. Consejo y esa Administración no ignoran el enorme porcentaje de inválidos y la gran mortalidad que producen las cardiopatias en nuestra institución, que siguen en frecuencia a la tuberculosis, de ahí que me permita especialmente recomendar este interesante trabajo preliminar de los colegas Svelever y González Sabathie.

Dignos de hacer notar son también los conceptos del Dr. Pizarro Crespo, sobre lo

que él llama Psicofobia médica.

El distinguido psicoanalista plantea seriamente y con gran ardor la necesidad de considerar a los enfermos como un todo psicofisiológico que es necesario en todo momento no perder de vista, en la convicción absoluta de que el psiquis juega un papel mucho más trascendente del que ordinariamente se le asigna en la génesis y evolución de las enfermedades y cuya acción sobre el sistema endocrino cada vez se hace más manifiesta.

Estima que el elemento médico no avalúa generalmente, sino el soma, despreciando en la realidad el elemento psíquico y actuando sobre el enfermo como si se tratará de una cosa o un animal, actuación

médica que debe cambiar.

Las interesantes observaciones del Dr Emilio Pizarro Crespo, cuya clara inteligencia no es discutida, me ahorran todo comentario. El alcance de dichas observaciones es enorme en servicios médico-sociales como el nuestro.

La presentación y organización del Sa natorio Británico del Rosario, institución privada de un grupo de médicos, constituye para mí un ideal de organización hospitalaria, superio a lo que pude comprobar en Buenos Aires, digno de ser considerado en el montaje, de alguno de los próximos hospitales que la institución pudiera construir.

Esta admiración no pudo ser ocultada por los numerosisimos extranjeros que lo visitaron durante el Congreso Médico Argentino, con quienes departí privadamente.

Se trata de un establecimiento privado donde los enfermos no pueden ser atendi didos por médicos extraños a la institución. Su capacidad es de 90 a 100 enfermos Consta de un edificio de cuatro cuerpos con siete pisos, donde están instalados los distintos servicios: Laboratorios, Rayos, Radium, Ortopedia, Traumatología, Histopatología, Biblioteca, Consultas, Vias Urinarias, Fotografía, Cinematografía, Administración, etc.

Los médicos trabajan deliberadamente "full-time" y no ejercen fuera. La corrección y presentación del personal y del establecimiento aún después de haber visitado Buenos Aires, es una sorpresa.

Los Dres. Zeno y Cames constituyen el eje de esta admirable organización de grupo médico que significa \$ 1.400.000 de inversión (diez millones de pesos chilenos) y 70 a 80 empleados correcta y perfectamente uniformados, lo que le dá al Sanatorio Británico una especial distinción.

Por último, hecho digno de tener preente y de un alcance enorme para nuestros servicios hosp talarios con estadas medias elevadas, es la levantada precoz de los operados, de los cuales son los pioneers los

Hermanos Zeno.

Hemos tenido ocasión de presenciar una gastrectomía subtotal, en la mañana efectuada impecablemente por el Profesor Oscar Cames y asistir en la tarde al levantamiento espontáneo del mismo enfermo a invitación del cirujano pasa sentarse en una silla por un breve espacio de tiempo.

La comprobación de parte del operado, de que él está vivo y fuerte y de que no necesita hacer el enfermo grave, les lewanta su sistema endocrino y les infunde a los hombres una vitalidad tal que no de otra manera puede explicarse la infima mortalidad en los gastrectomizados y la breve convalescencia de los enfermos en el Sanatorio Británico. Entendido bien que no es el levantamiento por el movimiento, simo el levantamiento precoz por la psiquis y la necesidad de elevar la tensión del sistema endocrino del operado.

No necesitaremos insistir en la trascendencia de este hecho frente a la imperiosa necesidad de economia en las incapacidades y a la rápida reeducción funcional de

les asegurados.

Esto es lo que podemos informar al H. Consejo y a la Administración General de la Caja de Seguro Obligatorio, sobre nuestro viaje al vecino país en la parte pertinente a lo solicitado.

# Control numérico aplicado al funcionamiento de los Consultorios de la Caja del Seguro Obligatorio

Dr. Gonzalo Castro Toro, Médico Director Provincial de Antofagasta

Es sabido que con frecuencia se nos dice que los médicos tenemos, entre otras condiciones sobresalientes, la de ser absolutamente ineptos en materias administrativas.

La Caja del Seguro Obligatorio està llamada, dentro del actual rumbo que le ha impreso el H. Consajo, a ser si no la más importante orga-

nización del país, la más provechosa.

Si blen es cierto que la Ley 4054 es exclusivamente de beneficio obrero, no es menos cierto que ella es esencialmente de aplicación médica, y es necesario, por consiguiente, que el personal médico y administrativo auxiliar se preparei debidamente para aportarle todo su contingente. No puede este contingente lienar su finaildad hasta que los médicos, que tienen funciones administrativas, en colaboración con el personal administrativo auxiliar, encuentren una fórmula uniforme de aplicar los números en los servicios que dirigen.

Desde que nos hicimos cargo de la dirección de los Servicios Médicos de la Provincia de Antofagasta, comprendimos que sería muy diffeil hacer una justa apreciación sobre el grado de eficiencia de los servicios médicos de los distintos Consultorios, mientras no se implantara un control numérico hasta en el ditimo detalle de su funcionamiento, tanto técnico, como admi-

nistrativo.

Los controles numéricos, implantados sistema en los Consultorios, servirlan de baso para el estudio comparativo de ellos, lo que permitiria uniformar sus costes, tomando como punto de partida el coste más bajo en condiciones iguales de atención médica, va que cada provincia presenta en sus diferentes departamentos idénticas características en todo sentido. Esto haria fácil la tarea de hacer un justo protrateo en los Consultorios, no sólo en lo que se reflere a su instalación y dotación, sino también en la confección de los presupuestos. Se conseguirín en es a forma que los beneficios del Seguro fueran proporcionales para todo el país, de acuerdo con sus necesidades, y hasta donde lo permittera una equitativa relación con el aporte con que contribuyen las distintas localidades. Porque no se podría decir que hubiera justicia en apreciar la labor del personal médico directivo, mientras no se tomara en cuenta, al mismo tiempo que el estado de eficiencia del Consultorio, instalaciones, dotación, etc., los medios que se han proporcionado al médico y la relación que ellos guardan con el aporte patronal, ya que sería muy fácil para un provincial, sin ningún esfuerzo personal, mantener un mefor servicio cuando se le está dando un 160 o o de la cuota patronal, en circunstancias que a otros sa les ha adjudicado sólo un 60 o o de dicha cuota.

Igual apreciación habría que hacer con respecto a los consultorios departamentales, y osto sería, a nuestro entender, una forma en que el Médico Director de Consultorio Departamental liegaría a dedicar la preocupación que merece la parte administrativa de su labor, porque en esta forma se establecería la emulación entre estos funcionarlos, pues, sabiendo que contaban con iguales elementos, entraría a ser decisiva la labor administrativa de cada cual, en la eficiencia del servicio.

Creemos que los números aplicados sistemáticamente al funcionamiento de les Consultorios, ahorrarian discusiones y evitarian asperezas, en el sentido de no tener que entrar en detalles molestos que hieren la suscepțibilidad de los médicos tratantes, y que obligan en multiples ocaziones a tener que puntualizar defectos de atención que son siempre difíciles de comprobar, Por ejemplo: El Doctor "X", Médico Internista de una localidad, es muy solicitado por los asegurados, mientras el Doctor "Z", de los méritos y antecedentes profesionales, no goza dentro del elemento obrero de la misma popularidad. Hagamos un estudio de los distintos factores que pueden influir en el ánimo de los interesados, para explicarnos esta diferencia de apreciación, y nos encontramos, revisando la estadística personal de gastos que cada uno de es-Medicos ocasionan al Consultorio; el Médico "X", de gran popularidad, está dando cuatro fórmulas por receta, mientras el Médico Z" sólo da 1,5; que los subsidios del Médico "X" son manifiestamente más subidos que los del Médico "Z" y que mientras el Médico "X" demora tres minutos ocho segundos en la atención de cada asegurado, el Médico "Z" demora un cuarto de hora en idéntica labor. Saquemos en seguida el término medio de fórmulas por receta del Consultorio, que nos da una cifra de 1,9; el termino medio de gastos de subsidios y de duración para una atención satisfactoria, y liegaremos fácilmente a la conclusión de que el Médico "X", además de ser complaciente, no hace una buena atención. Basta con presentarle su estadística y las estadísticas que deben ser normales para el Consultorio, para que Médico saque conclusiones más provechosas que cualquiera otra razôn de orden técnico que hubiera que hacerle presente para mejorar el ser-

El Doctor "A" asistió una hora siete minutor en la semana a su Consultorio; atendió 21 enfermos; se demoró en cada enfermo tres minutos un segundo; el coste de atención de enfermos fué de § 11.90; el coste de hora de trabajo alcansó a § 223.80. Una hoja con estos datos estadisticos prueba major que cualquier otro ar-

gumento que en esta forma el puesto del Doctor "A" no se justifica.

Ei Doctor "B", Médico Director del Consultorio Departamental de la ciudad "X", tiene con
700 asegurados con deresho, un término medio
de 2,2 consultas diarias, en circunstancias que
corresponde a la provincia, tomando en cuenta
su morbilidad, un 8,8 de término medio con
igual proporción de asegurados. Es suficiente
con enviar a dicho Médico el dato comparativo.
para que comprenda que la Dirección Provincial
está perfectamente penetrada de que no dedica
el tiempo que su Consultorio necesita.

Igual provecho se obtendría del rendimiento de trabajo del personal administrativo auxiliar. si este personal permanece controlado con números en las actividades de su puesto. El empleado "A" fué cambiado en la dirección del Policlinico por el empleado "B", para conocer sus dotes administrativas. El empleado "A" durante un mes gastó en material para la atención de 2.820 asegurados \$ 2.699.07. El empleado "B" gastó en el mes siguiente para la atención de 2.930 asegurados \$ 1.883.01, lo que significó al Consultorio una economía de \$ 815.66 en el mes. debido exclusivamente a que el empleado "B" puso a prueba todas sus condiciones administrativas, sin que eso quiera significar que "A" haya sido un mal empleado, sino que faltaba la comparación numérica aplicada a la economía del Servicio.

Hemos adoptado con buenos resultados el sistema de fraccionamiento de los presupuestos de los Consultorios en duodécimos y gasto disrio. datos que el Médico Director puede tener presente en su memoria por lo menos en lo que sa refiere a los tres grandes ftem del presupuesto, que son: "HOSPITALIZACION", "SUBSIDIOS" "FARMACIA". Así, por ejemplo, sabemos que en nuestro Consultorio el gasto diario de "subaldios" está fijado en \$ 205.55. El Médico Director se da cuenta diariamente del estado de gastos de "subsidios" al firmar la planilla que le presenta el empleado encargado de hacer el câlculo de dichos gastos, en forma que puede apreclar, se puede decir gráficamente, las variaciones en uno u otro sentido, lo que le permite formarse una idea clara de la forma como va encauzado dicho gasto. Tenemos, por ejemplo que nuestro presupuesto de "hospitalización" asclende a \$ 155.000.00; duodécimo \$ 12.916.66; gasto diario \$ 420.55 que, a razón de \$ 11.75 el oin de "hospitalización" nos permite tener hospitalizados 26 enfermos. Es suficiente que la Visitadora Focial de cuenta diariamente del número de hospitalizados para que sepamos el estado de nuestro presupuesto, sin necesidad de hacer balances engorrosos que no dan una idea clara de la situación

Los controles numéricos explican y comprueban fonômenos que en otra forma no podriamos apreciar. Durante el mes de Abril se verificaron en Antofacasta elecciones complementarias, y los subsidios aubieros, lo que nos bizo terminar el semestre con un déficit de \$ 2.292.35. Durante el mes de Julio se verifico la Semana Antofagastina. Antofagasia estuvo de fiesta durante todo el mes y, como consecuencia, tuvimos durante ese mes un déficit de \$ 2.829.32 por concepto de subsidios, sobre un presupuesto mensual de \$ 5.166.55 sin que existiera relación con aumento en las otras partidas del presupuesto. Los números comprueban en este caso que nuestros Médicos tratantes han cedido a las exigencias de los asegurados que quisieron participar en nuestra "Semuna Antofagnatina."

Terminamos por exponer un cuadro de la forma cómo se lleva el control de los item de nuestro Consultorio, sistema que se ha implantado en los Consultorios Departamentales de esta Provincia y que esperamos contribuya a que los Médicos Directores de Consultorios manejen sus presupuestos con facilidad.

Es decisiva en este sentido la acción cooperadora del calculador de subsidios, quien debe tener la obligación de llevar diariamente el detalle de los gastos de los distinos fiem del Presupuesto. En estas condiciones sólo basta que dicho empleado haga presente al Médico Director el estado de los gastos para que este pueda evitar a su vez encontrarsa sorpresivamente en una bancarrota financiera. Pensamos que en esta forma cada Médico tendría cuidado en no aparecer in justificadamente, no contribuyendo a un principio fundamental a que nos obliga el deber de funcionarios de la Caja: ECONOMIA BIEN ENTENDIDA DENTRO DEL MAXIMUM DE DEFICIENCIA DEL SERVICIO QUE SE LE HA CONFIADO.

### Mercería Santiago



OSTERTAG y Cia. Ltda. MERCERIA Y FERRETERIA

Artículos para construcciones, menajes de casa y cocina, artículos para regalos, Radios Zenith, herramientas, pinturas.

Calle Compañía 1050-1070. — Teléfonos: Oficina, Menaje y Radio, 62793; Ferreteria, 62794. — Direc. Teleg.: "Osrsant". — Casilla 97-D.—Santiago.

## Cuadro Demostrativo del Movimiento Semestral de los tres grandes ítems del Presupuesto 1934

PARTIDA	Presupuesto	Duodécimo	Diario	En el semestre debe gastarse	Total gastado en el semestre	Saldo a favor	Saldo en con- tra	Valor de Hospitalización , diaria
Subsidios	74.000.00	6.166.66	205.55	37.000.00	39.232.35		2.232.35	
Hospital	155.000.00	12.916.66	430.55	77.500.00	73.830.75	3.669.25	10,000	11.75
Farmacia 10 olo.	11.600.00	966.66	32.22	5.800.00	2.348.54	3.451.46		
Farmacia 9 00 0.	104.400.00	8.700.00	290.00	52.200.00	51.815.64	384.36		E 3

El término medio de asegurados hospitalizados según número Presupuesto debe ser... 36

MES DE JULIO										
		277								
Subsidios	74.000.00	6.166.66	205.55		8.985.88		2,819.22	6		
Hospital	155.000.00	12.916.66	430.55		7.211.11	5.695.55				
Fotica 10 olo.	11.600.00	966.66	32.22		211.37	755.29				
Potten 90 ojo	104.400.00	8.700.00	290.00		9.150.86	3 3 2 2	450.86			
	13 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 -				The state of the s					

# Consideraciones sobre Tratamientos Antituber-

## culosos

Dr. H. Orrego Puelma, jefe de la Sección Tistología de la C. S. O.

III PARTE

#### COLAPSOTERAPIA MEDICO-QUIRURGICA

Terminaremos estas resumidas consideraciones sobre terapsuticas tisiológicas entrando al capitulo que encierran las adquisiciones más modernas en estas materias.

La colapsoterapia médica está constituída por el método de Forlanini, con ya más de 20 años de experiencia, y cuyos resultados favorables nadie discute. El pneumotórax terapéutico persigue no sólo la compresión del pulmón enfermo, sino también su inmovilización; por lo tanto, las antiguas técnicas que recurrían a las grandes insuflaciones de ges, tratando de alcanzar fuertes presiones positivas intrapleurales, no se realizan ya, Fuera de las complicaciones inherentes a este brutal traumatismo de la pleura, sabemos hoy en als que es perfectamente inutil alcanzar tales cifras de presiones, puesto que el pulmón enfermotiene espontâneamente tendencia a la retracción. como mecanismo natural de defensa, y con el pneumotórax debemos obtener solamente una inmovilidad del órgano enfermo y un estímulo razonable, progresivo y largo tiempo mantenido de los procesos de retracción lesionales.

Indicaciones del pneumotórax.—Especialmente exigen este procedimiento terapéutico las lesicnes frescas, urilaterales (tipo de infiltrado precoz) que, después de un tratamiento de prueba por medio del reposo y dieteto-higiénico, y no acusen manifestaciones de regresión; las lesiones recientes pero excavadas y fuertemente baciliferas; las formas pneumónicas o bronco-pneumónicas unilaterales y fuertemente evolutivas: con menos éxito las formas úlcero-fibrosas y fibrocaseosas que, a veces, no dan colapsos ideales por la naturaleza misma de su consistencia o por las reacciones pleurales que las acompañen. La unilateralidad de las lesiones no debe entenderse en un sentido absolutamente rigido, puesto que la existencia al lado contrario del especialmente enfermo de paqueños procesos productivos sin manifestaciones de actividad ni evolución, autorizarán el pneumotórax: aun más, León Bernard dice haber observado una influencia favorable colapsando el pulmón más enfermo cuando existían discretas lesiones exudativas del lado contrario. las cuales parecian influenciarse favorablemente con la mejoría del pulmón colapsado. De todas maneras, estas últimas contingencias exigen un criterio muy experimentado y una vigilancia severísima y permanente de los enfermos, tanto por los medios clímcos como radiológicos.

Contraindicaciones.— Vejez, caquexia, lectones cardíacas descompensadas, localizaciones tuberculosas en otros órganos, exceptuando las larinjeas y algunas de orden exclusivamente quirúrgico que no se perjudican y aun pueden beneficiarse con el colapso.

Técnica del Pneumotórax.-El tratamiento debe iniciarse en lo posible colocando a los enfermos en cama y manteniéndolos en reposo durante los primeros meses desde la iniciación, siendo este reposo ajustado a la mayor severidad. De todas mancras, es conveniente mantener al enfermo en cama los primeros quince días del tratamiento y obligarlo a acostarse cuando éste ya se realice en forma ambulatoria, inmediatamente después de cada insuflación. El paciente se colocará en decúbito lateral, sobre el lado sano, teniendo un almohadón por debajo de la axila de este lado, para hacer que la parrilha costal del hemitórax enfermo haga eminencia. asímismo, el brazo del lado enfermo se levantará en abducción para aumentar los espacios intercostales correspondientes. La línea ideal de punción es la axilar media, y la zona preferible la correspondiente al 4.0 espacio intercostal; sin embargo, las adherencias, la localización de las lesiones podrà hacer variar este punto, llevandole más arriba, abajo, atrás o adelante. La primera insuffación deberá efectuarse con el trocar de Kuss, el cual, por su especial disposición, evita lesionar el pulmón y además provee un chorro de aire más reducido y menos violento en su entrada. El gas preferible para las dos o tres primeras insuflaciones es el oxígeno, por ofrecer menores riesgos de embolias y reabsorberse más făcilmente. En la insuflación no se invectaran más de 300 centímetros, y estas cantidades se trán aumentando paulatinamente en las sesiones, sin producir hipertensiones pleurales v quedando siempre en niveles alrededor de 0 Nunca deberá insuflarse sin haber obtenido oscilaciones netas, superiores a un grado, que son realments las pleurales. Se perseguirá obtener dentro de unas cuantas sesiones, 4 a 6, el colapso total del pulmón enfermo, sin originar desplazamientos c hernias mediastinales, y una vez obte nido este colapso, deberá mantenerse, sin permitir as pulmón expansiones y retracciones en acordeón que alejan las expectativas de la cicatrización de las lesiones. Al poco tiempo podrán umpliarse los plazos entre cada insuffación que, al principio, serán de dos, tres y cuatro días, hataseis, ocho y aun más días de intervalo, todo esto condicionado por el examen radioscópico pre y post-insuflatorios. Por lo demás, estos plazos son muy personales, y dependen exclusivamente de la capacidad de absorción de la pleura, la que es neuy variable de un enfermo a otro, y también según la altura barométrica en que se efectúen las insuflaciones, proveyendo plazos mayores las lecalidades de montafia.

La duración total del tratamiento no deberá ser inferior a dos años, pudiendo acortarse en muy determiradas ocasiones, y, en cambio, debiendo prolongarse cuando la evolutividad enterior acentuada de las lesiones, la calidad de las actividades u que se dedica el paciente o las condiciones del sitio de su residencia a si lo aconsejan. De todas naneras, los pneumotoras exessivamente pre-oagrados envuelven riesgos circulatorios o de intelerancia pleural, manifestándose estos últimos por dolores o exudados en la serosa torácica,

Accidentes del pueumotórax.— Hematoma por herida de algún vaso en el momento de la punción; lesión costal producida por la aguja que puede llegar en muy contados casos a la supuración; accidentes derivados de la sensibilidad nerviosa del piciente, y que, a veces, exige recurrir a la inyección de mortina previa o aun abandonar la aplicación del pneumocrax; cpor piedral, manifestándose con tenomenos convuisivos, hemiparesias, amaurosis y otra serie de mocestias bastante alarmantes y duraderas. Según la Escuelta Alemana, estos accidentes se deben en forma exclusiva a empolías gaseosas, negando la existencia del caoc como productor de estos trastornos nerviosos que, como hemos dicho, pueden ser, en weces, bastante duraderos.

Compileaciones del pneumotórax.--Por lo geperal, el método colapsoterápico repercute, especialmente en sus primeros tiempos, y más aun cuando es izquierdo, sobre el aparato digestivo; de preferencia se podrán acentuar manifestaciones previas de enteritis, ya sean bacilares o no. Podrán existir tembién complicaciones en el aparato circulatorio, hasta el punto de impedir la continuación de: tratamiento. Pero la repercusión más frecuente y enojosa del pneumotórax se produce sobre la pleura, yendo desde el simple derrame sero-fibrinoso, escaso, hallazgo sólo radiológico, hasta el gran exudado, que obliga a proceder a su evacuación, y que, en veces, puede hacerse purulento. No nos podemos extender en este resumen en el tratamiento de tales contingencias; pero lo haremos en un trabajo futuro destinado a considerar exclusivamente las complicaciones del pneumotórax, que constituyen por sí solas un capítulo extenso e interesantisimo.

Pneumotórax de urgencia.—Está destinado a combatir las grandes e irreductibles hemoptisis que no ceden a los tratamientos habituales; la imposibilidad de precisar con exactitud la ubicación del lado enfermo o, mejor dioho, del que sangra, es a veces el peor obstáculo para su res-

Ezación, ya que el examen clínico se hace casi imposible y se falsea en el período de hemoptisis, pudiéndose efectuar el diagnóstico de localisación, se procede a inyectar sobre el lado causante de la hemorragia, en una sola sesión, una gran cantidad de aire u oxigeno (prefiriéndose este gas), alcanzándose cifras de 800, 1,000 y 1,500 cc; se tiatará siempre de quedar en presiones de 0 5 poco superiores a esta cifra. La reinsufiación se hará dos o tres días después, si la hemoptisis así lo requiere; se continuará con el ritmo normal de todo pneumotórax terapsutico, si las coadiciones pulmonares lo han menester, o se abandonará definitivamente si la evolutividad del otre lado ordena tal conducta.

Pneumotórax bilateral.-Dedicaremos también un capítulo especial a esta forma de tratamiento. pero debemos articipar que él es sólo susceptible de realizarse en aquellos pacientes que tengan una capacidad torácica suficiente, y cuyas lesiones, a pesar de ser bilaterales, permitan obtener colapsos electivos a cada lado, o sea, localizados a un solo lóbulo del pulmón, dejando expandidos y en buen funcionamiento las demás zonas respiratorias, en forma de no producir fenômenos de anoxihemia en los enfermes. Los detalles de su técnica, las complicaciones y peligros innerentes a ella envuelven aspectos de trascendencia que nos impiden resumir en forma incompleta un procedimiento útil, pero relativamente delicado.

Nuestra próxima publicación estará dedicada a la colapsoterapia quirúrgica.

Dr. H. O. P.

NOTA.—Aparatos de pneumotórax recomendables: Como aparatos estables para ser usados en hospitales y policíficicos indicaremos los de Grass, Von Muralt y el de Leuret-Delmas. Este fitamo es, a nuestro juicio, el más exacto y fácil de manejar una vez dominado su mecanismo, permittendo, además, con un simple movimiento de una aguja en un cuadrante, efectuar sobreprisiones y aspiraciones, fuera de las insufiaciones corrientes. Los aparatos portátiles más recomendables y de bajo precio son: la jeringa de Jousset (importado) y los nacionales de Sánchez del Pozo y Parga.

# DEPODENTAL

HAYLER Y FUCHS

SURTIDO COMPLETO DE ARTICULOS PARA DENTISTAS

PRECIOS MUY CONVENIENTES
HUERFANOS 1059, Ofs. 12 y 13. — TELEF. 83561. — CASILLA 3043.

SANTIAGO

Telegramas "HAYLER" Rudolf Mosse Code A B. C. 5TH Edición

# Tumor benigno del pulmón

EMILIO A. VICENCIO
Del Concultorio Santos Dumont

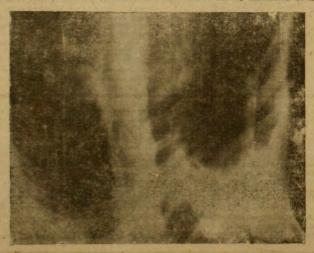
Hemos creido interesante relatar el siguiente caso clínico de tumor benigno del pulmón, tanto por su rareza como por su patogenia alficil de precisar.

D. R. R., de 41 años, casado, carpintere, no ha tenido hijos en su matrimonio, vive en Población Chorrillos, Santiago, Padre muerto de viruela, madre de tuberculosis pulmonar. No tiens antecedentes patológicos de importancia, sóluresfriados más o menos frecuentes, seguidos de tos de relativa duración.

Enfermedad actual. Dice el enfermo que hace cuatro años que comenzó a notar cierta obresión al pecho, seguida de un dolor que solía tomar un caracter punzante; otras veces dolor precordial, otras ligera disfagia, que luego pasaba y hasti liegó a tener, en una ocasión que lo ata o una fuerte bronquitis, un poes de espectoración tefiida de sangre. Sólo un año después de comenzar su afección, es decir, en Abril de 1931, se pre--ento por primera vez al Consultorio Santos Dumont, con síntomas de bronquitis más o menos acentuada y persistente que injujeron al médico tratante a efectuarle una radioscopía del tórax: en ista y en la radiografía consecutiva pado observarse una sombra en el hemitórax izquierdo, sombra que parecía estar aislada del co. azón y del pulmón, por lo que se diagnostico un tumor del meliastino posterior. Se le dieron algunas semanas de reposo mientras pasaban los sínto-mas agudos y luego se le dió de alta. Desde ese cla hasta Julio de este año, es decir, durante tres años consecutivos el enfermo ha tenido alternativas que le hacían venir periódicamenta al Consultorio con diversas manifestaciones subjetivas, como dolor, opresión, tos, etc., que luego desparecían con la medicación apropiada.

El día 10 de Julio del presente año se presentó a nuestra consulta, quejandose de una dorealgua más o menos constante, un poco de opresión que el enfermo localizaba especialmente en la región superior izquierda del tórax, no había distagia ni dolor precordial, tampoco disnea, que dice solo sentir cuando le sobreviene una bronquitas o cuando hace grandes esfuerzos o tiene que andar rápidamente, llegando a veces hasta verdaderos accesos de sofocación; pero en estado normal puede perfectamente hacer su traoula do carpintero, con moderación. Se queja también de tas quintosa con espectoración blanquizca, nucosa. Hipo suele tener con frecuencia, pero de corta duración. Resurgitaciones no hay.

Examen objetivo: hombre de 40 a 45 años, de contextura fuerte, de 1.80 metro, 70 kilos de paso, buena musculatura, escaso panículo adiposo. A la inspección, tórax ligeramente abovedado, con articulaciones costo esternales algo salientes en ambos lados, especialmente las correspondientes a la primera y segunda costilla. En el dorso, escápulas bastante sobresallentes, como alas, dejando un hueco interescapular; hay escasas venosidades en la parte superior del pecho. A la auscultación, respiración bronquial un poco ruda al nível de los hillos. No hay ganglios cervicales ni subclaviculares perceptibles. En cuanto al corazón, no hay desviación de la punta, tonos



normales; pulso amplio, lleno, ritmico pero con tendencia a la bradicardia: 60 a 65 pulsaciones. R. W.: negativa. R. de Kahn: negativa (31presión 16-12 al Vaquez. Pupilas iguales.

VII-34).

Fórmula leucocitaria: glóbulos rojos: 4.640.000 por mil cúb; glóbulos blancos: 8.800 por mil cúb. Linfocitos, 26 por ciento; polinucleares neutrofilos, 52 por ciento; polinucleares cosinófilos, 4 por ciento.

En cuanto a la Radioscopía y Radiografía, que son, en este caso, de capital importancia, el radiólogo Dr. Guzman nos va a dar los datos sobre

esta materia.

Dos palabras con respecto al diagnóstico: tenemos en un individuo bien constituido, que hace generalmente su trabajo ordinario, un tumor bien comprocado en el hemitórax izquierdo o, precisando mejor, en pleno tejido pulmonar, de un tamaño poco mayor de un huevo de gallina, y que, debido a su escaso volumen y a la elasticidad ambiente, produce escasos sintomas de compresión en los órganos que le rodean: una pequeña disnea de esfuerzo, opresión retro-esternal à veces, tos quin osa en ocasiones, ligera bradicardia, etc. Ahora bien, el interés de este caso clinico consiste precicamente en conocer la naturaleza de este tumor y su probable patogenia, que creemos sólo puede hacerse aqui por

Desde luego, dado el estado del enfermo después de 4 sños por lo menos, de su afección, y dada la ausencia de ganglios infartados en los alrededores, la ausencia de dolor agudo, etc., podemos en este caso excluir toda la serie de tumores malignos (carcinomas, sarcomas=linfadenomas, etc.) Tampoco podríamos pensar en un grupo de ganglios tuberculosos infartados que, por regla general, ocupan el mediastino y no el tejido pulmonar como aquí pasa, sin contar con que la imagen radiográfica nos da un tumor único y no una serie de pequeños tumores; no bay tampoco signos de the. pulmonar, ni manifestaciones bacilares en otros órganos para poder atribuirle esta patogenia; tampoco corresponde a una linfogranulomatosis maligna localizada. com suele verse en el pulmón, ya que faltan las adenopatias, la esplenomegalia, la fiebre y la leucocitosis y aumento de eosinofilos en la fórmula !sucocitaria.

Nos quedan entonces solamente los tumores benignos, que se caracterizan por la lentitud de la evolución. la falta de adenopatías y el buen estado general del paciente; estos tumores benignos se reducen en el pulmón a quistes hidáticos, quistes dermoides y fibromas, a lo que podría agregarse el "reliquat" de al un abceso o de alguna pleuresta interlobar calcificada, probabilidades estas últimas muy difíciles, ya que no hay antecedentes de afección febril de ninguna especie, y ya que la sombra radiográfica no sería neta como en el caso presente, sino esfumada en su contorno por las reacciones de vecindad.

El diagnóstico queda entonces reducido al quiste hidático, al dermoide y al fibroma; desde luego, si se trátara de un quiste hidático, sería un quiste casi totalmente calcificado, ya que su sombra es densa y homogénea; también en este caso faltan antecedentes de una evolución aguda de este quiste (tos coqueluchoide, hemoptisis repetidas, vómica, a veces). En cambio, presenta signos mucho más probables por el lado del quiste dermoides: tumor globuloso, más o menos grande, que parece proceder del mediastino, como que es el origen más común de estos quistes, ya que provienen de la inclusión de la hoja ectodérmica que penetra en el mediastino anterior; además, la sombra radiográfica presenta pequeñas nudosidades que podrían tomarse por restos de dientes o huesos; es cierto que no ha habido expulsión de pelos o pelotones céreo-grasosos, pero si esto hubiere sucedido, el diagnóstico sería tan claro que no habría discusión posible. Por último, tiene también este tumor cierto aspecto del fibroma por su masa única, regularmente redondeada, de bordes más o menos netos y de aspecto quístico. En consecuencia, a falta de signos patognomónicos, sólo podremos hacer un diagnóstico de probabilidad: quiste dermoide o fibroma, más bien el primero, ya que el último es tan raro en el pulmón.

En cuanto al pronóstico, el del fibroma es de larga supervivencia; pero si se tratara de quiste dermoide, aunque el paciente puede vivir muchos años, se producen al fin embolias cerebrales difusas y sépticas que dan el cuadro de una meningitis tuberculosa.

Una última palabra sobre el tratamiento: podemos mantenernos a la expectativa, vigilando al enfermo por si aparecen sintomas de compresión pulmonar, vascular o nerviosa, o bien podemos aplicar un tratamiento activo, ya sea el tratamiento especáfico como piedra de toque, o un tratamiento resolutivo a base de yoduro o bien de fibrolisha, por si se tratara de un fibromu; a todo esto podríamos agregar la radioterapia profunda. En cuanto a la intervención quirórgica, sólo parece estar indicada en el caso de que el tumor llegue a producir tan graves trastornos que corra peligro la vida del enfermo.

# Sociedad Fábrica Nacional de Envases y Enlozados

Fabricantes de toda clase de artículos esmaltados.

Distribuidores exclusivos:

Sres. SCHERMAN, SCHMUTZER y
Cia. y WEIR SCOTT y Cia.

#### Informe opacidades redondeadas del pulmón sobre

Dr. Jorge Guzmán Polloni, radiólogo Consultorio U. Americana

Cada vez que nos encontramos con un enfermo que presente al examen radiológico una o varias sombras mas o menos redondeadas, debemos pensar, antes de emitir una h.potesis diagnostica, en toda la serie de entermedades que se manifiestan a los

rayos por opacidades redondeadas.

En el caso que presenta el doctor Vicencio, se trata de una sombra ovalada que ocupa parte del pulmón izquierdo, y debemos entonces pasar revista a las opacidades intrapulmonares. Entre las enfermedades que dan estas sombras, tenemos los quistes, tumores benignos, tumores malignos y procesos infecciosos.

Entre los quistes tenemos las variedades de quiste hidatidico, quiste dermoide, quiste hemático y cisticercosis.

Entre los tumores malignos tenemos el sarcoma primitivo, sarcoma secundario,

cáncer primitivo y cáncer secundario. En los tumores benignos tenemos la leucemia linfoidea, la lintogranulomatosis, los neurinomas, los ganglio neuromas y los pneumolitos.

En los procesos infecciosos hay que mencionar la pleuresia interlobar, el abceso puimonar, la embolia séptica, las lobitis infecciosa, la gangrena pulmonar y el goma-

Grande es la variedad de enfermedades que dan a los rayos X mágenes parecidas o iguales, de ahí la dificultad para diagnosticar con seguridad, basado solo en la radiología, siendo entonces necesario acudir a los exámenes complementarios de laboratorio y muy especialmente a la clínica para afianzar lo que era una posibilidad diagnóstica.

La opacidad más comúnmente conocida era la concerniente al quiste hidatidico del pulmón, cuyas características, según Béclère, eran la regularidad y la nitidez de sus contornos, lo que posteriormente ha sido demostrado como inexacto, especialmente por Sergent y autores argentinos como el profesor Escudero, que han probado que la sombra quistica, debido a la reacción del parenquina pulmonar vecino no es de la regularidad que se creia, sino que de contornos difusos. El profesor Escudero dice: "Cuando yo veo una imagen de contornos

netamente definidos, rechazo el diagnóstico de quiste hidatídico y jamás me he equivocado".

El profesor Escudero es demasiado absoluto en sus opiniones, pues hoy dia se esté de acuerdo en describir a los quistos hidatidicos como: Sombras homogéneas, esféricos, con frecuentes reacciones de vecindad, casi siempre únicos. A esto hay que agregar que son de evolución lenta y radioresistente, lo que tiene importancia diagnóstica.

Los quistes dermoides se presentan por una sombra opaca, siempre unica, de contornos netos y a veces se observan dientes y calcificaciones. En este último caso, el diagnóstico es muy fáicl. El quiste tiene su origen en general del mediastino anterior. Su volumen es variable, algunas veces el tumor abarca tal volumen, que se proyecta fuera del mediastino y toma casi todo un hemitórax.

Los quistes hemáticos dan una sombra redondeada, única, de opacidad desigual, de contornos netos. Estas sombras se mantienen siempre igual, aunque pase mucho tiempo entre un examen y otro. No evolucionan.

La cisticercosis es una afección muy rara, de crecimiento muy lento y que se manifiesta a la pantalla por múltiples y pequenas sombras redondeadas, de opacidad temile

Los sarcomas, ya sean primitivos o metastásicos, aparecen a los rayos como sombras esféricas, muy obscuras, de contornos netos y regulares, frecuentemente múltiples y dan el parenquima vecino sano. E! parenquima no se compromete, porque estos tumores crecen, insinuándose entre el tejido y rechazando el tejido pulmonar vecino al tumor. Son muy radiosensibles.

El cáncer primitivo o secundario da imágenes ovaladas, poco homogéneas, de contornos irregulares, con gran zona congestiva de vecindad y con reacción pleural fre-

Los tumores benignos son muy difíciles de diagnosticar; entre éstos tenemos la leucemia linfoidea, cuya sombra redondeada de contornos irregulares, de poca opacidad, se localiza frecuentemente en la re-

gión para-hiliar.

La linfogranulomatosis, los neurinomas, los ganglio-neuromas y los pneumolitos vale la pena que sólo los nombremos para saber que pueden dar lugar sombras redondeadas, únicas o múltiples, de todos tamaños y de todas las intensidades, y que por
su rareza nunca se diagnostican.

Entre los procesos infecciosos tenemos los abcesos pulmonares que no pueden demostrarse sólo por la opacidad redondeada, sino después que se haya producido la vómica y que den la imagen hidro-aérica ca-

racterística.

En un principio las colecciones no dan, generalmente, más que una opacidad difusa, de contornos no nítidos y con reacciones neumónicas periféricas,

Algunas veces, sin embargo, las reaccianes neumónicas periféricas son poco intensas y la opacidad tiene entonces contornos redondeados, semejantes a las imágenes de un cáncer o un quiste hidatídico.

Ciertas formas de pleuresías interlobares dan imágenes quísticas, de contornos más o menos difusos por las reacciones de vecindad. (Schutze, de Berlín, describe un caso de pleuresía purulenta enquistada que presentaba el examen radiológico, una forma ovalada, regular, como un tumor o como un quiste-hidatídico).

Sergent señala un caso de un sínfisis pleural de un vértice, dando una opacidad completa del lóbulo superior del pulmor, donde el límite inferior curvilíneo se prestaba a confundirlo con un cáncer del pumón.

De esto se desprende la similitud radiológica entre las supuraciones enquistadas y

los procesos tumorales.

Es necesario recordar aquellos casos de infartos, embolias sépticas, focos nodulares de gangrena pulmonar que pueden hacer aparecer las opacidades redondeadas, de dimensiones pequeñas y de contornos netos.

Entre las diversas manifestaciones pulmonares de la sífilis, los gomas son los únicos que dan imágenes redondeadas.

Estas sombras son generalmente unilaterales, para-hiliares, de la base, muy raramente en el vértice, de volumen variabic, de opacidad poco marcada, dejando ver a su través el dibujo pulmonar. Los contornos son irregulares. Estos gomas pueden acompañarse de lesiones de esclerosis pul-

monar o brónquicas.

Por lo anteriormente expuesto, se ve lo difícil que es dar una pronunciación exacta de una u otra sombra redondeada pulmenar, sin incurrir en errores. De ahí, entonces, que el radiólogo debe limitarse a describir lo más concienzudamente posible las características de una u otra sombra y dejar a la entera responsabilidad del clínico el diagnóstico seguro y final, quien, a veces, sólo con el aboratorio puede dictar su último diagnóstico.



# Sindroma hepático esplénico de causa ignorada. - Remi-

## s ón espontánea.

Dr. Eduardo Iñíguez, médico de Control Consultorio U. Americana

Presentamos este caso, no por el interés clinico, en sí mismo, sino porque él encierra una enseñanza para nosotros, médicos del Seguro Obrero, que diariamente se nos presentan estos problemas de las Pensiones de Invalidez.

Se trata de un muchacho de 29 años, que llega a nuestra Sala del Hospital del Salvador contando que desde hace un año y medio nota que enflaquece mucho y siente un "bulto" en el epigastrio. Cuatro días antes de su ingreso tiene una crisis dolo-tosa en el epigastrio irradiada al hipocondrio izq. que motiva su ingreso al Hospital.

Examinado el enfermo por el Prof. Alessandri, encontramos un individuo muy enfiaquecido con un gran hígado, que abarcaba todo el hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo, donde casi hacia cuerpo con el bazo, que también estaba muy aumentado. La discusión diagnóstica nos llevó poco a poco y por exclusión, al diagnóstico de un sindroma hépato-esplénico de causa ignorada. No nos extenderemos en citar los argumentos que son conocidos de todos, para descartar todos los diagnósticos probables.

Se decide hacer una biopsia que da una "Cirrosis hepática con focos de regeneración adenomatosa" Dr. Mena. Después de esta intervención el enfermo presentó una ictericia generalizada de carácter hepático que lo caquetizó en gran extremo. En vista del mal estado general y de la poca eficacia de los tratamientos, creimos del caso solicitarle su Pensión de Invalidez que se le concedió con Invalidez absoluta y permanente. El enfermo se fué de alta v nosotros quedamos convencidos, en vista de su pésimo estado general, con edemas de las extremidades inferiores de carácter hepático, etc., que no alcanzaría a gozar de los beneficios de la Pensión.

 Pues bien, después de un año, aparece nuestro desahuciado con un estado general floreciente, con 10 kilogramos de peso ganados y con escasos sintemas subjetivos.

Al examen físico siempre se encuentran las alteraciones hépato-esplénicas, lo que nos hace pensar que no se trata sino de una remisión espontánea de un proceso que seguramente dentro de poco acabaría con el enfermo.

# Tumor por hipertrofia fibrosa del clítoris

Dr. HECTOR CRUZ M.
Ginecólogo del Consultorio San Francisco

La asegurada E. H. M., de 24 años de edad, acude al servicio de Ginecología del Consultorio San Francisco donde después de haberla examinado y hecho el diagnóstico correspondiente, en vista de lo interesante del caso, la hospitalizamos en la Clínica Ginecológica Universitaria el 7 de Septiembre de 1934 (obs. 15216 de la Clínica) con el objeto de poder hacer un estudio completo de la paciente.

Sus antecedentes hereditarios y personales no tienen gran interés: sus padres viven, sanos; han sido 4 hermanos, todos viven y no sufren de enfermedad alguna da importancia; no ha tenido partos ni abortos.

Menarquia a los 15 años, de 5 dias de duración, con dolores 2 días antes y durante el primer día del escurrimiento. Las siguientes continuaron con iguales caracteres y regulares en su aparición (tipo 5/30). La última regla comenzó el 23 de Agosto y se ha prolongado en forma metrorrágica hasta la fecha.

Relaciones sexuales: Líbido y orgasmo abolidos. No hay dispareunia.

Enfermedades anteriores: Sarampión en la infancia.

La enfermedad actual se inicia hace 4 años, fecha en que nota en la región anterior de la vulva, un pequeño tumor indoloro que no le ocasiona ninguna molestia. El crecimiento de este tumor se hace lentamente hasta hace 6 meses; desde entonces crece rápidamente y es el sitio de intensos dolores durante los periodos menstruales. Fuera de estos períodos el tumor no le ocasiona otra molestia (marcha, posición sentada, micción y relaciones sexuales se hacen normalmente). Además sufre de constipación crónica. Dice haber enflaquecido, habiendo perdido 5 kgr. de peso

El examen físico revela lo siguiente: Talla: 158 cm. Peso: 40,3 kgr.

El sistema óseo es grácil, la musculatura poco desarrollada y el panículo adiposo escaso. Cráneo: la línea de implantación del cabello en la frente y en la nuca adopta el tipo masculino. Los diámetros craneanos arrojan las siguientes cifras: 14 cm. el biparietal, 17,5 cm. el ántero-posterior y 14 cm. el vertical.

El tórax es alargado, el ángulo xifoideo muy agudo y las fosas claviculares muy acentuadas. Las mamas, implantadas en situación un poco más baja oue lo normal, están muy poco desarrolladas formando sólo una pequeña eminencia en la pared torácica; el mamelón es casi aplanado y la aréola es pequeña,

El diámetro biacromial mide 33 cm.

El examen de los órganos torácicos indica que el corazón y los pulmones son normales.



El abdomen es de paredes delgadas, casi

sin panículo adiposo.

Vulva abierta; el vello genital tiene una implantación de tipo femenino. El clitoris está uniformemente aumentado de volumen y alcanza un largo de 10 cm. por un grosor de 5 cm. más o menos, Su consistencia es dura, en partes renitente; la superficie es lobulada y la cubierta mucocutánea está sana. El órgano es indoloro, fácilmente pediculizable y en conjunto tiene el aspecto de un grueso aunque corto pene en erección. El capuchón del clitoris moderadamente hipertrofiado representa muy bien al prepucio. Los labios mayores

icio externo circular, ligeramente erosionado en su labio anterior el cual presenta también algunos huevos de NABOTH. Se escurre por este orificio una pequeña cantidad de sangre mezclada con una secreción mucosa, filante, también en pequeña cantidad.

El cuerpo del útero es de tamaño normal, de consistencia blanda, en anteversoflexión normal e indoloros al movilizarlo.

Hay sensibilidad a la palpación del anexo izquierdo, sin que éste se palpe, así como tampoco se palpa el derecho.

Los diámetros pelvianos miden: 25 cm. el bicrestal. 29 cm. el bi-ilíaco, 32 cm. el

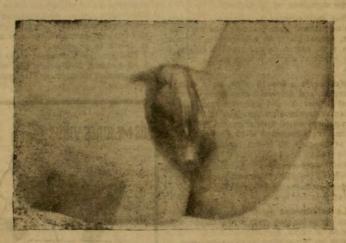


Fig. 1

están poco desarrollados v el del lado derecho no hace relieve por estar distendido por el tumor clitoridiano. Los labios menores están anormalmente alargados por haber sido arrastrado consigo por el crecimiento del clitoris. El meato urinario está algo descendido (Fig. 1).

El perineo es corto y excavado.

La vagina es amplia y tiene una longitud normal. Los fondos de saco vaginales están libres y son depresibles.

El cuello uterino es pequeño con su ori-

bitrocanteriano y 19 cm, el de BAUDE-LOCOUE.

Miembros inferiores: el muslo tiene 36 cm. de longitud (medido desde el borde superior de la sinfisis publana a la interlinea articular de la rodilla), la pierna mide 42.5 cm.

Tipo constitucional: la enferma pertenece al tipo hipo-evolucionado pre-púber de feminilidad de PENDE; constitución I, infantil de MARAÑON o status hypoplasticus de BARTEL (Fig. 2).

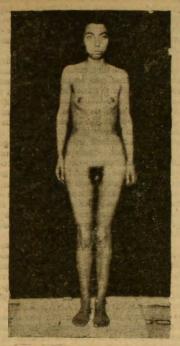


Fig. 2

El aparato de VAQUEZ-LAUBRY indica una presión arterial de 13 5/8.

El fondo de ojo es normal, la presión retiniana también es normal (45/80), la reacción pupilar algo floja.

Una radiografía del cráneo muestra que la silla turca es muy pequeña con gran es-

trechamiento superior.

La reacción de WASSERMANN es negativa. La uremia es de 0,30 gr. por mil. La velocidad e sedimentación de los eritrocitos está ligeramente acelerada: 30 mm. (técnica de WESTERGREEN).

El examen hematológico es normal como lo indica el siguiente resultado del he-

mograma de SCHILLING.

K.		Hb.	V. G.		BI.	В.		
4 500 0	000	90	1,04	3	9 600	1		
E.	Mi.	VIc.	NS.	S.	L.	Mo.		
3	-	1	8	55	29	5		

El examen de orina es normal.

El metabolismo de base es de + 4% y el cucciente respiratorio es de 0.82, por consiguiente, ambos normales.

Diagnóstico: Hipertrofia fibrosa del clí-

toris.

Aceptada por la enferma la intervención quirúrgica, procedimos a extirpar el ciítoris ci 14 de Septiembre de 1934 bajo anestesia raquidea con tutocaína (0,07 gr. en solución al 2%).

La operación fué sencilla, poco hemorrágica y el elitoris se pudo extirpar fácilmente gracias a que la cápsula del tumor pro-

porcionó un buen plano de clivaje.

Las dimensiones del órgano extirpado fueron de 10 cm, de longitud por 4 cm, de diámetro transversal y 3 cm, de diámetro antero-posterior. Para comparación recordemos que las dimensiones normales del clitoris son de 4 cm, de longitud por 0.5 cm, de espesor.

El órgano extirpado tenía al corte una consistencia dura, fibrosa, era de color blanco nacarado y muy escasamente vascularizado.

Enviamos un trocito al Profesor CROI-ZET para su examen histológico, quien contesta: Muestra constituída én su mayor parte por una proliferación fibrosa.

El organo entero lo enviamos al Dr. BRIEVA, quien ha encontrado que, además del fibroma, el tumor está formado en ciertas partes por tejido cartilaginoso. Se trataría, por consiguiente, de un fibro-encondroma.

La evolución post-operatoria se hizo sin incidentes y fué dada de alta el 3 de Octubre de 1934.

La hipertrofia fibrosa del clitoris es bastante rara. En efectos, revisando la estadística de la Clínica Ginecológica Universitaria en los 10 últimos años (1924 a Septiembre de 1934 inclusives), el caso que ahora publicamos es el único que figura entre 5.337 enfermas hospitalizadas en este lapso.

Por otra parte, revisando la literatura vemos que ésta es bastante pobre en lo que se refiere a esta afección. Las únicas fuentes que hemos encontrado son los textos de FORGUE y MASSABUAU (1) y de BOURSIER (2). Enciclopedias tan completas como las de HARBAN y SEITZ no la mencionan.

Por referencias conocemos el artículo de ATTWENGER (3) sobre fibromas del clítoris. En nuestra rebusca bibliografica sobre esta afección hemos encontrado algunos trabajos referentes a las hipertrofias del clitoris, pero no tienen relación con el tema de las hipertrofias fibrosas, que son tumores benignos (fibromas), sino que se trata de hipertrofias sintomaticas en las que el aumento de volumen del órgano se hace conservando éste su estructura histológica normal.

Tales son, por ejemplo, la observacion de un caso de hipertrofia del clitoris publicado por VILA (4) en que relata una hipertrona sintomatica de una intersexualidad viriloide, como queda en evidencia comparando la descripción que MARANON (5) ha hecho de este estado con la historia clinica del caso del autor argentino.

SCHWARZ (6) en las referencias que hace a las hipertrofias del clitoris en su artículo de la obra de HALBAN y SEITZ, no se refiere a las hipertrofias fibrosas, sino a las hipertrofias sintomáticas del síndrome inter-reno-genital o de los hipernefromas (\*). En estos casos, lo mismo que en los de intersexualidad viriloide, la hi-

pertrofia del clitoris es, como hemos dicho, un simple aumento de volumen del organo que conserva su constitución historogica normal y que, en ambos casos, tiene tambien una misma patogenia: la hipertunción cortico-suprarrenal.

El trabajo de MASON (7) se refiere a una hipertroria del cittoris en una muchacha de 17 anos que se masturbada por estimulo de este organo desde la edad de 8 anos. Las dimensiones del organo durante la ereccion eran de 5 cm, de longitud por 1,75 cm, de ancho en la base; el giande media 1,75 cm, de largo. Una hermana de la paciente presentada un cittoris analogo.

Una practica continuada de masturbación por excitación del clitoris produce frecuentemente un cierto grado de hipertrona del organo, pero sin aicanzar el grado que presentacian los dos casos de MA-SON. Por estas y otras razones este autor piensa que se trata de una hipertrofia congénita, probablemente hereditaria y de ca-

racter recesivo.

PARHON y ABESEL (8) en un caso de virilismo por tumor ovárico que tuvieron ocasion de observar subrayan el hecho de que la paciente presentaba una hipertrofia del clitoris (3 cm. de largo) y a proposito de esta observación citan otras semejantes de ALBERTI y de TANASSESCU. En el caso de ALBERTI existía una hipertrofia del clitoris que alcanzaba las dimensiones del pene de un niño de 12 años en una muchacha de 20 años operada por un tumor del ovario derecho. Muere poco después de la operación y el examen histológico del clitoris no revela ninguna alteración en su estructura microscópica. La observación de TANASSESCU es análoga a las precedentes. Mujer de 41 años que presentaba un virilismo por un tumor maligno del ovario derecho y cuyo clitoris tenia una apariencia peniforme, se percibian los cuerpos cavernosos y podía entrar en erección.

En estas tres observaciones la hipertro fia del clitoris no es más que uno de los numerosos signos de un virilismo cuya patogenia residía en las glándulas genitales (tumores ováricos).

Por último, tenemos las descripciones de casos de hipertrofia del clítoris que se hacen en los casos de pseudo-hermafroditismo femenino externo (pseudoandría de BENDA) y que pueden alcanzar dimensiones bastante considerables: un clítoris extirpado por GOFF (citado por REED)

## Un negocio de positiva utilidad para Usted

Señor Dueño de Farmacia

ES EL

### SUSPENSORIO MARCA OLIMPIA DE RAFERMEN

exactamente iguales a los importados y 150 por ciento más baratos HAGA SUS PEDIDOS AHORA MISMO A LAS SIGUIENTES FIRMAS EX-

PENDEDORAS:

EN SANTIAGO:
DROGUERIA DEL PACIFICO
DROGUERIA FRANCESA
GUTTMANN Y CIA.
PEDRO MARCOS

AVELINO VILLEGAS

EL FABRICANTE R. FERNANDEZ M. Coquimbo 150—Casilla 3121 EN VALPARAISO:

DROPELIMANN HNOS. y BALTZ & OTJEN

Proveedor de la Caja de Seguro Obligatorio

(9) en un caso de esta naturaleza medía

o cm. de largo.

Los casos de MASON, como asimismo el de VILA, el de GOFF, los de PARHON v ABESEL, las hipertrofias del clitoris a que se refiere SCHWARZ y las hipertrofias del pseudohermafroditismo femenino externo, nada tienen que ver con las hipertrollas fibrosas a las cuales pertenece la enterma de nuestra observación. En esta se trata de un tumor; en aquéllas se trata de hipertrofias sintomáticas, por consiguiente, de etiología variada. Además, en estas el órgano conserva su estructura histológica normal, mientras que en las hipertrofias fibrosas, la histología revela que todo el órgano está constituído por tejido fibroso (fibroma).

La etiología de la hipertrofia fibrosa del clitoris, como la de todos los tumores, es descenocida. Según FORGUE y MASSA-BUAU, esta afección se desarrolla a menudo en las sitiliticas. Su sintomatología no es otra que la que se deriva de las molestias que puede ocasionar por su volumen: dificultad en la micción (pesantez, dolores), dificultades en la marcha o en la posicion sentada, etc. Puede complicarse con ulceraciones, eczema, vegetaciones i otras afecciones cutáneo-mucosas, en cuyo caso se agregarán, entonces, los sintomas

correspondientes.

Al examen se encuentra un clitoris hipertrofiado, pediculizable, de superficie lobulada, de consistencia dura, en partes renitente, indoloro y que ha conservado sus relaciones normales. La forma del órgano no siempre se conserva, pues puede observársele globuloso o redondeado del tamaño hasta de una naranja.

La evolución es lenta y durante los embarazos experimenta generalmente una aceleración en su crecimiento. El pronóstico

es benigno.

Una cápsula, de la cual parten tabiques conjuntivos que dividen al órgano en lóbulos, hace que sea fácil enuclear estos tumores. Al corte se encuentra un tejido blanquecino, duro, lardáceo.

Histológicamente son fibromas, con fibras elásticas y tejido adiposo. En nuestro caso, como hemos dicho, se halló en ciertas partes del tumor tejido cartilaginoso, es decir, se trataria de un fibro-encondroma.

El tratamiento de esta afección es únicamente quirúrgico y consiste en la extirpación del órgano hipertrofiado. La operación es sencilla y poco hemorrágica porque la cápsula del tumor proporciona un buen

plano de clivaje.

Al operar recomendamos colocar una sonda de NELATON en la uretra para tener la seguridad de no lesionar este órgano que puede estar algo desplazado por el tumor clitoridiano.

#### BIBLIOGRAFIA

(1) EMILE FORGUE et GEORGES MASSABUAU. Gynécologie. Deuxiéme édition. Paris. 1925, 87.

(2) ANDRE BOURSIER. Précis de Gynécologie. Troisième édition revue par M.

AUVRAY. Paris. 1925. I. 268.

(3) H. ATTWENGER. Ein Fibroma clitoridis, Arch. f. Gyn. 1923. CXXI. 135.

(4) EDUARDO L. VILA. Hipertrofia del clítoris. Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires, 1931. X. 234.

(5) G. MARAÑON. Los estados intersexuales en la especie humana. Madrid.

1920. 111.

(6) EMILIO SCHWARZ. Relaciones de las glándulas suprarrenales con el aparato genital femenino. En JOSEF HAL-BAN y L'UDWIG SEITZ. Biología y Patología de la Mujer. Edición española. Madrid, 1933. XIII. 217.

(7) LYMAN W. MASON. Hypertrophy of the clitoris: report of two cases. Am. Jour. of Obst. and Gyn. 1933. XXV. 144.

(8) C. I. PARHON y EUGENIO ABE-SEL. Sobre un caso de virilismo en relación con un ovario poliquistico con pediculo torsionado. Libro-homenaje a MA-RAÑON, Madrid. 1929. 125.

(9) CHARLES A. L. REED. Diseases of women. New York and London, 1913. 5.



## Reuniones Clínicas de Consultorios

2.a SESION CLINICA DE LOS MEDICOS DE LA CAJA LOCAL DEL SEGU.
RO OBLIGATORIO DE CORONEL

Con fecha 29 de setiembre de 1934

Asisten los doctores señores Moisés Aracena Q., Altredo Leyton G., Pedro Pereira, Vicente Millán, del Consultorio de Arauco, y el dentista don Manuel Merino. Excusa su inasistencia el Dr. don Alberto de la Maza.

Se lee y aprueba el acta anterior. A continuación se lee el resultado del examen de sangre de la enferma presentada en la sesión anterior por el Dr. Moises Aracena, el que confirma el diagnóstico hecho por este médico.

El Dr. Aracena, presenta una nueva enferma, cuya historia clinica se adjunta a la presente. Los médicos asistentes examinan a la enferma y se comprueba la existencia de dos tumores en la encia del maxilar inferior, uno de los cuales ya se ha desprendido a consecuencia de haberse extraído el diente que estaba rodeado por él, y que estaba ubicado al lado izquierdo. Al mismo tiempo se nota a la palpación un tumor abdominal. El Dr. Aracena diagnostica un Epulis bilateral del maxilar inferior y Fibromioma sub-seroso del Utero.

Se cita a la enferma para que concurra al Hospital el día lunes 1.0 de Octubre, a

las 8 horas, para operarla.

Se pasa a discutir a continuación, algunas necesidades del servicio, y todos los médicos presentes hacen ver la necesidad de pedir una enfermera, para que atienda a las aseguradas y prepare a las enfermas, cuando haya necesidad de someterlas a examen ginecológico, como en el caso recién presentado. Se acordó hacer presente esta situación al Médico Jefe de los Servicios de la Caja.

No habiendo más que tratar, se levantó la sesión a las 16 horas, acordándose sesio-

nar nuevamente el 20 de Octubre.

Dr. Moisés Aracena Q., Médico Director, Carlos Martínez A., Secretario.

HISTORIA CLINICA DE LA ASEGU-RADA DOÑA P. B., N.o 10978, LOTA

Edad 40 años, soltera,

Antecedentes personales; Dos hijos muertos, uno a los 18 anos en accidente del trabajo y el otro al ano de edad, de una arección aguda febril.

Menstruaciones de 4 días de duración,

abundantes, indoloras y regulares.

Entermedates anteriores: No acusa. No hay antecedentes venereos.

Enfermedad actual: Desde hace un ano se queja de moiestias dolorosas abdominales de la fosa ilíaca derecha acompanandose de la presencia de una tumetaccion en la región del hipogastrio, dura, que ha ido creciendo lentamente hasta alcanzar el tamaño actual (cabeza de un feto).

Examen físico: Enferma bien constituída, de panículo adiposo bien desarrollado. Pupilas: reacción a la luz y acomoda-

ción.

Boca: A la inspección se notan dos tumefacciones a nivel de la implantación de los caninos inferiores, siendo de mayor tamaño la situada al lado izquierdo y que abarca el incisivo inferior y el canino correspondiente, casi cubriéndolos totalmente. La tumefacción del lado derecho, del tamaño de una lenteja, ocupa sólo la implantación del canino inferior correspondiente.

Averiguada la fecha aproximada de cuando datan estas tumefacciones, la enferma manifiesta que la del lado izquierdo data desde diez años y que ha crecido lentamente, provocándole solo hemorragias al menor contacto, y que la del lado derecho data desde un año. En el cuello y región submaxilar no hay nada especial.

Tórax: Corazón: tonos bien timbrados, ritmo regular, reforzamiento del segundo

tono aórtico.

Pulmones: Normales.

Abdómen: A la inspección se nota una tumefacción en el hipogastrio. A la palpación se nota una tumefacción dura, indolora que ocupa el hipogastrio y parte de las fosas ilíacas y que llega por arriba hasta el ombligo.

Examen Ginecológico: Vulva abierta, amplia y lisa. Utero rechazado a la izquierda con sus movimientos limitados. Al centro y a la derecha se palpa una tumefacción dura e indolora, que forma cuerpo con el Utero, poco movible.

Extremidades: Normales.

Diagnóstico: Epulis bilateral del maxilar inferior y Fibromia sub-seroso del Utero.

#### 5.a REUNION CLINICA EN EL SERVI-CIO DE ENFERMEDADES BRONCO-PULMONARES DE SANTIAGO

#### (Celebrada el 12-IX-34)

Presidió el Jefe del Servicio, Prof. Orrego Puelma y asistieron los señores Drs. Agustín Arriagada, Abraham Schweitzer, René García Valenzuela, Rafael Lorca, Ana de Valenzuela, Carlos Haupt, Honorio Aguirre, Manuel Moreno, Alcídes Lucero y

Jorge Abasolo.

En cumplimiento de la comisión conferida a los señores doctores René García Valenzuela, Rafael Hevia, Rafael Lorca y Abraham Schweitzer, en la Reunión Clinica celebrada el 15 de Julio próximo pasado, se dió lectura a un interesante estudio médico-social sobre "La SILICOSIS EN CHILE" presentado por esta comisión, el que fué publicado en el número anterior del Boletín Médico del Seguro

Obligatorio. Dr. ORREGO PUELMA.-Considera de imprescindible necesidad iniciar prontamente una campaña sobre este problema, en defensa de la salud de nuestros obreros y también de los intereses de la Caja de la Ley 4054, por cuanto la hará descargarse de los gastos que irremediablemente tienen que ocasionarle estos enfermos. A este respecto propone: I .- Abordar este problema en su aspecto cientifico llevándolo a la consideración de las sociedades médicas. II .- Haciendo llegar la parte médico social al conocimiento de las instituciones legales, como la Inspección General del Trabajo, Parlamento, Gobierno, etc. III.-Acudiendo a la prensa para dar a conocer y orientar al público sobre este grave problema.

Como acción inmediata, propone enviar in-extenso la parte médico-legal y un resumen de la parte clínica a la Inspección General del Trabajo. Comisionar a los señores doctores Rafael Hevia y Rafael Lorca para llevar al seno de las sociedades médicas la parte clínica. Dar a conocer a los patrones las obligaciones que les incumben

respecto de la profilaxis en sus establecimientos y, como medida profiláctica, el estudio de la jornada intermitente, fraccionada, que no sea mayor de tres horas de trabajo. Conseguir se haga el examen médico previo de los obreros que ingresen a esos establecimientos, como asimismo, revisiones periódicas, por ejemplo, mensuales, con control clínico de esos obreros. Por último, dedicar exclusivamente un número del Boletín Médico para tratar esta afección.

Respecto de las indemnizaciones que de be recibir la Caja del Seguro Obligatorio por las atenciones médicas indebidamente prestadas a estos enfermos, es de opinión que, en justicia, podrían ser dadas en parte al médico que ha hecho la investigación del caso clínico y el denuncio correspondiente.

Dr. RAFAEL HEVIA.—Refiere casos de silicosis observados por él en el Servicio de Enfermedades Bronco-pulmonares del Hospital del Salvador en los cuales estos enfermos han quedado fuera de los benefícios de la Ley de Seguro Obligatorio y de la de Accidentes del Trabajo por haber transcurrido un lapso mayor de tres años sin hacerse el denuncio correspondiente. Considera necesario ampliar el plazo de la responsabilidad patronal a 5 años. Asimismo, propone se consiga de la Fábrica de Vidrios Planos que próximamente se instalará en Santiago, la adopción de todas estas medidas profilácticas en beneficio de los obreros.

Dr. ABRAHAM SCHWEITZER.-Recuerda que en las faenas salitreras las máscaras protectoras proporcionadas por las Compañías Salitreras a sus obreros eran rápidamente abandonadas por éstos debido a que reducian la capacidad respiratoria y. por consiguiente, la capacidad de trabajo y rendimiento de las faenas. Respecto a las indemnizaciones que la Caja de Seguro Obligatorio debe recibir por las atenciones médicas indebidamente prestadas a estos enfermos, refiere el convenio celebrado entre la Caja de la Ley 4055 y la Sección de Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros, en el cual se ha estipulado que, en los casos dudosos de accidentes o enfermedad, ambas instituciones se reembolsarán los gastos indebidamente efectuados, como asimismo, los honorarios médicos correspondientes.

Dr. AGUSTIN ARRIAGADA. — Cree que el fracaso del uso de las máscaras protectoras se debe exclusivamente a que éstas no se adaptan a los rasgos fisonómicos

del obrero a que está destinada, haciéndola muy molesta, especialmente cuando se des arrollan actividades musculares intensas.

Dr. ALCIDES LUCERO.-Agradece la oportunidad que se le ha proporcionado como médico de la Inspección General del Trabajo para dar a conocer lo que esta Inspección ha efectuado a este respecto. La Ley de Accidentes del Trabajo contempla la Neumoconiosis y, por consiguiente, la Silicosis, y se ha tratado de aplicar en toda ocasión el Reglamento hasta donde ha sido posible. Así, él visitó dos fábricas de vidrios y pidió la adopción de las medidas profilácticas indispensables en resguardo de la salud de los obreros, pero, éstos luego concluyeron por abandonar el uso de las mscaras protectoras que se les habían proporcionado, por dificultarles la respiración.

Actualmente está en gestión el nuevo Relamento de la Ley de Accidentes del Trabajo v Riesgos Profesionales, y se tratará de conseguir que tanto los patrones como las Compañías Aseguradoras den la debida importancia a la profilaxia de la Neumoconiosis. Si antes, puede decirse, no se aplicaba con estrictez el reglamento, ha sido más bien debido a la falta de conocimiento de ella. Muy laudable considera la iniciativa del Servicio de Enfermedades Bronco-pulmonares del Seguro Obligatorio para abordar este grave problema, por cuanto ya ha conocido varios casos de obreros que están actualmente incapacitados para el trabajo y otros han fallecido por esta causa. Respecto de la responsabilidad patronal en estos casos, ella rige dos años desde la fecha del denuncio ante la Inspección General del Trabajo.



## Conferencias, Congresos y Cursos

E.E. U.U. N. A.

Durante los días comprendidos entre el 15 y el 19 de Octubre se ha llegado a efecto en la ciudad de Roston la reunión anual del Colegio de Cirujanos Americanos, que ha congregado, no sólo a lo más granado que tiene la Cirugía norteamericana, sino que también a numerosos cirujanos de otros países, como Bethel Solomons, de Dublin: Harold Gillies y Lawrence Abel, de Loncres; Harry Platt y William Shaw, de Manchester; Alexander MacLennan, de Glasgow; Rafael Silva, de México: Prof. Josef Halban, de Viena; etc.

La sesión inaugural se efectuó baio la presidencia de Robert B. Greenough, en el Symphony Hall, de Boston.

Los comités permanentes dieron cuenta del estado en que se encuentran sus respectivos trabajos. Estos se refieren a: 1) La curación del Cáncer. 2) Fracturas. 3) Cirugia industrial y Traumatología. 4) Oftalmología y Otorrinolaringolo-

Una importancia especial tuvieron las reunionea destinadas al estudio de los problemas hospitalarios en general. La Annual Hospital Stancardization Conference ha reunido más de veint relatorias sobre los más diversos temas que se relacionan con esta materia.

El programa de las reuniones matutinas fué el

Presidential Meeting. Monday, October 15. Address of Welcome: Arthur W. Allen, Boston,

Introduction of Foreign Guests: Franklin H Martin. Chicago.

Inauguratio of Officiers.

Inaugural Address. Robert Greenough.

John B. Murphy Oration in Surgery: Principles of Gastric Surgery. Donald C. Balfour.

Tuesday. October 16.

Living Grafts of Thyrold and Parathyroid Glands. Harvey B. Stone, con la colaboración de James C. Owings y George O. Guy.

Endocrine Mechanisms in Certain Functional Gynecological Disorders. Emil Novak.

Fracture Oration: The unsolved Fracture.

Kellogg Speed. The Gian-Cell Tumor of Bone as a Clinical Entity, Harry Platt.

Wednesday-October 17,8:15 p. m.

Hydrocephalus and Spina Bifida. Wilder Penfield, M. D., Montreal.

Sterility with Special Reference to Surgical Possibilities, Bethel Solomons, M. D., F. R. C. P. I., Dublin, Ireland.

Diverticulosis and Diverticulitis. Irvin Abel!. M. D., Louisville.

Thursday—October 18, 8:15 p. m. Symposium on Treatment of Infections: Infections of Clean Operative Wounds. Frank

Meleney, M. D., New York

Infections of the Lip and Face. Frederick A. Coller, M. D., Ann Arbor, Mich. Phagedenic Ulcer; its Recognition and Treat-

ment. Emile Holman, M. D., San Francisco.

The Repairs of Defects Resulting from Full Thickness Loss of Skin from Burns, James B. Brown, M. D., St. Louis.

Convocation—Friday—October 19, 8:15 p. m. Invocation. Rev. Charles Wesley Burns, D. D., L. D., Boston,

Presentation of Candidates for Fellowship. Franklin H. Martin, M. D., Chicago, Director-

General.

Conferring of Fellowships, The President, Conferring of Honorary Fellowships, The Pre-

Presidential Address. Robert B. Greenough, M. D., Boston.

Fellowship Address.

Además, durante todos estos días hubo reuniones clínicas y sesiones quirúrgicas en los numerosos hospitales de Boston.

Las ponencias al Congreso se pueden solicitar a Chicago 54 (East Eric St. U. S. A.

#### FRANCIA

En París se reunirá en Diciembre próximo la sesión anual de la Sociedad de Anatomía comparada.

ESPAÑA.

Instituto Médico de Post-Graduados de la Casa de Salud de Valdecilla, Santander.

Uno de los Centros científicos que actualmente tiene mayor importancia en España es la Casa de Salud Valdecilla, construída con una donación de 16 millones de pesetas hecha por el marqués de Valdecilla. La Biblioteca fué regalada por la marquesa de Pelayo y su coste ascendió a medio millón de pesetas. Fuera del Instituto de Post-Graduados existe una escuela de Enfermeras dependiente de la Universidac de Valladolid y que se da el título correspondiente y de especialista en Fisioterapia y Psiquiatría.

Los cursos de Post-Graduados están a cargo de eminentes profesores y médicos que atienden la Casa de Salud. La matrícula es gratuita. Existen los siguientes cursos;

Anatomía Patológica y Hematología.

Bacteriología e Infecciones: Bacteriología Clinica.

Dermosifiliografía: Diagnóstico de la Sifilis en el Laboratorio,

Aparato Digestivo: Exploración funcional. Abdomen agudo.

Estomatología. Cardiología, Endocrinología y Nutrición.

Fisioferapia: Dosimetría directa e indirecta en Roentgen y Curieterapia. La Cronaxia

Ginecología y Obstetricia.

Huesos y Articulaciones: Fracturas. Toc osteoarticular. Cirugía aparato circulatorio periférico. Oftalmología: Exploración y Dias. oftalmológico, Angiopatias retinianas.

Otorinolaringología

Puericultura: Dietética y trastornos nutritivos en la primera infancia.

Química: Fisiología experimental. Vitaminología. Bioquímica muscular.

Aparato Respiratorio: Tuberculosis. Enfermedades no tuberculosas del Pulmión.

Urología.
Curso Práctico de Análisis Clínicos.

Para mayores datos hay que dirigirse a Casa de Salud Valdecilia. Santander.

### BIBLIOGRAFIA

## Perspectiva de la Medicina en los Seguros Sociales

J. GARCIA TELLO.

Santiago. I. Universitaria, 1934.

El Dr. J. García Tello, Director del Consultorio para asegurados de Viña del Mar, acaba de publicar un volumen que, con el título de "La perspectiva de la Medicina en los Seguros Sociales", constituye su contribución al V Congreso Nacional de Medicina Argentino, celebrado en Rosario, al que fué gentilmente invitado por colegas argentinos. Llevó también la representación de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile.

Este escrito, como todos los de García Tello, lleva impreso en cada una de sus lineas la dinámica y particular personalidad de su autor.

de su autor

Completando su libro anterior "Estructurando la Medicina del Futuro", el actual sitúa claramente al autor y nos permite apreciar cómo busca en los elementos de hoy, los fundamentos de la medicina social como él la entiende y quisiera verla realizada.

Muchos no compartirán sus doctrinas, pero la lectura de este libro conmueve, quiero decir, obliga a precisar ideas y actitudes, y como resultado, a afirmar las existentes o a contemplar nuevos horizontes.

Ambos libros de García Tello deben ser leídos por todos los que vibran con los problemas del momento, en la seguridad que su lectura será beneficiosa en todos sentidos.

A. S.

### SUMARIO

	Págs.
Editorial	. 1
Concepto sobre la personalidad humana, por el Dr. Rojas Carvajal	. 3
Las condiciones existentes para el desarrollo de los seguros sociales e	n
Argentina, por el Br. Garcia Tello	6
Control numérico aplicado al funcionamiento de los Consultorios, por	el
Dr. Gonzalo Castro	. 13
Consideraciones sobre el tratamiento anti-tuberculoso, por el Dr. Orre	e- 222 3
go Puelma	. 16
Tumor benigno del pulmón, por el Dr. Emilio Vicencio	. 18
Informe sobre opacidades del pulmón, por el Dr. Jorge Guzmán	. 20
Sindroma hepático esplénico de causa ignorada. Remisión espontánes	a.
por el Dr. Eduardo Iñiguez	. 22
Tumor por hipertrofia fibrosa del clitoris, por Dr. Héctor Cruz M	. 23
Sección Clínica de los Médicos	. 28
Conferencia, congresos y cursos	. 30
Bibliografia	. 31





DE PROPAGANDA AGUSTINAS 1070 - OF 210 - TEL. 63561

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

ANO I

SANTIAGO, DICIEMBRE DE 1934

N.o 7

No hace mucho tiempo, el gremio médico del país ha logrado definir la posición que debe tener la Medicina en el medio social.

Los nuevos conceptos colectivistas que han aparecido con un imperativo evidente durante los últimos años, influyeron en los espíritus estudiosos que existen dentro del gremio, tanto en provincia como en la capital-

Esto ha traído por consecuencia el que se haya fijado ciertas normas sobre lo que debe ser la correcta vigilancia de la Salud.

El último Congreso de la Caja, los libros publicados y las directivas que informan a la Sección Médica, que en todo momento ha manifestado su complacencia y ha prestado su apoyo a las nuevas ideas, así lo demuestran.

Como lo ha manifestado oficialmente el gremio médico, la medicina en sus múltiples aspectos debiera tener orientación única, o por lo menos, entre las instituciones que hoy en día cuidan de la salud de los individuos, debiera existir una coordinación y armonía absolutas.

La Sección Médica ha creído dar un paso en este sentido, al proponer al H. Consejo, las resoluciones que aparecen en estas páginas, resoluciones éstas que han venido a correlacionar prestaciones que efectúan la Sanidad " la Asistencia Social.

## Enfermedad de Banti, - Caso Clínico

Dr Rafael Daudet Consultorio de Talca

L. S. Z., de 29 años de edad, soltero, de profesión obrero, asegurado en la ley 4054, oriundo de Constitución, pero ha vivido varios años en la zona norte del país. Desde hace cuatro años se encuentra en esta región

ANTECEDENTES PERSONALES; padres vivos y sanos, diez hermanos, de los cuales siete han muerto de distintas edades. Bebedor y fu-

mador moderado,

ENFERMEDADES ANTERIORES: No acusa ninguna enfermedad de importancia, salvo algunos refriados, hasta la edad de 25 años

ENFERMEDAD ACTUAL: Data, según dice, desde principios de 1932. Sus primeras molestias sólo consistieron en ligero cansancio cuando andaba o trabajaba. Dice que comenzó a llamarle la atención que no tenía la misma resistencia que antes para el trabajo. A fines de 1932 se hospitalizó por primera vez en la sala San Agustín del hospital de esta ciudad. Vino al servicio porque las molestias sentidas anteriormente se hicieron más intensas, incapacitándolo para el trabajo y además se le "hinchaban" las piernas. Permaneció hospitalizado durante dos meses después de los cuales con el tratamiento que se le hizo salió mejor. En ese entences, dice, que llamó la atención en el servicio un tumor indoloro que se le palpaba en el hipocondrió izquierdo. Solamente desde esa fecha él se dió cuenta que llevaba ese tumor que no le había causada ninguna molestia y que por lo mismo él no se había dado cuenta y quizá de qué tiempo que lo tenía. Sobre esta enfermedad descubierta no se encuentran en el servicio exámenes prácticos en esa ocasión.

A principios de 1933 vuelve nuevamente al servicio con las mismas molestias anteriores: cansancio y edemas discretos de ambas piernas, Durante el tiempo que permaneció en San Agustín esta segunda vez se le hicieron los siguientes exámenes: Orina densidad 1006, albúmina indicios, urobitina indicios. Al micrescopio glóbulos rojos numerosos Urea 2,25 o o y cloruros 9.2 olo Urea en la sangre 0,20 olo. globular: Glóbulos blancos 7.600; Glóbulos rojos 3.200.000. Fórmula Leucocitaria: Polinucleares 55 olo, Eosinófilos 5 olo Mononucleares 21 olo, Linfocitos 18 olo, Basófilos 1 loo, Un nuevo examen de orina, después de varios días da el mismo resultado que el anterior. El examen de Rayos X dice lo siguiente: Lado izquierdo del abdómen una sombra en parte de límites definidos y en parte que se confunde con la sombra del resto del abdómen de grandes dimensiones, Conclusión: ¿Bazo? ¿Riñón?

Con estos exámenes fué trasladado al servicio de cirugia sala San Rafael, a fines de Abril de 1933. En este servicio, según datos obtenidos, se estimó que no podía tratarse quirúrgicamente su tumor abdominal por encontrarsa afecto de signos cardíacos que indicaban una insuficiencia de este órgano, como taquicardia, ligera disnea y

edemas discretos. En este servicio estuvo más o menos dos meses. Se le tuvo con tratamiento para su afección cardíaca y se le hicieron los siguientes exámenes, además de los que traía de San Agustín: espectoración, No se encuentran Bacilos de Koch, Orina D lo lo, albámina 0,70 o o, glóbulos blancos escasos, glóbulos rojos numeroses, No bay cilindres, Urea 2.50 olo, Clorures

Del servicio de San Rafael fué trasladado nuevamente a la Sala San Agustín para que siguie. ra su tratamiento de su afección cardíaca. En esta sala permaneció dos meses con reposo, digitalina y régimen. Después de este tiempo y de encontrarse bien de salud, según el enfermo, pi-

El 20 de Julio de este año ingresa nuevamente a San Agustín. Esta vez con un cuadro gripal del cual mejoró pronto y fué dado de alta en buenas condiciones de salud. Su tumor abdominal no había variado ni le causaba, según el en-.....o, ninguna molestia.

Ultimamente, el 16 de Octubre, vuelve a la Sala San Agustín quejándose, como en ocasiones anteriores de cansancio, edemus discretos de las extremidades inferiores y de la cara y un abdomen globuloso,

EXAMEN FISICO: Enfermo bien constituído, panículo adiposo conservado, piel pálida, Tem-peratura normal. CABEZA: Dentadura en mal estado, ligero edema palpebral; garganta nada de especial, CUELLO: Nada de especial, no hay adenopatía, TORAX: Abombamiento base tórax izquierdo y macicez en la parte ántero-lateral. PULMONES: Normales, CORAZON: Cheque de la punta por debajo y fuera de la linea mamillar. área cardiaca algo aumentada, pulso receibr so por minuto. Presión arterial 12 por 9 al Vaque-ABDOMEN: En el hipocondrio izquierdo se pelpa una masa regular dura, lisa e indolera, que ocupa toda la región lateral izquierda del vientre y se insinúa por arriba debajo de las falsas costillas, como lo demuestra la percusión, Signe poco los movimientos inspiratorios y tiene su eje orde anterior oblicuo hacia adelante. El horde anterior es certante, y con algunas pequeñas escotaduras.

El Higado se palpa algo descendido y de superficie un peco dura e irregular. Vientre globuloso en su parte superior y meteorizado, da la impresión al examen contener pequeña cantidad de líquido,

En ninguna región del cuerpo hay adenopatía, Sistema nervioso normal, Extremidades inferiores actualmente sin edemas. No hav várices.

Los exámenes practicados este último tiemvo han dado el siguiente resultado:

ORINA: Densidad 1014. Albúmina no bay. Urotslina muy aumentada, Examen microsópico: Noda de particular. Urea 15.13 o oo Cloruros

SANGRE: Reacción de Wassermann regativa. Recuento globular: Glóbulos blancos 3,600. Glóbulos rojos 3.160.000. Hemoglobina 92 o o.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares.				 		54 0 0
Eosinófilos	+	100				000
Basófilos		-1 +	 4	 14		000
Mononucleares	8.		 			30 0 0
Linfocitos					-	16 0 0

En resumen, tenemos un enfermo que en varias ocasiones ha llegado al servicio con sintomas claros de una pequeña insuficiencia cardiaca, de la cual ha mejorado y que los últimos exámenes practicades nos han dado una anemia, leucopenia acentuada, valor glebular aumentado, fórmula leucocitaria normal. No se han encentrado glóbulos de formas anormales. Tiene en el examen de orina una urobilina muy aumentada. Un Wassermann negativo y no hay signos de tuberculosis

Nos encontramos ante un enfermo que nos presenta como característica patológica principal un Bazo grande desde hace varios años, con las particularidades ya descritas.

¿Se trata en este paciente de un sindroma Espleno-hepático. Espleno-hemático, o de un sindroma Esplénico puro? Procuremos hacer el diagnóstico diferencial.

Si se tratara de un sindroma Espleno-hepático, tendriamos que encuadrarlo dentro de la Cirrosis hepática hipertrófica que se acompaña de esplenomegalía, pero, al mismo tiempo se acompaña de letericia, puesto que se trata, en estos casos, de cirrosis biliares. En nuestro enfermo no hay ietericia, ni hay alteraciones clínicas del higado.

En las Ictericias hemolíticas adquiridas, con cierta frecuencia, hay uma esplenomegalia, pero el examen de la sangre de nuestro paciente nos hace descartar este sindroma, pues en él no encontramos las características propias a estos casos: anemia de tipo pernicioso.

En el sindroma espleno-hemático están incluídas las leucemias crónicas: las micloideas y las linfoideas. En las leucemias micloideas, muchas veces el único síntoma clínico es la esplenomegalia, como sucede también en las leucemias linfoideas. No es el caso de nuestro paciente. El examen de sangre nos darín un aumento considerable de los glóbulos blancos y, en cambió, en este caso tenemos una gran disminución de ellos. Además tendríamos modificación de la fórmula leucediaria (nielocitos y hematics nucleados en la leucemia micloidea, y mononableares no grenulosos en la linfoidea a). En nuestro paciente la fórmula leucecitaria es nosmal.

En la enfermedad de Hogkin de forma esplénica pura, el bazo adquiere, en algunos casos, tamaños como en el caso presente, Pero además de ser una afección excepcional, la evolución de la enfermedad es muy rápida y febril. En cambio, la enfermedad de muestro paciente tiene un tiempo largo de durución y ha evolucionado sin temperatura.

Eliminadas las enfermedades anteriores, tanto por la evolución elínica, como por los exámenes practicades, debemos llegar a la conclusión que este enfermo padece de un sindroma esplénico

Clasificado este enfermo en este sindroma debemos todavía hacer el diagnóstico diferencial con los demás procesos inflamatorios crónicos de este órgano,

Respecto a los tumores del Lazo debemos pensar en este caso en los Sarcomas, Melano-sarconas; en los quistes dermoides y en el quiste hi-datídico. Los tumores generalmente deforman el bazo, presentando características que no encontramos en el bazo de este enfermo. Además tenemos en contra de estas posibilidades la evolución clínica de la enfermedad, el tiempo y el estado general del enfermo, Podría tratarse de un quiste hidatídico central del bazo que haya producido una hipertrofia difusa de él, pero los exámenes practicados no nos dan síntomas de esta afección. Por otra parte es rara. Tampoco puede tratarse de una enfermedad de Gaucher, o hipertrofia endotelial del bazo, por cuanto es una esplenomegalia de la infancia y propia del sexo femenino.

Después de descartar las posibilidades de un tumor de este órgano, debemos consideror esta afección en el grupo, como he dicho anteriormente, de los bazos inflamatorios crónicos con tendencia a la esclerosis

¿Cuáles son las enfermedades que pueden dar lugar al desarrollo de un bazo con estas características? El paludismo, la sifilis y la tuberculosis.

Por los antecedentes este enfermo ha vivido tiempo en la zona norte de nuestro país, pero dice no haber tenido nunca alguna enfermedad febril con las características de las formas de paludismo. En cuanto a la sífilis, no hay antecedentes ni hereditarios, ni adquiridos; la reacción de Wassermann ha resultado negativa en dos casiones, Signos de tuberculosis no han existido subjetiva ni objetivamente. Por otra parte la evolución de esta afección habrá sido más rápida.

En conclusión, este enferma debe encontrarse afecto de una anemia esplénica verdadera, una esplenomegalla hemolítica, de una micosis o de una enfermedad de Band. El diagnóstico diferencial de estas afecciones es muy diffell, pues la sintomatología y el resultado de los exámenos es muy parecido. En este caso se hace más fácil considerando el tiempo de evolución de la afección en relación con el estado del paciente. Por estas características podemos descurtar las primeras afecciones nombradas. El diagnóstico diferencial entre la micosis del bazo y la enfermedad de Banti sólo puede hacerse por el examen histológico de este órgano después de la esplenectomia.

Por la evolución de la enfermedad, su sintomatología, el estado del paciente después de varios años de enfermedad, por los exámenes practicades, se llega a la conclusión que este enfermo padece de una enfermedad de Banti-

Esta esplenomegalla crónica, cuya carreterística es llegar fatalmente a la cirrosis del hígado, fué descrita por Banti en 1894. Se caracteriza por un período de evolución muy lento e insidioso, luego se acompaña de la anemia comprobada por los exámenes hematológicos y más tarde por la ascitis, sintoma que indice el com-

## Acción de las Legumbres o Verduras sobre la secreción del jugo gástrico

Dr. Hofman Belmonte, otorino laringólogo del Consultorio de Talca

El estudio de la secreción gástrica basado en las clásicas experiencias-fistula esofágica, fistula gástrica y pequeño estómago de Pavloff-ha permitido precisar los factores que intervienen

en el mecanismo de la secreción

Se ha estudiado así la acción de los diversos alimentos: carnes en general (derivados de ella, como ser: materias extractivas de las carnes, peptonas) huevos, pan, leche grasas, etc. Pero muy poco de la acción de las legumbres o verduras.

Si hacemos un recuerdo de la secreción normal, debemos considerar dos fases claramente diferenciales:

1.0 Una fase refleja relacionada con la ingestión de los alimentos, y

2.0 Una fase química relacionada con la naturaleza de los alimentos inderidos,

En la primera fase debemos considerar el estudio del arco refloio, con su via sonsitiva o centripeta y su via secretora o centrifuga.

Aquí tiene un valor decisivo para su estudio, un perro al cual se le haya practicado una fístula esofágica o gástrica. Permitiendo la primera la alimentación aparente y la segunda la recolección del jugo gástrico secretado. Así, vemos en primer término, que no es necesario para que se produzca la primera fase de la secreción, que los alimentes lleguen al estómago, ya que estos caen nuevamente al exterior por la fistula esofágica. Por la fístula gástrica recibimos el jugo secretado a los pocos minutos de empezada la alimentación aparente término medio cinco miuntos. La producción de esta secreción puede durar varias horas, porque el animal, no saciando su hambre, sigue comiendo,

Constitución del arco refleio,

La via centripeta o sensitiva es múltiple; intervienen nervios sensoriales, como el óptico, olfatorio y gloso faringeo especialmente. No olvidemos el acústico; Bogen, cita a un niño a quien acostumbró a secretar mediante el sonido de una corneta. Se trataba de un caso que por ciertas condiciones se le alimentaba por medio de una fistula gástrica. Por otra parte, el hecho de pensar en un bocado de nuestro agrado es causa suficiente para provocar secreción refleja, se trala aquí de un factor psíquico. Agregaré, además, la acción de agentes mecánicos a nivel de la boca y faringe capaz de provocar secreción refleja,

La segunda fase de la secreción proviene del estómago mismo; está en relación con la naturaleza de los alimentos ingeridos y es independiente del sistema nervioso extra-gástrico, como se ha demostrado por la sección de ambos vagos. Aun más, tenemos el experimento de Polpielski que ha practicado la total enervación del estómazo-sección de ambos vagos, plexo celíaco, médula espinal-y ha obtenido secreción del juen cástrico, introduciendo caldo de carne por fístala gástrica.

El hecho que la segunda fase sea independiente del sistema nervioso nos explicará la circunstancia que ninguna excitación mecánica, sea cual fuere el agente con que la provoquemos, produce secreción, fuera de cierta cantidad de mucus. Quedaría la posibilidad de un arco reflejo cerrado en las paredes mismas del estómago. Como sabomos éste es rico en células y fibras nervio. sas (plexos de Meissner y Auerbach).

Si seguimos nuestro estudio en un animal con fístula gástrica, por intermedio de la cual introducimos diversos alimentos, podemos conocer

eneles provocan o no secreción.

Así tenemos el hecho interesante que un trozo de carne bien cocido, o de pan en igualdad de condiciones no provocan secreción; en cambio el caldo de carne, extracto de carne de Liebig, pentonas o el mismo trozo de carne o pan que previamente haya sido sometido e la acción digesti-

promiso del higado, en el cual se desarrolla un proceso cirrótico, semejante a la cirrosis de Lac-

Es una afección de los adolescentes y adultos jóvenes, afecta por igual a ambos sexus, no es hereditaria ni famillar y staca por lo general a individuos indemnes de toda otra enfermedad infecciosa o tóxica. Evoluciona en tres períodos. El primer período se caracteriza únicamente por una esplememegalla pura: baso grande, regular, daro indoloro, sin compromiso del hiendo, ni administras sin eran commoniso del estado general hay una snemia modernila de tino cloro anémico y una lencommia ligera. Este período puede durar varios años.

El segundo período se caracteriza, además de

los signos anteriormente descritos, por trastornos digestivos, hemorriagas gustro-intentinales, a veces abundantes, un higado algo aumentado. tinte subletérico y urobilina anmentada. Este período tiene algunos meses de duración.

El tercer período es el período de la cirrosis hepárica, acompañado de aseitis considerable, con gran compromiso del estado general, período corto, en el cual sobreviene la muerte,

Estimo que este enfermo se encuentra en el scemdo período y posiblemente estaria en condiciones todario de someterse al finleo tratamiento mis time cots enformeded to contemporamis. Dota a la consideración de mis coloras la dis-

ensión diagnóstica y de tratamiento de este enfermo que me he permitido presentarles.

va del jugo gástrico provocan una intensa secreción.

Esto nos prueba claramente un hecho de gran importancia, que de la carne o del pan derivan previa digestión de ellos sustancias éxcito-secretores

Edkins, cree en la existencia de una secretina gástrica, por lo tanto una vía normonal de excitación Ha demostrado la acción excitante del extracto de mucosa pilórica, que contiene una prosecretina que tratado con solución de ácido ciorhidrico al cuatro por mil, poptona Witte y otras sustancias, se transforma en secretina activa. Este producto inyectado por vía parenteral produce secrección en un estómago enervado.

Starling se expresa de la siguiente manera: el hecho que sustancia como la peptona al estado de pureza, inyectado por vía parenteral no produzca secreción, al ser introducida por vía gásrica es verosimil que se formen ciertas sustancias químicas que absorbidas por vía sanguinea sean excitantes específicos de las glándulas gásricias.

Hober, partidarlo de la teoría hormonal, dice más o menos así: la gastrina o secretina contenida en el extracto de la mucosa estomacal, es talvez, idéntica a la histamina,

Al lado de estos cuerpos éxcito-secretores es conocida la acción inhibidora de las grasas.

Podríamos resumir así: la segunda fase de la secreción dei jugo gástrico es independiente del sistema nervioso y por el contrario queda bajo

la acción de ciertos cuerpos químicos no bien identificados; contenido en las materias extractivas de las carnes, derivados de las sustancias peptogénicas γ en las materias extractivas vegenares.

Hecho el breve resumen anterior sobre los actuales conocimientos que tenemos, respecto de la secreción normal del jugo gástrico, quise comprobar estudios hechos por Witold Orloweld sobre la acción secretora de las verduras sobre el jugo gástrico.

El procedimiento ideal para estudiar claramente la secreción del jugo gástrico es trabajar en un animal operado (perro) a quien se le haya practicado un pequeño estómago, según la técrica de Heindenhain Payloff. Fracasada esta dificil operación recurrir al método corriente del sondaje del estómago.

En muchas observaciones seguidas en convalecientes hospitalarios que fueron sometidos cada uno de ellos a las diferentes pruebas—prueba de Ewald Boas, caldo de carne, carne asada, puré de papas, jugo de lechuga y jugo de coles—; se desprende del estudio comparativo de los gráficos obtenidos que los jugos de verduras poseen un intenso poder excito-secretor de las glándulas estomacales.

NATURALEZA DE LA SECRECION EXCITO-SECRETORA.—En el estado de la secreción del jugo gástrico hemos establecido que son cuerpos Jerivados de la albúmina de la carne donde están contenidas las sustancias excito-secretoros de

# Fábrica de Vidrios Los Aliados, Ltda.

Establecida el año 1917

CAPITAL: \$ 1.071,000

Representante General:

# Alberto Salazar Wolff

Casilla 3509. - SANTO DOMINGO 1160

OFRECE a los mejores precios: Artículos de Vidrio Corriente en Verde, Blanco y Ambar. Gran surtido en Vidrios Color, Color transp. y Doublé:

Vasos

Jarros Floreros

Botellas de mesa y velador Azucareros

Embudos

Jardineras Mantequillas Matraces

Compoteras Fruteras

Platillos de postre Saleros

Tarros

Etc., etc.

VIDRIO SEMI BLANCO neutro para Laboratorios, BOTELLAS y trascos especiales para todas las industrias, FRASCOS Farmacia, Gomeros y Tinteros, Damajuanas, Chuicos, Garrafas y Caramayolas de fantasía.

### Carcinoma Gástrico de Evolución Febril

Dr. Eduardo Iñiguez, médico de Control del Consultorio U. Americana

Siempre es interesante dar a conocer las formas un tanto fuera de lo corriente que pueden revestir los distintos cuadros patológicos. En esta inteligeucia, presentamos a estas reuniones médicas de Seguro, la observación de C. P., obrero de 36 años, aparentemente sano hasta dos meses antes de ingresar a nuestro servicio, época en la cual, a raíz de un enfriamiento, sufre calofríos, malestar general, cefáleas, náuseas y pérdida de fuerzas. A la família llama la atención la palidez que desde entonces se instala y paulatinamente se intensifica. Desde entonces. con frecuencia, nota calofríos en las tardes con sensación de calor dolores generalizados, cefáleas y palpitaciones. Consultó médico, que le recomendó hospitalización por su gran palidez, cuya causa no aparecía clara. Ya en ese tiempo el interrogatorio reveló la existencia de heces obscuras, a los cuales el enfermo no dió importancia. Abandona su trabajo por pérdida de fuerzas dos semanas antes de ingresar al servicio, y por fin ingresa al hospital el 9 del presente.

Al examen se presenta el enfermo como un anémico intenso, sin signos de gran enflaquecimiento; sin embargo, dice haber enflaquecido 10 kilos en dos meses El examen físico sólo revela signos de anemia, con alteraciones circulatorias discretas correspondientes; presenta temperatura de 38°, lo que está de acuerdo con lo relatado por el enfermo.

Abdomen, es normal, y el interrogatorio esmerado no revela el menor trastorno dispéptico. Apetito integro. Tórax no da signos patológicos. El estudio de la sangre revela 3.400.000. Glóbulos rojos con 36 por ciento H. b. Por lo tanto, Cloroanemia. Leucocitosis de 27.700. con 64 Segmentados, 3 baciliformes, 6 juveniles, 3 eosinófilos, 28 mononucleares y tres linfocitos. Tiempo de sangría, normal Coagulación ligeramente retardada (9 minutos en tubo capitar normal 3). Bilinubinemia, 0.033. Orina normal, sin surobilina.

Deposiciones son negras, y previo un régimen sin H. b., dan Weber muy positiva. Jugo gás-frico revela anaclorfhidria en ayunas y con comida de prueba con Uffelmann positivo, y aumento discreto del líquido en ayunas. Durante los 16 días en nuestro servicio ha mejorado de su anemia por transfusiones de 600 cc. en dos ocasiones; sin embargo, ha sido febril, con 37 y 38 1/2 todo el tiempo.

Desde que vimos al enfermo orientamos el diagnóstico en el sentido de anemia por hemorragia y de ahí el interrogatorio dirigido en ese sentido.

La anemia se presentaba en forma intensa y no podía corresponder a una anemia de Biermer, desde que faltaban los antecedentes dispépticos, no había hemolisis (falta de bilinurrinemia) y lengua normal. La sangre, por otra parte, rechazaba en absoluto ial diagnóstico y también desecha el diagnóstico que en un principlo podía aceptarse como posibilidad de anemia aplástica,

El antecedente de S. S. obscuras que a los pocos días fué confirmado ampliamente y el examen de sangre hablan diaramente que el origen de la anemia es la hemorragia digestiva. No nos sorprendió la absoluta falta de antecedente digestivo, ya que uno de nosotros recordaba haber visto casos similares en úlceras y cáncer. Pedimos ayuda al doctor Heegewalbt y al doctor Arutűnoff, y su estudio radiológico dió lo que sigue:

Estómago: hay infiltración desde la mitad del estómago hasta la región pilórica cerca de la curvadura menor. Bulbo, normal. Conclusión: Ca gástrico.

El informe concuerda ampliamente con los elementos positivos de diagnóstico de este caso y confirma el diagnóstico de la anemia secundaria por hemorragia gastro-duodenal a repetición. Sin embargo, hay un hecho que tlama la atención, y es la constancia de fiebre en todo

las glándulas gástricas Que estas no son peptonas también ha quedado establecido puesto que estas-producen secreción al ser introducidas al estómago por intermedio de una fistula gástrica, pero no al ser inyectadas por vía parenteral. De aquí que Starling diga textualmente: Aunque las sustancias peptogenéticas producen secreción gástrica al ser introducidas al estómago y no tienen ningún efecto sobre las glándulas por vía sancuínea, es posible que la tengan por intermedio de algunas sustancias que deriven de ellas y que absorbidas sean excitantes de las glándulas gástricas,

Haciendo un estudio comparativo del nitrógeno contenido en las carnes y legumbres vemos que no hay relación, pues es muy superior el contenido en las carnes. Pero la pequeña cantidad del nitrógeno de las legumbres se encuentra más o menos en sus tres cuartas partes al estado de nitróno no proteico, como ser asparrajina, ácido glutámico, leucina, tirocina, xantina, alanina, valina, fenii alanina, histidina,

De la histidina—imidasol alanina—se prepara la histamina—imidasol etil amina—de intensa acción excito-secretora del juzgo gástrico inyectada por vía perenteral, según los trabajos de Carnot y Libert.

Por otra parte, Hober dice: la gastrina o secrettina estomacal contenida en el extracto, es tal vez, idéntica a la histamina derivado de la materia albuminoidea ya mencionada anteriormente, la cual, inyectada por vía sub-cutánea, determina también una copiosa secreción del jego gástrico. el curso de la enfermedad y la leucocitosis que revelan los estudios sanguineos. Esta fiebre y leucocitosis marcados (superior a la corriente en las anemias por hemorragias), pueden interpretarse, a nuestro julcio, por la existencia de una infección de la lesión gástrica o en otra parte y que concurran a la producción de la anemia junto con las hemorragias, o bien, simple reacción general por reabsorción de productos de necrosis de masas centralas del tumor. Podría pensarse también en que la naturaleza de la lesión gástrica no fuera, como es, lo más posible, por todos los antecedentes acumulados, neoplástica, y si se tratara de una úlcera con perigastritis supurada de vecindad o gastritis flegmonosa circunscrita, de extrema rareza.

Nos parece inaceptable esta hipótesis por falta. de signos peritoneales. En conclusión, nuestra observación corresponde, a la de un Ca, pequena curvadura que evoluciona sin el menor trastorno dispéptico y que se presenta como una anemia grave y febril, y que el diagnóstico se fundamenta en la demostración que la anemia es de carácter hemorrágico y en la comprobación de pequeñas hemorragias digestivas en el tractus digestivo y una lesión que a los R. X. se muestra con caracteres de infiltración neoplásica. La temperatura y reacción leucocitaria intensa, a nuestro juicio, podrían explicarse por focos de necrosis o por infección asociada. La anemia del enfermo y su predisposición a sangrar puede deberse al retardo de su coagulación, y éste, a su vez, puede ser primitivo o secundario a la hemorragia.

#### SECCION MEDICA

#### NOMBRAMIENTOS DEL PERSONAL MEDICO

Chiguayante. Médico director, domiciliario y rural, al doctor Héctor Landaeta M.

Chillán: Cirujano, al doctor Otto Wilder.

Otorinolaringólogo, al doctor Hermógenes Rubio.

Curic6: Pediatra, al doctor Mario Muñoz Cuevas.

Gorbea: Médico director, domiciliario y rural, al doctor Oscar Muñoz Garriga. Parral: Médico director, domiciliario y rural,

al doctor Mario Mujica Bordali. Peumo: Médico ayudante, al doctor Osvaldo

Marticorena, Bulnes: Mádico ayudante, al doctor Pedro Le-

San Carlos: Interinamente y mientras se resuelve el concurso, se nombrará médico director al doctor Federico Blasser.

Molina: Médico ayudante y rural se ha nombrado al doctor Luis del Solar.

### LISTA TRANSITORIA DEL PERSONAL MEDICO

Con el objeto de ir racionalizando la planta del personal médico de la Caja de S. O., de acuerdo con el nuevo Reglamento de Escalafón y Ascensos, se ha fijado una planta transitoria.

Por este motivo, se producirán los siguientes ascensos del personal médico:

7 funcionarios del grado 11 al 10. 17 funcionarios del grado 14 al 13. 23 funcionarios del grado 15 al 14. 11 funcionarios del grado 16 al 15.

#### CORRELACION DE SERVICIOS RELACIONA-DOS CON LA SALUD

De acuerdo con las iniciativas que ha tenido el cuerpo médico del país, se ha iniciado una correlación de los diferentes servicios médicos que efectúan las instituciones asistenciales encaradas de velar por la salud del hombre enfermo (Asistencia Social y Beneficencia, Sanidad y Seguro Obligatorio).

A continuación van enumeradas las iniciativas que se han tomado en este sentido.

#### NOMBRAMIENTOS DE COMISIONES CORRELACIONADORAS

Lucha antituberculosa: Corbalán Trumbull, Fernando Cruz, Héctor Orrego

Asistencia del Niño: Anībal Ariztia, Alejandro Olivares, Julio Schwarzenberg y Otto Schwarzenberg.

Enfermedades venéreas: Prof. Luis Prunes, Waldemar Coutts v Raúl Bulnes.

#### CONVENIO CON LA SECCION ACCIDENTES DEL TRABAJO DE LA CAJA NACIONAL DE AHORROS Y CON LA ASISTENCIA SOCIAL

De indudables ventajas será para los obreros la correlación de servicios que ha creado este convenio de asistencia con la institución antes indicada.

1.-Cuando un obrero requiera los servicios de la Caja de S. O. o de la Sección Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros y existan dudas respecto a si se trata de enfermedad natural o accidente del trabajo, la institución requerida prestará al enfermo la atención necesaria y someterá a la otra sus dudas, a fin de que sus organismos médicos superiores determinen a cuál institución ha debido corresponderle la atención. Si en definitiva resultara que la atención al obrero la dió la institución no obligada a ello tendrá derecho a cobrar a sa otra el preclo del coste de los servicios prestados; atención médico-farmacéutica, hospitalización en todas sus formas, traslados y subsidios en dinero, y para el médico tratante, los honorarios de acuerdo con las tarifas vigentes.

2.—Si los organismos médicos superiores no llegaran a ponerse de acuerdo, se someterá el caso a la resolución de una comisión, formada por un representante de cada una de las institucioaes y el médico de la Inspección General del Trabajo.

El mismo objetivo ha tenido el contrato que se ena hecho con la Asistencia Social y Beneficencia para regularizar la atención de los asegurados.

El contrato dice así:

Artículo 1,0—En vista de las dificultades que entraban el desarrollo de la asistencia médica en los campos, las que se traducen en la práctica en gastos excesivos que no guardan la necesaria proporción con los fondos disponibles y con el objeto de combinar los recursos y los esfuer-

zos que hasta ahora se han gastado (por diversas Instituciones), sin la debida cooperación, la Beneficencia Pública, la Caja de Seguro Obligatorio, convienen en suscribir el presente contrato, mediante el cual se establecen las condiciones necesarias para una perfecta y leal cooperación en esta materia,

Art. 2.o-Con el objeto de facilitar la realización de estos propósitos, se acuerda constituir en Santiago una Comisión Mixta de Asistencia Rural, integrada por tres funcionarios de cada una de las instituciones contratantes.

Art. 3.0-Esta Comisión tendrá a su cargo:

- a) El estudio de las organizaciones que presenten mayores ventajas para el buen funcionamiento de los servicios de asistencia rural;
- b) El estudio de los proyectos de los presupuestos que darán a conocer los representantes de la Beneficencia, a fin de que se formulen oportunamente las observaciones que los representantes de la Caja estimen pertinentes y necesarias;
- c) El estudio de los proyectos de Reglamentos internos de las Casas de Socorros, en las mismas condiciones y con igual objeto que los presupuestos;
- d) El conocimiento de las dificultades que se presenten, a fin de que se proponga oportunamente a las Direcciones correspondientes, la solución de ellas.

Art. 4.0-La Caja de Seguro contrata a la Beneficencia los servicios de las Casas de Soco-

rros que a continuación se indican:

Chincolco, San Manuel, Peralillo, Yerbas Buenas, Curacaví Alhué, Hualañé, Empedrado, Penaflor, El Tabo, Villa Prat, Sauzal, San José de Maipo, Nancagua, Lontué Quillón, Putú, Coele-mu, Rere, Vilcún, Villarrica, Contulmo, Los Sauces Freire, Corral, Cabrero, Lumaco, Puerto Saavedra, San Pablo.

Art. 5.0-La Beneficencia se obliga a efectuar la prestación de los siguientes servicios a los asegurados que lo soliciten y tengan los derechos que les acuerda la Ley 4054 y sus reglamentos

vigentes:

a) Consultas de medicina y cirugia;

b) Curaciones, inyecciones, etc., a cargo de personal tecnico auxiliar;

c) Primeros auxílios en casos de urgencia, para lo cual habrá personal técnico auxiliar a permaenncia (en todo momento);

d) Consultas de madres y niños (puericultu-

ra, pre y postnatal);

- e) Atención de partos a domicilio y en la ca-
- (maternidad) a cargo de una matrona; f) Atención dental (extracciones y cirugía oral de urgencia);
- g) Atención farmacéutica completa (exclufdos los específicos nacionales y extranieros sustituibles por fórmulas magistrales u oficinales). Este servicio estará a cargo de un farmacéutico y se extenderá a los enfermos ambulatorios a los atendidos a domicilio y a los hospitalizados en el establecimiento:
  - h) Hospitalización provisoria:
- i) Traslado de enfermos en ambulancia u otros medios propios.
- Art. 6.0-Las obligaciones a que se reflere el artículo anterior, respecto de medios propios pa-

ra el traslado de enfermos, presencia de farmacentico y de dentista a cargo de los servicios correspondientes (podrán no hacerse efectivas en todos los establecimientos contratados), desde un principio, pero la Beneficencia se compromete a hacer lo que de ella dependa para su cumplimiento.

Art. 7.0-La Beneficencia se obliga tambiéna destinar en las Casas de Socorros un local para el servicio administrativo del Seguro.

Art. 8.0-Para la concesión de aparatos ortopédicos a los asegurados que lo necesiten, los médicos de los establecimientos contratados procederán de acuerdo con instrucciones de la Caja de Seguro Obligatorio, que los proporcionará directamente desde su Oficina Central. El gasto será de cargo directo de la Caja.

Art, 9.0-Para el traslado de un asegurado desde una Casa de Socorros a otro servicio, el médico se atendrá a los Reglamentos de la Caja de Seguro sobre esta materia, y el gasto será de cargo de esta institución, para lo cual se establecerá en el presupuesto de ella una partida especial.

Art. 10 .- La atención domiciliaria urbana y rural a que tienen derecho los asegurados, se practicará por el médico y el personal técnico auxiliar dentro del radio que se fijará para cada Casa de Socorros, servicio que la Caja pagará, con una asignación o sobresueldo, que corresponda a los honorarios y gastos de movilización de dicho personal.

Art. 11 -Las Postas de Primeros Auxilios, Estaciones Médico-Rurales y Rondas Médicas que la Caja mantenga o establezca dentro del radio de acción de una Casa de Socorros contratada con la Beneficencia, podrán ser atendidas por el médico de esta última, si la Caja así lo desea, mediante un contrato especial y bajo la responsabilidad de la Caja de Seguro.

Art. 12.-La Casa de Socorros mantendrá un stock de medicamentos de la Caja de Seguro para proveer los botiquines portátiles de las rondas y los botiquines de las Postas y Estaciones Midico-Rurales.

Art. 13.-El pago de los servicios a que se refiere el artículo 6 o se hará de acuerdo con su costo efectivo, prorrateándose estos gastos entre la Caja y la Beneficencia, en la proporción de asegurados o indigentes atendidos, que arrojen las estadísticas.

Art. 14.-Para el pago de los demás servicios que se prestarán a los asegurados, al Caja de Seguro confeccionará un presupuesto especial, cuyo manejo será entregado al médico de la Casa de Socorros.

Art. 15 .- La Caja anticipará a la Beneficencia la suma de \$ 30.000 mensuales, y su liquidación se efectuará mensualmente. La liquidación se realizará a base de la cuenta de inversión de la respectiva tesorería, prorrateándose el gasto entre la Caja y la Beneficencia, en relación al número de asegurados e indigentes atendidos en cada establecimiento.

Si la Caja pone término a este contrato, queda entendido que la liquidación debe comprender todas las cuentas pendientes que se hayan producido durante el ejercicio del período contratado por la Caja.

### Organización Económica de las Prestaciones Médicas y Farmacéuticas en el Seguro de Enfermedades

Durante los dias 10, 11 y 12 de Julio de 1934 se reunieron en Ginebra, bajo la presidencia del Dr. L. Winter, ex-ministro, diputado y vice-presidente de la Unión Central de las instituciones de Seguro de Enfermedad de Tchecoeslovaquia, los delegados de más de veinte países que actualmente tienen seguro de enfermedad. Además asistieron expertos designados por la Sección Higiene de la Liga de las Naciones.

Esta comisión se dedicó a estudiar el problema antes enunciado y las conclusiones a que llegó son las expresadas en el informe que a continuación se publica.

#### PREAMBULO

Como en todo servicio social, el seguro de enfermedad se esfuerza en obtener de sus recursos limitados el más alto rendimiento para la protección de la salud de sus beneficiados.

El seguro de enfermedad no puede ofrecer a sus beneficiados sino que las prestaciones médicas y farmacéuticas necesarias; pero siempre que éstas sean apropiadas a las exigencias del caso y suficientes en calidad y cantidad. Se trata de realizar el máximun de eficacia con el mínimum de gastos.

Una experiencia ya larga en la organización de las prestaciones médicas y farmaceuticas del seguro de enfermedad establece que el criterio de eficacia junto con el de economia se concilian perfectamente. Sin entrabar la libertad de tratamiento y de prescripción, ni afectar las preocupaciones legitimas del enfermo, debe y puede ser observada la más estricta economía compatible con un resultado de eficacia absoluta y con la defensa del interés general de la colectividad asegurada.

Como indicación general, es necesario recordar que el interés del seguro es más bien prevenir la enfermedad que curarla y de recalcar la importancia de una prevención racional que puede ella misma ser fuente de economías de toda indole.

Tomando en consideración la organización económica de las prestaciones farmacéuticas y las reglas generales expuestas se desprende de la práctica concordante de numerosos países que se debe evitar todo aumento- de gastos farmacéuticos que no esté justificado por un mejor rendimiento terapéutico.

La medicación económica se esfuerza en unir la más grande eficacia terapéutica con la más estricta economía por el empleo de medicamentos que puedan restablecer la salud y la capacidad de trabajo lo más pronto y en la forma más completa, con el ménimum de gasto.

#### I.—PRINCIPIOS Y REGLAS DE ME-DICACION ECONOMICA

1.0 No prescribir medicamentos sin necesidad.—Ninguna prescripción medicamentosa debe establecerse sin necesidad. Frecuentemente tal prescripción puede ser útilmente reemplazada por medios higiénicos, físicos o diéticos, aplicados por el enfermo mismo, según las instrucciones del médico.

2.o Todos los medicamentos indispensables deben ser prescritos.—Todos los medicamentos de valor terapéutico reconocidos sea cual fuere el precio, deben ser prescritos, tanto más cuanto si son indispensable

Art, 16.—El pago de subsidios, auxilios y cuotas mortuorias será de cargo de la Caja de Seguro, y se hará de acuerdo con los Reglamentos vigentes, a los cuales el médico deberá ceñir su actuación

Art. 17.—Los informes que la Caja necesita respecto de la atención de fos asegurados, o para la tramitación de las pensiones de invalidez, deberán ser expedidos por el médico de la Casa de Socorros, de acuerdo con la reglamentación vigenta.

Art. 18.—La Caja podrá controlar por medio de sus funcionarios al forma en que se efectue la prestación de los servicios contratados poniendo en conocimiento de la Comisión Mixta las deficiencias que se observen.

Art. 19.—El presente contrato empezará a regir desde el 1.0 de Judio de 1934, y se mantendrá en vigencia hasta el 30 de Junio de 1935, debiendo considerársele prorrogado por el plazo de un año, si no es desahuciado por el guna de las partes con dos meses de anticipación. para el restablecimiento de la salud y la ca-

En los países en que se haya establecido para el Seguro de Entermedad una lista farmaceutica limitada, esta lista debe ser constantemente tenida al dia junto con los progresos de la farmacología.

Los medicamentos de lujo, los cosméticas, los remedios secretos no deben ser in-

3.0 Prescripciones magistrales.-Los medicamentos indispensables deben ser prescritos de la manera más eficaz y más económica-

El médico hará bien en utilizar aquellas fórmulas magistrales tipos empleadas corrientemente, siempre que sean apropiadas a la naturaleza del caso.

a) La eficacia debe ser buscada:

En un tratamiento que ataque las causas de la afección, una medicación sintomática no debe ser prescrifta sino que en caso de necesidad;

En escoger las sustancias medicamento-

sas y en su dosificación juiciosa;

En la composición tan simple como sea posible de los medicamentos evitando las mezclas cuando no aumentan la acción terapéutica.

b) La economía debe ser buscada:

En la forma en la cual el medicamento es

En la cantidad de medicamento tomando en cuenta la evolución y la duración probable de la afección, los remedios ya utilizados y la conservación del medicamento;

En el empleo estrictamente limitado de los agentes que sirven para corregir el gus-

to o el color;

En los gastos que demanda la preparación del medicamento;

c) En igualdad de eficacia debe preferirse el medicamento menos costoso.

El médico debe dar a los enfermos y a sus allegados toda información útil referente a la manera de emplear el medicamento.

4.0 Especialidades farmacéuticas y específicos.-a) Las especialidades farmacéuticas deben ser prescritas siempre que sean ireemplazables o cuando no sean más costosas que una preparación magistral.

b) Los específicos debe ser prescritos se-

gún su designación científica.

5-0 El cambio de medicamentos-Antes de renovar un medicamento el médico debe examinar si una nueva prescripción es todavia necesaria y si la cantidad de medicamento ya consumido corresponde al tiempo de utilización prevista.

6.0 Decocciones e infusiones.-Según las indicaciones del médico algunas decocciones tizanas e infusiones corrientes pueden ser preparadas por el enfermo mismo o por

sus allegados.

7.0 Envolturas, gargarismos y compresas.-Los medicamentos para las envolturas, los gargarismos y las compresas deben ser prescriptos en sustancia o en soluciones concentradas siempre que su uso sea repetido.

#### II.—ELABORACION Y APLICACION DE DIRECTIVA PARA LA MEDICA-.CION ECONOMICA

8.0 Elaboración de directiva-La elaboración de las directivas o recomendaciones para el tratamiento económico adaptados a cada sistema nacional e inspirándose en las indicaciones más arriba establecidas se recomienda para interés de los médicos tratantes y de las instituciones de seguro; ellas deben ser hechas sea por iniciativa de grupos nacionales de médico, sea por la colaboración de grupos profesionales de medicos tratantes y de las uniones de las instituciones de seguro; o a falta de una tal iniciativa, por las comisiones nacionales establecidas bajo los auspicios de los poderes públicos comprendiendo especialmente a los representantes de los grupos profesionales de los médicos tratantes y de las uniones de seguro-

9.0 Fin de las directivas.-Sin restringir la libertad de prescripción del médico tratante ni limitar el derecho del enfermo a una medicación apropiada y deficiente las directivas deben limitar las prescripciones excesivas o inútilmente dispendiosas, recordando las reglas que permiten evitar todo aumento de gasto, no justificado por un aumento de rendimiento terapéutico.

Estas directivas deben hacer sobresalir (sin dar consejos clínicos o recomendaciones terapéuticas) todas las posibilidades de economia compatible con la eficacia que ofrece la reglamentación terapéutica general, o la particular del Seguro de Enfermedad.

En los países donde las fórmulas magistrales tipos son de uso corriente las directivas deben mencionar tales fórmulas.

10.0 Prospectos de medicación económica.—En numerosos países se han establecido manuales que indican para los diversos medicamentos composiciones dosificaciones, etc., la forma y el modo en que su uso es más económico-

Es conveniente utilizar ampliamente estos manuales para dar al práctico las indicaciones detalladas sobre el precio comparado de los remedios según los elementos que entran en su composición o según la fórmula de su preparación (pildoras, solución, comprimidos, obleas).

Estos manuales que llegan a ser guías apreciados por los médicos tratantes indican algunos medicamentos como más económicos sin detallar los medicamentos no mencionados como no económicos y sin ex-

cluirlos de toda prescripción-

11.0 Métodos apropiados para facilitar una acción médica eficiente pero económica.—a) Enseñanza a los estudiantes de medicina. Es necesario que la enseñanza que se da a los estudiantes de medicina, inspirándose en las nociones antes expuestas, haga un futuro práctico, apto no sólo para tratar la enfermedad, sino que una instrucción teórica y práctica bien adaptada lo haga comprender el interés y le exponga los medios de tratar y de prescribir útilmente al mismo tiempo que económicamente;

- b) Enseñanza complementaria a los médicos en ejercicio. Es igualmente necesario organizar (por iniciativa de las facultades y escuelas de Medicina, por iniciativas de instituciones de seguro, o por iniciativas de las Asociaciones Médicas Profesionales o de los diversos elementos interesados) una enseñanza complementaria para el uso de los médicos prácticos en la que serán expuestos en particular, los principios y directivas de estas nociones. Indicaciones idénticas deben ser dadas a los médicos de las Cajas de Seguros, a los médicos controladores, etc.;
- c) Una propaganda educativa debe ser hecha a los asegurados, demostrándole la utilidad y los inconvenientes de busca: prescripciones medicamentosas supérfluas costosas y abusivas, y al contrario instarlos a seguir con confianza las indicaciones médicas de orden higiénica, dietético, etc., necesario y a menudo suficiente, y a persuadirlos, que no siempre son los tratamientos costosos, los más eficaces

#### III.—CONTROL DE LA APLICACION DE DIRECTIVAS PARA LA MEDICA-CION ECONOMICA

12.0 Fin del control.— Para obtener la aplicación eficaz de las directivas sobre la medicación económica y para ahorrar a la colectividad asegurada gastos inútiles y supérfluos, la organización de un control basado en la observación metódica del movimiento general de prescripciones farmacéuticas debe ser establecido por cuenta del seguro y esto dará grandes servicios.

13.0 Revisiones estadísticas.— Esta observación metódica reposa sobre revisiones periódicas hechas a conjunto de médicos tratantes de seguros sociales de una región o por una institución de seguro especial-

mente sobre:

 a) El término medio de prescripciones por asegurado y por enfermo tratado;

b) El gasto medio por asegurado, por enfermo y por prescripción. Estos términos medios generales puestos en comparación, usando de prudencia y de discernimiento



### Rauniones Clínicas de Consultorios

ACTA DE LA REUNION CLINICA CELEBRADA EN EL POLICLINICO DE TALCA, EL DIA 24 DE OCTUBRE

Presidió el médico provincial y concurrieron todos los médicos del Policlínico, el dentista, señor Ramírez: los doctores Saavedra, Yanke y Secchi, del cuerpo médico local; el dentista visitante, señor Barrera; el farmacéutico, señorita Carvallo, del Policlínico y el farmacéutico, señor Molina, visitante.

Ofrecida la palabra al doctor Belmonte, inscrito para esta sesión, desarrolló el tema "Fisiología del tubo digestivo", cuyo resumen acompaño. (Ver texto).

Se levantó la sesión a las 21 horas.

ACTA DE LA ULTIMA REUNION CLINICA DE LOS MEDICOS DEL PO-LICLINICO DE TALCA, CELEBRADA EL 28 DE NOVIEMBRE

Presidió el médico provincial, Dr. Melfi y asistieron los doctores Etchebarne, Morel, Rojas, Pérez, Belmonte, Quintana, Daudet, y el dentista señor Ramírez. Concurrieron, además, los doctores Yankee y Saavedra, del cuerpo médico local.

Aprobada el acta de la sesión anterior, el presidente concede la palabra al doctor Daudet, quien se había inscrito con el trabajo "Enfermedad de Banti" (ver en el texto).

Discutido el enfermo presentado por el Dr. Daudet, el doctor Etchebarne resume las observaciones formuladas, de la siguienle manera:

En la observación que acabamos de escuchar dos puntos nos merecen aigunos reparos: uno relativo al diagnostico y otro al tratamiento.

El diagnostico no nos parece absolutamente claro, ya que faltan algunos examenes que permiten afirmar un Banti, En electo, este enfermo ha presentado algunas veces estados subictericos característicos y por esta razon podemos pensar en una ictericia hemolitica, cuyo diagnóstico diferencial con el Banti es sumamente delicado. El examen de sangre no ha demostrado las formas anormales que se ven en las anemias hemoliticas, pero tenemos que tomar en consideración que no se ha empleado coloración vital y que no se ha hecho el examen en momentos de ictericia. Nos quedaría por lo tanto una duda al respecto y para aclarar el caso me parece interesante hacer la prueba de la resistencia globular.

En cuanto al tratamiento no hay duda que en ambos casos, Banti o ictericia hemolítica, es el mismo: la esplenectomía. Pero antes de hacerle creo indispensable proceder al recuento de las plaquetas. Rosenthal (New York) divide estos casos en dos

grupso fundamentales:

1. Grupo trambopénico.-Las plaquetas en este caso se encuentran disminuídas antes de la esplenectomía; después de la esplenectomia aumentan transitoriamente pa-

critico, con los términos medios individuales de uno u otros médicos tratante puede dar una indicación sobre el medicamento especial sometido a encuesta.

14.0 Encuesta de un medicamento especial.-Las encuestas en estos casos debe ser de iniciativa sea del grupo profesional médico, sea de la institución de seguro, sea de la autoridad administrativa encargada del control de esta institución. Las encuestas hechas, en todos los casos por un médico, unido al grupo médico interesado suspenden el abuso de prescripción siempre que se le haya dado al médico práctico la ocasión de exponer sus puntos de vista.

Cuando la encuesta llega a la conclusión de que hay un abuso repetido de prescripciones excesivas, el práctico tiene la responsabilidad financiera por los gastos suplementarios que resultan y puede ser amonestado, pero siempre tendrá derecho a que los hechos que se le imputan sean sometidos a un segundo control.

#### 6.a REUNION CLINICA EN EL SERVI CIO DE ENFERMEDADES BRONCO-PULMONARES DE SANTIAGO

(Celebrada el 7-XI-34)

Presidió el jefe del servicio, Prof. Orrego Puelma y asistieron los señores doctores Oscar Peralta, Agustín Arringada, Rafael Hevia, Ruben García Valenzuela, Manuel Moreno y José Ansola.

Dr. ORREGO PUEIMA.—Se reflere al coste de las recetas del servicio de bronco-pulmonares que por lo general les superior en el doble a las de los otros consultorios de Santilago. A este respecto, aconseja evitar en lo posible la polifarmela que no reporta mayor beneficio al enfermo, obteniéndose en cambio, una disminución en el coste de ellas.

Se nombra una comisión formada por los senores doctores Rafael Hevla, Agustín Arriagada y Honorio Aguirre, para standardizar algunas fórmulas para el servicio y al mismo tiempo pronoma medidas tendientes a reducir el coste de las recetas.

Dr. OSCAR PERALTA.—Un caso de neumotorax espontáneo.—Presenta la asegurada A. P., de 27 años de edad, domiciliada en esta ciudad, quien en los primeros días de Agosto de 1933, sufre una súbita y violenta puntada en el hemitorax izquierdo, después de haber corrido para alcanzar el tranvía.

Se acompaña dicho incidente, al principio, de angustia, gran disnea y por último, pérdida del conocimiento durante algunos instantes. En estas condiciones se solicita el auxilio de la Asistencia Pública. Trasladada a su domicilio permanece en réposo algunos días. Se dirige con cierta dificultad al consultorio de bronco-putmonares donde es atendida por uno de sus médicos, quien después de hacer el diagnóstico de numotorax espontánco, le aconseia reposo en cama, le prescribe algunos medicamentos y ordena sea atendida por el médico demiciliario, quien a su vez, después de examinaria, corrobora el diagnóstico anterlor y la hospitaliza en la sala de San José del Hospital del mismo nombre.

Se trata de una enferma que acusa como autecedentes hereditarlos una polimortalidad infantil. Su padre, luédico, muere relativamente jovea con una hemiplejía, La madre neurópata, a causa de trastornos mentales periódicos, en cuatro oportunidades es alsiada en la Casa de Orates.

Como antecedentes personales relata su neurosismo. Su primera regla aparece tardiamente, a los 17 años; son may escasas, le duran apenas dos días, dolorosas e irregulares. A los 2 años tiene neumonía, Periódicamente le sobrevienen épocas con gran astenía y trastornos del carácter, principalmente estado hipocondríaco. Dos mestas antes tuvo una angina publácea febril.

Conviene hacer notar que no existe en este caso antecedentes bacilares ni personales ni familiares.

Marcha elínica evolutiva.—Cuando llega al servicio (16-VIII-33) tiene una disnea de 38 respiraciones, que aumenta con los movimientos, un pulso de 80, afebril, presión de 10x6 1/2 al Vaquez, pesa 48 kilos; la reacción de sedimentación es de 34 min., el Pirquet negativo, la reacción de Besredka negativa, Kahn negativo, Wassermann con hemolisis retardada; poen tos, nada de desgarro. Egera traspiración nocturna.

Al examen médico en el tórax se comprueba a la palpación no existen vibraciones vocales a izquierda; a la percusión, aumento de la sonoridad a izquierda; a la ausculación, murmullo visicular débil a derecha, soplo antórico ligero, con tintineo metálico discreto a izquierda Las presiones intrapleurales: a derecha, acostada, 5; sentada, 3. A izquierda, sentada, 0; acostada, 4.

Se le practican algunas inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio con fines de reactivación y se le hace una reacción de Wassermanu el 9 de Setiembre que da resultado negativo, Al examen radioscópico el 17 y el 23 de Agosto, se comprueba un neumotorax izquierdo—completo,

ra volver a una cifra normal o casi normal. Esta trombopenia va de par con una tendencia a las hemorragias que a veces llegan a un verdadero púrpura.

2. Grupo trombocítico.—Antes de la esplenectomía, el número de plaquetas es normal o subnormal; después de la intervención aumenta bruscamente y repentinamente y queda alto de una manera permanente. Al mismo tiempo aparecen trombosis múltiples.

Los resultados de la esplenectomía son especialmente brillantes en el grupo trombopénico. Son mucho más discutibles en el segundo caso.

Por último, estimó la reunión, que una vez completado el estudio del enfermo debe procederse a la operación, si ella fuere procedente.

Se levantó la sesión.

sin líquido ni adherencias, con ligero rechazo del mediastino y movimiento pendular del mismo hacia el lado derecho. Pulmón derecho indemne. El 11 de Setiembre la radiografía N.o 6965 demuestra un hidroneumotorax izquierdo con pequeña cantidad de líquido en el seno costo-diafragmático. En esta fecha, la enferma ya no tose, ánimo y apetito normales, se queja únicamente de una ligera puntada en el hemitorax izquierdo. La curva térmica es normal. Ha aumentado dos kilos de peso; la presión es siempre baja; la sedimentación de 30 mm. y las reacciones de Besredka y Pirquet se mantienen negativas. A la auscultación ha desaparecido el soplo, hay respiración en los 2/3 superiores a izquierda y en la base empicza a notarse una resultación áspera de tonalidad un tanto elevada

El 9 de Octubre la placa radiográfica comprueba que no existen signos de neumotorax Conviene hacer notar que el pulmón se ha reespandido completamente en dos meses, si se toma en cuenta que la acmé inicial ocurre, más o menos, entre el 7 y el 9-de Agosto. La semiologia corrobora los datos radiográficos: en esta fecha se percibe una respiración ligeramente áspera en ambos lados. Tanto el cuadro subjetivo como el de la temperatura se mantienen normales; existe solamente un dato nuevo de importancia: el Pirquet aparece ligeramente positivo, El 5 de Noviembre se observa una ligera alza térmica porque en esta fecha la enferma coge un resfrío. El 19 de Diciembre sale de alta. El cuadro subjetivo y la temperatura antes de abandonar el servicio, no ofrecen ninguna incidencia patológica de importancia: no hay disnea ni en reposo ni al esfuerzo y pulso invariable de 80. La última radiografía del 12 de Diciembre, es normal. El examen semiológico del tórax, de acuerdo con la radiografía, no acusa nada anormal. En el cuadro evolutivo que señala el pronóstico, pueden leerse los siguientes datos: peso 56 kilos, sedimentación 23 mm., Pirquet ligeramente positivo. Besredka negativo.

En resumen, se trata de un neumotorax espontáneo que, como se puede ver por el relato detallado de la marcha clínica, no ofrece ni en su duración ni en sus complicaciones ninguna semejanza con el neumotorax espontáneo corriente en los sujetos tuberculosos. Por otra parte, en nuestra observación se trata de una enferma que carece de antecedentes bacilares evolutivos personales como también de antecedentes familiares Tanto el pronóstico cercano como el lejano. en este caso, fué considerado desde el principio por nosotros como benigno. En efecto, hace a csta fecha un año y dos meses y según puede verse, tanto la última radiografía de hace 4 semanas como el examen clínico general, no revelan que esta enferma tenga una tuberculosis pulmopar en evolución. Si se compara ahora el pronóstico de este caso con el de neumotorax corriente, se observa una notable diferencia, puesto que en el segundo caso, a juicio de la mayoría de los autores, el pronóstico es generalmente

En Marzo de 1930, Conrcoux y Leroboullet, en Francia, describen, esta clase de neumotoray y proponea denominario "neumotorax simple (espontánco". En Mayo de ese mismo año, Olbrechts, de Bruselas, lo denomina "neumotorax espontáneo ideopático benigno". En 1932 (Spontaneo Pneumothorax in the apparently healty"), Hans Kjaergaar, propone denominarlo sencillamente "Pneumothorax simple". Anteriormente Galliard había había hablado del neumotorax de los conscriptos. Después Serjent y Pignot, volviendo sobre el estudio del neumotorax por el esfuerzo, creen que esta clase se refiere al neumotorax simple de Galliard. Los alemanes lo denominan "Neumotorax bei gesunden", o sea, neumotorax de los sanos. En esto, en cierta manera estarán de acuerdo con el título de la tesis de Kjaergaar,

No entraremos a estudiar ni la sintomatologia, ni la clasificación, ni el diagnóstico, ni el tratamiento de esta forma de neumotorax, para dedicarle algunas palabras al estudio etiopatogénico que en el último tiempo ha adquirido real importancia.

Se puede afirmar que su principal mecanismo estaría constituido por la rotura de una vesicula valvular sub-pleural. Dichas vesícula a pueden provenir, sea de la distensión de algunas vesículitas enfisematosas del vértice, "bullosen spitz-emphysem", enfisema ampolloso del vértice de Hayashi, o también pueden provenir de la formación de ampollas en las cicatrices ligeras del pulmón que se localizan de preferencia en el vértice. Este filtimo mecanismo ha sido estudiado por Fischer-Wassels, quien denominó dicho esistema ampular "Spitzen-Narbenblasen", o sea. "vesículas cicatriciales del vértice".

El primer investigador que habló de esta etiologia fué Ranking en 1860, quien encontró en la autopsia de un enfermo con neutorax espontáneo izquierdo, muerto de ancurisma disecante de la acrea, una vesícula valvular cerca del vértice del pulmón izquierdo constituída por la distinsión de varias ampollitas enfiscimatosas. Sigue en el estudio anátomo-patológico de este mecanismo Pitt, quien en 1900 comprobó en un enfermo fallecido con hemo-neumotorax derecho, una vesicula valvular enfisematosa. En 1915, en dos ocasiones Hayashi las comprueba igualmente. En 1921, las estudia Brunner. Por último, en 1922, Fischer-Wassels, comprueba que una de estas vesículas se genera y tiene su base de implantación en un tejido conectivo de cicatriz.

Cobe preguntar ahora: ¿que tiología tienen dichas formaciones cicatriciales? Existirían numerosas razones para presumir su origen tuberculoso, pero en todas las investigaciones que se han hecho y en numerosísimos cortes, no se ha conseguido demostrar la presencia del bacilo de Koch. A pesar de todo algunos autores relatan observaciones de sujetos taberculesos que después de haber curado su afección bacilar, han presentado un neumotorax espontáneo. Por ejemplo, Dahlsledt y Haegen citan la observación de un individuo que curó de una tuberculosis con bacilos, copia comprobada y que hizo después un neumotorax simple. Observaciones análogas han referido Sabe, Rieder, Decetjen, Coghland, Allan y varios otros que se han ocupado del problema.

Para terminar observaremos que la vesícula ha pedido ser comprobada igualmente en la placa radiográfica en varios casos de neumotorax benigno. Kajaergaar había creido que la hermosa observación por él relatada podría citarse como, caso único radiográfico en la literatura científico-médica. Mas, los autores argentinos Pardal y Massei (Día Médico-23 de Octubre del 33), advierten que existirian algunos otros y al efecto recuerdan uno de Farshingbauer, además de los de Friesdorff, Wiele, Govaerts y Jourdain, de Bruselas, Por último, exponen con lujo de detalles radiográficos el suyo propio, presentado a la Sociedad de Tisiología de Buenos Aires.

Dr. RUBEN GARCIA VALENZUELA.— Encuentra curioso que la reacción de von Pirquet haya sido negativa y no se la explica en un tuberculoso con neungotorax espontáneo.

Dr. RAFAEL HEVIA.—Cita a Fischer que explica los neumotorax espontáneos por pequeñas hernías alveolares que en un momento dado gueden romperse (Pleuritis secas); son neumotorax bentgnos, pero en cuanto al pronóstico no son tan bentgnos,

Dr. AGUSTIN ARRIAGADA.—De acaerdo con el Prof Orrego, cita a Calmette y cree también en la existencia de una tuberculosis latente, Pregunta los intervalos en que fueron hechas las reacciones de tuberculosina.

Dr. OSCAR PERALITA.—Insiste en que posiblemente se trata de una tuberculosis, pero la cual no ha sido comprobada. La sedimentación llegó a 30 mm., pero hubo un derrame que puede explicarse perfectamente. A este respecto cita los numerosos trabajos que se han realizado desde Ranke (1860) hasta la fecha.

Dr. JOSE ANSOLA.—Presenta el caso de T. O., 50 años, casada sin hijos Ocupación; empleada doméstica .Mentalidad: escasa. Antecedentes familiares: necativos.

Antecedentes personales: no acusa enfermedades de la infancia: ha sufrido de gripe en varias ocasiones, pero sin complicaciones.

Enfermedad actual.—Comienza en Mayo de 1934 con un cuadro gripal: malestar general, fiebre baja, tos intensa con espectoración poco abundante, dolores musculares que luego se localizan en el hemi-tórax derecho. Acude a un consultorio de donde se la cavía al consultorio de Bronco-vulmonares. En un primer examen se constata lo siguiente: Enferma de regular aspecto general.

ral, algo enflaquecida, afebril. El examen directo permite apreciar respiración sopiante, algunos estertores de mediana burbuja y submacicez en la región infra espinosa derecha. Por delante disminuyen los signos físicos. En el lado izguierdo la respiración es normal La enferma acusa haber tenido espectoración con sangre.

En estas condiciones se practica una primera baciloscopía que resulta negativa La radiografía tomada el 28 de Mayo revela una gran caverna del tamaño de un huevo de gallina en correspondencia de la región infra clavicular derecha con abundante líquido netamente limitado por línea horizontal. Sistemáticamente es repiten las baciloscopía practicándose también una inoculación experimental al conejo. Todos estos exámenes resultan negativos. Sedimentación 6.

Habiendo descartado el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se pensó en el diagnóstico diterenciai con queste muanico supurano, emplema interlobar y abceso pulmonar post gripal.

Una nueva radiografía con fecha 10 de Julio, es decir poco más de un mes posterior a la primera, muestra ahora indemnidad completa del pulmón derecho.

Es de advertir que la enferma no dejó de trabajar desde el momento que empezó su atención en nuestro servicio,

Las pruebas de Weinberg y la de cosinofilis también fueron negativas,

Ante el hecho de haberse producido la desaparleión de la colección líquida tan evidente en la primera radiografía, interrogamos reiteradamente a la enfeuma respecto de las vémicas que el vaciamiento por los bronquios tenía que haber producido. Después de muchas insistencias confesó que durante cierto tiempo había estado expulsando en ayunas después de algunos accesos de tos una cantidad de materia cremosa sin ningún sabor ni olor que en su ingennidad atribuía a rejurgitaciones alimentícias.

Este dato tan importante fué obtenido desjués de un mes de negativas persistentes al respecto.

Así se pudo comprobar la curación expontánea de un abceso pulmonar que se vació expontáneamente sin llamar la atención de la enferma cuya ienorancia pudo haber despistado el diagnóstico clínico.

# Sociedad Fábrica Nacional de Envases y Enlozados

Rabricantes de toda clase de artículos esmaltados.

Distribuidores exclusivos:

Sres, SCHERMAN, SCHMUTZER y
Cia. y WEIR SCOTT y Cia.

La Dirección de la Revista "AC-CION SOCIAL" solicita a los señores Médicos del Seguro Obligatorio, colaboraciones dedicadas especialmente a la propaganda de los principios de higiene, tratamiento de las enfermedades, primeros auxilios en el campo, etc.

Estas colaboraciones servirán de base para redactar los textos de hojas de Propaganda sanitaria entre los asogurados.

### Conferencias, Congresos y Cursos

TERCERA SEMANA DE LA EXPERIENCIA QUIRURGICA

Durante los días comprendidos entre el 26 y el 30 del presente mes se realizará en Santiago la Tercera Semana de la Experiencia Quirúrgica.

El programa que se desarrollará es el si-

guiente:

Miércoles 26, de 8 a 12.—Sesión Quirúrgica, Clínica del profesor Vargas Salcedo. Osteosíntesis.

8 a 12—Sesión Ginecológica Hospital San Borja, servicio del profesor Muñoz Pal. Doctores León y Vargas Molinare

18 a 20.—PRIMER TEMA. — Lesiones traumáticas e inflamatorias de las manos. Relatores, doctores Manuel Martínez y Juan Riquelme.

Jueves 27, de 8 a 12.—Sesión Quirúrgica. Cirugía del tiroides. Hospital del Salvador,

servicio del profesor Covarrubias-

8 a 12.—Ŝesión Quirúrgica Ortopedia. Hospital Arriarán, Servicio del doctor Inostroza.

18 a 20.—SEGUNDO TEMA.— Artritis aguda. Relatores, doctores Ignacio Díaz Muñoz y Alfredo Mackel.

21 horas—Comida en el Club de la Unión en honor de los médicos de provincias.

Viernes 28, de 8 a 12—Sesión Quirúrgica. Cirugía gastro duodenal. Hospital San Juan de Dios. Servicio profesor De Amesti. 8 a 12.—Sesión Quirúrgica. Cirugía de la

tuberculosis pulmonar Hospital San José. Servicio del doctor Alonso

Servicio del doctor Alonso-

18 a 20.— TERCER TEMA. — Cirugia gastro duodenal. Relatores, doctores Ma-

nuel Matus y Luis Ilabaca.

Sábado 29, de 9 a 12.—Sesión cirugía de urgencia, Asistencia Pública. Abdomen agudo. Doctores de Amesti, R. Vargas. Transfusión sanguinea, doctores Bunster y Cerutti. Peritonitis de origen genital, doctor Carlos Pérez.

3 a 6.-Once en el Estadio El Llano.

Los trabajos que se presenten a este Congreso deberán estar en manos del secretario general, doctor Carlos Avendaño, casilla 2848, antes del 10 del presente. El valor de la inscripción para todos los adherentes es de \$ 40.

PERU.

El Comité Chileno de la Asociación Médico Quirúrgica Latinoamericana ha recibido una invitación para todos los médicos de Chile, con el objeto de que asistan a la reunión plenaria que se celebrará en Lima durante los días 21 a 24 de Enero próximo.

Los temas que se desarrollarán serán los

siguientes:

Tema N.o 1.—La enseñanza de la medicina en Latinoamérica.

Tema N.o 2.—Reglamentación del ejercicio de la medicina en Latinoamérica.

Tema N.o 3.—Control de especialidades farmacéuticas.

Tema N.o 4.—Asistencia al hombre enfermo en Latinoamérica (tema propuesto

por la Sección Chilena).

Presidente de honor de esta reunión será el señor Presidente de la República; vicepresidentes de honor, los señores Ministros de Instrucción Pública, Fomento y Relaciones Exteriores.

Miembros de honor:

El señor Decano de la Facultad de Me-

El señor Alcalde de la ciudad.

El señor Director de Salubridad.

Los señores presidentes de las instituciones médicas.

Presidente del Comité Ejecutivo, profesor Guillermo Gastañeta.

Ex-Decano de la Facultad de Medicina y catedrático de la Facultad de Medicina.

Para cada uno de los temas hay comités nombrados, formados por miembros de la Facultad de Medicina y de la Asociación Médica Peruana, Daniel A. Carrión

El Comité Peruano ha conseguido facilidades en las compañías navieras, de transportes, etc., etc., y esta reunión formará parte de las festividades nacionales con que se celebrará el cuarto centenario de la fundación de Lima.

#### VENEZUELA

La Asociación Médica venezolana ha acordado adherir a la Asociación Médico Quirúrgica Latinoamericana (A. M. Q. L. A.) U. R. S. S.

De acuerdo con la decisión tomada en el último Congreso de Roma, el XV Congreso Internacional de Fisiología se llevará a cabo en 1935, en Moscú.

El presidente del Comité Organizador es

el célebre académico y fisiólogo I. P. Pavloff; el secretario general, el profesor L. N. Fedoroff, director del Instituto Panruso de Medicina Experimental; además, pertenecen al Comité los doctores L. A. Orbely, A. T. Palladine, I. S. Britoff, J. Z. Folbert y Kochtojantz.



#### BIBLIOGRAFIA

## Hacia la nueva Moral.-Educación Sexual y Matrimonio

#### Controlado

Por Dr. Juan Marin R.

Valparaíso, 1934.

Hoy en día en que un pequeño grupo de médicos ha dado un mentís al espíritu puramente científico, con que deben estar impregnadas todas sus actuaciones sociales, nos llega este completo, serlo, profundo y documentado ensayo de Juan Marín.

No puede negarse que los médicos del país han sabigo borrar definitivamente la masa impresión creada por la audacia de unos pocos. La defensa pública de la educación sexual y del que la impartía, y el mejor trabajo de conjunto que hemos leído sobre la materia, son de mádicos.

La claridad de exposición, unido a las cualidades de literato y erudito que posee Juan Marín, hacen que este ensayo no sólo produzcuagrado al actor, sino que lo oriente, lo ponga al día y lo ubique en la vasta amplitud que presenta el problema exual.

La fe que tiene Juan Marin en la nueva moral está expresada en forma acabada en el relato que pinta, lo que debe ser la mujer educa d en esta nueva disciplina:

"La vemos hoy serena, activa y libre. Tiene
"un alma limpia dentro de un cuerpo sano.
"Hambre y sed de cultura la devoran. Corre a
"la sala de conferencias o al auditorio de Be"llas Artes, llena las escuelas y las Universida"des. Está capacitada para el trabajo y puede
"subvenir a sus necesidades. No es un parásito
"conómico, ni está pendiente de una herencia.
"En un caso de emergencia, ella puede soste"ner el hogar. Encuentra en el amor la poten"cia dignificadora de todas las fuerzas vitales

" y es capaz de sentir en su expresión más alta 
" el "amor camaradería", que es la sublimación 
" de la afinidad entre un hombre y una mujer, 
" Ve en el hombre, no el enemigo milenario, no 
" el amo, no el tirano. Ve el compañero bioló" gicamente diferente de ella, pero con análo" gas flaquezas, con iguales virtudes, con simi" lares necesidades. Entrega su ternura con li" videces decadentes de folletín o de película, 
" sino en un paisaje blanco y aéreo, dentro de

un marco ascéptico ventilado y luminoso" Termina esta maravillosa fotografía real, aunque un tanto estilisada, con las siguientes frases: " No le teme a la vida; al contrario, la afronta " sin temblar. No se refugia en el hogar como la carabela en el puerto seguro, donde jamás probará su resistencia frente a las tempestades de la vida. Se hace a la mar llevando su corazón por compás y su energía por velamen. " Elige a su compañero sin mirar los rancios " linajes de su ascendencia o las cifras de su " cuenta bancaria. Lo elige después de conocer-" lo en la plenitud de su vida psíquica, rabiendo como ocupa las veinticuatro horas de su vida; cumple sus deberes humanos y sociales, " mirando su certificado de salud para saber si " su descendencia será fuerte o bien si el alcoho-" lismo, las taras y las enfermedades estigma-" tizan sus carnes y las de sus hijos".

Las acertadas citas que hace de autores de competencia indubitable, como la descripción de la forma en que ha abordado el problema la URSS, le dan a los capítulos "Educación Sexual" y "El Matrimonio Controlado", un valor científico propio del ensayo perfecto.

A. A. G.



### LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE
PUBLICA EN AMERICA LATINA

### INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile..... \$ 20.-

En los demás países de América... 30.— (moneda chilena)

### ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

AÑO I

SANTIAGO, ENERO DE 193º

N.o 8

## El Escalafón y los Concursos

#### Normas a que deben ceñirse las Comisiones

Según el nuevo reglamento de ascensos aprobado por la Caja, el paso de un médico a un cargo superior presenta dos aspectos bien claros: uno el hecho de que un funcionario a medida que va pasando el tiempo va percibiendo una renta mayor, es decir, va aumentando de categoría sin necesidad de cambiar de puesto, y el otro, es el traslado voluntario de un puesto al otro.

El primero es un cambio automático que se hace según el Escalafón que ha hecho la Sección Médica y en el que se toma en cuenta la categoría a que pertenece y la calificación que se ha hecho anualmente.

La vacancia de un puesto se llena por concurso, que hasta hoy en día ha sido interno y externo. Como sabemos, los funcionarios que pertenecen a la Caja y que resultan elegidos en el concurso para llenar un cargo vacante, conservan la categoría que tenían dentro del servicio.

De acuerdo con el artículo N.o 21 del reglamento de escalafón del servicio médico, las comisiones que resuelven los concursos deberán preferir entre los postulantes a los que presenten en el servicio una categoría superior.

Algunas comisiones de concursos han comprendido fielmente el texto del reglamento y antes de entrar a calificar a los concursantes, los dividían en dos grupos:

- 1) Los que están en la Caja; y
- 2) Los que se presentaban de fuera del servicio.

Sólo en el caso de no haber oponentes del grupo primero entraban a calificar los del otro.

En realidad de verdad, en estas condiciones, sería mejor no hacer concurso mixto y con esto se evitarian malos entendidos tanto de los colegas que se han presentado a un concurso como de las comisiones mismas encargadas de resolverlos.

Precisamente, a pesar de que la Sección Médica veía grandes ventajas en este concurso mixto, ya que si no existían candidatos internos se pasaba a calificar y por ende a nombrar inmediatamente a uno de los que se presentaba de afuera, lo que redundaba en un bien del servicio, ya que se

evitaban los largos interinatos, se ha visto en la necesidad de suspender estos concursos mixtos y en adelante, la vacancia de cualquier cargo, se pondrá en conocimiento de todos los médicos del servicio a fin de que los interesados lo comuniquen a la Sección Médica.

Solamente en los casos en que no hubiera candidatos actualmente en servicio y en aptitudes de ascender, es decir, que pertenezcan a la lista N.o 1 y N.o 2, se llamará a concurso externo.

Para llevar a la práctica este nuevo procedimiento la Sección Médica se sujetará a las siguientes normas:

- 1. Se enviará una circular a todos los directores de Consultorio, dándoles a conocer el cargo vacante y con la indicación de que la pongan en conocimiento de todos los médicos de su servicio.
- Se dará un plazo apropiado para que se alcancen a recibir las respuestas antes de que se cierre el concurso.
- 3. Los interesados están obligados a colocar entre sus antecedentes la categoría a que pertenecen y la lista en que están calificados.
- 4. Se elegirá al candidato que tenga una categoría superior. Si existieran dos en igualdad de condiciones se justipreciará el orden que tienen dentro de la categoría (lista-antigüedad).
- 5. Se publicará mensualmente en el Boletín los nombramientos que se han hecho y la categoría que tenía el candidato.
- Estas disposiciones no rigen para el personal técnico directivo que se rige por disposiciones especiales.



SEÑOR MEDICO!

Los instrumentos "Colmont cromados" usted los conoce, son de alta calidad, y los vende la Casa

## SCHWARZENBERG y CIA.

ESTADO 146. — SANTIAGO. — CASILLA 847

Realizamos toda nuestra existencia de artículos importados de Laboratorio

### La Nueva Organización de la Salubridad y las Cajas de Previsión

Dr. Alfonso Asenjo Gómez (De la Sección Médica)

Nadie puede negar que la eficiencia y el porvenir de una Caja de Previsión están intimamente ligados al estado sanitario del país y a la prestación médica que lleva a cabo, no sólo por la refación que le afecta directamente a la Caja, o cuando ella tiene entre sus objetivos un Seguro de Enfermedad, sino que también, por lo que significa responder a los riesgos de Invalidez y Vetez.

De aquí el acuerdo unánime que existe para considerar debidamente el estado sanitario de la población y la importancia que tiene el que la unidad hombre se presente fisiológicamente sana durante el máximum de tiempo posible y que las contingencias para perder tal estado sean

las minimas

Analizando el factor salud, hemos visto que, poco a poco, la medicina preventiva, o más bien dicho, la medicina social, viene a ser el eje de

la actividad médica del seguro social,

La tendencia que toma la Medicina de hoy es netamente previsora, ya que, la curación misma de un enfermo, como un becho consumado que cs. pasa a ser un efecto fatal, en la gran mayoría de los casos, de la falta o mala forma en que se verifica la primera.

Como consecuencia lógica se desprende que la especulación sobre el caso, el enfermo y hasta activa sobre la misma enfermedad, cede su puesto a la investigación de las verdaderas causas, las grandes causas, y urgar y prevenir éstas son las directivas que deben orientar a los servicios de salubridad de las Cajas, y aún más, del Estado o de un conjunto de estados.

Trabajos interesantísimos nos ha brindado el bucear las particularidades y los motivos que rigen o que provocan las enfermedades dentro del medio social y su lectura y apreciación nos brindan cada día nuevos panoramas, cuyos lí-

mites aun no podemos columbrar.

La disminución que se notó en Bélgica de gran cantidad de afecciones cardíacas, que terminaban provocando temprana invalidez, después de desfocar a los niños de sus lesiones amigdalinas. La causa determinante de la aparición del tifo exantemático en diferentes pueblos, causa que siempre ha estado relacionada con factores económico-sociales. El buen exito obtenido en diferentes puntos del globo, por los americanos del Norte en su lucha en contra de la fiebre amarella y el paludismo. La transcendencia de la disminución de la mortalidad por tuberculosis en California, con la lucha inespecífica y cien hechos más que sería largo enumerar, nos hacen afirmar, que la Medicina contemporánea está intimamente ligada a factores económicos y socia-

Gran cantidad de médicos están impregnados de la evidencia de estos conceptos y su labor se orienta cada vez más en este sentido. El nuevo proyecto de ley que ha aprobado una comisión nombrada por S. E. el Presidente de la República, con el objeto de coordinar los servicios de salubridad del país, comisión nombrada a petición de la Amech, nos ha sugerido olgunas consideraciones que bien vale la pena meditor un poco. Es indispensable valorar con espíritu crítico, la realidad del problema sanitario del país y ver cuál es la forma en que debe solucionarse, o por lo menos, hacer que tome un camino que nos leve en época no muy lejana a una buena y eficiente solución de él.

Muy facil sería efectuarlo si existiera en Chile, lo que es un ideal, una sola Medicina, una sola organización que incluyera a todos los habitantes, organización que con sus diversos departamentos o reparticiones dirigidos con criterio único se dedicara a ejecutar lo que la técnica ordena

y lo que la masa necesita,

Escudriñando un poco el problema podemos estampar algunos hechos importantes:

1. Tres grandes organismos tienen a su cargo la vigilancia de la salud en Chile: la Caja de Securo Obligatorio, la Asistencia Social y la Sanidad. No tomamos en cuenta las otras Cajas y mutuales porque controlan sólo una mínima narte de la población; el ejercicio liberal por lo inconexo, desordenado y personal, lo que te quita todo valor; ni las cruces rojas, ligas de damas y hermandades, por su acción más bien perniciosa y porque sus actividades no llevan una orientación técnica sino que son avanzadas politicas.

 Actualmente la Caja de Seguro Obrero sólo controla y está a cargo de una parte de la población que podemos cafcular en 680,000 habitantes. En la asistencia social no podemos calcular el número de pobladores que debe atender.

3. Hoy en día, en Chile no existe continuidad de atención del antermo. No hay continuidad de atención de la salud, es decir, ésta no se vigila antes de la concepción (padres) en el embarazo, infancia y en la edad adulta en un mismo individuo, en forma ininterrumpida.

 La Sanidad necesita especialización de los técnicos en muchas de sus ramas y autoridad

ejecutiva del jefe.

Ante la tristisima realidad sanitaria de Chile debemos buscar una solución que resuelva este problema que tiene un carácter urgente. Dos son las soluciones que pueden tener cabida:

A. Destrucción de todo lo que existe en materia de salubridad y organización de la prevención y curación de las enfermedades, de acuerdo con las directivas generales que sostiene la Amech en su declaración de principios.

B. El mejor aprovechamiento de lo que existe

en la actualidad.

La solución A, que sería la mejor, a nuestro criterio es por ahora irrealizable, utópica,

La solución B es la que se trata de realizar con el proyecto que han presentado al Supremo Gobierno, :a comisión nombrada a petición del gremio médico.

Desde luego, podría avanzarse un gran paso en esta materia resolviendo algunos puntos que podrían tener una solución fácil y que ya numerosas veces se han propiciado. Estos serían:

1. Abolición absoluta de la libertad que tienen actualmente das ligas, hermandades, sociedades de señeras, cruces rojas, etc., de hacer labor curativa y preventiva. Los que quisieran llevar a cabo tal labor, fendrían que entrar a formar parte de la organización técnica que va a dirigir las diversas actividades médicas.

 Quitar a los Municipios su acción sanitaria. El trabajo de Sanidad sería hecho única y exclusivamente por el organismo estadual encarzado de ello.

3. Fusión o unidad de acción de la Previsión. Los motivos que aconsejan tal resolución tienea

numerosos v ardientes partidarios,

Los tres grandes servicios que quedarian al cuidado de la salud, trabajarian en el país en forma armónica y con coordinación absoluta, no habria duplicidad de servicios, los técnicos se especializarian y cada uno de estos servicios contribulrica con los elementos que actualmente posee. Así, la Caja de Previsión, con su gran red de Consultorios y con la atención rural, la Asistencia Social, con sus hospitales, servicios de emergencia, etc., la Sanidad, con sus reparticiones de profilaxis, se incluiría el Bacteriológico, centros preventiyos, control sanitario de puertos y vías de transportes, etc.

Para esto es indispensable que cada una de estas entidades tenga los medios económicos necesarios para que sus institutos y organizaciones funcionen con el máximum de perfección cue exige la Medicina actualmente. Contraproducente sería que los Consultorios y la atención rural tuvieran un standard dado y en cambio la hospitalización no estuviera a la misma altura y nada sacaríamos tampoco, desde el punto de vista preventivo, si a Sanidad no está a tono con las demás organizaciones, porque, en este evento, tienen que entrar las otras organizaciones a hacer labor sanitaria, sobre todo, la Previsión, para la cual, como ya hemos dicho, la prevención es de capital importancia.

Vemos que es indispensable que representantes de estas actividades y representantes de los técnicos mismos planeen las actividades de estos organismos y que a las organizaciones privadas, si es que logran subsistir, le indiquen el lugar, la forma y la extensión que deben abarcar sus servicios.

La cabeza de tan importante organización tiene que ser un técnico con autoridad estatal

es decir, un Ministro

El núcleo primario debe ser el equipo médico, visitadora, enfermera, equipo universitario que deben estar repartidos como tentáculos en la fábrica, en el campo, etc., as decir, en el medio social. Estos equipos primarios serían los que van a efectuar la verdadera tabor preventiva por su dependencia con la Sanidad, y la labor curativa en sus diversos grados por su dependencia con la Posta, el Consultorio y el Nosocomio. Veamos cómo sería la forma en que actuaria este organismo fusionado en un problema como el de la madre y el niño.

Asistencia obligatoria a la clínica prenupcial, asistencia obligatoria durante el embarazo a un centro preventivo (educación y preparación de la madre) atención del parto en una maternidad o en su casa por un equipo médico-matrona, vigilancia del niño hasta la edad escolar, atención del niño en esta época por el servicio médico escolar hasta que ingresa a una Caja de Previsión (aprendiz).

Más evidente v clara es la labor que tendria la satubridad planificada en problemas como el de la tuberculosis, enfermedades venéreas, epidemias etc.

La actividad coordinada del equipo médico, visitadora, enfermera; más la coordinación absoiuta de estos tres organismos bases de la atención del enfermo, vendría a constituir, a nuestro juicio, un paso transcendental e importantisimo para lograr algún día al desideratum en materia de Salubridad.

Este esbozo general del problema acarrea también diversas otras cuestiones de indole social (habitación, alimentación, reglamentación del trabajo físico, propaganda sanitariac y también problemas que afectan la forma del ejercicio de la medicina, cuyo comentario necesitaria de un mayor espacio.



### Observaciones sobre la Digital en Chile

ALFREDO POBLETE DEL CANTO

Médico Director del Consultorio de Puerto Varas

Siempre se ha dicho que la digital presenta gran diferencia en sus principios activos, según que proceda de tal o cual región europea. En todo caso, se emplea únicamente la que procede de Europa

Al mismo tiemopo se sabe que la planta chiflena es inocua. No contiene — o los contiene en escasisima cantidad — los glucosidos clásicos que obran sobre el vago y el micocardio. Hasta se han hecho plantaciones en la región central del país, que llevaron a un fracaso absoluto.

Fué en tiempos del primer período de la crisis actual (1923-39) cuando la imposibilidad de traer digital extranjera obligó al Médico Director del Hospital de Puerto Varas a ensayar la planta chilena de esta región, pues, este Hospital es particular, y acostumbraba a importar directamente casi todos los medicamentos que usaba.

En la zona del Lago Llanquihue crece la digital en forma abundantisima. La planta es conocida con el nombre de "Cartucho" o "Vara de San Jos2" y se la considera una planta venenosa.

El médico director del Hospital llegó al convencimiento de que la planta era sufficientemente activa, por lo que no sólo el Hospital sino también las farmacias particulares empezaron a usarla en todas las fórmulas, en lugar de la planta extranjera. No hay constancia, sin embargo, de que se haya hecho un examen farmacológico. Unicamente se dice que fué enviada al Instituto Sanitas una cantidad de hojas secas, convenientemente recolectadas y preparadas, para ser sometidas a estudios biológicos, y que dicho Instituto solicitó después grandes cantidades de hojas, las que anualmente se le envian en la época de la recolección, hechos que no me constan.

Antes de disponer de estos datos, me había llamado la atención que esta planta fuera aquí considerada como "venenosa", por el vulgo. Más tarde tuve ocasión de conocer varios casos de intoxicación por la digital, algunos de los cuales he seguide clínicamente, y que me hicieron pensar que la pitanta de esta región es rica en principios activos.

El hecho de que el médico de la Caja de Seguro Obligatorio de esta localidad no disponga de un servicio hospitalario (el hospital de Puerto Varas es particular), no me ha permitido seguir como hubiera deseado, un gran número de casos clínicos tratados con digital de esta región. Sin embargo, he logrado reunir algunas observaciones, de las cuales he tomado las más demostrativas para iniciar un estudio serio sobre esta materia.

La observación N.o 1 se refiere a un caso tipico de intoxicación por la digital. Es necesario tomar en cuenta que se usó en este caso el jugo de 4 hojas verdes de la planta, cuya actividad tenía que ser escasa, debido a la gran porporción de agua,

En la observación N.o 2 se s'guló durante largo tiempo a un individuo con endocarditis reumatica y asistolia intensa. El enfermo llegó en tan deplorables condiciones que le era imposible mantenerse en pie, y hay constancia de que antes de acudir al servicio médico de la Caja había estado durante cerca de un mes en reposo absoluto en cama, de modo que se la podía considerar de un pronóstico por demás sombrio, como revela por lo demás, su observación. Este enfermo fué sometido a tratamiento exclusivo de infusión de hojas secas de digital de esta región Su evolución se prolongó bastante porque hallándose algo mejorado cometió una imprudencia que le provocó un cuadro de bronquitis aguda, debido a la cual se descompensó enteramente de nuevo. Sin embargo, dado de alta con una prueba de Lian perfectamente normal Durante su evolución se tomaron 4 radiogramas, que por su gran tamaño, no pueden incluirse en la publica-

La observación N.o 3 se refiere a un caso típico de intoxicación con hojas de digital tomadas en infusión por un convaleciente.

La observación N.o 4 está tomada de una enferma con astenía cardíaca, acentuada por un cuadro de bronquitis gripal. Necesitaba absolutamente tónicos cardíacos. El único que se le administró fué infusión de hojas de digital de esta región. La presión arterial de esta enferma, que era de 10/8, Vaquez, llegó a 11/6 al cabo de 9 días. El pulso de 120 bajó a 58 en este mismo tiempo.

Estas observaciones me llevaron a la conclusión de que:

- La digital que crece en esta región es rica en los glucosidos clásicos que la han hecho famosa
- 2.0 Es necesario hacer nuevas pruebas clínicas en centros mejor dotados.
- 3.0 Debe practicarse investigaciones biológicas en ranas en las que se aisla el corazón y pueden observarse las modificaciones del diástole y sistole cardíacos después de inyección de soluciones de digital; y
- 4 o Sería de mucha utilidad efectuar estudios químicos sobre la proporción de digitoxina, gitalina y bigitalina en las hojas de la planta, y según ellas extraer solución titulada de digitalina. Estas investigaciones no pueden ser hechas aquí por la falta de medios y elementos.

Pongo a disposición de la Sección Médica 250 gramos de hojas secas de digital que he recolectado de las plantas en el período inmediatamente anterior a la florescencia y que he puesto a secar según los métodos clásicos.

Se puede disponer, además, de grandes cantidades, pues, esta planta crece aquí en enorme abundancia Observación N.o 1

Caja local Puerto Varas.

27 de Abril de 1934.

Diag Intoxicación por digital. C. B. de F. Casada, 33 años Costurera. Asegurada Lev 4054

Ant. Hereditarios: Sin imp.

Ant. Personales: Multipara de 3. No ha tenido

Ant. Patológicos: Ha sufrido de molestias subjetivas cardiacas.

Enfermedad actual: Hace tres dias sin motivo aparente, acusa molestias gástricas que consisten en náuseas, peso y ardor en el estómago Buscando una acción purgante para hacer cesar estas molestias, tomô píldoras laxantes, que no hicieron el efecto deseado. Por este motivo sigue el consejo de una amiga y preparó un purgante haciendo una infusión de dos clases de hierbas. una de las cuales desconoce. La otra fué la "Vara de San José" (digitalis purpurea, muy abundante en esta región) de la cual ocupó cuatro hojas de tamaño regular, que fueron exprimidas para hacer sobre el jugo la infusión. Por los datos se calcula en 20 gramos el peso de las hojas que se emplearon. Pocas horas después sobrevienen vomitos incoercibles que persisten hasta el momento. No hubo síntomas intestinales. Luego acusa dolor precordial intenso y angustia En estas circunstancias soy solicitado a atenderia.

Examen objetivo: Enferma en posición pasiva. Estado de somnolencia. Vómitos muy repetidos, nauseas. Corazón tonos apagados en la base. Extrasistoles. Abdomen de paredes blandas; dolor a la palpación de la región gástrica. Extremidades frías y pálidas. Pulso de 42, blando irregular con los caracteres de la arritmia extrasistólica Previa inyección de 1/2 miligr. de atropina la enferma fué trasladada al Hospital, el día 15 de Abril en la tarde, día en que fui solicitado

16 de Abril. Pulso 42-52. Presión Arterial 10 1 2-4 1 2 H. D. Vaquez. Sed intensa. Persiste somnolencia. Vómitos repetidos, incoercibles. Suero glucosado hipodérmico. Enemas de suero fisiológico. Atropina 1/2 miligr. 2 veces. Acelte

alcanforado

17 de Abril Anoche aun vómitos intensos. Hoy han disminuido francamente. La enferma puede ya alimentarse. Alimentación líquida.

18 de Abril. Vómitos persisten menos intensos Pulso de 52-58. Han desaparecido los extrasisteles. Aspecto general de la enferma mucho mejor. No hay somnolencia

La enferma fué mejorando poco a poco hasta 4 dia 27 de Abril en que no había va ninguno de los síntomas anteriores. La presión arterial a su salida del Hospital era de 11 5 H. D. Vaquez. Pulso 75, perfectamente regular, corazón tonos normales

Observación N.o 2.

R. P. 36 afios. Reumatismo articular febril hace 10 años. Hace dos años tuvo un cuadro de afección cardíaca descompensada. Fué tratado y sanó al cabo de un mes y medio. Desde entonces acusa pequeñas molestías subjetivas cardiacas, como palpitaciones, ligero dolor precordial, angustia, etc., sintomas que se presentan frecuentemente y a los que no hacía gran caso. Hace dos meses empieza a advertir agravación de sus síntomas subjetivos, que se hacen permanentes y a los que se agrega edema vespertino de los maléolos y cansancio que le impide trabajar Ocho días después, sus edemas y su cansancio llegan a tal estado, que no podía andar, por lo que se echa a la cama. Un médico do vis!tó en su domicilio y prescribió reposo absoluto dieta e indicó unas gotas de las que debía tomar 5 en la mañana y 5 en la tarde. A pesar de este tratamiento, el enfermo siguió igual, por lo que consigue ser traído en un camión a Puerto Varas, donde llega en estado famentable el 11 de Setiembre.

Evamen objetivo: Enfermo en posición pasi-va. Disnea intensa. Facies cianótica. Gran ere-tismo cardíaco. Se comprueba un soplo sistólico que se oye en toda el área cardíaca, irradia do hacia la axila izquierda. Choque de la punta a cuatro traveses de dedo bajo el mamelón y a cuatro por fuera de la línea mamilar. Higado. borde sup. 4.0 espacio, inf. a dos traveses de dedo bajo el reborde costal.

Pulmones: Estertores húmedos en ambas bases. Abdomen de paredes tensas Edema de ambos pies y piernas hasta la altura de las rodillas.

Pulso 125, Respiración 58 Temp. 36,8, Pr. arterial 10/8, H. D. Vaquez; fué llevado a la pantalla radioscópica. Se comprueba un corazón enorme: Area cardíaca de 23 cms. de diámetro horizontal por 12 de vertical. Orina escasa y oscura contiene albúmina.

Se hace el diagnóstico de Insuficiencia mitral. Insuficiencia cardínca. Se sometió al enfermo a reposo absoluto, dieta declorurada. Como único medicamento se prescribió infusión de digital al

23 de Setiembre. El enfermo se siente mejor. Ha eliminado 800 a 900 cc. de orina diariamente Albumina 10 olo, Pulso 102, Resp. 38, Temp. 36.5. Pr. arterial 11/7 H. D. Vaquez, Radioscopla: Area cardfaca diam. horizontal 21 ctms., vertical 10 cms., vertical 10 cms. Eretismo cardíaco. Soplo sistólico intenso. Edema maleolar muy poco perceptible

7 de Octubre,-Ayer el enfermo se levantó y anduvo desnudo por la sala. Hoy presenta temp, 38,2, tos intensa. Se comprueban estertores bronquiales, disnea intensa, pulso 120, resp. 54. Se prescribió revulsivos, benzonto de sodio, cafeina-

11 de Octubre.-Tep. 38,1. Persiste bronquitis. Pulso 124. Resp. 53. Edema marcado de las extremidades. Pr. arterial 11/8 H. D. Vaquez. Revulsivos, cafeina, benzoato de sodio.

15 de Octubre - Ha desaparecido el cuadro de bronquitis, Tos escasa. Pulso 125. Resp. 52. Temp. 36.5. Pr. arterial 118 H. D. Vaquez. Orina 600 cc. diarios. Albúmina indicios. Radioscopia: Area cardíaca ha aumentado. Diam. horizontal 24, vertical 11.

6 de Noviembre.-El enfermo ha mejorado en forma notable. Acusa ligeras molestias subjetivas cardíacas. Se levanta y ejecuta múltiples pequeños esfuerzos sin dificultad Pulso 61, Resp. 22, Temp. 36, Pr. arterial 12 7 H. D. Vaquez. Han desaparecido en absoluto los edemas. Orina 1,500 cc. diarios. Radioscopia: El área cardíaca ha disminuido. Diam. horizontal 18, vertical 10. Gran choque de la punta que se palpa a 2 traveses de dedo bajo el mamelôn, y a un dedo por fuera, Soplo mitrálico intenso, irradiado. Se hizo la prueba de Lian. Antes de la prueba pulso 21 en el cuarto de minuto. Luego flexiones de dias plernas sobre los muslos hasta ângulo recto, a razón de 10 flexiones por cada 5 segundos durante un minuto. Al primer minuto siguiente 25 pulsaciones en el cuarto; al 2,0 minuto 24 pulsaciones; al 3.0 minuto 21 pulsaciones.

El enfermo fué dado de alta perfectamente

compensado.

Observación N.o 3

J. R. 25 años, casada. Lavandera. 3 hijos. Ayer bruscamente experimenta disfagia, cefalea, malestar general, sed intensa, anorexia. Soy Ma-

mado a su domicilio hoy 2 de Setiembre de 1934. Estado general, bueno Lengua saburral, farringe congestionada; amigdalas aumentadas presentan pequeños puntos blancos amarillentos. Corazón y pulmón normales. Pulso 110. Temp.

Diagnóstico: Angina pultácea. Se prescribió irrigaciones de agua callente boratada Comp. callentes alrededor del cuello. Antipirina, uro-

tropina, lactosa.

Setiembre 6.—La enferma presenta vómitos frecuentes, dolor precordial, decalmiento. Faringe sana, amígdalas de tamaño y aspecto normales, lengua ligeramente saburral. Pulso de 43, escasos extrasfatoles. Respiración 20. Temp. 36,5.

Me llamó la atención la bradicardia, y pregunté a la enferma si había tomado algún medicamento no prescrito. Me confesó que deseando tomar un purgante, había ingerido una infusión hecha con dos hojas de regular tamaño de na planta llamada "cartucho" o "Vara de San-José". Se trataba de una intoxicación por la digital.

Se recetó tint, de acónito 30 gotas por via rectal, dosis que repitió cada media hora por cuatro veces. Después se le dejó con cafeína y pequeñas dosis de 4áudano. Reposo absoluto.

La enferma fus mejorando lentamente.

Octubre 10,-Está restablecida, Pulso 60, regular, Estado general, bueno, Alta,

Observación N.o 4.

A. M. 28 años. Empleada doméstica.

Se restria muy a menudo. Molestias subjetivas cardiacas frecuentes.

Hace tres días, a consecuencia de un enfriamiento, experimenta cefalea, calofríos, malestar general y se ve en la necesidad de guardar cama. Lucgo sobreviene tos, ahogos, palpitaciones, angustía.

Soy tlamado a su domicilio, 8 de Octubre.

Enferma de hábito asténico. Disnea a primera vista. Ligera clanosis de la cara, Lengua ligeramente saburral. Estertores brônquiales diseminados por ambos campos pulmonares. Eretismo cardíaco, taquicardia, soplo sistólico de la punta, lejano, apenas perceptible (funcional). Pulso 120. Resp. 40. Temp. 37,5. Pr. arterial 1018 H. D. Vaquez.

Diagnóstico: Disistolia. Bronquitis aguda,

Se prescribió infusión de digital al 1 o o. Benzoato de sodio 1,5 o o

Octubre 9.—Se siente mejor. Pulso 100. Resp. 34. Temp. 57.5. Pr. arterial 10 7 H. D. Vaquez. Los estertores bronquiales son menos acentuados. Persiste eretismo cardíaco. El sopio de la punta se oye más nítidamente, sin irradiación.

Octubre 12—Han desaparecido la tos y los sintomas bronquiales. Persiste eretismo cardíaco. Soplo sistólico casi imperceptible. Pulso 74. Respiración 28. Temp. 36,5. Presión arterial 11/7 H. D. Vaquez. Infusión digital pura 1 o o.

Octubre 15.—Han desaparecido sus molestias cardíacas, Pulso 52 tenso. Resp. 21. Temp. 36,2.

Pr. arterial 11 6 H. D. Vaquez.

Octobre 17.—Ha seguido con inf. de digital
Pulso 58. Resp. 20. Pr. arterial 11 6 Vaquez. Alta sana

### Leucemia Aguda

Dr. Armando Zagal, Médico internista Consultorio de Valparaíso

El 6 de Noviembre de 1934 acudió al Policifnico de Valparaíso la asegurada E. C., de 18 años, porque desde el día anterior notaba inflamación de las encías; en el servicio de dentística se le hizo una curación. Siguió acudiendo diariamente porque sus molestias Iban en aumento;

tuvo, además, varias epistaxis. El día subsiguiente, dos colegas opinaron que podía ser un sarcoma, y se practicó una biopsia. Entonces la examinó el dentista Dr. C. Miranda, y supo que había tenido fiebre desde el comienzo; al examen presentaba el canino, 1.0 y 2.0 premolar der. sup movibles e insensibles, resto de la dentadura normal, encías de color rojo oscuro, hinchadas y desprendidas alrededor del cuello de los dientes citados; en la región biopsada rezumada líquido serosanguinolento y tenía aspecto necrótico.

Cinco días después del comienzo aparente de la enfermedad, con diagnóstico de noma, mediante anestesia regional, se hace la extracción de los dientes movibles y localmente se espolvorea neo, Pero el 12 de Noviembre llega la enferma con fiebre alta, anémica, aniquilada, con manchas purpúricas, raras, en las extremidades. Se piensa en púrpura infeccioso y se envía al Hospital, dos días después llega a mi Servicio y compruebo que se trata de una Leucemia Aguda compartiendo la opinión que sobre el caso tenía el Dr. Miranda.

El examen clínico revela una paciente bien constituída, lúcida, fiebre moderada, con cierto grado de intranquilidad. Antecedentes personales sin importancia, su última regla fué abundante; tiene diafagia y dolores a las extremidades. Cara hinchada al lado der en la piel del tronco y extremidades presenta algunas equimosis cuyo diámetro alcanzaría a 4 mm.; hay manchitas de hemorragia subconjutival en ambos ojos. En el max. sup. a nivel de las extracciones, encía de aspecto úlcero necrótico, hinchada, en parte recubiera por coagulos sanguíneos; respecto de la constanta de la constanta

to de las encias anémico. Amigdalas aumentadas de vol. En el cuello se palpaban algunos ganglios, indotoros; en el ángulo max der, había uno mayor que los otros algo doloroso. Ganglios axilares se palpaban hipertrofiados; en la región inguinal no se palpaban. Además: bazo bastante aumentado de vol., higado perceptible debajo del reborde costal; acusaba dolor a la palpación abdominal. Se prescribió: estimulantes, suero glucesado y suero antigangrenoso.

Se practicó un recuento globular que dió el siguiente resultado (Dr. Tobar):

Globulos rojos 2.240,000 X mm3.

Globulos blancos, 171,000 X mm3.

Fórm. leucocitaria: polinucleares neutrófilos 4 o o, eosinófilos 2 o o, linfocitos pequeños 16 o o, linfocitos juveniles 74 o o, linfoblastos 4 o o.

No observamos mejoría y la enferma fué retirada por su familia el 16 de Noviembre, falleciendo esa misma noche.

El presente caso de leucemia aguda nos dará ceasión para recordar el cuadro patológico que suele presentar.

Aparece con más frecuencia en el sexo masculino y en cualquiera época de la vida. Su comienzo es en general brusco sobreviniendo estomatorragia, epistaxis,-angina, purpura. Entre sus sintomas generales tenemos: fiebre irregular, inquicardia, anemia, fatiga. Hay soplos anêmicos (precordial o en la yugular) y lesiones buccfaringeas en el 70 o o de los casos; las enclas están tumefactas, después fungosas y reblandecidas, con rezumamiento sanguineo entre el cuello de los dientes y la encía; ésta a veces toma aspecto de esfacelo. La angina se revela por la hipentrofia de las amigdalas, después por un exudado gris, llegando a uficerarse a veces. También encontramos hipertrofia de los ganglios que ja-más supuran. Puede haber esplenomegalia, higado algo grande. La diarrea es casi constante. El ataque de la médula ósea se revela por dolores esteoscopos. Las hemorragias son frecuentes: en la piel y mucosas, aún en las visceras como pulmones, riñón, útero, etc. Esto bace creer que los pacientes sean tuberculosos y se les interna en sanatorios o bien suelo tomarse la hematuria

como sintoma de enfermedad renal y se practica una nefrectomia, etc

En la leucemia aguda la orina suele tener albúmina y su ácido úrico aumenta hasta 4 veces más que la normal por la destrucción de los glóbulos blancos.

Cuadro hematológico: leucocitos aumentados hasta 200,000 con gran disminución de leucocitos normales. Pero el verdadero diagnóstico se apoya sobre la lectura de la sangre extendida sobre un vidrio y colocada bajo la lente del microscopio, pues hay leucemias agudas con normo o hipoleucocitosis, y observaremos:

- a) Hematies con anisocitosis, poiquilocitosis y algunos hematies nucleados. Hay disminución de glóbulos rojos.
- b) Los leucocitos normales son escasos. Polinucleares se hallan en proporción de 1 a 10 o/o. Hay hasta 5 o/o de grandes y medianos mononucleares y hasta 10 o/o de linfocitos.
- c) Entre las formas anormales de glóbulos blancos se ve hasta un 20 o/o de mielocitos y desde un 50 o/o a un 93,6 o/o de cédulas embrionarias características de la leucemía. Son grandes, mononucleadas y protoplasma basófilo no granuloso.

Las formas clínicas de la leucemia aguda son: la forma típica completa, la hemorragia o anèmica, la buco faringea y la frusta.

El diagnóstico se basa especialmente sobre el estado seudoescorbútico de la boca, la angina, flebre, anemía hemorragias, hipertrofía ganglionar, esplenomegalia y el resultado del ex. hematológico.

Su evolución rara vez alcanza más de 3 meses, y ningún tratamiento curativo ha dado resultado, habiéndose ensayado la curieterapía, radioterapía, etc

En la Revista Médica de Chile (Julio de 1933) se puede leer un estudio sobre Leucemia Aguda, de los Drs. Armas y Alessandri, a propósito de un caso de leucemia subaguda, Recomendamos su lectura como también los trabajos de L. Ramond (Conferencias de Clinique Médical, Tome VII. 1931) y del Prof. P. Nobécourt en su Clinique de maladies des enfants.

## Sociedad Fábrica Nacional de Envases y Enlozados

Fabricantes de toda clase de artículos esmaltados.

Distribuidores exclusivos:

Sres. SCHERMAN, SCHMUTZER y
Cía. y WEIR SCOTT y Cía.

La Dirección de la Revista "AC-CION SOCIAL" solicita a los señores Médicos del Seguro Obligatorio, colaboraciones dedicadas especialmente a la propaganda de los principios de higiene, tratamiento de las enfermedades, primeros auxilios en el campo, etc.

Estas colaboraciones servirán de base para redactar los textos de hojas de Propaganda sanitaria entre los asegurados.

### Quiste Hidático de la Cara Superior del Higado

Dr. ALBERTO DE LA MAZA Consultorio de Coronel. (Presentado a la 3.a Reunión Clínica)

Asegurado don A. P.—Inscripción N.o. 19949. Enfermo de 19 años de edad, de profesión minero, cuyos antecedentes hereditarios no tienen inscripción.

Antecedentes personales y enfermedades anteriores.—No acusa, salvo una grippe en Marzo de este año.

Enfermedad actual,—Viene a consulta quejándose de dolores gástricos, acompañados a veces de náuseas y también dolor en la fosa ilíaca derecha, que datan desde hace unos tres meses.

Examen físico—Enfermo de regular estatura; peso 50 kilos, pálido y enflaquecido; dentadura en buen estado; lengua húmeda y limpia; corazón, nada de particular; pulmones, macidez en el tercio inferior derecho, con evolución del murmullo vesicular en la base.

Abdomen.—Se nota un abombamiento del hipocondrio derecho, con solevantamiento de pared torácica. El higado se percute su borde superior en el cuarto espacio intercostal, y el borde inferior se palpa a cuatro traveces de dedo por debajo del reborde costal.

Miembros y sistema ósco.-Normal.

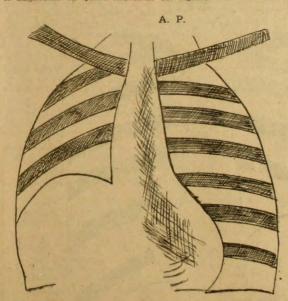
En estas condiciones es enviado al Hospital cor. el diagnóstico de Quiste Hidafidico del higado,

en donde se le practicaron los siguientes exámenes: Reacción Weimberg: negativa. (Dr. de la Fuente, el 14 de Agosto). Examen Radioscópico: ver esquema adjunto.

Recuento globular y fórmula Leucocitaria.— Globulos rojos: 4.800,000 por mm3. Globulos blancos: 7,400 por mm3. Linfositos, 11 ojo; Mononucleares, medianos 3 ojo; Grandes 0 ojo; Eosinofilos 8 ojo; Polinucleares neutrofilo 78 ojo; Reacción de Casoni, no se hizo.

Fué operado el 31 de Agosto, con el diagnóstico de Quiste Hidatídico de la cara superior del hígado, Ciruljano; Dr. Alberto de la Maza; Ayudante, Dr. Pedro Pereira, Anestesia: Eter.

Se reseca 10 centímetros de la novena costilla al nivel de la línea axilar media y se haco una sutura que toma el periostio pleura y diafragma. Se punciona con un trocar y se extraen unos tres titros de líquido de color agua de roca; se inyecta en seguida 500 gramos de formol al 1 ojo. Se abre en seguida y se extrae la membrana madre que sale en su totalidad. Se limpla con compresas empapadas en formalina y se sutura la periquistica sin dejar drenajo. Presenta una colerragia, habiendo necesidad de



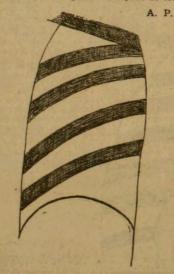
I. Antes de la operación

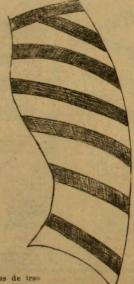




#### II. Después de operado

puncionar a los 23 días, saliendo un líquido obscuro, se extraen 250 gramos, más o menos, punción que se vuelve a repetir 5 días después, extrayêndose 360 gramos de líquido de color ocre.





#### III. Después de la operación

Se da de alta el 6 de Octubre y antes de irse se le practica una punción que resulta blanca. Las condiciones generales son satisfactorias y experimenta un considerable aumento de peso.

### La Lucha contra los Abortos

Dr. A. GENS (De la Universidad de Moscu)

4-10-34

Hemos querido dar a conocer al cuerpo Médico de la Caia la opinión que tiene sobre este problema uno de los representantes de la Médicia Rusa. Dentro del Cuerpo Médico hay partidarios del régimen de restricción que actualmente rige esta materia, otros son partidarios de la legalización.

De gran actualidad es nara Chile este problema, ya que todos los médicos que traba an en las maternidades, servicios de ginecología y en la Asistencia Pública, ren morirse constantemente gran número de mujeres, en la plenitud de la vida, a consecuencia de los abortos criminales. Como hemos dicho, este interesante trabajo lo intercalamos como una información de lo que se hace actualmente en uno de los países del globo con resultados que,
desde el punto de vista médico, son halagadores,

Lo firma uno de los más altos valores científicos que hay actualmente en Europa.

Durante los últimos diez o quince años la cuestión del aborto ha provocado grandes y apasionadas discusiones, se ha hablado mucho y escrito sobre este tema, sobre todo en la literatura médica. Nosotros queremos desde luego establecer un hecho que no suscita ninguna duda y es que, durante los últimos 50 años los abortos artiticiales han tomado un caracter de gran intensidad. A pesar de las interdicciones categóricas, a pesar de las amenazas, a pesar de las penas de prisión, etc., los abortos ilegales se efectúan en gran cantidad. Además, estos abortos provocan alrededor de 1% de casos mortales. Sin embargo, la mayoria de los autores indican habitualmente cifras más elevadas que alcanzan a 3 y a un 4%. Estos abortos criminales

traen numerosas enfermedades ginecológicas que toman más tarde una forma crónica, conducen a la invalidez, a la esterilidad. etc.

Me parece que ninguna objeción puede hacerse a esta característica de los abortos criminales.

Algunas cifras para ilustrar lo que acaba de afirmarse:

, Según lo que se sabe, la cifra de abortos criminales no puede ser establecida con exactitud. Esto nos obliga a servirnos de datos aproximativos en los cuales se repite siempre el mismo error, pues, ellos son cifras que siempre están por debajo del número real de abortos. Basándome en estos datos yo he establecido los cuadros siguientes:

#### DINAMICA DE LOS ABORTOS EN ALEMANIA

	Año	N.o de abortos	Cifra por mil
Según Bentin	1916	240,000	3.6
Según Heinemann	1923	500,000	8,0
Según Lipman	1924	875,000	13,9
Según Hausberg	1930	1.000,000	15.9

Es decir, sobre un total de un millón de mujeres que han tenido abortos ilegales, mueren diez mil en la flor de la edad y muchas decenas de miles de mujeres reciben graves complicaciones y enfermedades. Este es efectivamente un problema que hace pensar a los médicos, médicos muchas veces que circunstancias de la vida misma los llevan a efectuar abortos y que están obligados a no cumplir la regla elemental del arte médico "nolli nocere".

La forma de salir de esta situación, he

aquí la cuestión que se discute.

Los partidarios de la lucha punitiva en contra del aborto y de la política de represión se basan, según mi criterio, en la concepción siguiente: los abortos disminuven el número de los nacimientos, disminuyen, por consecuencia, el aumento de la población, esto mismo trae la disminución de las reservas humanas que son necesarias para hacer la guerra, esto mismo conduce igualmente a la disminución de los ejércitos de los sin trabajo, que contribuyen a la disminución sistemática de los salarios. En seguida las clases dirigentes "quieren dominar hasta el pensamiento de los que no tienen ningún medio para permitirse una actividad espiritual". (Karl Marx). Es decir, que a las clases dirigentes les interesa que hava prioridad de su ideología y su moral.

Los abortos perjudican esta moral, pues, son personas que deben ir a la prisión. Y casi siempre son las mujeres abortadas las que sufren el castigo y raras veces, muy raras veces, los operadores de los abortos.

La iglesia, sirviente fiel de la burguesía, que defiende el casamiento y los principios de la familia, se pone también del lado de los que rehusan el aborto: prisión para los que ultrajan la fe.

Las mismas defensas y las mismas penas son aplicadas por estas consideraciones a la legalización de los medios anti con-

cepcionales.

Nosotros no queremos mencionar las personas que están en contra de la legalización del aborto, pero sí, a los que se oponen a la legalización de los medios anti concepcionales. La inconsecuencia de este punto de vista no resiste ninguna critica profunda. Sin darse cuenta de cuáles son las clases sociales que están forzadas a recurrir al aborto, cuáles son las causas que conducen a la mujer a hacerse abortar (esto no puede ser establecido sino que en la legalización del aborto) no se puede llevar a cabo ninguna actividad eficaz para la prevención del embarazo; una actividad ciega deia precisamente sin control a los embarazos que más necesitan de él.

La legalización del aborto es el principio fundamental de la organización de la prevención del embarazo. Pero la consideración fundamental queda pendiente, hoy en día miles de mujeres mueren a consecuencia de abortos criminales, así que la cuestión debe ser resuelta por cuanto que, la gran mayoría de los medios anticoncepcionales permanecen ineficaces y que, a pesar de su gran difusión, la cifra de abortos continúa aumentando.

Por esto se comprende fácilmente el gran interés que demuestran los partidarios de la idea de la legalización del aborto por las experiencias que se han hecho en la Unión Soviética, el país del aborto legal.

¿Qué nos ha dado la legalización del aborto en la U. R. S. S.?

Desde luego es preciso señalar que los brillantes resultados de la legalización del aborto han sido plenamente conocidos en los últimos 5 ó 6 años; en los momentos en que se implantó nos parecía todavía de resultados problemáticos y, a pesar de esto, los legisladores soviéticos decidieron que:

"...como lo que sobreviene del pasado y las difíciles condiciones económicas del presente llevan a la mujer a hacerse esta operación (aborto) la legalización del aborto debe ser establecida a fin de prevenir la salud de la mujer y de la raza, de las prácticas de los ignorantes e interesados operadores clandestinos ya que la política de represión es absolutamente impotente en este dominio".

Nosotros hemos sido los pionners, nosotros nos decidimos sin experiencia anterior, nosotros no sabíamos todavía cuál era el porcentaje de enfermedades y casos mortales que se presentarían en las clínicas en que se hiciera la intervención. Pero la vida ha justificado nuestra decisión.

Numerosas personas piensan que junto con la legalización del aborto debe desaparecer la práctica del aborto clandestino. No es así. Es un proceso lento y complicado, pues, es preciso modificar la falsa mentalidad de las mujeres que consideran el aborto como una cosa muy intima, una cosa secreta y vergonzosa que debe permanecer escondida; es preciso indicar a las mujeres que el aborto efectuado en un réglmen de clínica presenta una seguridad completa, es preciso luchar en contra de la propaganda activa por la palabra y el hecho-

en contra de las personas para las cuales la legalización del aborto significa una pérdida de inmensos recursos. Es por esto que inmediatamente después de la legalización, ignorábamos el número de camas de hospitales que debíamos preparar en las clínicas para las mujeres abortadas.

Nosotros no habíamos organizado las comisiones de aborto y no habíamos introducido ninguna restricción. El fin principal consistía en la lucha en contra del aborto ilegal (la creación de comisiones habría dado un carácter oficial, lo que, gracias a la falsa mentalidad de las mujeres, las habría llevado hacia los operadores ilegales como antes lo mismo que en tiempo de las restricciones artificiales).

Algunos años han corrido y la verdad de la línea adoptada se afirma más y más, esta forma de conducta ha provocado el aumento constante del número de mujeres que se hacen operar en las clínicas.

El aumento de las cifras de aborto es importante, toma un carácter de masa; sin embargo, esto no nos inquieta, pues, tenemos la certidumbre que este aumento se debe a la gran reducción de abortos criminales. Por ejemplo, Moscu, en los años 1924-26, presenta la siguiente tabla por mil habitantes:

	1924	1925	1926
Abortos	5.7	10	16,3
	30,8	31,8	29,7

Esto significa que la cifra de los nacimientos queda estable mientras que los abortos se han triplicado. Está claro que el aumento se produce a costa de la disminución de la práctica ilegal.

La estadística de los abortos comenzados ilegalmente y terminan su tratamiento en las clínicas es aún más concluyente. La disminución de estos casos demuestra la disminución de la práctica ilegal del aborto.

En Moscu hemos comprobado el porcentaje siguiente de los abortos efectuados fuera de las clínicas:

1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 37.5 21.1 12.1 14.6 10.5 9.6 10.4 10 9.3

El aumento rápido de la cifra de los abortos nos obligó en 1924 a crear las comisiones de abortos. Esta medida debió ser tomada en vista de que el número de las camas de hospitalización, que había en las clínica's no era suficiente para la gran cantidad de mujeres que se hacian abortar. Esto nos obligó a escoger a las mujeres para las cuales era más necesario: las enfermas, las mujeres que se encontraban en condiciones difíciles de familia o de alojamiento, las madres que poseían lactantes, etc., y nos resistimos a recibir en las clínicas a las otras, lo que llevó a las mujeres a los operadores privados. Estuvimos obligados a solicitar con urgencia la creación de clínicas para abortos, pero faltaban medios para ello. Entonces introdujimos el pago de las operaciones con una suma, de acuerdo con la condición económica de la mujer v que para Moscu alcanzaba entre 5 y 75 rublos, en provincias esta suma era menos elevada.

El dinero recibido representaba una suma suficiente para mantener y organizar el número necesario de camas nuevas y nuevas clínicas.

Resolvimos prohibir la operación del aborto en la práctica médica privada v exigimos de cada medico que practicara el aborto en forma privada la instalación de una cada de reposo para la paciente; esta medida represento la liquidación etectiva de la práctica privada en el dominio del aborto (ya que las clínicas podían recibir un número suficiente de enfermos y eran mucho menos caras).

Durante los últimos 5 ó 6 años los abortos no se han efectuado sino que en las clínicas y gracias al número suficiente de éstas se ha liquidado la existencia de la comisión del aborto. Es necesario reconocer que la ley soviética sobre la legalización del aborto le da a cada mujer el derecho de hacerse abortar, nosotros no podemos suspender este derecho a ninguna muier, salvo el caso en que el aborto sea médicamente contra indicado o cuando el embarazo es superior a tres meses.

Una mujer que tiene necesidad de hacerse abortar se dirige, desde luego. al consultorio que existe en su barrio, ahí se establece la edad del embarazo, se verifica la no existencia de contra indicación, etc. El médico aconseja a la mujer en el sentido de que reflexione antes de hacerse operar. En caso de que la influencia del médico sea ineficaz, la mujer recibe un certificado para la clinica de donde la irá a visitar un nuevo médico que tratará nuevamente de disuadirla. La influencia del médico conduce, a menudo, a resultados positivos: la mujer decide a renunciar a la operación.

Volviendo a nuestro tema principal, debemos hacer notar que la práctica ilegal del aborto ha sido terminada en nuestro país.

Un hecho particularmente significativo es la reduccion de la mortalidad por el aborto artificial, en Moscu, por ejemplo, donde la estadística es muy completa, se comprueba un caso mortal por cada 23,000 abortos, es decir, que la mortalidad no alcanza sino que al 0,004 por ciento; la perforación del útero se presenta en 0,08 por ciento y estos casos en una clínica son tratados generalmente sin consecuencias graves (la histerectomia se practica muy raras veces).

Estos resultados nos llevan a apreciar la consecuencia de nuestra ley sobre la legalización del aborto. En la Unión Soviética se efectúan 8.2 abortos por mil habitantes, en Alemania 15 por mil. En la U. R. S. Shay 5.6 casos mortales por cien mil abortos; en Alemania, 100,000 abortos criminales provocan mil muertes.

Los partidarios de la restricción y de la interdicción, los partidarios del sistema penal son partidarios del asesinato; los que intervienen en favor de la legalización evitan a la mujer graves complicaciones, las enfermedades, y la muerte. Es la voz implacable de la lógica. Es por esto que nosotros consideramos que hemos resuelto la salvación de miles de mujeres de las enfermedades y de la muerte. Debemos agregar todavia que la cuestión de la evolución ulterior de los abortos exige un estudio que necesitará algunos años, sin embargo, con el material actual podemos asegurar la benignidad del aborto artificial.

La industralización de la U. R. S. S., la colectivización de la agricultura y la rápida disminución del mal estado de vida de la población influyen ciertamente sobre la dinámica de la estadística del aborto: el número de abortos disminuye entre las obre-

ras embarazadas.

Me serviré de la estadística de las Cajas del Seguro Social para ilustrar este hecho. Estas Cajas pagan a cada obrera o empleada después de la operación una suma de dinero que representa el monto de su salario durante 10 días, ya que, según la lev, ella recibe una licencia de 10 días después de cada aborto. Estos datos son precisos, pues, ellos están basados en los libros de las Cajas.

Sobre cien obreras o empleadas se hacen abortar:

		1930	1931	1932
En la	industria de la hulla	4,54	3.7	2,1
En la	industria del Petróleo	6.87	5,95	4.4
En la	a industria Minera	3.78	3	2
En la	i industria .Textil	7,78	7.23	5,75
En la	i industria Metalúrgica	8,11	7,22	6
En la	industria de Vestidos	10,32	8,2	6,3
En la	a industria del Papel	7.94	5.7	-
En la	industria de Vidrios	5,5	4	3,8
En la	industria Química	12.6	10,6	7.7
En is	industria del Tabaco	10,1	10,2	8,7
En la	a industria del Cuero	7.3	8,7	5,5
En la	industria de los Zapatos	11,3	8	7
En la	industria de los Fósforos	5,9	3.6	3,4
En la	s industrias Gráficas	10,1	8,2	7

Una baja tal de la cifra de los abortos no puede ser señalada sino que en la Unión Soviética. Este hecho será más comprensible si se toma en consideración la circunstancia siguiente: en las ciudades el número de niños admitidos en las creches representa alrededor de 300,000; en las aldeas, es decir, en las granjas colectivas, alrededor de 500,000, además, alrededor de 3.000,000 de niños son admitidos en las creches que funcionan durante el verano. Los jardines de niños reciben igualmente cantidades

### Reuniones Clinicas de Consultorios

3.3 REUNION CLINICA DE LOS MEDICOS DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE CORONEL, DE FECHA 29 DE SEPTIMBRE DE 1934

Se abre la sesión, a las 14,30 horas,

Asis en los doctores señores Moisés Aracena, Alberto de la Maza, Pedro Pereira dentista don Manuel Merino y el médico del Consultorio de Arauco, don Vicente Millán.

El doctor Moisés Aracena da lectura al resultado del examen Histo-Patológico de los tumores extraídos a la enferma presentada en la assión anterior, el que comprueba el diagnóstico hecho por este médico, de ser un Epulis. Esta enferma fué operada por el doctor Aracena, por el tumor que se palpaba en la región abdominal, para lo cual hizo una Histerectomía subtotal, método J. L. Faure, extrayéndose un Fibromiona sub-seroso del útero, lo que también con-

firma el diagnóstico hecho anteriormente por este facultativo.

El doctor don Pedro Pereira, presenta al asegurado don A. P., inscripción N.o 10,949, cuya austoria clínica se adjunta a la presente, junto con los esquemas de la región operada. El diagnóstico hecho por el doctor Pereira junto con el doctor de la Maza era: Quiste hidatdico de la cara superior del higado, el que fué comprobado con la operación efectuada al enfermo. Operó el doctor Alberto de la Maza, sirviendo de ayudante el doctor Pedro Pereira. El enfermo quedó bien de la intervención quirúrgica a que fué sometido. (Observación en el texto).

En seguida se debate sobre los diferentes as-

considerables de niños de 4 a 7 años; los jardines de niños poseen una cantidad un poco menor que las creches. Más de 2 millones de trabajadores reposan cada año en las estaciones balnearias y climatológicas en las casas de reposo, etc. Alrededor del 80 por ciento del proletariado de las ciudades se acoge a las instituciones de alimentación colectiva y la construcción de grandes colectivos aumenta, etc.

A pesar de la justificación de la legalizacion del aborto, nosotros estamos en la segunda etapa de nuestra tarea, es decir, en LA LUCHA CONTRA EL ABORTO. No hemos considerado jamás el aborto efectuado en las clinicas como absolutamente inofensivo para la salud de la mujer; no participamos tampoco del punto de vista que el aumento del bienestar material poura liquidar completamente el aborto. Nos hemos propuesto enseñar a toda la población temenina el empleo de medios anticoncepcionales. Estos medios son necesarios para las estudiantes casadas que deben suspender su maternidad hasta el fin de sus estudios, a la joven madre durante los 2 ó 3 primeros años que siguen a su primer embarazo, a la mujer enferma, a la mujer que tiene ya numerosos hijos, etc.

En 1924 una comisión central científica para el estudio de los medios anticoncepcionales fué creada por el Comisariato del Pueblo de Salud Pública; cuando la comisión comenzó a trabajar debió abordar, desde luego, el hecho de que esta cuestión no había sido tratada en la literatura científica publicada anteriormente. Toda una serie de trabajos científicos fueron comenzados para el estudio de los medios anticoncepcionales y este trabajo se continúa actualmente.

El resultado de nuestras experiencias nos hacen prohibir el empleo de todo medio que se introduce en el interior de la matriz, lo mismo que el tratamiento con los rayos y toda una serie de productos quimicos que han sido reconocidos como nocivos o ineficaces.

Entre los medios mecanicos utilizamos los preservativos masculinos,

Entre los medios farmacológicos utilizamos las pastas, los glóbulos, la violactina, según nuestras propias recetas.

Estos medios son vendidos en todas las farmacias, pero la mayor parte de los medios mecánicos son difundidos en las consultas femeninas, estas consultas poseen gabinetes especiales para la recepción de personas que deseen prevenir el embarazo. En las ciudades existen cerca de mil con-

sultas de este género.

La solución del problema del aborto conduce, además de la legalización del aborto, a la solución del problema de la prevención del embarazo. Esta última tarea es dificil y necesita numerosos trabajos científicos para ser resuelta definitivamente. Hasta el presente ni en nuestro país ni en ninguno de los otros existe una cantidad suficiente de medios preventivos simples, cómodos y eficaces para el uso de las masas, pero nosotros debemos llegar a algo y nada nos detendrá.

pectos que presentan los Quistes hidatídicos, cambiándose ideas sobre la mejor forma de operar en diches casos. Se levantó la sesión, a las 16 horas.—Dr. Mol. sés Aracena Q., Médico Director.—Carlos Martinez A., Secretario.

4.0 REUNION CLINICA DE LOS MEDICOS DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO DE CORONEL, DE FECHA 15 DE DICHEMBRE DE 1934

Se abre la sesión, a las 15 horas.

Asisten los doctores señores Moisés Aracena, Alberto de la Maza y Pedro Pereira

El doctor don Moisés Aracena presenta el caso dei asegurado don D. S., asegurado inscripción N.o. 1,564, Caja local de Arauco, y cuya Historia Clinica se adjunta. Este enfermo fué enviado desde el Hospital de Arauco con diagnóstico Lumbago, No pudo ser examinado por los demás médicos porque este enfermo no se ha vuelto a presentar, después de haber salido del Hospital de Coronel, donde fué enviado por el médico tratante, quien diagnostica un Sarcoma del hueso ilfaco izquierdo, recetando tratamiento de Radioterapia profunda. Los demás médicos, al ver la radiografía de la región ifiaca, en la que se nota un aumento del hueso ilíaco izquierdo, estón de acuerdo con el diagnóstico.

A continuación se lee una carta circular del Dr. Arturo Lois, en la que da cuenta de la formación de la Federación Médica Chilena del Seguro Social y del objetivo que esta entidad persigue. Se discute ampliamente sobre este tema, y después de ser examinados todos sus puntes se acuerda enviar una nota al doctor Lois, presidente de la nueva Federación, en la que se manifiesta la adhesión de los médicos de la Caja local del Seguro Obligatorio de Coronel.

Se levantó la sesión, a las 16.15 horas.—Dr. Moisés Aracena Q., Médico Director. — Carlos Martínez A., Secretario.

#### HISTORIA CLINICA

Nombre.-D. S. V., asegurado, inscripción N.o 1.564, Caja local de Arauco.

Antecedentes.—5 hijos vivos, 4 muertos. No acusa enfermedades venéreas. No bebe ni fuma. Tuvo tifus exantemático hace un año.

Enfermedad actual.—El 19 de Noviembre es enviado por el médico del Hospital de Arauco, con el diagnóstico de Lumbago. Desde hace dos meses siente dolores a la región inguinal izquierda, dolores que le dificultan la marcha,

Examen físico.—Enfermo enflaquecido, de dentadura en buenas condiciones Corazón y pulmones normales. Presenta una deformación de la columna vertebral,

Abdomen.—A la palpación siente dolor en la región illaca izquierda, donde se palpa un tumor duro, fijo al hueso.

En estas condiciones es enviado al Hospital de Coronel, con el diagnóstico de: Probable Sarcoma del hueso ilíaco izquierdo.

Se le saca una radiografía de la región ilaca, la que acusa una deformación, con aumento apreciable de volumen, del hueso ilíaco izquierdo. Se solicita a Concepción la autorización necesaria para que el enfermo se traslade a fin de someterlo al tratamiento de Radioterapia profunda, la que es concedida, pero el enfermo no ha vuelto.

### Conferencias, Congresos y Cursos

#### JORNADAS MEDICAS DE MAGALLANES

La Asociación Médica de Magallanes ha organizado unas Jornadas Médicas que se realizarán en la segunda quincena de Enero. Estas Jornadas concidirán con la apertura de da exposición que hará afluir gran cantidad de médicos y público en general, lo que facilitará la idea de los colegas, que deseen asistir a este torneo científico por las facilidades que habrá para transladarse a esos jugares.

El tema de fondo será la Tuberculosis en su aspecto clínico y sobre todo en su aspecto médico social,

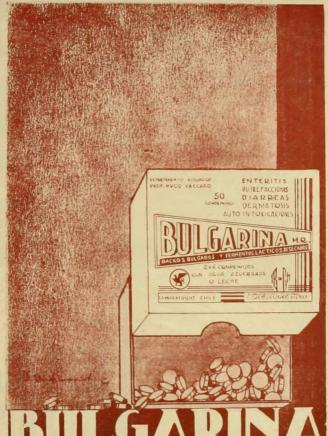
La Sección Médica se ha interesado vivamente por estas Jornadas y ha solicitado a todos los servicios de broncopulmonares que existen a lo largo del país, que envien su colaboración a estas jornadas médicas.

#### LA TERCERA SEMANA DE LA EXPERIEN-CIA QUIRURGICA Y LA SEXTA REUNION ANUAL DE MEDICINA

Un buen éxito, sin precedentes dentro del ambiente médico chileno, han constituïdo estas dos reuniones médicas que celebran anualmente la Sociedad de Cirujanos de Hospital y la Sociedad Médica de Santlago.

El interés manifestado por los colegas de provincia, quienes enviaron numerosos trabajos científicos, y aún más, la presencia de numerosos médicos que han venido de todo el país, constituyeron el principal aporte a estas dos reuniones médicas,

Precisamente éste ha sido el motivo que ha influído en el Directorio de la Sociedad de Cirujanos para celebrar la próxima reunión anual en Concepción. La decisión tomada por esta institución cientifica ha sido elogiosamente comentada por todos los que se desyelan en llevar les beneficios de la cirugía a nuestro pueblo,



DE PROPAGANDA AGUSTINAS 1070 - OF 210 - TEL. 63561

### LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

### INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile...... \$ 20.—

En los demás países de América... 30.— (moneda chilena)

### ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año I

Santiago, Febrero de 1935

N.0 9

### La Reserva Vital

Preocupación fundamental de los técnicos financistas de las Cajas de Previsión Social, en el mundo, es el acrecentamiento de las reservas económicas, de modo que cubran, en todo momento, los riesgos que la ley aseguró a sus imponentes. De ahí sus tres drásticas exigencias respecto a la forma de inversión de los capitales acumulados: 1.0, seguridad de las inversiones, esto es, que estén suficientemente garantidas; 2.0, rendimiento fijo y más o menos elevado de intereses; y 3.0, que produzcan un beneficio social.

Indiscutiblemente que llenadas estas condiciones, las inversiones de capitales acumulados logran un óptimum de seguridad que las pone a cubierto de desvalorizaciones ocasionales que pudieran ocasionar pérdidas cuanticeas e imposibilitar a la Institución para cumplir debidamente sus compromisos.

Es por esto que las tendencias manifestadas en los últimos años en la política inversionista de las Cajas de Previsión conducen a dar preferencia a los "valores reales,"

Sin discutir estas opiniones de los técnicos financistas, como médicos tenemos la obligación de plantearnos el problema de saber si hay algún otro "valor real" igualmente seguro y reproductivo.

Categóricamente podemos contestar que este valor existe. Es el hombre mismo. Pero como las Cajas, por lo general, atienden al hombre sólo en determinada época de su vida —cuando ya es un productor— y sólo cuan do se presenta con su salud alterada, se comprende que no nos referimos únicamente al hombre de hoy, sino, en especial, al de mañana: EL NIÑO.

únicamente al hombre de hoy, sino, en especial, al de mañana: EL NIÑO.

EL NIÑO ES LA RESERVA VITAL DE LAS CAJAS. — Es el único "valor real" digno de una inversión segura y reproductiva. No es un valor cotizable en los centros bursátiles. Es verdad. Pero es el futuro creador de todos los valores bursátiles. Cuanto se haga por la salud del niño representa, en plazo no lejano, un acrecentamiento de las reservas económicas de las Cajas y una disminución de los gastos en atenciones "reparativas" de la salud de los asegurados. El esfuerzo productor, sistemático, ininterrumpido y eficaz, de un hombre sano, es el más alto rendimiento de intereses que se puede exigir a un capital cualquiera.

Toda la Medicina contemporánea está impregnada de estos principios. Tiende a ser más una Medicina preventiva que curativa o reparativa. Y el centro de gravedad de sus atenciones se desplaza hacia el niño. Se comprende que así sea: es más difícil y dispendioso reparar el viejo y agrietado edifício del hombre adulto que proporcionar a iniño todos los materiales para la construcción de un espládido y repuesto organismo.

para la construcción de un espléndido y robusto organismo.

La Sección Médica ya ha hecho mucho en este sentido por medio de sus Consultorios Maternales, donde proporciona toda clase de atenciones. desde el período prenatal hasta el término de la lactancia. Y está satisfecha de la experiencia realizada: la mortalidad infantil, que oscila en Chile entre

el 25 y 30 %, ha descendido en esos Consultorios al 4 %.

Los resultados obtenidos ha podido apreciarlos el público en la Fiesta de la Madre y el Niño verificada en los Consultorios provinciales al término del año recién pasado con motivo de la entrega de los premios otorgados por la Caja a los más sanos exponentes de los Consultorios. La prensa ha comentado elogiosamente la trascendencia del acto y de la labor silenciosa de los médicos. Y la fiesta dejó un eco profundo en el corazón del pueblo.

Pero lo hecho es insuficiente todavía. Más allá del período prenatal y de lactancia hay otras etapas de la vida de los niños de nuestros asegurados en que permanecen huérianos de una atención médica eficiente y organizada. Es así cómo siguiendo la evolución de un grupo de niños desde el momento en que el Consultorio cesa de atenderlos (8 meses) hasta los dos años se ha observado que la mortalidad vuelve a subir rápidamente hasta alcanzar una cifra cercana al 19 %.

Se impone, pues, un PLAN DE DEFENSA DEL NIÑO que tienda a realizar el desiderátum perseguido: proporcionar atención sistemática en

todas las etapas de la vida del niño.

La Sección Médica, con los antecedentes que obran en su poder, está empeñada en elaborar este plan, que tendrá dos finalidades principales: 1.0, mejorar las condiciones biológicas propias del niño; 2.0, modificar las condiciones del medio en que el niño se desarrolla.

Sólo cuando este plan esté en plena realización, podremos afirmar con

certeza: LA RESERVA VITAL DE LA CAJA ESTA A SALVO.

## Peritajes de Invalidez

Continuamente se vé obligada la Sección Médica a reparar los informes que los colegas extienden cuando se trata de casos de invalidez.

La gran mayoría de los informes, a pesar de las instrucciones precisas que se han impartido, dejan mucho que desear y no llegan a ser verdadetos peritajes médico-legales en que las conclusiones estén debidamente fundamentadas.

Para demostrar la veracidad de lo recién dicho, desde el próximo número publicaremos los informes que tengran interés, con los comentarios que cada caso requiera, así como también aquellos que podemos considerar como modelos, pues felizmente contamos con un apreciable porcentaje de ellos.

Naturalmente que esto se hará en forma objetiva y absolutamente impersonal, pues el único propósito que nos guía es el perfecionamiento de todos los resortes de nuestra organización.

### Operación Cesárea

#### DR. GERMAN ALIAGA

RELACION HECHA POR EL DOCTOR GERMAN ALIAGA LARREA EN LA SESION CL. NICA DE LOS MEDICOS DE LA CAJA DE SE GURO OBRERO DE 7 DE NOVIEMBRE DE 1934

Señores:

Nuestro jefe y amigo, el doctor Taborga, me ha pedido que me ocupe en esta sesión de algún tema de interés profesional. Deferente con el colega y obediente a la disciplina, he aceptado gustoso, eligiendo la Operación Cesárea, que es-

pero ha de ser del agrado de ustedes.

Entre las razones que he tenido en visia para elegir este tema, he de referirme a las siguientes: 1) La Operación Cesárea, desde los tiempos más remotos ha llamado la atención del público en general, y del médico en especial, a causa de los peligros que entraña para la madre y las sensacionales efrcunstancias en que se procede a su ejecución; 2) Sus indicaciones provocan todavía divergencias entre los cirujanos y los tocologos. y, 3) Hace poco tiempo he asistido en mi servicio del Hospital a una asegurada de la Caia del Seguro Obrero, que presentó una complicación tardía de la Operación Cesárea, que hizo necesaria una intervención quirárgica.

En la presente relación haré, en primer lugar, una somera historia; en segundo lugar, una suscinta descripción de los diferentes métodos operatorios; en tercer lugar, estudiaré sus indicaciones: finalmente describiré el caso clínico a que me he referido, y concluiré con la Estadística de las operaciones ejecutadas en nuestra Maternidad.

\* \*

Remontándonos a los tiempos mitológicos, se cuenta que Apolo descendió del Climpo y abrió el vientre de Coronis para extraer a Esculapio; de manera que el padre de la medicina habría venido al mundo gracias al sacrificio de su madre.

En la época Romana, uno de los siete reyes. Numa Pompillo, dietó la Lex Regis, que obligaba a abrir el vientre a toda mujor embarazada, que llegada al término, no alcanzase a expulsar el producto de la concepción. Muchos historiadores creen que algunos Césares romanos han nacido en usta forma, y que a esta circunstancia se debe el nombre de la operación; pero, tomando en cuenta la etimología de la palabra, es más verosimil admitir que "ceaárea" se deriva del Verbo latino caedere, que significa seccionar o cortar.

Desde los primeros tiempos de la Era Cristiana, la sección abdominal fué practicada en las madres fallecidas durante el trabajo del parto, para bautizar al niño y librarlo de las penas

del Limbo. +

S. dies que Enrique VIII, en 1491, mando a abrir el vientre de Juana Seymour para extraer a su hijo, que bajo el nombre de Eduardo VI, vivió hasta la edad de 16 años, gracias al sacrilicio co su madre. La primera operación Cesárea fellz fué pracicada en el año 1500, por un castrador de cerdos, Jacobo Nufer, en el Condado de Turgovia (Suiza). Nufer, viendo que su mujer no podía dar a luz, después de cuatro días de horribles sufrimientos, tuvo la valentía de seccionarle el vientre y extraer al niño, sobreviviendo el hijo y la madre, la que posteriormente tuvo otros pertes normaies.

La primera monografía sobre la Operación Cesárea en el vivo fué escrita en el año 1581, por Francisco Rousset, la que provocó el entusiasmo de muchos parteros que se aventuraron a practicar la operación preconizada por Rousset, pero los resultados fueron tan desgraciados, que después de poco tiempo cayó en descrédito.

Es necesario flegar al siglo XVIII para ver producirse una reacción a favor de la Operación Cesárea, siendo Boudelocque uno de sus ardientes partidarios, pero a pesar de su gran prestigio, no consiguió haceria surgir.

El descubrimiento de la sinfisectomía en 1777, dió lugar a una acalorada controversia entre cesaristas y sinfisectomistas, obteniendo estos últimos mayor número de adherentes, puesto que la sinfisectomía no tenía los grandes peligros de la Operación Cesárea.

Las estadísticas de 1789 a 1799 dan una mortalidad global de 80 olo para la Operación Cesárea. En este mismo período en París y en Viena moría el 100 olo de operadas, casi todas de infección.

La causa de esta enorme mortalidad era debida,—además de la infección.—a la deficiencia de la técnica; pues hasta entonces ningún operador se atrevía a suturar el áfero. Sólo en el año 1835. Vell, en Francia, suturó por primera vez el utero. y cinco años más tarde Malsaigne practicó su primera cesárea con sutura uterina.

En 1876, Porro de Pavía, dió a conocer la operación que lleva su nombre. Este cirufano, en vista de los constantes fracasos de la cesárea con conservación de! útero, pensó que la extirpación de este órgano. después de la extracción del nito, al través de una incisión de las paredes abdominales y uterina, sería de mejores resultados, y el 21 de mayo de 1876 practicó su primera operación, haciendo la sección del útero en su unión con el cuello y dejando este exteriorizado.

La operación de Porro fué recibide con apiausos, pero tenía el gravo inconveniente de dejar mutilada a la mujer y, por consiguiente imposibilitada para una nueva concepción; y los tocólogos continuaron buscando la manera de perfeccionar la cesárea conservadora. En 1882, Sanger, ayudante de Leopold, en la Clínica de Munich, tuvo el mérito de proponer un procedimiento de sutura del útero en dos planos, uno profundo y otro superficial, y de esta manera dar mayor solidez a la cicatriz.

Pero a perar de los perfeccionamientos aportados, los resultados inmediatos de la Operación Cesárea continuaron siendo mediocrez, debido a que en la mayoría de los casos las intervenciones se bacían tardiamente, cuando ya la infección había invadido la cavidad uterina. Durante los últimos cuarenta años, cirujanos y tocólogos se han esforzado en perfeccionar la técnica y fijar las indicaciones de esta importante operación.

Tres son los procedimientos fundamentales que se ponían en práctica hasta principios des presente siglo:

1.0 La Operación Cesárea clásica, conservadora, que más propiamente debía denominarse histerolomía abdominal.

2.0 La Operación de Porro, o más propiamente la histerectomía subtotal, con pedículo exteriorizado; y

3.0 La operación de Dühersen o histerotomía vaginal.

Posteriormente se han introducido numerosas modificaciones a cada uno de eços procedimientos básicos; así, la histerectomía abdomínal puede ser alfa o baja, según sea el sitio donde se haga la incisión del útero; puede ser transperitoneal o subperitoneal.

La histerectomia de Porro, puede ser sub-

total con pediculo interior o total.

La histerotomía vaginal tiene también algunas variantes; pueden practicarse una incisión anterior y otra posterior en el cuello, o solamente una incisión anterior.

Finalmente debemos mencionar la operación propuesta por Portes, ayudante del profesor Pirard, en la Maternidad Boudelocque, y que consiste en dejar exteriorizado el cuerpo del útero durante algunos días. Cuando estuve en París, en 1910, tuve ocasión de ver practicar a Portes sus primeras operaciones.

"Empezaremos por la Cesarea clásica o conservadora, que consiste en abrir la cavidad peritoneal haciendo una incisión longitudinal en línea media, cuya extensión debe ser de 18 a 20 centímetros, hasta llogar a la capa serosa, y en seccionar después la cavidad uterina en su línes media anterior.

Esta incisión ha sido variada de diversas maneras; algunos la practican en sentido transversal, en la base del cuerpo del útero; otros la

bacen en la parte inferior, etc.

Una vez abierto el útero, se incinde la bolsa amniótica y se deja salir el líquido, extrayendo después rápidamente el niño pasándolo al ayudante para que se ocupe de su atención; mientras tante el operador procede a la extracción de la placenta y membranas.

A veces suelen presentarse hemorragias, sobre todo cuando la incisión uterina cae sobre la placenta, insertada en la pared anterior. La única manera de hacer frente a este accidente, es ter-

minar luego con la operación.

Una vez vaciada la cavidad uterina, algunos aconsejan introducir una tira de gasa en la cavidad uterina, que se hace salir por la vagina. Vo, sa mis operaciones, no la he empleado nunca.

Se cierra en seguida la pared del útero en feo pianos, se limpia la cavidad peritoneal y se sutura la pared abdominal por el procedimiento habitual.

Estimo que sería cansar la atención de miscolegas describir la técnica de las diversas modifficaciones que se han hecho a la cesárea clasica; las indicaré brevemente; tenemos en primer lugar la cesarca baja o suprasinfisaria, de los autores alemanes que consiste en practicar la incirión uterina en la parte inferior, sobre el segmento. La cosárea extra peritoncal en la que se abre la cavidad uterina sin incindir el peritoneo, que se rechaza hacía arriba. La cesarea transperitoneal, que consiste en seccionar la serosa en el primer momento de la operación y en suturarla después, antes de abrir el útero. El objeto de estos dos últimos procedimientos es evitar la infección de la gran cavidad peritoneal, defandola completamente excluída. La incisión abdominal más cómoda para ejecutar las cesáreas que acabamos de mencionar es la transversal de Pfangenstiel.

En la operación de Porro se extrae el niño, como en la cesárea cilsica, y se amputa después el cuerpo del útero, previa colocación de un tubo de caucho en la parte inferior del cuello, que se anuda fuertemente airededor de él, a fin de obtener una hemostasia efficaz. El muñón formado por el cuello debe quedar exteriorizado y, para impedir su desizamiento se atraviesa usa broche de acero por encima de la ligadura; se hace la limpieza del muñón y se le cauteriza con el termocauterio. Se termina suturando la pared abdominal, en su parte superior,

En los días siguientes se esfacela la parte del muñon, situada encima de la ligadura elástica, y después de auince o más días termina por corrarse la herida.

La operación de Porro se practica ya muy raras veces, prefiriêndose en su lugar la histerectomía total.

En la operación de Portes, después de practicada la extracción del niño, se deja el útero exteriorizado: y se espera algunos días para ver el curso que sigue la enferma. El objeto que se tiene en vista con esta operación se evitar la infección peritoneal. Si después de cuatro o más días no se produce esta infección, se repone el útero en su sitio.

Por fillimo, tenemes la cesarea vaginal, propuesta por Duhrsen en 1895, que consiste en practicar dos incisiones; una en la parte anterior del cuello y otra en la posterior, o solamente en la pared anterior, como lo hace Bumm. Se pone a la vista el cuello, colocando un separador en la pared posterior de la vagina, se toma el hocico de tenca con dos pinzas de garfios y se incinde longitudinalmente la pared del cuello, cu'dando de separar la vejiga, hasta llegar a la vecindad del fondo del saco peritoneal vésicouterino. Igual cosa se hace en la parte posterior del cuello. Gracias a estas incisiones, es fáell terminar el parto, ya sea por versión o por forceps; e inmediatamente se extraen las secundinas. Por precaución se aconseja dejar un drevaje en el fondo del saco vaginal posterior, y se suturan con catgut las heridas del cuello.

Las complicaciones de la operación cesarea pueden ser inmediatas o tardías. Entre las primeras se encuentran el schok, la hemorragía y principalmente, la infección. Entre las diemas tenemos todas las complicaciones inherentes a las grandes laparotomias y, especialmente, la eventración y las adherencias del útero a la pared abdominal.

\* \*

Las indicaciones de la operación cesárea en los casos de estrechez pelviana; pueden ser absolutas o relativas.

Son absolutas cuando el diámetro promontopúblico es de menos de 7 centímetros, en las nelvis aplastadas; de menos de 8 centémetros en las pelvis aplastadas y generalmente estrechadas, y de menos de 9 centímetros en las generalmente estrechadas. En estos casos la operación cesarea puede ser promatura, es decir, al fin del embarazo; tomando en consideración la edad exacta de este y el estado de desarrollo del nino, lo que no siempre es fácil. Practicada la cesárea cumpliendo las condiciones indicadas, da óptimos resultados. Pero en caso de duda, es preferible esperar las primeras demostraciones del parto, y practicar la cesarea precoz, que también es de pronóstico favorable, puesto que se interviene cuando el niño ha llegado a su completo desarrollo y no es de temerse la infec-

Las indicaciones son relativas, cuando el diámetro promonto-público es de 7 a 8 centímetros en las pelvis aplastadas; de 8 a 9 en las pelvis aplastadas y generalmente estrechadas. y de 9 a 10 en las generaciones estrechadas. En estos casos es preferible esperar que el trabajo del parto se desarrolle, que el útero despliegue su estuerzo, se intervenir solamente cuando el parto espontánco no sea posible, cuando la aplicación del forceps pudiera presentar serios peligros, practicando entonces la cesárea retardada.

Las indicaciones de la cesárea fuera de la estreches pelviana, han sido muy ampliadas en los últimos tiempos. En el Congreso de Ginecología y Obsterricia celebrado en París en Octubre de 1921, el profesor Cubelaire, uno de los relatores del tema sobre "Indicaciones de la Cesárea fuera de las estrecheces pelvianas", desarrolló con la inteligencia y competencia que le son características, esta importante cuestión, llegando a precisar sus indicaciones a los siguientes casos:

1.0) Obstáculos previos, que pueden estar constituídos por fibromas uterinos, tumores sólidos o l'aujdos del ovario, estenosis cicatriciales del cuello o de la vagina, tumores óseos de la petvis, etc.. siempre que estos obstáculos no puedan suprimirse antes del principio del trabajo.

A propósito de estos obstáculos previos de de referir una caso de mi práctica, que considero intercesante. Hace algunos años ful llamado para asistir a una enferma multipara, que se encontraba en trabajo, desde hacia 15 heras. El tacto vaginal me hizo descubrir un voluminoso tumor fluctuante, eituado por delante de la cabeza fetal, y que hacía absolutamente imposible su encalamiento. Este tumor no podía ser sino un quiste del ovario, e immediatamente lo puncioné, valléndome de una asuja de hipodermocilisis de grueso calibre, que llevaba en mi estuche de partos. Se dió salida próximamente a unos 1,500 sramos de liquido citrino, y pocos minutos des

pués fué expulsado el niño en muy buenas condiciones.

2.0 Estados patológicos accidentales: Tenemos en primer lugar los sindromas cataclismicos constituidos por la eclampsia y la placenta previa. En la eclampsia mão debe interventirse por via abdominal, cuando a pesar del tratamiento médico correctamente instituído, el estado de la madre es muy grave y está el niño vivo, o cuando el estado del cuello hace imposible la dilatación digital, y la cesárea vaginal no es realizable.

En la placenta previa, la cesárca abdominal está indicada cuando la hemórragia es muy profusa y no se ha modificado el cuello en una primípara, es decir, cuando hay distosia compleja.

En el desprendimiento prematuro de la placenta (sindroma hemorragico) las indicaciones de la cesárea abdominal son las mismas que las de la eclampsia.

Finalmente ciertas complicaciones del parto, como las presentaciones viciosas irreductibles en úleros esclerosos o contraídos. la proscidencia del cordón, pueden en algunos casos raros constituir una indicación de la cesárea abdominal.

Algunos cirulanos, sobre todo norte y sudamericanos, han exagerado considerablemente las indicaciones de la cesárea abdominal en los casos independientes de las estrecheces pelvianas. Así el profesor Llames Massini, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en un artículo publicado en la Revista Parisiense "Gynécologie et Obstétrique" en Noviembre de 1930, bajo el título "La supresión del parto en la eclampsia del fin de la prefiez", sostiene que debe intervenirse por la sección abdominal inmediatamente después del primer acceso convulsivo, y llega a la conclusión de que la supresión del parto por la operación cesárea precoz, en la eclampsia de los últimos meses de la gestación, con feto vivo, es el tratamiento que da mayor seguridad para la vida de la madre y la del

El profesor Turenne, de Montevideo, en otro artículo publicado en la revista antes citada, en Octubre de 1930, preconiza la operación cesárea por vía alta en todos los casos en que la placenta es accesible en la área del cuello, poco o nada dilatado, aón cuando no haya hemorragias actuales abundantes.

Como refutación a este exagerado intervencionismo, he de dar lectura a las conclusiones de B, F. Kouwer, de Utrecht, en un trabajo publicado bajo el título de "El porvenir de las mujeres después de la operación cesarea clásica",dice Kouwer: "Debemos protestar contra la tendencia actual de proclamar la cesárea como un tratamiento universal en todo caso de distosia. Convenzamonos nosotros mismos, convenzamos a nuestroà colegas, a nuestros discipulos, del hecho incontestable de que la operación cesárea es siempre aun una operación peligrosa, llena de consecuencias funestas para nuestras enfermas. Es a nosotros, obstétricos, que nos incumbe precisar la conducta que debe observarse en cada caso individual. Es a nosotros que nos toca elegir entre el parto prematuro artificial, la sinfisctomía, la cesárea alta o baja, la versión podálica, la aplicación alta del forceps, el parto espontânco. No es a los ginecólogos, que viven

lejos de la obstetricia diaria, a quienes les compite hacer la elección. Nosotros, parteros prudentes, debemos protestar contra ej diuvio de cuárcas altas o bajas inútiles, creadoras de estadísticas formidables y espantosas. Protejamos el porvenir de nuestras madres."

. .

El caso clínico a que me he referido es el siguiente:

A. D. de D., de 24 años de edad, casada desde

Antecedentes hereditaçios; Su padre murió hace cuatro años y su madre murió en 1921 a causa de hemorragia por retención placentaria. Tiene siete hermanos; tres hombres y cuatro mujeres; todos sanos.

Antecedentes personales: Ha sozado siempre de buena salud: su primera menstruación se presentó a los 14 años; a los 18 años tuvo un parto de término con intervención quirúrgica y después dos abortos, uno a los cinco meses y otro a los tres meses.

En Agosto de 1929 fué operada de cesarea (por el doctor Zunzunegul), a causa de ataques de celampsia. Las consecuencias inmediatas fueron muy buenas; fué dada de alta a los 15 días. El niño está vivo y es sano. Su menstruación se restableció con regularidad.

En 1931 se hizo embarazada nuevamente, pero tuvo muchas molestias en el abdomen, a medida que progrezaba el embarazo, la cientriz era dolorosa y la pared abdománal se le hundia. Al quinto mes se produjo el aborto. Al año siguiente, nuevo embarazo, con los mismos caracteres que el anterior. Abortó a los tres mesca. (Fusatendida en la Sala del Carmen), y en vista de que la causa del aborto era la adherencia del tiero a la pared abdomínal se le aconsejó una intervención quiridargica para desprender el útero.

Examinada la enferma en periodo fuera del embarzao, el tacto vaginal no permifia espontrar el hocico de tenca, pero por la palpación bimanual, se tocaba el fondo del diero adherido a la pared abdominal, por detrás del ombilgo.

Enfermedad actual: En Agosto del presente ano se presento la enferma en mi consultorio, a causa de las mismas perturbaciones de los embararos anteriores. Su última menarruación tuvo luzar el 23 de Junio.

Presenta como síntomas subjetivos, dolor a lo largo de la cleatriz abdominal, acompañado de una sensación de tracción y vómitos frecuentes.

Al examen objetivo se nota en el abdomen una hendidura transversal a la altura del ombliso, debida a la tracción ejercida por el fondo del fiero adherido a la pared. El cuello del diero en inaccesible al tacto vaginal. A la palpación bimanual se nota aumentado el cuerpo del diero. Se diagnostica embarazo de dos meses, y tomando en cuenta los dos abortos anteriores, se aconseja la operación inmediata, que es aceptada por la paciente, quien se hospitaliza en mi servicio de cirugía.

La operación se efectúa el 15 de Agosto, Anesteria general. (mezcla). Operador doctor Aliaga ayudante doctor Feliú. Incisión paralela a la cicarriz, a distancia de un contimetro de élia; los tegidos que hay que cortar están duros y fibrosos; en el fondo se presenta el útero finimamente adherido a la cicatriz en la extensión de
un puño derrado. El desprendimiento del útero
circea difunitades. Se peritoniza en la mejor
forma posible la superficie desprendida del útero; éste vuelve a su sitio normal y se cierra la
pared abdominal por el procedimiento habitual.
Duración de la operación, 25 minutos, Estado
post-operatorio, normal. Al 6.0 día se produjo
el aborto embrionario. Cicatrización p. p. Alta
sana el 29 de Agosto, Posteriormente he visto
a la operada en buenas condiciones de salud.

. .

He procurado reconstituir en la mejor forma nosible la Estadística de la Maternidad de Iquique, a partir de 1900. Durante los primeros 14 años se han asistido 1,297 parturientas sin ninguna operación cesárea. De 1914 a 31 de Octubre de 1934 se han asistido 7,892, lo que da un total de 9,099 partos en un período de tiempo de 35 años. Las dos primeras intervenciones se practicaron en 1914, y consistieron en dos cesáreas vaginales por celampsia, practicadas por mía raíz de mi respreso de Europa, donde habís tenido oportunidad de estudiar la operación vaginal en el servicio del profesor Durhaen en Berlín.

La primera cesarea abdominal fué practicada también por mí en 1916, Después de esta época las cesareas, sea abdominales o vaginales, se practicaron con relativa frecuencia. El doctor Daniel Escudero, durante el tiempo que fué interno del Hospital, practicó algunas cesáreas. El doctor Nicolás Taborga en los años 23 a 26, en que fué interno del Hospital, ejecuto también varias operaciones cesáreas. Desgraciadamente las estadísticas de la Maternidad hasta el año 1925 son incompletas. Sólo a partir de este año, en que me hice cargo de la Maternidad, el "Libro de Estadísticas" se ha llevado con exactitud.

El número de operaciones cesáreas consignadas en los libros hasta la fecha alcanza a 41. de las cuales 32 han sido por vía alta y 9 por vía vaginaj.

Las causas que han determinado la intervención, son:

Estrecheces	pe	lvia	n	18.		-		28	
Eclampsia. Placenta pr									
Obstaculos	pre	vios			-	3	*	1	2
Total			Ġ			4	2	5	41

Fomando en cuenta unicamente las operaciones practicadas desde 1925, sobre un total de 25 cesáreas abdominales, tenemos 8 muertes, o sea 32 o/o. Sobre 4 cesáreas vaginales, 1 muerte, 2 tea, una mortalidad de 25 o/o.

Agradezco a mis colegas la atención que se han servido prestar a esta somera exposición robre una de las operaciones tocológicas más imregiantes."

# El tercer Congreso de la Tuberculosis y sus relaciones con los Seguros Sociales

Prof. H. Orrego Puelma, Jefe de los Servicios de Tuberculosis de la Caja de Seguro Obligatorio

En la prensa se han comentado ya el desarrollo y las conclusiones del Tercer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, como asimismo la actuación que le cupo en él a la delegación chilena; nos limitaremos, pues, en estos breves comentarios a analizar sucintamente aquellas conclusiones que dicen relación con las actividades de la Ca-

ja de Seguro Obligatorio,

En lo que respecta al financiamiento de la lucha antituberculosa en los países sudamericanos, se reconoció de que es imposible esperar del aporte estatal y de la iniciativa particular la solución económica de este problema, igualmente grave para cada uno de nuestros países. Se acordó recomendar, en consecuencia, el aprovechamiento de todos los recursos susceptibles de aportar mayores entradas al fondo antituberculoso, ya sea por cuotas de los gobiernos, contribuciones a los artículos y esparcimientos que podrían considerarse suntuarios, colectas, estampillas adicionales, etc., reconociendo que todos estos medios forman sólo una ayuda parcial en la gran contribución que cada pais deberá realizar para la lucha antituberculosa, y cuyos cimientos están en el SEGURO ESPECIAL CONTRA LA TUBERCULOSIS, que afectaria a todas las categorías de rentistas y asalariados, llevando sus beneficios a aquellos que gocen de rentas por debajo de un standard capaz de proporcionar una vida fisiológicamente confortable, afectando, en cambio. EN CUANTO A CONTRIBUYENTES, a los que estén por encima de este límite, y que quedarian excluidos de los beneficios reseñados. Se dejó bien establecido de que este Seguro se referia sólo a la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, desglosándose de los rubros que guardan relación con las pensiones de vejez e invalidez, aun cuando esta última sea consecuencial a la tuberculosis misma.

Por lo que hace al tratamiento de la tuberculosis, es interesante hacer notar que

el Congreso reconoció como base de todas las actividades terapéuticas la cura de raposo y dieteto-higiénica, lamentando que las posibilidades económicas impidan realizar los distintos procedimientos de curación de la tuberculosis en el ambiente del hospital-sanatorio o netamente sanatorial. Y recalcamos la importancia de esta conclusión, porque ella envuelve para la Caja una fijación de rumbos en esta materia, corroborando lo que ya hemos sostenido tantas veces, o sea, de que es necesario restringir al minimun los tratamientos ambulatorios y aspirar a tener en breve plazo el número suficiente de camas para realizar seriamente el tratamiento de nuestros pulmonares.

Finalmente, otra de las conclusiones que se relaciona también con las actividades médicas de nuestra institución, es la que se refiere a los tratamientos que hoy en día podemos estimar útiles en tuberculosis, ellos son, fuera del aspecto que acabamos de enunciar, el pneumo-tórax, la cirugía torácica, y en ciertos y calificados casos, la auroterapia. El día en que la Caja pueda realizar estos métodos terapéuticos en los establecimientos adecuados, verá disminuir en forma notable las prescripciones que hoy día gravan a sus farmacias pesadamente, y que bien pocos resultados definitivos alcanzan entre los asegurados tuberculosos.

En 1937 se realizará en Chile el Cuarto Congreso Panamericano de la Tuberculosis. Ojalá podamos exhibir entonces la realización de nuestro plan mínimo de urgencia para la lucha antituberculosa, aprobado por el Primer Congreso Interno del Seguro Obligatorio; esta sería la primera demostración de una lucha armónica y científicamente coordinada, capaz de compensar los grandes egresos que ella determina, con resultados efectivos para la salud de nuestros

asegurados.

# Reuniones Clínicas de Consultorios

## CONSULTORIO DE IQUIQUE

SESION CLINICA CELEBRADA EL MIERCO LES 24 DE OCTUBRE DE 1934

Siendo las 19.15 horas, se reunieron en el locai del Policinico de la Caja de Seguro Obligatorio los médicos señores Nicolás Taborga, René Rodríguez, Germán Aliaga, Hernán Muñoz, Simón Tannenbaum, Julio Villaión, Arturo Zapfe, Ramón Feliú y José Guttérrez.

DR. TABORGA.—En la reunión en que coménzamos a hablar acerca de "Algunas consideraciones sobre el tratamiento metodizado de la sifilia" expuse que, a raiz de haber observado en las curas a que han sido sometidos los asegurados apreclables deficiencias, he creido necesario efectuar un estudio para emprender una lucha sistematizada contra esta enfermedad social, tan enérgica como lo permitan los medios con que contamos.

Hice especial bincapié en los medios de diagnostico, deteniéndome en los estudios efectuados por P. Ravaut, del liquido cétalo raquideo, quien legó a conclusiones interesantes, por las alteraciones que se observan. y que permitien los medios necesarios para dirigir un tratamiento anti-luctico. En esa oportunidad analicé con aigún detenimiento estas alteraciones y que se refieren s la Reacción Celular, especialmente a la importancia 'que significa la presencia de Plasmazeilen, Reacción de las Albūminas, y, por último, las reacciones de Fljación del Wasserman y de floculación.

La importancia del examen del líquido céfaloraquideo no sólo está en relación a la sifilis nerviosa, pre-clínica o en aquella con sintomas manificatos, sino que también pueden sacarse conclusiones de interés para el tratamiento general de la lúcs, ya que un porcentaje bastante subido presenta las alteraciones a que nos estamos refiriendo.

Por último, también traté someramente de la importancia de efectuar exámenes de la sangre, no sólo usando la clásica Reacción de Wasserman, sino manifesté también la necesidad que existiría de utilizar reacciones cada vez más sensibles, con el objeto de saçar conclusiones del efecto que se obtene con el tratamiento.

En seguida pasé a tratar de los medicamentos utilizados para tratar la sifilis, citando los arsenicales, los penta y trivalentes; sus cualidades, su toxicidad, etc. Pasamos después a los mercuriales y compuestos bismúticos, llevando a efecto un recuerdo más o menos minucioso sobre sus propiedades terapéuticas y sobre su tolerantes.

También recordamos algunas ideas sobre piretoterapia y la importancia que ésta tenía, especialmente en la sifilis nerviosa.

Por consiguiente, nos queda sólo que estudiar la asociación de estos medicamentos, para terminar el tema que he abarcado.

Respecto al tratamiento de la sifilis, existe aquerdo en dividirla en distintos períodos, y la generalidad de los autores, especialmente los franceses, establecen cinco, a saber:

1.0 El Periodo de Ataque; 2.0 Período de Consolidación; 3.0 Período de Observación; 4.0 Período de Seguridad, y 5.0 Período de Vigilancia Indefinida.

El Período de Ataque consiste en combatir en forma sistemática y pertinaz el micro-organismo, sin dejar tiempo a que se defienda; obrando—si se me permite la comparación—cual una ametralladora.

Todos los autores están de acuerdo en que la primera cura debe ser tan intensa como lo permita la tolerancia del enfermo, llegando a usar douis altas, tanto en lo que se relaciona a la dosis misma, como a la cantidad total del medicamento administrado.

Ravaut, Milhan y Gougerot están de acuerdo en el fondo, pero no en los detalles, es decir, entre la duración de la cura y el período de descanso; pero opinan uniformemente en que el tratamiento debe hacerse tan intensivamente como la tolerancia del enfermo lo permita.

Ravaut comienza el tratamiento con Neo, dei 0,15 al 0,90, colocando una inyección cada ocho días hasta completar 8,25 u 8,50, intercalando Bi. entre una y otra inyección de Neo. Después, reposo de un mes, para volver nuevamente a una scrie semejante, es decir, Neo, hasta la cantidat de 8,25 gr., intercalando Bi. Después de dos meses de descanso, hace una tercera cura, pero no tan enérgica, pues no llega a la cantidad mencionada, siempre usando el Neo con el Bi.

Las tres series con sus descansos respectivos dura casi un año.

Habría que hacer diferencia, si el tratamiento se comienza con chancro y con Reacción de Wasserman negativa o positiva. Si el tratamiento se efectúa antes del décimo quinto día de la aparteión del chancro, en que se supone que el Spiroqueta no ha pasado aun a la circulación, u mejor dicho, no se ha fijado todavia en los tejinos de los órganos profundos, donde se defiende con mayor facilidad, y que, por consiguiente, el Wasserman y el Kahn son negativos, Ravaut termina el tratamiento para permanecer a la expectativa. Ahora bien, si el tratamiento se comienza con Wasserman positivo, hace un Período de Consolidación, que más adelante lo trataremos.

Millán es mucho más activo y no deja período de descanso. Comienza, por ejemplo, a colocar Neo y recomienda dosis sumamente altas, do 1,05 gramo por dosis, y más, nempre que el enfermo lo tolere; repite estas dosis máximas por tres o más vecea. En la reunión anterior dijimos que las inyecciones de Neo deberian colocarse de después de cuarro o cinco días de intervalo, pues las alteraciones vagosimpáticas se presentan del 2.0 al 4.0 día, según lo ha establecido Millán, y que conviene tener presente cuando se usa este medicamento para podor interpretar en forma precisa la acción del tratamiento. Además,

convient tener presente también que este tiempose ha calculado suficiente para la eliminación del tóxico o, por lo menos, que el organismo quedaría en condictiones para recibir una nueva dosis. Millán recomienda do sa inyecciones de As, cará cinco días, comenzando por 0,30 y termina con tres de 1,05; no intercalando ningún otro medicamento mientras dura la cura. Inmediatamente terminada la serle con el As, pasa al Aceito Gris, 10 centigramos por dosis, cada seis días De más está decir que este tratamiento intensivo exige una observación prolija y constante del enfermo.

Liama la atención el hecho de que Millán prefiera el Acelte Gris a otros preparados mercuriales, como el Cianuro, a pesar de que este ditumo puede dosificarse con exactiud, y que por su riqueza en HG., es uno de los más usados. Considero que, además de las cualidades treponemicidas del Hg. metálico, tiene a su favor el Aceite Gris la facilidad de efectuar un tratamiento (1 o 2 inyecciones por semana) en enfermos que, por sus ocupaciones, no pueden distraer diaramente tiempo en efectuar su inyección. Tambien son bastante conocidas las intolerancias del Cianuro, que son lo suficiente frecuentes para mirar con algún receio su empleo sistemático.

Respecto al Acette Gris, no contamos en el comercio nacional con un producto o, mejor dicho, marca que nos merezca confianza; pues, en mi concepto, no es indiferente usar el Acette Gris sin reparar en su fabricación, pues hemos observado reabsorciones bruscas con el cortejo ineviande de las molestías propias a una intoxicación, mientras que con otros jamás se nos ha pre sen.ado, a pesar de haberio usado a larga mano.

Citaba el caso que un enfermo de mi clientela particular que, a pesar de haberlo tratado intensamente con As., Ah. (Cianuro) y Bi., la reacción de Wasserman permanecía intensamente positiva después de cuatro años. Efectué una cura con Aceste Gris (jeringa-ampolias Erce) a la dostce 0.08 dos veces por semana, durante tres meses, (más o menos de 26 a 30 injecciones), manifestandose solo al final de la cura una ligera jinjivitis que no significó mayores moiestías al enfermo; pero los resultados fueron maravillosos, por cuanto la R. W. de tres cruces viró a negativa. Sin dejar de reconocer que un caso no permite sacar conclusiones definitivas, por lo menos nos sirve para orientar nuestro criterio. Bien es cierto que jamás se me han presentado accidentes dignos de consideración usando el Acelto Gris en jeringas-ampollas; a pesar que en ningan otro caso he hecho una aplicación tan intensa, como en el caso referido anteriormente. No puedo expresar lo mismo respecto de aquel que encontramos en el comercio local envasado en ampolietas corrientes, con el cual observé dos accidentes graves en mi servicio del Hospital. Es indudable que tiene una importancia primordial la naturaleza del vehículo (fácil absorción) y la forma cômo se suspende el Hg. en él, es decir, no se producirían reabsorciones bruscas, mientras más fina es la división del metal y el vehiculo es facilmente asimilable.

Millan, después de esta segunda serle, vuelve al Neo, sin descanso previo, para inmediatamente hacer una cura con Bismuto. Terminada ésta, da per os yoduro a la desis de 4 a 5 gramos diarios durante un mes.

En consecuencia, la cura total dura de ocho a nueve meses, la que puede prolongarse hasta un año, negún el periodo en que se ha comenzado a tratar la sifilis y según la tolerancia del enformo.

Después de esta cura intensisima. Millan hace na Periodo de Consolidación, per os, a base de As., Bl. y Y.

Esta cura, sin descansos, puede suponer que los órganos de eliminación están sometidos a un trabajo exagerado, que si no se mantiene una vigilancia estricta, pudiera significar trastornos graves. Por esta razón, Millán recomienda que el Hg. y el Bi, jamás debieran colocarse en curas sucesivas, ya que las manifestaciones tóxicas de ambos son semejantes, y en por esto que aconseja que entre Hg. y Bi, debe intercalars. As., el que tiene propiedades tóxicas contrarias a los anteriores, y, por tanto, se le daría al organismo tiempo para eliminar un tóxico, mientras el otro actúa. Es indiscutible que con estabombardeo puede llevarse al Spiroqueta hasta su total aniquilamiento.

Este esquema Millán lo pone en práctica en las sifilis recientes. Cuando se trata de sifilis antiguas, siempre comienza con Aceite Gris, porque, según él, con esto evitamos manifestaciones de biotropismo o destrucciones masivas de Spiroquetas, hechos que van a manifestarse clínicamente. El Hg. tendría una acción más lenta y harta el papel de mordiente para el As, que vendría a continuación.

Vernes también recomienda hacer las curas usando en cada una de ellas un solo producto; es decir, ya sea As., Hg. o Bi. Gougerot comienza el tratamiento de ataque

Gougerot comienza el tratamiento de ataque aon As; recomienda dosis hasta 0,30, la que debe repetirse hasta completar 6 a 7 gramos, colocando una inyección por semana. También interenala Inyecciones de Hg. o Bi; pero nunca coloca istas hasta después de la 3.a o 4.a inyección de As., con el objeto de comprobar si el enfermo es arsénico-resistente; observación que no deja de tener importancia, puesto que se evitaría el uso de una substancia inactiva para esta clare de sujetos.

Gougerot hace cinco curas, las que duran un año. Establece descansos de 21 días entre una y otra. Eñ la primera usa As. y Bl; en la segunda, As. y Hg; en la tercera, Bl. (12 inyecciones); en la cuarta vuelve a usar Bl., y en la quinta As.

A mi entender, el esquema de Gougerot permite un tratamiento enérgico e intenso, dejande un tiempo para que el organismo se reponga de la acción del tóxico. Estimo que este sea quizas uno de los más aceptables, y es el que he seguido para el tratamiento de mis enfermos, con la diferencia de que en vez de tres semanas de descanso, doy cuatro en las primeras curas y sela en las últimas, prolongando este período de ataque hasta cerca de un año y medio. Después de este Período de Ataque, todos están de acuerdo en imponer el Período de Consolidación; éste no es de tanta actividad como el primero, sino que deja un tiempo de descanso más prolongado y que también tiene relación con la presencia o no presencia del Wasserman positivo en el comienzo del tratamiento, y, como su nombre lo indica,

está destinado a consolidar los resultados obte-

De más está que deje constancia que, si no se ha logrado dominar la enfermedad, clínica o humoralmente, el período de ataque debe prolongarse hasta que se obtengan los resultados que se desean.

El período de ataque, Millán lo hace durar ocho meses, actuando a manera de una ametra-liadora; es decir, coloca al organismo durante todo ese tiempo bájo la acción constante de medicamentos antisifiliticos. El período de consolidación de Millán dura cortos meses, utilizando Hg., As. pentayalente, Yoduros, per os.

En el Período de Consolidación, Ravaut hace tres curas Arseno-bisemúticas o Arseno-mercuriales durante tres años; y Gougerot, cuatro curas al año, durante dos a cuatro años, según el período de la enfermedad en que se comenzó a hacer el tratamiento.

Después de haber afianzado los resultados obtenidos con el tratamiento de ataque, Millán deja a; enfermo, no porque haya alguna seguridad en su curación, sino porque habrian razones para suponerlo; observándolo-durante un año más,

Vernes ha fijado en ocho meses el tiempo en que las reacciones pudieran aparecer, conclusiones que ha obtenido en el estudio de la floculación de la sangre.

De aquí que se haya establecido un tercer periodo en el tratamiento de la sifilis, el Periodo de Observación, el cual tiene por único objetivo el observar las manifestaciones clínicas y humo-



rales que pueden presentar en los enfermos tratados. En consecuencia, durante estos ocho meses, periódicamente deben efectuarse Wasserman
o Kahn. Especialmente al final de los ocho meses, el examon del líquido céfalo raquídeo tiene
una importancia conosiderable, sobre todo si ha
presentado alteraciones antes o contemporáneaniente al tratamiento; pues muchas veces se producen modificaciones en la reacción de la sangre, mientras que la Reacción de las alhuminus
y celular del líquido céfalo raquídeo persisten
o se han modificado en una mínima parte.

Anteriormento difimos que Millán suspende todo tratamiento déspués de una última cura de sels meses per os. Vernes también acepta este temperamento; ninguno de los dos asegura que el enfermo está libre de una residiva.

Fournier, Sicard, Ravaut, Gourgerot y muchos otros recomiendan no interrumpir el tratamiento, sino que, a pesar de que las reacciones humorales y manifestaciones clínicas permiten suponer que la infección pudiera estar dominada, aconsejan continuar las curas, no ya en forma tan intensa como en los dos primeros períodos, sino que en forma menos activa, utilizando tanto las invecciones com la vía oral y rectal.

Entre las razones que se han dado para establecer este Período de Seguridad, existirian las que Fournier y Gougerot han expresado en relación a que la aparición de las effilis nerviosas y especialmente la P. J., se presenta después del 5.0 al 15.0 año de iniciada la infección. Estos autores manifiestan que no habrían razones fundadas para dejar sin tratamiento a un sifilítico en el periodo más peligroso para éstos, sobre todo cuando estos tratamientos son inocuos.

Este período se hace durar del 3,0 o 5,0 año hasta el 10,0 después de haber comenzado la enfermedad.

Después de 10 a 12 años de tratamiento se podría dejar de administrar medicamentos; pero jamás debe abandonarse la observación clínica y serológica.

Ya hemos tratado de las alteraciones del Ifquido céfalo-raquideo, estudiadas por Ravaut, v su interpretación en las sifilis nerviosas pre-clinicas y clínicas, Siendo la cifilis nerviosa una de las manifestaciones más tardas de la enfermeciad, en este Período de Vigilancia Indefinida habria que dar también la importancia debida a las alteraciones del Céfalo Raquideo.

Hasta aquí no hemos citado casos en los cuales debe usarse la malario-terapia y las substancias piretógenas. Este es un tema muy interesante, pero aun poco difundido y puede ser, por si solo, tema para una futura ocasión. La malura-terapia utilizada especialmente en el tratamento de la sifilis nerviosa, es un elemento terapéutico especializado, qua no encuadra dentre de los tratamientos generales, y menos aun cuando tratamos de fijar un esquema que sirva de pauta à un plan metodizado.

Los conceptos expuestos tienden unicamente a llevar vuestra atención al estudio de un problema que precisa toda nuestra precupación, si equie antes no lo hubiérnis hecho, con el objeto de implantar en el Consultorio de la Caja de Seguro un sistema de tratamiento, o bien, si es conveniente, dejar al médico tratante en libertad

absoluta de desarrollar el plan individual que de-

Al comenzar esta exposición, ya he manifestado que los asegurados no siguen una cura racional de su sifilis, y estimo que la Caja de Seguro
no puede quedar impasible ante estos hechos. Demás está que os manifieste, puesto que es de
vuestro conocimiento que en las consultas de este Policlínico son frecuentisimas las hipertensiones, las aortitis, cardio nefritis, etc., en las cuales no siempre es fácil establecer el origen treponémico de la afección; pero si agotáramos los
medios de investigación para este objeto, obtendirámos sorpresas interesantes, en las cuales también juega un rol preponderante una característica especial, cuyo origen es el trabajo de esfuerzo al máximum, frecuente en esta región.

Un punto que debemos tener en cuenta es la desidia y falta de Interés del asegurado en su propio tratamiento, y ya había dicho anteriormente, que de la observación del Calendario del Sifilitico, excepciones son aquellas que terminan una cura; por consiguiente, mucho más escasos son aquellos que respetan los consejos del mé-

dico.

De esto se deduce que cada uno de nosotros de la necosidad que existira para que efectuasen su tratamiento; pues, puede esperarse mucho más de la palabra ilustrada, convincente del
médico, ante la palabra fifa de un boletín de
propaganda. Estimo que si cada uno de nosotros
tuviera el conveucimiento de los resultados que
obtendifamos por este medio, bien poco tendríamos que agregar para establecer una efectiva
lucha antistifilitea.

Durante mi exposición ustedes me han oldo habiar de Plan Metodizado y jamás en esta misma exposición habrán oldo la palabra "Standard". Presente tengo aquel precepto que dice que "no existen enfermedades; sino que enformos". En consecuencia, no podemos fijar un plan de tratamiento cerrado, sino, en mi concepto, debe efectuarse un tratamiento de acuerdo con un método de antemano establecido; pues no escapará a la penetración de ustedes la gravedad que encierra el desorden que hemos observado en este Consultorio.

Antes de dar mis conclusiones, deseo conocer la opinión de ustedes, a este respecto, y fijemos entre todos, cuál de los cequemas estudiados tan someramente, podría servir de base para instituir un tratamiento antiluético, en forma racional y de acuerdo con los conocimientos ac-

tuales.

DR. VILLALON. — Yo creo que sería conveniente catalogar a todos los sifiliticos que se atienden en la Caja de Seguro Obligatorio; es decir, los que están actualmente medicinándose, y los que han dejado de tratarse. A estos últimos, buscarlos para el tratamiento, siguiendo alguno de los esquémas indicados por el doctor Taborga, pareciêndome el de Ravaut el más aceptable; ésto último sería cuestión de resolverio.

Todos estos enfermos podrían quedar bajo la vigilancia directa de la Visitadora, quien cuidaría de estar siempre al corriente de sus cambios de domicilio o residencia; porque a mi me ha pasado que muchos enfermos que he tenido en tratamiento, de un memento a otro se van

de Iquique a trabajar a la Pampa, y como no dan mayor importancia a su tratamiento, no lo hacen saber. Por este motivo estimo que un ladividuo que esté en curación, y que por razones de trabajo la abandonara, debería ser recomendado donde se dirija, especialmente si va a trabajar en aiguna sallirera.

DR. TABORCA. — Desgraciadamente estamos cansados de observar que el enfermo que quiero, se cura, y el que no lo desea queda abandonado a su propia suerto, sin que exista una fuerza moral o de otra naturaleza, que induzca a los reactos a efectuar su tratamiento.

Precisamente, basado en ésto, había pensado, como conclusión a esta exposición, la idea que acaba de exponer el doctor Villaión. Pero antes que nada, debemos estudiar un plan de tratamiento que servirá de base a la acción de la Visitadora Social.

DR. TANNENBAUM, S. — Quiero referirme a las dosis minima y máxima de Neo, en que hay que tener en cuenta ciertas condiciones climatéricas, que considero son importantes en estas regiones, donde los medicamentos no se toleran con la misma facilidad que en otras. Eso está demostrado hasta la evidencia; en climas calurosos se toleran menos...

DR. TABORGA. - Yo estoy tratando varios casos; a todos les he seguido un esquema basado en el de Gougerot y he aplicado hasta 0,90, y, afortunadamente, me ha tocado en suerte, no haber sufrido contratiempos. El enfermo, siempre el temeroso; pues el terror que sembró ei 606 persiste en el ambiente, en la misma forma que el Hg., que a través de lon años ha derado la tradición de que hace perder la dentadura: a pesar que este accidente actualmente no se observa, porque sabemos dosificar y administrar el Hg. con mayores conocimientos quantaño. Este temor no digo que sea absolutamente infundado, pues ha habido casos de muerre o accidentes graves, lo que, dado el enorme número de enfermos que se someten a esta clasa de tratamiento, permite que estos accidentes pierdan la importancia que podrían tener, ante el número de los beneficiados por el As.

DR. TANNENBAUM, S. — Lo que yo quiero es puntualizar las condiciones climatéricas, sobre todo en la Pampa. en las cuales los enfermos no toleram muy fácil una dosis de 0,75, lo que podríamos atribuir a la temperatura. Los colegas de la Pampa lo man observado. Yo nunca he podido colocar 1,05 gramo, y he quedado maravillado en los casos descritos en los cuales se ha colocado hasta 1,50.

Por las condiciones del clima, se deja ver que en invierno las desis son mejor teleradas que en verano.

Quería también referirme a los cuadros de que nos ha habiado el doctor Taborga, los cuales sen realmente desconsoladores, porque son aumamente largos. Los trabajos alemanes son más completos, y slempre los tratamientos son meschados; tratan a los enfermos con Yoduro, Arsénico, Cianuro, Bismuto; todo lo colocan en forma simultánea; hacen tratamientos do tros a cuatro meses y esperan el resultado. Para estos tratamientos emplezan a colocar Neo entreverado con inyecciones de Hg. y de Bi.; colocan las tres substancias alternadas y el Bismuto

lo hacen cada dos días. Efectúan un tratamiento en esta forma de tres a cuatro meses; llegan a colocar hasta ocho gramos de Neo; si la tolerancia de ios individuos es mayor, le colocar un poco más; lo mismo hacen con el Mercurio o Bismuto. Se observa con mucha frecuencia que algunos enfermos admiten hasta dos o tres centigramos de Cianuro de Mercurio, para lo cual van midiendo la tolerancia,

Estos tratamientos los hacen en Policlínicos y no en Hospitales.

Dichos tratamientos son de ataque, y cuando l enfermo llega en el período primario.

En los casos en que hay intolerancia por el Neo, no hacen tratamientos arsenicales; usando, entoncea, Cianuro y Bismuto juntos; colocando e) Cianuro diariamente y cada dos días el Bismuto.

También ellos dan bastante importancia al tratamiento combinado en una sola inyección, de Mercurio y Arsénico.

Queria, al mismo tiempo, referirme a las observaciones del doctor Taborga sobre uno de los enfermos.

Me parece extraño que después de un tratamiento tan intenso, como dice-haber sometido a uno de sus enfermos, no haya virado la Reacción de Wasserman.

DR. TABORGA. — Ya he manifestado que he seguido una pauta semejante a la establecida yor Gougerot. Lo importante que tiene este enfermo es que dejó de ser infectante después de siete mesea de tratamiento. El caso es el siguiente:

El enfermo de mi referencia adquiere un chancro sifilitico en vispera de contraer matrimonio, acudiendo al que habla cuando aparecieron roseolas, por no haber dado importancia a
la ulceración, que era pequeña e indolora. Siguiendo mis consejos pudo postergar en alete
mesos su matrimonio; a pesar de que el suscrito
1. recomendó que esta postergación la hiciera por
un año, a lo menos. Razones privadas impidieron que mis consejos se siguieran; pero le hice
prometer formalmente que no engendrara un
hijo hasta después de un año del matrimonio.
Afortunadamente fué un enfermo disciplinado y
dócil, que cumplió fielmente mis instrucciones;
como asimismo en de digna alabanza su constancia para llevar su tratamiento.

Después de haber hecho en los siete meses primeros, una cura intensisima con Neo, hasta 8,50 gramos por serie, repitiendo la de 0,90, Bl. y Cianuro Hg., con descansos sumamente cortos, alrededor de 15 días, al final de estos siete meses, el Wasserman era positivo (tros oruces), tal como al cómienzo del tratamiento.

A pesar de mis recomendaciones, se casa; y el que habla, por otros motivos, examina a la esposa y no encuentra vestigios de infección. Se continúa el tratamiento en forma intensa durante tres años, sin que la reacción de Wasserman vire, y lo que es más curloso, es que en este período se engendraron dos hijos, los que nacieron sin ninguna manifestación de lúes, siendo las placentas normales, o por lo menos, no presentaban manifestaciones que hicieran sespechar contaminación. Después de la cura con Accite Gris de que he hecho mención, el Wasserman se hiso negativo y posteriormente a festo, ha te-

nido un tercer hijo, que aparenta ser absolutamente sano. Los tres viven y gozan de perfecta galud.

Esta relación me trae a la memoria otro caso: Un enfermo adquiere un chancro sifilítico en Puerto Montt, durante una jira de turismo; vuelve a Santiago inmediatamente, donde se le pres-cribe Neo del 0,15 al 0.45, repitiendo esta última dosis 5 6 6 veces (1 inyección por semana), intercalando en cada invección una de Cianuro de Hg. de 0,01 gramo. Vuelve a su residencia. y nota en la lengua-uno o dos meses después,una tumoración que luego se ulcera, decaimien-to general, enflaquecimiento. En estas condiciones, acude a mi consulta, y hago el diagnóstico de goma de la lengua, Wasserman positivo (tres cruces). Este caso tiene importancia en lo que se relaciona con el uso del Neo; que, en el caso que rafiero, puede estar de acuerdo con los fe-nómenos de Biotropismo descritos por Millán, es decir, estas dosis insuficientes de As., han provocado una mayor virulencia del Spiroqueta, ya que no encontramos otra explicación, al observar lesiones terclarias después de tres / cuatro meses de miciada la enfermedad. Afortunadamente no se produjo la arsénico-resistencia; pues la ulceración cicatrizó después de la segunda cura; (la primera, Arsénico-Bismútica; y la segunda, Arsénico-Mercurial-Acelte Gris). El Wasserman se hizo negativo a la cuarta cura, más o menos 7 a 5 meses de comenzado el tratamiento por mi.

DR. TANNENBAUM, S. — Es sumamente extraño que en un año de tratamiento, la Rescción Wasserman no se vire en negativo.

Debo referirme también al uso de los mercuriales, que en vez de înacerse por la via intravenosa, hay una tendencia a hacerlo por medio de pomadas; sobre todo en tratamientos por supositorios, que se toleran muy bien, cuya dosis es exacta a la dosis que ce usa por via intravenosa, y produce menos trasiornos.

Refiriéndome a los métodos a adoptarse, parece que el doctor Taborga quiere decir que es necesario tomar una línea de conducta, pero sin necesidad de llegar a decir a cada médico -"Usted va a hacer écto"; sino que tener una pauta, pero con libertad de criterio. A mi me parece sumamente inteligente eso. Creo que dentro de la Caja debe usarse un sistema de acuerdo con un proceder más o menos lógico en todes los casos de la sífilis. También es necesario que a los enfermos se les pueda continuar el tratamiento a través de las distintas partes donde vayan. En consecuencia, la Caja debe supervigilar todos los servicios que se hagan por particulares; por cuenta de ella, especialmente el servicio médico de la Pampa que debe atendes a un considerable número de asegurados.

Para que en esta medida haya disciplina, el Médico Director debiera tener la tufción de es tos servicios, y los médicos de las salitreras debieran estar incluídos dentro del escalatón de la Caja, y cuyos nombramienos debieran ser ratificados por ella.

La organización de estos servicios en la forma indicada hará que el enfermo no pierda la directiva de su tratamiento; entonces la curva de éste podría seguir al enfermo hasta donde fuere. Entiendo que ningún obrero podría moverse a otra residencia sin solicitar su calendario; y cuando lo solicitare, entregarselo en un sobre, para que, a su vez, lo entregue al médico de la residencia donde se cambie.

co de la residencia donde se cambie.

DR. TABORGA. — Con el plan "Cajista" vamos a descubrir hechos interesantes y llegaremos a conclusiones de interés general, siendo quizas, este plan uno de los primeros destinados a combatir en forma sistemática es a enfermedad social, que tantos estragos causa en la masa

Si un asegurado se va a la Pampa, habría que mandarle recomendado para que siga el tratamiento, para lo cual va haber que establecer comunicación con los médicos de las oficinas, y el obrero, entonces, podrá continuarlo en forma ininterrumpida; pero esto está en relación con lo que acordemos respecto al plan que habrá de seguirse.

En mi concepto, para nuestro ambiente, o en otras palabras, para nuestros enfermos, el esquema que mejor se adapta, sería el de Gougerot. Aún más, haría pequeñas modificaciones dacuerdo con la mentalidad de nuestro obrero y con lo que se ha dicho osbre la poca tolerancia del Neo en nuestros pacientes.

Así, por ejemplo, propondría en el período de ataque, en el caso de enfermos con chancro y Reacción Wasserman negativa: 1.0 Cura Arsénico-Bismuto (Neo y Yodo Bismutato de Quinina. Neo cada 7 días hasta el 0,90, colocando en 10-tal 5,35 a 6,75 gramos, repitiendo la dosis 0,90.

Neo cada 7 días hasta el 0.90, colocando en total 5,85 a 6,75 gramos, repitiendo la dosis 0,90. Yodo Bismuto dos veces por semana a la dosis de 0,10 por inyección. Descanso de 30 días. Segunda cura con As. y Hg. Neo, igual que la anterior y Hg. en forma de Aceite Gris, una o dos veces por semana, según la tolerancia. Descanso, 45 días, 3.a Cura con Yodo Bismuto. Descanso 45 días. 4.a Cura, Neo-Aceito Gris. Con esto completariamos un año de tratamiento. En caso de comenzar cuando se ha hecho ya positiva la reacción de Wasserman, convendría agregar seis meses más de tratamiento a este período, siguiendo las normas ya descritas.

El período de consolidación podría extenderre a dos años cuando el Wasserman sea negativo; a cuatro, cuando el Wasserman sea positivo. El esquema de este período estaría compuesto de 3 a 4 curas al año.

El período de observación no se modificaría, dejándolo tal como ya ló hemos expresado.

El período de seguridad también tendría poca modificación, y en este el criterio del médico jugaría el papel primordial.

En el período de vigilancia indefinida, repetiría las mismas ideas expuestas en el parrafo anterior.

Lógicamente, todos estos períodos tendrían que ser controlados por las reacciones de la mangre, y especialmente por la observación de las modificaciones del líquido céfalo raquideo.

Al implantar un bosquejo como el que hemos hecho, no nos ha guiado otro propósito que el de fijar normas generales para encuadrar uniformemente el criterio de los colegas, sin quere imponer tratamiento "standards", sino que sencillamente encauzar una lucha antisifilitica que pueda dar los resultados que todos anhelamos.

Es indiscutible que los resultados colectivos sãlo podremos apreciarios dentro de 3 a 5 años, siempre que esta acción sea uniforme, no sólo en Iquique, sino que, además, en la Pampa Saliregra.

# 7.º Reunión Clínica en el Servicio de Enfermedades Bronco-Pulmonares de Santiago

(Celebrada el 30-XI-34)

Presidió el Jefe del Servicio, profesor Orrego Puelma, y asistieron los señores doctores Rafael Hevia. Manuel Moreno. Carlos Haupt, Ana de Valenzuela, Rubén García Valenzuela, Honorio Aguirre, Alejandro Reyes, Rafael Lorca, Oscar Peralta, José Ansola y Floridor Leyton.

DR. RAFAEL HEVIA.—Presenta tres casos de asegurados tuberculosos que ha podido observar durante algún tiempo, en los cuales la marcha clínica y el tipo anatómico de las lesiones tiende a la constitución del complejo anátomoclínico, denominado "fibrotórax"; por rara coincidencia se trata de personas jóvenes, más o menos de la misma edad, en los cuales, si bien encontramos grandes analogías de conjunto, un estudio comparativo nos permitirá algunas deducciones de interés, especialmiente en lo que se refiere al pronóstico.

1.er CASO.—M. A., 18 años, empleada doméstica. Consulta por primera vez en Noviembre de 1932; acusando desde hace un mes enflaquecimiento, astenia, adinamia y tos con desgarro. Su examen objetivo general es bueno (47.400 gms.), y el examen pulmonar nos revela a izquierda intensos signos de actividad y reblandecimiento en sus dos tercios superiores y escasos estertora húmedos del ióbulo superior del lado opuesto. La radiología nos reveia un proceso exudativo extensivo de todo el campo izquierdo, meños intenso hacia la base y algunas sombras hacia la derecha. Baciloscopía intensomente positiva.

Es colocada inmediatamente en reposo y enviada al campo, a pesar de lo cual las manifestaciones de impregnación continúan acentuándose. En Abril de 1933 acusa un poso de 44 kilos. Más o menos desde esta fecha se empleza a notar una reacción favorable en su evolución olinica: la enferma se siente cada vez mejor y se inicia un aumento de peso continuado y progresivo. En Agosto pesa 48.600 gms. Una radiografía en esta época nos muestra sombras divasa y homogeneas de todo el campo isquierdo, con

tendencia a la retracción hemitoráxica y desviación del mediastino hacia este lado.

Intento en esta fecha la creación de un neumotórax terapéutico con buena aspiración inicial, que se hace rápidamente positiva con pequeñas cantidades de gas; a la pantalla compruebo un pequeño neumotórax localizado en la base izquierda.

Desde entonces hasta la fecha su estado genegal no se ha modificado, y hemon podido asistir, a través de una serie de radiografías, a la instalación de un fibrotórax primitivo, caracterizado por un cuadro de asimetría interna por atracción del mediastino hacia el lado fibrosado. Los signos de actividad y reblandecimiento persisten, pudendo apreciarse claramente en las últimas imágenes una marcada tendencia a la formación de cavernas; igualmente la baciloscopia del desgarro es hasta abora positiva.

2.0 CASO -R. A., 16 años, consulta por primera vez el 6 de Marzo de 1934. Entre sus antecedentes acusa bronco-neumonía en 1934 (tbc?). Desde hace 15 días acusa tos seca, dolores dorsalea en ambos hemitórax y enflaquecimiento. Enfermo de buen estado general (43.300 gms.) Al examen objetivo se aprecia retracción hemitoráxica izquierda. Examen pulmonar: a izquierda respiración soplante de tono anfórico en la región interescápulo-vertebral, acompañada de intensos signos de actividad y reblandecimiento. Radiografía: "Asimetría interna por retracción del hemitorax y atracción total del mediastino hacia el lado izquierdo (la tráquea se aprecia en su totalidad en pleno campo izquierdo). Opacidad completa y sombras difusas de todo el hemitórax estrechado. Campo derecho libre". Baclioscopia positiva.

Desde entonces hasta la fecha su estado general ha mejorado, pues pesa actualmente sobre 50 kilos, y el proceso pulmonar evoluciona gradualmente a la esclerosis. La exploración pleural nos reveló la existencia de una pleura firmo, de consistencia coriácea y en estado de síntisti compieta. Se encuentra en la accualidad sometida a cura sanatorial.

3.er CASO.—C. R., 18 años, empleado, es también portador de un fibrotórax, pero en este caso su punto de partida ha sido una pleuresía escierógena. El compromiso pulmonar es secundario, habiéndose ob enido ya un fibrotórax total en actual estado de inactividad clínica.

Como el anterior, presenta también una des viación de la tráquea uniforme, que se manifiesta también al examen objetivo por sindroma pseudo-cavitario de Armand Delille. Su estado general en la actualidad es bueno.

Si hemos de seguir a Vincenti de Avignon en su definición de "fibrotórax", entendiendo como tal "toda desviación en masa total o parcial de los órganos situados en el mediastino, originada por la evolución fibrosa de la Toc pulmonar o pleuro-pulmonar", vemos que nuestros casos reunen los requisitos para ser encuadrados como tales. En todos ellos existe un cuadro fundamental de asimetría interna caracterizado por la desviación en masa total o parcial del mediastino; en cuanto a la asimetría externa, ella es insignificante en el primer caso, marcada en el segundo y total en el tercero. La razón de esta diferencia debemos buscarla en la mayor o me-

nor participación pleural en el proceso de retracción esclerosa, como lo hemos podido ver en dichas observaciones.

La determinación del grado de compromiso pleural o pulmonar en la constitución del fibrotórax constituye el mejor elemento de pronóstico; es así cómo, a mayor compromiso del parenquima (caso 1.0), el pronóstico es menos favorable, tanto porque la retracción costal es minima y, por lo tanto, el colapso muy imperfecto, como por la persistencia indefinida de lesiones cavitarias, con el consiguiente pelisro de reinfección endójena o controlateral.

En cambio, el fibrotórax a predominio pleural o córtico-pleural (paquipleuritis reiráctil del tercer caso), es siempre de buen pronóstico, asegura un colapso pulmonar completo (tóraco-plaetia natural), y llega en un plazo más o menos breve a la etapa final, el fibrotórax inactivo, único estado capaz de asegurar una curación definitiva por esclerosis cicatricial.

DR. OSCAR PERALTA. — Ha mirado desde hace algún tiempo con gran interés el estudio de estos procesos pleuro-pulmonares, porque, si bien so ve, en un principio estas lesiones parocen llevaderas y de buen augurio; a la distancia adquieren una evolución muchas veces maligna. Vincenti, que ha propuesto denominar estos procesos con el nombre de "fibrotórax", es un autor muy considerado, porque hasta la fecha parcee ser el que los haya observado durante un lapso más largo.

Fundado en una conferencia del profesor Mainini, leida en la Clínica de Sergent, y publicada después en los Archivos Médico-Quirúrgicos del Aparato Respiratorio, el publicó en la Revista Médica de Chile un comentario clínico sobre dos casos de esta complicación observados en el Hospital San José. Desde esa época le llama la atención que la definición que da Vincenti, primero, parece po encuadrar en muchos casos de fibrosis retráctil total de un hemitórax, y en segundo lugar, la denominación de fibrotórax filológicamente, parece encuadrar mejor con el concepto de proceso pleuropulmonar inactivo y definitivo. Por otra parte, se pregunta, ¿necesariamente, en estos casos debe presentarse una tracción del mediastino? Teóricamente, parece que no siempre existiría la posibilidad de tal tracción, y en apoyo de esta teoría cita el hecho de que anteriormente puede existir una mediastinitis fibrosa que fije los órganos mediastínicos en la linea media. En este caso, un proceso pleuropulmonar posterior parece que no podría traccionar el mediastino así fijado. Por otra parte, puede ocurrir que en el otro hemitórax, por un proceso de fibrosis tuberculosa del parénquima, pueda existir una desviación de la tráquea hacia ese lado, y en tal caso, el proceso pleuropulmonar posterior del lado que se contempla, lejos de presentar una tracción del mediastino, ofrezca la apariencia más bien de un rechazo. Prácticamente, en nuestro servicio hemos observado un hecho semejante: la enferma M. B. llega con un emplema que tiende a enquistarse en la mitad superior izquierda, y en cuya radiografía se ven el mediastino y la traquea al parecer rechazados hacia el hemitórax derecho. Desalojado el empiema, se constituye un fibrotórax izquierdo, y lejos de verse una tracción hacia la izquierda de la traques, que creiamos rechazada a derechaeste órgano conserva su situación primitiva en
el campo pulmonar derecho. Esto fué interpretado como una tracción del mediastino hacia ese
ledo por un antiguo proceso de fibrosis retractil,
debido a una tbc. úleero-fibrosa del tercio superior derecho. En este caso, además, se comprueba que un fibrotórax puede presentarse en caso
de lesiones bilaterales.

Esto lo hace resaltar Mainini, aseverando qui este hecho estaria en contra de la unitateralidad lesional del fibrotórax de Vincenti. Dice Mainini: "por último, la bilateralidad de las lesiones ro es óblec a la producción de un síndrome de re-

tracción".

No sólo las lesiones de carácter fibroso pueden acarrear las lesiones de la tráquea. Ha leido que algunos autores franceses citan observaciones de procesos netamente exudativo-caseosos que conducen a la desviación de la tráquea.

DR. HEVIA.—Recuerda un trabajo muy interesante aparecido en la Revista de Tuberculosia del Uruguay (N.o. 2) del año 34, por los doctores Sarno y Piaggio Blanco, y ĥace hincapis en la clasificación de dichos autores, porque de ella puede deducirse claramente la significación pronóstica. Aplica, en los casos que presenta, dicha significación y pronostica el futuro patológico de sus enfermos.

DR. PERALTA.—Considera que acierta pienamente el doctor Hevia en aceptar dicha clasificación, y como él lo declara, la cree de capital importancia para señalar el pronóstico del fibrotórax, pero hace resaltar que los médicos uruguayos parten en su clasificación dando por aceptada la definición de fibrotórax establecida por Vincenti,

DR: ALEJANDRO REYES.—Cree muy interesante la crítica del doctor Peralta, y aconseja tomarla en cuenta para empezar un estudio serio. Recuerda que en los Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio, de Setiembre del 33, apareco un trabajo del profesor Mainin y del doctor Alvarez, que se titula "A propósito del denominado fibrotórax", en el que se hace igualmente una crítica seria y muy elevada de la definición de fibrotórax de Vincenti.

DR. PERALTA.— Ha lesso dicha comunicación, y. de acuerdo con el doctor Reyes, invitaa los médicos a tomar en consideración las razones que invoca Mainini para modificar el concepto de fibrotórax de Vincenti, pero haciendo al mismo tiempo una revisión de las observaciones que deben seguirse durante algunos años en el policínico.

DR. RUBEN GARCIA VALENZUELA.— Presenta dos observaciones que, en su concepto, ofrecen gran interés.

La primera se refiere a una enferma de 20 años y que consultó al Dispensario "Santos Dumont" el 10 de Settembre del presente año, relatando que su enfermedad actual se había iniciado el día 7 bruscamente, con escalofríos, puntada al hemitórax derecho y tos. Permaneció dos días en cama, hasta el momento en que acudió al Dispensario. Practicado el examen del tórax, se encontró a la auscultación estertores subcrepitantes en la base derecha. Una radioscopía, tres días después, reveló una sombra homogénea, triangular, de base externa y colocada entre el

tercio superior y medio del pulmón derecho, en la región periferica. La radiografía tomada el 15 no hizo más que confirmar la existencia de esta sombra. El día 25 de Setiembre la enferma fué trasladada al Dispensario de Broncopulmonares con el diagnóstico de córtico-pleuritis derecha. Con gran sorpresa de nuestra parte, el examen alínico y radiológico fué absolutamente negativo. Las reacciones de sangre y el examen de la espectoración resultaron también negativas. Una radiografía tomada el 3 de Octubre fué completamente normal.

La segunda observación pertenece a un enfermo de 29 años, que consultó al Dispensario de Bronco-pulmonares del Salvador el 15 de Octubre del presente año, refiriendo que su enfermedad que lo llevaba a consultar al Dispensario se había iniciado hacía más o menos dos semanas. con cefaleas, escalofrios, fiebre, dolores al hemitórax izquierdo y tos. Al examen del tórax, se comprobó solamente una respiración soplante en la axila izquierda, y en la radioscopía se apreció una sombra de contornos difusos en el tercio medio del pulmón izquierdo en su región lateral. La radiografía tomada al día siguiente reve-16 la misma sombra de contornos difusos. El enfermo volvió al Dispensario 18 días más tarde, y al ser examinado a rayos, se comprobó que la sombra del pulmón izquierdo había desaparecido totalmente; una radiografía tomada inmediatamente reveló también la misma cosa.

Ambos enfermos han sido controlados posteriormente y ninguno de ellos ha presentado ninguna novedad de importancia en sus pulmones.

La semejanza de ambas observaciones y el diagnóstico dudoso de ellas me ha movido a presentarlas a esta reunión.

A su modo de ver, el diagnóstico oscila entre las siguientes posibilidades: córtico-pleuritis, neumonía abortiva o atelectasia parcial, que para Jeanneret y Famé sería la cauga de lo que ellos llaman "sombras radiológicas fugaces".

DR. ORREGO P .- Puede hacer notar que desde hace tiempo venimos considerando las córticopleuritis como una de las formas de comienzo de la tuberculosis, con todo el derecho para ser incluidas entre las modalidades descritas por León Bernard en su obra "Les debuts et les arrets de la .tuberculose pulmonaire". Las cortico-pleuritis pueden no dar imagen radiológica, o se traducen a la pantalla por una sombra más o mecos difusa y suspendida en la claridad del parénguina pulmonar; su sintomatologia clínica es variable, yendo desde la simple modificación de la ocicusión y el murmullo, hasta la gran sincomatología clásica de la afección, o sea el soplo tubo-pleural, los crépitos, frotes v especialmente el frote crepitante de Bouillaud. Nuestra opinion sobre que estas formas lo son de comienzo en la tuberculosis pulmonar, se basa en la experionela de numerosos casos observados, en los cuales ellas han coincidido con localizaciones posterieres. Lipicamente tubercuiosas, ya sea pulmonares o de ctros órganos; en clertas ocasiones la propia lesión córtico-pleural ha evolucionado hacia una forma úlcero-caseosa corriente. Como es sabido, es característico en estas leisones la relativa benignidad en su evolución, y la tendenoia a curar, con algunos cuidados generales, consistentes en reposo, buena alimentación, sales de

calcio, etc., en un tiempo que òscila entre diez a veinte alas.

Podría tratarse, en consecuencia, de esta clase de lesiones, entre otras, en los casos descritos por el doctor García. Le parece que también debemos recordar como susceptibles de simular una infiltración tuberculosa, como muy bien lo ha dicho el doctor García, las atelectasias pulmonares y ciertas neumonfas atípicas. De paso, y a propósito de algunas consideraciones del doctor Hevia y que guardan alguna relación con este te-ma, debe recordar que al lado de las córticopieuritis, existen las lesiones descritas especialmente por Bezanzon y Jong, con el nombre da corticalitis, en las cuales las autopsias muy escasas, por lo demás, demuestran una caselficación en po delguda, que afecta solamente a la corteza po monas, que se traduce por gran abundancia de síntomas clínicos de auscultación, y que muchas veces ni da imagen radiológica; estas lesiones tienden después a organizarse en profundidad, transformândose en una tuberculosis ülcero-cassosa extensa y corriente.

En seguida hace diversas consideraciones sobre la Memoria Annal, Encuestas Sociales y Subsidios. Declara que ha deseado abandonar el sistema netamente basado en las cifras y estadísti-

cas, y que desea presentar a la jefatura correspondiente un trabajo de aspecto constructivo, en el que, al mismo tiempo de demostrar la labor desarrollada, se hagan presentes las deficiencias que en su desarrollo se han presentado y alguras ideas tendientes a remediarlas. Que para este fin ha dirigido una circular a los señores médicos tratantes, pidiéndoles que enuncien brevemente las consideraciones que puedan hacer formarse criterio sobre las condiciones de trabajo en el Consultorio: que estas opiniones, agregadas a las propias de él, constituirian la substancia de la Memoria Anual. En materia de Encuestas, debe fincer presente que todos los médicos están obligados a formarse un criterio más o menos complete sobre el medio social y económico, cargas de familia y posibilidades de disciplina en el cumplimiento de las disposiciones médicas en cada asegurado, y que para este objeto deben exigir de sus visitadoras sociales la realización de las encuestas en todos los casos que así lo aconsejaren. Finalmente, recuerda de que la concesión de subsidios y prohibición correspondiente de trabajar, no deben ser solicitadas por el asegurado, sino que impuestas oportunamente por el médico-tratante y comunicadas a la visitadora social para que controle el efectivo cumplimiento del reposo indicado.

# La FEMESO se dirige al Administrador General de la Caja

Señor Administrador:

La Federación Médica del Seguro Social, en representación de los médicos del Seguro Obrero, se hace un deber agradecer las felicitaciones de Año Nuevo que el Sr. Administrador ha tenido a bien dirigir al personal, junto con conceptuosas frases sobre la labor desarrollada por los empleados en general, en cuya categoría nos contamos.

Puede estar cierto el Sr. Administrador que el estusiasmo y dedicación democtrados durante el año que termina se acrecentará en el actual, pues los Estatutos de muestra Federación establecen una franca cooperación con la Directiva de la Caja para propender al perfeccionamiento de los Servicios Médicos.

La Federación del Seguro Social participa ampliamente de la opinión del Sr. Administrador en el sentido de que los funcionarios de responsabilidad en las empresas deben estar bien rentados porque de otro mede sólo se consigue funcionaries mediocres. El médico, deutro del rodaje de la Cuja, es un funcionario técnico de alta responsabilidad que "no lega a aprender" en la Institución, sino a dar sus conocimientos adquiridos en la Universidad en heneficio de la colectividad. Es un productor de salud que vuelve al trabajo al individuo que enferma, haciendo al mismo diempo medicina preventiva y estimulando en esta forma la economía nacional y de la Caja. Es

digno, por tanto, a una renta que esté en relación con la calidad de su trabajo y sus necesiandes.

Aplaude también la Federación su declaración de que el escalafón debe salvaguardar los intereses de los empleados, estableciendo los ascensos con estricto orden de méritos, evitando influencias extrañas y la intremisión de elementos venidos de fuera de la Institución a ocupar puestos superiores, postergando así a funcionarios antignos y meritorios.

A pesar de que nuestro trabajo técnico es la base de la Ley 4054 de Enfermedad e Invalidez y que la posesión del título de Médico-Cirujano requiere largos y costosos estudios y condiciones especiales, nunca hemos pretendido situaciones de privilegio respecto a los demás empleados. Sólo descamos se nos haga justicia dentro de las posibilidades económicas de la Caja en igualdad de condiciones coa el resto del personal.

La socialización ereciente de la medicina, en que ha tenido gran participación la Ley 4054, ha traido como conscenencia la total desaparición de la clientela privada, excepción hecha de los profeseres y médicos de gran renombre que tienen 20 y más años de profesión. La pseudo-socialización actual nos ha quitado mestra clientela y nuestra libertad, sería lógico entonces que en los servicios socializados encentrara el médico una justa reparación. No sucedo esto, sin embarco, y así tenomos que para fijar nuestro.

sneldos y dejarnos al margen de los beneficios acordados a los demás empleados se hace valer un arxumento que se sabe falso, que el médico dene cilentela y cuenta, por lo tanto, con otros recursos económicos con qué ayudarse fuera de su puesto.

Otro argumento que se emplea con frequencia para atacar toda idea de mejoramiento de mestra situación en el Seguro se reflere a que trabajamos dos horas diarias. Esta argumentación estendenciosa, ya que todo trabajo es diferente y no nuede compararse con etro. Al respecto podemos argumentar que los sindicatos médicos franceses no aceptan una jornado médica continua superior a dos horas porque va en desmedro de la huena atención de los enfermos, con el natural agotamiento del médico. Nuestra labor para el Seguro no termina con el nural na atención de los enfermos, con el natural agotamiento del médico. Nuestra labor para el Seguro no termina con el nuran diario de dos horas, sino que se continúa en la atención hospitalaria de los enfermos y con nuestras horas de estudio.

Desde la supresión de la libre elección, los médicos funcionarios del seguro hemos puesto al servicio de los enfermos nuestros mejores propósitos y energías, sin hacer balances entre lo que dábamos y se nos retribuia. Así hemos actuado cerca de 7 años, despiegando una labor intensa como es la de atender 14 a 18 enfermos diarios, representando cada enfermo un problema diferente enteralmente de diagnóstico dificil cura echación della agotado al médico y lo persigue muchas veces en sus horas de descauso y de estudio.

Para nadie es un misterio que la Ley 4054 con las disposiciones actuales no podría cuistiendo la libre elección; podemos, por lo tanto, sostener con orgullo que la Caja de Seguro Obrero se financia con mestro esfuerzo.

Los asegurados dentro de la Beneficencia tienen una situación privilegiada, ya que cuentan con numerosas salas dedicadas exclusivamente a ellos y tienen preferencia a los indigentes en la hospitalización. La cast torbididad de los médicos del Seguro lo son también de la Beneficencia, aprovechando con ello el asegurado la coordinación altemente beneficiosa que se establece entre la Policiinica y el Hospital, no percibiendo el médico de Hospital por la atención de estos asegurados muyor remuneración.

En resumen, nuestra situación es la siguiente:

Nos encontramos sin previsión, e perar de que trabalamos en el organismo que marcha e la cabeza de muestra legislación secial.

El Servicio Médico de los enmicados de la Caja, a cuyo financiamiento la Caja contribuye con ciento cuarenta mii pesco (\$ 149.000), no nos reporta las mismas ventajas que a los demás empirados. Anotamos este hecho porque es uno de los argumentos que se han hecho unier para rechazar la gratificación.

Queremos recordar al Sr. Administrador que en Octubre del año pasado fulmos excluídos del Justo aumento de sueldo acordado por el H. Conseio a los empleudos administrativos, lo que ha constituído una desventaja más para nosotroe. D'eho aumento, según propia declaración del Sr. Administrador, beneficia a más del 50 por ciento de dichos empleados, significando para ellos un ascenso de uno a dos grados. Igualmente fulmos olvidados en la bonliticación familiar.

A pesar de la situación ca que se encuentra el personal médico respecto e los demás empleados de la Caja del Seguro, puede estar cierto el Sr. Administrador que encontrará en 400c3 y en cada uno de los médicos su más decidido colaborador en la gran obra en la cuel todos laboramos.

Saludan muy atentamente a usted. — Dr. Arturo H. Lois, Presidente. — Dr. Guillermo Velasco M., Secretario.

# ¿Espíritu Científico o Espíritu Sectario?

La frecuencia cada vez mayor de los abortos criminales nos movió a publicar en nuestro número anterior un articulo relacionado con este tema, del Dr. A. Gens, de Moscú.

Nuestra intención es presentar hechos e ideas, encaradas con espíritu científico, de hombres de nuestra profesión.

El problema tiene interés y se le estudia con dedicación. En ninguna parte se ha producido escándalo.

Entre nosotros, en cambio, como lo demuestra el siguiente artículo publicado en "El Diario Ilustrado" se clama el cielo.

Como nuestro deseo es solamente contribuir al estudio de tan importante tema, seguiremos dando a conocer a nuestro cuerpo médico los trabajos científicos relacionados con él, vengan de donde vengan.

## A PROPOSITO DE ABORTOS

Entre las numerosas actividades que animan la vida de la Cria de Seguro Obligatorio, existe una que pasa más o menos desapercibida del público en general y cuyo objetivo parecería consistir en allegar luces científicas al cuerro médico afecto a los servicios de esa Institución. Nos referimos al "Boletín Médico".

Ha caído en nuestras manos el último número de dicho Boletín, correspondiente al mes de Enero del año en curso, y en su lectura tropezamos con los eigulentes párrafos que forman parte de un estudio sobre la "Lucha contra los abortos", del Dr. A. Gens, de la Universidad de Mosco, estudio que la Dirección de la Revista recomienda como de especial interés:

"Los partidarios de la lucha punitiva en contra del aborto y de la política de represión, so basan, según mi criterio, en la concepción siguiente: Los abortos disminuyen el número de nacimientos disminuven, por consecuencia, el cumento de la población, Esto mismo trae la disminución de las reservas humanas que son hacer la guerra; esto mismo necesarias para conduce igualmente a la disminución de los ejércitos de los sin trabajo, que contribuyen a la disminución sistemática de los salarios. En seguida, las clases dirigentes "quieren dominar hasta el pensamiento de los que no tienen ningún medio para permitiree una actividad espiritual" (Karl Marx). Es decir que a las clases dirigentes les interesa que haya prioridad de su ideologia y su moral.

"Los abortos perjudican esta moral, pues, son persones que deben ir a la prisión. Y casi siempre son las mujeres abortadas las que sufren el castigo, y ráras veces, muy raras veces, los operadores de los abortos.

"La Iglesia, sirviente fiel de la burguesia, que defende el casamiento y los mineiplos de la familia, se pone también del lado de los que rehusan el aborto: prisión para los que ultrajan la fa."

Con dejar transcritas estas frases, sin comentario alguno, bastaria para llevar al animo de las gentes sanas y sensatas de este país el convencimiento de la funesta influencia que ejercen y seguirán ejerciendo en el futuro los cervicios dei acque obrero mientras su dirección superior y técnica se encuentre entregada a individuos que tienen cuerpo, costumbres y hasta apetitos de burgueses, que viven del presupuesto burgueses, que viven del presupuesto burgues; pero que, parapetados tras una situación personal sólida en lo económico y en lo social, as dan el lujo neroniano de provocar el incendio de la revolución social.

Pero, permitasenos invocar la representación del núcleo de juventud más sólido, numeroso y mejor organizado que existe en el país, el de la Juventud del Partido Conservador, para estampar públicamente nuestra protesta, de que, encubierto en burdo ropaje de divulgación cientifica, un organismo semifiscal como la Caja de Seguro Obrero, lance a la publicidad esta propaganda sectaria y comunista que sólo persigue descomponer nuestro ambiente social, desarrollar y avivar en el país la lucha de clases e injuriar a la felesta.

Mal que les pese a los señores médicos de la Caja de Seguro Obligalorio, el 85 por ciento de la población del pala abrasa la religido restolica y es simplemente una inmoralidad que ellos, que como empicados de un organismo del Estado representan dentro de esa fueras genuinamente religiosa, aprovechen la situación económica y de influencias que ella les da para insultar au moral y sus creencias espírituales.

Bien saben los señores redactores del Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio que para flustrar el criterio científico del personal de su dependencia no necesitan cruzar las estepas y desenterrar de Mosco la voz de un profesor que, como se desprende ciaramente de sus escritos, descuida el aspecto científico de sus escritos, descuida el aspecto científico de sus científicos para facer resaltar su intención de rropaganda soviética. Hay en el Occidente grandes contros científicos, cuyos personeros, hombres de laboratorio y no de tribuna, podrían proporcionar al Boletín colaboraciones de mayor

valor y de una ideología más acorde con los sentimientos del 98 por ciento de los chilenos. En nuestro propio país los Institutos de investigación médica de la Universidad de Concepción, sin ir más lejos, contemplan el trabajo de verdaderas eminencias de la ciencia, cuya palabra bien podría honrar las páginas de esta Revista.

Dice el exordio de la publicación que comentamos, que el profesor A. Gens "es uno de los más altos valores científicos que hay actualmente en Europa." Puede ser que así sea, Pero reconoscan los señores redactores del Boletín Médico que con el artículo publicado no proporcionaron "el botón para muestra" de que habla el refrán, ya que desprendemos del intrineado lenguaje de esta eminencia, que él es partidario del aborto porque provoca la disminución de los nacimientos, haciendo así menor el ejército de los desocupados... Si sigulendo su ejemplo, los nrédicos del Seguro Obrero, que por la esencia de su misión deben procurar el aumento de las posibilidades de vida, procuran disminuirlas, el éxito de la Caja de Seguro Obligatorio estará afianzado en el futuro: a lo menos en lo que respecta a sus câlculos actuariales.

## SERGIO VERGARA V.

Presidente del Centro de Propaganda Conservadora



BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS

L A CTICOS DESECADOS

/OLICITE MUE/TRA/AL

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL

LABORATORIO CHILE

AGUSTINAS 1070 OF 210 TEL. 63561

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

# INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile..... \$ 20.-

En los demás países de América... 30.- (moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

CASILLA 7 D - SANTIAGO

# BOLETIN MÉDICO

CAJA DE SEGURO

Minim

BLIGATORIO

SANTIAGO DE CHILE

MADZO DE 1016

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año I

Santiago, Marzo de 1935

N.o 10

# La lucha anti-venérea en los organismos de la Caja

## I.-EL MAL VENEREO Y SU EXTENSION

Es de tal amplitud e importancia el problema, que no cabe estudiarlo dentro de las estrechas márgenes de un editorial. Será tema de algunos artículos de fondo que aparecerán posteriormente en las páginas de nuestro Boletín.

Hoy sólo pretendemos destacar sus facetas prominentes a la luz de la fría e imparcial investigación estadística, con un doble objetivo: 1.0, examinar la extensión, gravedad y proyecciones sociales de las enfermedades venéreas en la masa asegurada; 2.0, dar a los médicos del servicio las sugerencias convenientes para un conocimiento crítico del problema y de las soluciones prácticas posibles en NUESTRO MEDIO.

Desde estos puntos de vista no tenemos para qué detenernos en analizar lo que ya es suficientemente conocido por todo médico práctico: la influencia perniciosa que las enfermedades venéreas tienen sobre la vida del INDIVIDUO, en todos sus aspectos: físico, moral e intelectual. Lo que nos interesa, ahora, es su influencia sobre la vida del GRUPO, de la masa superior a medio millón de asegurados que está bajo la tuición directa de los organismos técnico-médicos de la Caja.

La primera cuestión que se impondría resolver es averiguar el número de venéreos en la población asegurada. Nuestras estadísticas al respecto, como las de otros organismos del Estado, son insuficientes y no permiten llegar sino a estimaciones aproximativas.

Hay, sin embargo, datos que revelan una excepcional extensión de los males venéreos.

Así, si tomamos las estadísticas de la Oficina de Invalidez, que nos revelan la suerte final de muchos asegurados en los distintos grupos de enfermedades, observamos que las 524 invalideces aceptadas en 1934 tuvieron la siguiente distribución: Lesiones cardio vasculares, 145; afecciones mentales y del sistema nervioso, 135; Tuberculosis pulmonar y de otros órganos, 77; otras enfermedades, 167. En los dos primeros grupos es seguro

que la sífilis, como causa primaria de la invalidez, entra en juego en el 80% de los casos.

Si examinamos, ahora, los cuadros de morbilidad de algunos Policlinicos de la Caja instalados en centros netamente obreros, como el de LOTA,
por ejemplo, observamos que en 19.098 consultas durante el año 1933, correspondieron a venéreos 10.488: más del 50%. La experiencia en estos
Policlínicos arroja un índice medio de cuatro consultas por enfermo, lo que
daría para la población obrera activa de Lota un total de 2.622 enfermos.
Si sabemos que esta población estaba constituída ese año por 6.100 obreros
tendríamos que cerca del 43% de éstos serían enfermos venéreos.

Es la anterior una cifra excepcionalmente alta. Pero está, todavía, distante de la realidad. Es sabido que los obreros no acuden a los Policlínicos sino cuando tienen manifestaciones agudas o crónicas que los incapacitan para el trabajo. Y siendo las enfermedades venéreas, especialmente la sifilis y la blenorragia, afecciones que pueden quedar largo tiempo en latencia, es lógico pensar que hav una masa crecidísima de obreros infectados crónicamente que no acuden a los Policlínicos. Se iutifisca, así, la impresión de los médicos del servicio en esa zona de que el 100% de los obreros de Lota está contagiado. Se justifica, además, por las condiciones higiénicas especiales de dicho puerto que facilitan el progreso, sin cortapisas, de los males venéreos: escasa atencón sanitaria; gran desarrollo de la prostitución (clandestina y no clandestina); excesiva densidad de la población en una superficie muy reducida; escasez y malas condiciones de la vivienda; promiscuidad familiar; excesivo comercio de bebidas alcohólicas, etc., etc.

Si con el objeto de establecer comparaciones estudiamos, ahora, estadísticas provenientes de otras fuentes nos encontramos con cifras bastante más bajas.

Así, la SANIDAD DEL EJERCITO registra los siguientes datos: En una dotación de 9.844 individuos que tuvo bajo su control durante el año 1933, fueron atendidos por enfermedades venéreas 986, es decir, el 9%, cifra que nos merece entera fé porque la Estadística de Sanidad del Ejército no es una estadística de "casos" o de "consultas" sino una estadística estrictamente individual. Podemos, pues, tomarla como base para la apreciación de la morbilidad venérea en la masa asegurada total. Esto se justifica, además, por el hecho de que la masa de conscripción del Ejército está constituída por individuos jóvenes, entre 17 y 21 años de edad, y es en este grupo de edades, especialmente, que se observa en la Caja el máximum de inscripciones de obreros asegurados. No hay, pues, razones especiales que nos obligaran a suponer una morbilidad mayor o menor en la masa asegurada que la registrada en el Ejército, ya que el MEDIO del cual provienen los individuos que este controla es también el que da el mayor aporte de nuevas inscripciones a la Caja.

Aceptada la cifra de morbilidad general venérea del 9%, tendríamos que en una masa de asegurados calculada para 1934 en 600 mil obreros, habría 54 mil enfermos venéreos. Esta sería la población constantemente

BOLETIN MEDICO

2

enferma que solicita atención médica porque el proceso agudo o alguna complicación tardía le imposibilita para el trabajo.

Pero hay una masa igual o superior de venéreos latentes que no solicita atención médica y que escapa por consiguiente a la estadistica, lo que nos elevaría el total de enfermos a una cifra superior a 100 mil individuos que debieran ser tratados y controlados periódicamente por los organismos técnico-médicos de la Caja. El problema, sin embargo, no termina aqui. Todos los enfermos anteriores son individuos en pleno ejercicio de la actividad sexual y es lógico pensar que el estado infectante de los hombres comprometa la salud de otras tantas mujeres. Y si agregamos el número de niños, fruto de esas uniones, que a su vez, nacen con trastornos orgánicos o con taras, las cifras alcanzarían proyecciones astronómicas. Estudiar estos aspectos del problema nos apartaría de la cuestión fundamental: cono cimiento de la extensión de las enfermedades venéreas en la mas asegurada.

En este sentido sólo podemos concluir: EN UNA POBLACION DE 600 MIL ASEGURADOS HAY UNA CIFRA SUPERIOR A 100 MIL ENFERMOS VENEREOS QUE DEBEN SER TRATADOS Y CONTROLADOS POR LA CAJA.

¿Qué ha hecho y qué debe hacer la Caja para combatir este flagelo? Será materia del próximo editorial.

# **Nuestro Medio**

Modesta, sin pretensiones, nace esta sección del Boletín. Su finalidad: ESTUDIAR DOCUMENTADA Y OBJETIVAMENTE EL MEDIO EN QUE SE DESENVUELVE LA VIDA DE LA MASA ASEGURADA.

Es, por el momento, un complemento indispensable de las observaciones clínicas en que se recogen los trabajos de los distintos Consultorios sobre las alteraciones observadas en la vida de los INDIVIDUOS asegurados. Más tarde, a medida que su documentación se acreciente, se precisen los métodos de observación de los fenómenos vitales del grupo asegurado, y las leyes que rigen su aparición y correlación, su importancia irá en aumento y arrojará claridades insospechadas sobre la patología individual.

No es posible ya la comprensión de la vida del hombre sin el conocimiento cabal del medio que le rodea, le determina y le condiciona desde la cuna hasta la tumba.

MEDIO E INDIVIDUO SON LOS FACTORES DE UNA ECUA-CION EN CONSTANTE Y MUTUA INTERACCION, EN CADA INS-TANTE DE LA VIDA. Los médicos no ignoramos esto, y, a diario, la base unica de muchos tratamientos reside en la modificación de las condiciones del Medio en que el individuo desenvuelve su acción. Pero nos falta sistematizar y organizar los conocimientos, observaciones y datos que poseemos sobre NUESTRO MEDIO, en sus aspectos principales, esto es, en aquellos que directa o indirectamente tengan alguna influencia sobre la vida normal y patológica de los asegurados. En este sentido, EL MEDIO ES, PARA NOSOTROS, NO SOLO EL MEDIO SOCIAL, SINO TAMBIEN EL MEDIO NATURAL GEOFISICO. Es, en otras palabras, el "NO YO" de los filósofos.

La nueva sección tiende, pues, a llenar un gran vacío de la cultura médica contemporánea. Los problemas a estudiar son múltiples. La dificultad sólo reside en la elección. En líneas generales, podrían señalarse los problemas relacionados con las condiciones del trabajo, de la vivienda, de la alimentación, de la familia, de los salarios, etc., en sus relaciones con la morbilidad, la mortalidad, la natalidad, etc., en la masa asegurada.

De cuando en cuando publicaremos informaciones de origen extranjero relacionados con estas mismas materias, ya que, a pesar de que nuestro Medio tiene características propias, es, en cierto modo, en su aspecto social, sólo un reflejo de la cultura occidental y sufre la influencia de los fenómenos que en otros países se verifican.

Esperamos que los colegas acojan favorablemente esta sección, que les facilitará, por la documentación recogida en sus páginas, muchos de sus trabajos y estudios.

the state of the second



# Algunas observaciones sobre ampliación de la atención médica del Lactante

Dr. OLIVARES.

Médico Provincial de Santiago.

El deseo de perfeccionar cada día más la labor médica de los servicios a nuestro cargo, nos obliga a pensar en la conveniencia de la prolongación de la asistencia médica del lactante desde los 8 meses hasta ios 2 años. Pero no es sólo el deseo de perfeccionar estos servicios lo que nos impulsa a trabajar por la realización de este objetivo, sino especialmente la aspiración muy sentida de encauzar aun más la labor médica de la Ley 4054, en el sentido realmente social de la medicina preventiva. Con este objeto estudiaremos algunas medidas fundamentales tendientes a realizar progresivamente esa aspiración que creemos sinceramente ser el verdadero y único porvenir, no sólo de la Ley 4054, sino que también de la salud pública, a cuyo mejoramiento tanto contribuye la Caja.

Dentro de este orden de ideas, el niño debe de ser una preocupación constante de quienes se dedican a mejorar nuestras condiciones raciales. El es el origen del hombre del futuro, y sin exageración, puede decirse que en sus débiles hombros descansa el porvenir de nuestro pueblo.

No desconocemos que para abordar en forma completa este problema del niño, no son suficientes las capacidades económicas de una sola Institución: ello necesitaria la acción armónica de todos los organismos públicos y privados que en sus actividades se dedican a este asunto.

No desconocemos tampoco que son variades los factores que han constituído entre nosotros el problema del niño; creemos sí que los dos más importantes son el ecorómico-social y el médico. Nos parece fuera de lugar discutir en este momento cuál de los dos es más importante, pero creemos que es una política negativa, perniciosa, no abordar ninguno de los dos porque uno u otro no ha sido solucionado previamente. Queremos sí hacer una reflexión a los que creen sinceramente que mientras no se solucione en forma efectiva el factor económico-social, es inútil abordar con provecho el problema del niño. A pesar de la poca simpatía que puedan merecernos las citas de cifras estadísticas, debemoz invocarlas en este momento. Es sabido que la mortalidad infantil en Chile oscila entre 25 y 30 por ciento, cifra acusadora de nuestra negligencia en este problema.

Ahora bien; esta misma citra obtenida en los organismos que, como el Patronato Nacional de la Infancia, se dedican a proteger al lactante, revela una mortalidad media que oscila entre el 7 y 9 por ciento. Y en nuestros-Consultorios de Lactantes esta cifra es aun más baja: 4 a 9 por ciento. Si tenemos presente que estos lactantes no son seleccionados y que su standard medio de vida es semejante al de la masa general de Santiago, debemos aceptar que una atención médica bien crganizada es capaz de rebajar la mortalidad infantil. Es la comprobación de estas cifras, 25 por ciento y 4 por ciento, y el cento, y el cento y el cento, y el cento, y el cento, y el cento y el cen

conveucimiento que hemos adquirido de su verosimilitud, lo que nos ha impulsado a solicitar un mayor plazo para la atención médica del lactante en nuestros Consoltorios.

Por otra parte, siempre hemos creido que at fijarse hasta los 8 meses la atención del lactante, no se procedió con un criterio acertado. ¿Por qué 8 meses y no 6 o 10? Sólo un criterio económico interno y no médico pudo aconsejar el plazo fijado. Creemos que este plazo es insuficiente por las siguientes razones:

- 1) Los niños abandonan el Consultorio en una época en que el control médico es de fundamental importancia, porque en ella se inician cambios alimenticios que deben hacerse bajo principios razonables y científicos para evitar los trastornos que producen tan alto coeficiente de mortalidad en nuestro país.
- 2) El lapso de 8 meses en que se realiza actualmente la atención del lactante, es corto para reparar trastornos nutritivos crónicos, los prematuros, los raquíticos, etc. Tampoco es dable obtener una curación efectiva de los niños con lúes congénita y controlar a la vez el tratamiento de los progenitores. Estas deficiencias hacen que saiga de nuestros Consultorios un material que por sua condiciones generales precarias constituye fácil preca para otras enfermedades, infecto-contagiosas, tuberculosis, etc.
- 3) Los lactantes que abandonan nuestros Consultorios quedan prácticamente sin ninguna atención médica. Esto se debe a que los reglamentos de las Gotas de Leche, dependientes del Patronato Nacional de la Infancia, exigen como edad máxima para ingresar a ella el segundo mes; los policificios de hospital no pueden atender en forma eficiente la gran masa de niños que a ellos acuden y, por último, a la falta de camas para lactantes en los hospitales correspondientes, ya que en Santiago sólo existen 100.

Podríamos agregar todavía que un cierco porcentaje de estos niños se ve privado de sus alimentos por ser el Consultorio la única fuente en la cual pueden procurárselos.

Las razones anteriores explican y permiten comprender que la mortalidad infantil sub rapidamente de los 8 meses a los 2 años. En el Consultorio de Santos Dumont se ha podido seguir la evolución hasta los 2 años, de un grupo de 137 niños. De estos 84 sanos y 27 enfermos, o sea el 20 por ciento adolecen de distintas afecciones, raquitismo, trastornos nutritivos crónicos, trastornos dispépsicos, etc., es decir un grupo dafecciones que pudo evitarse con una atención médica constante, como se realiza en nuestros Servicios; y, por último, 26 fallecidos, o sea un 19 por ciento, lo que demuestra que la morta-lidad aumenta 4 veces de los 8 meses a los 2 años.

Habría que ser muy esceptico para no darle crédito ni importancia a estos números. No cres-

74.400

mos que estas cifras deban tomarse como palabras de fe, sino que como simples puntos de comparación, que nos permitan formarnos un criterio respecto al problema que estudiamos.

De todas las reflexiones anteriores se desprenden para nosotros algunos puntos que debemos

hacer resaltar:

Que fijar hasta los 8 meses la edad máxima de atención del lactante es caprichoso y sin ninguna razón científica que la abone.

2) Que la labor médica de nuestros Servicios de lactantes es eficiente, ya que ella ha permitido rebajar la mortalidad én una población de más o menos cinco mil niños, del 25 al 4 por ciento.

Aceptadas las ideas anteriores, cabría en seguida estudiar la forma de organizar este mayor

servicio y su financiamiento.

Respecto al primer punto, nuestra opinión se ha formado a través de conversaciones con nuestros médicos de niños y con el profesor Scroggie, a quien hemos consultado sobre esta materia. Todos estamos de acuerdo en que este nuevo servicio no debe limitarse sólo al Consultorio, sino debe extenderse también a la casa del lactante. En la forma de resolver esta atención domiciliaria se han presentado discrepancias. Los médicos de nuestros Consultorios creen que ella debe hacerse por medio de médicos-domiciliarios: el profesor Scroggie y nosotros creemos que ella podría hacerse con, la ayuda de enfermeras sanitarias. Para pensar así nos basamos en el hecho que, dadas las condiciones materiales de vida de nuestro pueblo, es ilusorio pensar en atender en el domicilio afecciones graves del aparato respiratorio u otras que necesitarian hospital; las demás, trastornos nutritivos, enfermedades infecto-contagiosas, pueden quedar perfectamente bajo la vigilancia y control de una enfermera sanitaria competente, como tenemos actualmente. Si se resolviera así, la organización que nocotros propondríamos sería la siguiente:

1) Aumentar los especialistas de niños en la forma que se indica: 2 para Unión Americana;

2 para San Francisco y I para Santos Dumont.
2) Crear 5 cargos de enfermeras santarias, repartidos en la misma forma que los médicos especialistas. La labor de estas enfermeras sería fijada posteriormente de acuerdo con los jefes de Consultorios de Lactantes.

El costo de estos cargos sería el siguiente:

5 médicos e u. \$ 500 mens	\$ 2.500
5 enf. sanitarias clu. \$ 300 mens	1.500
Bonificación 5 por ciento	200
Mayor consumo alimentos y medi-	
camentos	2.000 (1
Total mensual	\$ 6.200

Como fuente de financiamiento nos atrevemos a proponer que se dedique con este objeto las sumas que actualmente se gastan en el Servicio de Desayuno Escolar y que, según entendemos, asciende a \$ 300.000 anuales.

Al terminar estas observaciones nos alienta la esperanza de que las ideas expuestas han de encontrar buena acogida ante los organismos técnico-administrativos de la Caja, ya que al formularlas nos ha guiado sólo el deseo de encauzar la labor médica de la Ley 4054 en un sentido más humano y más social y que la Institución, que con toda deveción servimos, tome una posición más destacada en la solución del problema que afecta al porvenir de nuestro pueblo y, por ende, a su tropio porvenir.

(1) Este dato no es absolutamente exacto; tenemos razones para creer que puede ser rebatado a \$ 1.500.

# Hemoptisis no tuberculosas

Dr. ETCHEBARNE (1)

Aprovechando la ocasión de dos enfermos que han tenido hemoptisis que se prestan a una discusión diagnóstica interesante, he creído de interés pasar una revista rápida de la semiología de las hemoptisis.

Si a menudo el origen bronco-pulmonar de la sangre espectorada es evidente, a veces sucedo que la cuestión necesita un examen detenido del enfermo.

En efecto, en una serie de enfermos encontraremos lo que Sergent llama falsas hemoptisis. En realidad el diagnóstico no se presta a gran discusión y para hacerlo basta con examinar completamente al paciente. La sola enumeración de estas falsas hemoptisis hará ver la facilidad del diagnóstico.

 Trabajo presentado a la reunión ofinica del Consultorio de Talca, de fecha 23 de Enero de 1935. En primer lugar, tenemos la epistaxis cuande la sangre viene del rino faringe posterior; en seguida sangre de origen lingual, sea por ulceraciones traumáticas, tuberculosas o neoplásicas; luego tenemos sangra fácilmente de sus encías y, por fin, hemorragias laringeas en casos de sifilis o tuberculosis laringeas. Como se comprende, en todos estos casos el diagnóstico es evidente y golo un examen muy insuficiente haria caer en un error.

Una causa de error más frecuente consiste en confundir una hematemesis con una hemoptisis; pero los antecedentes y la evolución del episodio harón corregir de inmediato el error que pudo cometerse por descuido.

Una vez hecho el diagnóstico de hemoptisis. debemos investigar su causa.

Hay que tener siempre presente que el 11/12

de ellas son de origen cardio-vascular, y entre las causas citaremos:

En primer lugar, la tuberculesis pulmonar en cualquier periodo, y debemos considerar como un verdadero axioma que toda hemoptisis verdadera debe ser considerada tuberculosa hasta prueba de lo contrario.

En segundo lugar hay que citar el infarto puimonar causado, sea por una afección mitral sobre todo o bien otra afección cardio-arterial en descompensación o, por último, flebitis. En todos estos casos basta el examen completo del enfermo para encontrar la verdadera causa.

El 1/12 de las hemoptisis restantes son de causas más excepcionales y más o menos dificiles de despistar. Entre ellas citaremos:

Los traumatismos toráxicos, fracturas de costillas, por ejemplo.

La mayor parte de las afecciones agudas de los pulmones: gangrenas abscesos, pleuresia irterlobar, neumonía, bronquitis crónica con dilatación, espiroquetosis broncopulmonar.

Las afecciones hemorragiparas: fiebre tifoidea grave, grippe, purpura infeccioso, estados leucé-

micos.

Entre las afecciones crónicas de las vías respiratorias citaremos:

La sifilis.

El quiste hidatídico,

Cancer.

Aneurisma aortico.

Sería largo y fastidioso entrar a hacer el diagnóstico diferencial en cada caso; además, el objeto que nos hemos propuesto es solamente recordar que no todas las hemoptisis son tuberculosas y enumerar entonces las afecciones en las cuales debemos pensar cada vez que nos encontremos con una hemoptisis que no pruebe ser tuberculosa, y para el final hemos dejado las hemoptisis de las mujeres en el momento de sus reglas, punto este que se ha prestado a muchas discusiones y que en general no es aceptado por la mayorfa de los tislólogos. Sin embargo, no podemos dejar de citar la conocida observación de Ventura, que prueba más o menos claramente que el hecho puede existr aun cuando sea raro.

Ventura cita el caso de una familia en la cual la suplencia de las reglas por hemoptisis periódicas se manifestó en tres generaciones: la primera generación se componía de tres hermanas, una de ellas vió sus reglas reemplazdas por hemoptisis mensuales. Una de las dos hermanas normales tuvo cinco hijas, de las cuales dos presentaron la misma anomalía que su tía. Una de estas últimas tuvo, por fin, cuatro hijas, de las cuales dos tuvieron la misma inversión. En ninguno de estos sújetos se encontró, por supuesto, ni tuberculosis, ni sífilis, ni hemofilia, ni cardiopatía.

Y ahora presentaremos nuestras dos observaciones:

Le primera observación pertences a J. O., de 53 años de edad, de profesión enjuncador. En los antecedentes hereditarios de este enfermo no encontramos nada de interesante que señalar. Lo dnico quafirma categóricamente es no haber conocido ningún tuberculoso en su familia.

En los antecedentes personales dice haber sido muy enfermizo de pequeño. Hace 85 años tiene un episodio febril que dura un mes y que no unede precisar. Hace 20 años tiene una especie de vómica con expulsión de membranas que el enfermo compara a clara de huevo cocido. Una hemopulsis mediana hace 14 años. Esta se repite en 1929 y 1930. En aeguida hemopulsis de mediana intensidad en 1932, sin ningún prodroma, y desde entonces sigue teniendo pequeñas hemopulsis cada 2-3 meses. Apendicectomía en 1934.

Al momento del examen el enfermo tiene un desgarro hemoptolco desde hace 3 días, no hay tos, no hay enfiaquecimiento, no hay sudores, no hay cefaleas, el apetito bueno, temperatura no hay.

Al examen objetivo encontramos en el pulmón derecho una submacidez en el tercio medio, acompañada de broncofonfa y de algunos estertores finos, sobre todo después de la tos. El resto de pulmón parece normal. El pulmón izquierdo, nada de particular.

El examen del aparato circulatorio nos da un sopio dastólico de la base y una presión arterial de 15.7

Se pide un examen de rayos que dá lo siguiente: Vértices normales, campos pulmonares en el derecho tercio inferior, una cavidad rodeada de tejidos de condensación pulmonar, espacios costodiafragmáticos libres, movilidad del diafragma limitada lado derecho; pulmón izquierdo normal; una radiografía dá el mismo resultado.

En el examen de desgarro no se encuentran B-K.

Wassermann, negativo.

Linfocitos . . . . . .

Los exámenes de desgarro todos por homogelneización, se repiten cuatro veces, y siempre el mismo resultado negativo. Una siembra de este desgarro sobre medio de Petragnani es también negativa.

Se pide una reacción de Weimberg que resulta negativa. Desgraciadamente el antígeno empleado es de pésima calidad. Un recuento globular da lo siguiente:

| Clóbulos rojos | 3.760.000 por cmm. cúbico | Glóbulos blancos | 4.300.000 | ... | ... | ... | Polinucleares | 62 0/0 | Eosinófilos | 12 0/0 | Easófilos | 2 0/0 | Mononucleares | 1 0/0 |

En resumen, se trata do un enfermo que presenta hemoptisis a repetición sin prodromas, cuyos antecedentes tuberculosos son negativos ; cuyo examen en este mismo sentido es igualmente negativo. En cambio, tenemos antecedentes de una posible ruptura de quiste hidatídico antiguo, que sería la causa de todas las molestias que presenta este enfermo.

Se propone como tratamiento, primeramente, eneayar un neumo-tórax que seguramente no será posible seguir a causa de las adherencias casi seguras que debe presentar, y si esto falla hacer una frenicectomía.

La otra observación pertenece a U. C., de 43 años de edad, de profesión cocinera.

En los antecedentes hereditarios asegura no haber conocido ningún tuberculoso en su familia: en los antecedentes personales enconframos una grippe hace dos años, complicada de bronconeumonía con su desgarro hemoptoico típico. Además, dice tener epistaxis a repetición desde algún tiempo. No tiene reglas desde hace un año

Esta enferma en plena salud tiene una hemoptisis de mediana intensidad que pasa completamente en dos días. No hay tos ni desgarro, apetito bueno, no hay sudores ni enflaquecimiento, ni astenia, peso 77 klios, cefaleas y vértigos, zumbidos de oídos, disnea de esfuerzo moderado, presion arterial al Pachon 18-10 1/2, pulso 100.

Wassermann y Kahn, negativos.

El examen de rayos da lo siguiente:

Vértices y campos pulmonares normales, espacios costo-diafragmáticos libres, dilatación ellíndrica de la aorta 3,4 cm.

En resumen, se trata de una enferma que no acusa antecedentes tuberculosos y ningún síntoma de impregnación tuberculosa y que tiene una hemoptisis por primera vez a los 43 años.

El examen clínico y radioscópico pulmonar es negativo. Er cambio, esta enferma presenta una dilatación cilíndrica de la aorta con pequeños signos de insuficiencia cardíaca (disnea de esfuerzo, taquicardía) y debemos agregar, además, que se encuentra en plena menopausia.

Se le hace un tratamiento a base de nitrito y después de una serie de 12 inyecciones la enferma se siente perfectamente bien.

# Neumoconiosis

Dr. MANUEL MARIN (1)

He creido de interés dar a conocer a mis distinguidos colegas, en esta Primera Reunión Clínica del Consultorio de Temuco, algunas nociones acerca del estado actual de nuestros conocimientos sobre este capítulo un tanto olvidado de la patología del árbol respiratorio y que hoy día está siendo objeto de una atinada revisión, a iniciativa del Consultorio de Bronco-Pulmonares del Seguro de Santiago.

No podríamos silenciar dos trabajos de positivo valor, llegados hace poco a nuestras manos. El primero de ellos, firmado por el doctor René García, médico del Hospital San José, titulado "Silicosis pulmonar y sílico-tuberculosis", apa-recido en el Boletín Médico de la Caja, de septiembre de 1934. Y el segundo "La silicosis en Chile" de los doctores René García, Rafael Lorca, Hevia y Schweitzer, publicado en la misma Revista un mes después. Ambos trabajos significan un encomiable esfuerzo, denotan un sólido conocimiento del tema, orientan la labor de los médicos de provincia y además exhiben una abundante y seleccionada bibliografía, de la cual haremos uso, con su licencia, en el curso de esta disertación,

Existe una doble importancia en afrontar estos estudios. Por una parte el aspecto clínico paro, en el sentido de llegar en estos enfermos a un diagnéstico exacto, pues ha sido un hecho de observación corriente en nuestro país y at cual creo que la zona en que vivimos no habrá hecho excepción, el de etiquetar como tuberculosos pulmonares a los enfermos de neumoconiosis.

Er otro aspecto, el social, es a su vez de trascendental importancia si se llega a considerar a la neumoconiosis como una enfermedad profesional, pues en tal caso los obreros invalidados por esta causa tendrían justo derecho a indemnización de parte de las instituciones patronales

(1) Trabajo presentado en la reunión clínica del Consultorio de Temuco, de fecha 13 de febrero de 1935.

o de las Compañías de Seguros de Accidentes del Trabajo.

Desde un junto de vista más local, nuestra institución alirraria su presupuesto de atención médica remitiendo a estos enfermos a los cervicios de las Compañías aseguradoras.

Este trabajo se compone de dos partes. Primeramente haremos una exposición, lo más sumaria posible, de la patología y clínica de las diversas formas de neumoconiosis y luego someteremos a vuestra consideración dos observaciones clínicas, una la del obrero asegurado, aquí presente, y la otra de un enfermo de la clientela particular

Estas dos relaciones, que pensamos comunicar a Santiago, acogiéndonos a la invitación hecha por el dector Carcía en uno de los trabajos citados, podrán ir a integrar el número cada día mayor de individuos afectados de neumoconjosis.

Se designa con el nombre común de neumoconiosis a una serie de afecciones del aparato respiratorio ocasionadas por la inhalación prolongada, seguida de su fijación en el parenquina pulmonar, de ciertos polvos inertes que pueden ser de crigen animal, vegetal o mineral.

Făcilmente se comprenderă que existen numerosas variedades de neumoconiosis atendiendo a la naturaleza del polvo inhalado, lo cual por su parte depende directamente del oficio o profesión del individuo afectado.

Es muy conocida la clasificación de Layet que repetiremes a continuación:

- 1) Polvos de crigen anima!:
- a) Polvos de ianas;
- b) Poivos de sedas;
- c) Polvos de pelos;
- d) Polvos de plumas.
- e) Polvon de cabellos. 2) Polvos de origen vegetal:
- a) Poixos de carbón;
- b) Polvos de tabaco;
- c) Polvos de algodón;
- d) Polvos de harinas,

- 3) Polvos de origen mineral:
- a) Polvos de sílice;
- h) Polvos de fierro;
- c) Polvos de cinabrio;
- d) Polvos de estaño.

A esta variedad de agentes etiológicos corresponden cuadros clínicos y lesiones anátomopatológicas que guardan entre sí una gran similitud, por lo cual resulta innecesario insisir en una descripción particular de cada uno de estos tipos. Por esta razón nos limitaremos sólo a los dos cuadros principales. La antracosis, importante por su gran difusión y por haber estado procesos y la efilicosis, de gran actualidad hoy día y que indudablemente seguirá ganando terreno cuando se le conozca mojor.

Antes de seguir adelante, conviene hacer notar la diferencia existente entre la inhalación de polvos inertes y de polvos activos. Los primeros son los ya mencionados y originan las coniosis, en cambio los segundos penetrando por el árbol respiratorio intoxican el organismo en general o provocan procesos inflamatorios agudos. Son los polvos tóxicos y cáusticos:

Poivos de plomo, arsénico, mercurio, entro los primeros, y crómicos, de calcio, escorias, etc..

entre les caustices.

Necesario es también subrayar que no siempre estos cuadros de neumocóniosis son puros, pudiendo un mismo individuo haber sufrido durante períodos largos la inhalación de dos clases de polvos. Resultan de esta mancra cuadros mixtos como, por ejemplo, sílico-siderosis o la silico-antracosis, que se observa en uno de nuestros enfermos.

#### PATOGENIA

Como lo dejamos dicho al comienzo, nos referiremos en el curso de esta exposición, conjuntamente a la antracosis y a la silicosis.

Hay que distinguir la antracosis, enfermedad de la antracosis fisiológica, que todos en mayor o menor escala sufrimos. En efecto, no es excepcional encontrar en las necropsias, en especial de viejos, leciones antracosicas. El aire de las ciudades, sobre todo de las grandes urbes industriales, está sobrecargado de particulas de carbón, las cuales a pesar de los elementos protectores de las vias respiratorias, cilios vibrátiles, secresiones mucosas, etc., pueden llegar a depositarse en el tejido pulmonar.

Una vez en los alvéolos, estas partículas son englobadas por los teucocitos, (macrótagos o mononucleares grandes) constituyéndose así las células de polvo. Estas células de polvo pueden atravesar el epitello y fijarse en el tejido pulmonar, como también pueden ser arrastradas por la circulación linfática, alcanzando a llegar a veces a la barrera ganglionar. La presencia de estas grandeo células de poivo en los capilacies linfáticos determina pronto un ralentissamiento de la corriente, luego una ectasia y finalmente una esclerosis difusa perilinfática.

Esta drenaje linfático explica admirablemente la distribución de las lesiones en estos enfermos, la cual como veremos más adelante comienzapor el fallo y avansa alcándoso de 61, pero siempre conservando una topografía peri o parahiliar.

Vasteenberghe y Grisez, alentados por los descubrimientos de Calmette, en el sentido de demostrar que la infección tuberculosa en los nitos se hace frecuentemente por la vía intestinal, pensaron que también las neumoniosis seguirían este mismo camino. Ruppert. Carrieu, Claisse, Josué, demostraron después les fundamentos de la teoría inhalatoria. Más tarde Kuss y Lobstein agregaron nuevos datos en refuerzo de la misma teoría. En efecto, encontraron una indemnidad cael constante de los ganglios mesentéricos en enfermos neumoconjóticos.

Para la silicosis, el proceso es más o menos semejante. La diferencia estriba en que los polvos de sílica son muoho más pequeños que los de carbón, (5 micrones), pudiendo presentar una forma "acerada y en punta de flecha". Al final se llega a la formación del "nódulo silicótico", tenido como elemento típico y representativo de

la silicosis.

#### CLINICA

Las neumoconiosis se presentan sólo en individuos expuestos por la naturaleza de su profesión, a la aspiración prolongada de polvos. Es necesario por lo menos un plazo de 10 a 15 años de trabajo activo y no interrumpido en un medio de esta naturaleza para que aparezcan los primeros sintomas.

Contra esta premisa de orden general, hemos leído las descripciones de algunos enfermos jóvenes de 19 ó 20 años, ocupados en la Fábrica de Vidrios de Vicuña Mackenna de Santiago, quienes en el plazo de un año han presentado los síntomas de la enfermedad. Por la rapidez con que se instaló la enfermedad en estos obreros, se llegó a hablar de "sillcosis aguda", entiendo, que en sentido figurado.

De todos modos, lo común es que la enfermedad se presente en obreros con más de 10, 15 ó 20 años, de trabajos de esta naturaleza.

Clinicamente se acostumbra dividir la evolución de la enfermedad en tres períodos:

1.o Caracterizado por signos de irritación bronquial, tos quintosa, desgarro muco-purulento, tefido ya sea de color negro, gris, rojo, etc., dolores torácicos discretos, ligera disnea de esfuerzo y al exemen pulmonar sólo se aprecian signos bronquiales.

Es muy importante señalar que el valor diagnéstico de un desgarro teñido con fiolvos de carbón o de súlce, es relativo. Se sabe en efecto que cualquier minero de la zona carbonífera puede desgarrar una espectoración negruzza, la cual desaparece a los 3 o 4 días, siempre que el obrero no baje a la mina. Por esta razón el desgarro pigmentado tiene valor sólo, cuando persiste en un obrero ausente de su trabajo durante un lapso no inferior a 4 días.

2.0 Período: Los sintomas del período anterior se acentúan. Aparece compromiso del estado general, enflaquecimiento. Con frecuencia se observan bronquitis y congestiones pulmonares, después de las cuales los sintomas de insuficiencia respiratoria se hacen máe marcados. A estas alturas puede venir la tuberculosis a compilcar el cuadro, sobre lo cual nos extenderemos más adelante. Otras veces, cuadros agudos pueden acelerar la marcha, (neumonia, congestiones, etc.) También, el la esclerosis pulmonar ha sido muy intensa, la insuficiencia respiratoria y la sobre carga funcional para el corazón, que se observa siempre en estos casos, puede llevar al enfermo hasta la asistolia.

El tercer período es el de la caquexía. Pueden observarse grandes rebiandecimientos, de donde se originó el nombre de "tisis negra" que en otros tiempos se dió a esta enfermedad (antra-

cosis-the.)

Esta separación en períodos, como todas las divisiones en medicina no puede tener un valor absoluto. Debe mirársela más bien como una manera de esquematizar un proceso con fines didácticos.

Respecto de la silicosis, quisiéramos repetir la definición bastante satisfactoria dada por los dectores García, Lorca, etc., en el trabajo ya antes dicho:

"Es una neumopatía esclerosante debida a una inhalación prolongada de polvos silicosos y cuya base histológica lo constituye el nódulo silicótico".

La sílice o bióxido de silicio, (Si 02), se encuentra en abundancia en la naturaleza. libre, o combinada, formando silicatos alcalinos o terrosos. Cristalizada constituyendo el cuarzo o cristal de roca. Mezclada con otros elementos se la encuentra en las arenas, piedras, rocas, etc.

Hay diversos factores que merecen tenerse en cuenta para justificar el larguisimo piazo que este grupo de enfermedades necesita para hacerse presente.

Este "período de constitución" de la neumoconiosis está influenciado por los siguientes factores:

Refiriéndose a la silicosis.

1.0) Concentración de los polvos silicosos en el aire atmosférico.

2.0) Indice sílico-métrico, o sea, el porcentaje de sílice libre.

3.0) Esfuerzo físico que se ejecuta en el trabajo.

Del trabajo ya tantas veces citado de los doctores García, Lorca, etc., tomamos los siguientes datos:

"Los períodos más cortos se han encontrado en los obreros de la industria del vidrio, en los que el medio silicógeno presenta la más alta concentración en silice total (60 a 85 olo) y el indice silicométrico más elevado (75 olo). En estos enfermos el período de constitución fluctúa alrededor de un año".

El esfuerzo físico, como lo cita Magnin, obligando a los obreros a respirar con la boca abierta, es la causa de una mayor inhalación de polvos. Por parecido mecanismo, las vegetaciones adenoideas, etc., concurren al mismo fin.

Entos factores señalados para las silicosis, son comunes a los otros cuadros de neumoconiosis.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

Los pulmones se presentan densos, de un color que varía según la clase de neumoconiosis, negro-verdozo en la antracosis, negro-griságeo en la silicosis, etc. La superficie de los pulmones se vé jaspeada de manchas obscurás o grisáceas que corresponden a los depósitos de polvos.

La superficie del corte deja ver estas masas pigmentadas a lo largo de cleatrices escierosas que llegan hasta los hillos. En la proximidad de ellos y en el interior de los ganglios se encuentran pequeños nódulos duros. La adenopalia puede alcanzar grupos ganglionares vecinos, cervicales, axilares, etc.

#### HISTOLOGIA PATOLOGICA:

Al microscopio se observa que la infiltración neumoconiótica ocupa los espacios perl-lobujilla-res, y perl-acinosos, propagándose por las vías linfáticas, a lo largo de los bronquios y de los vasos, pudiendo a veces alcanzar hasta los espacios linfáticos sub-pleurales.

Los alvéolos a veces se presentan ocupados

por células de polvo.

La infiltración coniótica va generalmente asociada a manifestaciones de enfisema, bronquiet crónica, bronquietciasia y de esclerosis pulmonar. Otras veces se observan cavernas rodeadas de tajidos infiltrados y coupados total o parciamente por exudados pigmentados.

Los nódulos neumoconióticos pueden tener forma variada. Contienen siempre en su interior la substancia que origina la enfermedad,

ya sea carbon, sflice u otra.

Entre nosotros, en el Instituto de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador, el doctor Irmael Mena, logró por medios especiales obtener de un trozo de pulmón silicótico 20 centigramos de silice pura (Si 02).

#### DIAGNOSTICO:

No hay elementos que individualmente permitan por separado llesar a un diagnóstico. Estese desprende de la reunión de diversos datos y de exámenes de laboratorio, a los cuales pasaremos revista brevemente:

Anamnesis; Investigar la profesión del enfermo. Los años que haya permanecido en sitios reconocidos como productores de coniosis. Indagar las condiciones higienicas bajo las cuales se desarrolla el trabajo, etc.

La cdad: Estos enfermos pasan habitualmente de los 35 años, lo cual se explica por el largo período de constitución de la enfermedad (10 a 20 años), a que ya nos hemos referido.

Sexo; Son siempre del sexo masculino, sor obreros sometidos a rudas faenas físicas, que

una mujer dificilmente soportaria. Sintomas subjetivos: Tos, desgarro pigmenta-

do, hemoptisis, disnea de esfuerzo, dolores torácicos, pousets de bronquitis, todo esto de una marcha mus errastrada y tórpida, al través de largos años.

Sintomas objetivos; Rolativa conservación de buen estado general, salvo en los casos finales Escasez o ausencia de signos físicos pulmonares Predominio de manifestaciones bronquiales. Tendencia al enfisema.

A estas alturas puede venir la tuberculosis a complicar el cuadro, sobre lo cual nos extenderemos más adelante. Otras veces, cuadros agudos pueden acelerar la marcha, (neumonia, congestiones, etc.) También, si la esclerosis pulmonar ha sido muy intensa, la insuficiencia respiratoria y la sobre carga funcional para el corazon, que se observa siempre en estos casos, puede llevar al enfermo hasta la asistolia.

El tercer período es el de la caquexia. Pueden observarse grandes reblandecimientos, de donde se originó el nombre de "tisis negra" que en otros tiempos se dió a esta enfermedad (antra-

cosis-the.)

Esta separación en períodos, como todas las divisiones en medicina no puede tener un valor absoluto. Debe mirársela más bien como una manera de esquematizar un proceso con fines didacticos.

Respecto de la silicosis, quisiéramos la definición bastante satisfactoria dada por los doctores García, Lorca, etc., en el trabajo ya antes dicho:

"Es una neumopatía esclerosante debida a una inhalación prolongada de polvos silicosos y cuya base histológica lo constituye el nódulo silicótico".

La sflice o bióxido de silicio, (Si 02), se encuentra en abundancia en la naturaleza. Iibre, o combinada, formando silicatos alcalinos o terrosos. Cristalizada constituyendo el cuarzo o cristal de roca. Mezclada con otros elementos se la encuentra en las arenas, piedras, rocas, etc.

Hay diversos factores que merecen tenerse en cuenta para justificar el larguísimo plazo que este grupo de enfermedades necesita para ha-

cerse presente.

Esta "período de constitución" de la neumoconiosis está influenciado por los siguientes fac-

Refiriéndose a la silicosis.

1.0) Concentración de los polvos silicosos en el aire atmosférico.

2.0) Indice sílico-métrico, o sea, el porcentate de silice libre.

3.0) Esfuerzo físico que se ejecuta en el tra-

Del trabajo ya tantas veces citado de los doctores García, Lorca, etc., tomamos los siguientes datos:

"Los períodos más cortos se han encontrado en los obreros de la industria del vidrio, en los que el medio silicógeno presenta la más alta concentración en sílice total (60 a 85 olo) y el indice silicométrico más elevado (75 o|o). En estos enfermos el período de constitución fluctos alrededor de un año".

El esfuerzo físico, como lo cita Magnin, obligando a los obreros a respirar con la boca abierta, es la causa de una mayor inhalación de polvos. Por parecido mecanismo, las vegetaciones adenoideas, etc., concurren al mismo fin.

Estos factores señalados para las silicosis, son comunes a los otros cuadros de neumoconiosis.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

Los pulmones se presentan densos, de un color que varia según la clase de neumoconiosis,

negro-verdoso en la antracosis, negro-grisáceo en la silicosis, etc. La superficie de los pulmones se vé jaspeada de manchas obscuras o grisáceas que corresponden a los depósitos de pol-

La superficie del corte deja ver estas masas pigmentadas a lo largo de cicatrices esclerosas que llegan hasta los hillos. En la proximidad de ellos y en el interior de los ganglios se encuentran pequeños nódulos duros. La adenopatia puede alcanzar grupos ganglionares vecinos, cervicales, axilares, etc.

#### HISTOLOGIA PATOLOGICA:

Al microscopio se observa que la infiltración neumoconiótica ocupa los espacios peri-lobulillares, y perl-acinosos, propagándose por las vias linfáticas, a lo largo de los bronquios y de los vasos, pudlendo a veces alcanzar hasta los espacios linfáticos sub-pleurales.

Los alvéolos a veces se presentan ocupados

por células de polvo.

La infiltración coniótica va generalmente asociada a manifestaciones de enfisema, bronquitis crónica, bronquiectasia y de esclerosis pulmonar. Otras veces se observan cavernas rodeadas de tejidos infiltrados y ocupados total o parcia!mente por exudados pigmentados.

Los nódulos neumoconióticos pueden tener forma variada. Contienen siempre en su inte-, rior la substancia que origina la enfermedad,

ya sea carbon, sflice u otra.

Entre nosotros, en el Instituto de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador, el doctor Ismael Mena, logró por medios especiales obtener de un trozo de pulmón silicótico 20 centígramos de silice pura (Si 02).

#### DIAGNOSTICO:

No hay elementos que individualmente permitan por separado liegar a un diagnóstico. Este se desprende de la reunión de diversos datos y de examenes de laboratorio, a los cuales pasaremos revista brevemente:

Anamnesis; Investigar la profesión del enfermo. Los años que haya permanecido en sitios reconocidos como productores de conjosis. Indagar las condiciones higiénicas bajo las cuales se de-

sarrolla el trabajo, etc.

La edad: Estos enfermos pasan habitualmente de los 35 años, lo cual se explica por el largo período de constitución de la enfermedad (10 a 20 años), a que ya nos hemos referido.

Sexo: Son siempre del sexo masculino, son obreros sometidos a rudas faenas físicas, que

una mujer difficilmente soportaria. Sintomas subjetivos: Tos, desgarro pigmentado, hemoptisis, disnea de esfuerzo, dolores torácicos, poussés de bronquitis, todo esto de una marcha muy arrastrada y tórpida, al través de largos años.

Sintomas objetivos: Rolativa conservación del buen estado general, salvo en los casos finales Escasez o ausencia de signos físicos pulmonares. Predominio de manifestaciones bronquiales. Tendencia al enfisema

Laboratorio: Radiología. Es el más importante de los recursos actuales para llegar al diagnostico.

Las lesiones que se ven nacer de los hillos, extendiéndose por el tercio medio del pulmón en sentido centrífugo, respetando por lo común. los vértices y las bases. Son siempre lesiones bilaterales y es frecuente observar una notable simetría de sus contornos, A veces la imagen recuerda las alas de una mariposa.

Radiológicamente se describen tres etapas en el curso de la enfermedad:

1.0) Acentuación de los hillos y de la trama pulmonar.

2.0) Acentuación de la fibrosis notada en el primer período e infiltración de pequeños nódulos en ambos pulmones.

3.0) Fusión de los pequeños nódulos dando lugar a sombras más o menos extensas, retracción costal y deformidad de los diafragmas.

La velocidad de sedimentación globular mantiene normal en estos enfermos.

El recuento globular es también normal.

Los exámenes de desgarro deben hacerse repetidas veces, investigando con proligidad la presencia del B. Koch (por concentración, inoculación).

#### NEUMOCONIOSIS Y TUBERCULOSIS

Más adelante, de paso, hicimos presente que la antracosis puede comunmente en alguna de sus etapas acompañarse y complicarse de tuberculosis (formación de cavernas, tisis negra).

Igualmente ocurre con la silicosis. La asociación de estos dos procesos mórbidos es motiva hoy día de numerosos trabajos cuya importancia no es posible desconcer y que tienden a dilucidar en el terreno médico social la vieja discusión de si la silicosis debe o no incluirse entre las enfermedades profesionales y por lo tanto indemnizables.

Casi todos los países, Inglaterra, Sud Africa, Alemania, etc., incluyen esta enfermedad en el grupo de las profesionales. No así Francia, país en el cual, por lo demás, hoy se hace sentir una fuerte corriente renovadora en este mismo sentido.

En este terreno hay dos teorías. Los sostenetenedores de la primera desconocen y niegan la existencia de una silicosis pura. Para ellos siempre existiria una infección anterior, generalmente bacilar, que prepararía el terreno a la esclerosis silicótica. Autoridades científicas de recia envergadura como Rist, Doubrow, Policard, Mazel, son sus mejores mantenedores.

Doubrow en el Congreso de Enfermedades Frofesionales de Llyon, 1929, logró imponer esta idea en contra de las observaciones del sud-

africano Mavrogordato.

Según Policard, la tuberculosis crearía un terreno especialmente apto para el desarrollo de la silicosis. De tal modo que el nódulo silicótico no sería de naturaleza específica mineral, sino "la expresión máxima de esclerosis del nódulo tuberculoso": Los polvos minerales tendrían predilección para fijarse sobre procesos bacilares antiguos cicatrizados,

En abono de las mismas ideas, Groizier y Martin agregan las siguientes observaciones:

1.0) El trabajo prolongado en polvo de rocas silicosas no determina necesariamente una fibrosis pulmonar.

2.0) Un número elevado de individuos con imagen pulmonar de fibrosis miliar o nodular del tipo silicótico, han presentado posteriormente formas evolutivas de tuberculosis.

3.0) Es posible observar formas de fibrosis masiva del tipo seudo tumoral en sujetos que han trabajado solamente en la industria carbonifera, pero de gran frecuencia corresponde a los trabajadores en materias rocosas.

4.0) La enfermedad no es fatalmente evolutiva w hay casos en que parece observarse un estacionamiento del proceso.

5.0) El tiempo necesario en un ambiente de polvo capaz de producir fibrosis de un tipo dado varía según los sujetos, jugando el factor individual un rol capital.

6.0 El efecto pernicioso de los polvos min?rales no puede ser discutido, pero la frecuencia de la tuberculosis comprobada en los casos fatales parece estar en relación intima con los procesos de silicosis,

La otra teoría comienza por aceptar la existencia de la silicosis pura. Una vez establecido este proceso silicótico, el individuo podría perder su estado de alergia, quedando expuesto a contraer una tuberculosis, reciente, o a despertar una tuberculosis latente.

Sobresalen en este punto de vista los trabajos de Magnin, del cual copiaremos las siguientes palabras:

"En algunos tardíamente, en otros precozmente, en el curso de la evolución de una silicosis pura en su crigen, las lesiones tuberculosas aparecen. Todo sucede como si la silicosis preexistente hubiera, por decirlo así, anergizado una primo-infección cuya virulencia en sueño, jamás se ha extinguido. A favor de la energía así creada y a partir del chancro de primo-infección. los Bacilos de Koch se diseminan en las lesiones fibrosas o alrededor de ellas.

Termina diciendo: "Nosotros llamamos silicosis a una fibrosis pulmonar debida a la inhalación de polvo, aún cuando esta fibrosis sea precedida, acompañda o seguida de una infección tuberculosa. Una pera es siempre una pera, aun chando se agusane o ya lo ests'

Investigaciones realizadas en Chile, en el Instituto de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador, autorizan para afirmar los siguientes hechos dados a corocer por los doctores Mena y Lorca,

"1.0) La silicosis pura con su esclerosis pulmonar caracterist ca puede existir como entidad independiente de influencia infecciosa.

2.0 Es innegable la acción específica esclerosante de la silice en el estroma pulmonar,

3.0) El nódulo silicótico debe ser considerado como la lesión histopatológica característica de la silicosis primonar.

4.0) La tuber-ulosis complica con frecuencia a la silicosis determinando lesiones especiales, terpidas en su evolución clínica y

atipicas en s. estructura anátomo-patológica (necrosis) "

Fath y Jasiensky, del Sanatorio de Altembers, expresan: (tomado del trabajo citado del doctor García).

"La silicosis inactiva, refiriêndose a la silicosis pura, y aquella complicada de tuberculosis, pueden ser en la hora presente diagnosticadas en la mayoría de los casos con los medios de investigación de que disponemos. Nos parece entonces que estos enfermos deberfan encontrar en Francía las disposiciones legales que, a ejemplo de diversos palses, como Gran Bretafa, Sud-Africa. Alemania y todavía otros, les aseguran una justa reparación por el daño que han sufrido."

El texto francés definitivo de un proyecto de acuerdo para ser sometido a la Confederación General para la Organización Internacional del trabajo y que Rist y su escuela han criticado, dice en tus pasajes más importantes:

"2.0) La silicosis simple o asociada a la tuberculosis es una enfermedad profesional que da derecho a reparación según los mismos principlos que aquellos que la legislación determina pera los accidentes del trabajo u otras enfermedades profesionales".

"3.0) La tuberculosis va frecuentemente aso-

ciada a la silicosis".

"Existicndo la dificultad y aún la imposibilidad de distinguir en cada caso particular, la parte de incapacidad que corresponde a la tuberculosis y silleosis cuando ambas enfermedades coexisten, la incapacidad resultante de la acción combinada de estos dos procesos debe ser reparada como si se tratara de una silicosis simpie".

#### EVOLUCION.

Hay que considerar la suerte de estos enfermos en cada uno de los tres períodos clínicos anteriormente descritos.

En el primero, las molestias son muy discretas y lo común es que el obrero continúe en sus labores, pasando de esta manera a los períodos siguientes.

Si un obrero afectado de este mal, abandona sus faenas, puede conseguir detener la marcha de la enfermedad, pero por desgracia esto no siempre ocurro y en Santiago ha sido frecuente observar evoluciones verdaderamente malignas en enfermos colocados en optimas condiciones de reposo y de higiene.

Lo que acabamos de decir se observa sobre todo en los silicoticóticos, quienes tienen tendencia, como ya lo señalamos, a una evolución bre-

ve y maligna ( 1 año).

### PRONOSTICO:

El pronóstico de las neumoconiosis en general no encierra una extrema gravedad. Bastara recordar las antracosis fisiológicas.

De todas las coniosis la más grave es la silicosis. Con lo que ya hemos dicho, se comprenderá que es imposible en estos casos llegar a una curación "restituto ad integrum". En el mejor de los casos se logrará estabilizar un tiempo el proceso escleroso que caracteriza estas lesiones.

#### PROFILAXIS:

No se puede en estos casos hablar de profilaxis en un sentido estricto y riguroso. Una profilaxis científica resultaría poco menos que imposible.

Nuestra labor ha de concretarse sólo a prevenir la enfermedad hasta donde sea realizable.

Para esto siempre necesitaremos los médicos reunir las siguientes condiciones:

 Conocer la enfermedad en sus detalles pategénicos, clínicos y radiológicos.

 Conocer las industrias o facuas que puedan produciria.

Nociones elementales de higiene industrial.
 Conocer en qué condiciones funcionan actualmente nuestras fábricas y minerales, y se-

fialar sus deficiencias.

Planteado este problema de profilaxis en un terreno práctico, la acción del médico, sea especialista o médico general, debe abarcar los riguientes aspectos:

 Frente al obrero sano: Previsión: Hacer obligatorio el uso de mascarillas protectoras, cómodas y eficientes. Dotar a los locales cerrados de máquinas aspiradoras de polvos. Disminuila jornada de trabajo y dar a estos obreros, periódicamente, por cuenta de la compañía, vacaclones en sitios campostres.

 Frente al obrero enfermo: Separarlo de ambiente cargado de poivos, colocarlo en buenas condiciones de reposo, higiene y alimentación.

condiciones de reposo, higiene y alimentación. Se comprenderá que la terapéutica en estos ca-

zoz es inespecífica y de poco valor.

Si la enfermedad sigue su curso evolutivo, llevando al obrero a una invalidez absoluta, indemnización por todo el resto de su vida, pagada ya sea por los organismos patronales o por Compañías de Seguros de Accidentes del Trabajo.

Finalmente nos corresponde a todos, contribuir a medida de nuestras fuerzas, a difundir los peligros de estas profesiones, a señalar los métodos y precauciones que deben ser empleados en estas faenas y por último imponer el criterio de que, a estos obreros que han esclerosado sus pulmones en beneficio de una determinada Compañía, les sea pagada la justa indemnización a que humanamente tienen derecho con lo cual sóo se realizará un acto de reparación y de justicia zocial.

#### Primera observación

#### HISTORIA CLINICA

Fecha, 29 de agosto de 1934. Nombre. Escarpio Azócar Díaz, carnet N.º 25294, Temuco.

Edad, 25 años. Estado soltero. Sexo masculino. Insc. N.o 39654. Domicilio Metrenco.

Insc. N.o 39654. Domicilio Metrenco.

Patrón, Alejandro Vergara Pardo.

Domicilio: Cantera de Quinquer. Metrenco.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: No fuma ni bebs
Prefesión, minero.

Se inició en los trabajos de minas de carbón a los 7 años de edad, en Curanilahue. Desde entonces, siguiendo la costumbre bohemia de nuestros obreros, ha recorrido diversas regiones. siempre en el mismo trabajo. En 1920 estaba en Schwager, permaneció ahí hasta 1924, Luego se fué a una pequeña mina "El Avellano", situada cerca de Cañete, donde estuvo un año. Volvió a Curanilahue, donde estuvo tres años. Después en Lota permaneció un año más. En 1929 trabajó tres meses en un canal, en Perquenco, ingresando después, ese mismo año, a la cantera de Metrenco. 1930 lo encuentra en las salitreras, en la Oficina Pedro de Valdivia de Antofagasta. Estuvo allí 8 meses, regresando en 1931 de nuevo a la Cantera, de donde no se ha movido hasta el momento.

En resumen, durante trece años ha trabajado sin interrupciones en minas de carbón. Viene un corto período de campo, (3 meses), y luego ingresa a una Cantera en la cual lleva trabajados 5 años, con una sola interrupción de 8 meses (Salitreras).

Antecedentes venéreos: No acusa.

Enfermedades anteriores: En 1930, estando en Antofagasta, cuadro neurológico, cuya naturaleza no es posible reconstruir. Tuvo amnesia y otras lagunas de su psiquismo. En 1933, estomatitis aguda.

Enfermedad actual: Tosedor crónico desde hace muchos años. Hace 8 días, bruscamente, pequeña hemopuisis, sin temperatura y sin alteración del estado general.

Examen físico: Regular estado general. Posición activa. Panículo adiposo conservado. Sensorio y psiquis: normal.

Pulso: 70. Temperatura: 36.5. Respiración: 24. Torax de aspecto enfisematoso.

Corazón: n.

Resto: n.

2 Set. 34.—Radiografía: Infiltración tbc. de la parte media del pulmón jaquierdo (parahillar). Fibrosis de ambas zonas infraciaviculares y baso derecha.

Concl: Toc. Productiva, acino-nodosa 1/3 mecio pulmón izquierdo. Fibrosis bilateral con reacción pleural base izquierda.

(Dr. Bahamonde).

12 Set. 34.—Baciloscopfa: negativa, Flora microbiana abundan.e y variada.

2 Set. 34.—Desde esta fecha ha estado inyectándose Morruato.

28 Set. 34.—Se colocó X Morruatos de Etilo. Subjetivamente muy bien. No tiene tos ni desgarro. Ha subido 4 kilos de peso, (según el enfermo). Peso corporal: 59 kilos. Se le recomienda dejar la cantera y volver al mes.

2 Enero 1935.—Hace dos días gran hemoptisis. Ha contínuado en la cantera.

Pulso: 68. Temp.: 36.8. Resp.: 24.

Presión: no hay aparato.

Peso: 56 kilos.

3-I-35.—V. H. S.: 11 mm. en una hora. Baciloscopía: negativa. Flora complementaria en regular cantidad.

5-I-35.—Baciloscopia: Positiva, muy escasos

bacilos de Koch. Flora microbiana complementaria en regular catnidad y variada.

5-I-35.—R. de Kahn: Negativa. V. H. S.: 15 mm. en una hora.

7-I-35.—Baciloscopía Negativa. Flora completamente escasa.

3-I-35.—Radiografía: Desarrollo hillar doble con acentuación de la trama pulmonar. En la parte sup, del hillo izquierdo y en la inf. del derecho, los tractos se conglomeran formando una verdadera condensación. Borde izquierdo del corazón con sospecha de lesión mitral o pulmorar.

Conclusión: Fibrosis bilateral. ¿Neumoconiosis? (Dr. Bahamonde).

17.I-35.—Se presentará a reunión clínica con diagnóstico de Neumoniosis mixta, sílico-antracosis en su 2.0 período. Asociación con tuberculosis.

La segunda observación perteneciente a la chentela particular, se refiere al señor N. N., 48 años, casado, chileno.

años, casado, chileno.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Fumador y bebedor moderado.

Desde los 14 años se gana la vida en actividades diferentes. A los 23 años trabaja en minas de carbón en Curanliahue y Lota durante 3 años. En seguida se va a Bolivia, donde, sin interrupción, trabaja en minas de estaño por espacio de 6 años (jornada de trabajo: 36 horas). Más tarde se dedica otros sels años a trabajos de calcinación de estos minerales (desprendimiento de humos de antimonio y de plomo). En reguida regresa a Chile donde se dedica a negocios agrícolas hasta hace 3 años, fecha en que se lnicia su, enfermedad actual.

Antecedentes venéreos: no acusa. Reacción de Kahn positiva hace dos años.

Enfermedades anteriores: sin importancis. Apendicetomía en 1931. Ha sido siempre muy sano y vigoroso.

Enfermelad actual: Hace tres años comienza una ligera tos con escasa cantidad de desgarro. Li cual se va haciendo rápidamente más acentuada y acompañada de disnea de esfuerzo moderada.

Un año más tarde el estado general ha decaído. Hay un marcado enflaquecimiento. La disnea se ha acentuado.

Cuando lo examinamos, hace dos meses, nos encontramos con un enfermo caquéctico, febril, disneico, muy intoxicado,

Al examen pulmonar se aprecian en ambos pulmones, sobre todo a derecha, signos cavitarios muy marcados, con fenómenos de innitración en toda la altura de ambos campos.

Se ha hecho en Santiago tres Baciloscopias, resultando positivas dos de ellas. Tiene una Radiografía de hace dos años tomada en Santiago.

Una Baciloscopia reciente de Bacilos en . «zu lar cantidad.

Diagnóstico: Neumoconiosis mixta por polvos de estaño y de carbón, en su tercer período. (Caquexia). Asociación con tuberculosis.

# Eritema Nodoso y Tuberculosis

Dr. A. WIEDERHOLD (1)

Es un tema muy discutido sobre su patogenia respecto al reumatismo y a la tuberculosis. En los últimos años se hicieron estudios experimentales. Los suecos, donde es más común, son los pediatras que lo estudiaron más y entre ellos Walgren, dice: que se presenta a toda edad desde los doce meses de edad y se consideraba antes como síntoma benigno del reumatismo. Dios que después de una afección tuberculosa pasan tres semanas para que el niño se haga sensible a la tuberculosis, es decir, esté en estado de alergia y el eritema nodoso es a veces la manifestación de que en el niño existe una tuberculosis primaria. Este período se consideró como una tuberculosis cerrada; pero las investigaciones posteriores demostraron que el lavado de estómago de estos niños da B. de Koch en inyección al cm. como lo demostró este mismo autor. Se encontraron B. de Koch en el 50 olo de niños con Eritema Nodoso y haciendo simultáneamente radiografías se vió que cuanto más marcadas eran las alteraciones hiliares pulmopares tanto mayor la probabilidad de que el niño elimine B. de Koch; de aqui dedujo en la práctica el aislamiento de los niños que tuvieron Eritema Nodoso durante 1 a 6 meses, y aún 1 año. Estos trabajos fueron comprobados por Onitz

Mortiz, húngaro, presentó diez casos de Eritema Nodoso en que una semana después de la erupción colocó 0.1 mgr. tuberculina antigena. En seis casos hubo reacciones general intensa y se vió reaparecer en el lugar del Eritema Nodoso nuevos elementos como Eritema Nodoso, es decir, recidiva de él. Sobre patogenia del Eritema Nodoso el autor creeq ue se debe considerar como reacción tuberculina antígena.

Yohannsen en su trabajo "Contribuciones a las relaciones del critema nodoso con la tuberculosis y el reumatismo articular", llega a la siguiente conclusión: La crupción llamada critema nodoso es un fenómeno alérgico de la piel 
que en la mayoría de los casos en los niños y 
también en la mayoría de los casos en el adul-

 Trabajo presentado a la reunión cifnica del consultorio de Temuco, de fecha 11 de enero de 1935. to, es provocado por un alergeno proveniente de un proceso tuberculoso 2 que por eso se debe considerar como una manifestación semejante a la pleuritis 2 a la Eletena conjuntival. Los otros sintomas que acompañan al Eritema Nodoso tuberculoso como son la fiebre inicial, sintomas de estenosis bronquial, etc., son provocados igualmente por el proceso tuberculoso.

En raros casos en niños y también en adultos se presenta un Eritema Nodoso que no es provocado por la tuberculosis sino por otras enfermedades o procesos generadores de alergia cuando atacan a organismos humanos con una constitución alérgica que tienen como particularidad presentar reacciones alérgicas. Una enfermedad semejante puede ser la poliartritis reumática aguda. Otras son probablemente enfermedades como la varicela Viruela, fiebre vacinal, angina y otras. También en esta forma de eritema nogoso los sintomas que caracterizan clinicamente el Eritema Nodoso fuera de la erupción, como ser la fiebre, espasmos bronquiales, etc., también son provocados por la enfermedad básica: Por eso los síntomas articulares en el supuesto Eritema Nodoso reumático deben ser considerados como fenómenos paralelos hiperalérgicos anafi.ácticos de la erupción eritema nodoso.

La mayoría de los casos de eritema nodoso, que aparentemente son a base reumática, son seguramente tuberculosos y los síntomas articulares que los acompañan se deben considerar indiscutiblemente como reacciones articulares anafilácticas, que son originadas por la enfermedad básica tuberculosa y que deben considerarse como fenómenos paralelos alérgicos de la erupción critema nodoso. La tuberculosis es probabiemente una de las etiologías de la poliartritis reumática aguda, puede manifestarse con síntomas articulares que son dificiles o imposibles de distinguir en la poliartritis reumática propiamento tal.

Conclusión práctica y no sólo teórica: Debe examinarse radiológicamente y bacteriológicamente no sólo al enfermo de critema nodoso sino a todos los que lo rodean, para evitar mayores desatres.

(Relación de un caso interesante).

DR. KENDALL EMERSON

Dir. Ej. de la Asoc. Nac. Antituberc, de EE. UU.

# Los Ultimos Métodos en la Lucha Antituberculosa

(Comunicación a la XXIX Conferencia Anual de funcionarios de Sanidad del Estado de Nueva Jersey, Trenton, 16 de Febrero de 1934; tomado de Pub. Health News, 69, Marzo, 1934).

Reproducimos este interesantísimo trabajo del Dr. K. Emerson, alta autoridad en materia de lucha antituberculosa, como un aporte extraño a nuestro medio que confirma plenamente, sin embargo, los trabajos que en este sentido han desarrollado los médicos del servicio y de la sección técnico-directiva de la Caja, y las premisas del plan de lucha antituberculosa en nuestra masa de asegurados, ya claborado:

La asombrosa disminución obtenida durante los últimos 30 años en la mortalidad tuberculosa, justifica un estudio de los métodos empleados para conseguir tal resultado. No puede ser mero azar que una mortalidad de 203 por 100,000 habitantes en 1900 descendiera a menos de 60 en 1933.

Además, decòmos darnos cuenta de que dicho fenómeno no ha coincidido con el descubrimiento de ningún procedimiento curativo u preventivo cepecífico, como ha sucedido con la tifoidea y la difteria. Considerando la naturaleza refractaria del bacilo tuberculoso y su resistencia a la terapéutica, una baja tan extracrdinaria de la mortalidad constituye uno de los milagros más notables de la medicina preventiva.

Aunque el descenso comenzó antes de terminar el siglo pasado, se ha acelerado su velocidad desde entonces, y la reducción anual apenas revela interrupción, salvo por un breve paro durante la epidema de 1918. De esta observación despréndese una conclusión inevitable: que los métodos fundamentales adoptados hace una generación y aplicados con toda fidelidad desde entonces, constituyen los comientos del éxito de que nos enorguilecemos ahora.

Al discutir los nuevos métodos, no debemos perder de vista hecho tan fundamental, y a fin de no correr el riesgo de cometer ese error, conviene repasar LARGA MANU en qué han consistido precisamente esos métodos.

En primer lugar, viene el alelamiento de los

casos infecciosos, para lo cual han surgido en todas partes de los Estados Unidos sana orlos dedicados a la aristencia de los casos abiertos, representando un aumento de 6,000 camas du 1900 a más de 70,000 en la actualidad. Los medios clínicos para el diagnóstico más temprano también se han desarrollado rápidamente. La extensión adecuada de la enfermería sanitaria adlestrada ha aportado una inmensa contribución a ese resultado feliz. El servicio social también debe recibir reconocimiento por su notable contribución.

Una enseñanza medica más satisfactoria ha desempeñado un papel algo considerable, y esto reza en particular con los estudios de perfeccionamiento si bien en los últimos años los nuevos medicos también salen de la escuela mejor preparados, en especial en lo tocanie al diagnéstico y a las fases preventivas de la lucha antituberculosa. Por fin, pero no menos importante, entre los principales procedimientos aplicados con intensidad creciente, figura la educación del público en los métodos de evitar la infección por el contacto directo o indirecto, el fortalecimiento de la resistencia mediante la higiene personal y comunal, y la adquisición del hábito de los exámenes periódicos.

En gran parte, los nuevos métodos ahora aplicados representan meramente ampliaciones y perfeccionamientos de dichos principios fundamentales. En lo tocante a profilaxía, el sensato censejo de evitar la exposición todavía retiene 6. primer puesto. En el tratamiento, nada ha suplantado aún el descanso, la buena alimentación, el aire puro y la debida asistencia médica y enfermeril.

TUBERCULOSIS INFANTIL.-Quizas el desenvolvimiento más no able en nuestro programa antituberculoso general, ha provenido de los estudios del tipo infantil de la enfermedad. Esa designación tiene algo de lamentable, visto que la forma infantil puede presentarse en adultos que han tenido la suerte de evitar la infección en la niñez. Sin embargo, por ser mucho más frecuente como fenómeno infantil, retiénese todavía dicha designación, dado su valor descriptivo. Refiérese a la infección primaria por bacilos tuberculosos, que hace que las bacterias logren cobijo en los tefidos, provocando la patología inicial con la encapsulación subsecuente de los bacilos y la prevención de su difusión mas extensa. En la inmensa mayoría de los casos el proceso cesa ahí, y el niño acaso no manifieste signos de infección, salvo los indicados por una reacción positiva a la tuberculina y, en algunos casos, signos roentgenológicos de una lesión inicial y alteración de los ganglios linfáticos. Todavia se debate si la alergia asi producida merma o aumenta la inmunidad a la infección subsecuente, pero conviénese en general en que esta última provoca reacciones histológicas, inflamatorias muy distintas del efecto debido a la invasión inicial por los bacilos.

En lo tocante a la fase médico-preventiva, la infección de tipo infantil posee doble significado. En primer lugar, nos pone en guardia, asegurando así los reactores una vigilancia más cuidadosa y preparación intensa en higiene personal. En segundo lugar, sirve de punto de partida para un estudio detenido del ambiente del niño a fin de descubrir y eliminar la causa de la infección, y es en este sentido en particular que la comprobación con tuberculina de grupos numerosos de niños y la ejecución de radiografías de los positivos cobran relieve entre nuestras más eficaces medidas preventivas. Los casos ocultos do tuberculosis abierta constituyen los obstáculos más graves con que tropieza el dominio epidemiológico del mal. Hablando toscamente, corresponden a dos categorías: Los casos tempranos en que los síntomas no han avanzado hasta producir incapacidad, y los fibrosos crónicos, en los que existe sin duda esputo infeccioso, por lo menos de cuando en cuando. El descubrimiento de esos casos con tiempo suficiente para impedir la posible propagación de infección, exige una meticulos/sima labor de detective en la cuai una clave muy útil es aportada por la determinación del número y localización de los casos de tipo infantil en cualquiera localidad.

Cierto es que la comprobación con tuberculina de todos los niños, consume tiempo y es costosa, pero si esos inconvenientes nos van a privar de poner en planta alguna medida efectiva,
la batalla que nos ccupa no será librada con el
vigor necesario para obtener la victoria. No olvidemos jamás el cnorme gravamen que impone al público la asistencia de los casos activos
de tuberculosis, siendo improbable que los gastos preventivos jamás se aproximen al aborro
que se obtendrá seguramente mermando el nú-

mero de casos en adultos. Aún con los casos logrados hasta ahora, calcúlase que el presupueste nacional para la asistencia de los tuberculosos, si agregamos la pérdida de salario y el derroche representado por la mortalidad prematura, se acerca a mil millones al año en este país.

Una experiencia prolongada nos ha enseñado mucho en lo tocante a métodos económicos. Por supuesto, la comprobación en las escuelas ahorra manificalmente tiempo. En algunos sitios, el empleo de polículas de papel (para radiografías) ha resultado suficientemente exacto, y representa otro ahorro. Huelga decir que la interpretación de essa películas debe quedar a cargo de los familiarizados con sus ligeros defectos y bien adiestrados en tal arte.

DIAGNOSTICO TEMPRANO. - Por las observaciones anteriores acerca de la fuberculosis infantil, se comprenderá que el descubrimiento de los casos, si empleamos en ellos todos los recursos disponibles, desempeña un papel importante en nuestro plan de lucha. Sin embar-go, no podemos detenernos ahl. El diagnóstico temprano de los casos incipientes, por lo común descublertos en la vida adulta joven, debe ser objeto de no menor atención y con este fin ha temado rápido auge en los últimos años el establecimiento de clínicas de diagnóstico debidamente provistas de aparatos de rayos X, laboratorios y un personal competente. En los distritos rurales, la clínica ambulante ha desempe-fiado una misión útil, pero sus métodos son forzosamente toscos cuando se comparan con los de un establecimiento permanente, bien montado y relacionado con un hospital, dispensarlo, sanatorio o departamento de sanidad pública.

El reconocimiento de las muchas dificultades que extraña el diagnóstico de la tuberculoris pulmonar incipiente por el examen f'sico exclusivo. nos ha llevado cada vez más a atenernos a otros procedimientos. Entre ellos, ocupa el primer puesto la historia clínica, comprendiendo los antecedentes familiares completos y una investigación cuidadosa de los hábitos del enfermo, de sus varias ocupaciones, y del riesgo que puede haber corrido de contraer infecciones ex-Esto puede revelar un número trafamiliares. sorprendente de claves insospechadas, pero en la actualidad a lo que más nos atenemos es a las radiografías torácicas. No cabe duda que los examenes físicos periódicos, debidamente realizados, nos aportarían un auxiliar de la mayor eficacia en el descubrimiento de casos, pero por desgracia, resulta sumamente difícil convencer a un público apático de la necesidad y hasta la prudencia de verificar esos inventarios frecuentes. Hasta que podamos persuadir a la profesión médica en conjunto a que coopere mas, insistiendo en que sus enfermos adopten tal costumbre, y hasta que los médicos se muestren dispuestos a invitar a su clientela a presentarse con dicho fin, como ya hacen con toda sabiduría los dentistas, será mucho esperar que ese procedimiento rinda los resultados que podrían esperarse con toda confianza, de divulgarse.

GRUPOS ESPECIALES. — El análisis de las muertos debides a la tuborculosis revela den fe-

da claridad que ciertos grupos sociales contribuyen mayores coeficientes que la media general. Entre ellos figuran las jóvenes de 15 a 30 años, los obreros industriales de 30 a 50, los negros y otros grupos étnicos, y los trabajadores en ciertas industrias peligrosas, en particular los picapedreros y canteros, y los expuestos a los polvos de silice. Dada la disminución general de la mortalidad resulta lógico concentrar los esfuerzos en esos "picos" de la curva descendente.

Hoy día, la Asociación Nacional Antituberculosa, los departamentos de Sanidad, las industrias en general, y el gobierno federal en la asistencia de indios, están librando campañas intensas tratando de rebajar esas cifras más al-tas. Es interesante anotar que en un reciente estudio de un grupo de jóvenes, no pudo encontrarse la menor prueba de que el trabajo. el atletismo, la vestimenta, el fumado de cigarrillos, o los cocktails guardaran la menor relación directa con el asunto. Nos vimos más bien obligados a deducir que la tendencia a la infección después de la adolescencia, representaba un fenómeno fisiológico relacionado con la sobrecarga impuesta por la madurez misma, el matrimonio, la gestación y la preocupación continua de los quehaceres domésticos. De ser así, el remedio residiría en conceder mayor atención a la higiene personal de esas jóvenes, y en particular a enseñarles el modo de evitar las corgas innecesarias a que se someten con tanta negligencia.

Visto que nuestra enorme población de color revela una mortalidad tuberculosa 2 ó 3 veces superior a la de los blancos. Hay que desplegar mayor esfuerzo a cse grupo, pues considerando el íntimo contacto que existe entre ambas razas, no podemos ignorar el peligro que representa tal situación para la salud pública en general. Los mexicanos, los portorriqueños y los indios plantean problemas semejantes, aunque sin un significado tan siniestro debido a su número más pequeño y, en lo tocante a los últimos, su segregación relativa.

En la industria, las grandes empresas consideran con toda scriedad su obligación hacia la salud de los empleados, y el servicio médico industrial se ha desarrollado por sendas preventivas, de modo que realiza mucha labor satisfactoria hoy día. Ezto es cierto en particular con respecto a las grandes compañías de seguros, las industrias metalúrgicas y las dedicadas a trabajos polvosos.

MEDIDAS. TERAPEUTICAS. — En los últimos años han sufgido clerias medidas terapéuticas que guardan marcada relación con la fase preventiva, así como curativa de la tuberculosis. Entre ellas se destaca el empleo del BCG que originaran Calmette y Guérin en Francia. De poco serviría discutir actualmente este procedimiento, y baste con decir que se encuentra todavía en tela de juicio en lo referente a los médicos de los Estados Unidos, y la tarea de demostrar su mérito aún les corresponde primordialmente a sus partidarios. La incertidumbre que relna hacia ese vasto experimento francés, procede, por lo menos en parte, de que los

resultados no han sido objeto de adecuada comprobación científica para justipreciar su verdadero valor. Los experimentos de laboratorios realizados en este país parecen indicar por ahora que, cuando se administra a los animales pequeños BCG, retarda el desarrollo de tuberculosis activa algunas semanas o meses, pero que no posee tendencia immunizante permanente, y quizás ejerza un efecto final adverso. Entre tanto, en la ciudad de Nueva York se prosigue una experimentación cuidadosamente comprobada en niños, y hasta quec onoccamos sus resultados remotos, el asunto continuará probablemente en los Estados Unidos en su estado actual niás o menos teórico.

El tratamiento con oro y otros metales pesados todavía persiste en forma de experimentos aigo extensos en ciertos laboratorios europeos, pero las observaciones estadounidenses no justifican abrigar mayores esperanzas de que resulte de verdadero valor.

No tenemos por que detenernos a discutir la continua ola de "curas infalibles", que procede de ias mentes de los charlatanes, sino de los crédulos que son víctimas de sus buenos deseos. Desde el Yodo a la respiración profunda, esas "curas", recorren la escala de todas las terapêuticas conocidas, y aunque sin duda repônense muchos enfermos que siguen su fantasfa conformándose a uno u otro régimen, lo más probable es que la reposición tenga lugar a pesar. más bien que por virtud del método escogido. Por de contado, el régimen alimenticio sería uno de los temas más atractivos para la mente seudocientífica, y aunque la alimentación apropiada representa indudablemente uno de fundamentos primordiales, tanto para la curación de la enfermedad, como para mantener la resistencia física general a sus invasiones, no hay pruebas todavía de que ningún régimen específico haya producido universalmente resultados felices.

CIRUGIA. — Sin embargo, en una rama de la terapéutica ha habido un progreso sobresaliente durante el decenio pasado. Refiérome a los procedimientos qurárgicos ya elaborados y aunque sólo útiles en el tratamiento, guardan una relación importantisima con la profilaxia, pues todos ellos tienden a mermar la proliferación de bacilos en el pulmón infectado, retirando así al caso de la lista de los que constituyen un peligro constante para sus vecinos.

Partiendo del seneillo procedimiento llamado neumotórax, hasta las operaciones más delicadas en los nervios, másculos y costillas, los resultados obtenidos manifiestan un mejoramiento asombroso en nuestros beneficios globales, y en casos dados, curaciones dotadas de un elemento de lo milagroso. En lo relativo a la fase médico-preventiva, es manifiesta la ventaja que representa para la comunidad el convertir a los enfermos en inocuos cuanto antes.

SERVICIO SOCIAL Y REHABILITACION. — Para concluir, vale la pena mencionar dos fases de la asistencia general de la tuberculosis como problema comunal. Nos referimos a la naturaleza social de la enfermedad, pues en contraposición a la difteria o la tifoidea, no se trata de un asunto brave que sea decidido en una forma u otra en algunos días o semanas. Por el contrario, trátase de una infección prolongada que amenaza a la sociedad en su incipiencia, sobrecarga a ésta durante el período de incapacidad de la victoria, y plantea un continuo problema social durante la convalecencia y hasta recobrar la capacidad económica máxima. Dado el fuerte gravamen que ha impuesto a la rápidamente creciente profesión del servicio social, se ha notado un retraso notable en atender a las obligaciones sociales que corresponden a la comunidad con respecto a sus miembros tuberculosos. Esa obligación comienza en el momento en que se hace el diagnóstico y comprende no sólo a! enfermo mismo, sino a todos los que de él de-penden. El objetivo consiste ante todo en impedir que perjudique a otros, pero asegurándole al mismo tiempo la reposición más rápida y aliviando así la comunidad del gravamen. Para lograr esto, un factor terapéutico esencial consiste en que el enfermo no tenga preocupaciones, y si se da cuenta de que la comunidad ha tomado por su cuenta la carga familiar que él debe abandonar temporalmente, y que continuará haciéndolo en forma satisfactoria durante su incapacidad, se habrá dado un paso hacia adelante en lo relativo a su reposición.

Este moderno concepto de la misión de la asistencia social no ha sido debidamente apreciado, ni tampoco comprendido en su valor económico. En los últimos años, la Asociación Nacional Antituberculosa ha ido realizando un estudio detenido de las medidas necesarias para la reinstalación del tuberculoso en su antiguo puesto en la sociedad en el momento más temprano compatible con la seguridad, y en la forma más segura para conservar su valor econômico para la comunidad. No cabe esperar hasta que se le dé de alta como caso estacionado, del sanatorio. Hay que comenzar apenas ingrese para una estancia que puede durar años enteros antes de que se le pueda dejar salir de nuevo. Muy sucintamente, el procedimiento consiste en un análisis de personalidad (psicológico) apenas lo permita su estado físico, un reajuste de su actitud mental a las probables alteraciones de su vida en el futuro, y luego la necesaria reeducación que lo ponga de nuevo en la senda de la independencia económica haciendolo dedicar a trabajos adaptados a su probable resistencia física en el futuro. Esto equivale a decir que precisa un trabajo social especializado y muy adlestrado, que rendirá fruto indudable n medida que prosiga. Su tendencia médicopreventiva es suficientemente manifiesta, pues tiene por fin primordial proteger al enfermo contra la recrudescencia del mal, protegiendo así a sus allegados en todo lo posible contra el peligro de que pueda convertirse de nuevo en un riesgo oculto para la sociedad.

En este trabajo hemos evadido exprofeso toda discusión del sitio que le corresponde a la enseñanza sanitaria en los planes de lucha antituberculosa. Constantemente aurgen muchos procedimientos nuevos, y precisaria demasiado eszaclo, aunque solo fuera para discutir las tenrias en que se funda. Baste con decir que, en el campo de la enseñanza de la higiene en las escuelas, cada vez se imponen nuevas obligaciones a las autoridades de educación en cuanto a la formación de cursos adecuados, y a una preparación continua y gradual en higiene, tanto personal como física, que reviste por lo menos importancia igual que la preparación mental en todo programa educativo. Hay que reconocer la higiene física, lo mismo que la mental, como un proceso y no como un curso que puede completarse en uno o dos semestres, dejándolo luego pasar al olvido. Por fortuna, la Asociación Nacional de Educación se ha compenetrado de esa idea, y aunque todavía les pide a las asociaciones sanitarias combustible, se ha hecho cargo de encender los fuegos y de mantenerlos

Por otro lado, la educación sanitaria de la población adulta es un deber que corresponde con toda justicia al servicio de sanidad pública, pero es una obligación pesada y los departamentos oficiales, en particular hoy día, están sobrellevando un carga mayor que la que les corresponde, de modo que los organismos voluntarios deben prestar apoyo entusiasta, y así están tratando de hacerlo stempre bajo la guía inteligente de ias autoridades oficiales.

De esta rápida reseña desprêndese claramente que cuando nos referimos a los nuevos métodos do la lucha antituberculosa, lo que hacemos principalmente es recalcar los viejos. Ni la revolación fortulta ni la investigación científica Man aportado panaceas contra el mal. No se han descubierto senderos cortos que nos permitan creer que llegará pronto la hora de eliminar radicalmente ese enemigo de la humanidad a través de las edades, pero los resultados conseguidos con los medios disponibles justificen ya bastante optimismo. Con la colaboración de todos los organismos interesados y con la nueva ayuda del servicio médico-social, unido esto a la creciente comprensión por la profesión médica de sus oportunidades en el campo de la medicina preventiva, hay motivos para creer que en otro decenio veremos a la tuberculosis des-cender a un puesto entre las causas menores de la mortalidad humana.

### Reuniones Clínicas de Consultorios

#### REUNION CLINICA DEL CONSULTO RIO DE TALCA

(23-I-35)

Presidida por el Médico Provincial, Dr. Melfi y con asistencia de todos los médicos del Policlínico, y además, de los médicos visitantes, Dres, Cecchi y Yanke; del Administrador Provincial, señor Labbé, y el Dentista señor Ramírez, se celebró la reunión Clínica de los médicos de la Caja, correspondiente al presente mes.

Aprobada el Acta de la sesión anterior,

se acordó:

1.0 Erogar el 2% mensual de los sueldos de los médicos de este Policlínico, que suman la cantidad de \$ 1,740 anuales y destinarlos a la adquisición de libros y revistas para la futura Biblioteca del Policlínico. 2.0 Agradecer a la Administración la erogación de \$ 1,000 anuales para el mismo objeto.

3.0 Como es posible que coincida la próxima reunión clínica, que se efectuará en Marzo, con la inauguración del nuevo edificio de la Caja, se acordó celebrar una sesión pública, en el gran hall del mismo edificio, en la cual se tratarían temas de alcance social, cuyo programa se confeccionará oportunamente.

En esta reunión, el Dr. Etchebarne desarrolló el tema "Hemoptisis no Tuberculosas" que se publica en el presente número.

El Dr. Morel trató sobre la "Histo-fisiología del Riñón", trabajo que se publicará in extenso.

#### REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE TEMUCO

(11-I-1935)

El once del mes de Enero de mil novevientos treinta y cinco, se efectuó en el Consultorio de la Ley 4054 la primera reunión clínica.

En breves palabras el Médico Director Provincial, Dr. Luis López Julio, dió a conocer los principios que inspiraban a la Caja y la finalidad de las reuniones clínicas, auspiciadas por la Sección Médica.

Asistieron a esta reunión los siguientes facultativos: Drs. Jorge Dorión, Manue! Marin, Carlos Ribbeck, Enrique Gaona, Alfredo Wiederhold y Eugenio Raab, del Consultorio de Temuco; el Dr. Victor Trucco del Consultorio de Carahue, y los Drs. Emilio Puga, Jorge Bahamonde, Roberto Abarzúa y Lutz Claren, que fueron especialmente invitados.

Primeramente hizo uso de la palabra el Tisiólogo del Consultorio, Dr. Manuel Marin, quien disertó sobre el tema "Neumoconiosis". Después de una documentada exposición acerca de la enfermedad, presentó dos observaciones clínicas: una de un obrero asegurado y otra de su clientela particular, que padecen de esa enfermedad. Se suscitó un corto debate, después del cual se acordó aceptar los conceptos expuestos por el conferencista, en el sentido de declara a la Neumoconiosis enfermedad profesional y por lo tanto indemnizable.

En seguida el Pediatra del Consultorio, Dr. Alfredo Wiederhold abordó el tema; "Eritema nodoso y tuberculosis", que despertó mucho interés y dió margen a un pro-

longado debate.

Los dos trabajos leídos en esta reunión se publican en el presente número.

## Peritajes de Invalidez

N.o 1.— Nombre: P. C. V. Inscripción: N.o 5016. Exp. N.o

Individuo de 52 años. Casado, Maquinista.

Ant. Her. — Padre muerto de côlera. No acusa antecedentes de herencia ni convivencia tuberculosa en su infancia. Ha tenido 2 hijos, de los cuales viven 2, al parecer sanos. Los restantes murieron en la primera infancia. Una hija fallece a los 24 años de tuberculosis pulmonar.

Ant. Pers. y Anamnesis.—Antecedentes venéreos no acusa. Sarampión en la infancia.

En 1889 sufrió un traumatismo torácico grave.

En 1890 presenta bruscamente una abundante vómica purulenta, de muy mal gusto, con tos y vómitos. En los días siguientes a ella acusa desgarro hemoptoico. Se hospitaliza en Concepción por espacio de 3 meses, persistiendo durante todo este tiempo la espectoración purulenta, abundante y que compromete el estado general (gran enflaquecimiento). En más o menos buenas condiciones abandona el hospital; pero queda siempre con tos y espectoración.

Al poco tiempo de dejar el servicio hospitalario, ve aumentar bruscamente la tos y el desgarro, y nota la aparición en este último de membranas blanquecinas en bastante cantidad.

Quedo más o menos bien, después de este episodio, con poca tos y poco desgarro hasta el año 1900, fecha en que tiene una brusca y abundante he. moptisis; se hospitaliza en Talca durante 4 meses, notando la desaparición de la hemoptisis que es reemplazada por abundante espectoración. El enfermo se recuerda decaído por aquella época; enflaqueció y no tenía apetito. Salió del hospital en buenas condiciones, con poca tos y escaso desgarro, reanudando su trabajo por 3 años, sin notar, durante este tiempo, molestias.

El 1903 tiene una nueva hemoptisis, abundante desgarro purulento y tos frecuente. Se hospitalizó por 2 meses y salió al cabo de ellos en buenas condiciones, sín tos ni espectoración.

En 1904 tiene un cuadro igual al anteriormente descrito que pasa sin dejar grandes molestias.

En 1927 vuelve a hospitalizarse en el San José de Santiago por una hemoptisis que se repite posteriormente en varias ocasiones obligándole a ingresar sucesivamente al San Juan de Dios, San Jose y Salvador. En el San José ha estado en 1928-29-30 y 32. En la roja clínica de esa época ha quedado constancia de que el enfermo solicitó su hospitalización por hemoptisis graves tratadas con la terapéutica corriente y aún con colapsoteraria de urgencia. En 1930 permaneció en el pabellón 7 del San José durante 6 meses; en 1932 estuvo en el pabellón 6 del mismo establecimiento durante 4 meses diagnosticândosele una T. B. C. pulmonar ulcerofibrosa doble, con compromiso pleural a izquierda y siendo tratado con antígeno metilico. En ambas ocasiones, al ser dado de alta, se anotaba la mejoría de su estado general; pero nunca desaparecieron los signos estetoacústicos.

Desde 1930 o 31 el enfermo acusa, además de los signos ya especificados, cansancio fácil, angustia precordial, sofocaciones nocturnas, enflaquecimiento acentuado, ahogos. La tos y el desgarro aumentan a veces para disminuir otras. Acusa además fuertes dolores al hemitórax izquierdo.

En febrero de 1933 acude al hospital del Salvador y luego al Seguro Obrero por las molestias ya anotadas.

Se atiende durante largo elempo en el Seguro Obrero (Consultorio Bronco Pulmonares) y cumplidas sus 52 semanas de atención solicita por intermedio de su médico su pensión de Invalidez. La Sección Médica repara la información médica y recomienda hospitalizarse al enfermo en el Pabellón N.o 2 a fin de dilucidar en forma definitiva el agente etiológico de la afección. El paciente acepta este temperamento y

se hospitaliza en el San José. Se discute desde un comienzo el diagnóstico de T. B. C. pulmonar, pero el paciente debenterrumpir el estudio a que se le ha sometido por enfermedad brusca y grave de su esposa,

Abandona el servicio en jurio de 1933 y su solicitud queda pendiente hasta esta fecha.

En realidad hasta aquí puede considerarse que el paciente La recorrido su primera etapa. La segunda será descrita más adelante.

Examen semático.— Se comprueba un paciente más o meros conservado en su estado general. Llama la atención por sobre todo una condensación pulmonar de la parte alta del pulmon izquierdo (Submacidez, aumento de las vibraciones vocates, soplo, estertores cavitarios, frotes pieurales). En el resto hay enfísema.

Repetidas baciloscopías resultan sistemáticamente negativas,

La radioscopía demuestra un proceso pleuro-pulmonar del pulmón izquierdo. La gran opacidad de la pleura impide apreciar mayores detalles. Hay retractación del hemitórax izquierdo.

El resto de los exámenes son negativos o carecen de importancia.

Una inoculación experimental practicada en junio de 1933 permanece negativa.

Todos estos antecedentes inducen al médico que suscribe a rechazar el diagnóstico de TBC. PUIMONAR, aún cuando antes también incurrió en el error de diagnóstico.

La vómica, las membranas, las hemoptisis de repetición, las crisis periódicus con comprómiso del estado general, los intervaios de relativa buena salud, la tos y la espectoración variantes en su intensidad, el examen clínico (sindroma cavitario) el examen radiológico (compromiso pleural, el mantenimiento unilateral de la lesión a través de tantos años, etc., etc., nos hace llegar finalmente al diagnóstico de un quiste hidatidico supurado del pulmón isquierdo con forma-

ción de un absceso crónico consecutivo.

Con este diagnóstico el enfermo sale del Hospital San José en Junio de 1933 y esperamos durante buen tiempo su regreso para el informe de riger. Diversas circunstancias se oponen ai regreso dei paciente al hospital y solo en Febrero de 1934 podemos reanudar nuestra interrumpida observación.

El 14 de Febrero de 1934 vuelve P. C. al Hospital, esta vez en estado grave. Relata que a su salida en Junio de 1933 se siente relativamente bien. Al cabo de un mes y medio (sin que el enfermo precise en forma absoluta la contestación al interrogatorio) dice haber tenido una hemorragia por la boca con sangre coagulads y con arcadas. A los dos meses de abandonado el hospital el paciente nota que su vientre se abulta más y más y que sus piernas se hindhan. Insiste en que el del vientre abuitamiento OR rrimitivo al edema de los miembros inferiores.

Pocos días después las conjuntivas y legumentos toman un color amarillento. Coincidiendo con estas molestias acusa disnea, aun de reposo, dolores torácicos, especialmente retroesternal, espectoración, a veces sanguinolenta; oliguría.

El examen físico demuestra, además de un sindroma cavitario muy claro en la región infraclavicular izquierda (macidez, sopio cavitario, estertores metálicos y frotes pleurales, broncofonía y pectoriloquía) los siguientes: ictericia,
taquicardía de 100, taquipnea
de 36, pequeñas manchas purpúricas de la piel, latidos aôrticos, danza arterial, sopio sistólico en el foco de la pulmonar, gran ascitis, edema de los
miembros inferiores, hígado
grande y doloroso, bazo tanbién aumentado de volumen.

presión 13,5 y 8.

El diagnóstico diferencial entre una insuficiencia del corazón derecho y una cirrosis lo da una cura digitálica y de reposo que terminan poco a poco con los edemas y la asettis.

Nuestra composición de lugar en el momento actual es la siguiente: Un paciente tiene un quiste hidatídico del pulmón cue se infecta consecutivamente a su ruptura, dando lugar a un absceso del pulmón izquierdo. El compromiso pleural que acompaña a este absceso es motivo de una gran retracción costal al mismo tlempo que disloca a! mediastino de su sitio habitual, siendo un entorpecimiento para la buena circulación de la arteria pulmonar. Este obstáculo, vencido a costa de una hipertrofia cardíaca, es motivo de una insuficiencia cardíaca derecha irreparable.

#### CONCLUSIONES

Diagnóstico. — Absceso pulmonar crónico del puimón derecho con gran compromiso pleural y dislocación mediastinal. Insuficiencia cardíaca derecha.

Pronóstico. — Incurable. Supervivencia difícil de determinar.

Incapacidad para el trabajo.

— Absoluta y permanente.

Fecha probable de la invalidez. — Hace tres años.

Dr. X.

Santiago, 1.o de Marzo de 1934.

#### CALIFICACION DEL PERI-TAJE

1.0 Forma. - Eficiente.

2.0 Anamnesis.— Completa.
3.0 Examen físico. — Com-

4.0 Evolución. — Detallada. 5.0 Tratamiento y resultados. — Insuficientemen-

te expresados.

6.0 Conclusiones. — Concuerdan con el cuadro elínico.

#### CALIFICACION GENERAL -SUFICIENTE.

NOTA. — La Of. de Invalidez había rechazado dos peritajes antes de que se produjera el que acabamos de exponer, que logró el desiderátum perseguido: precisar el diagnóstico y dar una visión clara, detallada, no sólo del estado actual del enfermo, sino también de su evolución.

### **Nuestro Medio**

#### DOCUMENTOS

#### N.o 1.—DESNUTRICION.

ORDEN ADMINISTRATIVA.—"Enviar circular a los directores de Consultorios en el sentido de que se haga una estadística de los enfermos que cada médico considere DESNUTRIDOS. Con este objeto en la receta correspondiente el médico pondrá una D mayúscula grande. Al fin de cada mes el farmacéutico tendrá la obligación de indicar el número total de recetas comprendidas las marcadas con la letra D. En esta forma podremos saber inmediatamente el porcentaje de enfermedades que se producen por desnutrición.

(Santiago, 21 de Febrero de 1935,—Comunicación de la Administración a la Sección Médica.

BOLETIN MEDICO

#### N.o 2.—COSTO DE LA VIDA Y SALARIOS.

"Si se calcula un INDICE DEL COSTO DE LA VIDA en Chile, tomando por base el término medio de los años 1928-1930, que pueden considerarse como la base más apropiada para tal cálculo, resulta que, en los dos últimos años. SE HA MANTENIDO A UN NIVEL EN UN 30 % SUPE-

RIOR a aquel término medio de los tres años básicos."

"Si sobre la misma base se calcula un índice del poder adquisitivo de los jornales pagados en el país, resulta que, a pesar del notable aumento del mento total de los jornales que entre principios de 1932 y fines de 1934 se ha duplicado su valor real, o sea, SU PODER DE COMPRA ES AUN UN 22 % INFERIOR AL QUE TENIA EN AQUEL ENTONCES; o sea, en otras palabras: por la misma cantidad de pesos, un asalariado puede adquirir hoy sólo más de las tres cuartas partes de las mercaderías que podía comprar en los años 1928 a 1930."

"Para compensar esta discrepancia que existe entre el valor nominal y el valor real de los jornales y que se ha producido a causa del aumento del costo de la vida en los años de inflación, el TOTAL DE LOS JORNALES QUE SE PAGAN HOY DEBERIA SER UN 28 % MAS ALTO."

(Boletín del Banco Central. Pág. 3. Stgo., Enero 1935).

#### N.o 3.—ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN CHILE (1)

#### MORTALIDAD

Años	Número	Por 100.000 habitantes	Años		Por 100.000 habits
1903	. 16.383	539	1919	. 43.367	1.173
1904	.1 17.342	562	1920	. 27.207	730
1905	1 29.581	945	1921	.1 32.936	873
1906	.1 29.151	917	1922	.1 24.533	1 645
1907	.1 22.278	686	1 1923	. 34.146	888
1908	.1 23.677	724	1 1924	.1 22.608	1 584
1909	.1 27.817	841	1 1925	.1 24.165	1 615
1910	.1 22.927	685	1 1926	. 23.048	580
1911	. 23.596	697	1 1927	.1 22.780	565
1912	. 22.677	662	1928	.1 22.202	539
1913	.1 22.378	646	1 1929	.1 29.295	1 698
1914	.1 20.145	575	1930	.1 27.286	1 642
1915	. 18.142	512	1931	.1 21.562	499
1916	. 18.381	514	1932	.1 22.464	513
1917	.1 20.323	562	1933	.1 32.583	737
1918	.1 23.274	636	Mary Met.	1	1

<sup>(1)</sup> Anuario Estadística de Demografía y Asistencia Social. (1933) Dirección General de Estadística.-Chile.-Enero 1925.

### Congresos-Bibliografía - Crónica

#### CONGRESO DE HIGIENE PUBLICA

Se ha celebrado recientemente en Viña del Mar, en los días 21 al 24 de Febrero, con la concurrencia de médicos delegados de los organismos sanitarios estatales, municipales, organismos de asistencia social, etc.

Buen número de los trabajos presentados pasaron en revista importantes problemas de actualidad, relacionados con la higiene de la alimentación, de la vivienda, del trabajo, de la escuela y de la infancia, etc. Otros sometieron a un estudio crítico ciertos aspectos de la legislación social, de gran interés para los organismos sanitarios. Y, finalmente, no pocos revistieron los caracteres de verdaderas monografías científicas, especialmente aquellos relacionados con los métodos de análisis de ciertos alimentos y su valor nutritivo.

El Congreso fué un éxito. Nuestra felicitación a los colegas. Posteriormente comentaremos algunas de las conclusiones

aprobadas.

"LA CRISIS MEDICA".—Bases para una agremiación profesional, por Lelio Zeno.— Editorial Médica Lagos.—Buenos Aires.—

En un librito de no más de 100 páginas e autor de la "Socialización de la Medicina" (Edit. Sthentor. Stgo. Chile), presenta palpitantes problemas de interés para la clase médica. Con criterio objetivo, en el análisis, y precisión y elegancia de estilo, en la exposición, estudia las condiciones actuales del ejercicio de la profesión médica, la influencia que sobre ella ha tenido el desarrollo del capitalismo y de sus crisis, la cesantía médica, la seudo plétora profe-

sional, etc. Propone luego las soluciones. Es lástima que en la exposición de una de éstas —la organización funcional de los médicos— la visión política del autor no vaya más allá del gremio.

En todo caso es un libro interesante.

#### NUESTRO BOLETIN MEDICO EN ESTADOS UNIDOS

Copiamos del "Boletín de la Oficina Sanitaria Fanamericana. (Año 14, N.o 1.—

Enero de 1935):

"La sección médica de la Caja de Seguro Obligatorio de Chile ha iniciado la publicación de un "Boletín Médico" mensual, en que figurarán principalmente los trabajos presentados en las reuniones clínicas, donde se exponen los resultados de la labor realizada, a fin de representar fielmente la medicina que hace dicha Caja."

Y agradecemos el canje.

#### EL PROFESOR ARTEMIO ZENO

El distinguido profesor de Clínica Quirúrgica de Rosario (Argentina), Artemio Zeno, hermano del autor del libro que comentamos anteriormente, ha visitado la Caja.

Aprovechando su estada en Chile, ha echado las bases de una fundación que se denominará Zeno-Cames y que otorgará una beca por un año de estada en la Clínica privada de Zeno-Cames, de Rosario, a un cirujano joven chileno. La beca será discernida cada vez por un jurado especial, de acuerdo con un reglamento que se elaborará.



DE PROPAGANDA AGUSTINAS 1070 - OF 210 - TEL, 63561

## LEAUD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile..... \$ 20.—

En los demás países de América... 30.— (moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCIÓN A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

CASILLA 7 D.-SANTIAGO



## SUMARIO

	Pági	nas
Los grandes problemas (Editorial)		1
La lucha antivenerea en los organismos de la Caja (Editorial)		3
Plan trienal de lucha antivenérea en la Zona Salitrera		5
La Administración General se dirige a la Compañía Minera de Lot	ta	20
El primer Congreso Interno de la Caja de Seguro Obligatorio y la cha antivenérea.		21
La "carga venérea" en los presupuestos de la Caja		21
La carga venérea en los presupuestos de la Dirección General de nidad durante 1928	Sa	23
El contagio venéreo, por el Dr. Waldemar Coutts		25
La legislación antivenérea en Chile		30
Peritajes de invalidez		32
Nuestro medio: documentos		33
Bibliografía, Crónica		

## BOLETIN MEDICO

DE LA

## Caja de Seguro Obligatorio

Año I

Santiago, Abril de 1935

N.o 11

### Los grandes problemas

El ritmo vital de la Caja se ha acelerado en los últimos años.

Ha roto con el pasado rutinario en que el proceso lento de organización y estabilización de sus servicios y de acumulación de sus reservas no le permitia encontrar su camino específico ni ejercitar la acción a que estaba destinada. A las vacilaciones y tanteos de los primeros tiempos, propios de todo organismo en formación, en que se limitó a la atención mínima que la ley le señalaba — curar enfermos y pensionar inválidos — ha sucedido la etapa del organismo en plena madurez, que ha encontrado su línea, que sabe lo que debe hacer y como debe hacerlo. Es una consecuencia natural de su crecimiento interno, de la evolución del Medio cultural en que desarrolla sus actividades y de la clara visión de la Administración General.

La Caja vive la ETAPA DE LOS GRANDES PROBLEMAS: los grandes problemas de orden médico y los grandes problemas de orden económico, que en el fondo son también problemas de orden médico. Etapa larga sin duda, erizada de escollos, en que la Caja tendrá que luchar con numerosas di-

ficultades v vencer el pesado lastre de la ignorancia ambiental.

La Administración General no ha vacilado, sin embargo, en emprender la lucha en el campo económico y en diversas ocasiones ha fijado las bases científicas que justifican la nueva política:

"Los seguros sociales no tienen como única misión curar al "enfermo, dar pensión a los ancianos y a los inválidos: su princi"pal objetivo es prevenir, disminuir al mínimum estos terribles

" pal obietivo es prevenir, disminuir al minimum estos terribles " imperativos de la vida. Estas finalidades no se obtienen en for-

" ma directa pero pueden alcanzarse mediante una política gene-" ral inteligente, que actúe sobre las causas que generan las enfer-

" medades, que provocan la invalidez o precipitan la vejez. De " ahí que la Caja, institución de previsión, ha dedicado enormes

" esfuerzos, en este último tiempo, a mejorar el standard de vida,
" el vestuario y las condiciones higiénicas de las masas proleta-

"rias. No hav epidemia más grave que la miseria. Ella aumenta

" la morbilidad v la mortalidad de un pueblo. Desquicia los ci-" mientos morales de la sociedad. Produce trastornos y facilita el

"triunfo de los audaces, de las medianías, y puede provocar hasta
"la muerte de una Nación, Estos son esquemáticamente los fun-

" damentos sociales que han impulsado la política inversionista

" de la Caja". (1)

La Sección Médica ha estado orientada siempre por esta concepción del papel de los seguros sociales, tan claramente expresada por la Administración

<sup>(1)</sup> De la X Memoria de la Caja de Seguro Obligatorio.

General, y llevada a la práctica en el campo económico el último año. La Caja, sin duda, na pesado favorablemente en la economía nacional y ha contribuido a hacer menos duro el standard de vida de las masas durante la crisis.

Pero esto no es todo. La nueva política posibilita la solución eficaz de elgunos de los GRANDES PROBLEMAS DE ORDEN MEDICO que desde largo tiempo constituían la preocupación constante de la Sección Médica: LUCHA ANTIVENEREA, LUCHA ANTITUBERCULOSA, DEFENSA DEL NIÑO, etc.

Resolver estos problemas ha dejado de ser ya una aspiración puramente sentimental de los médicos del Seguro. En su espíritu se presenta, ahora, como una obligación imperiosa y urgente, impuesta por la necesidad de defender el

futuro financiero de la Caja y la salud de la masa asegurada.

La Sección Médica, haciéndose eco de este sentir general de los colegas, dedicará integramente, durante el año, 4 o 5 números extraordinarios del BO-LETIN MEDICO al estudio global de los grandes problemas antes señalados o de algunos de sus aspectos más interesantes, sin perjuicio de las informaciones que sobre los mismos temas se inserten en los números ordinarios y de los documentos que se incluyan en la nueva sección: Nuestro Medio.

El presente número extraordinario lo hemos destinado a enfocar el pro-

blema de la lucha antivenérea en los organismos de la Caja.

Esbozamos las ideas bases para un PLAN TRIENAL, que podría adaptarse posteriormente a toda la República; los presupuestos detallados para la zona salitrera (Tarapacá y Antofagasta) y la zona minera de Lota, y algunas consideraciones sobre la "CARGA VENEREA" en los presupuestos de la Caja y sobre el estado actual de la legislación antivenérea y los modernos

conceptos que la informan.

Es imposible, por ahora, elaborar un Plan General de Lucha Antivenérea para toda la República, debido a la falta de informaciones precisas sobre la extensión del flajelo en las diversas zonas del país. Se hará, más tarde, cuando lleguen a nuestro poder las estadísticas especiales y las informaciones detalladas que los Consultorios provinciales nos enviarán sobre la morbilidad venérea en sus servicios y las condiciones del Medio social que dan origen a esa morbilidad.

Por otra parte, antes de iniciar un plan general de lucha, que demandaría fuertes inversiones, hay conveniencia en hacer ensayos zonales o locales, que, con un costo reducido, nos permitan realizar los objetivos perseguidos en la prevención y curación de las enfermedades venéreas y recoger una experiencia riquísima sobre la TECNICA DE LA LUCHA y el valor de los métodos en práctica.

La Sección Médica espera que este nuevo esfuerzo del BOLETIN será comprendido en todo su alto alcance y significado; somete todo el bagaje de ideas y documentación en él contenidos a la reflexión y serena crítica de los colegas y les solicita encarecidamente las observaciones, las sugerencias y

colaboraciones que sobre el tema en cuestión estimen convenientes.

EN LA ETAPA DE LOS GRANDES PROBLEMAS, LA COMUNION ENTRE EL CUERPO MEDICO DEL SEGURO Y LA SECCION TECNICA CENTRAL DEBE SER MAS INTIMA QUE NUNCA.

BOLETIN MEDICO

### La lucha anti-venérea en los organismos de la Caja

#### II.-QUE SE HA HECHO. - QUE SE DEBE HACER

El estudio y resolución de todo problema impone al individuo la desagradable tarca de someter a una auto-crítica su conocimiento del problema y los errores cometidos en los intentos de resolución que haya efectuado anteriormente. Mientras más frío y despiadado sea este análisis crítico, mayores serán las probabilidades de evitar errores futuros de proyecciones incalculables.

Cercano ya el 10.0 aniversario de la Caja, la Seción Médica no vacila en arrojar una mirada retrospectiva sobre el largo camino recorrido y se plantea

las dos preguntas concretas siguientes:

1.0—¿Qué ha hecho la Caja para obtener un conocimiento completo del problema, esto es, de la morbilidad venérea y de sus caussa, y del monto de la "carga venérea" en los presupuestos?

2.0-¿ Qué ha hecho la Caja en el sentido de una lucha antivenérea seria?

La contestación es única para ambas preguntas.

Y es un poco amargo estamparla: La Caja no tiene aún conocimiento to-

tal del problema ni ha podido por consiguiente intentar resolverlo.

Ya hemos visto, en el editorial del número pasado del BOLETIN, los esfuerzos gastados para lograr establecer aproximadamente la extensión del mal venéreo en la masa asegurada. Fué necesario recurrir a fuentes estadísticas distintas y, por deducción, llegar a una conclusión prudente.

Y si desde el punto de vista puramente estadístico, único medio de obtener el conocimiento de la morbilidad venérea, la Caja no está todavía en condiciones de abarcar todos los aspectos del problema, menos podía intentar

una lucha seria contra un enemigo absolutamente desconocido.

Es así cómo, en casi todos los servicios médicos de la Caja, el sifilítico agudo o crónico, contagioso o no, no ha tenido mayor trascendencia social que el enfermo que luce un furúnculo en el cuello o ha sufrido una quemadura de un dedo. Se le cura, se le colocan unas cuantas inyecciones, se hace una anotación en la Hoja Clínica y se le dá unos cuantos consejos... cuando hay tiempo. He abí todo. Desde ese momento, pierde todo interés. Y andando el tiempo, el mismo individuo llega a la Oficina de Invalidez con un grueso infolio lleno de exámenes de laboratorio, de una precisión maravillosa; una anamnésis y un exámen objetivo, muchas veces perfecto, que establece en forma irredargüible la incapacidad absoluta y permanente para el trabajo por una lesión terciaria cardio vascular o nerviosa. Y la "CARGA VENEREA", en los presupuestos, crece y crece, en razón directa de la deficiencia e impotencia de los servicos.

Ha tenido, pues, toda la razón el Dr. Prats, médico del servicio de Piel y Sífilis del Consultorio Unión Americana de la Caja del Seguro, cuando afirma en un trabajo que se oublicará posteriormente en algún nuevo número extraordinario del ROLETIN. destinado a la lucha antivenérea, que: "SOLO EL 125% DE SUS ENFERMOS ALCANZA LA CURA FINAL Y EL

RESTO, O SEA EL 87.5%, LA INTERRUMPE".

Afirma, además, el Dr. Prats, en el mismo trabajo: "Como se ve, la atención de los sifilíticos en el Seguro ha sido francamente deficiente, a pesar de todos los esfuerzos rendidos par compensar los numerosos inconvenientes anotados. Esta deficiencia, que es indispensable deiar en claro en todos sus dotalles, porque su conocimiento dejará la convicción de que es necesario remudarla, aparece como un factor casual, consecuencia de una organización

debida a la premura con que estos servicios fueron creados, y que, indudablemente, dejan la impresión de poder ordenarlos, de modo que su funcionamiento rinda lo que se esperó de ellos".

Y si de la lucha contra la sífilis pasamos a la lucha contra la blenorragia y demás enfermedades venéreas, nos encontramos con una situación seme-

jante o aún peor.

te utópicas hasta entonces.

¿Cabe alguna justificación de tal estado de cosas? No la intentaremos. Pero vale la pena señalar como una confirmación de las razones anotadas por el Dr. Prats, que LAS INSTITUCIONES U ORGANISMOS COLECTIVOS, ASI COMO EL INDIVIDUO, NO PUEDEN OBRAR COMO QUISIFRAN O SOÑARAN EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE SU VIDA. SU ACCION EFICAZ ESTA DETERMINADA Y CONDICIONADA FATALMENTE POR EL GRADO DE MADUREZ DE SU ESTRUCTURA ORGANICA Y POR LAS PODEROSAS INFLUENCIAS SURGIDAS DEL MEDIO SOCIAL. Sólo un cerebro genial, profundo conocedor de la psicología colectiva, capaz de estremecer el Medio que le rodea.

puede torcer el curso de los acontecimentos y lograr soluciones aparentemen-

La Caja no es un caso único en Chile.

La Dirección General de Sanidad, organismo creado especialmente por el Estado par colocar bajo su tuición todo lo relacionado con la salubridad pública y que tiene más o menos desde la misma fecha en que nació la Caja, una sección especializada en la lucha antivenérea, no ha ido más lejos que ella. Tampoco ha logrado, a pesar de la competencia indiscutible del técnico que la dirige, y de sus ayudantes, un conocimiento completo del problema. La estadística de sus servicios sólo puede indicarnos: aumentó el número de sifilíticos en el dispensario tal, disminuyó el número de blenorrágicos en el dispensario cual. Como el obrero de Dickens: "más fuego, menos fuego"...

Y desde el punto de vista del rendimiento preventivo y curativo de los servicios, su acción es igualmente ineficaz; no va más allá del individuo. Como en la Caja, pasado, real o aparentemente, el período contagioso del enfermo, éste pierde todo interés y se sepulta en la masa desconocida. Por otra parte, la lucha indirecta, la propaganda sistemática y organizada, con finalidades concretas, no ha podido realizarla y no ha logrado crear conciencia co-

lectiva del problema y sus soluciones.

Y que decir de los servicios de la Beneficencia. Para ésta no existen la sifilis ni la blenorragia como entidades nosológicas de trascendencia social. Sólo existen casos de sífilis... casos de blenorragia... que se apresura a limpiar, y a substituir en sus hospitales y policlínicos, repletos de enfermos, por nuevos casos.

En cuanto a los servicios venéreos de instituciones particulares o de las

municipalidades no merecen siquiera los honores de una crítica. Esta es la situación real de la lucha antivenérea en el país.

¿Es posible cruzarse de brazos? No lo creemos. Para la Caja, al menos, está cercano el momento de la acción; debe organizar la LUCHA ANTI-VENEREA. RACIONAL. SISTEMATICA, PLANEADA PARA PE-RIODOS DE TIEMPO DADOS.

Es una imperiosa obligación impuesta por la necesidad de aliviar la "carga venérea" en los presupuestos. Es también, el único medio de hacer

profilaxis antivenérea y salvar la raza.

En las páginas siguientes expondremos ALGO DE LO QUE SE DEBE HACER, con miras a la elaboración de un Plan General de Lucha, cuando hayamos recibido las críticas y sugerencias del cuerpo médico del servicio.

### Plan Trienal de Lucha anti-venérea en la Zona Salitrera

(ANTEPROYECTO)

#### Características Generales del Plan

1.-La lucha debe ser simultaneamente indirecta y directa. Las dos faces son consubstanciales. No se puede atender una y descuidar la otra sin caer en la rutina estúpida e ineficaz del pasado y del presente.

2.-Las causas de la morbilidad venérea residen especialmente en el medio social y no en el medio geofísico, como en otra clase de enfermedades. Y no es posible cambiar el medlo social sin despertar y modificar la conciencia de les individues. De ahí la importancia y la necesidad de la lucha indirecta.

3.-Ambas faces de la lucha deben inspirarse en el principio de la concentración de esfuerzos; ser sistemáticas, metódicas y planeadas para realizar objetivos determinados de antemano en un período de tiempo dado.

4.-De acuerdo con el principio anterior, en su aspecto de organización de los servicios, el PLAN consulta la correlación armónica de los siguientes servicios, con las subsecciones que se estimaran convenientes:

a) Piel, sifilis y venereas.

- b) Consultorio maternal y del nifio.
- e) Servicio dental.
- 5 .- La lucha indirecta debe sacudir poderosamente el medio social, durante el primer trienio, con vistas a obtener las finalidades concretas siguientes:
  - a) Conocimiento del mal y sus consecuencias.
  - h) Conciencia colectiva de las soluciones.
  - c) Dictación de una legislación antivenérea.
  - Implantación de la educación sexual en las escuelas y liceos.
- 6 .- La lucha directa en el mismo plazo debe obtener:
  - La instalación completa de todos los servictos.
  - El más alto rendimiento preventivo y cu-
  - Conocimiento estadístico completo de todos los factores de morbilidad venérea.

7.-Durante el primer año se invertirá en la lucha directa el 80 o/o de los fondos, y en la bidirecta el 20 o/o. En los años siguientes, el 85 o/o y 90 o/o en la directa, y el 15 y 10 o/o en la indirecta.

8 .- Se tomo como base para la elaboración de los presupuestos una cuota mínima anual de \$ 650,000, que daría un total de inversión trienal de \$ 1.950.000.

Los presupuestos elaborados a base de las cuotas prefijadas por la Sección Médica (equivalentes a un 20 o/o del 60 o/o de las imposiciones patronales en ambas provincias), resultaron alsclutamente insuficientes y originaron presupuestes con déficit crecidos.

9.-Como a partir del tercer año se estima que la morbilidad disminuira y como los serviclos estarán totalmente instalados, se disminuira el porcentaje destinado a la lucha directa para aumentar el de la lucha indirecta.

10 .- Si la lucha indirecta no consigue, al final del tercer año, los objetivos concretos determinados anteriormente, podría considerarse como carcialmente fracasada.

11 .- Apropado el Pian General y el presupuesto del primer año, la Sección Médica prepararia en detaile las características y los obje tivos precisos a realizar, durante dicho tiempo. en cada aspecto de la lucha en ambas provinclas.

12.-No se especifica la organización y la distribución geográfica de los servicios que se proponen, porque ella se desprende del texto de los presupuestos.

#### CARACTERISTICAS GENERALES DE LA LUCHA ANTIVENEREA

#### A .- LUCHA INDIRECTA

#### I Finalidades de la lucha:

- 1 .- Impartir conocimientos sobre el mal venéreo y sus consecuencias en todos sus aspectos. -individuales y sociales-:
  - a) En los adultos,
  - b) En los niños.
- 2 .- Crear conciencia sobre la gravedad dei mal y sus soluciones posibles en todas las clases sociales.
  - 3. Crear hábitos higiénicos.
  - 4.-Obtener una legislación antivenérea.

#### II Modalidades de la lucha:

- 1 .- Propaganda antivenerea ocasional.
- 2.-Propaganda antivenerea sistemática y metodica:
  - a) Enseñanza impartida a los adultos de amboa-sexos sobre:
    - 1.-Cada una de las enfermedades venerens.
    - 2.-Sus consecuencias individuales y sociales.
      - 3.-Su profilaxis y tratamiento

#### La legislación antivenérea conveniente.

- Enseñanza impartida a los adultos enfermos en los policifinicos y postas sobre las mismas cuestiones.
- Enseñanza impartida a los niños en las escuelas de hombres y mujeres sobre;

Educación sexual en general.
 Maies venéreos en particular.

#### III Medios de lucha:

a) Conferencias y cursos periódicos:

En los centros obreros (sindicatos).
 En teatros.

#### 3.-En Instituciones culturales.

- Plan de educación sexual metódica y sistemática en las escuelas y liceos de ambos sexos (12 a 16 años.)
- c) Confección de películas.
- d) Confección de colecciones de diapositivos.
  e) Publicaciones, folletos, afiches, etc. (repar-
- tición gratuita.)
  f) Instalación de museos venereológicos per-
- manentes.

  g) Instalación de museos venereológicos am-
- bulantes (en automóviles especiales.)

  b) Organización de jiras de propaganda (ofi-
- cinas salitreras.)

  i) Publicación del Boletín Antiventreo Zo-
- nai.

  1) Celebración de un congreso antivenéreo
- zonal.

  Celebración de la Semana Antivenérea anual.
- Sorteo anual de premios entre los consultantes de la Of. prenupcial.
- m) Sorteo anual de premios entre los niños más sanos del Consultorio Maternal.
- a) Elaboración de un Plan de Legislación Antivenérea que consulte:
  - a) Autoridad sanitaria única.
  - b) Declaración obligatoria.
  - c) Tratamiente obligatorio.
  - d) Delito de contagio.
  - e) Cartificado prenupcial obligatorio.
  - f) Anulación de los matrimonios a petición de un cónyuge infectado por el otro.
  - g) Investigación de la paternidad.
  - h) Represión de la prostitución.
  - i) Represión del alcoholismo.
  - Prohibición drástica de publicaciones y ventas de remedios sin prescripción médica.
  - k) Prohibición del trabajo de menores de 16 años.
  - 1) Protección del trabajo de la mujer.

#### B .- LUCHA DIRECTA

### Finalidades de la lucha:

- 1.—Diagnóstico precoz de las enfermedades venéras.
  - 2 .- Tratamiento precoz y completo.
  - 3.-Aislamiento de los enfermos contagiosos

4.—Investigación de los focos de contagio. 5.—Profilaxis personal.

#### II Modalidades de la lucha:

- En los puertos y grandes centros urbanos;
   a) En unión estracha con la Dirección Provincial de Sanidad,
  - En unión estrecha con la Of. de Higiene Municipal,
  - c) En unión estrecha con la Dirección Provincial de Educación.
    - d) En unión estrecha con las Instituciones culturales y Sindicatos obreros.

#### 2. - En las oficinas salitreras:

- a) En unión estrecha con el servicio médico de la Oficina.
- En unión estrecha con los sindicatos obreros.

#### 3.—En los pequeños centros rurales:

- a) En unión estrecha con la Dirección Provincial de Sanidad.
   b) En unión estrecha con la Oficina
  - de Higiene Municipal.

#### III Medios de lucha:

- 1.-En los puertos y grandes centros urbanos:
  - a) Instalación de uno o dos policiónicos preventivos y curativos con servicio diurno y nocturno, y dotados del todo el material necesario.
  - b) Instalación de una sala de aislamiento en el Hospital.
  - c) Instalación de una oficina de consultas prenupciales y de control de natalidad, anexa al policiínico.
    - Instalación de la Of. Maternal y de! Niño anexa al policifnico.
  - e) Instalación de "hogares" para madres desamparadas.
    - f) Ins a ación de la Of. de Control de la prostitución.
       g) Instalación de los servicios de visi
    - g) Instalación de los servicios de vitación social.

#### 2.-En las oficinas salitreras:

- a) Instalación de un servicio antivenéreo, como anexo a los servicios generales de la Of. y dotado de todo el material necesario.
- b) Instalación de una salita de aislamiento con 5 camas hombres y 5 camas mujeres en aquellas oficinas que tengan hospital. Cuando éste no exista, traslado de los enferinos al más próximo hospital.
- c) Instalación de la Of. de la madre y el niño, con subsecciones de consultas prenupciales y control de natalidad.

#### 3 .- .. En los pequeños centros rurales:

a) Instalación de una posta de prevención y curación de las enfermedades venéreas, dotada del material mínimo necesario. Tendrá a succargo, además, el control de la prostitución y de los locales en que, se ejerce.

#### PLAN TRIENAL

DE

#### LUCHA ANTIVENEREA EN LA ZONA SALITRERA

#### DISTRIBUCION DE LOS FONDOS

PROVINCIAS	PR	IMER AND		SI	EGUNDO	ANO	TI	ERCER AN	ю	TOTALES		
	Lucha indirecta 20 o o	Lucha directa 80 olo	Total	Lucha indirecta 15 o o	Imoha directa 85 o o	Total	Luchs indirecta 10 o/o	Lucha directa 90 o o	Total general	Luchs indirecta	Lucha	Total general
TARAPACA	56.000 74.000	1 1 1			238.000 314.500			1	T S T A		714.000 943.500	840.000
TOTALES	130.000	520.000	650.000	97.500	552.500	650.000	65.000	685.000	650.000	292.500	1.657.500	1.950.000

#### PRESUPUESTO DEL PRIMER AÑO

#### Provincia de Tarapacá

Policlínico Central: Iquique.

A.-GASTOS FIJOS.

PART.	1.—Sueldos				
Item.	1Ded. Dir. Pol. of, prop. y museos	1.500	18.000		
**	2Med. Trat. secc. hombres y mujeres,				
	Visit. Social y cons. prenupcial	500	6.000		
	3Med. Trat. Cons. Mater y del niño.	Financia			
*	4.—Dentista	Financia	The second secon		
	5.—Secret. General	300	3.600		
	6.—Ayudante Secretaria General	150	1.800		
	7.—Visitadora Social enf, sanit	300	3.600		
**	8.—Practicantes sección hombres	200	2.400		
	9.—Practicante profilaxis nocturna	200	2.400		
	11.—Personal Cons. Mater. y del niño.				
**	12.—Preparador del museo venereológico	Financia 250	3.000		
	16.—Portero, mozo	150	1.800	45.000	
	To. Torrero, mozo	100	1.000	45.000	
and the same					
PART.	2.—Hospitalización				
-					*** ***
Item. 0	nico.—20 camas permanentes	6.240	74.880	74.880	119.880
The state of	B.—GASTOS VARIABLES				
PART.	1.—Instalaciones.	-	-		
			100		
Item.	1.—Arriendo local	400	4.800		
	2.—Muebles, aparatos, útiles	700	8.400		
PART.	2.—Botica				
*******		200	2.400		
Item.	1.—Medicamentos	100	1.200		
1000	2.—Desinfectantes	100			
DART	3.—Laboratorio				
PART.	5.—Laboratorio	18			
		200	2.400		
Item. u	nico	200	2.100	10000	
1 2 20					
PART.	4.—Gastos varios				
	and the second s		600		
Itom.	1.—Materiales y artículos de escritorio.	100	1.200	1	
	2.—Combustibles	100	1.200		
1	4.—Lavado, reparaciones, asco	50	600		
	5.—Telegramas y franqueo	5.0	600		
	6.—Movilización	50	600		
	7.—Imprevistos Consultorios y admin.		1.160	25.160	25.160
	i. Improviscos Consultorios y				Mar and
PART.	6Material de propaganda por cine				50011
Jiem.	1.—Confección de películas	1.000	12.000		
**	2Confección de colecciones diaposit.	500	6.000		
PART.	6.—Material de propaganda escrita				
		-	-		
Item.	1.—Folletos	1.000	12.000		
	2.—Afiches	500	6.000		
	3.—Publicaciones y avisos en la prensa.	100	1.200		

O ALICE AND A					-
				100	
	4.—Boletín antivenéreo	300	3.600		
13.00	5.—Concurse de afiches	100	1.200		
	7 Manual and a second				
PART.	7.—Material propaganda para museos				
Item.	1.—Materiales	250	3.000		
"	2.—Ambulancia automóvil ad-hoc	-	-		
PART.	8.—Jiras de propaganda				
400		250			
Item. u	nieo	200	3.000		
PART	9.—Congreso antivenéreo zonal				
	The same of the sa				
Item. d	nico		2.000		
PART.	10Premios de estímulos				
Item.	1Sorteos de premios entre los consul-				
Atom.	tantes, Of prenupcial		1.000		
"	2.—Id. entre los cons. Of. maternal		1.000		
FART.	11.—Semana antivenérea anual				
					*
Item.	1.—Lucha directa		2.000	56.000	56.000
	2.—Imprevistos, lucha indirecta		2.000	50.000	50.000
					The last of
	POSTAS OFICINAS	SALITRERA	IS		1
	TOOLIN OTTOM				
	A.—GASTOS FIJOS				
DIDM	1.—Oficina Humberstone				
PART.	1.—Oficina Humberstone				
Item.	1Médico Director subvencionado	200	2.400		
	2.—Practicante estadíst. subvencionado.	100	1.200		
	3Enformera visitadora subvencionada	100	1.200		4 1
	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	
PART.	2.—Oficina Rosario				
PART.	2.—Orienta Rosario				
Item.	1 Médico Director subvencionado	200	2.400		
. "	2.—Practicante estadíst. subvencionado.	100	1.200		
	3.—Enfermera : isitadora subvencienada	100	1.200		
	4Mozo subvencionado	50	600	5.400	
			The second		
FART.	3.—Oficina Peña Chica				
Item.	1Med. Dir. subvencionado	200	2.400		
**	2.—Practicante estadíst. subvencionado.	100	1.200		
- "	3.—Enfermera visitadora subvencionada	100	1.200	5.400	
	4Mozo subvencionado	50	600	a.+00	
PART.	4.—Oficina Bellavista		17 11 4		
Item.	1Médico Director subvencionado	200	2.400		
	2.—Practicante estadist. subvencionado.	100	1.200		
"	4.—Mozo subvencionado	100	1.200	5,400	
	i ilozo subvencionado	00	300	0.400	The last
	the state of the s		160		
PART.	5.Oficina Mapocho				
-		200			
Item.	1.—Médico Director subvencionado	100	1.200		
-	2 Practicante estadat. subvencionado.	100	1.200		

+	3.—Enfermera visitadora subvencionada	100	1.200		
	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	27.000
	P_CASTOS VADIANA	19 19 19	O TOTAL	But to	
	B.—GASTOS VARIABLE		1000		
PART.	1.—Oficina Humberstone	1000			
Item.	1.—Instalaciones	1	-		
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.). 3.—Gastos varios (Materiales y arts. es-	60	600		
	critorio, combust, lavado, aseo)	20	240		
	4.—Laboratorio	50	600	2.040	
	Carlo de Car				-
PART.	2.—Oficina Rosario				
Item.	1.—Instalaciones				
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.).	50	600	38 11	
- 30 19	<ol> <li>Gastos varios (Materiales y arts. es- critorio, combust. lavado, aseo).</li> </ol>	20	240		
-	4.—Laboratorio	150	600		
. "	5.—Traslados de enfermos	150	600	2.040	
de la		- 18 1			-
FART.	3.—Oficina Peña Chica				
Item.	1.—Instalaciones	-	T -		
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.). 3.—Gastos varios (Materiales y arts. es-	/5.0	600		
	critorio, combust. lavado, aseo) .	20	340		
*	4.—Laboratorio	150	600		
2"	5.—Traslados de enfermos	150	600	2.040	
PART.	4.—Oficina Bellavista				
Team		THE REAL PROPERTY.	THE REAL PROPERTY.		
Item.	1.—Instalaciones	50	600		
	3.—Gastos varios (Materiales y arts. es-				
	critorio, combust. lavado, aseo).	50	600		
	4.—Laboratorio	80	600	3.040	
		-	-		
FART.	6.—Oficina Mapocho				
Item.	1.—Instalaciones	-	-		
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.).	50	600		
The state	<ol> <li>Gastos varios (Materiales y arts. es- critorio, combust. lavado, aseo).</li> </ol>	20	240		
	4.—Laboratorio	60	600		
2	5.—Traslados de enfermos	50	600	2.040	10.20
			THE REAL PROPERTY.	1	
	POSTAS RU	RALES			
	A.—GASTOS FIJOS		1000		
PART.	1.—Posta Huara				
Item.	1Médico Director subvencionado.	200	2.400		
"	2.—Practicante estadist, subvencionado	100	1.200		
	3.—Enfermera visitadora subvencionada 4.—Mozo subvencionado	50	600	8.400	
			-	THE SHARE	See at a second

OLEILI	MEDICO				
PART.	2.—Posta Pozo Almonte				
		100			
Item.	1.—Médico Director subvencionado	100	1.200		
	3.—Enfermera visitadora subvencionada	100	1.200		
10	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	
PART.	3.—Posta San Antonio				
Item.	1 Médico Director subvencionado	300	3.600		
"	2Practicante estadíst. subvencionado.	100	1.200		
	3Enfermera visitadora subvencionada	100	1.200		
	4.—Mozo subvencionado	50	gaa	6.600	
PART.	4.—Posta Buenaventura				
Item.	1Médico Director subvencionade	200	2,400		
**	2Practicante estadist. subvencionado.	100	1.200		
"	3Enfermera visitadora subvencionada	100	1.200		
"	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	22.800
	B.—GASTOS VARIABLES				
PART.	1.—Posta Huara				. 7 9
Item.	1.—!nstalaciones		-		
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.).	50	600		
	3.—Gastos varios (Materiales y arts. es-	20	240		
	critorio, combust. lavado, aseo) 4.—Laboratorio	- 60	600		
	5.—Traslados de enfermos	50	600	2.040	
			Cal Print	CHESTON	
PART.	2.—Posta Pozo Almonte				
Item.	1.—Instalaciones	300	3.500		
.,	2Botica (Medicamentos y desinfec.).	150	600		
"	3 Gastos varios (Materiales y arts. es-				
	critorio, combust. lavado, aseo)	20	240		
"	4.—Laboratorio	60	600		
	6Traslados de enfermos	50	600	5.640	500
PART.	3.—Posta San Antonio				1 1
Item.	1.—Instalaciones	300	3.600		
	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.).	60	600		
	3Gastos varios (Materiales y arts. es-		7 4		
	critorio, combust. lavado. aseo)	20 5.0	600		
	4.—Laboratorio	50	600	5.640	
	5.—Traslados de enfermos	. 00	000	5.040	
PART.	4.—Posta Buenaventura				
Item.	1.—Instalaciones	300	3.600		
"	2.—Botica (Medicamentos y desinfec.).	50	600		
	3.—Gustos varios (Materiales y arts. es-	20	240		
	critorio, combust. lavado, asso) .	50	800		
	4.—Laboratorio	5.0	600	5.640	18,966
	o, Indicator to entermos.				

## PROVINCIA DE TARAPACA. — RESUMEN PRESUPUESTO PRIMER AÑO I.—I N G R E S O S

1.—Lucha directa (80 o o)	\$ 224.000.00	
2.—Lucha indirecta (20 00)	" 56.000.00	\$ 280.000.00

#### H.-EGRESOS

#### A.-GASTOS FIJOS

Policii	Sueldos.				4.	 . 3	45.000.	00	
	Hospitali						74.880.		
	Oficinas.								
Postas	Rurales		 1			 	22.800.0	00 \$	169.680.00
	1								

#### B .- GASTOS VARIABLES

1Polielínico Central de Iquique:	STATE OF THE REAL PROPERTY AND
a) Administración y Consultorios \$ 25.160.	00
b) Lucha indirecta	
2.—Posta Oficina " 10.200.	00
	00 \$ 110.320.00 \$ 280.000.00

#### PROVINCIA DE ANTOFAGASTA

#### Policlinico Central: Antofagasta.

#### 1.—POLICLINICO CENTRAL: ANTOFAGASTA

## A.—GASTOS FIJOS.— PART. 1.—Sueldos

Item	1 Med. dir. Of. Of, Prop. y museo	1.500	18.000	
**	2Med. Trat. secc. hombres y muj. V.			
	Soc. y cons. prenupe	500	7.300	
- 10	3 Med. Trat. cons. mat. y del niño	financiado		
	4.—Dentista	financiado		
	5.—Secretario General	300	3.600	
	6 Ayudante Secretario General	200	2.400	
**	7 Visit. Soc. o enf. Sanitaria	300	3.600	
	8Pract. Secc. hombres	250	3.000	
	9 - Toformore Soco muteres	WEO	2 000	

		-	_		
PART	r. 2.—Hospitalización (10 camas perms.)	3.120	37,440	37.440	86.040
	13Portero mozo	150	1.800	48.600	
"	12.—Personal cons. mat. y del niño	financiado	3.000		
**	11.—Preparador del museo	250	3.000		
	10.—Pract. Profilaxis nocturna	250	3,000		
	9.—Enfermera Secc. mujeres	250	3.000		
	8.—Pract. Secc. hombres	250	3.000		
	7Visit. Soc. o enf. Sanitaria	300	3.600		
	6 Ayudante Secretario General	200	2.400		
**	5.—Secretario General	300	3.600		

#### 2.—POLICLINICO TALTAL

PART.	1.—Sueldos		
Item	1.—Med. dir. Pol. Of. Prop. y Trat. Secc.	400	4.800
	2Med. Trat. mujeres, visit. Soc. y	-	4.000
	cons. prenupcial	300	3.000

	3Med. cons. maternal y del niño	financiado			
- "	4.—Dentista	financiado			
	6 Secretario General estadístico	250	3.000		
**	6Visit. Soc. o Enf. Sanitaria	300	3.600		
**	7Practicante Secc. hombres	250	3.000		
**	8.—Enfermera mujeres	250	3.000		
	9.—Pract. profilaxis nocturna	250	3.000		
	10.—Portero mozo	150	1.800	25.800	
"	11.—Personal cons. mat. y del niño	financiado			
PART	. 2.—Hospitalización				
Item t	inico.—10 camas permanentes	2.400	28.800	28.800	54.600
		-	1		-
	* 3.—POLICLINICO	TOCOPILLA			
		TOCOT ILLIA			
PART	. 1.—Sueldos				
Item	1Med. dir. Pol. Of. Prop. y Trat.				
	hombres	400	4.800		
**	2Med. trat. mujeres, visit. soc. y cons.				
	prenupcial	300	3.600		
	3.—Med. cons. mater. y del niño	financiado			
**	4.—Dentista	financiado			
	5.—Secretario General estadístico	250	3.000		
"	6.—Visit. Soc. o Enf. sanitaria	300	3,600		
"	7.—Pract. Secc. hombres	250	3.000		
	8.—Enfermera mujeres	250 250	3.000		
"	10.—Portero mozo	150	3.000	05 000	
	11.—Pers. cons. maternal y del niño	financiado	1.800	25.800	
	ar. ters. coms. material y der mino	Tinanciado			
PART	2.—Hospitalización				
	a despression				
	nico.—12 camaa permanentes	3.410	40.920	40.920	66.728
Item 0	nico.—12 camas permanentes	3,410	40.920	40.920	66.728
Item 0		3.410	40,920	40.920	66.728
Item 0	nico.—12 camas permanentes	3,410	40.920	40.920	66.728
Item 0	nico.—12 camas permanentes ASTOS VARIABLES.—			40.920	66.720
Item 0	nico.—12 camas permanentes			40.920	66.720
Item 0	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:			40.920	66.720
Item 0	nico.—12 camas permanentes ASTOS VARIABLES.—			40.920	66.720
Item 6 B.—G	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones			40.920	66.720
B.—G  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local	ANTOFAGAS	TA	40.920	66.728
B.—G FART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local	ANTOFAGAS	TA 2.400	40.920	66.728
B.—G  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local	ANTOFAGAS	TA	40.920	66.728
B.—G  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local	ANTOFAGAS	TA 2.400	40.920	66.728
B.—G  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local	ANTOFAGAS	TA 2.400	40.920	66.728
B.—G  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica	200 1.000	2.400 12.000	40.920	66.720
FART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos	ANTOFAGAS	TA 2.400	40.920	661720
FART. Item " PART!	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam  2.—Botica  1.—Medicamentos  2.—Desinfectantes	200 1.000	2.400 12.000	40.920	661720
FART. Item " PART!	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Deainfectantes  3.—Laboratorio	200 1.000	2.400 12.000	40.920	66.720
FART. Item " PART!	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam 2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes 3.—Laboratorio	200 1.000	2.400 12.000	40.920	661720
FART. Item  PART. Item  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam  2.—Botica  1.—Medicamentos  2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones	200 1.000	2.400 12.000	40.920	661720
FART. Item "" PART. Item "" PART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam 2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes 3.—Laboratorio	200 1.000	2.400 12.000	40.920	66.720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Renctivos y aparatos	200 1.000	2.400 12.000	40.920	661720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam  2.—Botica  1.—Medicamentos  2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones	200 1.000	2.400 12.000	40.920	661720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios	200 1.000 200 100	2.400 12.009 2.400 1.200	40.920	66.720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART. Item	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam  2.—Botica  1.—Medicamentos  2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones  2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit.	200 1.000 200 100	2.400 12.000 2.400 1.200	40.920	661720
FART. Item " PART. Item " PART. Item " PART. Item "	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local  2.—Muebles, aparatos, útiles  3.—Dotación dos salitas aislam  2.—Botica  1.—Medicamentos  2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones  2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit  2.—Combustibles  1.—Combustibles	200 1.000 200 100	2.400 12.000 2.400 1.200 2.400	40.920	661720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART. Item  PART.	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit. 2.—Combustibles 3.—Luz, agua, gas, calefacción	200 1.000 200 100	2.400 12.009 2.400 1.200 2.400 1.200	40.920	66.720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART. Item  """	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam 2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit 2.—Combustibles 3.—Luz, agua, gas, calefacción 4.—Lavado, reparaciones, aseo	200 1.000 200 100 200 100	2.400 12.009 2.400 2.200 2.400 1.200 1.200 1.200	40.920	661720
FART. Item " PART. Item " PART. Item " PART. Item " "	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Deginfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit 2.—Combustibles 3.—Luz, agua, gas, calefacción 4.—Lavado, reparaciones, aseo 5.—Telegramas, franqueo	200 1.000 200 100 200 100 100 100 100 20	2.400 12.009 2.400 1.200 2.400 1.200 1.200 1.200 2.40	40.920	661720
FART. Item  PART. Item  PART. Item  PART. Item  """	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Botica  1.—Instalaciones 2.—Desinfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit. 2.—Combustibles 3.—Luz, agua, gas, calefacción 4.—Lavado, reparaciones, aseo 5.—Telegramas, franqueo 6.—Movilización	200 1.000 200 100 200 200 100 100 100 20 150	2.400 12.009 2.400 1.200 2.400 1.200 1.200 1.200 2.40		66.720
FART. Item " PART. Item " PART. Item " PART. Item " "	ASTOS VARIABLES.—  1.—POLICLINICO CENTRAL:  1.—Instalaciones  1.—Arriendo local 2.—Muebles, aparatos, útiles 3.—Dotación dos salitas aislam.  2.—Botica  1.—Medicamentos 2.—Deginfectantes  3.—Laboratorio  1.—Instalaciones 2.—Reactivos y aparatos  4.—Gastos Varios  1.—Materiales y artes, escrit 2.—Combustibles 3.—Luz, agua, gas, calefacción 4.—Lavado, reparaciones, aseo 5.—Telegramas, franqueo	200 1.000 200 100 200 100 100 100 100 20	2.400 12.009 2.400 1.200 2.400 1.200 1.200 1.200 2.40	40.920	661720

PART.	5.—Material de propag, por cine			
Item	1.—Confección de películas	1.500	18.000	
	2Confección de diapositivos	500	6.000	
PART.	6.—Material de propag, escrita			
Item	1.—Folletos	1.000	12.000	
Atom	2.—Afiches	500	6.000	
n	2.—Afiches	100	1.200	
**	4.—Boletín antivenéreo zonal	300	3.600	
	5.—Concurso de afiches	100	1.200	
PART.	7.—Material de propag. museos			
		200	2 000	
Item	2.—Ambuiancia automóvil ad-hoc	300	3.600 12.400	
	a. Simulated automovii du inc			
PART.	8.—Jiras de propaganda			
Item ú	nico	250	3.900	
PART.	9.—Congreso antivenéreo zonal			
Item 0	nico	359,00	2.000	34.000
				The second
PART.	10.—Semana antivenérea anual			
Tram o			2.000	
Trem a	nico		2.000	1
PART.	11.—Premios de estímulo			
Item	1Sorteo de premios entre los consul-			
	tantes de la Of. prenupcial		1.000	
**	2 Sorteo entre los niños Of. maternal		1.000	
PART.	12.—Imprevistos propaganda			
Item d	nico		1.000	74.000
	2.—POLIČLINICO	WAT WAT		
FADT	1.—Instalaciones	LAULAN		
IARI.	1.—Historiaciones			
Item	1.—Arriendo local		N -	
	2Muebles, aparatos, útiles	100	1.200	
-				
PART.	2.—Botica		A STATE	
Item	1.—Medicamentos	100	1.200	
**	2.—Desinfectantes	50	600	
PART.	S.—Laboratorio			
-				AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN
	2.—Reactives y aparates	200	2.400	
"	z.—Reactivos y aparatos	-00	2.400	
PART.	4.—Gastos Varios			
Item	1 Materiales y artes, escrit	50	600	
**	2.—Combustibles	50	600	
	3.—Luz, agua, gas, calefacción	50	600	
**	4.—Lavado, reparaciones, aseo	50	600	
	5.—Telegramas, franqueo	20 50	240 600	
*	7.—Movilización	50	600	
**	8.—Imprevistos cons. y administ	50	600	9.840
1			A THE PARTY OF THE	

#### 3.—POLICIANICO TOCOPHILA

PART.	1.—Instalaciones				
Item	1.—Arriendo local				
**	2Muebles, aparatos, útiles	100	1.200		
PART	2.—Botica				
132102.					
Item	1.—Medicamentos	200	1.200		
. "	2.—Desinfectantes	100	1.200		1
PART.	3.—Laboratorio				
Item	1.—Instalaciones	-	No.		
"	2Reactivos y aparatos	200	2.400		- · V
n.m.	Total Washington				
PART.	4.—Gastos Varios*				
Item	1Materiales y artes, escrit	50	600		
.,	2.—Combustibles	100	1.200		
	3.—Luz, agua, gas, calefacción	100	1.200	The same of	
- "	4.—Lavado, reparaciones, aseo	50 20	600 240		
"	6.—Publicaciones avisos prensa	50	600		
	7.—Movilización	50	600		
	8 Imprevistos cons. y administ	50	600	12.840	
					10 4 3
1	ONTAS OFICINAS SALITRERAS				
			Samuel Land		13014
AG	ASTOS FIJOS —				1
PART.	1.—Oficina María Elena				1
				The same of the	
ltem	1Midico director subvenc	200	2.400		
	2.—Fracticante estadist. subv	100	1.200		
	3.—Enf. visit subvenc	50	600	5.400	
"	4.—Mozo subvencionado		-		
PART.	2 Oficina Pedro de Valdivia				-
Item	1Midico director subvenc.	200	2,400		6 (1)
" "	2Practicante estadíst. subv	100	1.200		
	3Enf. visit. subvenc	100	1.200		-
	4Mozo subvencionado	50	600	5.400	
			Maria Carlo	10000	
PART	3.—Oficina Chacabuco				
-		200	2.400		
Item	1.—Médico director subvenc	100	1.200		
"	3.—Enf. visit. subvenc	100	1.200	98.4	
	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	16.200
		-	-	-	
B.—6	ASTOS VARIABLES.—				
PART	1.—Oficina María Elena		LA PRI		100
Item	1Instalaciones	100			
item "	2.—Botica (medicament. y desinfect.)	50	600		
"	3Gustos varios (mats. arts. escrt.				
War Zen	combust. lavado, aseo)	50	600		
**	4Laboratorio	50	600	. 2.400	
	5.—Traslado enfermos	50	600	2.400	
	THE RESERVE OF A STREET		MIN TO THE REAL PROPERTY.		

PART	2.—Oficina Pedro de Valdivia				
Item	1.—Instalaciones	1	100000		
	2.—Botica (medicament, y desinfect.) . 3.—Gastos varios (mats, arts, escrt.	50	000		
	combust. lavado, aseo)	50	600		
	4 Laboratorio	50	600		
. "	5Traslado enfermos	5.0	600	2.400	The same
*					
PART	2.—Oficina Chacabuco				
Item	1Instalaciones				
**	2Botica (medicament. y desinfect.) .	50	600		
**	3Gastos varios (mats. arts. escrt			I to the same	
	combust, lavado, aseo)	50	600		
10	4.—Laboratorio	50	600		
	5Traslado enfermos	50	600	2.400	7.200
	POSTAS RURALES				
A -G	ASTOS FIJOS.—				
	1000.—				
PART.	1.—Posta Estación Baquedano				
Item	1Médico director subvencionado	200	2.400		
**	2Pract. estadist. subvencionado	100	1.200		
**	3Enf. visit. subvenc	100	1.200		
-14	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	
PART.	2.—Posta Pueblo Unión				PER LEVI
Item	1Médico director subvencionade	200	-2.400		
	2 Pract. estadist. subvencionado	100	1.200		*
1500	SEnf. visit. subvenc	100	1.200		
-	4.—Mozo subvencionado	50	600	5.400	10.800
		N TROLL	1 7 7 7 7 7		
BG	ASTOS VARIABLES				
PART.	1Posta Estación Baquedano				
Item	1.—Instalaciones	50	600		
	2Botica (medicament. desinfect.)	50	600		
	8.—Gastos varios (mats. arts. escrit.	THE REAL PROPERTY.	1000		
1	combust. lavado, aseo)	20	240		
**	4.—Laboratorio	50	600		
**	5.—Traslado enfermos	50	600	2.640	
PART.	2.—Posta Pueblo Unión				
ltem	1 — Tretalaciones	50	600		
Tanama .	1.—Instalaciones	50	600		
	3.—Gastos varios (mats, arts, escrit.	30	000		
" "	combust. lavado, aseo)	20 -	240		
- 4	4.—Laboratorio	50	600		
	5.—Traelado enfermos	50	600	2.640	5.280
		1 1 5 1		No and Administration of the last of the l	H. Walt

#### PROVINCIA DE ANTOFAGASTA

#### RESUMEN PRESUPUES TO PRIMER ANO

#### 1.-INGRESOS

1Lucha directa (80 o/o	2	\$ 296.000.00	
2Lucha indirecta (20	0/0)	74.000.00	\$ 370.000.00

#### 2.—EGRESOS

#### A.—GASTOS FIJOS

A STATE OF THE PARTY OF THE PAR				
1.—Policlínico Central Antofagaste				
Administ. y Cons	48.600			
Hospitalización	37,440	86.040		- 1
		00.040		
2.—Policlinico Taltal				
Administ. y Cone	25.800			
Hospitalización	28.800	54.600		
	The state of the s		1 2 3 3 4	
3.—Policlinico Tocopilla				
Administ. y Cons	25.800			
Hospitalización	40.920	66.720		
	100000			- 1
4.—Postas Oficinas María Elena, P. de Valdivia,				"
Chacabuco	16.200	16.200		
5.—Posta Estación Baquedano	5.400			
6.—Posta Puebio Unión	5.400	10.800	234,369	
	1000000	100000	100000000000000000000000000000000000000	
B.—GASTOS VARIABLES				100000
				-
1.—Policlínico Central Antofagasta:				
Administ. y Cons	26.480			
Lucha indirecta	74.000	100.480		4.1
2.—Policlinico Taltal	9.840			
3.—Policinico Tocopilla	12.840	22.680		
4.—Postas Oficinas Salitreras (M. Elena, P. de				
Valdivia, Chacabuco	7.200	7.200		
5.—Posta Estación Baquedano	2.640			
\$.—Posta Pueblo Unión	2.640	5.280	135.640	370.007

#### LUCHA ANTIVENEREA EN LA ZONA MINERA DE LOTA

#### (FLAN DE EMERGENCIA)

#### 1.—LA POBLACION DE LOTA—a) Los habitantes.

itantes. En 1930, según el censo general había 27,736

habitantes; en 1935, alcanza a 35,539 habitantes aproximadamente.

La proporción relativa de hombres y mujeres es muy vecina al 500/o, con ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino.

La población se compone de:

9,100 asegurados vigentes (dato exacto).

4,500 mujeres de estos asegurados (aproximadamente).

15,784 niños, hijos de obreros de la Compañía (7,869) (dato exacto).

2,000 niños, hijos de obreros que no pertenecen a la Compañía (1,239) (dato aproximado). 420 Empleados de la Compañía (data aproximado).

840 Familiares de catos empleados (aproximadamente).

230 Empleados que no pertenecen a la Compañía (aproximado).

460 Familiares de estos empleados (aproxima-

387 Comerciantes (dato eaxcto).

764 Familiares de estos comerciantes (aproximado).

118 Carabineros (dato exacto).

236 Familiares de Carabineros (aproximado).

200 Prostitutas registradas (dato exacto).

200 Prostitutas no registradas (aproximado). 300 Indigentes (aproximado).

35,539 habitantes.

El 800 o de los obreros es analfabeto y gunan alrededor de \$ 15 diarios.

#### b) Obras Médico-Sociales.

La Compañía minera cuida de la salud de:

3,934 mujeres de sus obreros

15,784 niños, hijos de estos obreros

420 Empleados

\$40 familiares de estos empleados. Son

20,978 habitantes en total y para ellos mantienen un Departamento de Bienestar que gasta \$ 400,000 anuales en las siguientes obras:

- i Hospitat con 32 camas de hombres
  - 12 camas de mujeres (medicinas)
    - 12 camas de maternidad
  - 13 camas de niños.
- l Policlinico de mujeres.
- I Polictínico para niños de 1 a 14 años de edad.
- 1 Policinico de hombres (Sin derecho al Seguro) '
- 1 Gota de Leche,
- 1 Casa de Limpieza,
- 1 Lazareto
- Casa gratuita para todos los empleados y para 5,493 de sus obreros con sus familiares.
- 1 Estadio para deportes.

Mantiene zona semi-seca en el recinto de Lo-

La Caja de Seguro Obligatorio cuida de la sa-

9,100 asegurados; y

103 lactantes.

para lo cual mantiene un Consultorio a cargo de tres médicos y personal auxiliar, que en 1934 dieron un total de 65,016 atenciones, de las cuales 24,997 fueron consultas médicas.

La venta de estampillas en el primer semestro de 1934 fué de \$ 732,995.20 y los gastos en el mismo período fueron de \$ 126,658.20.

La Municipalidad tiene un policifico en que se atiende a las 200 prostitutas registradas.

Los Carabineros y sus familiares disponen de los seracios contratados de un médico y la Sociedad de Señoras de San Vicente de Paul protego a los indigentes.

Quedan 4,504 habitantes que no disponen de ningún servicio o protección especial.

c) Las habitaciones. — Los 35,539 habitantes de Lota ccupan una superficie de 39 hectáreas repartidas en dos pueblos perfectamente delimitados, en Lota y Lota Bajo.

La Compañía impera proporciona casa a 5,492 obreros con sus familias. Hay 3,182 familias consideradas como jefes de casas; las restantes se agregan a las anteriores en calidad de secundarias. Hay 2,376 obreros de la Compañía con sos respectivas familias que deben arrendar sus viviendas en Lota Bajo.

Existe una gran ventaja a favor de Lota Alto en las condiciones de la habitación obrera que en Lota Bajo llegan a un grado de miseria y de insalubridad indescriptible. Considérese que en Lota Alto la densidad de la población obrera llega a 3,8 personas por piezas y que comparativamente es esta una situación envidiable respecto de Lota Bajo.

El precio de los arriendos es de \$ 20 a \$ 100, por pieza.

Donde culminan las malas condiciones de la vivienda es en la playa; son dos hectáreas de terreno fiscal ocupadas por pescadores que han edificado allí unas 100 barracas que son una completa inmundicia. Abundan en Lota las bodegas y depósitos de vino que venden al por menor; hay más de 80 registradas, 11 cantinas y

dos cabarets, fuera de numerosos prostíbulos celectivos que funcionan con parentes de almacenes de refrescos y cuyas condiciones son absolutamente detestables; sólo se ve mugre y miseria en todas partes.

- Algunos datos sobre morbilidad. En 15,172 diagnósticos hechos en el Consultorio de asegurados durante 1934, encontramos: 2,230 sifilis
- 1.160 gonococlas y otras enfermedades venéreas, lo que da un total de:

4,390 casos de enfermedades venéroas o sea casi exactamente el 30 olo de la morbilidad total. Si consideramos que en el mismo espacio de tiempo y durante el acmé de la epidemia hubo 333 casos de tifus exantemático podemos apreciar mejor la proporción fautástica, casi increible de las infecciones venérous en Lota. Si a estos casos en plena activdad que obligan a los enfermos a recurrir a los consultorios, agregáramos los casos crónicos, latentes más o menos bien tolerados que no recurren expontâncamente al médico, podríamos aceptar sin exageración que más de un 50 olo de la población se encuentra infectada. Es este el resultado lógico fatal de las condiciones ante descri'as: promiscuidad vergonzosa, insalubridad total de las habitaciones, explotación de obreros analfabetos y de altos salarios por medio del alcoholismo y de una prostitución bajísima y sin ninguna organización adecuada.

- 3. Plan de lucha contra las enfermedades venéreas en Lota. — De lo ya establecido se deduca que para disminuir la morbilidad venérea en Lota es indispensable:
- a) Construir habitaciones adecuadas para unas 2,500 familias de obreros y para 1,500 obreros solteros.
- b) Modificar el sistema actual de salarios en forma que éstos no sean percibidos integramente en dinero y asegurándoles la obtención de vestuarios, alimentos y habitación en condiciones ventajosas.
- c) Difundir en forma intensiva la instrucción primaria y técnica y la educación por medio de escuelas, organizaciones deportivas, teatro, cine, música, conferencias, fiestas sociales controladas, fomento de la organización obrera, etc.
- d) Aplicar extrictamente las disposiciones legales vigentes sobre expendio de bebidas alcohólicas.
- e) Organización de la prostitución, ya soa sobre la base del sistema de la prostituta aislada pero regentada o kien, lo que es preferible del prostibulo colectivo también regentado. Aún cuando el Art. 73 del Código Sanitario prohibe terminantemento la existencia del prostibulo cerrado o casa de tolerancia, el hecho es que en la práctica, éste existe en todas partes y es talves el que mejor se presta para una organización conveniente de la prostitución.

Esta dificulta l legal que actualmente se burla en Lota con patentes de bebidas refrescantes, podría salvarse de acuerdo con el Art. 71 del mismo Código Sanitario que faculta a la Dirección General de Sanidad, previa autorización del Presidente de la República, y en caso de aumento notable de las enfermedades venéreas, para adoptar medidas extraordinarias para combatilias y evitar su propagación. Entre estas medidas deberá necesariamente considerarse la organización de prostibulos higiénicos y bien controlados.

La existencia de más de 5,000 obreros en Lota y la observación del estado de cosas actual, así lo aconsejo perentoriamente.

Para llevar a cabo esta organización será necesario:

1. Construir edificios especiales o cuando me-

 Construir edificios especiales o cuando menos refaccionar algunos de los existentes.
 Fijer un sector determinado de la población

como sitio exclusivo para el comercio sexual, 3. Fijar condiciones precisas para autorizar, a regentes personalmente responsables, el establecimiento de prostíbulos. Estas condiciones deberán comprender la existencia de dormitorios unipersonales con servicios higiénicos privados que permitan la fácil adopción de medidas profilácticas eficaces, lavados con soluciones desinfectantes, preservativos, etc., un sistema central de cobro de los servicios, con tarifas muy bajas para facilitar al máximum la utilización del establecimiento; remuneración fija mensual a la prostituta on horario determinado en servicio; control del estado sanitario de las mismas de acuerdo con el artículo 18 del Reglamento sobre profilaxis de las enfermedades venéreas, dicta-

do por Decreto Supremo N.o 147 del 3 de Abril de 1934. 4. Eliminación, con medidas de represión efectiva, de todo comercio sexual que no llene las condiciones precedentes.

f) Establecer un control médico-sanitario sobre toda la población de Lota.—Para esto se hace necesario lo alguiente:

 Obtener de la Dirección General de Sanidad y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 del Código Sanitario vigente, el nombramiento de un delegado extraordinario ad-honorem, con plenos poderes para dirigir la campaña antivenérea en Lota.

2. Que la Dirección General de Sanidad o el Supremo Gobierno designen conjuntamente um Consejo Consultivo para asesorar al Delegado Sanitario. Este Consejo deberá quedar integrado por: dos representantes del Ejecutivo, el Subdelegado y el Capitán de Carabineros. Un representante de la Municipalidad, el Alcalde. Dos representantes de la Compañía Minera, el Jefe del Departamento de Bienestar y el Médico-Jefe. Dos representantes de la Caja de Seguro Obligatorio, el Administrador local y un médico del Consultorio. Un representante del Sindicato Obrero. Un representante de las escuelas. Un reprosentante del Comercio y pequeñas industrias. El delegado sanitario actuará como Secretario General y se elegirá por votación un Presidente y un Vicepresidente.

3.0 Fundar un policlinico de higiene social.

4.0 Fundar un hospital de venéreos, con 3 camas de hombres, 6 de mujeres y 6 camas de pensionado, para lo cual deberá impulsarse la presentación del proyecto de hospital elaborado por la Sección Arquitectura de la Caja de Seguro Obligatorio.

5.0 Instalar una barraca provisoria para el aislamiento de los enfermos venéreos contagiosos, con unas 30 camas y servicios anexos.

Se exigirá de las internadas que hicieran et servicio de aseo y se podría instalar un taller de costuras y labores.

6.0 Asegurar en la Ley 4054 a las prostitutas 7 concederles desde el primer momento todes los beneficios del seguro de enfermedad.

8.0 El delegado sanitarlo tendrá a su cargo la dirección superior de todas las obras enumeradas y procederá de acuerdo con las disposiciones del Decreto Supremo N.o 147 del 3 de Abril de 1934 y con las disposiciones del Código Sanitario, a controlar el estado sanitarlo general de la población.

No transcribimos los presupuestos detallados de las obras proyectadas para la lucha directa y lucha indirecta porque penden aun de la consideración de las entidades interesadas.

### La Administración General se dirige a la Compañía Minera de Lota

En relación con la posibilidad de realizar una campaña antivenérea en la zona minera de Lota, cabe señalar la favorable acogida y clara comprensión de la iniciativa por parte de la Compañía. Esto augura un feliz término de las gestiones emprendidas.

"Señor Presidente.

Cia. Minera e Industrial de Lota

Valparaiso.

Muy señor mio:

En la conversación habida entre el presidente de esa Compañía, Sr. Juan Manuei Valle, y el suscrito, sobre la posibilidad de erganizar una campaña contra las enfermedades venereas en Lota, se quedó de acuerdo en que la Caja presentaría un plan sobre dicho tema, que deberá ser sometido a la Junta General de Accionistas que se ceiebrará ei 23 de los corrientes.

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto, es grato al suscrito someter a usted las siguientes sugestiones, que constituyen las ideas básicas de la campaña que

podria emprenderse:

1.o La campaña consistirá fundamentalmente en el establecimiento de todas las medidas de profilaxis y tratamiento de las enfermedades venéreas en toda la población de Lota, sin distinción de asegurados y no asegurados.

2.0 Creación de un Consejo Asesor, formado por un representante de cada una de las siguientes Instituciones: Compañía Minera e Industrial de Lota, Cana de Seguro Obligatorio, Dirección General de Sanidad, I. Municipalidad de Lota, Sindicato Obreto.

3 o Nombramiento de un Médico director de la campaña dedicado exclusivamente a esta función. El nombramiento lo hará el Couscjo Asesor, siempre que cuente el médico con la confianza de la Compañía y

de la Caja.

4.0 Obtener de S. E. el Presidente de la República la adopción de medidas extraordinarias, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 71 del Código Sanitario vigente.

5.0 Financiar esta campaña con:

a) \$ 10.000 para medicamentos y \$ 6.000 para reparaciones de local que ha ofrecido erogar la I. Municipalidas de Lota;

 b) Con el aporte de la Caja de Seguro que tomará a su cargo todos los gastos que demande la parte correspon-

diente a los asegurados;

 c) Con el aporte de la Compañía que tomará a su cargo los gastos que demande la atención de la familia de los obreros que en ella trabajan;

d) Con el aporte de la Dirección General de Sanidad, que sufragará los gastos que demanden los indigentes. 6.0 Obtener de la Beneficencia Pública

dé las facilidades del caso para hospitalizar

y aislar los enfermos contagiosos.

Para los efectos del punto 5.0, la Caja calcula que deberá desembolsar más o menos \$ 200.000 al año y que igual cantidad corresponderá a la Compañía. En todo caso, todos los presupuestos, programas, etc., deberán ser aprobados tanto por la Compañía como por la Caja antes que se ponga en práctica y se inicien los gastos.

Comprenderá el señor presidente el alto interés que para el país presentaria la aceptación y realización de este plan que tiende a salvar el futuro de nuestra raza.

Saluda atentamente a usted.

Santiago Labarca."

# El Primer Congreso Interno de la Caja del Seguro Obligatorio y la Lucha Antivenérea

CONCLUSIONES SOBRE PIEL, SIFILIS Y VENE-REAS

El Primer Congreso de la Caja de Seguro Obligatorio recomienda:

1. La conveniencia de desarrollar un plan educativo y profiláctico, para evitar la propagación de las afecciones venéreas, cuyos desastrosos resultados para el asegurado, traen también grandes gastos en subsidios y pensiones de invalidez.

2. Compeler al paciente por todos los medios posibles, al cuidado de su salud y a no abandonar su régimen y tratamiento en caso de es-

tar ya afectado.

 Pedir a los poderes públicos acción educativa, moral y sexual desde la escuela y hacerla también en el Seguro. Incluir a las enfermedades venéreas en las enfermedades infecto - contagiosas de declaración obligatoria.

5. Aumentar el número de médicos especializados y personal de enfermeros y practicantes y mejorar la situación económica de éstos para permitir con todo esto una buena atención individual y hacer la obra profiláctica y educativa.

 El funcionamiento de servicios antivenéreos y profilácticos nocturnos y en

dias festivos.

 La necesidad de llegar hasta la familia para hacer profilaxia y para obtener un buen resultado con los tratamientos.

9 Fatable

8. Establecer en los servicios de piel y sífilis, una estadística, con oficina central, para conocer y estudiar todos los datos relativos a esta enfermedad en el Seguro.

9. El establecimiento de la ficha individual del en-

fermo sifilitico.

 Standarización periódica del tratamiento de la blenorragia por consejos de técnicos.

11. Ampliar las advertencias de las cartillas antivenéreas, dando instrucciones sobre la sarna y la pediculosis e insistiendo en esta última, para prevenir el tifus

exantemático.

12. Propiciar el intercambio de obreros en las dermitis profesionales, úlceras inveteradas y otras afecciones en ciertos oficios o ante ciertas condiciones, a fin de evitar su perpetua cronicidad o sus recidivas.

(De "Acción Social".—Año II., Nov., Dic. 1933, Nos. 21 y 22, Pág. 87).

# La "Carga Venérea" en los Presupuestos de la Caja

Es interesante llegar a establecer, siquiera aproximadamente, la "carga venérea" en los presupuestos de la Caja en los tres rubros siguientes: 1.0 Subsidios; 2.0 Atención médica; 3.0 Pensiones dei nvalidez.

1.0 Carga venérea en el rubro enbsidios. — En 9,093 enfermos nuevos atendidos durante el año 1929 en todos los dispensarios de la Dirección General de Sanidad se observó un término medio de 25,4 olo de effilis contagiosa y un 19,2 olo de gonorreas recientes

No hay razones para pensar que esa morbilidad hubiese disminuído en años posteriores. Al contrario, durante los años duros de la crisis es probable que haya aumentado. En los países europeos, al menos, las investigaciones más recientes de la Oficina Sanitaria de la Liga de las Naciones han revelado que la morbilidad venerea sufrió un ascenso manifiesto en dichos años, por rezones fáciles de comprender.

Podríamos, pues, aceptar, para los últimos tres años, en el Medio del cual provienen los enfermos que atiende la Cajaque no es distinto del de los enfermos que atiende la Dirección de Sanidad, una frecuenta media de 25 ojo de sffliis

recientes y de 20 o|o de blenorragias agudas

En estos períodos agudos y cuando se presentan complicaciones en sus etapas crónicas, es, precisamente, cuando las dos enfermedades mencionadas incapacitan para el trabajo si individuo y le dan derecho a cobrar subsidios.

Si aplicáramos las cifrus de frecuencia del período agudo a la masa de 50 mil enfermos el número de venéreos que atlende la Caja tendríamos que entre ellos habría habido 12.500 sifilíticos y 10.000 gonorrelcos recientes. Esto es, 22.500 enfermos con una incapacidad para el trabajo variable, según la

naturaleza de éste y la constitución del individuo, de dos a cuatro semanas.

Si estimaramos la incapacidad media en tres semanas y el salario medio diario en \$ 5, estariamos en condiciones de establecer el monto de los subsidies pagados a este grupo de enfermos agudos, en conformidad al Regiamento respectivo de la Caja.

Pero el cálculo nos dejarla sin estimar los subsidios pagados al grupo de enfermos con sifilis terciarias, chancro blando, Nicolás Favre, y compileaciones de la blenorragia,

Preferimos, pues, aplicar a la cifra total de 50.000 venéreos la cifra media en que, de acuerdo con el presupuesto de la Sección Médica, estima la Caja el monto de subsidio anual por ascgurado vigente durante el año 1934: \$ 10.94

Este nos daría \$ 547,000 por año, y en un período de tres años, \$ 1.641.060.

2.0 Carga venérea sobre la atenelón médica. - En este aspecto, nuestro cálculo podía haber revestido una precisión rigurosa si conociéramos exactamente la morbilidad venerea y e! costo de atención individual por consultorio. En la imposibilidad de obtener estos datos podemos sortear la dificultad eliminando del costo de atención médica por asegurado, calculado en el presupuesto del año pasado, los rubros: subsidios, cuotas mortuorias y hospitalización.

Esto nos da un costo medio d: atención por asegurado de \$ 42.46

Aceptando esta cifra tendríamos que en la atención médica de los 50,000 venércos la Caja ha tenido un desembolso de \$ 2,123,000, lo que en un periodo de tres ahos significaria \$ 6,369,000.

3.0 Carga venérea en las pensiones de invalidez. En este rubro son las sifilis terciarias las que dejan sentir su peso abrumador. Los dos grupos: afecciones cardio vasculares y rerviosas, constituyeron en el trienio 31-33, el 56 ojo de las pensiones concedidas. En estas afecciones es la sifilis la que en-

tra en juego en el 80 o/o de los casos como causal originaria de la incapacitación absoluta y permanente para el trabajo. He aquí un cuadro revelador del número de pensiones concedidas y sumas pagadas a probables sifilíticos inválidos:

Años	Valor tot. pens. pags.	N.o pens. vige. al \$1-XII.	N.o afeces. card.vasc. y nervs. (56 o 0)	Siffils probable 80 olo del	Valor medio indiv. pens. pagadas.	Valor total prins, pags, a significos probables.
1931	. 517.037.	81 4	68 262	209	1.104	230.736
1932	. 913.782.	49 7	79 436	348	1.172	407.856
1933	. 1.670.127.	14 1.11	16 624	499	1.496	746.504

Total . . 3.100.947.44

1.385.096

RESUMEN

Si resumioms las sumas pa- tendriamos el siguiente cuagadas a venéreos probables cuadro:

RUBROS	Anual .	PAGADOS Trienal
Subsidios	\$ 541.700	\$ 1.641.000
sidios, cuota mortuoria y	2.123.000	6.369.000
Pensiones invalidez, a siflificos probables (Trienio 31-33).	461.698	1.385.096
TOTAL	\$ 3.126.398	\$ 9.395.090

La cifra de \$ 3.126.088 desembolsada por la Caja en la atención de venéreos probables, en los tres rubros indicados, no parece exagerada si sabemos que tan sólo en preparados arsenicales, bismáticos, mercuriales y yódicos necesarios para la curación de los sitúlticos únicamente se invirtió durante el año 1934 le supre de 382 998 47.

1934 la suma de \$ 888,228.47.

La "carga venérea" a través de la fría realidad de los números, manificata una franca tendencia al ascenso, como se puede ver claramente en el ru-

bro pensiones de invalidez y justifica cualquiera inversión, aún crecida, que la Caja haga a fin de iniciar una lucha antivenérea seria,

La lucha sistemática, planeada para períodos de tiempo dados se impone con tanta mayor razón si sabemos que los desembolsos que hace actualmente la Caja en la atención de la masa venerea—así como los de otros organismos del Estado—carecen en absoluto de rendimiento preventivo y curátivo eficaz. BOLETIN MEDICO 2

### La Carga Venérea en los Presupuestos de la Dirección General de Sanidad durante 1928

En todas partes del mundo se gastan considerables esfuerzos por reducir la morbilidad venérea, ya sea dictando severas disposiciones en el sentido de impedir o castigar la propagación de estas enfermedades, con el fin de salvaguardar la raza o con el objeto de reducir el desembolso que anualmente significa para el Erarlo Nacional la atención de los venéreos o la pérdida en producción, por incapacidad para el trabajo, que significa a las industrias.

Un estudio analítico del costo que significa el mantenimiento de los Policiínicos antivenéreos y la atención que prestan, nos permitirá deducir una serie de hechos de capital importancia.

#### COSTO DE LA ATENCION TECNICA

 Valor de los sueldos pagados durante el ajo 1928 al personal técnico médico y auxiliar, de planta y a contrata, de los Policifinicos antivenéreos de la Sección Higiene Social. \$ 295.800

Total de visitas hechas por los enfermos a los Policiínicos antivenéreos durante el ago 1928 . . .

Relacionando a continuación la cifra total de \$ 295.800, correspondiente al pago de honoraries al personal técnico con el número total de 172.324 visitas, tenemos que el valor de la atención técnica de cada visita ascendió a \$ 1 71.

En realidad, esta cifra parece elevada, pero ello se justifica por el diverso monto que este capítulo arroja para cada Policiínico en particular y que fluctda entre un minimum de \$ 1.15 para Valparaíso y un máximum de \$ 5.97 para. Iguique, lo que nos arroja un promedio de \$ 3.56 por visita en los diversos Policiínicos de la República. (Véase cuadro pág. siguiente).

#### MANTENCION DE LOS SERVICIOS

2. Costo total de los medicamentos, vacunas, material de curaciones, instrumental, instalaciones, arriendo locales, etc., para mantener el buen funcionamiento de los 10 Dispensarios antivengreos mixtos, dependientes de esta sección durante el ago 1928 ... \$235,000.

este item en una sola cuenta en la Contaduria, sería difícil precisar lo que se ha gastado en cada uno de los Policiínicos durante el año, y, en consecuencia, 2610 relacionaremos, para calcular el costo de cada visita, el total de ellas verificadas durante el año, a la suma de \$ 235.000, invertidos por el capítulo ya expresado. Ello nos arroja la suma de \$ 1.30 por visita. No hay duda que esta suma se recarga, debido a la escasa concurrencia que se registra en aquellos servicios de provincias, que, no obstante, deben mantenerse con su dotación completa de útiles de trabajo y medicamentos. Sumando esta cantidad a la de \$ 1.71, valor de la atención técnica por visita, tendríamos que cada atención de un enfermo en un Policinico cuesta al Estado \$ 3.01. Los diversos Policinicos dependientes de esta repartición en cada una de sus secciones, funcionaron diariamente durante dos horas, debiendo algunos prolonagr su atención más allá del tiempo prefijado, debido a la gran afluencia de gente y a la escasez, tanto de personal médico como auxiliar. Esto se subsanó, en parte, contratando para aquellos servicios en que la asistencia era mayor, personal de ambas categorías, pero preferentemente auxiliar.

Considerando que, durante el año 1928 hubo aproximadamente 300 días de trabajo, tendríamos, en términos generales, que cada Policlinico trabajó durante 600 horas en cada una de sus secciones, o sea, 1,200 horas en total y los 10 Dispensarios mixtos dependientes de esta sección 12,000 horas en total. Pero es menester recordar para los calculos definitivos que, hecha la aclaración respectiva en el cuadro correspondiente, para el Policlinico de Copiapó se trabajó en total sólo 13,390 horas (5,940 horas servicios do hombres y 5,450 horas en servicios de mujeres.)

Relacionando este número total de horas efectivas de trabajo al total de 172.324 visitas de los enfermes a los Policiínicos, tendríamos un promedio de 15 atenciones por hora de trabajo. De este promedio total de atenciones por hora, 5.99 corresponden a los servicios de mujeres y 9.1 a los hombres.

Si bien es efectivo que los promedios totales por hora dan margen para estimar que la atención debe ser por demás eficiente, en relación a: personal médico y auxiliar en funciones, no es menos cierto que hay servicios donde este promedio es muy pequeño y otros en que asclendamuy por encima del rendimiento eficaz que se puede solicitar del personal. Así, consultando los cuadros respectivos adjuntos (Véase cuadros 2 al 11) y que corresponden a un estudio más en especial de cada Policlinico; vemos que alcanza un mínimo de 8.3 para ambas secciones en Iquique y un máximo de 46.7 en Valparaiso.

En Santiago el promedio total de ntenciones por hora por los cinco Policifinicos fué de 24.4 por hora de travajo (7.1 en mujeres y 17.3 en hombres.) El número total de enfermos inscritos en 1918 en los Policifinicos ascendió a 10.162 y entre ellos corresponde repartir las 172.324 atenciones, lo que arroja un promedio de 17 atenciones at año para cada uno de ellos (104.022 atenciones en hombres: 22; 68.301 atenciones en mujeres: 12.5).

Considerando desde un punto de vista técnico las cifras que corresponden al promedio de atenciones prestadas a cada enfermo, resalta en primer término el hecho que, es imposible haber obtenido en tan pocas visitas al Policimico, la curación radical de alguna enfermedad venérca y lógico sería, entonces, suponer que la labor efectuada y el dinero invertido por el Estado pa-

	SUELDO PERS. TECNIC		N.o DE VISITAS		COSTO POR VISITA			
	Por sección	Total	Por sección .	Total	Por se	cción	Prom.	total
SANTIAGO	1	HAVAIS		-		-		
Sección hombres	\$ 76.800.00	-	63.526	-	.5	1.20		
Secc. mujeres	73.200.00	-	43.076	_	-	1.69		
Total	15	150.000.00		106.602			\$	1.4
VALPARAISO				10	1	-		
Secc. hombres	\$ 14.400.00		17.471	-	\$	0.82		
Secc. mujeres		_	10.601	1000	3	1.69		
Total		32.400.00	Be ad	28.072	4 6 8	-	. 3	1.1
IQUIQUE	To be to		The state of					To the same
Secc. hombres	\$ 15.000.00	1000	2.114	1	\$	7.09		
Secc. mujeres		W _ W F	2.909	No.	1	5.17		
Total		30.000.00		5.023				5.4
ANTOFAGASTA	Mark of	THE PERSON NAMED IN						
Secc. hombres	\$ 19.200.00	1	5.620	-	\$	3.41	AL ST	
Seco. mujeres	19.200.00	TO BE	17,979	1		1.60		
Total		38.400.00	13 13 1	17.599				3.
COPIAPO	Terror and	TO HE		776 33				
Sicc. hombres	8 14.400.00		3.914	-	\$	3.66		
Secc. mujeres		- 6 <u>-8-</u> 4	455	1		19.70	TE-	
Total		23.400.00		4.369		Tay.		5.
TALCAHUANO	INCHES OF	STATE STATE OF THE		REEL	1	77		
Secc. hombres	10 800.00	A PARTY OF	5.019	19/10/1		2.15		
Secc. mujeres		A BUT	5.6401	-	1	1.91	100	
Secc. mujeres.	10.000.00				1000		10000	

<sup>(1)</sup> En aquellos sitios donde los servicios cuentan con anexos de Laboratorio y Farmacia, los sueldos correspondientes al parsonal de estos servicios han sido divididos por iguales partes entre ambas Secciones.

#### Dr. WALDEMAR E. COUTTS

Jefe Técnico de la Secc. Hig. Social de la Dir. Gen. de Sanidad de Chile

### El Contagio Venéreo

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL DELITO DE CONTAGIO VENEREO Y DE OTRAS MEDIDAS DE ORDEN LEGAL APLICABLES EN LA LU-CHA CONTRA LAS EN FERMEDADES VENEREAS

Aunque no concordamos con algunos conceptos de carácter filosófico emitidos en el presente trabajo por el distinguido especialista Dr. Coutts, creemos de interés su reproducción, ya que su pensamiento sobre algunos aspectos de la legislación antivenérea es el de la mayor parte de los especialistas, médicos y sociólogos del mundo.

La violenta lucha por la existencia de nuestros días, impone a la mayoría de los pobladores de esta tierra un vasallage que no les permite vivir, absorbe el deseo de vivir de acuerdo con estas leyes y nos precipita en una vorágine de placer sensual, caracterizada por una manía de buscar sensuaciones violentas y cada vez más intensas, porque falta tiempo para vivir apaciblemente.

En toda época el hombre no ha vivido para si, sino para cumplir deberes que la naturaleza le ha impuesto. Esta tiranía existe en el fondo de todo el que respira y persiste más allá de los límites de la esperanza. Es esta la razón por qué, todos los esfuerzos gastados por la civilización para modificar la naturaleza del hombre, apenas si han conseguido vestir el cavernarlo.

Observada detenidamente la lucha cotidiana por la existencia, podemos encontrar en todas sus manifestaciones, por insignificantes que nos parezcan a simple vista, un fondo de naturaleza libre, reflejado en el fin único de conservar y perpetuar la especie. Pero, desde el funesto día en que el primer mortal poetizó sobre la unión de los sexos y llamó al intercurso aexual, el sublime encuentro, la fusión de los espíritus, cambió el verdadero sentido de la unión sexual y as generó la ciencia del libido. Desde entonces, enciende por momentos en el que vive con más intensidad la antorcha de la especie y el desco de vivir nace y se desparrama sobre la humanidad entera en el humo que arranca de las especies que quemamos en el altar de Eros.

Cambió el concepto biológico de la relación soxual y nació el arte del libido. El placer sexual imperó sobre la conservación de la especie y las primaveras de la especie celebradas a semejanza de los animales se trocaron en bacanales perpetuas plagadas de lujuria y erotismo. Esta hegemonía del sensualismo trajo un incremento enorme de las plagas venéreas y una lenta, pero progresiva degeneración de la especie humana.

En consecuencia, cuanto se haga en el sentido de impedir la propagación de las enfermedades venéreas, tenderá a favorecer la selección de la especie humana a la vez que elevar el nivel sanitario de los pueblos.

ra atender a la curación de das enfermedades venéreas han sido inútiles. ESTO ES, DESGRA-CIAPAMENTE, EFECTIVO, no por razones de deficiente atención en los Policifnicos, sino por razones que derivan directamente de los enfermos.

Si blen es cierto que existe un número, desgraciadamente, reducido de enfermos que se interesan por curarse radicalmente de la dolencia que los aqueja, es muchisimo mayor la proporción de aquellos que asisten con regularidad al Pelicifació hasta que logran una mejoria aparente de su mal o consiguen la desaparición de los sintomas dolorosos. De aqui la necesidad urgente de establecer como ley de la República el tratamiento obligatorio de las enfermedades venterados hasta su completa curación, clínica y bacteriológica, ya que de otro modo es imposible obtener resultados que justifiquen el esfuerzo gastado, en todos sentidos, en la lucha contra los males venéreos.

(Boletin del Ministerio de Bienestar Social Abril-Mayo 1929, Números 11-12.)

### 1.-EL DELITO DE CONTAGIO VENEREO'

a) El fundamento biológico del delito.—En diversas monografías hemos analizado los fundamientos de lo que denominamos "delito biológico" y, en términos generales, lo hemos definido como "todo acto voluntario encaminado a impedir la conservación y perfeccionamiento de la especie humana". La génesis de este delito está en la conquista y suplantación de las leyes naturales, por la elvilización.

La sifilis que después de la guerra europea sento su hegemonfa en el mundo, ha influído poderosamente en la degeneración y ha sido mude complice del suicidio involuntario de la esprele humana. Las estadísticas de mortalidad Infantil por heredo-lues arrojan cifras desconsoladoras; estudios cu'dadosamente verificados y controlados en Alemanía, Inglaterra. Estados Unidos, nos demuestran que, aproximadamente el 30 olo de todos la hijos de padres sifilíticos mueren en la primera infancia, que el 40 olo de los restantes mueren antes de llegar a la pubertad y que, entre las familias de sifilíticos examinadas, más de una guinta parte de los hijos nacidos antes de la fecha del examen, habían fallecido. Además sobre la cifra global de embarazos sólo un 35 olo había llegado a término.

Por otra parte, analizando las estadísticas de mortalidad general vemos que, la sifilis ocupa uno de los primeros lucares entre las causas de muerte. Es la responsable del mayor porcentale de defunciones registradas entre los 25 y 40 años y, no debemos desconocer que están, por razones de índole biológico, de selección natural, más expuestos a contraerla los exponentes más perfectos de la especie humana.

Tanto en uno como en otro sexo, la gonorrea e: causa de infecundidad. Estadisticas cuidados samente llevadas en clínicas, estadounidenses nos revelan que, en un 75 olo es esta infección la causa determinante de la esterlilidad y hay especialistas distinguidos como. Mac Noughton Jones, que hacen subir estas cifras a 85 olo, dejando un escaso 15 olo para las causas de otro orden. Si estas cifras pueden parecernos exageradas, para justificarlas señalaremos el hecho que, el 60 a 80 olo de las operaciones mutiladoras sobre los órganos genitales femeninos, practicados en 1926 en la Clínica Quirúrgica de los Hermanos Mayo, en Rochester (Minn), lo eran por trastornos imputables a la gonorrea.

Si bien es cierto que la gonorrea no se transrgite a la descendencia, no es menos efectivo que
puede atacar a los niños en el umbral de la vida
(elegos de racimiento por conjuntivitis o por
descuido de sus padres o nodrizas). En Londres
la Royal Comission for Deaf and Dum, estimaba que en un solo año más de 7,000 niños habían
perdido la vista debido a esta enfermedad y en
Estados Unidos, el censo verificado en 1900, do
los clegos y sordos reveló que el 25 o o de los
ciegos lo eran de nacimiento y debido a la gonorrea. Resumiendo el estudio de varias estadisticas podemos decir que, aproximadamente la
sonorrea es la resuonsable del 20 o o de todos
los clegos del mando.

En consequencia, visto el alcanse que una en-

fermedad venérea puede tener para el individuo y su descendencia vemos que, en el sentido blalógico cumplen las enfermedades venéreas con todos los requisitos para que su transmisión sea considerada como delito punible.

b) El fundamento legal,—"Todo hombre y toda mujer, dice Havelock Ellis, son responsables de las enfermedades venéreas que transmitan". Para que exista responsabilidad es necesario que exista conciencia social, y existiendo conciencia social, todo atentado contra los fundamentos biológicos constituye un delito.

Es delito, según nuestro Código Penal (Libro I, Título I, "De los delitos y las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal, la atenúan o la gravan"), toda acción u omisión voluntaria penada por la ley.

Las acclores u omisiones penadas por la ley se reputan siempre voluntarias, a no ser que conste lo contrario

El que cometiere delito será responsable de él e incurrirá en la pena que la ley señale, aunque el mal reculga sobre persona distinta de aquella a quien se proponía ofender. En tal caso no se tomarán en consideración las circunstancias, no conocidas por el delicuente, que agravarían su responsabilidad; pero si aquellas que la atenúan.

Todo delito, además del objetivo material, tiene un objetivo jurídico que es el derecho violado. Es necesario entonees esclarecer si realments existe en el contagio de una enfermedad venérea un derecho violado y un interés que debe ser jurídicamente protegido.

Contemplando el problema desde un punto de Vista vulgar, se nos podrá argumentar que, las enfermedades venéreas como cualquiera otra, constituyen una de las numerosas desgracias inherentes a la constitución de los seres. Pero debemos separar el concepto de enfermedad, que es general; del concepto de contagio, que es indidual; no podemos castigar la enfermedad, pero debemos penar el contagio.

Concretamente considerando el acto del contagio venérco, ejecutado por un individuo en pleno goce de sus facultades mentales, constituye un delito contra la integridad corporal cuya trascendencia no sólo se circunscribe a una persona determinada, pues el hombre o la mujer atacados de una enfermedad venérca pueden en un corto espacio de tiempo infectar a muchos más, sino como lo es especialmente en el caso de la sifilis, herir hasta la descendencia.

Establecido e' hecho que existen razones de

Establectio e hecho que existen razones de indole jurídica para penar el delito de contagio venéreo, creemos que todos los códigos deben contemplar disposiciones al respecto.

En muchos países del mundo existen severas disposiciones legales para penar el delito de contagio venéreo, en algunos datan estas leyes deede hace muchos años y en ciros son de reciente creación. En el Código Penal de Dinamarca, Noruega. Suecia, Finlandia, Austria, Alemania, Rusia, Checoesiovaquía, Australia y Canadá, se encuentran artículos especiales que penan el delito de contagio consciente de una enfermeda.1 venérea con multa en dinero o con presidio de meses o aun años.

BOLETIN MEDICO 27

En Estados Unidos de Norte América, treinta y cuatro Estados de la confederación han adoptado, conforme el pian del Public Health Service, leyes que declaran delictivo el contaglo venéreo y, en el Cantón de Zurich, en Suiza, se castiga también el contagio venéreo, basándose en las disposiciones generales del Código Penai de la República sobre integridad corporal. Entre los países latino-americanos, sólo Argentina y el Perú, en términos generales, consultan en sus códigos sanciones para el que propagare enfermedad peligrosa o transmisible, pero sin hacer menolón especial del contagio veníreo.

En nuestro Código Penal no existe ningún artículo que trate del delito de contagio venéreo; pero mientras se dicta una disposición al respecto podríamos apoyarnos para sancionar esta delito en el artículo 399 (Párrafo III, Lesiones Corporales, del título octavo. Crímenes y simpies delitos contra las personas), que dice: "Las lesiones no comprendidas en los artículos precedentes se reputan menos graves y serán penadas con relegación o presidio menores en su srudo minimo o con muitas de cien a mil pesos".

Con el fin de llenar este vacío propondríamos

el siguiente artículo de ley:

Artículo único: "El que asbiéndose atacado de una enfermedad venérea contagiosa, tenga refaciones sexuales con otra persona o conscientemente io hublere expuesto de otro modo a centagio, será castigado con prisión de 6 meses y multa no inforecio a quinientos pesos."

- 1. El individuo acusado de delito de contagio venéreo alega ignorancia,—Por su incultura o por su juventud pueden algunos individuos desconocer el poder contagioso de una enfermedad venérea y transmitirla. O bien, puede presentarse el caso que, por cualquier circunstancia un individuo que ha adquirido una enfermedad venérea crea haber conseguido su completa curación y cohabitar en la creencia de encontrarse sano.
- La victima ha dado su consentimiento.—Un estado pasional, un deseo de lucro, puede hacer que uno de los protagonistas consienta en cohabitar con el otro aun ante la declaración de una enfermedad venírea.
- 3. El contagio dentro del matrimonio.—Debido a la infidelidad de uno de los cónyuges, o bier, por otras circunstancias que podríamos denominar "contagio inocente", y señalado en el párrafo siguiente podría presentarse el caso de contagio dentro del matrimonio.
- 4. El contagio dentro del hogar constituido por servidumbre, amas u otras personas.—Pubde presentarse el caso de contagio inocente de uno e varios miembros de una familia por algún empleado doméstico u otra persona, o bien, un ama de cría infectada por sifilis, transmitir su enfermedad al niño que amamanta o culda.

Aplicación práctica de la legislación sobre el delto de contagio venéreo.—La justicia ordinaria debe ser la encargada de castigar el delito de contagio venéreo; pero, constituyendo la aplicación práctica de estas leyes un problema que puede prestarse a errores, originados en las diversas circuistancias que emanan de la victima, estimanos que, la primera ofensa no debe lle-

gar a conocimiento de la justicia ordinaria, sino ser conocida por un tribunal formado por autoridades sanitarias. (1)

Este tribunal, previo examen médico de ambas bartes, advertirá tanto al delincuente como a la victima, su estado contagioso y los peligros que significa para sus congéneres la diseminación del mal. Tomará nota del domicilio de ambos y les exigirá su filiación (cédula de identidad personal).

Si a partir de esta fecha, reincide en una cfensa de contagio intersexual, no podrá encontrarse ninguna causa atenuante para la magnitud de su delito y deberán los antecedontes del caso para a la justicia ordinaria, para que sin más trámite se castigue al delincuente.

Para facilitar la labor de la justicia la repartición samitaria encargada de esta labor llevará un índice de los infractores y de las víctimas en cedulario aparte, y se informará a ésta cuando le solicite. Cuando el individuo acredite haber curado de su mal perá borrado su nombre del archivo de delincuentes sexuales.

Con estas aclaraciones consideramos que la aplicación de la legislación sobre contagio venereo nos pondrá al abrigo dei chantage y la injusticia. Sin embargo, creemos que es necesario quede bien en ciaro que, a pesar de estas consideraciones pueden presentarse casos no contemplados en ellas y con estos fines estimamos conveniente establecer que, "todo individuo que con fines innobles o de otra índole se aprovechare de las disposiciones contempladas en el artículo único para scusar a otro, ya sea hombre o mujer, de un contagio venéreo, será procesado por la justicia ordinaria de acuerdo con las disposiciones establecidus por el artículo 416 de nuestro Código Penal. (2)

En cuanto al caso 2, consentimiento por parte de la víctima, consideramos que la ley penal es de orden público y aun ante la declaración de consentimiento de la víctima, la pena se impone para ambos en nombre de la sociedad.

En cuanto al caso 3, contario vanéreo dentro del matrimonio, el certificado pre-nupcial obligatorio pondría a los contrayentes al abrigo del contagio inicial. Sólo conocerá del delito la justicla ordinaria cuando el Tribunal Sanitario estime conveniente someter el caso a su conside-

<sup>(1)</sup> Este tribunal debe ser formado por el Director General de Sanidad o su representante en los diversos puntos de la República, por el Jefe Técnico de la Sección Higiene Social o el Médico jeté de los servicios dependientes de esta Sección en aquellos puntos dende los hubiere y por un miembro de la Facultad de Medicina que debe ser elegido por la víctima. En su defecto un médico cirujano.

En aquellos puntos donde no existen médicos sanitarios deberá el caso ser llevado a la ciudad más próxima, donde los hubiere y donde funcione un juzgado del crimen para así facilitar la labor, caso que hubiere motivos para sanción legal

<sup>(2) &</sup>quot;Es injuria toda " expresión proferida a acción ejecutada en deshonra, descrédito o menosprecio de otra persona."

ración. En ningún caso será este delito causal para establecer querella de otro orden, que no sea la que emana de las disposiciones contempladas en el artículo único sobre delito de contagio venéreo.

En el caso 4, por una suprema necesidad, por ignorancia, por un deseo de lucro, puede emplearse como doméstica o nodriza mujer atacada de enfermedad venérea transmisible. En el caso de servicio doméstico quedaria la persona afectada a las disposiciones contemplados en el artículo único, pero en el caso de amamantamiento, deben las autoridades sanitarias contemplar en sus códigos disposiciones especiales que tenderán a evitar el contagio de inocentes. Una disposición que dijera: "No podrá emplearso de nodriza mujer que no exhiba certificado dr sanidad expedido por autoridad competente. previa exhibición de su cédula de identidad" llenaria el vacio existente. En caso de burlar la nodriza esta disposición y sabiéndose atacada de enfermedad venérea contagiosa, será responsable del delito de contagio venéreo.

Por otra parte, cuando un empleador se aprovechare de los servicios de una nodriza para amamantar un niño sifilítico contagioso, aún cuando fuere con el consentimiento de la persona empleada, se hará responsable del delito de contagio venéreo.

El cerificado pre-nupcial obligatorio. — Del análisis de las cifras anotadas para morti-nata-lidad infantil correspondientes a las diversas estadísticas ya mencionadas en el capítulo referente a delito de contacio venéreo, se desprende que, esta aran cantidad de vidas que se plerden corresponden a familias ya constituídas legalmente y donde el contagio en un inmenso porcentaje, es el resultado de los primeros contactos sexuales entre los cónyuges.

En consequencia, es de absoluta necesidad que, como trámite previo a la celebración de todo contrato civil matrimonial, exija el interesado un certificado médico que lo declare exento de enfermedad venérea transmisible.

El Código Sanitario debe incluir entre sus disposiciones alcunas que se refieren a este punto y en el Código Civil propondríamos se agregara entre las disposiciones y requisitós necesarios para autorizar el contrato matrimonial, uno que dijera: "No se celebrará ningún matrimonio civil mientras no exhiba el interesado un certificado expedido por un médico competente y visado por la autoridad sanitaria superior, que declare al candidato excento de enfermedad venfrea transmisible.

Para evitar la suplantación de personas es necesario que, en el momento de solicitar un candidato cualquier reconocimiento con estos fines, presente al médico su cédula de identidad. Al expedir el certificado el médico estampará de su puño y letra, el número del carnet a quien corresponde este certificado, sin cuyo requisito no tendrá ningún valor para solicitar su visación por autoridad sanitaria superior.

Estos certificados deben ser incluídos en el contrato civil y archivados.

Para el hombre debe este certificado assgurar su indemaldad tanto de sífilie como de gonorres, u otra afección venérea contagiosa, y debe ser lo más completo para evitar en lo posible el error científico propio por lo demás a toda investigación delicada.

Si bien es efectivo que este trâmite significa un paso de gran trascendencia para asegurar la integridad futura del hogar y su descendencia, y evitar tantos y tan grandes quebrantos en la felicidad conyugal, no es menos efectivo qua, dada nuestra insipiente comprensión de los problemas sexuales, aparezca como engorroso para la muier.

Debo manifestar que, en este sentido son numerosos los hombres que actualmente solicitan del médico, ya privadamente, ya en los dispensarios, un reconocimiento pre-nupcial y aun consejos para su vida futura. Esto nos demuestra que la labor hecha en el sentido de liustrar a la gente sobre la trascendencia de los males venéreos ya está dando sus frutos y que cada cual empleza a compenetrarse que, la aparente rigurosidad de las medidas sanitarias tomadas en cualquier sentido, están inspiradas en sentimientos de bien público y amor a la humanidad.

Desde que a la mujer no se le someterá a un examen que hiera sus sentimientos de pulor, no vemos la razón para que se resista a un examen serológico, y si resistencia presentara esta medida estoy seguro que ella será por parte de los padres o parientes de la niña.

Esta resistencia por parte de ellos no debe inquietarnos, pues en la inmensa mayoría de los casos podríamos encontrar para ella una explicación, en algún pecado de juventud que tratan de ocultar y que temen salga a la luz en el examen de sus hijas. Pero no debemos permitir que la pequeñez de los sentimientos de estos padres, hiera hasta la segunda generación, tronchando desde sus comienzos lá felicidad de los hogares del futuro.

Declaración y tratamiento obligatorio,—La labor que puede desempeñar la medicina social es sin disputa más útil que la tarea jurídica. Por esta razón es preferible emplear los medios que tiendan a prevent el contagio que a castigar los contagios como delitos; pero es indispensable que los códigos sanitarlos consulten reglamentos que permitan apoyar esta labor sobre bases sólidas.

a) Declaración obligatoria.—La medicina preventiva exige la declaración de las enfermedados que puedan dañar a la colectividad y cometemos ur delito de lesa cugenesia si perseveramos en el certerio de querer guarda un secreto cuya divulgación constituye un beneficio para nuestros semejantes.

En las legislaciones sanitarias de Suecia, Dinamarca, Alemania y Estados Unidos sabemos existen disposiciones que hacen obligatoria la declaración de las enfermedades venéreas y, en todos estos países, es el médico que atiende, ya privadamente, ya en un policifnico, quien está obligado a hacer la declaración a la repartición u oficina sanitaria correspondiente.

El día que no tengamos derecho a guardar nuestro secreto profesional, perderemos gran parte del ascendiente que tenemos aobre nuestros enfermos y pasaremos a ser agentes de policia santiana; pero mirado el problema desdeun punto de vista amplio, esto lo exige la sanidad de los pueblos y el mejoramiento de la especie, ya que no tenemos al derecho de guardar un secreto a un delincuente quu ha desoido los consejos oportunos y desechado los medios profilácticos puestos a su alcance por la ciencia mádica para que se preserve de un contagio.

Según la opinión de muchos médicos, una medida semejante podría producir efectos perjudiciales, por cuanto los venéreos se abstendrían de concurrir a consultar. Esto tal vez sucedería, en cuanto a los enfermos privados; pero no afectaria a la masa que concurre a recibir su tratamiento en los policlínicos (1). Es indiscutible que, toda medida de carácter legal se acompaña en sus comienzos de una fase negativa propia; pero no es menos efectivo que, la medicina social nos ileva paso a paso a la destrucción del concepto estricto y absolutista en que mantenemos el secreto profesional, en beneficio de la salud colectiva.

Si analizamos friamente la manera cômo respetamos en la práctica este secreto, nos convenceremos que, algunos secretos guardamos y otros entregamos a instituciones de bienestar social, que a base de él luchan para mejorar la salud de los pueblos. Resulta pues paradojal la defensa del secreto, mirado desde este punto vista.

La medicina social no puede tener otra divisa que la que signifique la lucha por mejorar las condiciones sanitarias del individuo y de la raza y, tratándose de factores de tanta importancia no podemos hacer distinciones entre individuos y castas. La declaración obligatoria de las enfermedades venéreas se impone como ut. paso democrático hacia el progreso y defensa de la raza.

Con este objeto propondríamos se incluyera en el Código Sanitario entre las enfermedades declarables, a la sifilis, la gonorrea y el chancro blando.

Establecer una disposición semejante es asunto por demás sencillo ;pero es necesario que estudiemos y propongamos la manera de proce-

der frente al caso concreto.

Hay dos situaciones que contemplar: una que se refiere al enfermo privado y otra al de dispensario. En cuanto al primero quedaría el médico que diagnostica la enfermedad obligado a declararla a la autoridad sanitarla corresponciente, sin indicar nombre ni domicilio del enfermo, pero si agregar todos aquellos datos que permitan a la autoridad sanitaria localizar la fuente del contagio, siempre que ésta no sea de naturaleza tal (mujer casada) que, una medida cualquiera intempegtiva pudiera acarrear daño a tercera persona.

(1) En Estados Unidos, hasta 1926, las cifras que arrojaban las estadíaticas calculadas para 100,000 habitantes eran de 680,8 declaraclones por 581.4 en tratamiento, lo que deja un 99,4 por cien mil que no se sometían a disposiciones. El mayor número de casos declarados correspondía a individuos que recibían miento gratulto.

Con estos fines se suministraría a los médicos un formulario especial y sobres libres de franqueo, o a falta de éstos debe hacer la declaración utilizando papel con su membrete y firmarla de su puño y letra.

Esta declaración sólo se refiere al caso reciente de sífilis o gonorrea, pues los casos cróricos quedarían sujetos a las disposiciones que se contemplan para el tratamiento obligatorio de estas enfermedades.

En cuanto a los enfermos que concurren a un policifnico la cosa es mucho más sencilla, pues los datos personales, de cada caso en particular, quedan archivados en los libros de estadística respectivos.

En los diversos Dispensarios que tiene esta Sección repartidos en diversos puntos de la República, hemos implantado la ficha sanitaria, cuyo original converge a la oficina central, donde se mantiene un casillero y un indice de todos los venéreos que a ellos concurren y que nos permiten seguirlos en sus tratamientos si cambian de domicilio y concurren, en la nueva localidad donde han llegado, a alguno de nuestros policlínicos. Pero, como no tenemos por el momento sino un escaso número de dispensarios dependientes de esta Sección, creo que este sistema debemos hacerlo extensivo a todos los policlinicos donde se curan enfermos de maies sociales, pues en esta forma sería muy fácil controlar su curación, sea cual fuere el punto o territorio de la República donde se trasladaren. Por otra parte, esta uniformidad nos permitiria conocer en un corto espacio de tiempo, cualquier detalle que pueda servir a la autoridad para autorizar la aplicación de las otras disposiciones legales propuestas.

b) Tratamiento obligatorio.-La declaración obligatorio no asegura que todo individuo atacado de una enfermedad venérea se tratará hasta la completa curación. Muchos no se tratarán por ignorancia, pero muchísimo mayor es el número de aquellos que no lo hacen por evitarse molestias, sobre todo cuando han cesado los signos y manifestaciones molestas de su enfermedad. Pero nosotros debemos velar por la salud de la colectividad y no podemos aceptar qua un individuo, porque sí, porque le place, circule libremente y exponga al contagio a sus semelantes.

Con este criterio y basado en lo que nos enseña la medicina moderna, debemos considerar a todo venéreo sometido a un tratamiento inadecuado o imperfecto, como un peligro constante para la sociedad. En consecuencia, es necesario se dicten disposiciones de carácter legal que obliguen al individuo rebelde a tratares hasta su radical curación.

Dinamarca, Suecia y Alemania poseen disposiciones legales a este respecto. En otros países se hace una lucha indirecta en favor del tratamiento obligatorio, negando empleo a todo individuo portador de una enfermedad venérea, hasta que este no certifique haber dejado de ser religioso y acredite su azistencia a un polichnico.

Entre nesotros, se pone en práctica esta medida y, según informe de doctores, esta practica está de acuerdo con lo que exige la medicina social y puedo llevarse a efecto, sin mayores perjuicio en los países donde se cuenta con los medios para atender rápida y oportunamente a los venéreos; pero entre nosotros, donde aun estamos iniciando la organización definitivo de la lucha anti-venérea, creemos que esta medida es prematura y nos pone a las márgenes del problema "del desocupado venéreo".

El tratamiento obligatorio debe consultar dos puntos: el que se refiere a proporcionar al venéreo lo, medios para que atienda oportuna y eficazmente su curación y aquel que se refiere a la organización de servicios de tratamiento en las prisiones y carceles para aquellos individuos que se resisten a tratarse y que son obligados a

ello por la autoridad sanitaria.

Pero, es necesario que analicemos el probleba del individuo recluído para su tratamiento obligatorio desde un punto de vista económico. El venéreo es un individuo cuyas aptitudes

El venéreo es un individuo cuyas aptitudes para el trabajo están integramente conservadas en la inmensa mayoría de los casos, y si un individuo de éstos es aislado en cárcel o presidio para su tratamiento, deja de ser elemento productivo en toda la acepción de la palabra, y no reembolsa al Estado los gastos que origina su detención.

Como ya lo hemos manifestado, es necesario que el Estado proporcione a los venéreos todos los medios necesarios para que puedan atender a la pronta y eficiente curación de su mal, y consultar para los rebeldes la creación de prisiones agricolas o reformatorios que permitan aprove-char su estadía en forma de hacer menos one-roso para el Estado su tratamiento y reclusión Deben al mismo tiempo las autoridades sanitarias perseguir a los charlatanes que con anuncios ingeniosos tratan de atraer enfermos e impedir que los practicantes o enfermeros atiendun venéreos o hagan tratamientos antisifilíticos sin previa indicación médica. Además debe reglamentarse el expendio de drogas o específicos para las enfermedades venéreas, en el sentido le impedir su venta salvo cuando hayan sido recetadas por un médico.

# La Legislación antivenérea en Chile

MEDIO PASO ADELANTE

Reproducimos a continuación algunas disposiciones interesantes del Código Sanitario chileno y del Reglamento de Profilaxis. No es nuestro ánimo hacer una crítica de las disposiciones legales chilenas en relación con la lucha antivenérea ni tampoco disponemos de espacio para ello. Quizás en números posteriores dedicados a este gran problema de la Medicina Preventiva lo intentaremos, comparándola con la legislación similar de otros países. Esto nos permitirá demostrar cómo, en este aspecto al menos, Chile no va—como se ha pretendido con cierta razón en lo que se refiere a la legislación social en general—a la cabeza de la evolución mundial. Es sensible hacer esta constatación que tan graves consecuencias acarrea sobre la raza y que esteriliza la acción técnica, preventiva y curativa, eficaz.

Si bien las disposiciones que van a continuación tienen interés, no resisten un análisis severo a la luz de los conceptos actuales del problema.

Significan, sin embargo, medio paso adelante. .

CODIGO SANITARIO.—(Aprobado por Decrecon con fuerza de Ley N.º 226, del Ministerio de Bienestar Social y publicado en el Diario Oficial de 29 de Mayo de 1931.)

#### DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS,

Art. 68.—La autoridad sanitaria tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéross y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios.

Art. 69.—El Presidente de la República, previo informe de la autoridad annitaria y de los jetes respectivos, dictará reglamentos que establezcan la forma y condiciones en que la Dirección General de Sanidad deberá proceder a supervigilar la educación de ética sexual y antivenéren en los establecimientos educacionales, cuarcies, naves de guerra, maestranzas, fábricas, tailores, hospitales, lazarctos, hospitales, casas de corrección y demás establecimientos qua señalen dichos reglamentos.

Art. 70.—En toda población de importancia la autoridad sanitaria instalará dispensarios gratuitos para el diagnóstico y tratamiento antivenéreo. El personal auxiliar de inspectores, visitadoras sociales y enfermeras sanitarias recomendará a ios que encuentre enfermos o sospechosos de estario, su concurrencia a los dispensarios.

Art. 71.—Todos los hospitales de Beneficencia Pública, a medida de sus recursos, deberán reservar para el aislamiento y curación de enfermos venéreos, el número de camas que la autoridad santuria determine.

La Dirección General de Sanidad, en caso de observarse un aumento notable de las enfermedades venéreas, y previa autorización del Presidente de la República, podrá adoptar medidas extraordinarias para combatirlas y evitar su proposación.

Art, 72.—Los médicos deberán denunciar a la autoridad sanitaria a aquellos enfermos venéreos contagiosos que se nieguen a seguir el tratamiento necesario.

Art. 73.—Un Reglamento fijará las condiciones en que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación a las personas que so dedican al comercio sexual o a aquellas afectadas de males venéreos que constituyan una

amenaza para la salud pública.

Para las personas que se dedican al comercio sexual se llevará una estadística sanitaria, no permitifendose su agrupación en prostibulos cerrados o casas de tolerancia.

La vigilancia del cumplimiento del inciso precenta corresponde a las Prefecturas de Carabineros, las cuales podrán ordenar la clausura de los locales en que funcionen dichos prostibulos.

REGLAMENTO SOBRE PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS.—(Aprobado por Decreto Supremo N.o 147, de 3 de Abril de 1934.)

### DE LA EDUCACION SEXUAL.

Artículo 1.0—Corresponderá a las autoridades sanitarias difundir amplia y constantemente los conocimientos de educación sexual en todos los grupos sociales.

Esta educación estará a cargo de la autoridad sanitaria y de las personas especialmente auto-

rizadas para ello.

Art. 2.o.—Con el objeto de obtener la prepara ción de las personas encargadas de esta educa ción especial, la autoridad sanitaria dictará cursos completos para médicos, profesores, estudantes de pedagogía y normalistas, etc.

Art. 3.o.—La educación sexual deberá ser gradual y progresiva, de acuerdo con el desarrollo bio-psicológico de los educandos. Art. 4.0.—Para difundir esta educación, la autoridad sanitaria procederá:

 a) a la dictación de conferencias a los padres de familia, guardadores o apoderados;

b) a la edición y reparto de folletos ilustra livos;

 c) a la filmación y exhibición de películas adecuadas; y

d) a todo otro medio de propaganda tendiente a este fin.

Art. 5.0.—Los médicos sanitarios a cargo de servicios de bigione social procurarán que los niños y los padres concurran a consultarios sobre las dudas e inquietudes en asuntos relativos a la vida sexual. Colaborarán en esta labor los profesores.

### DE LA DENUNCIA VENEREA.

Art. 5.0.—Es obligatorla la declaración del nombre y apsilidos de todo enfermo de mai venérso que rehusare seguir su tratamiento, lo abandonare o se negare a continuaçio, siempre que, a juicio del médico, se encuentre aquel en estado de transmitir su dolencia.

Art. 11. —Si alguna persona afeciada de sifilis,

Art. 11.—Si siguna persona afeciada de sfills, gonorrea u etro mal venéreo, deliberadamente o por negligencia contribuyere a la propagación de su enfermedad, podrá ser hospitalizada por la autoridad sanitaria o recluída mientras dura

la posibilidad de contagio.

Art. 12.—Aquel que se negare a continuar en tratamiento, encontrândose aún en el periodo transmisible de una sifilis o gonorea, podrá ser recluido en un hospital, durante el plazo que la autoridad sanitaria estime conveniente.

Art, 13.—Si el enfermo es menor de edad, la autoridad sanitaria procederá a aplicar las disposiciones de este Reglamento de acuerdo con los jucces de menores o funcionarios encargados de esta tarea.

### DEL COMERCIO SEXUAL.

Art. 16.—Toda mujer que se dedique al comercio sexual deberá declararlo a los Carabineros.

No podrán ejercer la prostitución las mujeres menores de 20 años.

Sólo se aceptarán aquellas declaraciones de mujeres que estén registradas en archivos especiales, que llevarán los Gabinetes de Identificación.

Art. 17.—En las Comisarias, Subcomisarias y Tenencias de Carabineros se llevará por el jefe respectivo, un registro permanente para la anotación de las mujeres que han hecho declaración de ejercer el comercio sexual.

Art, 18.—Toda mujer cuya declaración haya sido recibida por los Carabineros, deberá concurrir por lo menos tres veces, en cada semana, a un Dispensario de Higiene Social, a fin de que sea examinada por el respectivo médico especialista.

Art, 22.—Todos los exámenes a que se refieren los artículos precedentes, como asímismo los análisis de laboratorio necesarios para el diagnóstico de las enfermedades venéreas, serán absolutamente gratuitos.

### PERITAJES DE INVALIDEZ.

N.o 2. — NOMBRE: M.A.P.— Inscr. N.o 839.— Exp. N.o 7673 Individuo de 31 años de edad. Casado.

Antecedentes hereditarios personales. - Padre vivo, sano. Madre fallecida de afección cardiaca a los 40 años. Tiene dos hermanos vivos; uno de ellos es cardiopata. Dos hermanos muertos; uno de ellos, según refiere el enfermo, a causa de afección al corazón. Tiene dos hijos vivos; uno de ellos es muy enfermizo. Tres hijos fallecidos en la primera infancia. Su esposa no acusa antecedentes de abortos. Trabaja en costería. Era fumador hasta hace poco tlempo. No bebe, Función intestinal fisiológica. Ultimamente tendencia a oligurias y orinas coloreadas. Micciones normales.

Antecedentes venéreos. — En 1927, chaucro único sitilitico. Su tratamiento específico posterior ha sido incompleto, deficiente. No ccusa blenorragia.

Antecedentes morbosos. — No recuerda afección de importancia hasta el año 1927. En 1932 consultó a este Policlínico y se diagnositeó en aquella ocasión: Miocarditis crónica y Lúes. Se practicó un tratamiento con lo que sus molestias mejoraron en parte.

Enfermedad actual. — Desdo hace dos ahos acusa molestias cardíacas consistentes en dísnea de esfuerzo, phogos, disnea de cecibilo, algias precordiales y palpitaciones cardíacas. El tratamiento específico ha logrado mejorar en parte su estado general; pero los síntomas hiposistólicos han aldo progresivos, a pesar del tratamiento tonicardiaco y digitálico. De modo que la disnea se presenta actualmente con motivo de pequeños esfuerzos (actualmente no es capaz de andar más de una cuadra sin descansar un rato) y los sintomas de desfallecimiento cardíaco y descompensación se han ido presentando desde hace dos meses: edemas maleolares y sintomas congestivos del higado, bases pulmonares y riñón.

Examen objetivo. — Pulso irregular, pequeño, 88 al minuto. Temp, 36.8. Presión Hi.: 13.5/9.5 al P.G.

Biefaro conjuntivitis ciliar crónica. Anisocoria. Reflectividad pupitar normal. Edema palpebral. Facies algo vultuosa.

Latidos carotídeos. Aorta palpable hueco supraesternal. Gran aumento zona submatidez carcíaca. Choque en cúpula. Apagamiento del primer tono cardíaco. Soplo diastólico de la base. Estertorea bronquiales. Submatidez de las bases y disminución del murmullo más marcada en el pulmón izquierdo. Arritmia completa.

Higado, borde inferior a dos y medio traveses de dedos por debajo del reborde costal. Es sensible a la palpación. Meteorismo abdominal.

Edema de los pies, discreto. Edemas maleolares marcados. Radioscopía corazón. — Cuor bovis. Reacción Wassermann: Hemolisis retardada.

Reacción de Kahn: Positiva. Uremia: 0,696 grs. por mil.

Examen de orina: Reacción acida, Densidad 1033. Urobilina, pormal. Albúmina, indicios. Cloruros, 18. Urea, 26,62.

En el hospital se le practicó un ejectro cardiograma; Imagen típica de la fibrilación auricular (arritmia completa). Se obnerva una alternancia (especialmente en D2) de Q R S que según el especialista, indica una alteración miocárdica establecida.

Tratamiento. — Ha consistico, aparte del tratamiento específico efectuado con Neosalvarsan y yodo bismutato de quimina, en digitalina y suero glucosado hipertônico, reposo y dieta. Para su arritmía se hau dado donis moderadas de quinina que han logrado en parte bajar el pulso hasta 80 pulsaciones.

#### CONCLUSIONES .-

- Diagnóstico. Insuficiencio cardíaca. Arritmia completa. Enfermedad de Hodgson, SIFI-LIS serológica.
- Pronóstico. Incurable.
   Supervivencia de 1 a 2 años.
- Incapacidad para el trabajo. — Absoluta y permanente.
- Fecha probable en que se produjo la invalidez. — Segundo semestre de 1934.

Art. 23.—Las Profecturas de Carabineros Generales, Provinciales y las Subprefecturas independientes o encuadradas, vigilarán el cumplimiento de este Reglamento y formularán las denuncias del caso ante la autoridad canitaria correspondiente, a fin de comprobar las infracciones, en conformidad a las disposiciones pertinentes del Código Sanitario.

Las órdenes de clausura de los prostíbulos o casas de toleranda serán expedidas y hechas cumplir por las Prefecturas de Cambineros debiendo comunicar el resultado de estas diligencias a la autoridad sanitaria.

Es prosifiulo o casa de tolerancia todo local o habitación donde residan dos o más mujeres con el fin de ejercer en ellos el comercio sexual.

Art. 24.—Las mujeres de quienes se sospeche fundadamente que cjercen el comercio sexua'. sin haber cumplido con lo ordenado en los Arts. 15 y 18 del presente Reglamento, deberán ser denunciadas por los funcionarios sanitarios o de Carabineros a la autoridad sanitaria. Esta ordenará practicar las investigaciones necesarias y, confirmada la denuncia, se citará per carta a la persona afectada, a fin de que cumpla con lo establecido en los artículos citados, sin perjuició de las demás sanciones que procedan.

Sólo en el caso de manificata rebeldía de la infractora, la autoridad sanitaria podrá compeleria, por medio de la fuerza, a someterse a lo dispuesto en los Arts. 16 y 13 de este Reglamento.

Art. 25.—Queda encargado el servicio de Carabineros de hacer cumplir sin mayores trámites. las disposiciones o resoluciones que por escrito adopte la autoridad sanitaria.

## Nuestro Medio

### DOCUMENTOS

### N. 4 .- LAS DEFUNCIONES Y LA ATENCION MEDICA EN CHILE

"Conformo a nuestra Ley del Registro Civil. el certificado médico de las defunciones puedo ser reemplazado por el de dos testigos. Como el servicio médico no se ha extendido suficientemente al campo, no ha sido posible declarar obligatorio todavía que la certificación de los fallecidos se haga por un facultativo."

#### CERTIFICACION DE LAS DEFUNCIONES

Años	Por médico	Por testigos	olo certi- ficadas médico
1910	22.339	83.734	21,1
1911	23.531	84.285	21,8
1912	22.573	81.332	21.7
1913	23.310	83.890	21.7
1914	22.843	77.216	22.9
1914	22.843	77.216	22.8
1915	21.486	75.230	22.2
1916	22.461	77.395	22.5
1917	22.356	84.843	20.9
1918	28.675	81.992	24.5
1019	30.522	107.016	22,2
1920	28.432	86.996	24.0
1921	31.069	93,128	25.3
1922	24.787	83.969	22.8
1923	29.244	97.633	23.1
1924	23.783	90.389	20.8
1925	26.351	82.436	24.5
1926	32.213	76.038	29.8
1927	38.316	67.237	36.3
1928	36.744	64.984	36.1
1929	43.752	66.314	39.5
1930	43.707	61.433	41.6
1921	45.215	49.974	47.5
1932	47.240	52.424	47.4
1933	56.738	61.694	48.5

"Sin embargo, en los últimos años los certificados médicos nan mejorado considerablemente. En efecto, en 1933 la proporción de éstos fué de un 48 o/o en comparación con el año 1910, en que sólo comprendió el 21 o/o de las defunclones."

"A este respecto, aún quedan provincias que arrojan porcentajes bastante bajos; basta observar el año 1933 para notar que hay algunas, como Cautín, en que solo el 12 o/o de las defunciones fueron certificadas por médicos. También anotan porcentajes pequeños las de Bio Bio (24 o/o) y Nuble (19 o/o). Las provincias que siempre anotan el porcentaje más alto son las de Magallanes (98 o/o), Tarapaca (76 o/o), Antofagasta (32 o/o) y Santiago (79 o/o)." (1).

NOTA .- Como paede observarse en el cuadro, durante un período de 15 años se mantuvo una cifra media constante de 20 a 22 o/o de certificaciones de defunción por médicos. Este índice revela que el 78 al 80 o/o de los fallecidos en Chile hasta 1925 no había podido obtener atención médica, sea por miseria o sea por falta de servicios médicos locales. A partir de 1925 se observa un brusco ascenso de las certificaciones por médico que indica por lo menos una mayor facilidad para obtener atención médica de parte de la masa de la población. Cabe señalar el paralelismo existente entre el aumento de este indice de atención médica y la extensión de los servicios médicos de la Caja de Seguro Obligatorio, El nos señala, además, el larguísimo camino que hay que recorrer aún para llegar a obtener que todos los miembros de la colectividad social reciban atención médica oportuna.

(1) Del Anuario Estadístico de Demografía y Asistencia Social: 1933 .- Chile.

#### CALIFICACION DEL PERITA-JE .-

- 1. Forma. Deficiente.
- 2. Anamnesis. Completa.
- 3. Examen físico. Comple-
- 4. Evolución. Detallada.
- 5. Tratamiento y resultados.
- No completamente detallados.
- 6. Conclusiones. Concuerdan con el cuadro clínico. CALIFICACION GENERAL:

SUFICIENTE.

### N.o 5.-MORBILIDAD EN EL EJERCITO, EN CHILE (1)

Grupo	Enfermedades		1933   o o sobre la do-  tación media
1	Enfermedades infecciosas y generales	2.131	21.5
11	Enfermedades del sistema nervioso	. 50	0.5
III-	Enfermedades del aparato respiratorio	509	5.1
IV	Enfermedades del aparat. circ. y linfát	169	1.7
V	Enfermedades del aparato digestivo	1.133	11.4
VI '	Enfermedades urinarias y sexuales	141	1.4
VII	Enfermedades venéreas	755	7.6
viii	Enfermedades de los ojos	76	0.76
IX	Enfermedades de los oídos	50	0.5
x	Enfermedades de la plel	1.012	11.2
XI	Enferm. de los órganos del movimiento	238	2.4
XII	Lesiones mecánicas	1.749	17.7
XIII	Otras enfermedades	36	0.36
xiv	En observación	-	
	TOTAL 1938	8.049	81.5
	TOTAL 1982	10.574	85.3
	TOTAL 1931	10.514	77.3
	TOTAL 1930	13.175	77.0
	TOTAL 1929	20.262	91.7
		1 1 V 5 W 52	

<sup>(1)</sup> Del Anuario Estadístico de Demografia y Asistencia Social: 1933.-Chile.

### N.o 6.—SALARIOS Y MORTALIDAD INFANTIL EN ESTADOS UNIDOS (1)

DEL-PADRE						3	INFANTIL POR MIL				
Meno	os de	520	do	llare	55.	 1				255	
520	a 62	4 05								157	
625	8 77	9 dn		500		-			14	107	
780 4										143	
900 :	a 1.1	99 8	5.	2 .						101	
Más										83	
										-	

<sup>(1)</sup> La Higiene Pública en BE. UU. de Norte América. — Dr. A. Demayia.

# Bibliografía. - Crónica

"LA SOCIALIZACION DE LA MEDICINA."Dr. Pedro C. Blanco.—Edit, Ruiz, Córdoba 1281.

—Rosarlo de Santa Fe.

La inquietud de Occidente ha infiltrado desde hace mucho tiempo su droga venenosa y sutil en el mundo médico.

No podía ser de otro modo. Los trastornos económicos y políticos del Viejo Continente, que tan graves alteraciones han introducido en las formas de convivencia social de los pueblos; las profundas transformaciones de la técnica médica de nostguerra; la observación de las condiciones del ejercicio profesional y del standard de vida de las masas, han constituído la preocupación constante de nutridas falanges de médicos de aquende y allende los marcs en el último de cenio.

¿Adónde va la Medicina? ¿Cuáles son las condiciones que es necesario satisfacer para que cumpla con los fines específicos de su técnica?

He ahi las dos interrogantes formidables que acicatean el pensamiento médico contemporáneo, al salvar la etapa casuística, liberal, en la cual viven aún, desgraciadamente, buen número de clínicos y biólogos.

Resolver el problema planteado en las dos interrogantes anterieres importa resolver un problema social, económico y político, que se adentra hasta las raíces mismas del Estado y su génesis.

Porque la técnica es dinámica por excelencia. Lleva en si la tendencia a la realización, bajo cánones riguresos y con fines específicos. Una técnica que no se realiza es algo estático, sin vida. No es técnica.

Los médicos, poseedores de una técnica que tiene tan iarga elaboración como la vida del hombre sobre el planeta y que ha llegado a un alto grado de evolución, saben qué deben hacer y cómo deben proceder para cumplir su fin espectico: defender la vida del hombre.

Realizar esta técnica es hacer ciencia. No realizarla o realizarla sólo a medias es descender a la vulgar curandería, disfrazada tras un título universitario. Pero hay factores extraños que se oponen a la realización integral de la técnica médica de nuestros tiempos y que residen esencialmente en la estructuración social misma. ¿Será posible modificar los cânones rigurosos y, en ciertos aspectos, definitivos, de la primera? ¿O será necenario modificar las condiciones éticojurídicas de la segunda?

He ahí los problemas macizos y hondos que Bianco plantea en su libro, escrito con soltura y con cierto dejo de amargura y de ironía. Podrán discutirse sus conclusiones y el pensamiento eje que las informa. No podrán discutirse los problemas objetivados dura y escuetamente en sus parinas. Entre las publicaciones médicas del Continente indoamericano, el libro de Bianco merece señalarse por su sólida información y el criterio clinico con que diseca problemas de enorme trascendencia social. Su loctura, como la de tantos

otros a que hemos pasado revista, confirma lo que en más de una ocasión hemos dicho: la hora del médico ha llegado, la hora del asciepios politikos, de Platón:

"EL PROBLEMA DE NUESTRA EDUCACION PUBLICA."— Eleodoro Dominguez.— Imprenta W. Gnadt, Av. Portugal 6-8.—Santingo de Chile. —1935.

Nadie ha escrito aún sobre la tragedia anímica del técnico. Y es, sin embargo, la más dolorosa de nuestro tiempo.

El técnico en cualquiera de las actividades humanas, en Medicina, en Pedagogía, en Economía, en Artes, ha llegado a un conocimiento profundo de los problemas y de sus soluciones. Pero este conocimiento no le sirve absolutamente de nada; en mas de algún caso, ni siquiera para ganar su propia subsistencia. Es que el técnico no dispone de los medios necesarios para realizar su técnica integralmente. Esos medios so hallan en manos de determinados núcleos sociales o del Estado, cuya comprensión de los problemas y posibilidad de afrontarlos están en retraso con el progreso de la técnica.

Y el tácnico, desde la partida, sabe que aunque la fortuna llegue para el. su misión no ha sido cumplida. Toda su vida es así una tragedia íntima que amarga sus horas o termina por embotar su sensibilidad.

Hay hombres, sin embargo, que no sucumben en esta lucha interna y que no vacilan en bregar abiertamente por el cumplimiento integral de su misión de técnicos. Tal es el caso de Eleodoro Domínguez. En su libro aborda cuestiones de palpl'ante interés en el campo de la Educación Pública en nuestro medio. El papel de la B'ología en el conocimiento de las leyes del desarrollo físico y cultural del niño y de los adultos; la importancia de la técnica pedagógica moderna en la facilitación de este desarrollo; la situación del maestro, desarmado en la actualidad para cumplir eficazmente su misión; la influencia sobre los sistemas educacionales de diversos factores sociales, económicos y políticos, etc., todos son problemas que Domínguez objetiva, con un profundo sentido de la realidad, a través de datos estadísticos de fuentes insospechables, y con amplio criterio científico.

Es un libro recio. Lo recomendamos a los colegas porque mádicos y maestros han marchada y marcharán siempro juntos en el cumplimiento de su misión. Sos técnicas tienen una madre común: la Biología, y en la hora angustiada que vive el mundo. la posición actual del técnico maestro tiene el mismo sentido y significado que la dej técnico médico.

### EL DR. LUIS CASTILLO OYANEDEL.

Nos asociamos con íntimo recogimiento al duelo que aflige al cuerpo médico de la Dirección General de Sanidad con motivo del fallecimiento dei Dr. don Luis Castillo Oyanedel, victima de la epidemia de titus exantomático.

Es uno más de los nuestros que se agrega a la ya larga lista de los que han caído en el frente de lucha.

Un martir de la Ciencia, ha dicho la prensa. Un héroc, un apóstol, han dicho otros. Quiza es eso y mucho más.

Pero, sobre todo, la muerte del Dr. Castillo, como la de los que le han precedido, tlene, para la clase médica el valor de un símbolo. El simbolo de la Ciencia con las alas plegadas y oprimidas por fuertes ligaduras ambientales. El símbolo del técnico maniatado por la ignorancia y

el egosamo del medio social y que, a pesar de cllo. inerme e impotente, no vacila en marchar al sacrificio estéril de su vida.

Es la tragedia del técnico llevada a la sublimación.

Anto ella el alma tensa no ahoga su grito de protesta.



### DE VUELTA

Con el paso nervioso, los ojos brillantes, irradiando la alegría de vivir, hizo irrupción en nuestra oficina, en días pasados, el Dr. Alfonso Asenjo Gómez, compañero de tareas de la Sección Médica.

Está de vuelta de Estados Unidos. Su conversación rápida, salpicada de chispa, conserva el sabor picante de ese mundo proteico que él observo con ojos de clínico y de turista.

Nuestra blenvenida.



# BULGARINA

BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS
LACTICOS DESECADOS

OLICITE MUE/TRA/AL

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL
LABORATORIO CHILE

AGUSTINAS 1070-OF 210-TEL. 63561

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

# INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20.-

En los demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año I

Santiago, Mayo de 1935

No 12

# La Madicina contemporánea y las Cajas de Previsión

Nueva forma está tomando la actividad médica en el medio social. Nueva forma está tomando la reglamentación del trabajo médico y, hasta el concepto mismo de enfermedad, está adquiriendo particularidades espe-

ciales de amplitud, no ha mucho insospechadas.

La simplicidad absoluta que tenía la atención del enfermo durante el apogeo de la medicina individual (preocupación de un médico por un enfermo) hacía que el especializado mismo en esta técnica-arte, la desembeñara en forma sencilla, sin valorar muchos factores de capital importancia y sin situar a su "CASO" dentro de un conglomierado elleno de características propias y complejas, como es la colectividad.

La organización de las Cajas de Previsión, fué uno de los factores que puso en relieve, la amplitud que debía tomar la función curativa que desem-

peña el médico y la acción preventiva.

Para las Cajas, que están obligadas a responder con uno ol varios de los riesgos de incapacidad para el trabajo, como son: la enfermedad, invalidoz, veiez, etc., es importantísimo, no sólo, curar en el menor tiempo posible al asegurado enfermo, sino que también, prevenir la aparición de tal estado, y aún, su campo se extiende más, ya que debe tratar, de que el futuro asegurado, ingrese a la institución en óptimas condiciones de salud y que este estado se mantenga por el máximum de tiempo posible.

En editoriales anteriores se han puesto en rel'eve estos hechos; se ha visto que el cuidado del niño, es un VALOR REAL. UNA RESERVA VITAL de las Caias; se ha comprobado en forma irredargüible lo que significa para las Caias, vale decir, para la Sociedad. Ja existencia de enfermedades de trascendencia social, como las AFECCIONES VENEREAS. TUBERCULOSIS, ETC., ETC.

El estudio detenido de la mantención del standard de salud, a través de lo que nos dicen las estadísticas de nuestros consultorios, ha llevado a la conclusión de que los estados patológicos y la lucha para evitarlos, necesitan una nueva forma de ejercer o más bien dicho de aplicar las técnicas de la medicina.

En la concepción de una enfermedad cualquiera, en el análisis de un enfermo o de un conjunto de enfermos, no podemos ser simplistas.

Al lado del agente patógeno, existen los trastornos humorales, las modalidades del terreno, los trastornos nerviosos, del espíritu, influencia del clima, del ambiente, de las condiciones económicas, sociales, etc., etc. Al tratar de evitar tal estado debemos justipreciar todos estos numerosos factores y la manera de hacerlo, no puede ser individual, sino que, en muchos de ellos, llegando hasta la masa.

Para esto necesitamos un plan, plan que no se puede ligar al conocimiento de una enfermedad, ni de una pequeña región, ni a un pequeño grupo de enfermos. Sino que este plan, debe extenderse a un país y en algunos aspectos a un conjunto de países.

Los técnicos encargados de actuar dentro de la colectividad, deben

formarse un concepto del camino que está siguiendo la medicina.

Las directivas que toma la atención médica dentro de la Caja de Seguro Obligatorio, en Chile, iniciadas en los grandes Consultorios, están basadas en esta ideología, su extensión al resto del país y su aplicación hasta en los últimos rincones del medio rural va siendo un hecho.

La colaboración de los técnicos de la Sección, sobre todo de los que ya, desde antes, se habían preocupado de estos problemas, es de utilidad manifiesta, las dudas o las dificultades que se presenten durante su función de médicos deben discutirse ampliamente.

Las páginas de esta publicación están destinadas a insertar estas colaboraciones, a exhibir estas dudas, a proponer soluciones.

El Boletín Médico de la Caja de Seguro Obilgatorio, debe ser el exponente de esta nueva Medicina.

et ce Al

# A propósito del Problema Venereo

### Dr. TULIO BANDERAS BIANCHI

Médico-urólogo de Consultorio.-Santiago.

Con gran interés he leído el último Editorial del Boletin de su dirección; se ha abordado en él un problema difícil y al que entre nosotros no se le ha dado la suficiente importancia.

Su lectura me ha inducido a enviarle, en resumen, algunas ideas que he podido recoger en los largos años de práctica que llevo como médico urólogo del Seguro.

Si lo hago, es únicamente con el objeto de cooperar, como es nuestro deber, al estudio que ustedes se proponen emprender, y sin abrigar, por supuesto, ningún espíritu de erítica ni de mal intencionado comentario.

Se estudian en dicho Editorial cifras de morbilidad venérea en el personal reclutado anualmente en el Ejército, cifra que en 1933 llegó al 9%; creo realmente que con exámenes prolijos se llegaria a porcentajes muy superiores. A pesar de tomarse en cuenta sólo individuos de 17 a 21 años, muchos pasan inadvertidos, pues, no presentan sintomatología externa ruidosa, siendo en realidad venéreos crónicos, muchos desde los 14 ó 15 años, especialmente en las ciudades. Este estado de cronicidad, -que no evita la propagación del mal-, es debido a ignorancia, negligencia y falta de medios cómodos para efectuar los tratamientos.

Es posible suponer que dicha cifra se eleva con el transcurso de los años, por la falta de tratamiento y de medidas profilácticas, no siendo realmente extraordinaria la de 43%, calculada para la población obrera de Lota, y aún diré que se la puede hacer extensiva a todos los grandes centros poblados del país.

Ante el problema complicado y difícil de por sí, y que con el transcurso del tiempo se embrollará más, creo que debe procederse de una manera rápida y efectiva.

Sin duda que el mejor modo de abordarlo, sería tendiendo a la unión, a la dirección única de las distintas entidades dedicadas a hacer la lucha antivenérea, como son las secciones respectivas de la Sanidad, del Seguro Obrero, de las Municipalidades, Centros Obreros, Policlínicos de Beneficencia etc., etc.

Instituyendo fíchas venéreas personales, que seguirían a los enfermos en los distintos puntos del país en que se encontraran, obligándolos a tratarse, como se hace en Alemania, en donde a un venéreo declarado se le persigue nor cartas, por enfermeras sanitarias, y aún por la policía, en el punto en que se encuentre, si no ha concurrido con los requerimientos anteriores a proseguir su tratamiento. A los contagiosos se les aisla en Hospitales. Sanatorios, etc., y a los rebeldes, aún en cárceles.

Estas medidas ideales extremas a que se ha llegado en países de un término medio cultural muy superior al nuestro, es claro que entre nosotros no tendrían posibilidad de anticación, y aquí sería muy difícil aún propiciar la unión de dichas entidades tendientes a luchar contra el peligro venéreo, unión que tendría importancia para uniformar en la medida de lo posible los tratamientos, y permitiría una acción armónica de mucho mayor efectividad.

Pero hoy dia, Jqué sucede en nuestros centros de tratamiento de venéreos? Analizaré breve y prácticamente:

Toda la gran masa de asegurados de Santiago v alrededores, debe acudir a consultar y a tratarse a uno de los tres grandes consultorios del Seguro. Una vez examinados se les indica el tratamiento a seguir. Para efectuarlo acuden -cuando lo hacen-, una vez al día, nerdiendo el enfermo hera y media a dos horas de trabajo, por lo menos, en viajes, esperas, etc., amén del dinero que muchas veces deben desembolsar para llegar al Consultorio. El tiemno perdido se hace más notable sobre todo en las salas de espera, en donde, aún con numeroso personal a las horas de mayor afinencia (después de las salidas de los trabajos), deben permanecer a veces hasta una hora, v ésto de tratarse una gonorrea con un lavado al día es, en mi concepto, casi como no tratársela. En estas condiciones; se comprende, no podemos obligar a los asegurados a venir tres, o siquiera dos veces por día, como deberían hacerlo para someterse a un tratamiento efectivo. Consecuencia: La mayoría de las gonorreas se complican, los tratamientos se eternizan, los enfermos se aburren y no vuelven hasfa que una nueva poussée aguda los obliga a consultar. Esto trae como consecuencia, como es de suponer, una mayor dificultad para su problemática curación. Mientras tanto, todos estos enfermos que abandonan los tratamientos -y que son la mayoria-, han andado sembrando la infección. Aun cuando el médico revise periódicamente a sus enfermos, y aún cuando compruebe mejoria, son muy pocas las altas por curación que se dan, debido a las razones antes expuestas.

En el tratamiento de la gonorrea, el medicamento más eficaz consiste en los lavados bien practicados, que es cosa fácil de efectuar; además se usan los masajes prostaticos y vacunas, pero lo que mayor tiempo hace peroer a los eñfermos son los lavades. Por lo tanto, si consiguiéramos hacerlos de una manera más práctica se economizaria tiempo y los enfermos podrían aumentar el número de las atenciones que se les haria cada dia.

En Francia se usa el irrigador, que no se por que razón se ha eliminado en todos nuestros servicios de atención de Policlínico, usándose la geringa Gentile, que fuera de los inconvenientes del precio y demora en hacer los lavados, tiene el más grave de ser técnicamente muy inferior al irrigador, pues se requiere habilidad y costunibre para darle al liquido la presión necesaria, siendo, por lo tanto, muchas de las complicaciones presentadas debidas únicamente a su uso, más bien dicho, a su mal uso, que es frecuente.

Repito, ev el Policlínico del Hospital Necker, donde funciona la cátedra oficial de Urología de París y en todos los servicios de la especialidad, se usa sólo el irrigador, con ésto el personal de practicantes necesario es muy inferior al de aquí, pudiendo éste dedicarse al resto del tratamiento que es menos demoroso, y algunos a iniciar en la práctica del auto-lavado a los enfermos nuevos, que luego adquieren la destreza suficiente, advirtiéndose que un auto-lavado es siempre mejor tolerado por el enfermo, pues evita las contracciones involuntarias del esfinter uretral,

tan temibles en las gonorreas por las complicaciones que acarrean.

Disponiendo en una sala de un gran número de irrigadores que se llenarian con soluciones previamente preparadas, por un sistema de cañerías, jarros u otro, se multiplicaria enormemente el número de lavados efectuados, con la consiguiente economía de tiempo y de personal, haciendo posible a los enfermos asistir las dos o tres veces necesarias para su atención diaria. El dispositivo de atención es fácil, cada enfermo al llegar toma un irrigador, una cánula esterilizada y se ubica en un bidet de fabricación sencilla, se hace su lavado, se le anota en su hoja de evolución, si le corresponde masaje prostático o vacuna, se le practica, y queda desocupado; tiempo usado en la atención completa no pasa de 10 minutos, ahora si se trata sólo de lavado, no más de 5 minutos.

Quedaría por resolver el problema de las distancias: Es realmente imposible exigir buenos tratamientos —cual es nuestro deber—, pedir a los enfermos que asistar, a uno de los tres centros de tratamiento varias veces al día, cuando sus trabajos los efectúen en puntos tan diferentes de la ciudad, por lo tanto considero indispensable multiplicar pequeños centros de tratamiento de Seguro dentro del barrio urbano de la ciudad, darles facilidades a los enfermos para que se traten.

Cada uno de estos centros funcionaria a las horas más cómodas para ellos y serían servidos sólo por un practicante, debiendo los enfermos acudir el día de citación a uno de los Policlínicos centrales para ser revisados por el médico-tratante. O bien, cada médico-tratante tendría sus horas de atención en uno de estos centros de tratamiento.

Permitirian estos centros múltiples, además, hacer gran labor de profilaxis, cosa que hov por hoy no se efectúa en el Seguro, llevándose a cabo en estos centros conferencias periódicas, repartiendo folletos, affiches, etc.. (en resumen, por todos los medios ampliamente propuestos en los trabajos presentados al respecto por los especialistas en el último Congreso Médico de la Caja de Seguro Obligatorio).

Fácilmente se adaptarían estos centros al tratamiento de la sífilis, y aún, sin gran-

# Centros de Medicina Rural

### Del Dr. CARLOS MALDONADO BOGGIANO,

Médico Director Provincial de Chiloé.

En nuestro país, que cuenta con una población rural superior a dos millones de habitantes, los que viven diseminados en los campos en familias aisladas o agrupadas en pequeñas poblaciones; la necesidad de establecer servicios de medicina rural es de verdadera urgencia, ya que la carencia de estos servicios es una de las causas principales de nuestras cifras elevadas de morbilidad y mortalidad.

Desde hace un año la Caja de Seguro Obligatorio, comprendiendo la gravedad de esta situación ha instalado servicios de atención médica en numerosos pueblos, aldeas y villas y por medio de rondas de sus médicos, ha llevado estos servicios hasta los puntos más alejados de las ciudades; estos servicios prestan enormes e incalculables beneficios y demuestran la clara comprensión de este problema por parte de la directiva de la Caja.

Pero este servicio que es sólo de Medicina Curativa sólo soluciona una parte del grave problema; atiende solamente una parte de la población, "los asegurados de la Ley 4054", el resto de la población, que es la más numerosa, queda abandonada a su suerte.

Del 29 de Junio al 7 de Julio de 1931 se reunió en Ginebra una importante conferencia que trató y estudió detenidamente el problema de la asistencia médica preventiva y curativa en el sector rural, adoptando importantes conclusiones que recomiendan el establecimiento de estos servicios, haciendo especial hincapie en la necesidad de mantener servicios de medicina preventiva, dotados del personal y elemientos necesarios para poder efectuar una eficiente labor.

El problema de la atención maternal, de los lactantes, de higiene escoiar, las medidas preventivas frente a las enfermedades transmisibles (inmunizaciones, desinsectización desratización, etc.), la vivienda higiénica; la provisión de agua de hiena canquad; el alejamiento de las excretas e inmundicias; el control de los alimentos; la defensa trente a las enfermedades sociales (venéreas, tuberculosis, saria, etc.), la educación sanitaria; constituyen un verdadero y magno programa de atención preventiva rural, hoy completamente abandonado.

Revisando las estadísticas de mortalidad nos encontramos con casos numerosos de defunciones que revelan la falta de estos servicios preventivos; las defunciones en los partos por malas conformaciones o posiciones o por infecciones puerperales; las defunciones de los niños en los primeros días de su vida; las defunciones por enfermedades transmisibles, debido al desconcimiento y a la ignorancia de las más elementales normas de higiene, alcanzan en

des complicaciones podrían hacerse extensivos a los tratamientos ginecológicos.

Pero para que esto tuviera éxito, estimo que debiera estar toda esta sección, profilaxis y tratamientos antivenéreos, dirigida por un especialista; sección que abarcaría todo el radio de atención de Santiago, debiera contar con un médico (como actualmente), dedicado a los trabajos mecánicos, cistoscopías, uretroscopías, cateterismos, pequeñas intervenciones, etc., y con uno, o probablemente dos médicos domiciliarios de la especialidad, pues hoy día casi todos los enfermos complicados (epidimitis, or-

quitis, etc.), que requieren reposo en cama, asisten a la consulta del médico con el consiguiente agravamiento y reagudización muchas veces de su dolencia, y con el consiguiente aumento de gastos para el Seguro. El resto del personal médico atendería las consultas diarias como se hace actualmente, o en los consultorios o en los pequeños centros de tratamiento.

Estos son, señor Director, los razonamientos que a vuelo de pájaro me ha sugerido la lectura del Editorial sobre la lucha antivenérea a que he hecho referencia en un comienzo. el sector rural "cifras que horrorizan", tocas ellas perfectamente evitables.

Y si estudiamos con detención la morbilidad en este sector podremos comprobar que el desarrolio de entermedades prevenibles y evitables es considerable; transtornos nutritivos y el raquitismo en los n.ños debido a la ignorancia de las madres en la alimentación y cuidado de ellos; las enfermedades venéreas con formas floridas que no se observan en las ciudades; la sarna con su desarrollo aterrador; las enfermedades eruptivas que forman epidemias con una mortalidad muy superior a las de las ciudades; la Tuberculosis, que l'entamente siega las vidas jovenes de nuestros campos; todo ello nos demuestra que la labor medica en el sector rural debe orientarse especialmente y ampliamente la prevención y es necesario junto con estudiar este "delicado problema" organizar servicios preventivos, que al lado de los curativos ya establec.dos y funt.onando en armonia con ellos, formen verdaderos "Centros de Med.c.na Rural".

En la organización de ellos, que deben formar una verdadera cadena extendida en todas las comunas y distritos de mayor población y enlazados intimamente con los servicos departamentales y provinciales, de los que deben depender; deben actuar en intimo consorcio la Sanidad, la Beneficencia, las Municipalidades y la Caja de Seguro Obligatorio, la que ya ha dado el primer paso con su magnifica organización rural.

El personal de estos centros se compondrá: de un médico, bajo cuya dirección funcionará; este médico será departamental o comunal, en cuyo caso residirá en el puebio asiento del centro; una Matrona, una Entermera Sanitar a y un practicanteaux.liar sanitario; la dotación debe comprender elementos de medicina curativa de urgencia y botiquín, debiendo tener hospitalización en aquellos puntos alejados de los centros hospitalarios o en los sectores en que la movilización sea difícil.

La labor preventiva será amplia, debiendo comprender la atención maternal desde el embarazo (pre-natal), atención domiciliaría en el parto, atención del niño (lactante, pre-escolar, escolar), para lo que se organizarán los servicios correspondientes; se mantendrán también servicios de curación y profilaxis para los enfermos venéreos, para los de Tracoma, los con Sarna, Pediculosis, etc., funcionando casas de limpieza anexas a ellos y pequeños desinfectorios que puedan efectuar las desinfecciones concurrentes o terminales que se necesiten.

La educación sanitaria es uno de los puntos de mayor importancia en este sector, motivo por el cual la presencia de la enfermera sanitaria es indispensable; la que tendrá bajo su cuidado la atención de los niños desde su nacimiento, la higiene del escolar, el examen periódico de ellos junto con el médico; el control de las habitaciones y viviendas, las primeras inmunizaciones; la constitución legal de las familias, la legitimación de los niños, etc.

El practicante auxiliar sanitario tendrá a su cargo la vigilancia de los abastos de agua, eliminacion de las excretas, control de los alimentos, desinsectizaciones, desratizacion, inmun.zaciones, desinfección, etc.

En los servicios de medicina curativa trabajarán la matrona y practicante bajo la vigilancia y dirección del médico a cargo del centro.

Los espléndidos servicios organizados por la Caja de Seguro Obligatorio (Postas Rurales) podrían servir como base para la organización de estos centros, dotándolos del personal, elementos y materiales para que puedan desarrollar no sólo su labor curativa sino que también preventiva.

La medicina preventiva, que podemos considerar en nuestro país en embrión, es de la mayor importancia, ya que de la organización de servicios preventivos en forma efectiva a lo largo de todo nuestro territorio llegando hasta sus más alejados rincones, depende que podamos flegar algún día a reducir nuestras cifras enormes de mortalidad general y especialmente infantil; no se llegará nunca a la reducción de ellas mientras no llevemos a todo el país las medidas preventivas, la labor en las ciudades de gran importancia por lo demás, no es suficiente, si no se acompaña de la labor intensa, tesonera y continuada de prevención y educación en el sector rural. Para la Caja de Seguro Obligatorio es esta labor de la mayor trascendencia, ya que será la única manera de que ne aumente diariamente la enorme cifra de enfermos que gravitan pesadamente sobre su

# Traqueo-broncoscopia y esófagos copia

### Dr. HERMOGENES RUBIO.

Otorinolaringólogo del Consultorio de Chillán.
(Leído en la segunda reunión clínica)

Distinguidos colegas:

Ha sido para mi realmente una verdadera dificultad, encontrar un tema de especialidad, que pudiera despertar vuestro interés y en el cual pudiera anorrarme la mayor parte de su descripción técnica, para no cansar vuestra imaginación.

Voy a facer una sínicsia del estado actual de los modernos métodos diagnósticos y terapéuticos alcanzados por la especialidad de Otorrinolaringología y denominados traqueo-broncoscopía y esofagoscopía, ahorrándome, como decía, la descripción técnica de su ejecución.

### Traqueo-Broncoscopía.

Entendemos por traqueoscopía y broncoscopía, los métodos de examen destinados a la visión del interior de la tráquea y de los gruesos bronquios, para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades. En este sentido Feldmann ha expresado que la traqueo-broncoscopía ha abierto un nuevo capítulo de patología desconocido hasta crionoses.

Como sucede siempre con las novedades en medicina, reclén iniciados los trabajos de broncoscopía, deapertaren un inmenso interés, que llevaron a la realización de un gran número de ellos entre nortcamericanos, francesce y alemanes. La práctica ha venido a demostrar, que en realidad con estos nuevos métodos se ha alcanzado un verdadero progreso en el diagnóstico y terapéutica de los sindromas torácicos, y podemos aceptur como verdadera la conclusión de Rouget y Lemariey, que consideran la traqueobroncoscopía como un mararilloso medio de

diagnóstico en todas las afecciones toráxicas y como medio terapéutico de valor, a pesar de sus indicaciones limitadas.

Un gran número de afecciones han sido beneficiadas con estos nuevos métodos, ya sea desde el piunto de vista de su diagnóstico o de su tratamiento. Así tenemos los cuerpos extraños de la tráquea y bronquios, cuyo diagnóstico hasta su aparición, en muchos casos era dificultoso y cuyo. tratamiento actualmente es posible efectuar con relativa facilidad.

Estenosis, deavlaciones congénitas, papilomas, tumores malignos, tuberculosis y sifilis de la tráquea es posible hacer su diagnóstico preciso, ya sea por las lesiones de visu o por medio de la biopsia. De más está decir la facilidad terapéutica que representa la endobroncoscopía en el tratamiento de papilomas y pequeños tumores de la tráquea: se realiza con relativa facilidad la extirpación de ellos y la cauterización de sus puntos de inserción.

Tumores del mediastino, adenopatías traqueobrónquicas, han sido lesiones favorecidas en su diagnóstico.

Pero el gran grupo de cuadros clínicos influenciados desde el punto de vista terapéutico ha sido el de los procesos supurativos del pulmón, ai extremo que hoy día se habla de la broncoscoterapía de las supuraciones pulmonares. Abcesos pulmonares y bronquioectasias han modificado radicalmente su terapéutica.

La finalidad de este método es ante todo convertir el abceso en un foco ampliamente abierto, so trata de reforzar el drenaje natural de los bronquios. La limpieza con el porta-algodón y la aspiración de las secreciones son los dos actos

presupuesto, cifra que aumentará enormemente si no se emprende con conciencia y de una manera efectiva, el saneamiento de nuestro país en todos sus aspectos; esta labor no puede limitarse a una u otra enfermedad, debe ser extensa, debe comprender a todas las enfermedades prevenibles: debemos defender al niño desde su concepción para evitar que en el mañana por sus taras, por su estado de debilidad congénita, sea un pesado fardo para nuestra eco-

No debemos olvidar el brillante ejemplo que nos da la "Metropolitan Life Insurance Company" de Nueva York, que desde el año 1909 mantiene una activa campaña de prevención de las enfermedades y mejoramiento de la salud por medio de una organización de educación sanitaria a carge de servicios espléndidamente dotados y en los que el eje principal es la enfermera samitaria; este servicio le significó una inversión de veinte millones de dolares en quince años, habiendo economizado en el mismo espacio de tiempo una suma superior a cuarenta y tres millones de dolares, o sea, más del doble de lo que ha invertido en la campaña sanitaria. Cifras elocuentes que son toda una revelación y ojalá sean lo suficientemente poderosas para llevarnos al convencimiento de que todo el dinero que se invierta en prevención será devuelto con creces por el mejoramiento de la salud.

# Hacia la ampliación de la atención médica del lactante

Dr. MATEO MELFI D., Médico Provincial de Talca.

Estudiar las causas de nuestra elevada mortalidad infantil, casi la más alta del mundo, con un porcentaje de cerca de un 30%, cuando en Nueva Zelandia, país de situación geográfica, desarrollo y clima muy igual al nuestro, alcanza a poco más de un 3%, es obligación no sólo de quienes sirven en una institución como la nuestra, que desde este punto de vista realiza una eficaz acción médico-preventiva, sino de quien quiera que tenga un átomo de patriotismo y se de cuenta del enorme descalabro económico-social que ello significa.

Como consecuencia de tan elevado por-

centaje, y en Talca especialmente, la mortalidad infantil llega en los meses de verano a la espantable cifra de 49 a 60½%, mueren en el país, 40,000 mãos al año, que valorizados en pesos, como hoy se acostumbra hacerlo, resultarian fantásticas cifras; un enorme capital humano que se sustrae anualmente al ACTIVO de nuestro progreso, y que sin embargo dilapidamos con sin igual inconciencia, como el hijo pródigo dilapida su fortuna.

Los factores que determinan fan enorme desastre son por demás conocidos, y nos detendremos en ellos en una próxima co-

esenciales. Las instilaciones modificadoras o medicamentosas son por el contrario cosas secundarias en los abcesos pulmonares, teniendo su mayor aplicación en las bronquioectasias puras.

Con estos métodos Lumiére, Kinberg y Soulas, han presentado una estadística que da un 66 % de curaciones en abcesos pulmonares agudos o crónicos recientes, y un 15 % de curaciones en abcesos pulmonares crónicos antiguos. Es necesario tener un lapso de tiempo determinado para el tratamiento, dejando los casos rebeides a los cirujanos.

Ballon ha obtenido más de un 50 % de curaciones en bronquiocetasias con au método propio, de aspiración de las secreciones e instilación de substancias medicamentosas, como soluciones de nitrato de plata, argyrol, protargol, etc., y considera que aun cuando fracase el tratamiento como medio de curación radical, es posible observar siempre una franca mejoría del estado general.

### Esofagoscopía.

La mayor parte de procesos esofísicos, antes del dominio del cirujano, pertenecen hoy día al otorrinolaringó ogo. Con el examen directo la patología y terapeutica esofágicas no resultan ya erróncas ni deficientes, no sucede como pasaba antiguamente que numerosos pacientes del conducio esofágico fueran tratados durante meses y meses como enfermos erónicos del estómago tampoco sucede ahora que continúen siendo considerados cancerosos del esófago enfermos estenosicos o espasmódicos, ni se dan caros de outros extraños del esófago que obliguen a la esofagostomía externa, porque casi la totalidad de aquéllos pueden ser extraídos sin peligro por la seofagoscopía. Por lo tanto, este método ha en-

sanchado considerablemente el campo de la terapéudea y patología de este conducto.

La esofagoscopia se basa en la visión directa del conducto esofágico mediante la introducción en su interior de tubos rectilineos, así es posible hacer un diagnóstico de visu de lesiones como: cuerpos extraños del esófago, estenosis adquiridas o congénitas, espasmos esofágicos, várices, tumores y niceraciones de diversa índole cuya etiología se determina por medio de la biopsia. Diverticuico del esófago no escapan hoy día al diagnóstico preciso del otorrinolaringólogo.

Estenosis adquiridas por la ingestión de substancias cáusticas o ácidas, es posible repararlas por medio de dilataciones progresivas realizadas

La esofagoscopía permite tratar tumores malignos del esofago con la inclusión directa de agujas de radium en el tumor, previa gastrostonia del pariente para su alimentación. Este metodo la permitido volver a la vida ordinaria a enfermos totalmente aniquilados con supervivencia de varios años.

Actualmente en Europa y EE. UU., aun no se realizz en Chile, por medio de estos métodos se ha llegado a lo que se denomina la gastroscopia; con tubos esofágicos más largos, venciendo la resistencia del cardias es posible hacer una exploración directa de las paredes del estómago, que, en muchos casos, resulta más presisa que la exploración radiográfica. Uds. pueden deducir el porvenir brillante que debe reservársele a la gastroscopia.

He aquí someromente expuesto lo alcangado por la bronco y escíagorcopia; los distinguidos colegas son los llamados a aprovechar de ellas cuando encuentren dificultades díagnóstica o terapéulcas en afecciones de esta naturaleza. prunicación. Por lel momento mi único propósito, como médico de la Caja, es hacer coro a una idea que estimo profundamente beneficiosa para el porvenir de los niños que ella atiende, con espléndidos resultados.

Con sumo interés he leido en el último rúmero del "Bo'etín Médico", un trabajo del Dr. Olivares, Médico Provincial de Santiago, a propósito de la ampliación de la atención del lactante en nuestros servicios, que por razones que yo nunca he podido tampoco explicarme, nuestro legislat dor ordenó abandonar a los ocho meses de edad.

Concuerdo exactamente con el Dr. Olivares en la mancra de apreciar este problema, y tanto que en la última "MEMO-RIA" del Policínico a mi cargo, en un largo comentario, hacía valer las razones que a mi juicio aconsejaban prolongar dicha atención hasta los dos años de edad. "Practico una encuesta en este sentido, decia, porque estimo que no menos de la tercera parte de los niños, fallecen después de haber sido abandonados por nuestro Policínico, y antes de cumplir los dos años".

Y para mientras se reforma la ley, o se adoptan otras medidas, proponía como una solución transitoria en el país, "poner esos niños en relación con las Gotas de Leche", que hay establecidas a lo largo del país, en cuyas instituciones, hoy científicamente organizadas, se proiongaría, mediante un pago equitativo por niño, la atención hasta los dos años". Con ello, agregaba, "los esfuerzos que hace nuestra institución en beneficio de los niños, contribuyendo así a disminuir el yergonzoso porcentaje de nuestra elevada mortalidad infantil, no se malograrían, como hoy acontece, por la razón indicada".

Posteriormente al envío de esa Memoria, terminé la encuesta a que se alude, realizada al azar sobre cien madres egresadas y cuyos hijos habían cumplido los oche meses. Ella me reveló con la brutalidad de los números, que de esos cien niños que salieron en relativa buenas condiciones, solo sobrevivian 61, o sea, que el 39% había muerto.

Lo que traducido a buen romance significa que la obra social, humanitaria y patriótica que realiza a todo coste nuestra institución, mientras vigila sus niños, y cuya halagadora cifra de mortal dad en nuestro Policlínico, no alcanza un indice superior de 6% a 8%, se malogra, sin embargo, totalmente, merced a esa inconsulta, arbitraria y anti-científica medida de fijar en ocho meses la atención médicosocial del lactante afecto a nuestra Ley.

Convengo que a la madre se le desahucie de todo beneficio pasado ese prudente plazo, pero, ¿por qué no se siguió vigilando desde la Oficina del Niño, y por intermedio de su personal médico, visitadora y practicante, el porvenir de ese niño, que así no quedaría desamparado y a merced de sus escasísimos recursos de todo orden: ¿Qué mayor gasto habria significado para la Caja el que esos niños egresados volvieran una o dos veces al mes al Consultorio para ser reconocidos, anotando en las fichas su progreso fisiológico? Y si enfermaban, ¿qué mayor gasto significaba para nuestra institución medicinarlos?

Cuánta satisfacción, en cambio, para nuestra institución, ni mediante estas sencillas medidas pudiera conservar la vida de 39 niños de cada cien que abandonamos a los ocho meses de edad y que mueren antes de cumplir los dos años, de afecciones bronco-pulmonares, gastro-intestinales y de taras que no alcanzaron a curar.

No se resuelve, a mi juicio, este problema social que gravita sobre nuestra institución y que tan hondamente afecta al porvenir de nuestro pais, ni se atenúa tampoco la responsabilidad de quienes mandato de la Ley, tienen la obligación de resolverlo integralmente, por el hecho de nombrar como lo insinúa mi distinguido colega, el Dr. Olivares, más médicos y visitadoras en Santiago, ya que como se demuestra por la estadística que anoto y que coincidiria seguramente, si se hiciese una encuesta semejante en todas las ciudades de la República, es este un problema de carácter general que no puede ni debe ser resuel o con medios paliativos, sino con resoluciones permanentes que tiendan en primer término a reformar la ley, o bien, que el H. Consejo de la Caja, aprovechando la atmósfera propicia formada alrededor de esta reforma, acuerde, y creo que tiene facultades para ello, la prolongación de la atención médica del lactante hasta los dos años de edad.

Una vez conseguido eso se estudiaría

# Translados y movimiento de enfermos asegurados en Santiago, durante 1934

La Sección Médica ha estimado conveniente que los médicos se impongan de los detalles estadísticos que sobre esta materia se han reunido, pues de ellos sacarán numerosas conclusiones que son de interés para la eficiente marcha de los servicios.

Es interesante anotar el alto número de días de estada de los enfermos en la gran mayoría de los hospitales, cifra que alcanza casi al doble de la que se ha considerado como normal.

### Traslados de asegurades

Ha habido un total de 854 pedidos de traslados. De éstos se han autorizado 756 y han sido denegados 99.

Una buena proporción de estos traslados han sido autorizados por el Servició de Broncopulmonar. Así, por ejemplo, de los enfermos trasladados de Magallanes la Inmensa mayoria han sido autorizados por este servicio.

## Consultorios que han pedido el mayor número de traslados.

Description	53	pedidos
Rancagua		
San Antonio	48	
San Felipe	37	
La Serena	33	11
Curico	30	
Magallanes	30	**
Vallenar	30	
Valparaiso	29	-11
Coquimbo	26	
San Fernando	23	
Concepción	22	- 11 -
Valdivia	20	
Molina	20	** 1
Melipilla	17	- 11
Talca	16	. "
Coplapó	15	**
Santa Cruz	15	.51
Peralillo	15	
Chimbarongo	14	- 11
	-	

En los traslados autorizados se ha invertido la cantidad de \$ 31,568.70.

### Movimiento de enfermos en los diversos hospitales.

Han sido dados de alta en los diversos hospitales, 13,494 enfermos, repartidos en esta forma:

Hospital	San Vicente	 	 1.942	enfermos
	del Salvador		3.790	"

Hospital San Borja	2.801	
Hospital San Juan de Dios	2.047	*
Hospital San Luis	1.019	20
Hospital San José	736	**
Manfeemlo	180	**
Hospital Barros Luco	897	**
Instituto del Radium	46	78
Asistencia Pública do Nuños	38	75

TOTAL ..... 13.494 enfermos

Estos enfermos han permanecido en el hospital 313.970 días, lo que hace un término medio de 23.2 días de estada.

Los términos medios en los diversos hospitales son variables:

Hospital San Vicente	21.7 dias
Hospital del Salvador	22.5 "
Hospital San Juan de Dios	19 "
Hospital San Luis	24.1 "
Hospital San José	49.3 "
Ho pital Barros Luco	13 "
Manicomio	52 "
Instituto del Radium	41.3 "
Asistencia Pública de Nuñoa	
	10.50

La cantidad total pagada asciende a 2 millones

882.580.55 pesos dividido en la	signiente forma.
Hospital San Vicente	\$ 461.410
Hospital del Salvador	971.771.45
Hospital San Borja	
Hospital San Juan de Dlos	380.840.14
Hospital San Luis	120.697.39
Hospital San José	
Hospital Barros Luco	
Manicomio	
Instituto del Radium	
Asistencia Pública de Nuñoa	3.810
Pensión Westmann	47.158.50

Si se estudia el número de días de estada de los enfermos en relación con el dinero pagado, se

la mejor forma de llevarla a la práctica en todos los Policlínicos del país.

La economia de vidas que de ello resultaria es evidente si se comparan los siguientes guarismos: mortalidad infantil en nuestros servicios de lactantes y en los servicios (Gota de Leche) que man iene el Patronato de la Infancia en el pais, sensiblemente iguales, de 5% a 10%; mortalidad infantil al lado afuera de estos centros de puericultura, 30%. Economia de vidas: de 20. a 25%.

Es algo, y bien vale la pena luchar por alcanzar este ideal demográfico.

## **Documentos**

### SERVICIO DE LA CAJA DE SEGURO OBLI-BATORIO

1.º Cuadro comparativo de los servicios que recibió la Sección Médica para la atención de los anegurados (año 1932), y servicios que en la actualidad mantiene la Caja de Seguro con el mismo objeto:

1982 1935 Mayor

	1002	1030	número
Consultorios	105	128	23
Postas	19	218	199
rales	0	- 79	79
trat.)	- 0	29	29
Servicio subvencionado	0	1	1
Servicios part. contr.	4	14	10
Sanatorios	0	2	2
	128	471	343

2.0 Servicios de especialidades creados por la Caja de Seguro desde 1932 a la fecha:

CHIGUAYANTE .- Atención Dental.

CONCEPCION .- Tisiología, piel y sífilis, electroterapia, dermatología y oftalmología.

CHILLAN.-Otorinolaringología, pediatría,

CURICO.-Pediatria, urología.

MAGALLANES. -Oftalmología, otorinolaringología y tisiología.

PEUMO .-Cirugía .

PUERTO MONTT .- Tistología y urología . RANCAGUA .- Urología.

SAN FERNANDO .- Ginecología, pediatría .

TALCA. -Ginecología, tisiología, otorinolaringologia, urologia y oftalmologia.

TEMUCO .- Ginecología, tisiología.

VALDIVIA .- Urología, oftalmología, tislología, radiología, Medicina Interna.

ANTOFAGASTA. - Urología, tisiología.

VALPARAISO .- Radiología .

VINA DEL MAR .- Tisiología .

VALLENAR .- Cirugía .

COMBARBALA .- Tisio'ogía .

3.º Otros servicios creados por la Caja:

1 .- Servicios propios de traslado de asegurados enfermos (ambulancias) en:

Santiago Valparaiso Magallanes Viña del Mar Concepción Talca

2.-Obras de protección a la infancia: Cocina de leche en: Valparaíso y

Ropero infantil en: Valparaiso. 3.-Servicio de obturaciones dentales en Santiago.

4.- Desayuno escolar en Santiago.

5. - Sanatorio Lacnec (San José de Maipo) con capacidad para 70 enfermos en cura dietético higiénica. Se aumentarán a 130 camas.

6 .- Sanatorio La Higuera (San Felipe), con capacidad para 50 enfermos (mujeres). Se aumentará su capacidad a 100 camas.

4.º Servicio en proyecto ya aprobados por el H. Consejo de la Caja y en ejecución:

1:- Consultorios N.os 1 y 2 en Santiago.

2.-Consultorios para Bronco-Pulmonares en Santiago (2).

3. -Preventorio Las Vizcachas.

4.-Centro de Readaptación de Los Maitenes. 5 .- Instituto de Radiología Central (Santiago) .

6.-Sanatorios para Tuberculosos (dos en el Sur y otro en el Norte).

7.-Amp lación del servicio dental en toda la República.

8. - Campaña anti-venérea en Tocopilla y Lota

5.0 Obra antituberculosa inespecífica acuerdo con las modernas doctrinas sobre profilaxis de esta enfermedad, Dr. Burnet).

a) Edificación obrera (en toda la República). b) Vestuario al alcance de los modestísimos

salarios que gana en la actualidad nuestra c'ase asalariada,

c) Radicación de familias de predispuestos en los fundos y predios de la Caja, con trabajo apropiado y al aire libre.

puede ver que la cantidad de dinero es mayor que la que corresponde a días de hospitalización y esto se debe a 3 factores:

1 .- Que las cuentas vienen recargadas con un 2 % por impuesto de venta;

2.-Por las camas a contrata desocupadas que suelen haber; y

3.-Por el artículo del contrato entre la Caja y la Beneficencia, que autoriza a esta última para ocupar camas de contrato con enfermos indigentes en ciertas ocasiones.

Así, por ejemplo: al Hospital de San Juan de Dios se pagaron \$ 380.840 por 39.553 días, lo que da un promedio de \$ 9.88 en lugar de \$ 8.93 ue es el valor oobrado por cada cama.

En el hospital del Salvador, esta diferencia es mayor: se pagaron \$ 971.771 con un total de dias de 85.370, lo que da un promedio de \$ F1.38 por día de hospitalización, siendo que el valor segun contrato es de \$ 8.

En cambio, en el hospital de San Vicente no hay ninguna diferencia entre el precio convenido y el precio pagado. Esto se debe a que en esta hospital no hay camas a contrato ni se paga el 2. % como cifra de negocio.

FIENSION WESTMAN .- Se ha pagado en tedo el año a esta Pensión \$ 47.158.50. Desde el 1.0 de Junio hasta el 31 de Diciembre han sido asilados 838 asegurados.

## Reuniones Clínicas de Consultorios

PRIMERA REUNION CLINI-CA DEL CONSULTORIO DE CHILLAN

### 9 de Noviembre de 1934

Con esta fecha se llevó a efecto, a las 7 P.M., la primera reunión clínica en el Consultorio Ley 4054, de Chillan, la que fué presidida por el Médico Director Provincial, Dr. E. González Laura, con asistencia de los siguientes facultativos del Servicio:

Dra. María Gatica, Médico Tocólogo y Ginecólogo.

Dr. Domingo Taricco, Médico Internista.

Dr. Aliro Rivas del V., Médico Urôlogo y Domic. Dr. Raúl Larraguibel, Médi-

co Pediatra

Dr. Otto Wildner, Médico Cirujano.

Dr. Hermôgenes Rubio, Médico Otorinolaringólogo.

Dr. Jorge Darrigrande, Médico Rural.

Dr. Miguel Ramos, Médico Rural

El Médico Director dió lectura al Reglamento General de Asistencia Médica de la Caja, refiriéndose en especial a la importancia de las reuniones elfnicas, su finalidad y la utilidad que ha visto la Sección Médica al establecerlas.

Después de un cambio de Ideas entre los asistentes, se acordo iniciar dichas reuniones, de acuerdo con el Reglamento, en el mes de Enero próximo, fijando como fecha para la segunda reunión el día 18 del mes referido.

El Médico Director abundó en razones en pro de las charlas de divulgación entre los asegurados, llegandose al acuerdo de iniciar ese programa externo, una vez cimentadas las labores nuevas a empezar, Pende, agrego, el cumplimiento de instrucciones anteriores, en el sentido de efectuar mensualmente un comentario del protocolo de autonsias de los asegurados fallecidos en el Hospital, disposición que no se ha realizado por no estar en funciones dicho servicio en el Hospital; pero que desde su cargo de DLrector de aquel establecimiento. gestiona diligencias encaminadas a dar término a su instalaclon.

Se trataron a continuación diversos puntos de carácter interno, y quedaron nombrados el Dr. Rivas y el Dr. H. Rubio para presentar temas clínicos en la próxima reunión.

d) Colocación familiar de niños predispuestos en las familias radicales en los fundos de la Caja. Toda esta obra en plena "fermentación".

6.0 Adjunto cuadro de las Farmacias recibidas de la Beneficencia en 1932 y de las creadas l'asta la fecha

15. Curicó 16. Linares

17. San Javier 18. Constitución

19. Concepción

20. Talcahuano 21. Tomé 22. Coronel

23. Lebu

24. Los Angeles 25. Angol

26. Temuco

27. Valdivia 28. Osorno 29. Puerto Montt 30. Ancud

### FARMACIAS RECIBIDAS DE LA BENEFI-CENCIA

# Zona Norte

Zona Sur

1. Iquique 2. Antofagasta 3. La Calera 4. Limache

13. Santa Cruz 14. Talca 15. Molina 16. Chillan

5. Valparaiso 6. Quilpué 17. Penco 7. U. Amer. ) 18. Lota S. San Fco. ) Stgo. 19. Curacautin

20. Nueva Imperial 9. E. Dumont) 10. Puente Alto 21. Río Negro 22. Puerto Aysen 11. San Bernardo 23. Puerto Natales

12. Talagante

FARMACIAS CREADAS EL AÑO 1932

# Zona Norte

1. Tocopilla 2. Copiapó 3. Coquimbo 4. La Serena 5. Ovalle 8. Viña del Mur

7. San Felipe 8. Los Andes 9. Quillota 10. Melipilla

11. San Antonio Zona Sur 12. Rancagua

13. San Fernando 14. Rengo

FARMACIAS CREADAS EL AÑO 1933

Zona Norte Zona Sur San Carlos 4. Nacimiento 1. Vallenar Traiguén 2. Vicuña 6. Victoria

FARMACIAS CREADAS EL AÑO 1934

Zona Sur Parral

2. Magallanes

### FARMACIAS SUPRIMIDAS POR LA CAJA

Zona Sur

1. Nueva Imperia 2. Puerto Aysen

### RESUMEN:

Recibidas Creades por Suprimidas

Caja hasta 1939 por Oais 1934

23 28 Farmacias . . 50 Botiquines . . 17

Se levantó la sesión a las 8.15 P. M.

### SEGUNDA REUNION CLINI-CA EN EL CONSULTORIO DE CHILLAN

18 de Enero de 1935.

Reunidos los médicos del Consultorio, a las 7.10 P. M., se dá comienzo a la segunda sesión clínica, presidiendo el Dr. E. González Laura, Médico Director Provincial.

El Dr. González hace, referencia a la reunión anterier, haciendo recordar los diferentes puntos en ella tratados, y siguiendo el orden de los acuerdos tomados, el Dr. Rubio dá fectura a un trabaño que presenta sobre ESOFAGOSCOPIA.

Al respecto, el Dr. Rivas relata un caso personal, y el Dr. Necochea se refiere a otro de gran interés diagnóstico.

Lo sigue en la palabra el Dr Rivas, desarrollande un tema relacionado con ICTERICIAS ESPECIFICAS, en el cual recomienda tratarlas con arsentcales. Se extiende en consideraciones sobre las insuficiencias hepáticas en general, deteniêndose especialmente en las insuficiencias hepáticas sifiliticas, su sintomatología, diagnóstico diferencial y tratamientos usuales.

Se refiere después al concepto mantenido sobre la influencia de los arsenicales sobre la célula hepática y su rechazo sistemático al menor síntoma de insuficiencia hepática.

Se extiende, en seguida, al nuevo concepto sobre la administración de arsenicales, especialmente de Neo-Salvarsán y Neo-Arsolán en los enfermos específicos que presentan una insuficiencia de la función hepática y cuya etiología se llega a establecer como específica.

Lee una observación de un asegurado atendido en el Consultario, a quien se le hizo el diagnóstico de insuficiencia hepática sifilítica y que sano rápidamente con inyecciones de Neo-Arsolán 0,15, 0,30, 0,45 y 0,60, administrados en 10 días.

Haoe referencia, además, de enfermos análogos tratados en su servicio anti-venéreo del Depto de Higiene Social.

Presenta, a la vez, un enfermo asegurado del servicio con el mismo diagnóstico, a quien se le ha administrado en 6 días Neo-Arsolán 0.15, 0.30 y 0.45.

Los sintomas subjetivos han desaparecido; persiste solamente ligero tinte subictérico de las conjuntivas y mucosa del velo del paladar.

El Médico Director aproyecha la oportunidad que le ofrece este trabajo para referirse a la anarquía que existe en general de parte de los médicos, en lo que se reficre al tratamiento específico de la sfilla.

Se olvida, dice, la verdadera dorificación, lo que unido al poquísimo interés de los enfermos para centinuar sus curas, hacen perder el tiempo y las consiguientes ventajas para los propios pacientes.

Recomienda a los colegas tener presente 'estas insinuaciones advirtiendo que por su parte tomará las medidas para denunciar al médico tratante el incumplifmento de los pacientes a las prescripciones indicadas.

Agradece a los colegas el treese que han prestado a estas reuniones clínicas, y como un medio de afianzar la armonta del cuerpo médico del Consultorio, y resto del personal técnico, insinúa la idea de finalizar cada sesión con una comica fatima. Así podemos, dice, ir conociéndonos mejor, a la par que cultivar una clara comprensión de la amistad como un medio de colaborar con mayor entusiasmo en nuestras labores.

La insinuación fué muy bien acogida, quedando acordado iniciarlas desde esta misma sesión.

En seguida el Dr. González, a petición de la señorita Farmacústica, manifesta la necesidad de standarizar la prescripción de medicamentos. El Dr. expone la conveniencia de nombrar dos médicos para buscar fórmulas standard.

TEMA LIBRE. — El Dr. Necochea se refiere a casos de un sindroma enpecial. Enfermos que sufren una franca astenia y que presentan síntomas sanguíneos, es recomendable el tratamiento de citrato de sodio con peptona,. Pide investigar estos casos y ofrece referirse a cilos en una sesión próxima.

Sobre esto se suscitó un debate en que interviene la opinión de varios médicos.

Se levanta la sesión a las 8.45 P. M., quedando nombrados para las próximas charlas clínicas el Dr. Wildner y el Dr. Necochea.

### REUNION CLINICA DEL CON-SULTORIO DE TALCA

### 12-IV-935

Presidió el Médico Provincial Dr. Meifi; concurrieron los médicos del Policifnico y el Administrador Provincial, Sr. Labbé.

1.0 El Médico Provincial matificiata que con motivo del próximo cambio de los servicios, tanto médicos como administrativos, al espléndido local que la Caja ha construído con dicho objeto, estimaba oportuno oir la opinión de los señores médicos respecto de la forma en que detemos colaborar a esa inauguración.

Después de cambiar ideas, se acordo celebrar ese día una essión pública de nuestras reuniones clínicas, en la cual se tratarían temas de alcance médico-social y se comisiono para que los desarrollaran a los docteres Melfi, Etchébarne y Pé-

Inaugurară el local el Provincial Sr. Labbé; explicară el alcance de la Ley 4054 el Inspector Sr. Muñoz.

Se acordó convidar especialmente al Administrador General Sr. Labarca, a los Médicos Jefes señores Bulnes y Rojas y a los señores Inspectores Jefos señores Muñoz y Elgart. Asimismo, se invitará especialmente a los obreos y autoridades locales.

2.0 El Médico Provincial manifiesta que ha recibido una comunicación en que se le pide cue los señores Médicos del Policínico, expresen su opinión abbre la acción y eficiencia del medicamento Neoarsolan y aprovecha esta primera reunión para regarles manifiesten su sentir respecto de ese medicamento que largamente se usa en nuestro Policínico.

## Peritajes de Invalidez

N.o 3. - Nombre: N. C. C., Inscripción N.o 652, 31 años, casada. Profesión: teledora.

Anamnesis: ha estado contlnunmente enferma de várices en ambas piernas, con filceras generales desde bace 15 años, 12 hijos y varios abortos, 2 hijos vivos, operada por parto. Edemas de los miembros inferiores, Dolores generales. No puede caminar por la hinchazón de las piernas, dolores en el vientre, le molesta mucho el estómago, gases. Molestias en el corazón, dolores lumbares que le implden las fuerzas. Ruidos y sorderas, disminuc'ón de la vista, dolores de cabeza. Heridas en las piernas. Se le hinchan los tobillos, que le impiden ponerse calzado.

Exámenes practicados: estado general debilitado, tez morena, pálida, color amarillo pajizo. Pulso tenso, duro, alto. Por una invección mal puesta en la vena de codo derecho le quedó una cicatriz viciosa que le implde los movimientos completos del brazo (hace esto diez

años atrás).

Sistema nervioso en general sano, Estómago, dispepsia ácida, dilatado,

Higado bien, glandulas internas bien.

Riñones, hay probablemente una nefritis antigua, organos genitales sanos.

Edemas de los miembros inferiores, várices y úlceras en ambas piernas, edemas maleolares, ambos miembros inferiores muy aumentados de volumen, por lo demás, y mala circulación que le impiden la agir lidad para los movimientos.

Se acompañan un examen radioscópico y análisis de orina.

Examen radioscópico: Pulmones libres. Ligero aumento del dlámetro aórtico y car-

Examen de orina: Color, normal; D., 1012; Reac., ácida, Aspecto limpido. Indican: No hay, Urobilina; No hay, Clor. de Sodio: 8 o oo, Urea: 10 o oo. Albamina: No hay, Glucosa: No hay. Acctona; No hay. Pigmentos biliares: no hay.

Examen microscópico: Célu-

las epiteliales planas. Algunos glóbulos blancos, Uratos, CONCLUSIONES:

1. DIAGNOSTICO: Ulceras varicosas, Nefritis, Trastornos cardiovesculares, Lues antigua.

2. PRONOSTICO: Es diffell su curación por ser enfermedad antigua, a pesar de todos los tratamientos.

3. Incapacidad para el traba-

jo permanente.

4. FECHA PROBABLE EN QUE SE PROBUJO LA INVA-LIDEZ: desde hace

CALIFICACION DEL PERI-

TAJE:

1. Forma: malo.

2. Anamnesis: muy mala, 3. Examen físico: incomple-

4. Evolución: No presenta, 5. Tratamiento y resultados: No presenta.

6. Conclusiones: Hubo que podir nuevo perimie. La Sección invalidez no pado informa- con estos antecedentes.

CALIFICACION GENERAL: Muy malo.

# Bibliografía

TECNICA Y EDUCACION OUIRUR-GICA.—Dr. Julián González Méndez, Profesor de la Facultad de Medicina. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía, México, 1933.

Con ocasión del Centenario de la Facul tad de Medicina de México, el Prof. González, ha publicado este interesante libro en que pueden encontrar útiles enseñanzas no solo los estudiantes de Medicina, sino que también los cirujanos.

Trae un prólogo del Prof. Ocaranza, Decano de la Facultad, quien, junto con el Prof. González, fueron los implantadores del empleo de animales vivos en la cátedra de terapéntica qurúrgica.

En su libro están descritos con todo detalle, todo lo que se relaciona con el acto operatorio: preparación del material, esterilización, preparación del campo, etc., etc.

Da a conocer la importancia que tiene el empleo de animales (perros) en la cáte-

Después de un amplio debate, en que cada uno aportó la opinión que le ha merecido su empleo en la práctica profesional, se acordó manifestar: 'El Neoarsolan en general, es un medicamento eficaz; ha dado tuenos resultados en los numerosos enfermos tratados con él Se ha observado sí, algunas graves crisis nitritoides."

3.0 El Médico Provincial ma-

nifiesta que existe el propósito de invitar a todos los médicos de la Caja comprendidos entre las provincias de O'Higgins y Chillan, a una concentración en nuestra ciudad, para el mes de Octubre próximo, con el propósito de realizar una labor cientifica y de acercamiento entre los médicos de nuestra Institución.

Se discutió ampliamente la

posibilidad de llevar a cabo la idea que fué aceptada, manifestándose por algunos de los presentes hacer extensiva la invitación a todos los médicos de la región, sean o no de la Caja, realizando, en consecuencia, un Congreso Regional,

Ambas ideas quedaron en estudio para ser resueltas en próximas reuniones.

Se levantó la sesión.

### Fifty years of Medicine and Surgery. An Autobiographical Sketch. Dr. Franklin H. Martin, Chicago 1934

Franklin H. Martin, el cirujano norteamericano que ha dado mayor vuelo a la perfecta organización de los cirujanos de la Unión y del mundo, el médico fundador y auspiciador del American College of Surgeons; hoy en día la más alta y conocida asociación de cirujanos, nos ha brindado la ocasión de leer este soberbio libro.

Esta no es una autobiografía vulgar y corriente. Desde su primer capítulo: "Yes, I will be a doctor", se percibe el libro que nos va a describir el trazado de una vida interesante

Se asiste a toda la evolución de la cirugía contemporánea. Sus primeros trabajos como ciraiano-ginecólogo, sus progresos, sus actividades, eto., etc., van unidos al progreso que va experimentando esta disciplina en Norteamérica

Un capítulo especial dedica a la Mayo Clinic, nos cuenta cuáles han sido los instrumentos que han tenido los Mayo para triunfar y se evidencia que el antor ha usado de los mismos en su carrera. Basta só'o recordar estas frases dedicadas a esos grandes hermanos Mayo... "To succeed one must make good. To fu'fill the tenets of his calling, a doctor must diagnose diseases accurately, and cure his patient. To accomplish this he must have Knowledge ... etc., y más adelante agrega ... "He cannot serve two masterssociety and his profession. He must learn to think. He must practice economy. He must practice unedicine as a profession and not as a business. Rich and poor are afflicted with similar diseases, and he must treat them with equal care and with equal faith-fulness ... "

En 1905 fundó una revista de Cirugía. Hoy ann vemos esa obra formidable que constituye el Surgery, Gynecology and Obstetrics with International Abstract of Surgery. Sólo esta obra bastaría para justificar la vida de Martin. Pero no se detiene aqui, concibe la idea del American College of Surgeons, hace una jira por los centros quirúrgicos más importantes de la Unión, vence pequeñas suspleacias y logra por fin el 5 de Mayo de 1913, dejar firmemente establecida la más grande y prestigiosa organización quirúrgica del mundo

Vemos en este libro desfilar a todos los cirujanos que han dado sólido prestigio a la especialidad en E. U. A.: Finney, Cotton, Ochsner, Chipman, Haggard, Charles y W. Mayo, Murphy, Crile, McKechnie Kanavel, Deaver, Squier, Cushing, etc., etc., y tantos otros de todos conocidos y vemos y nos convencemos que el gran "metteur" de esta acción quirárgica es Mar-

Fifty years of Medicine and Surgery, debe ser leido por todos los cirujanos, como hemos dicho en sus páginas se asiste a la historia de la cirugia en los últimos cuarenta años en la gran República del Norte, casi vale decir, el desarrollo de la cirugía en el mundo; y, aun más, debe ser leido porque vemos en él un ejemplo digno de imitarse. La vida toda entera de un hombre dedicada con todo entusiasmo, sin descanso, sin desfallecimiento, a una gran obra y la coronación de esta obra por un buen éxito rotundo.

La labor de Martin persistirá y se admirará siempre. Su labor está expuesta sin pretenciones, en forma sencilla y amena en esta obra.

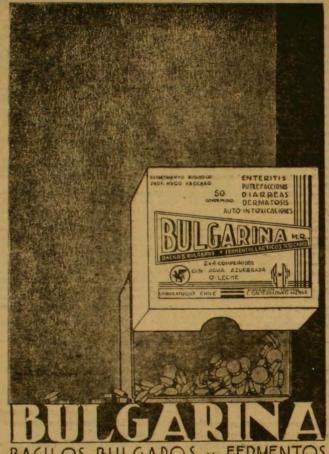
A. A. G.

dra. Como lo expresa muy bien el autor, "esto tiene por objeto hacer que los alumnos se e luquen en los principios esenciales de la Cirugía, que practiquen sus bases fundamentales: asepsia, anestesia, hemostasis".

Hoy en día, en la mayoría de las facultades, se hace la enseñanza de la terapéutica quirúrgica, en animales de experiencia y en este sentido, el libro del Prof. González, viene a ser el primero que en forma cientifica, acabada y completa, resume la forma en que se efectúa este nuevo modo de enseñar esta técnica.

El libro está dividido en dos secciones: una, primera, parte general, y una segunda, en que están descritas y acompañadas de espléndidas láminas, numerosas técnicas operatorias.

Este libro del Dr. González, es un verdadero y valioso aporte a la cirugia y a la enseñanza,



BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS
LACTICOS DESECADOS
OLICITE MUE/TRA/AL
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL
LABORATORIO CHILE
AGUSTINAS 1070-OF 210-TEL. 63561

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

## INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20.-

En los demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



### BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año I

Santiago, Junio de 1935

N.o 13

# EDITORIAL

# El Problema de la Habitación

Cada vez más la Medicina va tomando relación intima con el medio en que se desarrollan y actúan los miembros del conglomerado social.

Parte de esta interrelación, hasta no ha mucho, estaba encuadrada dentro de la Higiene pura, aislado en una torre de marfil, sin relación intima

con el resto de la actividad médica-curativa.

Poco a poco ha ido uniéndose a esta última y ha formado un conjunto con relaciones mutuas, que ha traído por consecuencia el demostrar que la medicina preventiva tiene, en todos sus aspectos, un papel capital, se ha unido al dinamismo de la medicina curativa; ha tomado su ritmo y hoy en dia la consideramos como su guiadora.

La Medicina toda ha pasado a ser verbo, movimiento, acción y norte

de gran parte de la actividad social.

Ya hemos insistido en la importancia que tiene la lucha inespecífica en

las enfermedades sociales.

Sin lugar a dudas, uno de los elementos que tienen, quizá, mayor influencia en la vida del hombre es la habitación. Los médicos higienistas del país y los ingenieros sanitarios no habían tomado el peso a tan pavoroso como importante problema.

Recién en el último congreso de urbanismo se vió la necesidad de abordarlo y recién ahora se iniciará una estadística seria, documentada y com-

pleta, de las necesidades del país en materia de habitación.

El exacto estado actual en que se encuentra tal problema no lo conocemos, no podemos decir con fijeza el standard de higiene de las habitaciones en Chile, sabemos que es malo; no podemos tampoco afirmar la densidad de habitantes en cada habitación, etc.

Un hecho evidente, en el que es inoficioso insistir e inoficioso detallar. es la trascendencia que tiene la habitación en la vida física, psíquica y ética, y especialmente la relación estricta que hay entre el medio habitual en que

vive el individuo y las enfermedades sociales e infecciosas.

La Caja de Seguro Obligatorio, al iniciar a lo largo de la República su Plan de habitaciones para obreros, ha demostrado tener visión de lo que representa para el porvenir el evitar, o por lo menos el disminuir, la carga

patológica del futuro.

Como hemos advertido, no podemos afirmar a la luz de la estadística cuál es la situación precisa en que se encuentra el problema de la habitación en Chile, seguramente, la inmensa mayoría de los habitantes no vive en un medio acorde con lo que la higiene ordena. Una buena estadística nos puede dar a conocer en forma integral estos hechos; sin embargo, este primer paso dado por la Caja de Seguro Obligatorio, será un beneficio manifiesto y apreciable para la colectividad.

# Algunas consideraciones sobre Legislación

## Antituberculosa

Dr. FELIX BULNES (Médico-jefe)

Se ha dicho con justa razón que la tuberculosis debe ser considerada como enfermedad social.

El concepto de enfermedad social, recientemente incorporado en medicina, resulta para Burnet de fácil definición y estima que una enfermedad es social 1.0, en la medida que los seres atacados viven en grupos sociales más o menos densos y solidarios los unos con los otros a lo que se agrega los caracteres bológicos de la enfermedad, caracteres epidemiológicos que determinan la extensión, la tenacidad y la evolución de ella: y 2.0, perque presenta caracteres especiales determinados por el hecho de que la sinciedad está dividida en categorías o clases que diferen las unas de las otras por los medios de existencia, de los que dependen, a su vez, los medios de realstencia a la enfermedad.

Tomada al pie de la letra esta definición, nos percece que en ella sólo quedan comprendidas las epidemias y, en cambio, quedan precisamente excluidas, nor carecer de los caracteres de epidemias, enfermedades que indiscutiblemente deben ser consideradas como sociales (effils, zonorrea.)

En nuestro concento, las características principales de una enfermedad social, serían; a) su evolución lenta en el sentido de que su influencia en el estado general se produce a través de un período más o menos largo de tiempo; b) que, por lo tanto, permiten al enfermo continuar sus actividades normales de vida, actuando en el grupo social ein que fote se vis cuenta que se encuentra enfermo y transformándose en un agente propagador; e) tener una influencia sobre la descendencia, ya sea transmi'iendo el germen (sifilis), produciendo esterilidad (conorrea) u originando seres conceniramente debiles (tuberculosis); ser esancialmente prevenibles, en forma que una buena labor de prevención debería hacerias desaparecer de la sociedad; e) obrar permanentementa en el medio social; y f) propagarse por contacto directo.

A este concento de enfermedad social debe corresponder el de higiene social, que, según Burnet, es: a) una higiene de les masas, cuya aplicación no puede ser realizada con áxito ni por el individuo, ni por la familia: y b) una higiene que, tomando en cuenta la desigualdad económica de las clases en que está actualmente dividida la sociedad (ricos y nobres), tienda a su igualación desde el punto de vista de la salud de la selectividad.

De lo expuesto se demrende que la enfermedad social cera un problema que no interesa sólo al individuo, sino que a la colectividad en general y que los métodos de lucha deben buscarse en la higiene social que no es posible apilcer sin considerar una igua-dad de recursos económicos para linentar iguales método en las distintas clases de la actual sociedad. Se comprende entonces que hoy día esta acción selvido puede ser realizada por el Estado, mediante legislación especial, única manera de actuar ecohre grandes grupos de la sociedad y, sobretodo, cuando es necesario en muchos casos coartar la libertad individual, imponer cargas tributarias, crear organismos cuya acción deberá tener correlación y coordinación entre si.

Le legislación social creadora de los Seguros Sociales, es la que en los últimos tiempos ha tesido mayor influencia en el combate contra la enfermedad social, pues ha venido a salvar el obstáculo producido por la diferencia de recursos disnonibles en las clases económicamente debites. Ella significa en la hora presente el primer paro de un amplio espíritu de solidaridad social, pues no sólo coloca a la masa de individuos de excasos recursos en condiciones más ventajosas para la lucha contra la enfermedad social, sino que la protege contra otros riescos, como ser la cesantía, la invalidez, la maternidad, etc.

Aparte de esta legislación, cura importancia es primordial, existen innumerables disposiciones que en la práctica aparecen aplicadas por diversoa organismos, desgloradas en legislaciones también diversas y que tienden todas a idéntico fin

La noción de que la tuberculosis es una enfermedad social y que es necesaria la aplicación de reglas de hicione social para combatirla (lo que importa Igualdad de métodos de combate), se hace más interesante al establecer que ataca a todas les razas, a todas las edades, a todas las clases de la sociedad, diferenciándose sólo en el grado de intencidad y frequencia con que se presenta en algunos de estos grupos. Estos grupos son precisamente aque'los que tienen un s'andard de vida superior y que han llegado a un mayor grado de civilización. Hacemos excepción de la tuberculosis que se precenta en ciertas regiones llamadas indemnes, ya que en ellas sólo se presenta con caracteres de epidemia, sin la importancia de la enfermedad social.

De aout se desprende que para obtener una disminución de la tuberculoria sea necesario dar a la masa económicamento dibil un mínimum de confort (habitación, alimentación, etc.) y una suma de conocimientos hiciénicos y de costumbres, que en la actualidad sólo son propios de las clases superiores o adineradas.

Erro es tan importante que ha hecho pensar a muchos autores que el esfuerzo que se gaste en este aspecto tiene un valor superior al que podría tener lo que se ha l'amado la lucha específica contra la tuberculosis, en cuanto a factor de disminución de la morialidad, a se ha procepizado como factor tan indispensable que sin él no re obtendeía resultado alguno aún con los métodos de lucha directa más completos.

En realidad, ambas coas se completan. Burnet le atribuye la disminución que se observa en Europa antes de iniciarse la lucha específica y atribuye a los factores alimentación, habitación y educación gran influencia, la que queda demostrada al considerar que la disminución de alimentación durante la guerra trajo como consecuencia un aumento de 13% de mortalidad en Inglaterra entre los alienados y prisioneros, 30% en Holanda. 70% en Alemania y Austria, 35% en Italia, etc.

Como ya difimos, todas las medidas que tiendan a mejorar el standard de vida de la clase débil, en haoitación, alimentación, educación, etc, influyen como un factor de lucha contra la tuberculosis, constituyendo la lucha indirecta o in-

especifica.

Las medidas que tienden a establecer la lucha directa o especifica contra la tuberculosis son, en realidad, las que se encuentran mejor codificadas y tienden a obtener los recursos necesarios para el funcionamiento de los diversos establecimientos destinados al tratamiento y aislamiento de los individuos atacados (hospitales, sanatorios, etc.)

Entre nosotros, el código sanitario, la ley de la habitación barata, la ley de educación primaria obligatoria, etc., constituyen un conjunto de disposiciones de cuya aplicación resul'a una serie de medidas de higiene social que contribuyen a

la lucha inespecífica,

Pero de cutre las leyes sociales chilenas es, sin duda, la ley de seguro obrero la que se encuentra en mejores condiciones para obrar en contra de la tuberculosis, ya que ella puede desarrollar su acción en los dos sentidos ya mencionados (lucha específica e inespecífica.)

La lucha específica que esta Institución desarrolla se encuentra claramente expuesta en el trabajo presentado al Congreco de la Cala de Seguro por el Dr. H. Orrego y aprobado por el H. Consejo el 9 de Enero de 1934. Este plan consiste fundamentalmente en la creación de centros de especialización (dispensarios Calmette), en centros de atracción (hospitales sanatorios) y en la fundación de preventorios y centros de readaptación. Todas estas obran se encuentran en piena ejecución y su detalle sería largo de enumerar aquí.

La obra inespecífica está a cargo directo de la Administración General de la Caja y constituye la política económica de su actual Administrador. Consiste fundamentalmente en invertir los capitales de reserva de la Caja de Seguro en forma tal que actúen entonando la economía nacional y elevando el standard de vida de la clase asegurada. Se ha abordado la construcción de habitaciones higiénicas para obreros y e: proporcionamiento de vestuario higiénico y barato al alcance de esta masa. La radicación de familias en predios rurales, en habitaciones confortables y con trabajo seguro, las cantinas populares que pongan a disposición del obrero alimentos sanos y baratos, son otras tantas actividades de esta Institución que deben considerarse como elementos indirectos de lucha antituberculosa.

Finalmente, esta misma política econômica do

la Caja permitirá a la Beneficencia, organismo encargado de la lucha directa en las clases económicamente debiles no aseguradas, desarrollar sus servicios en forma que pueda multiplicar su armamento antituberculoso.

En esta forma se está supliendo en Chile la falta de una legislación especial destinada a combatir la tuberculosia, y por un camino diverso y gracías a la iniciativa de estas Instituciones podrán obtenerse resultados relativamente satisfac-

torio

Sin embargo, este optimismo no puede impedirnos pensar que hasta el momento hemos recorrido un corto trezo del largo camino que en esta materia tendrá que recorrer el país. Los recursos económicos son hasta la fecha insuficientes. El problema de la vivienda es vasto y afecta de Norte a Sur de la República. El armamento antituberculoso es aún casi inexistente, la cultura del pueblo es nula.

Para intersificar la lucha antituberculosa emprendida y llenar los vacíos que la práctica ha demostrado, voy a pasar en revista tres ideas

que han sido preconizadas:

 a) Un seguro contra la tuberculosis a semejanza del establecido en Italia, Suiza. (Dres. Orrego y Arriagada.)

- Ampliación de las pensiones de Invalidez, concediendo pensiones de Invalidez temporal a los tuberculosos (Dr. Schweitzer.)
- c) Las cajas de Compensación Familiar.

A .- SEGURO CONTRA LA TURERCULOSIS. El tipo de este neguro es el establecido en Italie por Real Decreto Ley de 27 de Octubre de 1927. Es un seguro social que cubre el riesgo de tuberculosis entre sus imponentes, es obligaterio para las personas de ambos sexos que están aseguradas contra la enfermedad e invalid-z y tieno per objeto efectuar la lucha específica entre los assgurados y sus familiares, proporcionándoles asilo en lugares especiales de cura sanatorial, hospitales-sanatorios y post-sanatoriales. Su financiamiento se efectúa con la contribución de patrones y asegurados en igual proporción y que va desde 0.50 hasta 1 lira, según el salario. La organización del servicio está entregada a la Caja Nacional de Seguros Sociales, la cual, a su vez, sigue las directivas técnicas que le da el Ministerio del Interior, el que establece la coordinación y correlación con los diversos servicios que tienen a su cargo la profilaxis antituberculosa de la Nación.

Junto e la Caja Nacional de Seguros Sociales se instituye, pera el securo de Tuberculesis, un organismo autónomo, administrado por el Consejo de Administración de la propia Caja y asesociado por un comité técnico especial que legisla sobre las cuestiones sanitarias, sobre la construcción de hospitalis y sanatorios, etc.

Las prestaciones consisten en; a) Tratamientos ambulantes en dispensarios especiales fitos o ambulatorios; b) En curas a domicilio en sustitución de hospitales o sanatorios; c) En curas-sanatoria/es u hospitalentas. Estas curas comprenden las prestaciones médicas, las medicinas y la asistencia integral estimada como conveniente según la indole de

la enfermedad y las condiciones de la familla del asegurado; d) En un subsidio en dinero que corresponde a 4 liras diarias durante los primeros 6 meses y 6 liras pasado este piazo, cuando existen hijos legítimos o naturales, hermanos o hermanas que vivan de 31 y a sus expensas, no mayores de 15 años.

A pesar de que es la Caja Nacional de Seguros Sociales la encargada de la recolección de los fondos del Seguro contra la tuberculosis y de la administración de ellos, este Seguro tiene capital separado y distinto de los otros servicios de la Caja Nacional, y paga a ésta las prestaciones que ha efectuado a sus asegurados. Los capitales acumulados pueden ser invertidos en obras remunerativas, lo mismo que los capitales de la Caja Nacional de Seguros, pero, además, pueden iser proporcionados a esta misma u a otras Instituciones similares para la construcción e instalación de lugares de cura de tipos sanaterial u hospitalario.

B.—AMPLIACION DELI SEGURO DE INVA-LIDFZ.—Una de las limitaciones de la ley de Seguro Obligatorio chilena, que mayores dificultades crea, es fijar a la asistencia médica un plazo que, como sabemos, es, en la gran mayoría de los casos, absolutamente insuficiente para estatuir cualquier cura (sanaforial, colapsoterápica). Esto obliga en una gran proporción de casos a abandonar enfermos en plena convalecencia y entregarlos a su propia suerte, perdiéndose en esta forma individuos perfectamente curables si se hubiera hecho una cura completa.

A fin de evitar este gravisimo defecto de nuestra Ley de Seguro, que significa pérdidas de vidas, de esfuerzos y de dinero (1 año de cura sanatorial de un asegurado cuesta \$ 6.000), se propone una modificación de la ley que consiste en conceder pensiones de invalidez semporal a los asegurados que han cumplido 52 semanas de atención médica y subsidios y tienen probabilidades de curación. Mientras se mantiene la invalidez se concede asistencia médica curativa. Si la curación no llegara, la pensión se haría definitiva en conformidad a las disposiciones actuales en vigencia.

C.—CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR.

Con un percentaje determinado de los salarios que cada patrón paga a sus obreros se forma un fondo común que tiene por objeto repartirlo proporcionalmente a las cargas de familia que cada obrero tiene. Esta repartición del fondo es meramente teórica, ya que su distribución no se efectúa en especies (dinero), sino en prestaciones naturales (servicios).

Las prestaciones no se efectúan directamente por organismos propios de la Caja de Compensación, sino por organismos oficiales ya existentes y destinados a las distintas actividades asistenciales.

Por ejemplo:

En el caso del tuberculoso en cura sanatorial. la Caja de Compensación pagará a la Caja de Seguro el gasto que demande la estada de sus hijos en un Preventorio o bien contribuirá con el arriendo del hogar abandonado, el que deberá quedar bajo la supervigilancia del servicio social del Seguro.

Si no se tratara de un asegurado, procedería en igual forma con los organismos de Beneficencia, etc.

De la importancia del fondo disponible depende que sean abordados otros aspectos de higieno social que constituyen otras tantas medidas de profilaxis contra la tuberculosis: alimentación escolar; ropero infantil; colonias infantiles; obra Grancher, etc. etc.

De la breve enumeración que hemos hecho de las característicos de estos tres sistemas, no hay Juda que el establecimiento de Cajas de Compensación en Chile, tendría hoy día grandes ventajas. Al lado de los medios de lucha específica e inespecífica enumerados al comienzo y que están en marcha, las Cajas de Compensación permitirian desarrollar una intensa labor preventiva que se ejercitaria principalmente en la infancia, influyendo en el medio familiar y evitando que la escasez de recursos del jefe del hogar traiga como consecuencia deficiencias en la allmentación, en la habitación, etc., de sus familiares. Ya hemos dicho que estos factores son los que tienen mayor influencia en la morbilidad de la tuberculosis.

La Caja de Compensación colocaría al individuo enfermo en condiciones de poder hasta el final sus tratamientos, ya que la necesidad de ganar el sustento diario para su familia no existe. La acción de la Caja seguiría manifestándose en el hogar hasta en el caso del fallecimiento del enfermo.

Para terminar, voy a resumir en algunas concius,ones, lo anteriormente expuesto,

- La tuberculosis debe ser considerada como una enfermedad social.
- Para combatiria eficazmente debe recurrirse a reglas de higiene social.
- Estas regias sólo pueden ser aplicadas por el Estado. A 21 corresponde, pues, preocuparse de solucionar el difícil problema que crea la tuberculosis en Chile.
- El esfuerzo desplegado por los organismos que tienen a su cargo la salubridad del país no es suficiente, por carencia de recursos y falta de coordinación.
- Es urgente que una legislación especial sea una realidad.
- La fundación de Cajas de Compensación pondría en nuestras manos nuevos elementos de combate que vendrían a evitar la esterilización de los esfuerzos desplegados actualmente con tanto entusiasmo.

BOLETIN MEDICO

# Lucha antivenérea en la República Argentina

Dr. RAMON GONZALEZ, Médico del Consultorio San Francisco.

La Caja del Seguro Obligatorio, en su afán incansable de mejorar los Servicios Médicos y de colocarlos en forma eficiente en beneficio de los asegurados, me encomendo, por intermedio del Médico Jefe, el estudio de la Organización de la Profilaxis Antivenérea en la República Argentina. Su estudio está de gran actualidad, principalmente en esta institución de carácter social, cuya vida y eficiencia depende de las buenas condiciones de salud de sus asegurados. Las enfermedades de trascendencia social, especialmente la sifilis, es la responsable en gran parte de la morbilidad e invalidez que debe atender el Seguro Obligatorio. Toda esta carga pesa sobre los presupuestos, de manera que un plan de profilaxis antivenérea, justifica cualquier gasto que sea necesario efectuar.

### Estado actual de la lucha antivenérea.

El consenso general y el espíritu de los especialistas dice que en la profilaxis antivenérea la base es el tratamiento gratuito, y como consecuencia la creación del Dispensario, se agrega también la propaganda pública para atraer y formar conciencia de los enfermos atacados de mal venéreo. En la República Argentina esta profilaxis está en manos de tres organismos, cuya interdependencia hace perder la intensidad de la lucha antivenérea, pero últimamente se abre camino la idea de la Dirección única centralizada, que coordine la acción de estos diversos organismos. Es verdad que tropieza con serias dificuitades: 1.0) El régimen político; 2.0) Los poderosos intereses particulares establecidos y organizados desde muchos años.

En un informe presentado por el Jefe del Departamento Nacional de Higiene, se pueden apreciar las siguientes observaciones, que hace al proyecto de ley presentado a la Honorable Camara de Diputados por el Dr. Jiménez: 1.0) Coordinar por medio de convenios los aervicios existentes sobre las siguientes bases: A) Libreta Universal de tratamiento, libros y fichas similares; B) Sistema único de tratamiento; C) Centralización de las estadísticas en la Sección Higiene Social del Departamento Nacional de Higiene

Los organismos encargados de la Profilaxis antivenérea son los siguientes en la Capital Federal de Buenos Aires: 12 Dispensarios dependientes del Departamento Nacional de Higiene, el cual depende del Ministerio del Interior, están ubicados 2 en la Capital Federal y el resto en las Provincias. Durante el 1, er semestre de 1933 tuvieron el siguiente movimiento:

Sifilis	primaria .	*		-	810	-	9.16%
Sifilis	secundaria				1357	-	15.59%
Sifilis	terciaria .		1		1206	-	13.54%

TOTAL	 3373	-	38.29%
Gonorrea aguda			
TOTAL	 4143	=	44.64%
Uretritis banal	77	-	0.87%
Enfermos varios Sobre un total de enfe			de 8831.

La Municipalidad de Buenos Aires por meaio de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria de la Capital Federal ha creado la sección de Profilaxis de las enfermedades venéreas, que se rige por Ordenanzas del 13 de Junio de 1919 sobre Profilaxis de Enfermedades Venéreas y del 16 de Junio de 1919 sobre Prostitución y ampliada por algunas Ordenanzas que tratan sobre "Protección a la mujer que deja de ejercer la Prostitución". La Dirección de estos servicios mantiene 16 Dispensarios a los que hay que agregar 7 más dependientes de las colectividades particulares, como la colonia española e italiana y que bajo ciertas franquicias (exención de impuestos municipales) han creado Dispensarios antivenéreos. Todos estos Dispensarios funcionan 2 horas de 6 a 8 P. M. Hay, además, un Dispensario llamado de Salubridad que se dedica al examen de las prostitutas y es gratuito. Para los exámenes se cuenta con un Laboratorio central. El enfermo ingresado es fichado, anotado y diagnosticado, y se envía a la Direción general la estadística mensual. Estadística de los Dispensarios Municipales del año

Sifilis primaria	. 1629	-	7.16%
TOTAL	5503	-	24.18%
Chancro blando			
Gonorrea crônica	. 4528	-	19.89%
TOTAL	.14877	-	65.36%
Uretritis banal	. 1864	-	3.809

Total de enfermos nuevos 22759.

No habiendo denuncia de la enfermedad venérea, no hay una estadística central, de manera que los enfermos se cambian de domicilio a su arbitrio y se tratan donde mejor les plazca, de modo que cas estadísticas pueden estar superpuestas. No hay el siatema de avisos al enfermo que faita, ni hay modo de obligarlo a hacerse el tratamiento. Esporádicamente se efectuan conferencias de propaganda antivenérea. La Cruz Roja vel Hospital Nacional de Clinicas, dependientes del Ministerio de Instrucción, mantiencu Dispensarios antivenéreos. La Sociedad de Beneficencia Nacional, dependiente dei Ministerio de Relaciones y Cuitó, mantiene también algunos Dispensarios antivenéreos; digno de mención es el Instituto de Maternidad del Hospital de Rivadavia, árrigido por el Profesor Peralta Ramos. En este Instituto hay una sección decicada al estudio de la sifilis de las embarazadas, de la Profilaxis sifilitica pre-natal, un Consultorio externo, etc.

El Ministerio de Marina se riga por Ordenanzas propias, que ha confeccionado para la Profitaxis antivenérea de los conscriptos. Estadística de 1924 a 1932:

Total de conscriptos.	
Sifilis total antes de incor- porarse	0.44%
Blenorragia total antes de Incorporarse 716 —	1.81%
TOTALES 760 -	2.25%
Sifilis total después de in- corporados	0.53%
incorporados 3080 —	7.76%
TOTALES	8.29%
Total de sifilíticos 255 — Total de gonorreicos 3796 —	0.64% 9.57%

El Ministerio de Guerra tiene también sus Ordenanzas propias para efectuar (a Profilaxis antivenérea. Inscritos desde 1924 a 1932: 294688.

Sifilis y complicaciones	930	-	0.31%
Blenorragia y complicacio-	9192	-	3.12%
Chancro blando y complica-	3057	-	1.03%
Total de venéreos	13179	_	4.46%

En las Provincias argentinas que mejor ticnen organizados la Profilaxis antivenérea está Córdoba y Santa Fe. La primera tiene 18 Dispensarios repartidos en la Provincia. En la ciudad de Cór-loba, capital de la Provincia, existe un magnifico Disp-nasrio central, en donde funcionan las oficinas centrales de estadisticas y cuenta con 6 camas para la hospitalización de los casos más agudos. Estadistica de 1932:

Enfermos nuevos atendidos: 2143.

La sifilis primaria aparece en el 9.29% de los enfermos de la Provincia y en el 11.30% en la ciudad de Córdoba.

En la Provincia de Santa Fe hay 20 Dispensarios gratuitos para la lucha antivenérea. El tetal de Dispensarios para la República Argentina es más o menos 120, número insuficiento para la pobiación de 12 millones, pero se están creando nuevos Dispensarios para llegar a una proporción de un Dispensario por cada 20 5 30 mil habitantes.

#### Prostitución.

Sin entrar a definir lo que es la prostitución ni la clasificación de las prostitutas, debo decir que en la vecina República dominan dos criterios: el abolicionista y el reglamentista. Hasta 1934 existía en la Capital Federal una Ordenanza por la que se regla la prostitución. Esta Ordenanza fué suprimida el 1.º de Enero de 1933 y la prostitución se efectúa libre y sin control. En la Provincia de Buenos Aires existe reglamentación en algunos departamentos y en otros ne existe. En las Provincias como Córdoba y Santa Fe existe una reglamentación, pero el consenso general médico estima que debe suprimirse, por no dar los resultados esperados, pues el control alcanza sólo a un 12% de las prostitulas. Las razones que aducen son las elguientes: 1.0) La reglamentación, es decir, examen médico, visitas domiciliarias y medidas policiales, alcanza sólo a un mínimum de mujeres. quedando sin control una gran masa de prostitutas. 2.0) La reglamentación tiene como base el prostíbulo y como consecuencia la trata de blancas, 3.0) El examen médico de las prostitutas no asegura su estado sanitario. 4.0) Juridicamente es incompleta, pues sólo alcanza a una parte de las concursantes o cupla, quedando ei hombre sin sanción, a pesar de ser portador de gérmenes infecciosos.

En una publicación sobre prostitución hecha en 1932 por el doctor J. J. Puente, actual Jefe del Departamento de Higiene Social, decia: En 1922 había en Buenos Aires 533 prostituas inscritas siendo la prostitución clandestina de 8 a 10 mil prostitutas. En Rosario, cludad de medio mil ón de habitantes, había 17 prostibulos con 2 mil mujeres inscritas, existiendo más de 30 ciandestinos.

Los argumentos de los reglamentistas son las sigulentes: que se observan menos infecciones contruídan en los lenocinios, pero se objeta a esto que por una prostituta inscrita hay diez no fi scritas y que es mucho más fácil que se contagien las reglamentadas que tienen más contacto que las libres. Y, finalmente, argumentan los reglamentistas que si no existe el lenocinio las prostitutas irán en busca del cliente a la calle y se multipilcarán los "rendez-vous" que son peligrosos. Haciendo una disquisición sobre esta materia y preguntándonos: ¿debe existir en nuestro país la abolleión o la reglamentución? Creo que todos los medios destinados a 'uchar contra el gonococo y la espiroqueta, aunque sus resultados sean escasos, ce justificanmaxime si consideramos que la cultura de nueztro pueblo es bastante escasa y absoluta la ignorancia en materia de higiene sexual. Se ha visto en Santiago, que con el cierre de los prostíbulos por los Carabineros, un aumento notable de las afecciones venéreas originadas por tas prostitutas sin control o "corteras".

Algunas observaciones que me merece la profilaxis antivenérea en Argentina.

Previamente debo establecer que el standard cultural del pueblo argentino, principalmente en Buencs Aires y Rosario, es muy superior a nuestro puebto; los hábitos higiénicos, el cuidado de la salud, la cultura general, son medios que explican el nivel superior del pueblo de la vecina República. En la ciudad de Buenos Aires y en el resto de la República se le da gran importancia al Dispensario, al que se le considera como elemento básico en la profilaxis anuvenérea. Los hay muchos y muy buenos, de modo que al que atrapa una afección venerea le sea fácil atenderse y recibir consejos. Los dispensarlos son muy confortables materialmente, dotados de todos los elementos necesarios y repartidos en todos los barrios. Una vez fichado el enfermo recibe una libreta personal que dura 4 años y que se ha adoptado en toda la República. La libreta contiene las anotaciones del tratamiento, consejos para las enfermedades venéreas y algunes regiamentos. Esta libreta es reproducida en un libro estadís ico, donde queda anotado todo el tratamiento que se ha hecho al enfermo, de manera que si se traslada a otro punto de la República, pueden obtenerse los datos consignando el nombre at Dispensario donde fué tratado. Esta libre a única de tratamiento está generalizada desde hace muy poco tiempo.

Me llamó la atención que los enfermos se hacen solos sus lavados una vez que son enseñados por el ménico, o se lo hacen en su domicilio previa autorización del médico, con la condición de volver una o dos veces por semana a consultario. Este sistema lo observé en Córdoba y Buenos Airsò. Las complicaciones que pueden venir por este método son mínimas, según me atestiguadan los colegas.

Existe un tratamiento anti-sifilítico standard, tecomendado por la Asociación járgentina de Dermatología y Sifilografía, que se sigue en casi toda la República. Este método tiene una serie de ventajas que indicaré más adelante.

No existe una estadística central debido a la multiplicidad de organismos que efectúan la profilaxis antivenérea, pero como ya lo he dieno, existe en el ambiente médico la necesidad de una estadística central uniformizada, pero respetando las actuales organizaciones que luchan por el mismo fiu, que son poderocas y bien equipadas, de manera que la Oficina central sea una coordinadora.

Falta en general el servicio social de visitadoras, que ponça en aclación al médico con el enfermo, que controle di tratamiento de éstos y que llegue hasta la intestigación del foco venérco. La regiamentación está abolida en la capital federal, pero está en vías de organización una propaganda activa por medio de conferencias, volantes y la radio difesión.

Actualmente existe una media hora diaria de radio difusión dedicada a propagar el conocimiento de los problemas medicos higiénicos. Un plan de profilaxis antivenérea que podría adoptarse en el 8. O.

Antes de proponer el plan me permito exponer algunos motivos: 1.0) La sifilis produce una alsminución en general de la resistencia organidebilitando al individuo y dejándolo en condiciones de atrapar cualquiera afección intercurrente. 2.0) La sifilis es hereditaria y tiene como cortejo a los heredo-sifiliticos con todas sus alteraciones orgânicas y psíquican: idiolas, degenerados, atrasados mentales, criminales, sin afectos familiares, que mantienen las dificultades en la formación de un hogar correcto, todo esto repercute admirablemente en la economia nacional, originando aumento presupuestario. Esto interesa principalmente al S. O. cuyos presupuestos están en relación directa con la salud de sus asegurados. No conozco estadísticas que indiquen el número de niños y adultos sifiliticos que atiende la Caja ni el número de inval'deces que se obtiene por etiología sifliftica. Algunas estadísticas extranjeras nos darán a conocer la gran difusión de la sifilis: Hazen calcula en un 10% la población norteamericana atacada de sifilis. Bazet admite el 5 al 15 % para Balgica. En el Uruguay, May calcula el 18%. Los heredo-sifiliticos también ocupan un tanto por ciento importante, según Marfan el 30% de los niños examinados en los consultorios son heredo-sifilíticos. Nasso, en los consultorios de Nápoles da el 25% de niños heredo-sifilíticos. La mortalidad de estos niños es también alta, 60 al 70%. La base principal de la campaña sobre profilaxis antivenérea, a juicio de los especialistas, es el dispensario. Este debe reunir el confort necesario para médicos y enfermos, y estar dotado de todos los elementos necesarios. La distribución debe ser cómoda: sala de espera, sala de curaciones, sala de endoscopía, etc. No entraré a estudiar la distribución detallada de los departamentos, eso sería acuerdo de los especialistas y arquitectos de la Caja. Con respecto a su ubleación, si conviene la centralización o descentralización y su ubicación en los barrios obreres, sería cuestión de estudios, pero dado el espíritu de la campaña debe ubicarse en los barrios populares.

¿Cómo se organizaría el trabajo en estos Dispensarios? Lo más conveniente es que funcionen las siguientes especialidades: Dermatología y Sifilis y Vias Urinarias y atendidos por especia listas de picl y urología, en las ciudades grandes como Santiago, Valparaíso y Concepción. Habria un Jefe responsable de todo lo "lacionado con la atención de los enfermos, mejoramiento del servicio y estadística. El enfermo sería fichado previamente, para lo que aconsejo adoptar la ficha que se usa en los dispensarios de Córdoba. Habría una para niños y otra para adultos. En esta ficha el médico anotaria los resultados del examen, la que después sería archivada. A esta ficha le faltan algunos datos que interesan al S. O. y sobran otros. Para establecer una ficha propia para la Caja, serfa cuestión de efectuar una encuesta entre los urólogos y sifilógrafos del S. O. El enfermo recibiría una libreta personal, parecida a la adop-

tada en la República Argentina y sería esta libreta desarrollada en libros estadísticos que quedarlan archivados. La estadística mensual, que regamiria el movimiento habido durante el mes en todos los Dispensarlos antivenéreos mantenidos por el S. O. en toda la República, sería envisda a Santiago en los 5 primeros días de cada mes. Se podría adoptar la estadística que usa el Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad de Santiago de Chile, a la que se le agregarían algunos otros datos que interesan al S. O. El adaptar la estadistica mensual del Departamento de Higiene Social tiene la ventaja que los enfermos que pierden el derecho de atenderse en el S. O. pasarían a los Dispensarios de Higiene Social, premunidos de su libreta personal, en donde podrian continuar su tratamiento, mientras se rehabilitan y vice-versa los que se atienden en los Dispensarios de Higiene Social de la Sanidad, pasarán al S. O., obteniéndose fácilmente los datos en dicho Departamento. De esta manera no se perdería la continuidad y el control del tratamiento que tanto interesa al S. O. Ambos servicios se complementarian manteniendo cada uno su independencia.

Otro servicio que es de absoluta necesidad es el de las visitadoras sociales, cuyo papel sería el de poner en contacto al médico con el enfermo, controlar los tratamientos, investigar el ambiente en que vive el nsegurado y llegar hasta descubrir los focos venereos, los que serían puestos en conocimiento de la Sanidad.

Es igualmente necesario hacer un tratamiento uniforme y minimum para todos los sifiliticos adultos y niños, en los Dispensarlos del S. O. de toda la República. Este tratamiento uniforme también se haría a la mujer embarazada, comprendiendo en esto la profilaxis pre-natal de la sífilis. Doble beneficio se obtiene de este tratamiento, el primero indicando al colega, sobre todo de provincia, una orientación en el tratamiento antisifilítico, con todos los diversos enfermos que se presentan al consultorio. El segundo sería evitar futuras complicaciones e invalideces; de manera que el enfermo que no se sometiera a este minimum de tratamiento sería responsable de su invalidez y el S. O. podría hasta objetar la pensión. Además, esto ayudaría a formar la conciencia de la responsabilidad que tiene el enfermo ante la colectividad.

Otro punto interesante es que el S. O, podría exigir a sus asegurados el certificado pre-nup-

cial, para evitar en lo posible los futuros heredo-sifilíticos. Como complemento del certificado pre-nupcial y en caso que éste no se obtuviera o fallara por circunstancias desconocidas,
podría el S. O. exigir el certificado matrimonial, con el cual se ayudaría a la profilaxis prenatal.

La profilaxis pre-natal, que comprende el tratamiento de las embarazadas, es el punto más importante en la lucha antiven?rea, que desea iniciar el S. O. La razón de esta importancia es obvia, pues muchos de estos niños que son sifilfticos y que han nacido en las diversas Maternidades y cuyos tratamientos han sido hechos en diversa cantidad y calidad de medicamentos, serán después asegurados que aumentarán la "carga venérea" del S. O., debidos a tratamientos incompletos. Para esto el S. O. debe adoptar el mismo temperamento que he expuesto, exigiendo un tratamiento minimum y de acuerdo con los últimos conocimientos y experiencias sobre terapia pre-natal. Y la oficina de la Madre y el Niño de la Dirección de Sanidad sería la coordinadora de los diversos organismos que luchan por la profilaxis pre-natal, asegurando en esta forma la eficiencia y continuidad del tratamiento, que es lo que más interesa al S. O.

### Propaganda antivenérea.

Todo este plan de profilaxis antivenérea presupone una campaña de divulgación por medio de folletos, conferencias, affiches, consejos vertales y radio difusión. Habría que agregar la enseñanza sexual que se haría a sos maestros, padres de familia, centros obreros.

### Servicio Dental.

Debe existir anexo a estas especialidades un servicio dantal que pueda prestar eficiente ayuda el médico, los que hay en la República Argentina son bastante buenos, hasta se puede decir lujosos; están dotados de todo lo necesario; estos servicios también son muy buenos en Córdoba y Rosario. El Dentista no sólo hace extracciones sino que trabajos más delicados, como obturaciones, etc. Sólo me resta mis sinceros agradecimientos al Director del Dispensario Nacional de Higiene, Doctor Sussini y al Dr. J. Fuente, Jefe de la Sección Higiene Social, que tan gentilmente me atendieron.

BOLETEN MEDICO

## Aneurismas de los vasos poplíteos

### ROBERTO ESTEVEZ Cirujano

Consultorio San Francisco

He creido de interés traer a esta reunión dos observaciones de aneurisma popliteo que se refieren a enfermos ingresados al consultorio de San Francisco, el primero en Agosto de 1931 y el segundo en Diclembre de 1934. Ambos pacientes fueron sometidos a tratamiento operatorio y en los dos casos el éxito fué halagador, ya que clinicamente y fisiológicamente se pueden considerar como curados, pudiendo actualmente trabajar, librândose de la invalidez que los imposibilitaba para cualquier oficio, ya que cuando se presentaron a consultar no podían deambulac sino ayudados de muletas por tener la pierna er flexión. Esta clase de afección es relativamente rara entre nosotros y los resultados quirúrgicos publicados también escasos, como lo podemos ver en el siguiente resumen de las observaciones publicadas en la Sociedad de Cirujia de Chile:

Aneurisma arterio-temporal. Octubre del 23. Dr. Petit.

Aneurisma extremidad superior de la tibia. Octubre del 24, Dr. Prado Reyes.

Aneurisma arterio-venoso supraclavicuiar. Noviembre del 25. Dr. Constant.

Aneurisma arterio-popliteo. Diciembre del 25. Dr. Amesti.

Aneurisma arterio-popliteo, Diciembre del 25. Dr. Alvarado,

Aneurisma arterio-popliteo (dos casos). Agosto del 26. Dr. Araos.

Aneurisma arterio-poplitea e iliaca externa. Noviembre del 26. Dr. Opazo,

En total, entonces, 9 casos publicados en el transcurso de 13 años, que van corridos desde la fundación de dioha Corporación.

Obs. 1.a.-S. V., chileno, 37 años, casado. Ingresa al Consultorio de S. Francisco en Mayo de 1931. El enfermo comienza a notar 3 meses antes su enfermedad, es decir en Marzo del mismo año. Se inició con un pequeño tumor en la región poplitea izquierda, doloroso y que latía. La primera consulta que hizo al policlínico no fué seguida de ningún resultado práctico para el enfermo y, según dice, sôlo se le prescribieron pomadas y masaje. En Agosto de ese mismo año, es decir, 3 meses después de la primera consulta y alrededor de 6, de iniciadas sus molestias, consulta por segunda vez porque notó un aumento brusco y los dolores le imposibilitaban ya la marcha. Esta vez fu? examinado en la sección quirúrgica del Consultorio, comprobándose en la región poplitea izquierda un tumor pulsátil con soplo sistólico, además se observa una circulación venosa colateral más marcada hacia la vecindad de la región poplítea. Después de este examen fue enviado al Hospital S. Vicente, sala S. Benjamín, con el diagnóstico de Aneurisma popliteo izquierdo,

La anamnesis tomada en el Hospital es como sigue:

Antecedentes.—Padres vivos, sanos. Tiene un hermano sano. Su mujer vive también, es sana, ha tenido 3 abortos. Tiene un hijo en buen estado de salud. El, es fumador y bebedor moderado. No acusa antecedentes venéreos, y en cuanto a las enfermedades anteriores, fuera de las eruptivas de la infancia, no recuerda ninguna de importancia.

Examen físico.—Enfermo activo. Ofos: conjuntivas limpias. Pupilas reaccionan bien a la luz y acomodación, Boca: lengua limpia, Dentadura en mal estado, faltan piezas dentarias. Cuello: nada especial.

Tórax —Pulmones: normales a la percusión y auscultación.

Corazón: tonos bien timbrados en la punta, ligero reforzamiento del segundo tono en el foco pulmonar Abdomen: nada especial a la palpación ni a la inspección. Higado: borde superior a nível de la sexta costilla, inferior no se palpa. Genitales: nada especial. No hay cicatriz de chancro.

Extremidades.—Miembro izquierdo: llama la atención hacia la región poplitea un aumento de volumen sin reacción inflamatoria y con latidos expansivos sistólicos. Presión dolorosa. A la auscultación de esta región se nota un sopio sistólico. La presión tomada con el aparato de Vásquez es de 12-6½ para el lado izquierdo y de 14-7 para el lado eano.

Hay circulación venosa colateral más marcada en la región de la articulación de la redilla. La coloración y la movilidad del resto del miembre son normales, pero llama la atención la posición en semificación de la pierna que le dificulta bastante la marcha.

El signo de Delbet es negativo, lo que habla en favor de una circulación colateral poco abundante; en efecto, se conservan, aunque algo disminuídos, los latidos de la arteria pedia. La prueba del Pachon es positiva, pero débil. La reacción hiperémica de Matas, a pesar de que se hizo sin el compás compresor de este autor es positiva, comenzando el color vivo en las partes proximales después de quitada la venda de Esmarch y teniendo comprimida la arteria por encima de la aneurisma. Después de estas pruebas nos podemos dar cuenta de que en realidad la circulación colateral no sería muy abundante.

Exámenes de laboratorio,—R. de Wassermann, nositiva \*\*\*. Urea, 0,53 o o en la sangre. Orina; densidad 1014. Reacción ácida. Cloruros, 6 o o o Indicios de glucosa. Urea, 17,93 o o Ex. microscópico: céluias descamadas, escasas. Uratos y Bacterios. Radiografía: Serie B. N.o 4522. Se procede a hacer una arteriografía con abrodil, la que resultó incompleta, demostrándose una masa del tamaño de una naranja de aspecto difuso

en la región pop!itea izquierda. También se observa un sesamcideo.

Diagnóstico. - Aneurisma de la arteria popli-

Después de todos estos exámenes y con el diagnóstico ya indicado, se procede a la intervención.

Operación, 20 de Agosto de 1931. Anestesia raquidea, 0,03 cgr. cocama colocación de una venda de Esmaron en la raiz del munlo izquierdo. En seguida se coloca al enfermo en decubito lateral derecho. Incisión de 20 cm. más o menos que empieza en el mus.o, recorre todo el hueco popliteo nasta la pierna siguiendo la linea media, se recnaza hacia afuera la vena safena externa y el nervio ciático popliteo externo y ligando algunos vasos que sangran. Se aisia cuidadosamento el cabo proximal de la arteria poplitea por encima de la aneurisma, colocando una pinza de Halsted que obstruye la circulación; en seguida se procede a desprender la boisa aneurismática para aislar este saco. Conseguido esto en parte se coloca olra pinza de Haisted en el cabo distal. Interrumpica asi la circulación se procede a abrir el saco produciendose en este momento una ligera hemorragia que provenía de pequeñas arterias que desembocaban también la pared del ancurismis, pere que es dominada fácilmente con taponamiento. Se procede a extraer los coagulos que Legaban gran parte de este saco y al mismo tiempo un coaguio reciente que se insinuaba en el cabo eferente y de más o menos 10 cms. de longitud. Limpio el saco de su contenido y cohibida la nemorragia, exploramos orificios vasculares de entrada encontrâncose éstos separados más o menos en una extensión de 10 cms. siendo el superior del tamaño de una moneda de 10 centavos y el inferior más pequeño. Se procede con seda parafinada a hacer una sutura de estos orificios naciendo la operación conterante según el metodo de Matas ya que era imposible hacer la operación restauradora o la reconstructora debido a la mala calidad de las paredes de este aneurisma. En resumen, endo-aneurismorafia obliterante según dicho autor. Los otros vasos pequeños que también desembocan en la pared aneurisma fueron tratados de la misma manera resocandose el exceso de sico que ya estaba próximo a romperze y que intimamente adneria a la vena poplitea. Se termina la intervención haciendo una sutura longitudinal del saco aneurismático, el que quedó reducido más o menos al calibre de una gruesa arteria y de forma regular. Se comprueba que quitando las pinzas de Halsted y la venda de Esmarch no hay sino una mínima hemorragia. Sutura de la herida operatoria dejando un pequeño drenaje de crin. En seguida se coloca el miemoro en extensión en una gotera.

### Evolución.

22 Agosto-31.—El estado general del enfermo es bueno. Se queja de dolores a la región operatoria. Se cambia el apósito y se retira el drenaje de crin. Ligera cionosis en la cara dorsal del pie. 84 Agosto.—El enfermo sigue menos adolorido y la herida en buenas condiciones.

27 Agosto.—No hay presión ni oscilación en el miembro operado (con el aparato de Pachon). En el miembro sano 14/7. Comprimiendo la herida sale secreción sero-sanguinolenta. Se retiran los puntos de crin, Curación plana. Se comienza a delimitar un punto de necrosis en el 5.0 ortejo región dorsal.

30 Agosto.—Se produce la necrosis, la gangrena del punto dorsal del 5.0 ortejo eliminándose alrededor de una semana después un trozo circular de tejido más o menos del tamaño de una moneda de 20 centavos que comprendía la cara lateral externa y extremidad del oriejo con eliminación también de la extremidad ósea, por lo que fué necesario hacer una amputación total de este pequeño dedo. Sale de alta el 12 de Serembre andando normalmente apoyado en un bastón.

2.a Observación.-J. L. J. Chino. 34 años. Casado. Carnicero, Este enfermo lagresa al Consultorio S. Francisco a fines de Diciembre de 1934. Hace un mes que sufrió una caída restalando en un charco de sangre en el matadero, cayendo con la pierna en flexión y rotación interna sin que el muslo siguiera ese movimiento con la misma intensidad. Es decir, se produce un esguince de la articulación de la rodilia derecha. Inmediatamente sintió dolor en la parte posterior de la rodilla y dificultad para la marcha. Algunas horas después nota que aumenta paulatinamente el volumen de la región poplitea derecha, produciéndose una flexión de la pierna sobre el muslo, lo que va aumentando gradualmente hasta hacerle difícil la marcha. Después de 20 días más o menos de este accidente, consulta al Policlinico del Seguro Obrero.

La primera impresión que hace el enfermo a la inspección, es de una gran hematoma del hueco popliteo, en efecto, se observa un tumor violáceo que ccupa todo el losango, tenco a la palpación, con latidos y un ligero esplo a la auscultación. Siguiendo el examen e comprueba circulación colateral y edema escaso en la pierna, casi sin latidos de la arteria pedia, se conserva el color y el calor del resto del miembro, es decir enfonces, la pruebli de Delbet po-sitiva débu. Haciendo el examen con el osciló-metro de Pachon se comprueba una presión alrededor de 10 máxima y 5 de mínima por encima de la articulación tiblo tarsiana. En el lado sano las presiones son de 14 y 7. Después de este examen se llegó al diagnóstico de rotura de algún vaso poplíteo con la formación de un hematoma, fonómeno debido probablemente a una aneurisma latente que se rompio parcialmente con el traumatismo. Con este diagnóstico fué hospitalizado en el Hospital S. Vicente. Sala S. Benjamin el 31 de Diciembre.

Anamnesis. Antecedentes H. Sin importancia. A. Pers. No bebe. Fumador moderado. No acusa antecedentes venéreos.

Enfermedades anteriores.—Sólo indica que se resfria con facilidad.

Examen físico.-Enfermo en posición activa-

sensorio lucido. Piel elártica, panículo adiposo conservado. Sarna generalizada.

Cabeza.—Ojos: Conjuntivas limpias. Pupilas con buenas reacciones. Dentadura en regular estado. Lengua limpia. Cuello, nada especial. Tórax.—Pulmones: Normales. Corazón: Lige-

Tórax.—Pulmones: Normales. Corazón: Ligeramente apagado el 2. o tono. Presión al Vaquez: 12-9 en el brazo.

Abdomen.-Algo excavado, depresible e indoloro. Higado y bazo: Normales.

Extremidades.—Se nota en la parte posterior de la rodilla derecha un tumor violáceo que ocupa toda la región popitica, de consistencia algo blanda, doloroso, que pone la pierna en fiexión. Circulación venosa complementaria muy desarrollada. El resto del miembro conserva su color y movilidad normales. La prueba de Pachon es positiva débil. El signo de Delbet dudoso; el de Matas positivo.

Exámenes de laboratorio. - Radiografía. 3 Enero-35. Serie C. N.o 2646. Decalcificación ónea. Arteriografía no resulta, se hace con bromuro de sodio Merck. Uremia en la sangre 0, 18 o/oo. Nada especial en la orina. R. de Wassermann y de Kahn positivas intensas. Con el diagnóstico de hematoma popliteo por rotura de un probable aneurisma es operado el 8 de Enero-35. Anestesia percaina 1 cc. (raquidea). Se coloca una venda de Esmarch en la raíz del muslo. En seguida colocando el enfermo en decúbito lateral izquierdo se hace una incisión de 50 cc. perpendicular al pliegue de flexión de la pierna mediana. Se incinde piel y tejido celular y se l'ega inmediatamente a una gran bolsa negruzca de! tamaño de un puño que fué aislada, rompiéndose espontáneamente con esta manichra y encontrándose llena de coágulos. Explorando el interior de la aneurisma se comprueba que se trata de un saco arterio-venoso roto con una amplia comunicación de la arteria en la vena popilitea. Hay dos orificios de entrada en la parte superior, uno arterial y el otro venoso y dos en la parte inferior corresponden también a arteria v vena. Extraídos los coágulos de este gran saco se observa que hay una minima hemorragia no siendo necesaria colocación de ninguna pleza compresora en los vasos por encima de la aneurisma siendo suficiente la venda de Esmarch colocada previamente en el muslo. En vista de la forma de este saco aneurismático y de la mala calidad de sus Taredes y que se trata de un aneurisma arterío veneso se procede a hacer no la operación que aconseja Matas sino la cuádruple ligadura con resección parcial del aneurisma, extirpando solamente la parte del tejido más alterada que comunicaba con la vena dejando a ambos vasos completamente aislados y obturados por una sutura longitudinal a expensas de las paredes mismas de la aneurisma. Se procede a retirar después de esta sutura la venda de Esmarch ne comprobândose hemorragia de importancia. Reconstitución de los diferentes planos dejando un pequeño drenaje de crin.

### Evolución.

8 Enero-35.—El enfermo queda bien. Se la preseriba hipodermoclisis de suero glucosado, inquilna. Extr. pulmonar en caso de necesidad solamente. La pierna quedó inmovilizada en posición normal en una gotera.

10 Enero.—La pierna se mantiene con calor, buen estado general. Tratamiento; se continúa con Insulina, Cianuro y Biemuto.

11 Enero.—Se siente algo decafdo. Pulso tenso 110. Temp. 38°.

14 Enero.—El enfermo está mejor. Buen estado general. La pierna conserva su calor. Insocialo.

15 Enero.—Se examina la herida operatoria refrandose un pequeño drenaje de crin, encontrándose en buen exado de cicatrización. De estas condiciones sigue bien, dándose de alta deambulando normalmente el 20 de Enero. En Mayo de 1935 consulta nuevamente al policificio por dolores punzantes en la planta del pie, no se encuentra presión al Pachon en el lado operado. La cicatriz operatoria es buena, permitterdo todos los movimientos de flexión y extensión de la pierna. El enfermo sigue tratamiente específico y trabaja.

Conar vemes, en el primer caso fué posible una endoaneurismorrafía obliterante que tiene la ventaja sobre la cuádruple ligadura que respeta todas las colaterales, siendo este hecho muy importante para el éxito operatorio. En el primer caso vemos que por las diferentes pruebas de Delbelt, Matas, etc., se podía tener duda sobre ellas, sin embargo, la operación tuvo éxito, no perdiéndose por gangrena sino el 5.0 ortejo. Consideramos que en este caso la cuádruple ligadura o la resección de la aneurisma habrian nido más perjudiciales para el enfermo. porque habria seguramente seccionado colaterales de importancia. En el segundo caso que clipicamente parecía que su circulación colateral estaba formada fué confirmado por el hecho de que la cuádruple ligadura fué también seguida de éxito, aún cuando ésta fué necesario hacerla muy por encima del aneurisma debido al tamaño de éste y a pesar de la ligadura concomitante de la vena poplitea.

Antes de concluir, quiero resumir el resultado de las aneurismorrafias según Matas. Esta operación fué efectuada por primera vez por R. Matas, de Nueva Orleans, en 1888 y fué erigida por este cirujano del método de elección en 1913. En un Congreso de Cirugía Francesa el año 1923, este cirujano presentó los resultados obtenidos por él y otros cirujanos norteamericanos en 350 observaciones de esta naturaleza. De estos 232, es decir, el 66.1 %, fueron operaciones obliterantes; 68, o sea, 22.1 %, restauradoras y sólo 40, o sea, el 11.27 %, reconstructivas. En dicha estadística figuran todos los aneurismas quirórgicos de las extremidades. La mortalidad global fué de 4.61 %, es decir. 1? muerton y las curaciones 333, 95.27 %. Hubo 12 gangrenus, o sea un 3.42 %. 6 hemorragias secundarias, 1.6 % y 3 recidivas, de las cuales dos fueron seguidas de curaciones después de una segunda operación obliterante. Como se ve. estos recultados son mucho más favorables que los que daba el antiguo método de la extirpación del ancurisma y mejores también que los de la cuádruple ligadura, porque van encaminados en todo caso a conservar el número mayor de colatorales.

# Concentración de Médicos Directores de la

Provincia de Valdivia

De gran interés ha sido da reunión que han tendio les médicos directores de la Provincia de Vadivia. En ella se han abordado diversos temas relacionados con la atención del asegurado enfermo en esa zona del país, zona que presenta características especiales por su clima, clase de trabajo, distribución de las poblaciones, medics de comunicación, etc. Podemos comprebar a través del acta de esta reunión la importancia de estas reuniones, en que se valoran las características especiales que debe tener el trabajo médico en relación con los factores dependientes del ambiente.

Asisticron a esta reunión, además del Médico Director Provincial que la presidió, los siguientes Directores de Consultorios;

Médico Director de Osorno, Dr. Alfredo Cruzat Tirapegui,

" " La Unión, Dr. Juan Morey.
" " San José de la Mariquina,
Dr. Pedro Rivera Parga.
" " Lanco, Dr. Armando Sáez
Saldías.

" " Río Bueno, Dr. Kurt Zeckwer.

" Puerto Octay, Dr. Alfredo Poblete.

" " Río Negro, Dr. Cornelio Orconez.

En virtud de lo autorizado por esa Jefatura, se efectaó en Valdívia, entre los días 18 y 21 del presente, una concentración de los Médicos Directores de la jurisdicción provincial.

Se presentó la unanimidad de los funcionarios y se cumplió en todas sus partes el programa elaborado, que comprendía tres sesiones de trabajo: el día vierñes 19, de 9 a 13.30 horas y de 15 a 18 horas; el sábado 20, de 9 a 11 horas. En la noche del jueves 18 se celebró una reunión de compañerismo, a la cual asistió todo el personal de Valdivia. En la noche del viernes se constituyó la Sección Provincial de la Federación Médica. El sábado, de 11 a 13 horas, se efectuó una reunión de carácter elínico en el Hospital, sala del Dr. Carrasco Flores.

La primera reunión de trabajo se inició con una exposición del suscrito, basada en la Memoria correspondiente al año 1934, demostrando el desarrollo de los servicios y la unidad de plan de acción que ha habido en toda su marcha. Se recalcó la necesidad de uniformar los criterios y considerar como una entidad todo el servicio provincial. Se exhortó a los presentes a seguir colaborando con entusiasmo para que el progrese de los servicios demuestre nuestra capacidad ante la descentralización otorgada.

Se expuso en seguida en detalle el plan de acción elaborado en la Memoria para el presente año y todos los concurrentes se manifestaron de acuerdo con las directivas generales de concretar la labor a obtener un mejoramiento de la atención médico-técnica de los enfermos y un perfeccionamiento de la atención rural A propósito del punto que se refiere a la creación de Consultorios en todas las cabeceras de Comunas, el Médico Director de La Unión manifiesta que, a pesar de haber pasado a ser Paillaco una Comuna independiente, estimaba que no se justiscaba la dotación de un Consultorio para esa localidad, por su escaso número de asegurados y por las estadísticas insignificantes de la actual Fosta.

Se pasó en seguida a tratar en particular sobre los aspectos que ofrece en la Provincia el problema de la atención rural, solicitando el suscrito a cada Médice Director una exposición sobre la marcha de sus servicios y las experiencias recogidas.

El Madico Director de Lanco manifiesta que su sector tiene una Posta en Panguipulli, a 52 km. del Consultorio; que en la práctica se hace imposible concurrir con regularidad, en día y hora determinadas, a atender este servicio: Explica que el camino tiene sólo 28 km, transitables para automóvil y que el resto hay que hacerlo obligadamente a caballo, en un recorrido lleno de obstáculos, que permiten ir sólo paso a paso. Agrega que en Lanco hay un solo automóvil de arriendo, de pésimas y muy primitivas condiciones, y que el recorrido lo hace sólo después de grandes ruegos y por un precio exorbi-tante (\$ 120); que en la práctica no ha podido conseguir con los pátrones facilidades para et préstamo de cabalio y aperos. Termina manifestando que ha hecho dos viajes ocasionales, sin aviso previo, a la Posta; que estos viajes no han tenido ninguna importancia desde el punto de vista médico y que la Posta aparece muy nece-saria, tanto por el número de asegurados comprobado por los Inspectores, como por las estadisticas del practicante.

El Médico Director de San José de la Mariquina manificata que su Posta de Mafil la atiende semanalmente con toda regularidad, usando para la movilización el tren, que le permite perranaceer tres horas en esa localidad. Agrega que el trabajo de la Posta va en manifiesto aumento y que los servicios que presta son eficientes.

El Médico Director Provincial expone que en Los Lagos el servicio ha pasado durante el año por una situación excepcional; que ese Consuitorio tiene tres Postas y dos Estaciones de Servicio; que la Posta de Reumen y las Estaciones de Antilhue y Lipingüe pueden atenderse semanalmente con regularidad, usando la vía férrea. Que a Rififhue se puede ir por via férrea, pero que el viaje ce tan penoso, por las pésimas condiciones de la linea, que la Superioridad ha reducido a una mensual las visitas periódicas a la Poeta; que a Futrono sólo se puede alcanzar en un viaje de un mínimo de tres días, lo que hace prácticamente inabordable el servicio para una visita médica periódica regular.

El Médico Director de La Unión manifiesta que la Posta de Palilaco se atiende regular y normalmente, con una visita semanal hecha por tren y que permite permanecer cuatro horas en la localidad. Agrega que la Posta podrá funcionar perfectamente atendida sólo por el Practicante.

El Médico Director de Osorno estima que las dos Postas de su sector, Cúquimo y Cancura, pueden atenderse con una visita semanal, disponiendo de automóvil, lo que tratará de conseguir particularmente. Que la proyectada Posta de Puyehue quedará a 50 km..., pero que el buen camino permitirá alcanzarla en automóvil, siendo su atención sólo cuestión del tiempo disponible. Que la Posta proyectada para Trumao se podrá atender regularmente por via fireca. Termina manifestando que aun no tiene experiencia sobre su zona rural por estar recién llegado a Cosorno.

El Médico Director de Río Bueno manifiesta que no fiene ningún rervicio rural en su sector y que en la práctica non escasisimos los llamados a los campos. Que la Posta proyectada para Ignao se podrá atender regularmente por disponerse de trenes para la movilización.

El Médico Director de Puerto Octay manifiesta que tampoco tiene servicios rurales en su sector y que no ve la necesidad inmediata de establecer alguno. Agrega que buen número de los asegurados atendidos en su Consultorio provizren de la región del Lago Rupanco, que geográficamente pertenece a Osorno, y que una Posta establecida en esa zona podría atenderse regularmente desde Puerto Octay.

El Médico Director de Río Negro manifiesta que las Postas de Purranque y Corte Alto las puede atender regular y semanalmente por vía férrea en invierno y en automóvil en verano; que la Posta de Riachuelo se ha atendido semanalmente, movilizándose en automóvil o a caballo, 12 km.. y que sólo últimamente ha habide dificultad por la desfrucción de un puente. Termina manifestando que todos sus servicios aparecen prestando atenciones efectivas.

En la reunión de la tarde el Médico Provincial resume las instrucciones de la Superiordad sobre escricios rurales y algunos trabajos publicados sobre la materia (Revista "Acción Social"). Después de un cambio general de ideas, se concretaron las apreciaciones en la siguiente forma:

1) En la zona de la Provincia de Valdivia aparece imposible establecer el sigema de rondas médicas, con trayectos circulares y a basde horarios fijos. La escasez y pésimas condiciones de los camínos, junto con el tiempo que representarían estos viajes para el único médico de la mayoría de los servicios, lo hacen prácticamente irrealizable.  Visitas regulares y semanales sólo se pueden efectuar a las Postas que se encuentran en la línea férrea o que representan trayectos cortos por buenos caminos en automóvil o a caballa.

3) Las visitas a las Postas distantes y aislalodas sôlo pueden ser ocasionales, no sujetas a litinerarios fijos, y su importancia práctica, desde el punto de vista de la atención rural, aparece insignificante.

4) Los llamados a los campos para atender enfermos en sus domícilios aparecen en la práctica y en la mayoría de los casos, como absolutamente infructuosos. El médico, después de un largo y penoso trayecto, se encuentra ante condiciones materiales que exigen como única indicación el traslado a un lugar de recursos permanentes.

Dadas estas condiciones especiales que ofrece el problema de la atención rural en la Provincia, se resolvió recomendar, después de un ampilo debate, las siguientes consideraciones:

a) Al sistema general de multiplicar en los campos los establecimientos de atención rural cen visita médica continua y periódica, deba preferirse en el Sur el sistema de multiplicar los medios para que, con facilidad y seguridad, se puedan transportar los enfermos de los campos a los centros de recursos médicos.

 b) Mantener y ampliar el servicio de Postas en su organización actual, únicamente en los sectores en que se pueda asegurar una regularidad en las visitas médicas.

c) Propender a darle una organización que represente una mayor capacidad de trabajo y eficiencia, a las Postas lejanas y aisladas, ampliando su personal a un practicante y una matroma y agregando a su dotación algunas camas para hospitalizaciones de emergencia.

En relación con el primer punto, facilidades de transporte, se hizo ver que en la práctica los patrones no contribuyen en forma efectiva al traslado de los enfermos y 4010 en forma limitada al del médico o practicante escudándose en los razonamientos corrientes.

Se hicieron indicaciones para proponer la ditribución de camillas cómodas y con seguridades contra las inclemencias del tiempo, en los sectores de fundos en que correspondería ublear estaciones médico-rurales, según el concepto de las directivas. Se habló igualmente de ambulancia-automóviles para las regiones con buenos crunios, de ambulancias hipomóviles (o con bueyes) para los malos caminos del Sur, de lanchas de transporte de enfermos para las vías fluviales y lacustres. Se insistió en la necesidad de una buena red telefónica para hacer eficiente en la práctica este sistema.

En relación con la organización de Postas lejanas y aisladas, se estimó que ellas, por su mismo aislamiento y si se ubican en sectores bastante poblados, aparecen más necesarias que las otras Postas fácilmente alcanzables y que en el fondo significan más bien sólo una facilidad para los enfermos.

El Médico Provincial insinúa la conveniencia de estudiar en detalle todas las proposiciones hechas y enviar trabajos susceptibles de publicars:

### Reuniones Clínicas de los Consultorios

REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE TALCA DEL 17 DE ABRIL DE 1935

Presidió el Médico Provincial Dr. Melfi, actuó de Secretario el Dr. Pérez y concurrieron los doctores Rojas, Etchebarne, Daudet, Fietcher, Quintana, Dr. Fuentealba, Director del Policilnico de San Javier; Dr. Quintana, ayudante do ese Policilnico; Dr. Silva, Director del Policilnico de Curicó; Dr. del Solar, Médico del Policinico de Molina; los médicos locales Dres, Astaburuaga, Janke, Cecchi, Planella, Dentista Ramírez, Sr. Deppe y el Provincial Sr. Labbé.

Al abrirse la sesión, el Médico Provincial en breves palatras, agradece la gentileza que han tenido los distinguidos colegas al imponerse el maerificio de concurrir a esta primera reunión cifnica que celebran los médicos de esta Caja.

Expresa que si éstas son modestas por las per-

sonas que actúan, en cambio tienen un alto significado desde que propenden al estudio de los problemas médico-ecciales que se refieren no solo a la Institución en que servimos, sino al país en general y porque, además, tienden a la unión y confraternidad de todos los médicos, atributos algo olvidados en estos últimos tiempos.

En seguida se concede la palabra al Dr. Fuentealba, Médico Director del Policlínico de San Javicr, quien face la relación de dos inferesantes enfermas operadas, una de colecistectomía y la otra de un quiste hidatidico súpurado al ligamento ancho. Se incluyen las observaciones.

Se sigue una interesante discusión sobre los

a fin de allegar nuevas opiniones de los médicos de toda la zona Sur.

En la reunión siguiente se estudiaron las necesidades rurales de los diversos servicios, sefialando los respectivos Médicos Directores como puntos para la ubicación de nuevas Postas los eiguientes: Quilche (camino de Lanco a Panguipu II), San Antonio (red fluvial de Valdivia). Crucero (zona de fundos al Suroeste de Río Negro) y Rupanco (en Osorno, pero dependiente de Octay). El Médico Provincial recomienda estudiar estas ubicaciones, informar ampliament, sobre las razones que las justificarian y gostionar facilidades y donación de terrenos y madera para edificación.

El Médico Director de San José señala como muy necesaria una Posta en la región de los Latvaderos de Oro, manifestando que el trabajo en esas faenas se ha hecho estable y que ocupa a cerca de 500 obreros. Agrega que esta Posta quedaría prácticamente aislada, ya que el pésimo camino, que exige un recorrido a caballo de más de 5 horas, impediría una visita semanal y regular.

Se estudió en seguida la conveniencia de distribuir los acctores de atención rural de acuerdo con la ubleación de los centros de atfacción y las vías más frecuentes de evacuación y movilización, ca que en la práctica esta distribución no coincide con los limites geográfico-administrativos que hasta ahora se han señalado como limites de los diversos sectores. En este sentido se resolvió que Lanco atienda el sector de Ciruelos, la Estación de Antilhue, el sector de Mulpún, Valdivia, la región de Pelchuguin y red fuvial anexa. La Unión, el sector Ceste del Lago Ranco, Osorno, la zona Sureste de Rio Bueno y Puerto Octay, la región de Lago Rupanco.

Se ofreció en seguida la palabra para tratar asuntos diversos de interéa general para el servicio. Se pidió dejar constancia de las siguientes indicaciones:

Se hacen varias consideraciones sobre la conducta privada de los practicantes, proponiêndose recomendar que se les dote de un uniforme para mejorar su presentación y hacerlos servir a fines de propagausia. El Médico Director de Osorno insinúa la conveniencia de proporcionarles medios para que puedan dedicarse a la agricultura y requeñas industrias anexas, a fin de evitar que la ociosidad los lleve a viclos. Se habió de la posibi idad de hacer concurcos de presentación de la Postas y terrenos anexos, con gratificaciones o premios en efectivo.

aci Médico Director de San José manifiesta que en la zona debe preferirse siempre los Practicantes a las Matronas y Enfermeras, tanto por la neceridad de movilizarlos a caballo como por el tratamiento de los enfermos venéreos. Agreca que en los centros comunales no hay necesidad de Matronas funcionarias permanentes, que basta con agregar e una asignación a las matronas subvencionadas por las Municipalidades.

Se habló de que en la zona es frecuente que los servicios se vean obligados a bacer las primeras atenciones de los accidentes de trabajo; que al respecto hay siempre que las de los patrones en contra de los practicantes rurales y que se deben dictar normas para el cobro de estos servicios, considerando que en la mayor parte de los casos los patrones no pagan primas o seguros por accidentes.

Se manifestó que en los centros comunales y rurales se presentan muchos enfermos con sus libretas en canje y que ello dificulta la dación da beneficios.

Se hizo indicación para solicitar la impresión de cartillas para las embarazadas y mudres, a fin de fomentar un mejor cuidado de los niños, agregándose que debía tomarse a guna medida anta el hecho muy frecuente de que las embarazadas no acuden a los servicios sino rólo en el último momento para la atención del parto.

Con esta exposición el suscrito estima haber orientado debidamente a la Superioridad sobrel desarrollo de la Concentración y el provecho que ella puede significar para el servicio.

## Peritajes de Invalidez

### INFORME MEDICO

C. O. A., de 63 años. (Hom-

Resumen hecho tomando en cuenta las anotaciones de seis afios de hojas del Consultorio Santos Dumont y de observaciones clínicas del Hospital San Vicente, de años 1930, 1931, 1933 y 1935.

Un sindrome nefro-cardio-

Un sindrome neurológico; y Un sindrome urinario, son, esquematizando v clasificando urmariamente la sintomatología, el complejo morboso que ha llevado al asegurado don C. O. A. a su estado actual de incapacidad de trabajo.

El síndrome nefro vascu'ar tiene como substrato anátomo - patológico una lesión renal (nefroesclerosis) una lesión aórtica (aortitis) en que la lúes y el ateroma han obrado de consuno, y una alteración vascular generalizada reve'ada por rignos periféricos y retinianos de arterioesclerosis. Es éste el síndrome que predomina en la sintomatología con sus crisis periódicas de asistolia e hiposistolia con uremias concomitantes, su hipertensión permanente, y rubricadas por erisis de angina de pecho. Estas anginas por el hecho de presentarse tanto en el esfuerzo como en el reposo absoluto -sueño-han permitido concluir que el sistema de la circulación coronaria participa también del proceso universal de arterioesclerosis. Los tratamientos más variados (específico, cardiotónicos, diuréticos, yoduros, vasodilatadores, antiespasmódicos, etc.), agregados al dietático y al reposo, sólo aportan mejoría breve y transitoria.

El sindrome neurológico, o más proplamente psico-neurológico lo constituye el conjunto intitulado "sindrome lacunar" con sintomas cerebraies y cerebelosos que se traducen paíquicamente por decadencia global y progresiva, y periféricamente por sintomas y siguos piramidales y cerebelosos (panaplejía de tipo espástico, hiper-reflexia, marcha "a petit pas", adiadococinecia, etc.

El sindrome urinario, en fin, lo constituye un adenoma prostático con las molestias inherentes a esta lesión (pollaquiuria, retención, disuria).

El sondaje periódico lo be-

En el resto de las funciones es anotan los síntomas dependientes de un enflarma pulmonar con disminución de la capacidad respiratoria: trastornos dispépticos vagos para los que los radiólogos anotan el diamóstico de una "perivisceritis" — diamóstico que el médico informante pasa por alto—y finalmente una dacriocistitie crónica en O. I. con un resto lacrimeo.

Estatura: 1 m. 54. 63,7 kgr. (sin edemas).

Elasticidad disminuída de la plel. Hundimiento craneano frontoparietal izquierdo en relación con cicatrices de heridas contusas del cuero cabelludo. Raquis dorso-lumbar combado hacia adelante.

Sistema nervioso. — Temblor de tipo intencional, dismetria y adiadococinecia. Discreta ataxía con signos de Romberg esbozado. Paraplejía espástica con aumento desigual de los reflejos tendinosos y signo positivo de Babinsky. Marcha a pasos pequeños con las piernas entreabiertas. Reflejos cutaneos abdominales nulos; cremastéreo conservado. Pupilas con acentuado arco corneano senil, y reacciones perezosas.

Psiquis, — Disminución gradual dei tipo de involución,

Sistema vascular. — Presión 20 x 11 (vaquez). Soplo sistélico áspero, rudo, irradiado a los vascos del cuello, en la base del área cardíaca. Soplo sistélico sunve de la punta. Area cardíaca aumentada de tamaño (punta, 6.0 espacio, línea axilar anterior). Reforzamiento metálico del 2.0 tono aórtico. Ritmo regular, con extransioles aisladas y en salva.

Racioscopia, — Campos pulmonares claros; pediculo vascular muy ensanchado en frontal, aorta descendente visible. Aorta alta, densa y alta. Aumento del ventrículo izquierdo. Arterias periféricas (braquiales, cervicales, faciales), duras flexinosas.

Pulmones. — Tórax de tipo enfisematoso con excursión limitada.

Tacto renal. — Prostata aumentada de volumen, lisa, uniforme.

Vejica.— Capacidad 500. Residuo 120. Orina clara. Uretra permeable, sin secreción (copria de un informe de urología).

Orinas: densidades entre 1006 y 1016. Albúmina: indicios.

casos presentados en que intervinieron algunos de los médicos presentes y se relatan nuevos casos de enfermas operadas de cálculos biliares.

El Dr. del Solar, Médico del Consultorio de Molina desarrolla su tema "Hormonas genésicas", cuya síntesis se enviará dentro de algunos días.

El Médico Provincial, aprovechando la oportunidad de estar reunidos numerosos médicos, abre discusión a propósito de la idea de efectuar en Talea una concentración médica en Octubro próximo. ¿Hacemos, dice, una concentración sólo de los médicos de la Caja, o bien ampliamos la invitación a todos los médicos de la zona comprendida entre O'Higgins y Chillán?

Se requirió una larga discusión sin llegar a resultados concretos, pero predominó la idea que ella se hiciese exclusivamente con médicos de la Caja.

Como no se llegara a un acuerdo definitivo siendo las 91/2, se levanto la sesión.

### Nuestro Medio

### **Documentos**

N.o 7.—COSTO D	E HOS	PITALI	ZACION	DE		1934 Costo	1933 Costo	Aumen-	Dismi-
Will and the second sec	EGUR				HOSPITAL DE	Costo	Costo		11113
	Costo	Costo	Aumen-		Melipilla	7.09	6.34	0.75	-
HOSPITAL DE	1934	1933	ta	nuye	San Antonio	8.16	7.89	0.27	
					Buin	4.65	5.92		1.27
Arien	7.96	8.74	-	0.78	Graneros	6.12	4.83	1.29	-
Fisagua	15.93	21.02	-	5.09	Rancagua	3.20	3.15	0.05	-
Iquique	8.06	9.17	-	1.11	El Olivar (Coinco)	7.56	8.19		0.63
Tocopilla	9.80	9.47	0.33	-	Rengo	4.47	4.84	-	0.37
Calama	14.73	11.98	2.75	-	San Vicente T. T.	5.83	5.26	0.57	1
Antofagasta	8.96	10.29	1 =	1.33	Peumo,	7.15	16.45	0.70	-
Talta!	11.39	9.99	1.40		San Fernando	6.31	5.33	0.98	
Chañaral	16.35	17.70	-	1.35	Chimbarongo	6.48	5.24	1.24	
Copiapó	9.27	18.57	0.70	-	Sta Cruz	7.65	6.19	1.46	000
Vallenar	1.71	8.72	-	1.91	Teno	9.96	9.66	0.30	-
Freirina	10.98	8.75	2.23		Curicó	4.56	4.75	_	0.15
La Serena	4.87	6.07	-	1 20	Vichuquén	4.77	3.97	0.80	-
Coquimbo	6.79	6.66	0.13	-	Curepto	9.24	6.37	2.87	-
Vicuña	6.14	6.91	-	0.77	Mölina,	5.35	5.54	-	0.19
Ovaile	6.22	4.90	1.32	-	Talca	3.64	3.48	0.16	-
Combarbala	6.98	8.36	-	1.38	Constitución	5.94	6.93	-	0.99
Illapel	8.26	8.85	= 3	0.50	San Javier,	6.93	3.90	1.03	
Salamanca	7.53	5.90	1.63	-	Linares	4.73	3.91	0.82	-
Petorca	9.72	8.19	1.53	-	Parral	4.39	3.01	1.38	-
La Ligua	13.05	12.36	0.69	- 17	Cauquenes	6	6.5	-	0.55
Putaendo	0.16	6	0.16	-	Chanco	9.75		, _	0.01
San Felipe	7.08	7.14	-	0.06	Quiribue	11.77		4.07	-
Los Andes	7.06	6.92	0.14	-	San Carlos	4.86		0.15	-
Quillota	7.67	7.20	0.47	-	Chillán	4.94	8.3	-	3.36
Casablanca	7.27		-	0.54	Bulnes,	5.18		-	0.96
Carles Van Euren	9.53	9.42	0.11		Yungay			1.74	-
San Agustín	9.80	9.58	0.22	-	Tomé	5.66		+ -	2.38
Salvador,	6.28	6.03	0.25	1	Florida	7.37	6.3	6 1.01	-
Viña del Mar	0.06	9.50	_	3.44	Concepción				0.90
Peña Blanca	9.61	9.80	-	0.19	Talcahuano				-
San Juan de Dios	9.36	8.93	0.42		Yumbel			4 2.59	_
San Borja	7.83	7.63	0.20	-	Coronel			21	0.29
Salvador	9.49	8.53	0.96	-	Santa Juana				0.11
San Luis	5.79	5.50	0.29	-	Lebu			2 —	3.23
San José	5.47	5.09	0.38	-	Cañete	5.43		8 0.65	_
R. Barros Luco .	13.96	8.26	5.70	_	Arauco			3 —	2.14
Manuel Arriarán .	13.08		13.08		Los Angeles				_
Casa de Orates	3.80				Mulchén,				
Sanatorio Popular					Nacimiento				0.80
(S. J. M.)	10.86	10.31	0.55	-	Angol				0.30
Instituto del Ra-	1000				Traiguén				-
dium	13.97	-	13.97	-	Collipulli				

Uremias: entre 0.85 y 0.45 en períodos largos.

Glicenia: entre 0.90 y 1.15. Oftalmológico: dacriocistitis

crónica OI. Esclerosis vascular retinal, etc., etc.

### CONCLUSIONES

Diagnóstico. - Nefroesclerosis. Insuficiencia cardiaca. Lúes. Sindrome lacunar. Adenoma prostático.

Prenéstico, - Incurable, Supervivencia de dos años.

Capacidad para el trabajo.— Perdida en forma absoluta y permanente.

Fecha probable de la invali-dez. — Verano de 1935.

Santiago, 18 de Mayo de 1935.

### CALIFICACION DEL PERI-TAJE

1.0 Forma: original y eficiente.

2.0 Anamnesis: completa.

3.0 Examen físico: completo.

4.0 Evolución: detallada,

5.0 Tratamiento y resultados: Bien expresados.

6.0 Conclusiones: Concuerdan

con el cuadro clínico. Calificación general: Muy

bueno.

Fostas ...

Estaciones médico-rurales...

Casas de tocorro de la Beneficencia

Servicios Sul vencionados.....

Servicios particulares contrats. .. Sanatorios... .. ... ... ... ... 92 080

2.006

313.861

5.831

600

	Costo		Aumen-	Dismi-	B.—PERSONAL DE LOS SER	VICIO	S RUI	RA-
HOSPITAL DE	1934	1933	ta	nuye	LES			
					y a	Zona	Zona	To-
Victoria	6.68	6.02	0.66	_		Norte	Sur	tal
Lautaro	5.89	5.99	-	0.10	_	-		-
Temuco	8.40	10.71	-	2.31	Médicos	46	81	127
Nueva Imperial .	4.92	5.04	-	0.12	Médicos rurales subvencio-			
Carahue	13.35	34.43	-	21.08	nados	4	8	12
Titrufquin	10.65	8.96	1.69	-	Médicos rurales por tarifa.	-	14	1.5
Valdivia	5.69	6.14	-	0.45	Finfermenta sanitarias.	-	3	2
La Unión	9.32	10.97	-	1.65	Matronas practicantes	7	10	17
Río Bueno	11.92	19.57	1.36		Practicantes	55 -	103	158
Osorno	8.18	8.42	-	0.24	Practicantes subvencionados.	5	1	6
Puerto Octay	14.54	9.76	4.78		_			
Puerto Montt	6.75	5.24	1.51	-	TOTA1	117	220	337
Maullín	13.63	9.12	4.51	7 12	_			
Calbuco	31.60	44.04	-	12.44				
Ancud	6.24	5.39	0.85		C NUMERO DE RONDAS Y	KIL	OMER	AJE
Castro	10.65	8.16	2.49	-	RECORRIDO (1	()		
Achao	16.95	18.31	-	1.36				
Magallanes	19.69	16.55	3.14		Número le rondas mensuales			975
COSTO MEDIO R	EP	. 8.22	56 8.1	730 (1)	Número de rondas anuales		. 11	1.706
					Kilometraje mensual		. 5/8	3.611
					Kilometraje anual		. 702	3.332
					Kilometrije medio por ronda			60
N.o 8.—SERVICIO	os MEI	oicos	RURAL	ES DE	Kilometraj: medio por misdico,	anual	. 3	1.596
LA CAJA DE	SWOTE	O OPT	DE ATEME	ero.	LATENCIONES PRESTADA	SEN	LOS	SER-
LA CADA DE	DELCT L	O JIII	LG. LEUI		VICIOS RURALI			
						1932		1931
A NUMERO DI	E SERV	ICIOS 1	EN TRA	ABAJO				
			940	and the same		5.727		0.430
			193	2 1935	Curaciones e invecciones	13.238	20:	9.359

19 222

75

29

14

1

(1) En este costo medio del año 33 no están considerados los servicios del Hospital Manuei Arriarán e Instituto del Radium.

(1) Además de los recorridos fijos anteriores · : cálculo eproximado del kilometraje recorrido en visitas domiciliarian y rurales permite estimarlo en 43.100 kilómetros mensuales, lo que sumaría 717.200 kilômetros anuales que habria que agregar al recorrido de las rondas fijas.

TOTAL ... 25.416

Recetas. Otras at acionea (Dentales,

### N.O 9.—SERVICIOS DE EDUCACION PUBLICA EN LA U.R.S.S. (1)

	1913	1914-15	1925-26	1928-29	1929 30
Establecimientos 1.a y 2.a enseñanza	-	2.877	A STATE OF THE PARTY OF T	6.390	5.806
Alumnos		266.982	-	712.849	861.502
Universidades		91	-	129	150
Ammaos id.		124.652	-	166.670	190.94=
FRESUPUESTOS (millones de rublos de valor					
preguerra	276	-	282	1.434	2.115
Por ciento, del presupuesto total		1	11	_	-

<sup>(1)</sup> Pierre Dominique .- "OUI, MAIS MOSCU". 1921.

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

# INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20.-

En los demás países de América .... 30 .- (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Julio de 1935

Año 14

# Visitación Social

VISITACION SOCIAL:

¡Pobre y simple expresión de un concepto rico en contenido! Su nacimiento y plasmación en servicios técnicamente organizados marca, más que ningún otro, la línea divisoria entre dos etapas: la de la Medicina del pasado, puramente curativa, individual, y la de la Medicina de nuestros dias, preventiva y curativa a la vez, social,

Concepto que rebasa las fronteras de la Medicina e invade el campo del Derecho, de la Educación, del Trabajo, de la Economía, etc. Porque él mismo no es sino el fruto maduro de una profunda revolución en la mentalidad colectiva y de una no menos profunda transformación del MEDIO

en que el individuo realiza su vida.

El individuo "soberano", el ente abstracto, metafísico, aislado en el tiempo y en el espacio de los demás seres, libre rector de su vida, ya no es sino una concepción del pasado. El MEDIO, los factores ambientales que rodean y condicionan con su prepotente complejidad la vida entera del individuo adquieren hoy una importancia trascendental.

En Derecho, no se intenta siquiera, establecer la responsabilidad del soberano "individuo" sin determinar previamente, junto con los factores individuales, los factores sociales o ambientales que le impulsaron al delito.

En Educación ningún maestro que se precie de técnico hourado intenta estructurar la mentalidad de ese pequeño soberano que es el niño sin establecer previamente las causas ambientales determinantes de ciertas modalidades de su psique.

Y así en otras actividades humanas.

Pero la Medicina puede recabar para si el honor de haber sido la primera en organizar el "instrumento" necesario no sólo para descubrir los factores ambientales desfavorables que determinan la aparición del individuo enfermo, sino, también, para modificar en lo posible esos factores.

Este "instrumento" es el SERVICIO DE VISITACION SOCIAL, puente transitorio tendido, en esta época de radicales transformaciones de la estructura social, entre el individuo y su Medio.

. Importa, pues, precisar la finalidad ideal, en nuestros dias, de un ser-

vicio de tal importancia.

Apartándonos, quizá, de la opinión de más de algún maestro, nos atrevemos a señalar como la FINALIDAD IDEAL del servicio de Visitación Social, sea cual fuere el campo en que actúe—Medicina, Educación, Trabajo, etc.—LA ADECUACION POSIBLE DEL INDIVIDUO A SU MEDIO O DEL MEDIO AL INDIVIDUO.

Realizar una tarea de tal envergadura implica para el personal encargado de la Visitación Social, la posesión de amplios conocimientos prácticos y de una sólida cultura en Biología, Psicología, Derecho, Economia, Sociología, etc. Implica, también, la posesión de un profundo amor y comprensión de la labor a realizar; de un tino y delicadeza especial y de un savoir faire, difícil de aloanzar, que le permita llegar hasta los humildes hogares de la masa sin despertar recelos ni suspicacias de clase.

La Caja, que tiende cada vez más, a hacer Medicina Social, de la cual la Visitación Social no es sino uno de sus múltiples instrumentos o engra-

najes, necesita un servicio con las características señaladas.

¿Es posible obtenerlo hoy? Categoricamente, ¡no! El MEDIO no

está aún maduro para ello.

Pero, mientras tanto, se impone perfeccionar, pulir, el incipiente instrumento y ampliarlo adaptándolo a las condiciones de nuestro pueblo, de nuestros recursos, de nuestra cultura.

Es absurdo seguir con el prurito extranjerizante de copiar instituciones de otros pueblos, viables y útiles en ellos, relativamente ineficaces y

costosas en el nuestro.

En este sentido y con el deseo de consultar la opinión del cuerpo médico de la Caja ofrecemos a su consideración crítica las siguientes proposiciones relacionadas con la capacitación técnica del personal y la finalidad práctica del servicio:

1.—Formación universitaria de la Visitadora Social.—Esta exigencia cuya utilidad no escapará a los médicos es ya una realidad en la forma-

ción técnica de las matronas.

- 2.—La fusión de las Escuelas de Enfermeras Sanitarias y de Visitadoras Sociales.—La diferenciación de funciones entre la Visitadora Social y la Enfermera Sanitaria en nuestro medio, dadas las condiciones incipientes del desarrollo de nuestra Industria y de nuestra economía en general, no es justificable. Por otra parte, la Visitadora Social que cumple con las prescripciones del médico en la atención de los enfermos, curaciones, invecciones, tratamientos, capta mejor la confianza y el aprecio de los asegurados. En el medio rural, especialmente, esta proposición no admite discusión.
- 3.—La capacitación técnica de las egresadas de la Escuela de Obstetricia como Visitadoras Sociales.—Esto no permitiría aprovechar en los servicios de la Caja un personal numeroso que está en contacto directo y frecuente con el medio en que vive la masa asegurada.

La Dirección del Boletín Médico de la Caja ha querido recoger en las páginas del presente número extraordinario la libre y espontánea manifestación del pensamiento de las Visitadoras que trabajan en sus Servicios, con el muy simple objetivo de facilitarles una oportunidad para expresar sus concepciones íntimas de la función, que tienen a su cargo y de dar a conocer la labor que realizan.

Pero la variedad de colaboraciones recibidas, y, sobre todo, el sentido de ciertos conceptos en más de alguna de ellas vertidos, y con los cuales la dirección del Boletín no se solidariza, obligan a ésta a fijar su propia posición frente al problema y justifican la breve nota editorial precedente.

Por el momento nos limitamos, pues, sólo a plantear los problemas que entraña un eficiente y bien organizado servicio de visitación social

en nuestro medio y a recoger la documentación necesaria.

En números anteriores del Boletín, junto con la publicación de los trabajos, colaboraciones y criticas recibidas, analizaremos en artículos más prolifos y substanciales cada uno de los aspectos que ahora anunciamos.

La medicina social de la Caja está buscando su camino propio. Y esta búsqueda no puede ser obra de la Sección Médica Central, sino de la totalidad del cuerpo médico de la Caja.

BOLETIN MEDICO 3

# El Servicio Social en la Caja de Seguro Obligatorio

por LUISA FIERRO CARRERA Inspectora del Servicio Social de la Caja de Seguro Obligatorio

El Servicio Social nació en 1905, en un Dispensario del Massachussetts General Hospital de Boston, cuando el doctor Richard C. Cabot tuvo le idea de hacerse acompañar de uno asistente social para "completar el diagnóstico estudiando más profundamente la enfermedad del consultante y su situación económica, y para ejecutar el tratamiento ordenado organizando los recursos de la comunidad". Satisfacía de tel modo una necesidad la auxiliar ideada por el profesor americano, que el Servicio creado con tan sobrias aspiraciones se ha desarrollado considerablemente en el mundo entero y, poco a poco, ha adquirido los amplios caracteres de una institución imprescindible para el funcionamiento armionioso de la complicada organización social moderna.

En efecto, hoy se le señala un objetivo más elevado, de gran trascendencia para la colectividad: obtener una utilización más completa y apropiada de las capacidades de los necesitados, cualquiera que sea la naturaleza del deficit físico, moral o económico que los aqueja. Y naf se ve al Servicio Social desenvolver su acción en todas aquellas organizaciones sociales que, por un medio u otro, tienden a levantar la personalidad humana y liberarla de influencias deprevadas, despertando el sentido de la responsabilidad y mostrando el poder salvador aci propio esfuerzo. Para lograr tan valiosos resultados ha inventado el método de los casos individuales, que permite diagnósticos sociales mediante el estudio del hombre tal como es, tal como existe en el mundo social. ¡Cuán distante ce está, 30 años después, de la concepción primera de Cabot, y qué de conocimientos nuevos 7 variados debe poseer la Visitadora Social de nuestros dias!

Para cumplir tan vasto programa de mejoramiento, el Servicio Social necesita cooperar a los fines de la enseñanza pública, reparticudo entre aus asistidos nociones útiles para desarrollar sus capacidades productivas y abrirles nucvos horizontes a su mentalidad; enseñarles preceptos de higiene sobre la habitación salubre, aseo personal, alimentación, y velar porque el enfermo sepa cuidarse y tratarse, para ayudarlos en su lucha contra la enfermedad y contra las causas de degeneración orgánica; obtener dentro de la industria, por un justo entendimiento entre patrones y obreros, una vida más agradable, más humana para los unos, y mayor cooperación y eficiencia en el trabajo para los otros; dar a conocer a los Tribunales Infantiles, per c' estudio inteligente de la psicología del niño, les instintos malsanos nacidos a favor del sórdido ambiente familiar o social que los ha rodeado, para que sea posible corregir y prevenir los actos criminales que a esta edad juvenil con perturbaciones sociales más que errores individuales.

Es toda una misión humanitaria y de paz social que realizar, no ya sólo de prevención de la miseria, sino también de bienestar, de amor a la vida, de cooperación, de armonía en fin, procurando hacer desaparecer los oprimidos, los inadaptados, los caídos o embrutecidos por una equivocada opinión sobre las posibilidades que acuerda el mundo a los que confían en sí mismos.

Naestra Caja de Seguro Obligatorio no podía desconocer toda la colaboración que era susceptible de prestarle, en su obra preventiva, el Servicio Social tal como se le concibe actualmente. De aquí, que le haya dado participación en sus actividades; y para difundir entre todos los métodos de trabajo de que se sirve, la acción que es capaz de efectuar, ha preparado este número especial del Boletín Médico, en la esperanza de que sea más fácil y más fructifera la tarea que le tiene conflada.

# ¿Qué es el Servicio Social? ¿Qué se puede esperar? de él

Por LEO DE BRAY
Directora de la Escuela de Servicio Social de la
Junta de Beneficencia

D

Como ocurre siempre cuando, pasando del empirismo a la ciencia, se codifica el resultado de las experiencias, se produjo, en el dominio del Servicio Social también, cierta dificultad para limitar su campo de actividad y llegar a una definición precisa de su acción. Siendo el objeto del servicio Social abstracto, las causas de su intervención muy a menudo constituídas por imponderables, y sus efectos a veces circunscritos a reacciones e modificaciones en el alma, la conciencia, el cerebro de los interesados; teniendo, por otra parte, su actividad modalidades tan

diversas y aspectos tan distintos, todas estas circunstancias contribuyeron a dificultar la tarea, además siempre ardua, de encontrar una definición que a la vez fuera clara y precisa, es decir, delimitara exactamente el campo de su extensión y abarcara, sin restarle ninguno, todos sus aspectos posibles.

Desde el Primer Congreso de Servicio Social, que tuvo lugar en París en 1928, se insistió en la utilidad de adoptar una definición uniforme, v personalidades eminentes en el ramo, como el Dr. Sand (Francia). Miss Mary Richmond (EE. UU.), el Dr. Polligkett (Alemania), se esforzaron en condensar en una forma a la vez amplia y precisa los conceptos formulados por varios relatores. Vamos a reproducir algunas le las definiciones propuestas, porque cada una ticne el mérito de shacer resaltar especialmente alguna característica del Servicio Social, lo que puede ayudar a la comprensión y a la aceptación de la definición que consagró la Primera Conferencia Internacional de Servicio Social acogiendo todas las tendencias, haciendo un llamado a todas las especialidades de la acción secial y reuniendo a hombres y a mujeres de instituciones sociales de 42 países,

He aquí estas definiciones:

"La expresión "Servicio Social" designa 'aş múltiples actividades que tienen por fin, sea la adaptación de los individuos a la sociedad, sea la adaptación de las condiciones económicas y sociales a las necesidades de los individuos, a fin de que puedan llevar una vida independiente y normai frente al nivel de vida corriente."—M, J. Howard T. Falk, Secretario General del Consejo de Obras Sociales de Monreat.

"El objeto del Servicio Social es proporcionar asistencia y protección a las personas que sen incapaces de procurarse lo que sería necesarie a su salud y a su existencia, y de regularizar las condiciones sociales por medio de la higiene y de la enseñanza social, de tel manera que sean prevenidos los maises evitables," — Dres. Vanicek, Tuma y Bresky (Praga).

"El Servicio Social consiste;

Lo en aliviar o en prevenir la indigencia;

 en curar o en prevenir las enfermedades (como también todas las clases de invalidez);

3.o en tratar y en reformar los criminales, cu resolver el problema de los delincuentes jóvenes: 4.o en hacer desaparecer todo lo que paraliza

el progreso en nuestra vida industrial y económica." — Hon. Percy Alden (Londres).

"El Servicio Social presenta las tres siguientes características:

f.o la de ser un trabajo técnico destinado a completar las actividades sociales públicas y privadas;

2.0 la de servir a la colectivdad para mejorar la personalidad y de obrar por el bien de la humanidad;

3.0 la de proceder con método." — Da Paolina Parugi (Milán).

"El Servicio Social tiende a hacer que todo el mundo sea feliz procurando una ayuda moral, o material, o material y moral a la vez, a todos los que están necesitados." — Dr. Fr. Vanicek (Praga).

En fin, el Congreso ya aludido ha definido el Servicio Social diciendo que "es el conjunto de los esfuerzos que tienen por fin:

Aliviar los sufrimientos que provienen de la miseria (asistencia paliativa).

Volver a colocar a los individuos y a las familias en las condiciones normales de existencia (asistencia curativa).

Prevenir los flagelos sociales (asistencia preventiva).

Mejorar las condiciones sociales y elevar el nivel de la existencia (asistencia constructiva).

La definición adoptada por el Congreso Internacional de Servicio Social constituye un verdadero programa para las instituciones que cuentan con una Sección de Servicio Social.

A tal extremo es así que estudiando la historia de la evolución del Servicio Social en las más antiguas de ellas, podemos comprobar que ha seguido el curso que indica la definición misma. Así la "Charity Organization Society" Norteamericana ha empezado por distribuir solt-mente dádivas, llenando así únicamente el primer objetivo indicado en dicha definición, para ensanchar poco a poco su programa, y ha llegado hoy día, no solamente a encargar a los auxiliares sociales que cooperan con ella, buscar las causas profundas y aplicar los remedios definitivos a los problemas de sus clientes, lo que sería proporcionarles una ayuda curativa. sino también los autoriza, los alienta, los obliga aún a tomar medidas para prevenir que se generen nuevas situaciones de dependencia económica, de anomalías de orden intelectual, moral y social.

También, sin remontar a épocas pasadas, si estudiamos los métodos y objetivos de un conjunto de instituciones en nuestra época podemos comprobar que coexisten en ella unas obras más nuevas o menos progressitas, o más limitadas por ciertas circunstancias, que se limitan a una acción paliativa o curativa, y otras, más evolucionadas, de más alto nivel profesional, que han llegado a desarrollar actividades preventivas y constructivas.

Naturalmente que existen instituciones que, por la indole misma de su labor, están estrechamente confinadas en el primer aspecto de la labor social como ser la asistencia pública, por ejemplo. En el dominio médico (y a pesar de que la medicina evoluciona cada día más hacia la acción preventiva, reconociéndole una importancia primordial) como en el dominio social, la asistencia pública no puede desarrollar sino un papel de ayuda de emergencia, y eso, "por definición". Como los clientes son muy a menudo trasladados a otra institución (p. ej. en un hospital), allá es donde la asistencia médica como la asistencia social podrán tomar medidas curativas y alcanzar aún medidas preventivas.

Pero en la mayoría de las instituciones donde existe un Servicio Social, y entre ellas incluyo particularmente las Cajas de Seguros Sociales, se puede y se debe llegar a realizar el fin superior del Servicio Social, que es seguramente el que se esperó alcanzar cuando se apexó a ellas una Sección de Servicio Social.

¿En qué consiste hoy dia en Chile el Servicio

Social de muchas instituciones, especialmente el de la Caja de Seguro Obligatorio?

¿ Por qué existe esta situación y cuáles seríar las condiciones de mejoramiento?

¿Cuál es la forma verdaderamente eficaz quadebe tomar el Servicio Social?

He aquí algunas preguntas que lógicamente e presentan a nuestro espíritu y que vamos a tratar de estudiar.

#### II

¿Qué vemos hoy, en un cierto número de instituciones de Santiago si seguimos en su labor a la Visitadora Social, sea acompañándola durante un cierto tiempo, sea estudiando su diario de trabajo y los otros documentos que reflejan su labor?

Notamos, desde luego, que la suma de trabajo de la Visitadora Social es, en general, superior a lo normal; no es raro comprobar que su período de actividad diaria es de 8, 9 o 10 horas diarias (9 a 12.30 v 2.30 a 7, 8 o 9 P. M.), 12 que sobrepasa la duración de la jornada normal en las oficinas públicas, por ejemplo; que, además, la Visitadora Social presta sus servicios aun los Sábados (como ocurre en los policlinicos del Seguro Obligatorio) o que voluntariamente dedica a actividades profesionales la tar de del Sábado o la mañana del Domingo; que, además, "hace dibujos" para que cada hora del día sea aprovechada en la forma del mayor rendimiento. No es raro, entre ellas, el caso de surmenage o, a lo menos, de cansancio grande.

¿Cuál es el resultado de este esfuerzo apreciable?

Se traduce, según las estadísticas, en servicios prestados a los clientes, en general a pedido de ellos mismos. Y analizando esta actividad, podemos evidenciar que tiene, en la inmensa mayoría de los casos, un carácter netamento paliativo; algunas veces, curativo y en muy contadas ocasiones no más, se llega a ver aplicar medidas constructivas.

Son hospitalizaciones de enfermos, empleos, pasajes, ayuda monetaria, habitación, gratuita, beneficios diversos conseguidos, legitimaciones, etc., etc.; en una palabra es la obra realizada bajo la presión de los clientes, o de las instituciones en las cuales trabaja la Visitadora Social. Son trámites cuya utilidad inmediata es incontestable, del incumplimiento de los cuales resultarían dificultades y perjuicios que saltan a la vista y que temen las interesadas. Es la actividad tangible, impostergable, la que el cliente pide y aun exige, cuya amplitud enorgallece la institución, que hace buena figura en las memorias de fines de año; quizás la única que se reconozca y agradezca.

Todos estos trámites son, me apresuro a reconocerlo, de imprescindible necesidad para el cliente, son urgentes, deben realizarse, pero... son medidas de emergencia, muy loables si se consideran como una primera etapa de tratamiento, como episodios de un conjunto, como medios para llegar a un fin, sin que se crea haber realizado con ellos el verdadero fin del Servicio Social. III

Las causas por las cuales existe esta situación son múltiples y de desigual importancia. Señalaremos entre las principales:

a) El número excesivo de clientes. Es una condición sine qua non de un buen trabajo secial que la Visitadora no tenga este recargo enorme de trabajo que desgraciadamente ha llegado a ser entre nosotros casi una regla. Un prestigioso profesor de la Escuela de Medicina nos decía que si a un médico se le impone examinar 80 6 100 enfermos en una mañana, no tiene solución más lógica que la de no ver a ninguno. En análoga situación se encuentra la Visitadora Social que tiene a su cargo 300 ó 400 camas de hospital, 1000 ó 1500 familias obcaras a un número igual de asegurados enfermos. Sería injusto reprocharle a ella que en estas circunstancias no llegue a profundizar sus servicios; en realidad es más bien de admirar que a pesar del poco valor social definitivo que puede tener su intervención, ella tenga todavía la conciencia y el valor de empeñarse en hacer

b) La indiferencia o poca comprensión de los jefes al lado de quien o bajo cuya dirección trabajan las Visitadoras Sociales. Muy a menudo ocurre que aprecían solamente los trámitas de orden material, o que exigen a las Visitadoras Sociales trabajos ajenos a su especialidad, (trabajos de secretaría, de estadística, citaciones, mandados, etc.); todas actividades que podrían desempeñar una oficinista o aun a veces un mozo concienzudo, y que restan a la Visitadora Social un tiempo precisos;

c) Las condiciones materiales pésimas en las cuales está a veces obligada la Vistadora Social a trabajar. Todavía consideramos aquí el auto como un lujo, no como un instrumento de teabajo; la racionalización del trabajo intelectual no ha alcanzado el punto en que se conflaría a una secretaria todo el trabajo de oficina de las Visitadoras Sociales de un servicio, y existen aun secciones donde la máquina de escribir parecun lujo inadmisible, y donde la Visitadora Social debe recibir a sus clientes en un corredor, ambiente, reconoxcámoslo, poco propicio a creae la intimidad y a alentar las confidencias;

d) En fin, sería cerrar los ojos a la realidad y caer en la parcialidad y la cobardía no reconocer que alguna responsabilidad en este orden de cosas cabe a veces a la Visitadora Social que acepta el Servicio Social pallativo como ideal y lo aplica sin sentir otras aspiraciones, sea que carezca de verdadero espíritu y criterio social, sea que se haya rutinizado completamente a raíz de meses o años de una labor superficial, que debe fatalmente, según la expresión de Richard Cabot, conducir a toda Visitadora Social al desailento o a la osificación mental.

Los remedios indispensables de aplicar a fin de poder esperar y exigir un mayor alcunce social a los servicios de la Visitadora Social serán, pues:

 a) Limitar el número de clientes a una cifra razonable;

b) Obtener que la Visitadora Social conside-

re como parte de su tarea, como obligación profesional, interesar a su jefe en su labor e iniciarlo si fuera necesario a una amplia comprensión de la labor social. El mejor argumento del cual dispone la Visitadora es su trabajo y los resaltados que puede presentar a su jefe en un moniento dado. El jefe es de antemano para ella un aliado puesto que persigue, por medios distintos, el mismo fin social: es indispensable despertar en él interés y comprensión por el cimino seguido por la Visitadora. ¿No dice también el Dr. Cabot, fundador del Servicio Social en el hospital, que una de las tareas de la Visitadora Social es la de "civilizar" a los mádicas con outenes trabaja ? (1)

c) Exigir condiciones materiales a lo menos secorosas y tan favorables como posible al trabalo:

d) Insistir especialmente, en la formación de las Visitadoras Sociales, y para con las postgraduadas, sobre los fines profundos del Servicio Social, a fin de que estas nociones estén grabadas en su conciencia profesional.

Para llamar la atención el hecho de que no haya señalado entre las causas principales de superficialidad del Servicio Social la falta de medios económicos de que podría disponer la VIsitadora Social para ayudas de emergencia. A propósito he dejado este punto a un lado, a pesar de que la carencia de organismo fiscal de ayuda al indigente se haga sentir dolorosamente en Chile, Pero, agotando los medios de que dispone un individuo, los que le puede proporcionar su ambiente y los que ofrece la comunidad, he comprobado que existe un porcentaje elevado de casos en que se puede obtener la readaptación del individuo a una vida normal, y temo que a reivindicación de un fondo de emergencia rezca reducir a dádivas la eficiencia del Servicio Social. Sin embargo, para labor de emergencia, mientras se desarrolla el tratamiento, es, en bastantes casos, necesario proporcionar ayuda monetaria, de preferencia bajo forma de protamo de honor.

### IV

Si no consideramos como una compensación, suficiente a los esfuerzos de la Visitadora Social, ni como una expresión bastante adecuada de su eficiencia, su intervención para subsanar una o aigunas dificultades aisladas en la vida de clientes que luego perderá de vista, ¿que esperamos del Servicio Social, especialmente cuando estéconectado con los Seguros Sociales?

Me parece que la finalidad que constituye la forma más ulta del Servicio Social calza admirablemente con la intención que guió al legislador cuando introdujo la ley que instituía el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Vejez, y que coincide con el espíritu que debe guiar a los que aplican esta ley.

Bien es cierto que, estrictamente hablando, el Seguro Obligatorio es una institución que otorgu a sus imponentes una serie de beneficios en cambio del pago de cuotas determinadas. Sin embargo, si se limitara a verificar si existen derechos y a otorgar los correspondientes beneficios, no se justificaria la creación en su seno de una sección de Servicio Social, puesto que las tareas administrativas no exigen a preparación técnica que tiene la Visitadora Social. Pero esta institución, comprendida en un sentido más amplio, realizando uno de los aspectos de la política social de un país, persigue el fin de mejorar las condiciones de vida de sus asegurados. Desda luego, les quita las más angustiosas incertidumbres, lucha contra la mortalidad infantil, protege la raza contra las enfermedades sociales; además, apreciando la similitud que existe entre los fines del Servicio Social y los suyos propios, ha encargado a los agentes más preparados, es decir, a las Visitadoras Sociales, la parte más delicada de la realización de su programa integral: el apoyo a las familias de trabajadores modestos para que eleven su nivel de vida. Tales deben, pues, ser las miras de cada Visitadora Social; tai es la tarea cuya realización deben perseguir con paciencia, perseverancia, tenaci-

No se trata más, aquí, de los servicios pedidos por los interesados o mejor, se les considera como meros escalones que ayudarán a éstos llegar a la cumbre de sus posibilidades materiales, intelectuales y morales. Ni el mismo cliente está siempre convencido de la existencia de estas posibilidades, ni está dispuesto a hacer todo el esfuerzo necesario para alcanzarlas, porque está preso de desaliento, del escepticismo, de la dejación, acostumbrado al menor esfuerzo, apatico, resignado. No se trata, pues, ahora, de facilitar solamente la ejecución de un trámite pedido, que va a ser agradecido vivamente, y que va a formar a la Visitadora Social la fama de ser tan bondadosa y abnegada como un ángel del cielo, pero habrá en cambio que conseguir cooperación para una tarea cuya utilidad inmediata no salta a la vista o que no parece merecer las molestias que va a costar o que está en pugna con la indolencia natural del ser humano o con alguna costumbre o aun algún vicio que na podido haber contraído. Así es que se presenta a la Visitadora primero una labor de convencimiento, y después de paciente realización, con todos escollos, las interrupciones, los retrocesos, los desalientos que siempre presenta el tratamiento de una situación anormal crónica.

Pero solamente esta tarea, cuya expresión corcreta es la elevación del nivel de vida de un grapo de clientes, es la que tiene valor y significado socias; solamente ésta es la que responde al verdadero fin del Servicio Social y justifica su existencia en la Caja de Seguro Obligatorio.

Se reconocerá que se ha llenado este objetivo si las familias atendidas consideran a la vez como un deber, como una posibilidad y como una ventada, cuidar la salud de cada uno de sus miembros, si la vivienda decente, pieza arreglada, la ropa limpia han llegado a ser consideradas como condiciones normales e imprescindibles de vida por clientes que ya no podrían renucciar a ellas; si la distribución del presupuesto constituye una de las más importantes preocupaciones familiares (hay muchos hogares de recursos marginales, donde la palabra. "presupues-

<sup>(1) ¡</sup>Sólo a un médico puede serle permitido expresarse en esta forma!

BOLETIN MEDICO

to" es desconocida y parece desconectada de touconcepto de entradas modestas, cuando precisamente es donde la organización es más indispensable), la base misma de toda iniciativa en el orden pecuniario; si la madre de familia co noce, sabe aplicar y agota todos los recursos de la ingeniosidad en las compras, la preparación de las comidas, en la costura, el tejido, la compostura de la ropa de los suyos. Tenemos bajo los ojos no solamente estudios minuciosos de presupuestos familiares, sino hasta horarios de trabajos caseros hechos para guiar a dueñas de casa inexperimentadas, a fin de que lleven a cubo sus multiples quehaceres en debido tiempo. Completan estas indicaciones menu-tipos, renetas, consejos para aprovechar en la mejor forma los alimentos sanos, apetitosos, acostumbrados en el hogar modesto y de bajo precio. La intervención de la Visitadora Social, en este dominio como en los demás, tiene por fin hacerse inúti; lo que ocurre una vez que la inversión razonable del presupuesto y la alimentación racional hun llegado a constituir una costumbre en la familia.

Se ha llegado al fin perseguido por el Servicio Social si existe una verdadera vida de familia cuyo centro es el hogar, es decir si existo comprensión mutua entre cónyuges, entre padrese e hijos, reconocimiento de los anhelos, derechos de la personalidad de cada cual, y adaptación de ésta a las condiciones familiares; si hay solidaridad, apoyo, deseo de ayuda entre los diversos miembros de la familia, estímulo para representarla con dignidad, para ayudar a cada uno a surgir, regocijo colectivo para los éxitos y las alegrias de cada uno, acogida y refugio para los que fiquuean o fracasan.

Se manifiesta el éxito del Servicio Social por el nivel de las distracciones familiares, por el grado de cultura que alcanzan, por la preocupación de fomentar salud y desarrollo físico, o de adquirir nueva habilidad, nuevo conocimiento, de cultivar una disposición artística que pueden presidir a su elección.

Tal es, pues, lo que la sociedad, las instituciones y el país pueden esperar de un Servicio Social organizado en debida forma y conficio social organizado en debida forma y conficio es indispensable, porque la adaptación de una familia a condiciones normales de vida no se logra por medio de dádivas y de consejos solos; lo más fastidioso, lo más aburrido y, convenzámonos, lo más inútil que existe. Solamente medidas concretas, orientaciones prácticas, ejemplos aplicables dan frutos, y esta técnica, estos conocimientos, esta experiencia deben ser los atributos de la Visitadora Social.

Creo que el gran confilicto que existe entre las personas un poco anacrónicas que todavía aseguran que cualquiera persona de "buen sentido" (y por esto entienden personas que no son dementes, débiles mentales o anormales; aunque hayan más de alguna vez cometido aun en su propia vida desaciertos de consideración), está apta para desempeñar el papel de Visitadora Social y las que sostienen que no están más capacitadas para el Servicio Social que para ejercer la cirujía, la mecânica de precisión o is

química de los explosivos, se basa en que las primeras consideran como la esencia del Servicio Social UNO de sus aspectos y quizà el memos importante: el de hacer unos cuantos trámites materiales, que, naturalmente, una persona de inteligencia media puede aprender y realizar con tal de aplicarse y dedicarse a ellos. Meno que cualquiera puede, pues, la Visitadora Social incurrir en el error tan difundido en los efreules ajenos al Servicio Social; debe, al contrario, no solamente conocer todos los recursos prácticos de su profesión, sino estar también profundamente penetrada de su aspecto psicológico sociológico y de la importancia que tiene su autuación en la evolución social de su país.

Después de haber desempeñado un puesto durante algún tiempo, la Visitadora Social, haciendo un paréntesis entre las mil y una tareas que ocupan cada momento del día, debe hacer un imparcial examen de conciencia. Quizá lo más difícil, lo más ingrato, lo más valioso también, en esta tarea será no dejarse coger por el número, la dificultad, el mérito de los constantes esfuerzos hechos, la suma de trabajo realizado y juzgar solamente el valor realmente social de este trabajo. Es decir, que la Visitadora tiene que juzgar si ha podido ejercer una verdadera influencia en el medio en que ha actuado. Gi su clientela es fija, circunscrita a un circulo limitado, se debe notar una modificación, una elevación de nivel de vida en esta clientela. Si no hay rasgos de esta influencia, la situación es grave y cabe a la Visitadora Social consciente buscar sus causas y los remedios que se pueden aplicar a ellas. Las causas inmediatas pueden residir en la organización misma del trabajo, por ejemplo, en el volumen de trabajo que los jefes o las circunstancias exigen de la Visitadora; hay entonces que remontar a la causa profunda de esta organización o de estas exigencias y ver si es posible conseguir una modificación de la primera o de las últimas y por qui medios se podría conseguir, Aunque esta situación haya pasado inadvertida o haya sido considerada como normal o como irremediable por los jefes o por la institución, estas circunstancias no justificarán la indiferencia de la Visitadora. puesto que ella, por su preparación y su actividad cotidiana, es la llamada a exponer la situación, a analizarla, a desentrañarla y a exponer sus posibles consecuencias. No obrar en esta forma es aceptar una complicidad en una situación que desacredita al Servicio Social.

La Visitadora Social no puede reducir sus ambiciones profesionales al círculo estrecho de algunos clientes o de una acción restringida; debe considerar el progreso social y contribuir en su realización, con este famoso "grano de arena" que, en este caso, parece muy poco en cuanto a las posibilidades de la Visitadora Social.

Animada de un verdadero y amplio "espíritu social" cooperará en la forma más eficiente en las Instituciones de los seguros sociales, cuyo fin último es elevarse más arriba de las cuestones materiales de subsidios, de indemnizaciones, aun de cuidados médicos, por importantes que esan, para llegar a substituir la noción cooperación, tan fundamental en Servicio Social, al con-

# El Servicio Social como factor de mejoramiento del standard de vida de las clases trabajadoras

por REBECA IZQUIERDO PH.,

Directora de la Escuela de Servicio Social "Elvira Matte de Cruchaga"

El standard de vida de las clases trabajadoras no depende únicamente de factores económicos, influyen en él también factores culturales y morales.

Con el progreso de las ideas sociales, los poderes públicos se ocupan actualmente en dar toda clase de asistencia al necesitado, ya sea por medio de organismos especiales o de las leyes sociales; las instituciones privadas hacen esfuerzos por mejorar las condiciones del pueblo, y, sin embargo, toda esta labor queda en cierto modo limitada por factores más inmediatos. El Seguro Obrero va también directamente a levantar el nivel de vida del obrero, todos sus medios de acción tienden a este fin, pero frente a todas estas iniciativas encontramos una masa obrera que no siempre tiene capacidad y cultura suficiente para aprovecharse con fruto de estos beneficios.

En realidad, todos estos esfuerzos encaminados en bien de las clases trabajadoras, están
muy limitados en sus efectos por la falta de
educación; duro es reconocerlo, pero hasta ahora poco se ha hecho en este sentido, faitando
así la base sólida que debió encontrar para su
desarrollo nuestra legislación social al dictarse.
Es, por lo tanto, imprescindible que todas estas
actividades fundamenten su acción en una labor
educacional directa sobre los individuos y sus
famillas, y esta es la labor que corresponde al
Servicio Social.

El Servicio Social se dirige a investigar científicamente las causas de la miseria o necesidad, ya sean éstas de carácter económico, higinico o moral. La Visitadora Social que penetre, al hogar, que con sus frecuentes visitas llega a mantener un contacto directo con los individuos y sus familias, es la que puede darse cuenta de la clase de problema que les aqueja y busca en cada caso las medidas tendientes a solucionarlos.

Por el momento, creemos de justicia decir que una de las más fundamentales causas de nuestro malestar obrero lo constituye el salario insuficiente. La hufa de nuestra moneda y el alza de los artículos de primera necesidad están produciendo en las familias situaciones que no se remedian sino con un mejoramiento del salario. Frente a esté problema, es el Estado quien, debes actuar si la conciencia social no lo impone en forma justa y equitativa. Sólo a base de una situación económica que permita al obrero, no sólo hacer frente a sus más imprescindibles necesidades, sino ir formando su perindibles necesidades, sino ir formando su pe

queño capital de ahorro, se podrá pretender un levantamiento cultural y moral.

En estos casos de salario insuficiente, la Visitadora Social busca cómo compensario por medios indirectos, como sería la cooperación de otros miembros de la familia a su mantenimiento por medio del trabajo de los hijos o de la madre en el hogar; también puede la Visitadora Social hacer llegar al hogar los beneficios de diferentes organismos de asistencia, tanto públicos como privados, como son los de protección a la madre y al niño, organismos de asistencia escolar como ollas infantiles, ropero escolar, etc.

Cuando el salarlo es suficiente y, sin embatgo, se mantiene el bajo nivel de vida, la Visitadora deberá hacer un estudio detenido y profundo del caso, porque es aquí donde entran a
actuar los más variados factores: la faita de
cultura, como decíamos anteriormente, del padre o de la madre, la falta de necesidades que
los hace conformarse con un mínimum escasisimo de comodidades; (con razón el Dr. Long
al estudiat los problemas de nuestro pueblo
legó a la concusión de que uno de los factores
que impedian su solución era la falta de necesidades, y aconsejaba el tratar de creárs-las
para estimular el ahorro y el deseo de mayor
bienestar). A estos factores debemos agregar el
alcoholismo y demás vícios que són causa de
tanta miseria y desgracia.

Es en estos casos cuando la labor de la Visitadora tiene un carácter esencialmente educativo; es ella quien debe despertar en el atendido el sentimiento de su propio valer, el deseo de una vida más digna, de una mayor cultura, dándole al mismo tiempo valor y confianza en sí mismo. El individuo está estrechamente ligado a la familia, que es el elemento esencial sobre el cual reposa la sociedad; es dentro de ella donde la Visitadora puede extender su influeneia, comenzando por hacer consciente al padre de los deberes que con su familia tiene, y del verdadero concepto de orden que debe existir en las relaciones. En cuanto a la madre, desgraciadamente en nuestro pueblo no sabe ella, salvo excepciones, mantener en su hogar ni aun los más elementales principios de higiene, causa esta de la enorme mortalidad infantil que es la vergüenza de nuestro país. Ella tiene una conformidad y abnegación sin límites para cargar con todos los hijos que el marido abandona demasiado frecuentemente, pero generalmente no sabe ser buena dueña de casa y esposa, ni

cepto de asistencia privada o fiscal, a ser una escuela de dignidad, a representar, en fin, la forma más beneficiosa y a la vez más alta de justicia puesta al servicio de la sociedad en favor de la paz social. ¿Qué principios están más de acuerdo con los fines del Servicio Social, y quién mejor que la Visitadora Social puede colaborar en su realización?

### El Servicio Social en un Consultorio Bronco-Pulmonar

Por LUISA FIERRO CARRERA, Inspectora del Servicio Social de la Caja de Seguro Obligatorio

"Considero los Dispensarios antituberculosos como uno de los medios más eficaces, si no el más eficaz de todos, que poseemos para
combatir la tuberculosis. Creo que
cuando estos Dispensarios cubran
todos los países en su apretada red,
ejercerán la más benéfica acedón en
la lucha contra el terrible flajelo."
—Roberto Koch, al recibir el Premio Nobel en Estocolmo, el 12 de
Diciembre de 1905.

Si la Visitadora Social necesita siempre bondad de corazón, abnegación e inteligencia para llevar a cabo con éxito sus anhelos de mejoramiento y bienestar de los que sufren, en pocos campos de su actividad le son más necesarias tales cualidades que cuando colaboran a la acción médica de los Dispensarios antitubercuiosos, arma esencial de la medicina preventiva. Debe penetrar en el hogar herido por la temible enfermedad, conocer los medios de vida y hábitos de la familla, oir y apreciar debidamente la dolorosa odisea que, por falta de alimentos, de luz, de aire puro, ha permitido que el contagio destruya el organismo de uno o de varios de los que allí viven, y que se extienda amenazando la nueva semilla, la más tierna y más expuesta: los niños. Ella debe reunir inteligentemente esas valiosas informaciones y constitur la Encuesta indispensable, la que le dará el carácter social a la lucha, la que ha dignificado la misión del Dispensario que no sólo aliviará dolores sino que también mostrará esperanza de salud a ios amenazados.

Y, en segulda, deberá volver hacia la familia que sufre y, abnegadamente, en medio de todos, enseñafles las reglas de vida sana, la acción letal de los vicios, y buscar para cada uno el medio que le convenga, cualesquiera que sean las dificultades que se opongan a su labor. Ese es el hermoso y noble papel de la Visitadora Social en el Dispensarlo anti-tuberculoso: acción en favor de los ya heridos o amenazados, y acción preservadora en favor de la colectividad.

Para comprenderlo bien, basta recordar la característica de estos Dispensarios creado el primero por Calmette en Lille el año 1904, y extendidos actualmente a todos los países civilizados. El Dispensario anti-fuberculoso busca al enfermo e investiga la causa social de su enfermedad, trata de curarlo pero evita también que dañe a los que lo rodean, procura suprimir los factores sociales del mal y al mismo tiempo suprimir su radio de contaminación. Resulta esí un organismo de asistencia curativa y preventiva porque concentra en él todos los medios de lucha contra el flajelo. Hace tratamiento médico; pero hace también, muy especialmente, etiología y tratamiento social.

Sus funciones pueden agruparse en estas tres fases bien precisas de su actividad: 1.0 búsqueda del tuberculoso; 2.0 su conocimiento; v 3.0 el tratamiento médico y social.

1.0—La búsqueda del tuberculoso, tarea difícil del Dispensario, es relativamente sencilla

hacer el hogar agradable, lo que impediría muchas veces el abandono del esposo. Ella no tiene nociones prácticas de economía doméstica y desperdicía y emplea mal el salario en alimentos caros y poco nutritivos.

La nueva jornada de ocho horas deja al obrero un tiempo libre que el debería dedicar a mejorar las condiciones del hogar en vez de gastar en la taberna el escaso salario con que cuenta; pero para esto es necesario que el hogar exista en forma que le atraiga y no lo aleje como actualmente sucede.

La falta casi absoluta de finabitaciones buenas y baratas viene a agravar este problema en las condiciones actuales es casi imposible poder efectuar una labor de educación en la familia.

El Servicio Social trata de proporcionar a todos, tanto a grandes como a chicos, hombres y mujeres, entretenciones sanas que los alejen del vicio y que los fortalezcan de alma y cuerpo, como excursiones, juegos al aire libre, bibliotcas, organizaciones deportivas, veladas culturales, etc., todo aquello que tienda a elevar el nivel de las clases trabajadoras, La Visitadora Social que trabaje con verdadero desinterés y espíritu de abnegación, conseguirá mucho, pero su labor deberá ser sostenida y constante, pues no es obra de un día la de educar al pueblo; es obra que se realiza muy a la larga. Como toda actividad propia del Servicio Social, esta labor debe ser esencialmente preventiva y por eso se dirigirá especialmente al niño, tratando de prepararlo a una vida mejor y a formár en él al ciudadano capaz de valerse por sí mismo, capaz de mantener un hogar que no necesite de la ayuda ajena; ací se irá formando una clase obrera en condiciones más humanas y estables.

La labor de la Visitadora Social en crear un espíritu social en las diferentes clases sociales influirá en que los gobiernos e instituciones oficiales desarrollen una mayor actividad y consideren a fondo los problemas sociales a basa de conocimientos reales y prácticos, beneficiando así a la masa obrera con las disposiciones que tiendan a favorecerlo en el más amplio sentido de una verdadera justicia social,

para un Consultorio bronco-pulmonar de la Caja de Seguro Obligatorio. Los enfermos llegan voluntariamente a él para obtener las ventajas a que les da derecho la ley por su estado de salad.

Esta parte del programa de acción del Dispensario queda reducida, más bien, a buscar entre los demis miembros de la familia aquellos que pudieran estar también lesionados para hacerlos aprovechar de las medidas de profilaxis anti-tuberculosa. Corresponde a la Visitadora Social cumplirla. Deberá informarse del estado de salud de cada una de las personas que viven con el tuberculoso y, muy especialmente, de la de los niños. Los que aparezcan debilitados, los que tengan aspecto de enfermos o que sufran constantemente, los dirigirá al Dispensarlo para que el médico pueda someterlos al examen que determine la posible existencia de lesiones de tuberculosis pulmonar o de algún otro órgano. Tratándose de niños, obtendrá de la madre la autorización para llevarlos ella misma a la con-

2.0—El conocimiento del enfermo se obtiene en forma completa por el médico, mediante el examen asociado a diversos métodos de laboratorio; y por la Visitadora Social que procede en el domicilio a una encuesta sobre la habitación del asegurado, alimentación, trabajo, recursos, costumbres de vida, hábitos higiénicos y a la situación y estado de salud de la familia, que deberá mantener al día en su archivo.

Con todos los datos recogidos se forman: la Ficha médica y la Ficha social del enfermo. Un ejemplar de la encuesta será agregado a la observación clínica.

Así toda la delicada labor de conocimiento del enfermo, que exige tacto y competencia, y que es fundamental para la acción poeterior del Dispensario, queda a cargo de dos personas cuya estrecha colaboración es indispensable: el Múdeo y la Visitadora Social.

3.0—El tratamiento médico y social se deriva de los resultados que han proporcionado el examen médico y la encuesta social.

El médico decide si el asegurado debe ir a un hospital, a un sanatorio, o si queda en su domicilio vigilado por la visitadora y tratado por el Dispensario. Resuelve además la forma en que debe hacerse la protección de la familia: "si reina el contagio, separa a los niños de' hogar en que viven y los envía en colocación familiar o a preventorios al aire libre si están en bueza salud; o los dirige a sanatorios si son tuberculescos. Y ast, el Dispensario se hace un verdadero CENTRO DE SELECCION para toda la familia atacada o expuesta." (Dopter y de Lavergne).

Corresponde a la visitadora, ante todo, vigilar que se ejecuten con toda estrictez las indicaciones del médico, tanto terapéuticas como preventivas. Realizará el tratamiento social apropiado para procurar el mejoramiento de as condiciones de vida y de trabajo del enfermo si ha quedado en su domicilio, así como de la familia. Tiene una acción variada y extensa que desarrollar, cuyos puntos principales pueder agruparse en la forma siguiente:

a) Labor de sancamiento, velando por el aser y la aireación de la habitación, y obteniendo que se practique la desinfección de los objetos contaminados mediante procedimientos que ella misma enseñará, y la de los locales después del fallecimiento del enfermo o de su traslado, mediante el servicio público de desinfección. En los casos de habitaciones insalubres deberá dirigirse para su mejoramiento al propietar o del itmueble, y si no obtiene satisfacción dará parte al Servicio público respectivo. Igualmente, si la insalubridad reconocida se refiere a los talleres, salas de trabajo, etc., o depende de un número excesivo de obreros, lo fiará saber a la Inspección del Trabajo.

b) Labor de asistencia, obteniendo para el enfermo y su familia, de parte de instituciones filantrópicas, lo que le sea necesario: medicamentos, alimentos, vestidos, lecho, socorros de cesantía, etc. Procurará conocer las condiciones del trabajo del asegurado y de su familia para dar a, conocer a la Inspección del Trabajo las que contrarfen las disposiciones del Código del Trabajo, principalmente en lo que se refiere a horas extraordinarias de trabajo, jornada de más de § horas, trabajo nocturno, reposo semanal, salario, trabajo de mujeres, aprendices y niños, etc.

c) Labor de educación higiénica, mediante consejos sobre alimentación, ventilación conveniente día y noche, aseo de la habitación por procedimiento húmedo, manera higiénica de vivir, medios para evitar el contagio (desinfección de los esputos, peligros de espectorar en el suelo, conveniencia que los niños no duerman en la misma pieza del enfermo ni tomen sus comidas en la misma mesa que él, ventajas de colicar a los niños periódicamente en el campo en medio de una familia sana si es posible, etc.)

d) L'abor de educación económica por medio de indicaciones apropladas sobre distribución de sus recursos (presupuesto del enfermo y de su familia); de ayuda de instituciones filantrópicas que proporcionan bonos de alimentos diversos, de ropa, de habitación, etc.; de cambio de trabajo, si el que tiene es demasiado fatigoso o no es sufficiente remunerador; o dándole a conocer los inconvenientes para su estado pulmonar de ciertos trabajos, tales como los que manipulm lana, metales, vidrio y, en general, los que producen polvos nocivos para los pulmones.

Toda esta labor de la Visitadora Social, difíc. I y penosa muy a menudo, deberá ser cumpilda con conciencia, interés y abnegación para que el Dispensario bronco-pulmonar sea aquí lo que es en todas partes: un poderoso instrumento de profilaxis para la defensa social contra la tuberculosis.

Naturalmente que debe limitarse el radio de acción de cada Dispensario, sin lo cual su funcionamiento tendrá que ser defectuoso. Es imposible atender en forma eficiente un número excesivo de enfermos. El Prof. Bernard, de la Facultad de Medicina de París, calcula que un Dispensario puede dificilmente seguir más de 900 familias tuberculizadas, con un personal de 15 Visitadoras, encargándose de 60 familias cada una de ellas.

# Aspectos humanos de nuestra Legislación

# Social

por MARTA FONTECHLIA R.. Visitadora Social de la Admi nistración General de la Caja de Seguro Obligatorio.

1.—La Humanización del Derecho

Nuestra moderna legislación social es, sin duda, una muestra elocuente del progreso de nuestro Derecho.

En esto no hacemos más que conformarnos con un fenómeno ya anotado por el profesor francés León Duguit. quien, después de afirmar que "La declaración de los derechos del hombre y el Código de Napoleón v todos los Códigos modernos que proceden más o menos de esos dos actos descansan en una concepción esencialmente socialista", es decir, se tiende a abandonar la idea del derecho subjetivo del individuo para concebirlo sobre la idea de una regla social que se impone al individuo.

En otros términos, el hombre no tiene derechos; la colectividad tampoco. Pero todo individuo tiene en la sociedad una cierta función que cumplir, una cierta tarea que ejecutar.

Y ese es precisamente el fundamento de la regla de derecho que se impone a todos, grandes y pequeños, gobernantes y gobernados.

Se humaniza, por lo tanto, el derecho se hace más real y adopta una posición radicalmente divergente con el antiquo sistema metafísico e individualista, que había olvidado la función social que a cada individuo le corresponde desarrollar en la colectividad. Es el triunfo del altruísmo, porque es una condición de la vida social, ponerse al servicio de los demás miembros dei grupo.

 León Duguit. Las transformaciones generales del derecho privado. Traduc. de Dorado—Madrid, Beltrán. 2.—Ley 4054, de Seguro Obligatorio

Consecuente con estos principlos que gobiernan las instituciones jurídicas modernas, nuestras leyes sociales afirman el concepto de la función social

Un ligero recuerdo de nuestra legislación bastaría para demostrar cómo hemos avanzado en este sentido y valdría la pena mencionar algunas leves para que reconozcamos, con legitimo orgullo, que Chile marcha a la vanguardia de muchas naciones que aun no han logrado vivificar sus leyes con la savia incontenible de la función social. Así, nuestro Código del Trabajo de 1931 es el exponente más sobrio que podemos presentar de nuestros avances legislativos. Este cuerpo de leves refundió casi toda la legisiación social, dispersa hasta la fecha y que dificultaba su aplicación práctica (1).

Más que un Código, ¿no es éste una Biblia de amor y de protección a las clases desamparadas?

Frente al Código del Trabajo, que reconoce, ampara y fomenta la función social que

(1) El Código del Trabajo refundió, entre otras, las siguientes leyes:

Ley 3321, de 5 de Noviempre de 1927, sobre Descanso Dominical.

Ley 4053, de 29 de Septiembre de 1924, sobre Contrato de Trabajo.

Ley 4055, de 8 de Septiembre de 1924, sobre Accidentes del Trabajo.

Decreto-Ley 442, de 6 de Abril de 1925, sobre Protección a la Maternidad Obrera y Salas-Cunas.

Ley 4956, de 26 de Febrero de 1931, sobre Cierre de Boticorresponde al individuo, debemos mencionar una ley de prevsión: la Ley 4054, llamada de Seguro Obligatorio, Enfermedad e Invalidez—promulgada en 1926—obliga al individuo a asegurarse en previsión de futuras necesidades.

La previsión para los futuros días de necesidad evita la indígencia, cuando ella se presenta, y evitar la indigencia significa conservar los valores humanos de la sociedad.

No puede, pues, ser más noble y humana esta ley, que lucha contra la miseria, que asiste al enfermo y que después protege al inválido con una pensión vitalleía.

El bien del prójimo, concepto que antes era meramente de carácter moral y voluntario, adquiere en esta ley una estructura jurídica y obligatoria.

El Estado desarrolla así una verdadera función social, empapando el derecho de santimientos que antes permanecían insospechados. El hombrepor su parte, cumple con la obligación de vivir una existencia humana que se le impone-

Interviene ahora el Estado que obliga al individuo: primero, a salir de la ignorancia, 
proporcionándole la instrucción (Ley de Instrucción Primaria obligatoria); lo vigila 
después en su hogar (Ley de 
Habitaciones para obreros); 
cuida su descendencia (Ley de 
Protección a la Maternidad y 
Salas-Cunas); lo sigue en el 
trabajo y lo pone a cubierto de 
la mala fe, de los peligros de 
ia faena, de la explotación desmedida de sus fuerzas, etc.

Y va aún mús alla: toma en cuenta el factor humano hasta en las adversidades del destino, velando por el en su enfermedad, invalidez y vejez (Ley de Seguro Obligatorio).

Como hemos demostrado, es-

Entre nosotros, estos cálculos podrían servir de base para fijar la circunscripción de un Dispensario bronco-pulmonar; pero modificándolos en consideración a las condiciones de instrucción, de hábitos, de mentalidad de nuestro pueblo, que exigen ciertamente mayores esfuerzos para llevar a buen término la obra curativa y profiláctica. te conjunto de leyes cumple con el rol fundamental que le ha trazado la hora presente: resguardar el valor social que supone toda vida humana.

### 3.-El servicio social en la Caja Central de Seguro UN CASO SOCIAL

El Servicio Social en la Caja de Seguro Obligatorio, creado con no otro propôsito que el de servir mejor a sus asegurados, vino a llenar una necesidad que toda moderna legislación exige.

No podľa pasar inadvertida esta Institución, destinada a un fin eminentemente socia!, que necesariamente era indispensable complementar toda labor con los elementos técnicos que ello requiere.

El Servicio Social de la Caja representado por sus Visitadoras Sociales, distribuídas en los diferentes Consultorios, desempeñan sus tareas de acuerdo con las diferentes especialida. des del Servicio Mádico.

Así, hoy día el Servicio està establecido en el Consultorio de Afecciones Bronco-Pulmonares, en el Servicio Maternal y de Lactantes.

Hasta hace poco la Caja Central no disponia, al igual que sus Consultorios, de un Servicio Social propio, a pesar de que muy a menudo se presentaban ciertas situaciones que requerian la presencia de una Visitadora Social, en cuestiones que no eran precisamente de orden médico.

Una serie de casos presentados a la consideración del Môdico-Jefe, Dr. Félix Bulnes, motivo la idea de su creación.

La siempre presente intención de proporcionar al asegurado una atención completa hizo llegar a la medida práctica que los hechos insinuaban: Servicio Sociaj en la Caja Cen-

El trabajo en esta Institución ofrece todas las variedades que pueda presentar un Caso Social, circunstancia esta que lo hace muy particularment:

Los casos se generan simplemente por pedido del interesado mismo o por presentación de cualquiera persona que tenga conocimiento de un hecao que incumba al Servicio Social. Estos casos están clasificades en dos grupos: Mayores y Monores.

Entre los primeros tenemos squellos en los cuales se debe efectuar una labor social continuada, encaminada a solucionar los problemas una vez stablecidas las causas que los han producido.

Entre los segundos se encuentran los casos que sólo importan una tramitación corta. un trâmite de emergencia, como, por ejemplo: una hospitalización, un cobro de devolu-ción de imposiciones, una tramitación de orden judicial, etc. Tramitación que muchas veces el asegurado no puede efectuar por si solo, ya sea por desconecer la manera de actuar, o. en otros casos, por falta absoluta de medios económicos, como ocurre al tratarse de una inscripción o una rectificación de partida.

Otra fase del Servicio Social en la Caja Central es la concarniente a la atención de reclamos que presentan los asegurados alendidos en los Consultorios; precisa dejar constancia de que la mayoría de estos reclamos son infundados y se producen por diferentes causas, entre éstas las más comunes son:

a) los asegurados no entierden las explicaciones que sa les da en el Consultorio, y al no comprender caen en falta de cumplimiento.

b) otras veces reclaman derechos que en realidad no tienen. En todo caso, la Visitadora Social hace un papel mediador entre el reclamante y la parte de la cual reclaman.

El mayor conocimiento de la ley ha hecho que estos reclamos disminuyan en forma cousiderable, y actualmente en muy raras ocasiones se presentan.

El espíritu que anima a la Caja Central para cooperar a la acción de sus Consultorios queda claramente manifestado en el siguiente Caso Social atendido en su Servicio Social pro-

#### ANTECEDENTES

El asegurado A. B. concurre al Consultorio de Afecciones Pronco-Pulmonares en Agosto de 1933.

Diagnóstico: Tuberculosis fibross. Tratamiento indicado: Cura

sanatorial. El Consultorio lo envía a!

Sanatorio de la Caja (Laennec).

### Mayo de 1934.

En visperas de terminar su período de subsidios y ante la situación que se produciría con este motivo, A. B. da cuenta al Consultorio.

El caso fué puesto en conocimiento del Médico-Jefe, Dr. Félix Bulnes, quien resolvió que pasara al Servicio Social de esta Institución.

### VISITA DOMICILIARIA

El grupo familiar está compuesto de las siguientes personas:

No	ombre	Edad	Est. Civ.	Trabajo	Salario	Obser.
1 2 3 4 5 6	A. B. L. S. Inés Alberto Juan Abel	34 a. 37 a. 6 a. 4 a. 3 a. 1 a.	Casado	Mecánico Costurera	\$ 100 sem. \$ 12 sem.	and the same of th
7	Allegados Cristina	60 a.	100		and the	Suegra de A. B.

#### HABITACION

Una sola pieza en un conventillo antihigiénico sirve de dor-

Mobiliario representado por catres con sus camas, una memitorio, comedor y cocina a la sa y sillas, un estante destinado a guardar los pocos útiles de cocina.

Alumbrado a velas. Servicios sanitarios en co-

Canon de arriendo: \$ 40 mensual.

### Enfermedad del asegurado

A. B. concurrió al Consultorio de Bronço-Pulmonares más o menos un año atrás, donde después de estar sometido a tratamiento se le indicócura de clima, enviándosele a Laennec, en San José de Maipo.

A. B. permaneció en el Sanatorio cerca de dos meses y él, de su propia cuenta, resolvió regresar a Santiago, en atención a que su familla había quedado abandonada, cosa que él no podía aceptar.

### Situación económica

En buenos tiempos, A. B. ganaba un minimum de \$ 90 semanales y, ordinariamente, su entrada era alrededor de \$ 500.

La enfermedad requirió abandono absoluto de todo trabajo; por lo tanto, la familia quedó reducida a las siguientes entradas y medios económicos:

1.0 Subsidio, que a la fecha estaba reducido a \$ 28 semanales.

2.0 Trabajo de la dueña de casa, \$ 12 semanal; habiendo semanas que no tenía trabajo.

3.0 Venta y empeño de los muebles, ropa y servicios de mesa.

### Estado de ánimo del enfermo

Æstos sucesos, la variante experimentada en el último tiempo, afectándolo en forma considerable, influenciaron, sin duda alguna, en su manera de ser que se maniflesta en un permanente descontento: el asegurado se queja de que a su enfermedad no se le ha dado la debida importancia y que no se han preocupado verdaderamente de 21, por lo que se siente abandonado, Encuentra que en el Sanatorio estaba bien atendido; sin embargo, no deja de hacer algunas críticas a la alimentación. Según él, en todos los Servicios se cometen injusticias y no se da a los acontecimientos la importancia que se debiera.

Se trata de una familia tranquila; el jefe de hogar no tiene vicios y da todas sus ganancias

### CONCEPTO DE LA VISITA-DORA SOCIAL

### 1.0-Sobre la enfermedad

La enfermedad del asegurado no le permite desempeñar su oficio, ni encontrar por el momento otro adecuado a su estado de salud.

### 2 o .- Sobre el ambiente

El ambiente anterior era de cierta holgura; la enfermeda 1 con su serie de precupaciones, dificultades económicas, el sinnúmero de necesidades que no se pueden satisfacer, han ilevado a la família a una situación de pobreza material y esta ha traído por consecuencia una completa desmoralización.

(Hay, por lo tanto, verdaderá necesidad de socorro.

### Proyecto de Tratamiento

1.o Lo más urgente es atender lo referente a la alimentación de la familia, para lo cual será necesario solicitar socorro a alguna Institución.

2.0 Intensificar el tratamiento médico del padre para capacitarlo cuanto antes a in trabajo compatible con su estado.

3.0 Hacer examinar a la riadre de familia, ya que su convivencia con el enfermo induce a pensar que pueda estar contagiada.

4.0 Examen médico a los niños.

### CUMPLIMIENTO DEL TRA-TAMIENTO SOCIAL

Problemas de orden económico
Los ûnicos recursos de esta
familia: el insuficiente subsidio, el producto del empeño, la
venta del menaje de coasa, la
pequeña ayuda que ocasionaln-ente aporta la madre con sus
costuras no basta para que la
familia pueda mantenerse.

La Caja de Seguro, en su arán de dar al asegurado todos los medios necesarios para reintegrarlo nuevamente a la sociedad, estimó, al tomar conocimiento de esta situación, dar su apoyo decidido a esta familia, dispensándole como auxilio extraordinario una pensión mensual de \$ 360, mientras al jefe de familia llegara a quedar en condiciones de trabajar.

Con este auxilio y el trabajo de la madre de familia fué posible dar al enfermo una nilmentación adecuada y arrendar una casa de tres piezas que le permitiese tener su dormitorio individual.

### Orientación del presupuesto Fara gastos de alimenta-

ción ..... \$ 240 Para arriendo de casa

de 3 piezas ..... , 100 Para diversos, especial-

Total . . . . . \$ 360

### Problemas de orden médico

A. B. ha continuado su tratamiento con regularidad; este tratamiento ha sido a base de inyecciones, tónicos reconstituyentes, más alimentación, pieza salubre. El médico tratante, Dr. Peralta, ha manifestado la conveniencia de que el enfermo yaza a cilma nuevamente, cemo una medida beneficiosa.

La alimentación, ahora mejorada notablemente, ha sido un factor que ha contribuído ai mejor estado de todos los miembros de la familia.

El examen médico practicado a la madre comprobó que no había lesión pulmonar.

Los exámenes a los niños dieron el resultado siguiente:
La niña presentó una cutireacción negativa y radioscopía del tórax también negativa.

Los niños presentaron cutireacción positiva débil con radioscopía del tórax negativa.

### Tratamiento del estado de ánimo del enfermo

La ayuda económica efectiva que vino a remediar la indigencía, el hecho de sentirse atendido influyeron al principio en 
forma bastante favorable; pero, a pesar de los auxilios dispensados, el asegurado mantiene su actitud de comparar su 
situación presente con la que 
tenía mediante su trabajo y 
presenta cada vez nuevas exigencías.

Su ánimo tiene alternativas bien marcadas. A veces demuestra ser agradecido a la Caja y alcanza a comprender que se le distingue con un favor; pero, otras, ya está desalentado, con su genio alterado y vuelve a las críticas habituales.

## El Servicio Social en las Industrias

por Gumermina Gronemeyer

Visitadora Social de la Refi nería de Azúcar de Viña del Mar,

Antiguamente el obrero que trabajaba en las fábricas no tenía ninguna garantía que lo defendiera de los peligros que le redeaban por todas partes: los locales inadecuados e insalu-bres, ningún control respecto a las horas de trabajo, los salarios eran tan exiguos que aperas les alcanzaban para comer. no se evitaban los peligros de los accidentes del trabajo, y en estos casos y en las enfermedades no tenían ni la más minima ayuda, y más aún, no se les reservaba su ocupación cuando ya estaban capacitados para trabajar; en fin, seria largo enumerar las penalidades y abusos que se cometian con los infelices trabajadores, pues no había una lay que los protegiera.

Al fin llegó el día en que los gobernantes de conciencia se preocuparon del trabajador, creando leyes y organismos que procuraron hacer la vida de ellos más humana.

Las leyes sociales tienen disposiciones que han elevado enormemente el nivel en que yacía el trabajador: se regiamentó sus horas de trabajo, se exigió a los patrones les dieran locales adecuados y salubres y protegieran las maquinarías para evitar los riesgos de los accidentes del trabajo.

Además, en numerosos países se han creado leyes sobre enfermedades, invalidez, vejez ý accidentes del trabajo; así ya no estarán tan desamparados a. encontrarse frente a cualquiera de estas eventualidades.

Lo que aquí he enumerado comeramente se hace extensivo a todo el gremio obrero en general, por las leyes y decretos que rigen en cada país, siendo algunos bastante adelantados en este sentido.

Algunos industriales con sentimientos más humanitarios, no sólo se contentan con hacer cumplir las leyes en favor de sus obreros, sino que van más adelante y se preocupan de ellos en una forma más intensa y aún llega a abarcar a los miembros de su familla y adoptan una serie de mejoramientos que hacen la vida del obrero más llevadera; a este conjunto de beneficios se le denómina SERVICIO SOCIAL IN-

Veamos a grandes rasgos en qué consiste y las ventajas que de él se desprenden.

En una fábrica se pueden adoptar medidas que abarquen diversos dominios: técnico, higiánico, social y moral, tendiendo a hacer más estrecha la colaboración entre la dirección y el personal.

Para este fin se necesita de un intermediario especial, que se encargue de este rodaje y que se coloque entre la dirección y el personal obřero, que sea diferente de los dos y que, por lo tanto, tenga la confianza de ambos; éste no debe ser ni de la dirección propiamente dicha, ni del personal obrero. La persona que debe llenar este rol es la Visitadora Social; en Europa se la denomina Superintendente de Usinas.

La Visitadora Social debe, ante todo, adaptarse a la mentalidad del obrero, ganarse su confianza y consagrarse desinteresadamente al bienestar de ellos; indagar las causas de su malestar físico y moral para

### Problemas de la Habitación

Aunque fué bastante demoroso y hasta cierto punto difici!
encontrar una casa aproplada
para ellos, se logró, por fin,
airendar una casita independiente con tres piezas y un pequeño patio, cuyo canon fué de
\$ 100. Esta casa, aun cuando
no reunfa las condiciones que
la profilaxía de la enfermedad
exigs, fué ocupada por ellos,
con la perspectiva de trasladarlos después al campo, según
fuera la indicación del médico.

#### Situación actual

Las habitaciones y el clima de Santiago no fueron propicios a la curación de la enfermedad y se propuso un nuevo proyecto de traslado al campo a un fundo de la Caja, en Nos. Se verificó este traslado, para lo cual se arrendó una casa que consta de 5 plezas en muy buen estado, disponiendo también allá de media hectárea de terreno; la casa queda ubicada en el centro.

El terreno quedará luego preparado para siembras. Ya se ha empezado a adquirir aves para crianza y próximamente recibirán aigunos conejos para emprender algún negocio relacionado con la venta de cueros.

### Apreciación de la Visitadora Social

Debido a la ayuda extraordinaria autorizada por la Caja de Seguro, se ha logrado mantener en bastante buena situación a la familia.

El médico del Consultorio de San Bernardo que atiende periódicamente al asegurado ha dicho que su enfermedad ha evolucionado en forma muy satisfactoria.

La familia está muy reconocida y especialmente el enfermo, de todo el beneficio que les proporciona la Caja. La ausencia de preccupaciones económicas hace que el asegurado se demuestre la mayor parte del tiempo muy contento y con muchos proyectos para el futuro.

A no ser por la intervención crortuna de esta Institución, esta familla hubiera llegado a la miserla más absoluta, trayendo como consecuencia inmediata un recrudecimiento de la afección pulmonar en un organismo debilitado cada vez más por la falta de alimentación, la habitación insalubra, las preocupaciones angustiosas de un padre de familla que ve desnutrirse a sus pequeños hijos y ser victimas a su vez del flagelo de la tuberculosis.

# Asistencia a la mujer embarazada.-Servicio prenatal

(ACTIVIDADES SOCIALES EN UN CONSUL TORIO MATERNAL)

por P. F. ARMAND-DELILLE

Hay pocos domínios donde la Visitadora Social pueda intervenir en forma más útil y eficaz que cerca de la mujer embarazada, de la mujer casada, en su hogar, si tiene una habitación estrecha, varios niños ya y recursos insuficientes; más aún cerca de la joven seducida, para la cual el embarazo es un desastre que muchas veces la lleva a actos de desesperación. Completa, además, la acción máslica educando a la futura madre, guiándola con sus consejos para que pueda criar hijos fuertes y vigorosos, los hombres de mañana.

Estudiaremos estas principaies eventualidades. Si la madre de familia tiene ya varios hijos. un nuevo embarazo es una causa de decaimiento, y, de otra parte, la dueña de casa tiene las dificultades materiales del parto en una vivienda estrecha, los gastos que va a traerie y ei abandono momentáneo de los cuidados de la casa y de sus hijos.

Además de la fase médica, que tiene una importancia vítal, velando porque se sigan regularmente los tratamientos específicos indicados por el Médico, citándolas al Consultorio y convenciendo a las reacias por medio de consejos y advertencias del peligro que encierra no hacerlos, y especialmente sobre la influencia que tendrá para el hijo que va a nacer, la Visitadora Social puede prestar en estos casos los más grandes servicios. Con sus Encuestas en el hogar itustrará al Médico respecto de las condiciones higiénicas en que viven, para así permitir o no la atención domiciliaria del parto.

Pondrá después a la madre en contacto cou un Ropero Infantil, donde la ayudarán a preparar lo necesario para su hijo, renovando o completando lo que ella posee. De otra parte. si tiene un trabajo pesado, antes de hacer intervenir el reposo acordado por la ley, se podrá hacerle interrumpir este trabajo, procurândole alguna ocupación a domicilio en condiciones menos fatigadoras y con la mejor remuneración posible; se podrá aún, muchas veces, obtener para ella la ayuda de Instituciones de caridad privada.

Pero, sobre todo, es en el momento del parco que la Visitadora debe intervenir. Si se trata de hacerla atender en una Maternidad, después de haber obtenido el consentimiento del marido, mostrándole la oportunidad de las medidas pro puestas, procurará asegurar los cuidados y el bienestar de los otros niños durante la ausene a de la madre.

Diferentes soluciones pueden ser estudiadas. O bien existe alguna parlente, una hermana me yor que pueda cuidar los niños y aterder la casa mediante una ayuda parcial, o bien no hay ninguna persona para llenar estas funciones. En este caso será necesario colocar los niños temporalmente en algún Asilo mientras la madre vuelve al hogar o, si se atlende en su casa, mientras esté en estado de cuidarlos.

Cuando la Visitadora Social se encuentra en presencia de una madre soltera, para la cual el embarazo es una catástrofe material y moral, su papel ahí es mucho más considerable y al mismo tiempo más delicado. Como lo dice muy justamente Miss Cannon, la situación de la joven embarazada y abandonada por su seductor es especialmente lamentable. La organización social actual no le da ningún derecho y no le acuerda, casi, ningún auxilio; no le presenta más que dificultades, y la única alegría que puede tener es la que le dará el niño que va a criar.

tratar de remediarlas; hacerles más fácil su trabajo, menou penoso, más racional, más provechoso, siendo ella la que propondrá al patrón las medidas y adelantos en pro del trabajador porque está comprobado que cuanto se haga para mejorar la condición del obrero trae también un rendimiento para la industria y con esto safavorecidos el industrial, len que verá aumentar sus ganancias, y el óbrero, que por este medio obtiene mejoramiento en su bienestar.

El papel de la Visitadora Social no solamente se circunscribe al personal dentro de la fúbrica o taller, sino que lo sigue hasta su hogar para combatir las enfermedades, miserias y ayudarlos en las circunstancias difíciles en que se encuentre él y su familia.

Una de las preocupaciones principales ha de ser que su vida de hogar sea lo más moral posible, legalizando su familia y haciendo comprender al jefe del hogar que no debe descuidar sus obligaciones; pondrá empeño en bacer desterrar los vicios, que son la causa de la ruína econômica y moral de la familia.

En fin, son tantas las actividades que puede desarrollar la Visitadora Social en una industria que, por no alargar demasiado este estudio, no las enu-

Para terminar, dirê que en Chile importantes industrias han organizado el Servicio Sociale a cargo de Visitadoras Sociales, y poco a poco se deja ver el cambio que se opera en el personal: su modo de vivir y su contracción al trabajo mejoran visiblemente, y las industrias también prosperan.

Cuando en un país prosperralas industrias progresa la Nación entera, y recibiendo el obrero su justo jornal y prorando su bienestar no se exporimentará descontento y el país marchará en una era de paz y de tranquilidad. El papel de la Visitadora consiste, entonces, en desarrollar desde luego en esta niña, que ha infringido las convenciones sociales por no haber resistido a los instintos naturales, los sentimientos maternales que podrán darle una compensación y una razón de ser de la vida.

La acción de la Visitadora Social, que será de largo aliento, y siempre muy delicada, consistirá en hacer aceptar a la joven su situación y en prepararla, moral y materialmente, para que cumpla los deberes que le impone la maternidad. Esta labor de la Visitadora es muy difícil a causa de los factores psicológicos tan variados que aparecen en la victima, y las Visitadoras que las atienden tienen que poner en juego to la su paciencia, toda su compasiva simipatía para no dejarse descorazonar en el curso de su obra, sin olvidar que muchas veces son contrariadas en sus proyectos por los padres, las vecinas, el seductor y también las profesionales que aconsejan la solución criminal y fácil de la situación, si es que la desgraciada no ha considerado ya la posibilidad del suicidio que pondrá fin a su deshonor.

Naturalmente, es preciso hacer intervenir. tanto como sea posible, su medio familiar, sus amigos, así como la colectividad religiosa a que pertenece; pero estas intervenciones deben ser aplicadas con discernimiento, teniendo en cuenta la mentalidad de la mujer, sus reacciones afectivas y emocionales, su complexión, su carácter, e igualmente su medio, su educación, las circunstancias que han traído su caída. Se ve, pues, cuán dificil y complejo es el problema.

Es preciso, también, estudiar en detalle las condiciones materiales en medio de las cuales se encuentra, o entre las cuales se podrá colocarla para permitirle la crianza y en seguida la educación de su hijo.

Es evidente que la investigación de la paternidad deberá intervenir; pero es preciso recordar que el matrimonio no es sidmpre la solución mejor. En todo caso, la búsqueda de la paternidad podría ser empleada para procurar ia ayuda matérial que podrá dar el padre para el sustento de la madre durante el embarazo y del niño después del nacimiento.

Si el padre es de mentalidad inferior, si es un alcohólico o un defectuoso (taré), será más conveniente no tratar de efectuar el matrimonio, traeria, no sólo sufrimientos cotidianos, sino miseria para la madre, y que sería deplorable tanto para la crianza como para la educación del niño. Si, por el contrario, se trata de un joven dotado de sentimientos a los cuales se pueda apelar, de carácter suficientemente serio y trabajador, será preciso que se trate de obtener el matrimonio, al cual generalmente es'à dispuesto, pero para el cual teme la oposición de su familia. En este caso es cerca de la familia que se debe intervenir, haciendo un liamado a su humanitarismo y a sus sentimientos de responsabilidad moral y social. Se podrá. muchas veces, obtener ese consentimiento mediante un cambio de domicilio de la joven pareja, instalándola en otro barrio lejano o en una localidad más distante, para evitar los comentarios o la acogida malévola de los anigos o de los vecinos.

Si, como pasa frecuentemente, el padre es casado, es necesario exigir, con mayor razón, el cambio de domicilio de la joven madre, y muchas veces de su familia, permitiendo esto obtener una ayuda material del responsable del embarazo.

Si el padre es desconocido, y la familia, temiendo el deshonor, trata de ocultar al niño, es necesario favorecer el cambio de habitación, procurando una situación de trabajo a la joven y a su madre en otro barrio o en otra localidad.

Ciertas obras privadas, religiosas o laicas, de asistencia a las madres solteras o a los niños, consideran equivocadamente que el niño les pertenece y que ellas solas deben ocuparse de su mejoramiento y de su educación, criándolos bajo su exclusiva dirección. Es un error a nuestro juicio y en opinión de las obras de asistencia social que comprenden su verdadera responsabilidad social y tratan siempre de asociar a la madre en la crianza y educación de su hijo, salvo indignidad absoluta.

Si se consigue, al contrario, dirigir la madre soltera con simpatía e inteligencia; si hace co-operar las diferentes obras de beneficencia y de asistencia social públicas o privadas; si sube hacer intervenir las leyes existentes, investigación de la paternidad, etc., se podrá muchas veces obtener que la madre acepte la carga de su hijo, y se resolverá de la manera más feliz, y la más útil para la sociedad, este delicado problema de asistencia social a la madre soltera.

Para esta extensa labor, toda ella liena de abnegación y de compasión, tiene la Visitadora que mostrar su bondad y su tacto, que son el patrimonio de la naturaleza femenina. Cada visita formará parte de un plan determinado; tratará de mantener a la futura madre en buena salud hasta el parto, dándole toda la instrucción de puericultura que sea capaz de comprender. Consagrará cada una de estas entrevistas a un fin bien preciso. Le demostrara, por ejemplo, que la maternidad es una función normal y que, por lo tanto, pasará normalmente, que es deber de los padres tener hijos sanos, y ,para lograrlo, obedecer a ciertas reglas conocidas. Ganándose también la confianza del marido obtendrá más que de la mujer, ya que il es generalmente el árbitro del hogar.

Para luchar de una manera eficaz contra la ignorancia, para organizar metódicamente la vigilancia y la salvaguardia de nuestras madres y niños, el mejor procedimiento consiste en la creación de los "Círculos de Madres". Las Visitadoras de los Servicios Prenatales y Postnatales darán ahi conferencias sobre consejos higiénicos de vida sana, sobre la forma cómo deben cuidarse y alimentarse ellas mismas, y, además, las reglas cómo deberán cuidar al hijo que tienen o que esperan. Se les enseña también lecciones de corte, de educación doméstica, etc.. y se les proporciona lectura sana y educativa. Así se establece una corriente de amistosa simpatfa entre las Visitadoras y las madres, y de cooperación mutua entre las que allí asisten, lo que facilitará la acción social y labor educativa en que se encuentran empeñadas.

### Asistencia Social del Niño

(ACTIVIDADES SOCIALES EN EL CONSUL TORIO DE LACTANTES)

por P. F. ARMAND DELILLE

La cuestión de la asistencia al niño es para nuestro país y, en las condiciones actuales, una de las más importantes y de las más urgentes de resolver, al mismo tiempo que de las más difíciles.

Tanto como es fácil criar al niño en buenas condiciones en el campo, cuando la ignorancia y los prefuicios no intervienen, tanto parecen combinarse las condiciones desfavorables en nuestras grandes ciudades para disminuir la natalidad y complicar el problema de una buena crianza par el lactante y para el niño.

A más le los inconvenientes inherentes a la vida urbana en las grandes aglomeraciones y en los centros manufactureros, se agrega la cuestión de la vivienda y la aglomeración que es su resultada.

Estudiaremos los medios que la asistencia social puede emplear para remediarlos, siquiera parcialmente.

Las dos principales dificultades son ciertamente la aglomeración de las habitaciones en edificios estrechos y el trabajo de las mujeres en las fábricas, talleres, almacenes u oficinas.

El agrupamiento que resulta de la acumulación de las familias en alojamientos insuficientes cuando no maisanos, no solamente desalienta de antemano a los padres, sino que los incita además a las prácticas malthusianas o al abortocriminal.

Primeramente es necesario obtener que la madre amamante a su hijo. Se ha observado muy justamente que una madre que ha comenzado a darle el pecho, lo abandona mucho más difícilmente.

Para asegurar al lactante las condiciones más favorables a su conservación, es necesario rodearlo, así como a la madre que lacta, de la mayor solicitud. La condición primordial es permitir la lactancia al seno; sólo en caso de imposibilidad material se deberá esforzarse por realizar la lactancia artificial, que debe ser estrictamente reglada para aproximarla lo más posible de la lactancia materna, so pena de exponerse a desastres. Casi no es necesario recordar aquí esta verdad proclamada por un puericultor eminente, el Dr. Plnard: "La leche de la madre pertenece al niño", para realzar la importancia higiênica y social de la lactancia materna.

Desgraciadamente, factores patológicos y sobre todo factores económicos parecen conjurarse, en las condiciones habituales de la vida moderna, para impedir a la naturaleza que cumpla con esta función fisiológica. La joven madrefatigada por la vida urbana, por su trabajo o por pretendidos placeres extenuadores, se encuentra más o menos anémica, su secreción láctea es muchas veces insuficiente, y aun si tiene la posibilidad material de lactar a su hijo se desalienta rápidamente y recurre a la mamade-

ra que, para clertos niños débiles, trae consecuencias fatales.

Otras veces, son las condiciones económicas las que le impiden lienar su deber de madre; un mes después del parto está obligada a volver a tomar su trabajo en un taller que, algunas veces, se encuentra muy alejado de su domicilio, de manera que no puede venir a amamantar a su hijo; entonces lo entrega para que lo cuiden con alimentación artificial, o paga una nodriza que lo nutrirá también artificialmente, para verlo morir poco después de atrepsia o gastro-enteritis.

Gracias a las Salas-cumas (la ley de protección maternal obliga a toda industria o fábrica a instalarlas), las condiciones se han modificado felizmente, y les es posible a las madres que lo deseen llenar su deber de nodrizas de sus hijos.

En todos los establecimientos en que estas Salas-cumas han sido organizadas, dan resultados excelentes, no solamente reduciendo la cifra de la mortalidad infantil, sino también estimulando la natalidad.

El primer deber, por consiguiente, y el papel esencial del Servicio Social en el dománio de la protección de los lactantes, es favorecer por todos los medios la lactancia materna.

Numerosas madres jóvenes no están, felizmente, obligadas a trabajar fuera; pero muchas de ellas, por negligencia, por deseo de libertad y de independencia, por coquetería, por temor de la fatiga, siguiendo en esto los consejos de madres timoratas o vecinas de poca conciencia, tienen tendencia a eludir el deber de la lactancia. Es cerca de ellas que puede intervenir eficazmente la Visitadora Social durante sus encuestas y visitas. Después del parto, la joven madre, principalmente si es una primípara, puede sentirse fatigada, desilusionada, y si la secreción láctea no se establece fácilmente, si el niño no manifiesta suficiente energia para mamar y determinar la secreción, se recurre con demasiada facilidad a la mamadera de leche esterilizada. En este momento, el Médico, la Visitadora Social, la Matrona deberán intervenir eficazmente por sus consejos, por sus seguridades, para poner en marcha la lactancia al seno. Establecida ésta, es preciso decidir a la madre a frecuentar regularmente un Consultorio de Lactantes.

Es, pues, en estos Consultorios donde se darán los consejos de higiene para los cuidados del lactante: será modificada la cantidad de la ración alimenticia en el curso del crecimiento; se instituirá la lactancia mixta en los casos de insuficiencia de la leche materna; se organizará la lactancia artificial en los casos excepcionales en que la madre no puede realmente alimentar al niño, observando todas las medidas de higiene dietética. Sin entrar en detalles técnicos, se puede decir que los Consultorios de Lactantes constituyen uno de los factores más importantes para el descenso de la mortalidad infantil.

Desgraciadamente, y aunque haya habido in mejoramiento notable de la situación material de las "clases obreras", la holganza está todavía lejos de reinar en todas las familias, sea porque el salarlo del jefe es insuficiente, sea porque la enfermedad de uno de los cónyuges o de un niño de más edad ha venido a extinguir o a disminuir los recursos normales y endeudar la familia, sea, en fin, que el número de niños es va considerable. Corresponde al Servicio Social buscar los suplementos o agregados posibles al presupuesto famillar, utilizando ya los recursos suministrados por las leyes de asistencia pública, ya poniendo en acción los recursos locales de la caridad privada, obteniendo preferentemente donaciones en artículos de primera necesidad.

La cuestión del trabajo de la mujer es una cuestión igualmente grave para el lactante como para el niño. Lo que se refiere a los cuidados del niño antes del nacimiento, es decir a la mujer en cinta, lo que se llama igualmente el Servicio Prenatal, lo he considerado ya, A él corresponde, en general, asegurar a la mujer embarazada un "trabajo a domicilio", que podrá ser continuado durante todo el período de la lactancia. Pero si este Servicio Prenatal no ha entrado en juego, si la Visitadora Social se encuentra en presencia de un recién-nacido cuya madre acaba de dejar la fábrica, se plantea la cuestión de saber cómo se podrá asegurar al lactante los cuidados maternales y la lactancia materna, que sólo pueden dar la certidumbre de la supervivencia del niño durante su primer año.

Nos colocamos, naturalmente, en presencia de un caso en que la observancia de la ley habrá asegurado a la madre y al niño un primer mes de lactancia en buenas condiciones.

En este momento dos soluciones pueden intervenir. La mejor consiste en asegurar a la madre la vida en su hogar si es casada, o, a lo menos, en su domicilio si es una madre soltera, aunque esto sea mucho más difícil desde todos los puntes de vista.

Si la madre es casada, diferentes cuestiones deben estudiarse. Muchas veces el marido gana bien su vida, y es suficiente con que la Visitadora oriente al matrimonio para que equilibre su presupuesto, haciendo algunos sacrificios subre las distracciones, en particular el cinema y la taberna, o bien en las baratijas y trajes inútiles. Las más de las veces los gastos para el ajuar del niño parecen una carga pesada en el presupuesto familiar. En tales casos la Visitadora Social podrá útilmente hacer intervenir las Obras privadas que preparan estos ajuares, que son proporcionados gratuitamente o a un precio muy reducido, al mismo tiempo que la cuna, la tina de baño y los otros objetos necesarios para los cuidados del niño.

Se presenta también el problema de los niños de más edad, que absorben la madre junto con los cuidados del hogar; es a ellos que será necesario tratar de colocar de preferencia, interviniendo para que sean aceptados en Obras dorde puedan permanecer durante el día en Asilos
temporales, o enviarlos a Colonias de Vacaciones, porque es necesario recordar que es el más
pequeño quien necesita de mayores cuidados
maternales. Si el presupuesto familiar es muy
pobre, es necesario esforzarse para procurar a
la madre un trabajo en su domicilio que compense una parte de lo que ganaba afuera. Se
podrá entonces hacer intervenir alguna obra de
asistencia privada (caridad maternal u otras),
para agregar el suplemento necesario. Lo que es
preciso, antes de todo, es asegurar al niño la
continuidad de la lactancia materna.

Cuando se trata de una madre soltera el problema es mucho más diffell; la labor principal de la Visitadora es moral: consiste en impedir a la madre que abandone a su hijo, mostrándole la belleza de su papel de madre, perfesobre todo uniéndola a su hijo y proporcionandote, al mismo tiempo, los medios de existencia durante el período de crianza.

Si las condiciones materiales son muy defectuosas, en espera que se puedan mejorar, es necesario hacer entrar la joven madre en una Casa Maternal o Asilo Maternal después de su convalecencia.

Si es imposible proporcionarle a la joven madre un trabajo en su domicilio suficientemente remunerador, será conveniente alentarla para que aproveche la Sala-cuna de la fábrica donde trabaja.

Se puede así asegurarle condiciones de vida relativamente suficientes, combinando un trabajo a domicilio, un socorro suministrado por las Obras de caridad maternal, o bien dirigiéndose para sus comidas a las excelentes Cantinas para madres nodrizas, debidas a generosas iniciativas. Si, al contrario, no es posible asegurar estos múltiples socorros y que la madre tenga la obligación absoluta de trabajar, sea en el taller, en el almacán o en una oficina, se le aconsejará recurrir a una "Créche", que le permita, ai mienos, utilizar la lactancia mixta, porque ella podrá darle el pecho en la mañana antes fe partir, a mediodía durante la hora de almuerzo, después de las 6 de la tarde a la salida de su trabajo, y, en fin, en la noche.

Resumiendo, la Visitadora Social debe, pues, dar una ayuda material, una ayuda intelectual y una ayuda moral,

La ayuda material no debe ser, en principio, directa: debe utilizar los recursos posibles u Obras de Asistencia Social.

La ayuda intecectual consiste en explicar a las asistidas la manera cómo deberán procedor para obtener resultados útiles, trabajo, recursos, etc. Intervendrá directamente cuando sean incapaces de hacerlo ellas mismas, realizando los trámites necesarios.

La ayuda moral la llevará primeramente a ganar la confianza de la madre, a fin de poder alentarla por sus consejos, para que, en medio de sus aflicciones, recobre las energías perdidas, poniéndola en condiciones de restablecer el equilibrio económico y social momentáneamente perturbado; o si éste se encuentra definitivaBOLETIN MEDICO

# Servicio Social para los Núcleos Agrícolas de la Caja de Seguro Obligatorio (1)

por LUISA FIERRO CARRERA Inspectora del Servicio Social

Para conocer el nivel de vida de las familias ubicadas en los Núcleos agrícolas de la Caja de Seguro Obligatorio, "La Nueva Esperanza" (Nos) y "Lo Zañartu" (Quilicura) y considerar la posibilidad de mejorarlo, el Dr. F. Bulnes, Jefe de la Sección Médica, decidió que se practicara una encuesta a cada una de estas familias. Las encuestas

fueron hechas siguiendo un for-

mulario preparado especialmen-

te por la Inspección del Servi-

Examinados estos documentos y reconocido, mediante ellos, el "standard" de vida de las famillas, he podido formular el programa de acción social que convendría poner en práctica para alcanzar el objetivo que se propone la Caja.

ropone la Caja Estudiaré:

cio Social.

1. Familias del Núcleo "La Nueva Esperanza";

(1) Este estudio ha sido temado de un informe que envié al Jefe de la Sección Médica, con fecha 31 de Mayo de 1935.

- Familias del Núcleo "Lo Zañartu"; y
- Programa de mejoramiento del "standard" de vida de las familias de amboe Núcleos.

# 1. FAMILIAS DEL NUCLEO "NUEVA ESPERANZA"

Las parcelas de este Núcleo están habitadas por 22 familias con un total de 144 personas, de las cuales 65 niños (hasta 14 años de edad) y 78 adultos (31 mujeres y 48 hombres), o sea una proporción de 45,13% de niños en la población.

Las encuestas muestran que, de una manera general, las familias habitan casitas de buenas condiciones sanitarias, aunque se nota muy a menudo deficiencias en su vida higiénica (aglomeración de personas en piezas reducidas, falta de camas, de sillas y otros útiles de casa, aseo incompleto de las habitaciones, falta de aseo individual, alimentación insuficiente, etc.). Se comprueba, de consiquiente, desconocimiento de las

reglas de higiene, lo que no permite al organismo aprovechar debidamente los beneficios que proporciona una habitación salubre.

Al lado de éste hay otros problemas sociales de mucha importancia para el bienestar familiar entre los habitantes de este Núcleo: analfabetismo mu? extendido; incumplimiento de las disposiciones de la lev de Registro Civil sobre constitución de la familia; necesidad de atender la instrucción de aduitos; provisión de agua de bepida, buena y libre de posibles contaminaciones; y muy especialmente, necesidad de servicio médico suficiente (atención medica, dental y de partos.)

## 2 FAMILIAS DEL NUCLEO "LO ZAÑARTU"

Los habitantes de este Núcleo constituyen 40 familias con 276 personas, entre las cuales hay 117 niños (hasta de 14 años de edad) y 159 adultos (77 mujeres y 82 hombres), o sea una

mente comprometido por una enfermedad física de algún miembro de su familla, por ejemplo, para obtener que acepte las condiciones inferiores en que se encuentra, y ayudarla a que se rehaga una vida soportable para ella y los que la rodean.

Otro de los objetivos del Servicio Social de la infancia es completar la tarea del Médico, contribuyendo con los datos sociales y familiares útiles para que pueda establecer el diagnóstico y el tratamiento; y, además, vigitando en el domicilio, bajo la dirección del Médico, los niños enfermos cuyo estado no exige hospitalización, y enseñandoles a las madres noctones prácticas de higiene para que puedan atender mejor a sus hijos y conservarlos en buena saiced.

Antes de la consulta la Visitadora tratará de hacer una encuesta verbal a las madres presentes sobre el estado de salud de sus niños, pregración y regularidad de las comidas, sueño, sireación, paseos, salud general de los miembros de la família, punto de vista social de la habitación, trabajo, recursos y subsidios obtenidos. Cuando la Visitadora reconozca que una acción médico-social es necesaria, consignará esto por escrito en una encuesta, y asistirá a la consulta médica para saber exactamente lo que se le aconseja a la madre, e indicará al Médi-

co ciertos datos que se desprenden de la encuesta y que podrían ser útiles para el diagnóstico y el tratamiento.

Después del examen médico, la Vigitadora deberá observar y darse cuenta de si la madre ha comprendido las prescripciones que ha recibido del Médico, para explicárselas nuevamente y estudiarlas con ella; y establecerá así un contacto social amistoso que le permitirá visitar el hogar y dirigir la familia.

Después de la consulta, cierto número de casos son tomàdos por la Visitadora, sea por infciativa propia o por orden del Médico. Dos formas de acción pueden presentarse: un servicio
restringido, de corta duración; o blen, un trabajo de largo allento, de dirección, de mejoramiento. Tan luego como la necesidad de esta
ditimo caso aparece a la Visitadora, deberá
formar un Archivo social o Ficha social que
contenga datos detallados sobre el caso individual, y en el cual se anotarán por orden cronológico todos los hechos que se hayan presentado.

Este Archivo permanecerá en "Fila activa" todo el tiempo que sea necesario, y se le classificará "salido" cuando todos los problemas hayan sido resueltos.

proporción de 42,39% de niños en la población.

Aquí también los parceleros ocupan habitaciones salubres, bien ventiladas, con dos o tres excepciones. Cabe, sí, la mísma observación hecha al considerar el Núgleo "La Buena Esperanza", que las deficiencias higienicas de la vida familiar, resultado de la ignorancia o de la apatía o indiferencia de sus moradores, no permiten aprovechar debidamente las ventajas sanitarias de la buena habitación.

Igualmente, se comprueba, además, la existencia de los mismos problemas sociales ya sefialados: analfabetismo; incumplimiento de la obligación escolar; educación de adultos; falta de orientación vocacional e industrial de la mujer; ausencia de conocimientos de economía doméstica de parte de las madres; incumplimiento de las obligaciones que impone la lev de Registro Civil; enseñanza de nociones de vida higianica; w también, muy especialmente, asistencia médica suf:fiente (atención médica, dental y de partos), necesidad de examen de salud.

### 3. PROGRAMA DE MEJORA-MIENTO DEL "STANDARD" DE VIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS NUCLEOS

Las comprobaciones mencionadas anteriormente, reveladascon toda precisión por las encuestas, muestran la necesidad primordial de elevar las condiciones de existencia de estas famillas. Es una tarea educativa de grandes proyecciones para el futuro, que hay que realizar. Ella no sólo procurará bienestar para los que la aprovechen desde luego, sino que hará sentir, además, su influencia benéfica en los níños, dándoles hábitos normales de vida v da trabajo que serán utilizados debidamente cuando les llegue al momento de constituir un hogar.

Se encuentran en las familias de los dos Núcleos agrícolas de la Caja problemas de diverso orden, que constituyen necesidades fundamentales para atcanzar "bienestar", las que el Servicio Social agrupa con cl nombre genérico de "estados de necesidad". Se refieren a la alimentación, cuidados corporales. vestidos, recreos, aireación, educación, cultura intelectual, protección legal, vida familiar, tratamiento médico y cuidados a los enfermos, prevención de accidentes y primeros socorros, orientación o formación profesional; de entre los cuales hay que eliminar naturalmente la "habitación", puesto que la Caja les proporciona casas salubres.

Para mejorar el "standard" de vida de estas familias debe darse un mínimo de satisfácción a tales necesidades, pero que sen susceptible de proporcionarles "bienestar" compatible con una vida física, intelectual y económica normal. Este programa de acción es propio del Servicio Social; y a 41 corresponde corregir estas diversas necesidades fundamentales, sirviéndose de métodos de trabajo que al mismo tlempo que le permiten investigar las causas de decadencia, puede reconocer en que medida la satisfacción de cada una de esas necesidades conducirá a una existencia normal.

Así, pues, la primera medida que haiy que adoptar para llevar a cabo el Programa de meforamiento consiste en:

 Designar una Visitadora Social que ponga en práctica en los Núcleos "La Buena Esperanza" y "Lo Zañartu" la intensa acción social que allí hace falta. Bajo su dirección podrfan constituirse "Centros de Madres" en los que mediante conferencias sobre puericultura. educación doméstica, alimentación, confección de ropa, arreglo de casa, cestería, etc., extenderia ciertamente su influencia educadora. Podría, además, entre otras actividades sociales apropiadas, organizar brigadas de girls-guides y de boysscouts que proporcionan a la juventud cultura física, a la par que desarrollan en ella los más nobles y elevados principios de moral. La Visitadora penetraría así en la intimidad de las familias, y por su afabilidad, abnegación e interés, será in confidente escuchada de todos, y podría dirigir con autoridad moral suficiente el mejoramiento social que se encomienda a su capacidad profesional. Eso si, que los resultados felices dependerán, en gran proporción. de la cultura, conocimientos prácticos y espíritu de observación que integren la personal'dad intelectual de la Visitadora elegida.

Además, hay necesidad de:

- Instalar una Escuela diurna, dentro de las parcelas, ec el Núcleo "Lo Zañartu."
- Instalar un curso nocturno en cada uno de los Núcleos, destinado a adultos,
- Establecer un Servicio de baños (para mujeres y para hombres, separadamente), en ambos Núcleos.
- 5. Ampliar la atención midica de los Núcleos; crear un Servicio dental periódico y reemplazar en cuanto sea posibie la enfermera por una matrona que, además de sus servicios profesionales, indispensables on los dos Núcleos, se encargaría de la atención midica auxillar.

DOCUMENTOS.

### Las Escuelas del Servicio Social en Francia

Otra iniciativa en el dominio de la enseñanza del Servicio Social y que merece un particular interés debido a su carácter oficial es la que tomó la Escuela de Puericultura de la Faculta! de Medicina de la Universidad de París. La Escuela de Puericultura se fundó en el año 1919, gracias a la colaboración de la Cruz Roja Americana, con el fin de ser a la vez un plantel de instrucción como también una obra de aesistencia para el sector de París en el cual está situada.

El programa de la Escuela abarca:

- La enseñanza de la puericultura a los medicos, a las matronas, a las visitadoras de higiene maternal e infantil.
- 2) La organización de la propaganda a favor de la puericultura y la creación de servicios destinados a mejorar las condiciones de higiene maternal e infantil en el barrio.
- 3\ La subvención de estudios científicos para mejorar la higiene maternal e infantil.

El programa de enseñanza a las futuras "Visitadoras de higiene", como se las nombra, se divide en dos partes.

La primera, o sea la enseñanza elemental, dura cuatro meses, y comprende conferencias y estadas en los dispensarios de la Escuela de Puericultura, en la Maternidad, los hospitales de niños, dispensarios antituberculosos, como también práctica del Servicio Social en el Servicio Social Departamental de Higiene Social. Después de haber dado examen, las alumnas reciben un certificado de estudios elementales. Hay dos sesiones por año; se admiten las enfermeras, matronas y miembros de la Cruz Roja de menos de 40 años. Los derechos de inscripción y de matrícula son de 200 Frs.; la Escuela tiene un internado donde se paga una pensión de 450 Frs mensuales.

Los cursos y conferencias tratan de puericultura prenatal, de la higiene y del cuidado de la zuagua, de la asistencia en la segunda infancia, y la edad escolar, de la asistencia social; comprende demostraciones prácticas de dietética y cocina de leche,

La segunda parte, o sea la de enseñanza superior, dura ocho meses; pueden aprovechar de ella las alumnas que tengan el certificado de estudios elementales de puericultura, las enfermeras o matronas que tengan conocimientos equivalentes. Las condiciones de matrícula y de pensión son las mismas que en el caso precedente.

Después de un examen, las alumnas reciben el título de Visitadoras de higiene maternal e infantil.

Los cursos completan y amplifican los que se han dado en la sección elemental.

Las estadas de las alumnas se hacen en los distintos pabellones de la Escuela de Puericultura: la consulta prenatal, el dispensario para madres y lactantes, el dispensario para niños le 3 a 15 años, el servicio de profilaxis especial (vacunas, radiología y otras especialidades), el pabellón de lactancia y el Servicio Social.

Esta Escuela funciona, hasta eñora, en unos edificios ligeros, barracas de madera que sirvieron de hospital durante la guerra. El Gobierno francés acaba de obsequiarle un vasto terreno situado en el lugar de las fortificaciones de París; los planos de edificación de la Escuela de Puericultura, y cuyo gasto ascenderá a 15 millones de francos, están hechos y consultan condiciones de trabajo mucho más cómodas en particular para el Servicio Social.

No importa, a pesar de la sencillez de las instalaciones, se ha hecho un buen trabajo en esta Institución, y la señorita Greiner, directora de la enseñanza del Servicio Social, ha sabido formar un personal admirablemente bien adaptado a las necesidades de esta parte de la Facultad de Medicina. En las fichas sociales que pude hojear vi que la manera de estudiar un caso social, o, más bien dicho, el punto de vista desde el cual se le considera es, sobre todo, el punto de vista higiénico, y, en realidad, las Visitadoras de higiene desarrollan un papel intermedio entre el de la Visitadora Social y aquel de la enfermera sanitaria, tal como acostumbrames a concebir estas especialidades.

También anexa a una escuela de enfermeras funciona, desde hace tres años, la "Escuela le Aplicación del Servicio Social", bajo la dirección de Mile, Chaptal, conocida en el mundo entero como una gran educadora. Desde hace 25 años se dediça ella a la formación de enfermeras hospitalarías y sanitarias; en 1927 se dió cuenta de la importancia creciente del papel que desempeña el Servicio Social en la vida moderna y de la necesidad de formar más Visitadoras Sociales.

Esta escuela es, con la de Montparnasse, la que tiene más semejanza con la nuestra. Los estudios duran dos años; las alumnas tienen que ser bachilleres o tener a lo menos un titulo equivalente para ser admitidas. Una puntualidad absoluta se exige de las alumnas y la faita a esta condición es un motivo de exclusión. Las niñas deben tener entre 21 y 35 años. La escuela tiene Internado (500 Frs. al mes para las francesas, 600 para las extranjeras) y externado.

Durante el primer año se enseñan nociones de orden general sobre temas de asistencia e higiene social. Durante el segundo año, las alumnas hacen estadas de especialización; las alumnas escegen la rama del Servicio Social que les gusta particularmente y para la cual tienen más ap: tudes.

Los principales cursos son:

Derecho administrativo, organización general

del país, leyes de asistencia.

La infancia delincuente.

Economía social.

Legislación del trabajo.

Organización de la asistencia social en los distintos países.

Asistencia social aplicada (leyes y reglamentos nacionales).

Higiene social aplicada (leyes y reglamentos nacionales).

Historia de la profesión de enfermera en Francia y en el extranjero.

Psicología aplicada a la educación.

Estudio práctico de las obras de asistencia pública y privada del departamento.

Higiene de la infancia y puericultura.

Además, conferencias periódicas dan a conocer a las alumnas temas relacionados con el Serviclo Social.

Según las estadas que ellas hacen, se especializan en:

- a) Visitadora Social de maternidad y primera infancia (consultas pre y postnatales, creches, obras de aislamiento de hijos de padres tuberculosos, etc.);
- b) Visitadora Social de Escuela Maternal (kindergarten);

- Visitadora Social escolar (centros de salud, escuelas al aire libre, preventorios, etc.);
  - Visitadora Social de servicios de asistencia e higiene social (hospitales, consultorios de higiene mental, cajas de compensación, etc);
- e) Visitadora Social de la infancia en peligro moral (Juzgado de Menores, Patronato de los niños delincuentes, etc.).

Las alumnas salen de esta Escuela con una preparación bien especializada en Servicio Social, y si bien es cierto que el hecho de gue la Institución funciona adjunta a una escuela de enfermeras organizada deede hace bastantes años ofrece algunas facilidades, por ejemplo, en lo que concierne al estudio de la higiene de la infancia y la puericultura. Además, Mile. Chaptal, estimando que, tanto para enfermeras como para Visitadoras Sociales, la cuestión de formación moral es tan importante como el problema de formación técnica, ha sabido imprimir a este plantel un sello de cultura y de ideal muy eievado.

ESTADISTICA DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO. — MAVO 1935

CHES CAROLO DE			1000										
	Iquique	Antofagasta	Valparaíso	Viña del Mar	Broncopulmonares	Santos Dumont	San Francisco	Unión Americana	Talca	Chillán	Concepción	Valdivia	Puerto Montt
ENCUESTAS.	T		1.51			-	-	1 11	2011				
Dentro del servicio Con visita domiciliaria urbana Con visita domiciliaria rural	(1)		2	45 18 7	42 29 14	194 88 24	60 96 19	166 84 42	2 8.		39 26		10
VISITAS.										-			
Al hogar A Instituciones de Beneficencia A Instituciones particulares A Oficinas Públicas			134	25 8 3 3	36 49 32 17	55 32 12 20	73 32 10 19	131 40 25 34	21 2 4 2	45 6	30 4 6 10	17	87 8 2 6
LEGALIZACIONES.												1	
Matrimonios civiles			2	1		3 2 4	4 2 6	10 9 8			2 2 4	2 2 19	2 5 3
TRAMITACIONES JUDICIALES.		- 1											
Inscripción Reg. Civil con orden judicial Rectificación de partdas			2 1 3	1 1	1	3 6 6	9 1 2 3	6 5 1	8 2		1 2 2	8 3	
LABOR DE ORDEN ECONOMICO.													
Empleos obtenidos			4 2		33	1 5	2 9	11 84		1 1	3	10 11	1
COOPERACION MEDICA.													
Hospitalizaciones			4	29	23	8	4	5			14	28	1
dos			7	23	19 3 25	8 15 3	8	12 4	3	3		37	19
Cambio de domicilios por insalubridad.			1			4			1			6	1-
OTROS CASOS SOCIALES.													
Colocación de madres o niños en insti-					1		2	2	1				
tuciones cerradas							2				4		
LEY 4054.													
Cobro de subsidios			5	3	229	6 7	5	9	14	20	109	200	57
Beneficios obtenidos					222	6	2	84	3	2.	4	5	1
maternidad obrera y salas-cunas) Trámites para obtener pensiones (vejez			3				12	6		15			
o invalidez)				40	30								

<sup>(1)</sup> Los Consultorios de Iquique y Antofagasta no han enviado Estadística.

# Reuniones Clínicas de Consulto-

## rios

ACTA DE LA REUNION CLINICA EFECTUADA EL 3 DE MAYO DE 1935 EN EL CONSULTORIO DE LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO DE PUERTO MONTT

Con asistencia del Personal del Consultorio, Médico Director Dr. Carlos Maldonado B.; Médico Ayudante Dr. Marcelino Yáñez M.; Médico Urólogo Dr. Gilberto Cerda L.; Dentista Sr. Julio Bazán G.; Farmacéutico Sr. Guillermo Pérez A., y los Drs. señores Alberto Burdach y Augusto de la Vega O., se inició la reunión a las 18.30 horas.

El Médico Director agradece la presencia de los Drs. señores Burdach y de la Vega que han concurrido a esta reunión-clinica del Personal del Consultorio prestigiandola con su asistencia; se refiere a la importancia de estas reuniones, que revelan el espiritu de perfeccionamiento científico que anima al personal que trabaja en el Servicio Médico del Seguro, y manifiesta que, cumpliendo con lo acordado reuniones anteriores, se procederá a estudiar el grave problema de las enfermedades venéreas que presenta modalidades características en cada región, de manera que, para que la Administración General pueda adoptar las medidas conducentes a solucionar esta gravisima situación deberá estudiarse el aspecto local de él.

A continuación da lectura al trabajo "Proyecto de lucha antivenérea en la provincia de Chiloé", que se publicará in extenso.

En la discusión de este proyecto el Dr. Cerda aduce diversas observaciones apoyando las medidas propuestas, refiriéndose, especialmente, a la necesidad de dotar al Servicio Venéreo de los elementos y medios necesarios para que la labor sea eficiente; considera de absoluta necesidad la dotación de un microscopio con dispositivo de ultra, y elementos de laboratorio para pcder hacer estos exámenes en el momento mismo en que se presentan los enfermos. Dice, además, que hay necesidad de fijar un horario apropiado que dé el máximum de facilidades al asegurado enfermo y propone establecer el Servicio Venéreo además de las horas de la mañana, de 7 a 9 P. M. o aun hasta las diez de la noche, fuera de una posta profiláctica preventiva nocturna.

El Dr. Burdach se refiere también a la necesidad de adoptar medidas de lucha antivenérea en forma intensa y a la mayor brevedad; especialmente, dice, es necesario el control estricto del comercio sexual, la educación sanitaria que debe comprender también a las mujeres que ejercen este comercio.

## ACTA DE LA IX REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE TALCA

(16-V-35)

Bajo la presidencia del Médico Provincial Dr. Melfi y actuando de Secretario el Dr. Pérez, se realizó la reunión clínica mensual.

Concurrieron los Drs. Quintana, Etchébarne, Rojas, Morel, Daudet, Fletcher, Ortega; Drs. Fuentealba y Quintana del Consultorio de San Javier; Dr. Faúndez, de Teno; Drs. Cecchi y Janke y Dentistas S1s. Ramírez, Barrera y Orellana, de Curicó.

Aprobada el acta de la sesión anterior, el Presidente ofrece la palabra al Dr. H. Quintana, quien presenta un enfermo con una fractura expuesta del maxilar inferior. en quien el dentista Barrera practicó un aparato de contensión que ha permitido la coaptación perfecta de los fragmentos.

Sobre el particular el Dr. Fuentealba hace algunas observaciones sobre la utilidad de los antiguos aparatos de contensión, y presenta diversas radiografías de enfermos tratados por él, que han quedado en perfectas condiciones,

Se ofrece en seguida la palabra al Dr. Daudet, quien presenta un interesante caso de "micosis genital" cuyo diagnóstico fué hecho a base del tratamiento con yoduro de potasio a altas dosis, ya que el intenso tratamiento específico practicado en este

enfermo, tanto aqui como en una clinica especialista en Santiago, no había ningún resultado. Bastaron quince días de tratamiento yodurado para que esta lesión, que llevaba ya muchos meses de persisten-

cia, curara completamente.

Se siguió a este respecto una larga discusión en que intervinieron algunos de los médicos presentes, liegando a la conclusión que en realidad se trataba de una afección micosis genital.

En seguida el Dr. C. Pérez hizo intere-

santes observaciones, con historias ciinicas bien documentadas, a propósito de la "transfusión intravenosa en el lactante" y en las cuales este tratamiento le ha dado brillantes resultados.

El Dr. Cecchi habló en seguida extensamente y en general sobre grupos sanguineos y de paso explicó el procedimiento de las tres gotas para determinar de urgencia, la compatibilidad entre dador y receptor.

Se levantó la sesión a las 9.30 P. M.

## CONSULTORIO CHILLAN

## CUARTA REUNION CLINICA

## Chillán, 27 de Abril de 1935.

Bajo la presidencia del Médico Director Provincial, Dr. E. González Laura, se reúnen los médicos del Consultorio: Drs. Maria Gatica, Wildner, Rubio, Necochea, Taricco, Rivas, Larraguibel y Aranda. Iguaimente asisten los médicos del Consultorio de Bulnes, Drs. Rouret y Letelier.

Invitados especialmente hacen acto presencia los médicos de esta ciudad. Drs. Binimelis, Vera, Jünemann, Lagos y

púlveda.

Se aprueba el acta de la sesión anterior. Dr. GONZALES L.—Se dirige a los médicos invitados, casi en su mayoría médicos del Hospital, haciéndoles presente que los trabajos presentados en las reuniones del Seguro tienen otra indole que los presentados a las reuniones del Hospital, ya que los enfermos asegurados no tienen otra indole que los presentados a las reuniones del Hospital, va que los enfermos asegurados no tienen vigilancia permanente ni continuidad de tratamiento, ni se pueden comprobar los beneficios de las terapéuticas instituidas sino en contadas ocasiones. De ahí que estas reuniones tiendan mejor a refrescar, conservar y ponerse al día en los conocimientos médicos.

Se pasa a continuación a desarrolar los

temas acordados.

Dr. LARRAGUIBEL.-Lamenta no poder presentar a esta reunión una observación infantil de aquellos que caracterizan la especialidad, y que por ser cuadros cuyo mecanismo de producción y sintomatologia no se presentan en la Patologia de

adultos habrían interesado a la mayoría de los colegas que hacen esta rama de la medicina. Lee a continuación un trabajo sobre "Contribución al mejoramiento de la Oficina del Niño".

Ofrecida la palabra sobre el tema anterior se genera un debate sobre si las madres con alimentación deficiente tienen alteraciones cualitativas y cuantitativas de su

leche.

Dr. BINIMELIS.-Insiste sobre este asunto y se refiere a las madres, especialmente, solteras de la zona, las que deben abandonar a sus hijos a una crianza mercenaria, o las que, debido a la insuficiencia de subsidios en dinero, apenas alcanzan a comer ellas mismas, siéndoles imposible adquirir leche de vaca debido al precio demasiado alto en el invierno de este proqueto, por lo que los niños no tienen con que suplir la leche que su madre es incapaz de darles. Agrega que en la alimentación deficiente de las madres no se altera fundamentalmente la composición de la leche, ienómeno que fué observado en la guerra europea, especialmente en Alemania, pais en que la mala alimentación de las madres ilegó a extremos inconcebibles.

Dr. VERA .- Termina exponiendo que por más mala que sea la alimentación de las madres chilenas, nunca lo será tanto como la observada durante la Gran Gue-

Dr. LARRAGUIBEL .- Hace notar que generalmente basta el suficiente ingreso de líquidos, en forma de cocimientos o mucilagos, sopa, leche, etc., para mantener una buena cantidad de leche.

Dr. GONZALEZ.—Dice que de todas maneras y en cualquiera condición el organismo de la madre reacciona de manera de proteger y beneficiar al hijo, ya que se ha observado que en el caso de los vómitos incoercibles en que la madre llega a veces a un estado de desautrición sumamente avanzados durante su embarazo, fiene, sin embargo, niños rollizos.

Continuando el debate se trae a colación el hecho de la existencia de establos especiales mejora la leche de los animales y se relaciona este hecho de veterinaria con la

alimentación humana.

Dr. WILDNER.—Hace presente que la alimentación especial modifica la leche y no sólo eso sino que el medio ambiente ejerce acción, observándose que en casos de irradiación solar aumenta la concentración. Relata la experiencia efectuada pot éi en el Hospital de Niños de Valparaiso, en que se irradiaba la leche obteniendose una de un sabor y olor tremendos; y alimentados los niños con este producto se observaba en ellos un eritema de la piel con las mismas características del eritema de los Rayos Ultravioleta.

Dr. GONZALEZ.—Manifiesta que ha ordenado llevar a cabo una encuesta sobre la suficiencia de la alimentación de las madres fichadas en la Oficina del Niño.

Dr. LARRAGUIBEL.—Dice que muchas veces estas madres son buenas amas,
pero las necesidades de la vida exigen la
separación entre éstas y sus hijos; la falta de succión y de trabajo agotan la secreción láctea. Es conocido el hecho de que
por muy buena que sea la secreción láctea
si el niño no toma el pecho por lo menos
4 veces, el estimulante fisiológico de la
succión falta y la secreción disminuye considerablemente.

Dr. VERA.—Hace ver que en establos y lecherías se recurre al destete de las vacas quitándoles los terneros sin que por esto deje de producirse secreción láctca, viéndose el caso írecuente que entonces la leche es aún más abundante.

Dr. WILDNER.—Responde que ese fenómeno se debe a que la succión del ternero es reemplazada por las maniobras de la

ordeña.

Dr. BINIMELIS.—Hace ver que en Francia las leyes prohiben la prestación de servicios de las mujeres que crian hasta siete meses, encontrando un gran vacio en nuestras leyes sociales que ningún auxilio le prestan a la madre en estas circunstancias; más aún, dichas leyes prohiben a las madres que se empleen de amas abandonando a sus hijos.

Dr. GONZALEZ.—Dice que a este propósito el Consejo del Niño, recién constituido, está considerando todos los problemas

que se refieren a este respecto.

Dr. LARRAGUIBEL.—Dice que sólo en las ciudades industriales se puede conseguir un mínimum de atención del niño, ya que en estos puntos las leyes obligan a los industriales que ocupan mujeres que doten de camas-cunas los locales fabriles, en que las madres varias veces al día atienden a sus hijos. En Chillán no se puede esperar nada semejante, ya que casi todas las mujeres son empleadas domésticas y en la casa no se aceptan empleadas con hijos.

Dr. GONZALEZ.—Manifiesta que en este problema hay un hecho indiscutible y es de obligación del Estado preocuparse de la mujer en los estados prenatal, natai y

postnatal.

Dr. WILDNER.-Recalca en encendidas frases la desidia de nuestros gobernantes para encarar los problemas nacionales en cualquier orden de cosas, obteniendo como desiderátum soluciones parciales que nada arreglan, sino que complican y hacen de incalculables proporciones problemas que desde un comienzo debieran arreglarse de una manera total. Hace ver la insuficiencia de la atención del niño, ya que no hay atención domiciliaria que en parte aminoraria la falta de una Sección de Niños en el Hospital de esta ciudad, siendo frecuente el caso de niños con cuadros ligeros del aparato broncopulmonar y que con motivo de las visitas obligatorias al Consultorio, mueren victimas de una neumonia u otro proceso parecido. Encuentra que las leves sociales son sólo voladores de luces, ya que no modifican ninguno de estos estados.

Dr. VERA.—Dice que se puede aprovechar la proximidad del Centenario de esta ciudad a fin de divulgar este estado de cosas y obtener algún resultados benéfico.

Dr. GONZALEZ.—Observa que siempre ha pensado que dentro de la situación económica, política y social, sólo es posible arreglar estas situaciones con parches. El anhelo de todos sería englobar en una atención permanente y eficaz a toda la familia del asegurado y esto se conseguiria

con una reforma de la Ley 4054, en el sentido de hacer familiar y no individual como ahora la atención médica que presta el Seguro. Esta finalidad sería imposible alcanzar por el momento, ya que esto sería un cambio tributario del país.

Dr. WILDNER.—Ĉree que los médicos pueden decir sin embages lo que se debe hacer, ya que ellos son los técnicos en este caso; la parte financiera no debe preocupárles, que para eso están los organismos

de Gobierno respectivos.

Dr. GONZALEZ.—Manifiesta que como conclusión final del trabajo del Dr. Larraguibel, debe aceptarse que en el problema médico que se refiere a la madre y al niño, la atención prestada en las condiciones actuales es insuficiente.

Entrando al segundo tema de la tabla, hace uso de la palabra el Dr. Necochea. Trabajo escrito: "Sinfonía inconclusa", que bajo un aspecto poco común de amenidad, mantuvo al auditorio en permanente aten-

ción, siendo muy aplaudido.

Como tercer punto de la tabla de esta reunión, el Dr. González relata un caso clinico de su clientela particular. Presenta una Observación, que se adjunta por separado: "Uremia erisepelatosa y Suercterapia". Se hace circular entre los presentes las curvas de temperatura y anotaciones terapéuticas de interés especial en el caso en discusión.

### DISCUSION

Dr. GONZALEZ.—Dice que al presentar dicha observación quiere, primero, hacer notar el hecho de que la curva febril del paciente no guarda ninguna relación con las clásicas de la erisipela, seguramente por la acción del suero empleado, ya que a raíz de la primera dosis de 20 cc. hizo crisis; pero lo importante que se observa es que el cuadro local sigue su evolución creciente a la vez que la temperatura continua normal. Subraya, luego, como principal interés del caso, el hecho del empleo de la sueroterapia en las uremias infecciosas, y sobre el particular tiene deseos que se abra una discusión entre los asistentes con el fin de que se forme un concepto más o menos definido al respecto.

Hasta este momento, agrega, he participado de la doctrina de que ante una uremia comprobada, habríamos de abstenernos de dicha terapéutica, consecuentes con la acción que las albúminas y otros elementos propios de los sueros producirían en el funcionamiento renal.

En el caso presente, obsérvese, no obstante, el aumento del coeficiente urerco en la sangre. Se insistió en la sueroterapia y que a mayor cantidad de urea se alzó la cantidad inyectada, produciéndose con ello un descenso moderado primero, y luego a la normal, acompañada de una apreciable

poliuria.

¿Cuál es el mecanismo mediante el cual las albúminas contenidas en tan pequeñas cantidades de material sérico, aportadas por vía subcutánea e intramuscular han de obrar en el funcionamiento renal, agravando, como se supone el poder eliminador del riñón? ¿Qué otras causas intervienen? ¿Debe eliminarse el uso de la sueroterapia ? Espero de Uds. nuevas ideas que nos permitan escoger un camino práctico y definido.

Dr. LARRAGUIBEL.—Estima que cuando se trata de casos infecciosos, el empleo de los sueros obraría disminuyendo la cantidad de toxinas en el organismo y siendo éstos los que obrarian en el riñón, lógicamente el funcionamiento secretor mejoraria, y en consecuencia, siendo la eliminación la uremia debía a su vez declinar en la proporción que los toxinas hubieran disminuído.

Dr. VERA.—Opina que son dos los elementos que actúan produciendo daño: las toxinas y los microbios. Los microbios atacan los glomérulos y las toxinas los canalículos, produciendo las necrosis y con eilo las albuminurias.

Dr. GONZALEZ.—Recuerda que a fin de no desviar la discusión dehemos considerar tres elementos: toxinas, microbios y albúmina, y al efecto dice que Enriquez estudiando los dos primeros puntos concluye dando sólo a las toxinas una acción nociva para el riñón y agrega con Colte que aun cuando teóricamente se le imputan a las toxinas microbianas el papel de productores de albuminurias, oliguria y aun anuria, la práctica del empleo del suero antiditérico ha comprobado, salvo muy raras excepciones, todo lo contrario, haciendo desaparecer albuminurias existentes.

Dr. BINIMELIS.—Tercia en el debate para recordar que ante todo en el problema que se discute es necesario pensar que los sueros son introducidos generalmente por

via subcutánea o intramuscular v que como el organismo rechaza toda extraba provoca in situ una digestión de ellas, de tal manera que son transformadas en su totalidad y en este caso no habria para qué considerarlas como un elemento de agravación de un estado renal. Por lo demás, las albúminas han sido eliminadas casi absolutamente en la preparación del suero de Berhing como es el usado en el enfermo en discusión. Hay otro factor a considerar en el caso presente y es el hecho de que al mismo tiempo se le ha inyectado extracto hepático e insulina ai enfermo, ¿Hasta donde ha obrado cada factor ante los resultados ofrecidos?

Dr. RIVAS.—Ilustrando la comprensión de los fenómenos, representa la uremia por 3 y el suero antitóxico por 10, de tal manera, opina, que siempre y en todos los casos debe usarse suero, porque el enfermo estará siempre en condiciones de ser favo-

recido.

Dr. RUBIO.—Opina que en todo caso ante un enfermo profundamente intoxicado no queda otra alternativa que colocar el suero so pena de verlo liquidarse a la espera de los resultados de laboratorio.

Sin embargo, todos están de acuerdo con el Dr. Rivas al opinar que todo proceso renal anterior es agravado con la sueroterapia; pero que ante un caso grave debe arriesgarse usándola, máxime cuando es específica, sin desentenderse del cuidade de la uremia.

Dr. TARICCO.—Estima que debe tenerse en cuenta las uremias extrarrenales, en las cuales no ve el temor de la sucroterania.

Dr. GONZALEZ.—Recuerda el papei del higado frente a los sueros que son introducidos por vía endovenosa, transformando las albúminas heterogéneas destruyéndolas hasta donde es capaz. De tal manera que hay necesidad de vigilar el estado hepático de todo enfermo intoxicado; y como conclusión de esta presentación, aceptar que no hay motivo de temores en la sueroterapia, salvo raras excepciones que el clínico debe cuidar.

Se levantó la sesión a las 8.45 P. M.

### REUNION CLINICA DEL CONSUL TORIO DE LA SERENA

### 18-V-1935

Como estaba acordado, el 18 del presente, a las 6 P.M. se llevó a efecto en este Consultorio la primera reunión clínica. Fué presidida por el Médico Director Provincial y con asistencia de los médicos Dr. Caupolicán Peña Vega, médico domiciliario urbano y rural; Héctor Sapiain E., médico de la Oficina del Niño; Ramón Herrera V., médico tratante, y el dentista del Consultorio, Sr. Horacio Rivera P. No asistió el médico tratante Dr. Miguel Pizarro Peña.

Antes de dar comienzo al desarrollo del tema oficial y a la presentación de enfermo por el Dr. Caupolicán Peña V., el Director Provincial hizo notar a los asistentes la necesidad que había de dar cumplimiento a lo ordenado en sus reglamentos por la Sección Médica y la conveniencia de celebrar estas reuniones clínicas en bien del personal médico y de los enfermos.

Acto continuo el Dr. Peña Vega pasó a presentar su enfermo, leyendo antes la historia clínica del caso a presentar. Por la sintomalogía y por los exámenes físicos practicados expresa que puede tratarse de una hernia diafragmática, o de una aerofogia o de una eventración del diafragma. Procede a hacer el diagnóstico diferencial, liegando a la conclusión de que se trata de una eventración del diafragma, lado izquierdo. Manifiesta que, basado en la pura clínica, es casi imposible sentar un diagnóstico exacto y que en este caso priman los exámenes de Rayos, haciendo ver la importancia de las radiografías. Y a este respecto lee el resultado de varias radioscopias tomadas al enfermo antes y expone una radiografía en que explica el por que sienta el diagnóstico antedicho.

Puesto en discusión el caso clínico, los médicos asistentes examinan al enfermo. unos se inclinan por una eventración abdominal, otros por una simple aerofogia y otros basados en la etiología de la enfermedad, por una eventración diafragmática

Como no hubiera acuerdo en sentar un diagnóstico preciso y tomando en cuenta que en este Consultorio no se podría efectuar el tratamiento que necesita el enfermo, se acordó pedir su traslado a Santiago. Asimismo se acuerda remitir copia de

la historia clínica y la radiografía a la Sección Médica.

Mientras llega la orden de traslado, como tratamiento se le indica al enfermo gimnasia apropiada, estricnina en invecciones y eupépticos.

Se levanta la reunión a las 7 3 4 P.M., acordándose que la próxima reunión se lleve a efecto el 22 de Junio y cuyo tema oficial estará a cargo del Dr. Ramón He-

# Visitadoras Sociales que prestan sus servicios en la Caja de Seguro Obligatorio

IQUIQUE ANTOFAGASTA VALPARAISO

SANTIAGO

Hilda Gómez. Clementina Cabezas. Sección Lactantes. Rosalba Alarcón, Broncopulmonar. VINA DEL MAR Mercedes Courlis. Luisa Fierro Carrera. Administración (Inspectora). Iulia Ovalle Sección Maternal. Maria Luna. Sección Maternal. Josefina Stager de M. Sección Maternal. Rebeca Moreno S. Sección Lactantes. Leonor Mardones, Sección Lactantes. Berta de Córdova, Sección Lactantes. Elcira Frias. Bronco-

Raquel Castro.

ba. Servicio emergen-Marta Fontecilla. Servicio emergencia. RANCAGUA Rebeca Morena L. Marta Melo, Broaco-TALCA - pulmonar. Celia Concha. Seccion Lactantes. Auristela Rossi. CHILLAN Maria Romero Hod-CONCEPCION TEMUCO María Gaona, Broncopulmonar. VALDIVIA Eugenia Almeyda.

Maria

pulmonar.

PUERTO MONTT Maria Rumbit. Bronco-

Broncopulmonar.

Barrientos.

pulmonar.

Laura Bravo de C.

Dorila P. de Torreal-

Broncopulmonar.



BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS
LACTICOS DESECADOS
/OLICITE MUE/TRA/AL
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL
LABORATORIO CHILE
AGUSTINAS 1070 OF 210 - TEL. 63561

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

## INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20.-

En los demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



## SUMARIO

	Pág.
EDITORIALLa Malaria y el medio Geo-Fisico	3
¿Qué hacer contra (a Malaria?, por el Prof. Juan Noé, Dr. S. del Río y señor Santiago Labarca	5
Acción Social de los especialistas de la Caja de Seguro Obligatorio en las provincias, por el Dr. Arturo Tello	12
¿Cómo economizar en hospitalizaciones?, por el Dr. Otto Lenck G.	13
Tres años de labor del Servicio de Tisiología del Consultorio de la Ley 4,054 de Pto. Montt, por el Dr. Carlos Maldonado B	14
Un caso de paralisis periódica familiar o enfermedad de Westfal, por el Dr. Jorge Alvarez A	18
Meningitis puriforme aséptica benigna en el l'actante, por el doctor Oscar Illanes	21
Reuniones clínicas de consultorios	23
Peritajes de invalidez	28
Nuestro medio	29
Congresos.—Bibliografía	30

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Agosto de 1935.

N.o 15

## La Malaria y el medio Geo-Físico

En editor ales anteriores, al mismo tiempo que estudiábamos y planteábamos problemas médico-sociales, nos hemos preocupado, en forma especial, de ir destacando las concepciones básicas de una BIO-SOCIOLO-GIA en formación, necedarias para la comprensión cabal y solución acertada de dichos problemas.

Entre ellas ninguna más interesante que la concepción de la vida del hombre como la resultante de la interacción continua entre él y su medio circundante (geo-físico y social).

Concepción emanada de la Biología, simple como todas las concepciones científicas, ella es la clave de todos los arduos problemas médico-sociales de nuestro tiempo. Es también la clave lógica, natural, de la Sociología entera.

Es esa concepción la que ha orientado, informado y vitalizado nuestros planes de lucha antivenérea, de lucha antituberculosa, de defensa del niño, etc., y nos ha permitido afirmar en forma irredargüible que los resultados de una campaña sanitaria cualquiera que consulte únicamente el factor hombre y no tienda a modificar simultáneamente, las condiciones del factor medio — especialmente el medio social en los casos anteriores — es absurda, costosa y absolutamente estéril.

Hoy, con motivo del interesantisimo informe sobre lucha antimalárica en la zona norte del país, que insertamos en nuestro Boletín, examinamos una nueva aplicación práctica de dicha concepción,

En la lucha antimalárica el factor MEDIO es preponderante .

Es, en primer término, a la modificación radical de las condiciones geo-físicas de las localidades o regiones infestadas que deben encaminarse todos los esfuerzos y, en segundo término, a la creación de un medio social con un alto standard de vida. La investigación del hombre enfermo sólo sirve para conocer la distribución epidemiológica de la enfermedad, para aislar los focos e impedir la transmisión del contagio al Anopheles y evitar las graves alteraciones que en la salud de los individuos afectados produce una enfermedad tan esencialmente crónica como es la malaria.

Es con este sentido de la acción que la técnica sanitaria moderna ha logrado recientemente la más brillante de sus demostraciones en Italia conquistando para la civilización y para la vida el Agro Pontino, la "tierra maldita", que a 40 minutos de la Ciudad Eterna, en la fértil campiña romana, constituía la más mortífera e insalubre región de la que en otro tiempo fué el centro del mundo. Durante 25 siglos y a pesar de los esfuerzos hechos, toda la zona marina entre Cisterna y Terracina, a mitad de camino entre Roma y Nápoles, cruzada en toda su extensión por la milenaria Vía Appia, había permanecido al margen del esfuerzo productivo del hombre.

Hoy, después de un formidable plan de ingeniería sanitaria concebido y realizado por J. Marchi (regularización del curso de las aguas, desecación de los pantanos, con más de 400 kms. de canales genialmente planeados, y la cuidadosa limpia y dragado de las tierras, el Agro Pontino es una de las zonas más fértiles y sanas de la tierra.

La población total de la zona maldita que en 1924 era de 4.800 habitantes transformados en sub-hombres por la malaria y por las detestables "rucas" de paja en que deslizaban su vida miserable, alcanzaba a fines de 1933 a 52.460 habitantes, con residencia en modernas habitaciones, en ciudades dotadas de todos los adelantos urbanos actuales.

MAS DE 50.000 HECTAREAS DE TERRENO HAN SIDO REDIMIDAS PARA LÀ ECONOMIA DEL PUEBLO ITALIANO Y NO MENOS DE 20.000 FAMILIAS LABRABAN SU VIDA EN LOS ANTIGUOS CAMPOS DE LA MUERTE.

En nuestro país los valles vecinos a Arica y algunas quebradas y oasis del interior de Tarapacá que, por su fértil exuberancia para toda clase de productos subtropicales, constituyen un verdadero emporio de riqueza potencial, a pesar de las condiciones privilegiadas en que una obra sanitaria pudiera emprenderse, dadas las condiciones climatéricas de la región, son todavía zonas de muerte.

Esperan sólo la acción de los gobernantes con certera visión de la más productiva de las inversiones que el Estado pudiera hacer con vistas al porvenir.

La Técnica ha dado las condiciones del éxito:
Investigación epidemiológica,
transformación radical del medio geofísico,
creación de un medio social con alto standard de vida.
Y el éxito espera al estadista y al técnico.

## ¿Qué hacer contra la Malaria?

Prof. JUAN NOE.—Dr. S. DEL RIO.— Sr. SANTIAGO LABARCA (Miembros de la comisión)

Informe dado por la comisión nombrada por el señor Ministro de Salubridad, para lacer un estudio integral del importanto roblema del Paludismo en el norte de ais.

### PREMISAS

El Paludismo o malaria, que azota a varias localidades de la Provincia de Tarapacá, fué atacado hasta ahora en esas regiones tan solo en el individuo, con simples curaciones médicas, excepto durante el periodo plebiscitario, en el cual, con iondos de la Comisión Piebiscitaria y bajo la dirección del doctor Noé, se practico desde Octubre de 1925 hasta Mayo de 1926, un campaña antimalárica en vasta escala, con fines profilácticos.

Bien es cierto que hasta 1930 se carecía de datos epidemiológicos suficientes. Estos fueron recogidos en el territorio circunstante a Arica por la misma Comisión antimalárica en los años ya indicados y en 1930, mediante metódicas investigaciones realizadas con los fondos plebiscitarios.

Por esto, sólo después de 1930 era posible emprender, con conocimiento pleno del problema (o. sea, de los múltiples factores locales, que suelen intervenir en el sentido de dar al paludismo un carácter muy diferente en los distintos lugares) una campaña encaminada a la sofocación de la epidemia, ya que los datos reunidos demuestran la posibilidad-de lograr la solución radical del problema.

Si, a pesar de esto, no se ha hecho hasta la fecha prácticamente nada (excepto la destinación de subsidios anuales pequeños e insuficientes) fué tan sólo por falta de fondos.

La lucha antimalárica envuelve no sólo problemas médicos sanitarios, sino también agrícolas y sociales. Esta verdad apareció claramente a los malariólogos, después de 30 años de esfuerzos perseverantes y dispendiosos, sostenidos por la mayor parte

de los países civilizados, con resultados, sin embargo, relativamente mediocres.

Se ha liegado a la conclusión de que solamente la repoblación de los territorios maláricos y la intensificación de las labores agricolas que necesariamente aquella trae cons.go, puede desterrar definitivamente la malar a de las regiones poco pobladas donde, por esto mismo, el regimen de las aguas superf.c.ales cae en completo abandono. Por esto, en Italia — país clásico para los estudios de la malaria-, se ha obtenido va la desaparición total de la endemia, en todas aquellas zonas donde, hasta hoy dia, la lucha antimalárica se ha llevado a cabo simultáneamente con la redención agricola del suelo por medio de la regularización de los cursos de agua y la repoblación campesina.

Es esta lucha integral, como le han llaniado en Italia, la que proponemos realizar al señor Ministro (por lo menos en el Valle de Azapa), con tanta mayor fe en sus resultados por cuanto las condiciones hidro gráficas de la Provincia de Tarapacá, son mucho más favorables para la extirpación de la malaria que en las regiones lluviosas; y tomando en cuenta además, que la gran fertilidad del suelo en el Departamento de Arica, permitiendo el aumento de la población y la intensificación de cultivos de alto rendimiento, justifica material y socialmente las inversiones que demandare el saneamiento radical, cuyos gastos serán, en el piazo de pocos años, enteramente amortizados.

Para la mejor comprensión del problema en su integridad es conveniente considerar sus diferentes aspectos, en orden a establecer que cada uno de éstos asume una importancia primaria para la resolución de aquél. Es lo que vamos a hacer en la forma más suscinta posible.

Trataremos los capítulos siguientes:

I.—Focos endémicos de malaria.
 II.—Problema racial y social.

III.-Problema médico sanitario.

IV .- Problema hidrául co agricola

V.—Colonización.

VI.-Colaboración de varios servicios.

VII.-Conclusiones.

## I.-Focos endémicos de malaria

En la actualidad, la malaria existe en estado endémico en el Departamento de Arica (Suburbios del Puerto, Valles de Azapa, de Lluta, de Chaca, Quebrada de Camarenes) y en algunas pequeñas zonas del interior de Iquique (Pica, etc.), porque allí existen los tres factores indispensables (además de varios otros complementarios) para que subsista un foco autóctono de malaria, o sea:

a) El hombre malárico;

b) El vehículo de la infección (zancu-

dos del género Anopheles); y

e) La temperatura adecuada para el desarrollo de los parásitos en el cuerpo de los zancudos.

En la zona central del país, donde también hay anofelismo, la correlación y simultaneidad necesarias de esos tres factores son tan dificil que se produzcan, que la malaria autóctona se ha presentado dan sólo en casos excepcionales y nunca ha rematado en focos endémicos permannentes (casos de los doctores Rudloff y Dagnino en el Salto de Viña del Mar, del doctor H. Alessandri en Santiago, 1927).

Sin embargo, sin la destrucción de los focos de Tarapacá, será difícil evitar la extensión de la zona endémica de la malaria a otras regiones septentrionales del país, si se llegare un día a realizar el proyecto de riego de varias zonas ahora totalmente se-

cas (por ejemplo: el Tamarugal).

Los focos maláricos coinciden siempre con la existencia de aguas pantanosas, limpias y ricas de vegetación que sirven de criaderos necesarios para los Anopheles en su estado larval o juvenil. Esos pantanos, totalmente individualizados por la Comisión mencionada, son constituidos por charcos pequeños y grandes formados por la

napa acuífera superficial en las depresiones del suelo; por los remansos de los arroyuelos en que se fracciona la escasa agua de los ríos, por las orillas irregulares de las acequias de riego y canales de desagüe, etc.

## II.-Problema racial y social

La importancia de este problema resulta de ios siguientes hechos:

1) De la comprobación hecha por la Comisión mencionada de que el 80 por ciento de la población permanente de los Valles contiguos a Arica y de las pequeñas zonas agricolas del interior de Iquique, es muárica. Si las estadísticas hospitalarias—bastante incompletas por demás—consignan un porcentaje inferior, es porque no pueden tomar en cuenta sino los casos agudos, escapándoseles los crónicos y los caquécticos que generalmente no se hospitalizan, y que forman no obstante el cuadro más grave de la malaria.

Hay además un crecido número de maláricos en el mismo Arica, tanto entre los civiles, cuanto entre los soldados y carabineros, infestados en los suburbios, donde alcanzan a penetrar los anofeles, o en sus movilizaciones por los valles vecinos, donde acuden por su profesión u oficio.

2) La malaria, enfermedad muy temida por su sintomatología alarmante en el perríodo agudo y por sus peligrosas secuelas, ha ahuyentado de esas ricas comarcas a la mayor parte de los chilenos; los habitantes actuales son casi exclusivamente peruanos

y con frecuencia mulatos.

3) Los soldados de la Guaraición de Arica, oriundos en su mayoría de Copiapó, suelen volver a sus hogares, en fuerte porcentaje, minados por la malaria; por esto muy frecuentemente caen víctima de la tuberculosis, que encuentra fácil presa en organismos ya debilitados y sin defensa.

4) Bajo el doble punto de vista nacional y económico es conveniente poblar con chilenos la zona confinante. Norte del país, tanto más cuanto ésta, por la fertilidad del suelo y la benignidad del clima, da productos agrícolas altamente remunerativos (naranjos, plátanos, olivos, algodón, legumbres, etc.) que tienen mercado asegurado, desde antiguo, en los puertos de Tanapacá y Antofagasta y en las salitreras del interior.

# aves acuáticas que descansan en sus costas. III.—Problema médico sanitario

El funcionamiento simultáneo de varios servicios y la necesidad de coordinarlos para los fines deseados, hace necesaria la creación de una "Estación antimalárica" que actúe en form|a metódica, racional y permanente. En efecto, todo procedimiento esporádico o de temporada, resultaria totalmente negativo para los efectos antimaláricos y representaria a la postre una dispersión de dineros. La acción de la "Estación antimalárica" será doble: médico-terapéutica y sanitaria.

## A) Actuación médico-terapéutica

a) Curar previamente en forma enérgica a los maláricos crónicos (o sea el mayor número de los individuos de la población rural y suburbana) a fin de que cesen de constituir los focos de infección de los Anopheles.

 b) Curar con suficiente precocidad e intensidad todo nuevo caso de malaria, a fin de evitar que se transforme en crónico.

Ambas curaciones deben estar a cargo del personal de la Estación antimalárica, a causa del fin eminentemente profiláctico que la curación de los maiaricos debe perseguir en regiones endémicas; dichascuraciones deberán ser iniciadas en un pabellón para maláricos y continuadas después a domicilio.

c) Practicar el examen de la sangre de

todos los casos atendidos.

d) Levantar un censo y mantener al dia el archivo de los palúdicos, condición indispensable para la vigilancia de la zona y la pronta intervención antes indicada.

e) Completar los estudios epidemiológicos iniciados en los años anteriores y realizar el estudio sistemático de las formas

clínicas de la malaria local.

f) Realizar toda otra investigación parasitológica que fuera insinuada por la Cátedra de Parasitología de la Facultad de biología y Ciencias Médicas.

## B) Actuación sanitaria antimalárica.

La Estación antimalárica practicará las diferentes formas de profilaxis cuya simultánea ejecución pueda garantizar el mayor grado de condiciones sanitarias generales (en lo que a malaria se refiere) en el plazo necesario al estudio y a la realización de obras permanentes de saneamiento hidráulico de efectos radicales.

Tales medidas profilácticas son las si

guientes:

a) Disecación de los charcos y pantanos originados por derrames de agua de riego y de desagüe y por las creces de los ríos en el período del deshielo (avenida de los ríos).

b) Hacer obligatoria la sistematización de las orillas de las acequias y la limp a permanente de ellas evitando la formación de remansos, adecuados para la cria de las

larvas de los Anopheles.

c) Obras ligeras de drenaje en el lecho de los ríos, para bajar el nivel superficial de las aguas estancadas (esto hay que efectuarlo después de cada avenida).

d) Lucha larvicida por medio del petróleo, verde de París, etc., en todos los casos en que no se pueda suprimir la causa hi-

drául ca del anofelismo.

e) Profilaxis química y mecánica en todos aquellos casos especificamente conocidos, en orden a evitar nuevas infectaciones, tanto en las personas venidas de afuera, cuanto en las residentes, anteriormente curadas de malaria.

f) Realizar una propaganda activa de educación sanitaría, por medio de afiches, folletos, volantes, de charlas de divulga-

ción con proyecciones de films, etc.

La Estación antimalárica deberá ser confiada a un personal técnico, especializado la dirigirá un médico que se dedique exclusivamente a ella. Funcionará por cinco años por lo menos, tiempo que se considera suficiente para hacer los estudios y para ejecutar las obras hidráulicas de saneamiento radical y definitivo.

El proyecto de saneamiento radical y definitivo consultará preferentemente la zona inmediata a Arica (Valle de Azapa y Rio San José). En cuanto al Valle de Lluta, a las quebradas de Chaca y Camarones, Pica, etc., deberá previamente estudiarse la conveniencia de tal saneamiento, pues el

alto costo de las obras hidráulizas necesarias sólo son justificadas con el correspondiente valor económico y social de la zona beneficiada.

Ahora, el agua del río Lluta es en cierto grado salobre y permite tan sólo cultivos muy limitados. Habria, pues, que estudiar previamente si fuera posible, segun afirmau los nativos, desviar las vertientes de agua salada que corrompen el agua del río. Entonces el valle de Lluta, por su gran extensión, por su contigüidad a Arica y per ser recorrido por el Ferrocarril de Arica a La Paz, podría cobrar gran importancia como zona de colonización agrícola y justificar las costosas obras requeridas por el saneamiento hidráulico radical.

En cuanto a Chaca y Camarones, por su gran distancia de Arca y por la gran extensión de las quebradas, pobladas por muy pocas personas, su valor económico y social queda reducido grandemente; por lo mismo, el servicio antimalárico no podrá ser efectuado sino en pequeña escala y en forma necesariamente imperfecta.

Las condiciones de Pica y demás lugares maláricos del inter.or de Iquique, deberán ser estudiados y precisados por la Estación antimalár.ca para resolver en definitiva la forma en que deberá llevarse a calc la lucha en esas localidades.

Una legislación especial y un reglamento precisarán las obligaciones y los detalles del funcionamiento de la estación antimalárica

El presupuesto y la lista del personal se adjunta.

## IV.—PROBLEMA HIDRAULICO AGRICOLA

Como ya se ha dicho, la repoblación de un territorio que se desea sanear de la malaria y la intensificación de su cultivo son factores indispensables para la mantención general del suelo y de la hidrografía agrícola en condiciones adecuadas para los fines antimaláricos.

Ahora bien, tratándose de una zona de alto interés nacional (aspecto demográfico, productivo y político del problema), al Estado cabe el deber de garantizar las condiciones fundamentales de bienestar para la población. Lo más indispensable es por de pronto la canalización de las aguas de riego del río Azapa (que al pasar por el Norte de Arica recibe el nombre de San

José). Como esas aguas nacen tan sólo de vertientes y habitualmente no llueve en esa región, el problema hidránlico queda muy simplificado y puede resolverse como ya se ha dicho en forma radical.

Pero, como la solución de este problema no debe hacerse en perjuicio de la agricultura, so pena de esterilizar la zona (como se ha hecho con poco discernimiento en Las Chimbas) y frustrarse las mismas finalidades perseguidas con tanto trabajo y dispendio de dineros fiscales, por esta razón, es conveniente que los estudios de ingenieria hidráulica procedan en armonía con los de la ingenieria agronómica.

Se comprende además que, estando ambos estudios subordinados a las necesidades del saneamiento, es necesario que los servicios correspondientes estén bajo la supervigilancia de la Estación Antimalárica.

Por consiguiente, la Estación Antimalárica deberá presentar al Supremo Gobierno, por intermedio del Ministerio de Salubridad, en el plazo de dos años a contar del comienzo de sus trabajos, los proyectos de saneamiento hidráulico del Río Azapa, de riego y desagüe de las propiedades agrícolas de dicho Valle y del suburbio de Arica.

### V.—COLONIZACION

De lo dicho se desprende que el problema sanitario se integra con el del mejor reajuste de toda la zona agrícola. Y como, por otra parte, la mejora de las condiciones sanitarias, resultante ya del primer año de ejercicio de la Estación Antimalárica, provocará automáticamente el aumento de la producción rural, luego, con el correspondiente incremento de la producción, una supervalorización de la propiedad, y como las conveniencias nacionales sugieren la chilenización cuanto antes posible de la zona, se infiere de todo esto, que ese reajuste de la propiedad rural no podrá hacerse en la forma más conveniente para los intereses generales, sino merced al rescate de las propiedades, previo a la ejecución de las obras de saneamiento hidráulico definitivo y de regadio nacional, que incrementarán grandemente su valor económico y social.

Este método tendría además la ventaja de obligar a los nuevos propietarios a aceptar las obligaciones sanitarias previstas por la Legislación y la Reglamentación especial antimalárica. Conviene agregar, a este respecto, que el costo de esas propiedades resultará muy disminuído, por la posible adquisición de terrenos actualmente del todo secos, improductivos y virtualmente de ningún valor y que podrán ser fácilmente regados, merced a la abertura de nuevos manantiales, según estudios que el "Servicio de Arica" del Ministerio de Relaciones tiene ya hechos.

De lo dicho, se desprende la conveniencia de realizar un estudio sobre el valor económico del Valle de Azapa y la posibilidad de aumentar la superficie regada.

Este estudio podría encomendarse a los técnicos de la Caja de Colonización o a una Comisión de Expertos nombrada ad-hoc por

el Supremo Gobierno.

El estudio sobre el valor económico de esas tierras deberá integrarse con cl avalúo de las propiedades en su estado actual y con la opinión sobre la conveniencia o no de adquirir las tierras. Eventualmente, convendría llegar a arreglos directos con los propietarios, pues una Ley de expropiación se prestaría para crear una atmósfera internacional desagradable.

Habria también que estudiar si convendría parcelar esas tierras o revenderlas a propietarios o a sociedades provistas de los capitales necesarios para garantizar un cul-

tivo agricola intenso.

En conclusión, el problema sanitario de Arica y de su Interland inmediata, se integra con el de la propiedad agrícola en interés de la zona Norte y general de la Nación.

## VI.—COLABORACION DE VARIOS SERVICIOS

Cooperarán en definitiva a la labor de la Estación Antimalárica:

1.0 Los Ministerios de Salubridad, de Fomento, de Agricultura y de Defensa Nacional.

2.0 La Dirección General de Beneficen-

3.0 La Caja de Seguro Obligatorio, y 4.0 La Caja de Colonización, o eventual-

mente una Comisión agraria elegida ad-hoc. El Ministerio de Salubridad redactará la legislación y reglamentación indispensables a las funciones de la Estación Antimalárica y tendrá a ésta bajo su dirección, con su personal especializado.

La Dirección General de Beneficencia, facilitará locales y el personal necesario para la curación de los palúdicos y para el Laboratorio de investigaciones clínicas en el mismo Hospital de Arica.

Sostendrá también los gastos de construcción de los pabellones para palúdicos que la Estación Antimalárica estimara necesarios (Valle de Lluta, Camarones, etc.). y de mantención de los enfermos y del personal médico y auxiliar correspondiente en las Estaciones hospitalarias y del Dispen-

sario

El Ejército proporcionará los medios de movilización (caballos, ambulancia), personal de practicantes (para las curaciones domiciliarias en el campo), soldados para la ejecución de las obras de saneamiento, carabineros necesarios para que vigilen la aplicación de la reglamentación antimalárica.

Los Ministerios de Fomento y de Agricultura proporcionarán los Ingenieros y el personal auxiliar necesario para los estu-

dios pertinentes.

La Caja de Seguro Obligatorio correrá en narte con los gastos de curación de los palúdicos y los de las diferentes formas de profilaxis (química, mecánica, pequeño saneamiento, etc.), y, posiblemente con la adquisición de los terrenos destinados a la colonización.

La Caja de Colonización, proporcionará el personal necesario para realizar la obra indicada, a menos que se creyera conveniente nombrar con este fin una Comisión

de Expertos.

#### CONCLUSIONES

El plan de la lucha integral antimalárica consulta los siguientes servicios:

I.—Creación de una Estación Antimalárica, para la aplicación de un plan de saneamiento y profilaxis y para la curación enérgica de los maláricos, considerando la curación como auxiliar poderoso de la profilaxis general.

II.—Estudio y aplicación de un plan de captación y canalización de las vertientes escalonadas a lo largo del Río Azapa y San losé, de acuerdo con las necesidades sani-

tarias y agricolas.

III.—Estudio y ejecución de un plan de repoblación y de intensificación de los cultivos agrícolas.

## ANEXO I

## LISTA DEL PERSONAL

	A) -ESTACION AN	TIMALARICA	and the street,
13		A cargo del Ministerio de Salubrio	dad
1	Secretario		1
1			The state of the s
	Mozo Ayudante y Laboratorista (médico)	AND THE RESERVE AND ADDRESS OF	
		A cargo de la Beneficencia	
	b).—CURACIONES, PROFILAXIS Y API		
4	Practicantes, dos proporcionados por el Ejérci	to y dos por el Seguro Obligatorio	0.
2 4	Jefes de obras (sub-oficiales) Obreros (soldados)		
2	Inspectores Sanitarios (carabineros graduados)		
8	Carabineros (distribuidores de medicamentos)		
	c).—ESTUDIO DEL SANEA		
	(A cargo de la Dirección	de Obras Públicas)	
1	Ingeniero hidráulico	de some a domina	
1	Ayudante topógrafo		-
1	Secretario Calculista		
	d).—ESTUDIO DE R	IEGO Y DRENAJE	
	(A cargo del Minister	lo de Agricultura)	
1	Ingeniero Agrónomo Secretario		
-	e) Personal para el avalúo de las ti	array w of actudio dal problems	do en adani
	sición y de su posterior destina	ción. (A cargo de la Caja de Co	lonización.
		scepto que el S. Gobierno no pr	
	brar una Comisión de Experto		
	El número de los funcionarios destinados a es	te servicio escapa a la compete	encia de lo
ue	suscriben.		
	GASTOS DE INSTALACION DE L	A ESTACION ANTIMALARICA	
	A.—Ministerio de	Salubridad	Y. Y
A	BORATORIO:		
	2 Microspoeios	in and the contract of the contract	9.800
	1 Binocular de disección (facilitado por el	Inst. Bacteriológico)	380
	2 Cuentas glóbulos		400
	2 Lupas		900
	4 Lancetas		170
	Porta y cubre objetos, reactivos, fijadores, co	lorantes, frascos, capsulas de Pe-	
	tri, probetas, etc		7.000
-	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR		MARKET NO.
LK.	CHIVO: Libros de estadística, formular:os impresos,	fittles de escritorio	5.000
	Libros y revistas científicas		10.000
	Mobiliario y maquina de escribir (si no se ol	otiene de alguna Oficina)	3.000
o m	OPAGANDA:		
*	Stock de folletos y afiches	A strain and the fact of the second	10.000
N.C	OVILIZACION:	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	
	1 Auto Ford de ocasión con repuestos		15.000
	2 Motocicletas para practicantes		9.000
PR	OFILAXIS Y CURACION:		
	Stock de quinina (\$ 200.000; el 66% corresp		
	la Caja de Seguro Obligatorio) Otros medicomentos complementarios y sus	ettentos de la guinina (\$ 60.000)	134.000.0
	el 66% al Estado	intutos de la quillina (+ 00.000)	39.600
	Pulverizadores para verde de Paris y petro	leo. etc	20.000
	Rejillas, mosquiteros, herramientas para rej		15.000
	Imprevistos		25.000.0
	TOTAL	The state of the s	304.250

86.400 .-

#### ADVERTENCIA:

Como los precios de los diferentes materiales no pueden estimarse sino aproximadamente, por lo mismo, sería conveniente autorizar a la Estación Antimalárica para que destinara los saldos a favor que eventualmente resultaran a aumentar el stock de medicamentos « la dotación de libros y revistas.

#### B.-La Caja de Seguro Obligatorio

Contribución a la formación de un stock de medicamentos necesarios para las curaciones intensivas previas, generaliza das a los antiguos maláricos:	
Quinina (\$ 200.000) correspondiendo a la Caja de Seguro 34%	66.000

#### C .- Instituto Bacte riológico de Chile

Contribuye con el obsequio de un microscopio binocular de disección.

#### PRESUPUESTO

## Gastos de Instalación de la Estación Antimalárica

Castos de Instalación de la Estación a	Anumaiarica
A.—Ministerio de Salubridad	
Presupuesto Ordinario, Fijos:	The state of the s
1 Director (médico especializado) \$	42.000
1 Secretario y Archivero	9.000.—
1 Chauffeur y Mecánico	6.000.—
1 Mozo	4.000.— \$ 61.000.—
Presupuesto Ordinario, Variables:	CREATE AND ADDRESS OF THE PARTY
Impresos y objetos de cancillería \$	12.000.—
Bencina y repuestos	25.000.—
Medicamentos (\$ 100.000) de los cuales el 66% del Gobierno	66.000
Reactivos y vidriería	3.000.—
Larvicidas (petróleo, verde de París, etc.)	5.000.—
Libros y revistas	12.000 \$ 128.000
	-
B.—Dirección General de Beneficencia	
1 Ayudante y Laboratorista Médico	21.000
Medicamentos para la curación hospitalaria y domiciliaria de los	
enfermos	80.000 101.000
C.—Caja de Seguro Obligatorio	The state of the s
Medicamientos (\$ 100,000) de los cuales a la Caja de Seguro	The state of the s
Obrero el 34%	34.000
Larvicidas (petróleo, verde de París)	5.000 \$ 39.000

La Caja de Seguro Obligatorio sostendrá además el gasto para dos practicantes.

#### D.-Instituto Bacte riológico de Chile

Proporcionará a la Estación antimalárica el Neoarsolán que le solicitare.

#### ADVERTENCIA:

En el Presupuesto Ordinario del Ministerio de Salubridad, no se ha tomado en cuenta el arriendo de una casa para el funcionamiento de la Estación Antimalárica, en la hipótesis de que los locales necesarios pudieren obtenerse de edificios fiscales de Arica. Estos locales, siendo destinados a dos servicios complementarios pero distintos, pueden ser distribuídos en dos edificios.

### 1.o-Locales para las curaciones:

Los proporcionará la Beneficencia en el Hospital de Arica, constarán de:

- a) Sala para maláricos.
- b) Pieza para el laboratorio.
- c) Pieza para el Director.

d) Pieza para el Dispensario antimalárico con un vestíbulo para el público.

Naturalmente estos locales deberán ser comunicados y vecinos a la sala para maláricos. 2.o—Estación Antimalárica propiamente tal:

Quizás podría destinársele los locales de la Estación Sanitaria de Arica. Sin embargo, sería mejor arrendar una cesa o construir un pabellón a propósito. En el segundo caso es de todo punto de vista conveniente anexarla al Hospital de Arica agregándole también los locales consultados en el párrafo anterior. Esta colocación tendría la ventaja de asegurar al Hospital

## Acción Social de los especialistas de la Caja de Seguro Obligatorio en las provincias

Dr. ARTURO TELLO.

Otorino-laringólogo del Consultorio de Antofagesta

De los 100 primeros enfermos del Seguro Obrero que he examinado en el Norte (Antofagasta, Tocopilla), 33 corresponden a otitis crónicas con déficit auditivo. Desde una ligera disminución de la audición hasta una pérdida completa, producida por otitis crónicas secas, otoesclerosis, catarros tubo-timpánicos crónicos sin contar los tapones de cerumen que forman el 8 %. Además, hay un 11 % de lesiones sfilitincas, 7 % de amigdalitis crónicas, 5 % de rinitie espasmódicas, 4 % de tuberculosis laringeas, 2 %-de amigdalitis de Vincent, 1 % de difteria y así uno o dos enfermos de otras molestias de menor importancia hasta completar 100.

Golpea violentamente el hecho que de 100 enfermos 33 sean exclusivamente deficitarios de la audición cuya causa habria necesidad de buscarla y en lo posible tratarla; pero desgraciadamente llegan hasta el Seguro estos enfermos, con sus lesiones ya establecidas y el tratamiento se hace con una posibilidad de éxito muy precarla. Pero si miramos hacia el extremo inicial de la vida del asegurado que en este país se encuentra completamente desamparada de un organismo médico que en este sentido la vigile, encontramos un terreno donde nuestra actuación médica oforinolaringológica podría tener un exito franco para el futuro del oído del futuro asegurado.

Los primeros años de la vida hasta los 20 años que por término medio comienza el obrero a ser asegurado con derecho, son de una importancia enorme desde el punto de vista médico preventivo y es un mal negocio para el Seguro Obligatorio tener esta edad fuera de su control ya que es esencialmente receptiva de taras que se van a manifestar más tarde cuando el niño se ha convertido en un adulto y, por consiguiente, en un asegurado.

El Seguro Obligatorio debe captar para si esta edad y para esto debemos iniciar una campaña si queremos que las tuberculosis, las sífilis y las sorderas disminuyan algo.

Respecto a mi especialidad, estamos en condiciones de luchar en defensa del oído del proletario sin grandes costos.

Primer paso a dar:

Las estadísticas de Leegard hechas en Cristianía, donde interrogó la audición a los escolares, encontró el 9,7 % de audición defectuo-

Las hipertrofias amigdalianas de las vegetaciones y de los cornetes como trastorno de la estática nasal forman una de las principales causas de lesiones auditivas que en el curso de lus años se hacen crónicas, claro, sin contar las producídas por heredo lúes. Por esto, además de la responsabilidad enorme que tenemos al milión de asegurados y considerando que debemos inyectar en el Seguro la tendencia a prevenir o más bien dicho hacer una acción preventiva, propongo se me autorice para examinar los hijos de asegurados y hacer visitas regulares, a nombre del Seguro, a los niños de las escuelas públicas para sorprender la iniciación de una posible sordera o la causa de una propensión y así estar armados para atacaria desde sus comienzos.

Respecto al trabajador adulto con déficit auditivo se podrían tomar las siguientes medidas previo un estudio detenido:

- 1.0 Hacerlos trabajar en locales amplios.
- 2.0 Modificar las señales acústicas reemplazando los sonidos de timbres agudos con sonidos graves.
- Establecer reposo auditivo cala 6 meses.
   Dar antífonos, es decir, protectores: tapo-
- nes de algodón o cera. 5.0 Evitar en los candidatos a otoesponglosis
- el clima marítimo. 6.o Controlar los niños de otoespongiósicos.
- 7.0 Impedir el matrimonio entre otoespongiósicos y consanguíneos.
- 8.0 Enseñar desde temprano la lectura por los

Esta campaña para el Seguro no demandaría grandes gastos, especialmente la vigilancia de niños y adolescentes.

¿Cómo se haría?

- Llamando a todos los hijos de asegurados para proceder a su examen y tratamiento.
- 2.0 Haciendo carteles donde se publicarían las estadísticas de los deficitarios de la audición y obteniendo que los asegurados se interesaran en el futuro auditivo de sus hifos.
- El especialista iría a las escuelas primarias y públicas para establecer el control auditivo.

Dado el alto valor y las proyecciones que este enasyo pudiera tener, estimo que mi petición tendrá acogida, tanto más cuanto que su aceptación significaría ir en la vanguardia del movimiento médico preventivo en que estamos empeñados y ser al mismo tiempo un estímulo para los demás servicios provinciales.

nuevos locales para el futuro, cuando haya terminado en sus funciones la Estación Antimalárica.

Si se arrienda una cara, el monto del arriendo deberá figurar en el presupuesto ordinario (fijos) a cargo del Ministerio de Salubridad.

En caso de necesitarse la construcción ésta correrá a cargo de la Beneficencia, en vista del destino futuro de los locales, correspondiéndole a Sandad un módico canon de arriendo que pagarfa a la Beneficencia mientras permanezca en funciones la Estación Antimalárica.

# ¿Cómo economizar en hospitalizaciones?

Dr. OTTO LENCK G., Médico director provincial de Valdivia.

Uno de los gastos que sin duda amaga en forma efectiva el equilibrio de los presupuestos médicos, es el relativo a hospitalizaciones.

Sin entrar en consideraciones sobre las relaciones entre .a Caja y la Beneficencia y sobre la organización de nuestros hospitales, quiero abordar el tema desde algunos puntos de vista prácticos que estimo deben merecer la preocupación de los organismos directivos.

Se han establecido a lo largo de todo el país numerosos servicios rurales o semi-rurales que atlenden a buen número de asegurados que anteriormente estaban al margen de toda atención efectiva. La tráctica ha demostrado (hablo de los servicios de mi dependencia) que en la gran mayoría de los casos estos servicios rurales no hacen sino servir de oficina de paso para la hospitalización de los enfermos.

El enfermo de campo (que gana el salario más bajo o lo recibe en especies) no tiene cómo atender a su sustento para seguir un tratamiento ambulatorio en el pueblo más cercano a su residencia; las distancias, estado de los caminos e inclemencias del tiempo, hacen que no sea posible hacerlos ir y volver para las consultas: obligadamente, pues, se recurre a la hospitalización y, lo que aparece aún más grave, aunque la naturaleza de su enfermedad no lo exija en forma perentoria.

Es este un problema que debe estudiarse en relación con el monto de las imposiciones en las regiones agricolas del sur del país.

Por otra parte, debe estudiarse la forma práctica de aumentar la eficiencia o capacidad de trabajo médico de los Consultorios semi-rurales. Ante las dificultades económicas de su transformación en Casas de Socorro, puede, como medida paliativa, anexárseles un par de camas y los medios para intervenciones de urgencia y cirugía menor.

Influye también, aunque felizmente en menor escala, el hecho palpable de que muchos consultorios de regiones rurales están a cargo de médicos jóvenes sin la suficiente experiencia o expedición para abordar los problemas profesionales de la práctica diaria, por estar demasiado embebidos en la medicina científica, a base de largos exámenes e investigaciones, sin suficiente práctica de cirugía elemental, y que resuelven sus casos con la cómoda evacuación de los enfermos hacia los centros hospitalarios .

Debe, pues, abordarse en forma efectiva, el problema de la selección de los médicos rurales para el sur del país, ya sea instituyendo para ellos cursos especiales o exigiendo cierta práctica hospitalaria o de asistencia pública en los concursos respectivos.

En forma manifiesta influyen en un mayor gasto de hospitalizaciones, las deficiencias del servicio domiciliario. Por expariencia puede asegurarse, aunque ello no es muy halagador para nuestros hospitales, que en un alto porcentaje los enfermos prefieren medicinarse en sus casas cuando la hospitalización no es absolutamente indispensable.

Sin desconocer las difficultades inherentes al problema de la habitación popular, puede pensarse en una economía de hospitalizaciones por ampliación del servicio domiciliario.

En localidades de alguna importancia, el único médico domiciliario alcanza escasamente a visitar en el día los llamados nuevos que se presentan y no puede, práctica y materialmente, seguir tratamientos en el domicilio de los enfermos. Y debe calcularse que con cuatro enfermos más que se attendan diariamente en sus casas, ahorrando la hospitalización, se tiene financiado el sueldo do otro médico domiciliario.

En localidades menores un solo médico atienda todos los servicios. Es lógico pensar (y en el hecho efectivo) que ante sus múltiples ocupaciones so resiente el servicio que le es más molesto, es decir, el domiciliario.

Inconveniente aparece en la práctica el hecho de que en una misma localidad (en que ejercen varios médicos) un mismo facultativo ocupe el cargo de Director del Consultorio y dei Hospital. Ante la proverbial pobreza de los hospitales y los exiguos presupuestos que desde la capital se le fijan a los establecimientos de provincias, es lógico pensar que los Directores salgan del paso con una mayor hospitalización de asegurados.

Para la aplicación de las disposiciones de fiscalización que establece el contrato con la Beneficencia, ¿a qué iedo se inclinará el funcionario que representa, al mismo tiempo, a ambas partes?

Interesante es, al respecto, comparar el costo de la hospitalización en los establecimientos en que una sola persona sirve ambos cargos, con el costo de otros en que no concurre esta circunstancia. Los datos positivos que en este sentido obran en mi poder, estimo que no bastan para una generalización.

En un próximo trabajo me referiré a las normas recomendables para hacer efectivo ei control sobre los asegurados hospitalizados, ya que este control es otro medio efectivo de disminuir el gasto en el presupuesto.

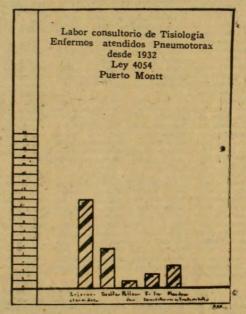
# Tres años de labor del Servicio de Tisiología del Consultorio de la Ley 4054 de Pto. Montt

Dr. CARLOS MALDONADO B-Médico director provincial de Chiloé

Desde la época en que el gran Forlanini descubrió la Aplicación del Pneumotórax ha venido perfeccionándose este método terapéutico que podemos considerar junto con los lemás procedimientos colapso-terápicos, en muchos casos, como el tratamiento específico de la tuberculosis pulmonar.

A las grandes dificultades de las primeras apli-

con 31; son los casos ulcerosos y úlcero-caseoses los que obtienen los mayores beneficios. No es necesario para la aplicación del Pneumotórax que los enfermos permanezcan hospitalizados o en sanatorios, como algunos creen. En muchos países se inician los Pneumotórax en los Dispensarios anti-tuberculosos, quedando el enfermo en reposo algunas horas y regresando luego des-



caciones ha seguido el perfeccionamiento del método, con la simplificación de los aparatos y la precisión de las indicaciones; hoy es un procedimiento fácil, que se ha generalizado en todo el mundo y que cada día da nuevos exitos beneficiando a un crecido número de enfermos que aumenta continuamente.

En la aplicación del Pneumotórax hay que considerar especialmente la indicación; no todos los casos de tuberculosis pulmonar se benefician pués a sus hogares; consideramos este procedimiento arriegado y creemos que debe siempre iniciarse el Pneumo en el Hospital; pueden presentarse complicaciones o accidentes que merecen un cuidado y control estricto del enfermo y solamente puede esto hacerse en el Hospital. Las reinsuffaciones pueden y deben hacerse en los Consultorios y Dispensarios anti-tuberculosos porque no hay razón alguna para mantener en el sanatorio o en el hospital enformos cuyo colapso se presenta en buenas condiciones, con las lesiones cerradas y en franca meporía. Esos enfermos que no tienen Bacilos de Koch en la espectoración y cuyo estado general es bueno, pueden volver a sus ocupaciones y beneficiarse del cuidado del hogar y del cariño de los suyos. Sin embargo, es necesario controlar a estos enfermos y sus condiciones de vida, sus ocupaciones, su vivienda, su alimentación, etc.; ésta es la labor que debe desempeñar la Visitadora Social que en este Servicio es indispensable.

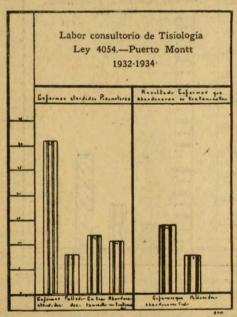
En la 9.a Conferencia Internacional contra la Tuberculosis, celebrada en Varsovia del 4 al 7 de Septiembre de 1934, se presentó el óltimo trabajo del Profesor León Bernard que había hecho poco antes de su sensible fallecimiento; en 3t trata, en la forma brillante en que sabía hacerlo, sobre el Rol del Dispensario Anti-tuberculoso; de su reflación y de las co-relaciones de representantes de otros países, se llegó a la conclusión que los Dispensarios anti-tuberculosos deben efectuar la siguiente labor:

lización; se puede, sin embargo, realizarlo en cura libre, sin peligro, y con mayor razón las reinsuflaciones pueden proceguirse en el Dispensario con resultados tan excelentes como con la hospitalización, si los enfermos observan un reposo que puede estimarse en término medio en seis meses.

Sería absurdo hospitalizar todos los tuberculosos durante toda la duración de su tratamiento colapso-terápico; en ningún país el número de camas sería suficiente.

El tratamiento ambulatorio se impone para las reinsuflaciones de los enfermos que no prescutan compficaciones. Resulta de ello una triple ventaja: moral, pues se evita la disgregación de la familia; social, pues numerosos enfermos pueden volver a su vida casi normal, y económica, ya que el costo de los tratamientos ambulatorios es mínimo comparado con el costo de las nospitalizaciones".

Donbrowski, de Polonia, en el mismo Congreso



Cuidado de los enfermos, vigilancia médica y control profiláctico.—En esa importante comunicación dice el Profesor Bernard: "La experiencia ha mostrado que la práctica del Pneumotorax en cura libre, con reposo del enfermo en su hogar da resultados sensiblemente equivalentes a los obtenidos con los enfermos hospitalizados. Si en principio la creación del Pneumotórax debe ser hecha en un establecimiento de hospita-

decía: Conviene reservar a los Sanatorios y Servicios Hospitalarios la creación del Pneumotórax y en los Dispensarios practicar ha reinsufiaciones.

Fergus Hernat, de Inglaterra, agregó, que en la relación del Comité Departamental le la Tuberculosis de Londres, en 1927, se estableció que el Dispensario anti-tuberculoso debe ser el cone tro de trutamiento.

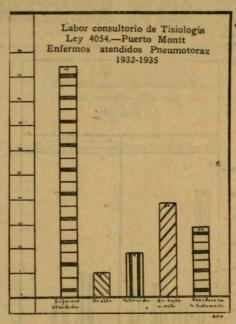
Y el Profesor Bezancon, que tuve a su cargo la lectura del trabajo del Profesor León Bernard. concluyó su relación diciendo que además del rol de despistaje de los enfermos tuberculosos, de profilaxía y del rol educador del disp-nsario, podia tener un rol terapéutico pero limitado solamente a las reinsufiaciones.

De estos diversos antecedentes podemos establecer que en el Dispensario o Consultorio de Tisología deben practicarse las reinsuffaciones de los enfermos con Pneumotórax, cuando las condiciones de éstos lo permitan, es decir, colapsos en buena forma, enfermos sin complicaciones, que no presenten Bacilos de Koch en la espectoración y que pueden, por lo tanto, estav al lado de su familia.

mos, con el siguiente resultado: Hemos dado da alta a 5, 6 sea, el 10.6 %, sin Bacilos de Koch en el esputo, sin síntimas cúnicos ni radiológicos, un aumento de peso y en muy buenas condiciones; 9 han fallecido, a sea el 19.1 %; 19 hav actualmente en tratamiento y 14 abandonaron su tratamiento.

En 1932 iniciamos este tratamiento a 11 enfermos; de ellos hemos dado de alta sanos a 5, ó sea el 45,4 %; falleció uno o sea el 9 %; abandonaron su tratamiento 3 y actualmente en tratamiento 2.

Entre nuestros enfermos de alta que podemos considerar casi sanos y que hemos dado de alta solo después de 2 ½ a 3 años de trafamiento, y a los que seguimos controlando relataremos iss



En el año 1232 organizamos una Sección de Tisiología en el Consultorio de este Puerto y, siguiendo las técnicas de los Profesores Neuman, de Viena, y León Bernard, de París, iniciamos el tratamiento de Pneumotórax a enfermos de tuberculoeis pulmonar que podrían beneficiarsa con él; hospitalizamos a estos enfermos durante uno o dos meses practicando las primeras insuffaciones y una vez obtenido el colapso, seguimos dicho tratamiento ambulatoriamente, controlando estríctamente a la pantalla los resultados.

Desde ese tiempo y durante estos tres años hemos practicado este tratamiento a 47 enfersiguientes observaciones que consideramos del mayor interês:

Observación I.—María Luisa M., 21 años, empleada doméstica. Diagnóstico: Lesión úlcero caseosa derecha.

Principales síntomas: Tos con espectoración abundante. Hemoptisis en dos ocasiones. Temperatura en las tardes, hasta 389. Enflaquecimiento. Transpiración nocturna. Peso 49 kilos.

Examen de la espectoración.—Bacilos de Koch abundantes.

Se inicia el Pneumotórax el 18 de Abril de 1932. Colapso en muy buena forma. Desiparecen los síntomas clínicos. La enferma vuelv<sub>e</sub> a tus ocupaciones habituales. En 1933 tuvo in embarazo el que evolucionó sin novedad. Niño silno. En Noviembre de 1934, sedimentación 4 Alta, Actualmente nuevo embarazo de 4 meses. Estade general muy bueno. No se observat sintomas pulmonares.

Observación II.—Sofia V. 20 años, comerciante. Diagnóstico: Lesión úlcero caseosa derecha. El 30 de Abril de 1932 se inicia el Pneumo, con muy buenos resultados. Desaparecen los sintomas cínicos, como también los Bacilos de Koch del esputo. La enferma, que pesaba 42 kilos, pesa actualmente 58. No presenta ningún sintoma pulmonar. En 1934 tuvo un embarazo que evolucionó normalmente. Niño de 6 meses, sano.

Observación III.—Juan C. 28 años, sastre, Diagnóstico: Lesión úlcero fibrosa derecha. Tos frecuente. Espectoración hemóptica, Hemoptisis en 3 ocasiones. Enflaquecimiento acentuado, pesa 59 kilos, Bacilos de Koch en el esputo. Primer Pneumo el 3 de Junio de 1932. Colapso normal. Se sigue practicando sus reinsufiaciones con muy buen resultado. Desaparecen los síntomas; en Enero de 1933 vuelve a sus ocupaciones. Estado actual muy bueno; pesa 72 kilos, No presenta síntomas pulmonares; sedimentación 29 de Octubre de 1934, 15. Solamente se queja de dolores en la región dorsal.

Observación IV.—Amelia R. 26 aíros, viuda. El esposo ha fallecido de tuberculosis pulmonarbace tres meses. 2 hijos, el menor de 4 masea. Diagnóstico: Infiltración lóbulo superior derecho. Lobitis derecha. En Mayo de 1932 se inicia el Pneumo. Peso 50 kilos; resultados muy buenos. Desaparecen los sintomas pulmonares. Colapso en muy bueno forma. Actualmente pesa 53 kilos. Está empleada de cajera.

Observación V.—Eligio L. 32 años, carabinero, Músico.

Diagnôstico: Lesión úlcero fibrosa infraclavicular izquierdo. Grandes hemoptisis. Inicia, su tratamiento el 18 de Abril de 1932. Actualmente se encuentra en muy buenas condiciones; ha vuelto a sus ocupaciones. Ha aumentado de peso 10 kilos. No hay Bacilos de Koch en el desgarro.

Entre los tres enfermos que han abandonado su tratamiento, dos han fallecido, lo que corresponde al 66,6 ½.

De 31 enfermos que iniciaron su tratamiento en 1933 y 1934, actualmente siguen su tratamiento 12, han fallecido 8 ó sea el 29 %, y han abandonado el tratamiento 11; entre éstos han fallecido seis, o sea el 54,5 %. De todas estas cifras podemos deducir que entre 42 enfermos en los que se ha practicado el Pneumotórax en los años 1932, 1933 y 1934, hemos obtetido buenos resultados en 19 (enfermos en tratamiento y de alta). De los 14 enfermos que abandonaron su tratamiento, han fallecido ocho, o sea el 57,1 %.

Este tratamiento lo hemos seguido en cast todos nuestros enfermos en forma ambulatoria, hospifalizando únicamente aquéllos cuyo estado lo requería o en aquellos casos en que las condiciones de la vivienda o la situación económica de ellos hacían necesaria esta medida.

Complicaciones.—Las diversas estadisticas dara un porcentaje del 40 al 60 % de complicaciones; entre ellas la más frecuente es el derrame pleural; en nuestros enfermos, en dos únicamente hemos tenido esta complicación y entre ellos, uno de los casos se trataba de una enferma que en el verano se trasladó a otra ciudad para pasar dicha época en un clima más benigno.

¿A qué se debe este porcentaje tan bajo de complicaciones? No podemos establecerlo con soguridad, pero creemos confiadamente que no es ajeno a ella, como lo indicaba Triboulet en la Clinica del Profesor León Bernard de Paris, el hecho de proceder a aumentar la cantidad insuglada en forma muy lenta y a no pasar de la cantidad máxima de 60 cms. en cada insufación; nosotros empezamos nuestros Pneumos con 200 cms.; lentamente aumentamos la cantidad inyectada para llegar después de un mes y modio a dos mieses, hasta 600 cms. cuando es necesario. No liegamos, por otra parte, a presiones positivas muy altas sino que siempre mantenemos nuestros colapsos con presión negativa o ligeramente positiva.

Influencia del clima.-Es una verdad empfrica y que se expresa con mucha frecuencia que en las ciudades de clima lluvioso la Tubercul>sis pulmonar se agrava considerablemente; este concepto nos hizo titubear, muchas veces, antes de empezar los tratamientos de nuestros enfermos. Sin embargo, después de tres años de labor, podemos establecer que hay formas agudas de tuberculosis que se agravan considerablemente en el clima lluvioso y frío de esta región, como también en las zonas de clima más benigno; pero hay otras formas que evolucionan favorablemente y que no obtienen grandes ventajas con el cambio de residencia; encontramos, además, casos de enfermos en que el clima de cordillera los ha agravado y vueltos a este puerto se han sentido muchísimo mejor. Por otra parte, en Hamburgo y en Paris que tienen climas esencialmente Iluviosos, se obtienen buenos resultados en el tratamiento de los enfermos tuberculosos pulmonares; sin desconocer, por otra parte, que hay ventajas para los enfermos en mantenerlos en un clima seco y más o menos uniforme; pero también debemos establecer que bay ventajas enormes en mantener al enfermo, cuando se trata, como dice León Bernard, al lado de su hogar, con ello evitamos el desmembramiento de muchos hogares, la ruina de muchas familias, es decir, hay ventajas morales y sociales enormes.

# Un caso de parálisis periódica familiar o enfermedad de Westfal

Dr. JORGE ALVAREZ A., Director Consultorio San Antonio.

### Antecedentes hereditarios:

El padre sufría en su juventud de ataques periódicos de hemiplegia, pero que duraban argunas horas y no de mucha intensidad; el abuelo paterno también sufría de estos ataques, pero se presentaban como tetraplegias; el bisabuelo paterno también presentaba ataques.

Un hermano del padre presenta los ataques en forma de tetraplegias bastante intensos.

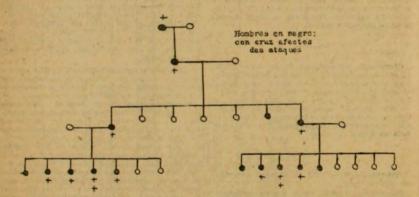
Su madre vive y es sana, jamás ha presentado ataques de esta naturaleza; son 9 hermanos, 5 hombres y 4 mujeres; de 10s 5 hombres a 3 le dan los ataques, y a una de las mujeres le da en forma de paresias ligeras.

De los hijos de su tío, que hablamos más arriba. a 4 de los 5 hombres que tiene, les da el ataque, y tiene dos mujeres, a ninguna les da. De los cuatro primos, uno se casó a los 30 años y no se le han presentado más; otro murió durante el ataque con fenómenos de asfixia.

raleza, le vienen en la noche, más o menos a las 4 de la mañana; lo desplerta un hormigueo que comienza a veces en las piernas, otras veces en los brazos, y luego se irradia a todo el cuerpo, para instalarse en seguida una parálisis total, que lo imposibilita levantarse, y sus miembros caen inertes, como asimismo se parallzan los músculos del cuello y la nuea, imposibilitándolo para incorporar la cabeza, la sensibilidad la conserva y la inteligencia no se altera, durante el ataque no puede comer ni beber, y tenfa a veces ligeros accesos de asfixia. Además, nunca comprometió los esfinteres y había por lo general priapismo.

El ataque le duraba de 6 a 8 horas, en una oportunidad 48 horas,

En una ocasión consultó un médico y le recetó luminal y gluconato de calcio, a la segunda inyección de luminal se produjo el ataque actual; el 18 de Majo en la noche, estaba un peco



#### Antecedentes personales:

No acusa antecedentes venéreos de ninguna especie; fumador moderado; bebía de ocasión (licores fuertes), cuando bebía se presentaban los ataques con más frecuencia.

#### Enfermedad actual:

Dice que desde los 16 años tiene unos ataques periódicos de parálisis, que le comprometen as cuatro extremidades, y los músculos del cue<sup>1</sup>lo, hasta los 22 años tuvo 30 ataques de esta naturesfriado, tenía tos y ligera temperatura, 37.8°, como le vinieran accesos de asfixia determinó consultar un médico, el que hizo el diagnóstico de grippe y bronconeupmonía.

Luego ful llamado en junta y pude observar lo siguiente:

### Examen objetivo:

Relajación absoluta de sus músculos, posición semi sentado, mantenido así por alunchadones, impotencia funcional absoluta, aspecto angustiado, dieneico, la cabeza cae f.ácida hacia atrás sujetada por sus familiares, temperatura de 37,5%.

CABEZA: Ojos: Pupilas rígidas, no reaccionan a la luz ni a la acomodación, pupila algo dilatada, el párpado derecho algo caído (piosis). Movilidad del giobo conservada. Agudeza visual buena, sensibilidad corneal buena.

Boca: Dentadura regu ar, lengua húmeda, limpla, la puede mover sin dificultad, la sensibilidad gustatoria conservada, reflejo faringeo conservado.

Oido: Agudeza auditiva conservada,

Cara: Motilidad facial conservada, ligera cianosis. Sensibilidad táctil y dolorosa conservada.

Ouello: Tanto los músculos de la nuca como el cuello están flácidos.

Tórax: Paredes nada especial, los músculos intercostales no toman parte en la inspiración, gran disnea, 30 por minuto.

Pulmones: Nada especial a la percusión; a la auscutación hay abundantes estertores en ambas bases, más en el lado derecho.

Corazón: Tonos normales, pulso 120 por minuto, observé algunas intermitencias. Presión 14 y 3 al Vaquez; en otra comprobación 14 y 1.

..Abdomen: Paredes normales, musculatura abdominal e como empastada, higado normal, no hay dolor ni eensibilidad a la presión en todo el abdomen, reflejos cutáneos aboildos,

Pelvis: No hay relajación de esfínteres, ni espasmos, ligero priapismo.

Miembros superiores: Motilidad activa abolida, los brazos caen fifacidamente a lo largo de F. cama; motilidad pasiva conservada, fuerzassegmentarias abolidas; sensibilidad táctil al dolor y al calor conservada reficios abolidos, tanto los tendinosos como los osteoperiósticos.

Miembros inferiores; Motilidad activa abolida,

das sus fases, la sensibilidad profunda conservada, no hay Babinsky, reflejos tendinosos abolidos en absoluto.

Diagnóstico: Parálisis periódica familiar de forma grave, bronquitis.

#### Evolución:

A las 10 A. M. lo observé por primera vez, se hacía el tratamiento para su afección bronquial, vacunas, inyecciones de alcanfor, cataplasmas y poción pectoral.

Presentaba gran disnea y pedia a sus familiares que le levantaran los brazos, para mejo-

rar su capacidad respiratoria,

A las 11 A. M. lo exploro con corriente farádica, empezando por 5 millamperes, los músculos no se contraen en absoluto ni hay fibrilación.

Bajo el miliamperaje y  $l_{\rm e}$  hago una faradización intensa de mano a mano y de mano a pierna, el enfermo se queja de las molestias sensitivas de la corriente, pero no hay contracción.

Sin embargo, el enfermo se siente mejor, puede mover los dedos y anuncia que así le viene siempre la mejoría; se hace vestir y lo sientan en la cama, puede mantener la cabeza solo.

Se le colocan algunas invecciones de estricnina, y suero glucosado hipertónico 20 cc.

A las 2 P. M. tuvo un acceso de astixia, gran cianosis y pérdida del conocimiento, se le hace respiración artificial, se le coloca una procteciisis de suero glucosado, inyecciones de canphostyl, reacciona baztante y se siente mejor, perola parálisis ha retrogradado, ahora hay una ptosis más marcada, pulso muy rápido.

Se le hace una nueva faradización, sin resultado.

A las 5 P. M. se queja de falta de ánimo, fatiga, sudor frío, nuevamente adinamia cianosis, síncope y pará isis cardíaca.

Falleció.

#### Discusión diagnóstica:

La forma familiar y periódica de los ataques, hicieron pensar al primer colega en una probable epilepeia, tanto más que él no observó el ataque, pero el examen atento del enfermo hacu descar ar en absoluto la epilepeia.

Estudiaremos en primer lugar, la probable localización de la lesión.

Debemos descartar una lesión de los centros cerebrales, ya que una lesión del neurón central deja libre el automatismo medular y no habría una inestabilidad eléctrica del músculo, además todas estas lesiones de los centros traen una parálisis espasmódica y casi siempre hay compromiso de la intelectualidad.

Una parálisis histérica estaria descartada, por la integridad de las vías sensitivas, casi siempre atteradas en la histeria; además, en la histeria los reflejos están conservados, y hay abolición de los reflejos corneales y faringeos, finalmente la edad, la profesión y el carácter habitual del enfermo descartan esta posibilidad.

Una lesión del neurón periférico, da una parálisis flácida y abolición de los reflejos, pero estas lesiones van acompañadas siempre de trastornos sensitivos y si bien es cierto que la excitabilidad eléctrica está retardada, pero al menos no está ausente. Además, el comienzo brusco y el carácter familiar estaría en contra de una lesión polineurítica.

En una mielitis aguda, Sindroma de Landry, hay una progresión de las lesiones, en nuestro caso se instaló bruscamente, además, el carácter familiar y la repetición de otros ataques, hacen descartar dicha lesión.

Otras mielitis tienen síntomas diferentes, atrofia muscular, trastornos de los esfinteres y alteraciones vasomotoras.

Una lesión del músculo mismo: la miastenia de Erb Goldflang. Hay una alteración de la excitabilidad del músculo, pero en este caso hay siempre contractilidad y hay la característica reacción eléctrica de Jolly.

Una miopatía tiene el carácter familiar y aparece casi siempre en la edad juvenil, pero nunca se instala bruscamente, y comienza por determinados grupos musculares, lo que la caracteriza es la atrofía.

Finalmente, la parálisis flácida paroxistica y familiar o enfermedad de Westfal, que reune todas las características por ser familiar, periódica y total.

### Etiología:

Siendo una lesión muscular, repasaremos las

causas que pueden influir en la pérdida de la excitabilidad del músculo.

La contracción muscular se debe a una alteractión de los segmentos obscuros del músculo, el que se hidrata y se ensancha disminuyendo de longitud, en este intercambio hay un activo proceso de oxidación de la glucosa con desarrollo de ácido láctico u otros residuos bajo la acción de un estimulo néurico o eléctrico.

Las alteraciones de esta contracción pueden deberse a una lesión orgánica del músculo, atrofia o degeneración, causa que en nuestro cas,

no se ha presentado.

Una alteración de la circulación del músculo, en que no llegan al músculo los elementos de su nutrición o no se vacia de sus productos tóxicos, arterio esclerosis, espasmos, ciaudicación intermitente, en cuyo caso aparecen calambres o impotencias musculares, pero estas lesiones son limitadas a determinados territorios.

A. frio también se produce un cierto grado de parálisis pero no es el caso nuestro.

A la acumulación de substancias tóxicas, que hagan refractario el músculo.

La fatiga muscular, en este caso hay siempre el antecedente de un exceso de trabajo, el cafambre de los profesionales, etc.

Un trastorno de la excitabilidad por la presencia de una substancia tóxica que obre directamente sobre el músculo.

Todos sabemos que nuestros músculos tienen un grado de tonicidad, debido a que circulan continuamente en su interior, substancias estimulantes de origen endocrino y sales inorgánicas que mantienen el intercambio iónico.

En el caso nuestro, la alteración de las sales de calcio no fueron exploradas, habría sido muy interesante conocer la calcemía en un caso de éstos, ya que sabemos que las sales de calclo 7 amonlo dan lugar a trastornos de la excitabi-

Hay ciertos venenos paralizantes de los músculos, pero de esto no se trata en nuestro enfer-

Entre los factores endocrinos citaremos las alteraciones de la glándula suprarrenal, en la insuficiencia suprarrenal hay una astenia intensa, a veces en forma periódica, pero en estos casos hay hipotensión arterial y otros signos que no presentaba nuestro enfermo.

En las lesiones de la paratiroldes, no hay descrito un cuadro de parálisis, en la insuficiencia para tiroídea hay desequilibrio ácido básico de los iones calcio amonio y de radiaciones, que se traduce por tetania. No sería extraño una alteración en sentido contrario, que el exceso de secreción o el desequilibrio de la proporción de las sales de calcio trajera una parálisis, pero esto no sería sino una hipótesis muy remota.

Finalmente, la secreción interna del testículo es capaz de sufrir una alteración paroxistica, Carnot y Baufle han descrito una hipérorquidia paroxística.

Es indudable que la secreción interna del testículo tiene una influencia marcada en la fuerza muscular, Zoeth y Prigl.

Y Vito Capriati, ha observado que la inyección de extracto testicular preserva de la fatiga muscular.

Es posible pensar que la alteración de la secreción interna de este órgano pueda acarrear un trastorno de la excitabilidad muscular, que le incapacite para la contracción. El hecho que la enfermedad aparezca sólo en el sexo masculino y que se manifieste en la edad del desarrollo sexual y desaparezca cuando el sujeto llega a la plenitud del desarrollo, ya nos hace sospechar su origen, ahora el hecho que se observe el priapismo y que el ataque se presente cuando el sujeto está en inactividad, esto es, cuando las secreciones internas se agotan por las faenas del día, nos permitiría suponer un origen endocrino de parte del testículo, una verdadera insuficiencia parcial y paroxística de la glándula. sin embargo, sería prematuro hacer una afirmación al respecto y debemos limitarnos a relacionar nuestro cuadro con la inexcitabilidad periódica y total del músculo.

Justamente sería un proceso inverso al epiléptico donde hay contracciones tónicas y elónicas por hiperexcitabilidad del músculo.

El hecho que los ataques se hubicran producido después de los excesos de bebilas y este último, desgraciadamente fatal, después de la ingestión de extractos paratiroides y juminal, todas substancias que disminuyen la excitabilidad del músculo, nos explicaría hasta cierto punto el mecanismo de la afección. Y podríamos agrupar la enfermedad de Westfal, entre las afecciones del tono muscular.

Aun cuando en realidad muy poco nos ensefo el caso actual, ya que la terapéutica fué nula, sin embargo, vale la pena ensayar en otros miembros de la familia el extracto orquitico y observar el efecto que dicho extracto tendría sobre los ataques.

Como tratamiento preventivo, sería el caso de aconsejar el abandono absoluto del alcohol y de drogas calmantes.

Y el tratamiento durante el ataque, valdría la pena ensayar el masaje rápido e intenso de los músculos, tal como lo preconizaba Westfal. En cuanto a la faradización habría que hacerla con reservas, ya que la acción tetanizante continuada, puede contribuir al agotamiento del músculo.

# Meningitis puriforme aséptica benigna en el lactante

Dr. OSCAR ILLANES

Pediatra del Consultorio Santos Dumont

Trabajo presentado en la 2.a Reunión Clínica de los Consultorios de Santiago

La Meningitis Buriforma Aséptica del Lactante, no constituye una exclusividad de la patología infantil, pues también se observa en los adultos y es precisamente en ellos que en el año 1905 Widal describló por primera vez este cuadro. Dicho autor describe los caracteres clínicos de esta enfermedad, los cuales simulan a veces el cuadro clínico de una Meningitis Tuberculosa.

El primer caso de Meningitis Puriforme Aséptica en el Lactante fué observado en el año 1929 en la Clínica Universitaria Infantil de Wilno (Polonia), cuyo Director es el Dr. Jasinky.

Posteriormente en el año 1930, Schiff publica un trabajo (Mschr. Kinderheil V 48) en ciual cita cuatro observaciones propias, las que comparadas con las que anteriormente se habían citado en la literatura médica, representan también el cuadro de la Meningitis Puriforme Aséptica Benigna.

De la comparación de sus observaciones con las de otros autores, deriva como consecuencía, que con el mismo cuadro clínico, el líquido céfalo-raquídeo puede comportarse de diferentes maneras, así por ejemplo, el líquido estéril puede ser turbio y contener enormes cantidades de células de pus, que después desaparecen para dar paso a una Linfocitosis, o ser claro y contener principalmente linfocitos. Se ignora si estas modalidades se deban a dos enfermedades de etiología diferentes o a variantes de una misma enfermedad.

La denominación que ha recibido este cuadro, se debe al hecho que a pesar de la consistencia purulenta del líquido, los frotes e investigaciones bacteriológicas en distintos medios de cultivos son negativos, lo que autorizaría denominar a esta modalidad de Meningitis, con ol nombre de Puriforme Aséptica Benigna.

En nuestra literatura pediatrica se describen dos casos, el primero de los cuales fué presentado a la Sociedad de Pediatría en el año 1939 y pertenece a la Clínica del Profesor Scroggie, y el segundo el año 1933 corresponde a la Casa Nacional del Niño,

Ahora tengo el honor de exponer a la consideración de los médicos del Seguro Obligatorio, tres observaciones, dos de las cuales pertenecen a niños cuyas observaciones se han seguido en el Consultorio de Lactantes de Santos Dumont.

#### PRIMER CASO:

Nombre: O. S. Edad: 4 meses. Peso: 6.200.

Antecedentes personales: Nacido a término. Alimentado exciusivamente a seno. No acusa enfermedad anterior.

Antecedentes hereditarios: No hay antecedentes específicos.

Enfermedad actual: En la mañana del día que presenta los primeros síntomas, los padrez del niño no habían notado nada de especial. Después de una prolongada exposición al sol, a lo cual los padres atribuyen la causa determinante de la enfermedad, presenta una hipertermia de 40,3º que motiva 2a consulta del médico.

El niño se presenta intensamente pálido, en posición ligera de opistótono, mirada fija y un poco exorbitante. Además llama la atención que el niño no ejecuta movimientos en la mesa de examen.

Al practicar el examen físico, se percibe una rigidez de la nuca, tensión de la fontanela. A' mover al niño reacciona con un llanto agudo que nos revela que el movimiento le provoca delor, el cual también se produce espontáneamente en forma intermitente.

Los reflejos rotulianos se encuentran exagerados, torpeza de la reacción pupilar. Al practicar el examen de la cavidad bucal, se nota un trismus acentuado. El resto del examen es negativo.

Con estos antecedentes se supone una probable Meningits, y se propone una punción lumbar, la que fué desechado por los padres. Como posteriormenta el niño experimentara una gravación, consienten en que se le practique la princión. la que da salida a un tiquido-opalescente que sale a tensión. El examen citológico da el siguiente resultado:

250 elementos por mm.3, en su mayoría polinucleares. Reacción de Pandy

Reacción de Nonne
Apel
Reacción de Welchbrooch
Siembra: Negativa

Tratamiento: Para calmar la agitación del niño y el insomnio, se le administra Bromural con Luminal.

Se le practican siete Hemoterapias de 10 cms.3 primero, día por medio, y después cada tres días. Las punciones lumbares se practican primero cada dos días y después cada 4 días, en un total de cinco,

Se obtiene la mejoría a los veintisiete días.

SEGUNDO CASO:

Nombre: M. E. Edad: 1 mes 11 días. Peso: 2.950 gramos.

Antecedentes personales: Prematuro de siete meses. Alimentado exclusivamente al seno.

Antecedentes Hereditarios; Primer parto, Reacciones serológicas de los padres negativas

Eufermedad actual; Se presenta al Consultorio con temperatura alta, rigidez de la nuca y dolor provocado a; hacer ejecutar los movimientos.

Al examen se puede apreciar

un niño intensamente palido, mirada fija y en ligera posición opistôtono. Disnea. Existe tensión de la fontanela y dolor provocado al mover el niño para el examen.

Por la analogía que clinicamente presentaba con el caso anteriormente descrito, pensamos en la posibilidad de Meningitis Puriforme.

Practicada la punción lumbar se retiró un líquido blanquecino opalescente que sale . presión

El examen de Laboratorio nos da el siguiente resultado:

Aspecto: turbio purulento. Albuminas: tres por mil. Cloruros: 7,2 por mil.

Reacción de Pandy y Weichbrooch Positiva (-|- -|-).

Examen Citológico: 180 elementos por mm.3 Formula:

Polineutrofilos . . . 92 % Linfocitos . . . . . 8 %

Siembra: negativa.

Las punciones lumbares siguen practicando primero cada tres días y después cuando el líquido iba adquiriendo carácter más c'aro, se practican cada cuatro días hasta obtener la salida de un líquido de aspecto claro.

Como régimen dietético administra leche humana ordefiada y a dosis fraccionadas.

Con el objeto de estimular las defensas generales de este niño prematuro y por consiguiente en estado de menor resistencia, se le colocan seis Hemoterapias de 10 cm.3 primero, día por medio, y después cada dos dias.

La curación completa de este niño se obtuvo al mes tres días. El progreso posterior se realizó en buenas condiciones.

TERCER CASO:

Nombre: L. C. Edad: 1 mes ocho días. Peso: 3.600.

Antecedentes personales: Nacido a término y alimentado exclusivamente al seno.

Antecedents Hereditarios: Han sido dos hijos. No hay antecedentes específicos.

Enfermedad actual: Se presenta al Consultorio con temperatura alta. Sometido a un examen llama primeramente 19 atención, una palidez intensa, posición en gatillo y en opistótono, Gritos, Gran tensión de la fontanela anterior. Miembros superiores e inferiores contracturados. Reflejos rotulianos exagerados. El bazo y el higado se encuentran aumentados de volumen. Al examen pulmonar se constatan estertores finos, diseminados en ambos campos pulmonares (Bronconeumonia).

Se practica una punción lumbar la cual da salida a un líquido puriforme cuyo examen acusa el siguiente resultado:

Aspecto: purulento

Albumina: 5 por mil. Cloruros 6,9 por mil.

Reacción de Pandy y Weichbrodt: Positiva (\*\*\*).

Examen Citológico: 250 elementos por mm3.

Fórmula: Casi exclusivamente polinucleares.

Siembra: Negativa.

Posteriormente este niño falleció, pues simultaneamente tuvo una bronconeumonia difusa de tipo cardio-vascular.

Creemos de interés hacer una breve reseña acerca de las principales caractersfticas clinicas deducidas de estas tres observaciones de Meningitis Puriforme Aséptica Benigna.

El cuadro clínico en general no difiere esencialmente de las Meningitis de otra naturaleza.

Llama primeramente la atención en estos niños, la palidez intensa de los tegumentos e incluso de la mucosa bucal. En la mesa de examen presentau una quietud característica, posiblemente como reacción de defensa a los dolores provocados por los movimientos, los cua'es se ponen de manifiesto por los gritos y el l'anto agudo que da el niño al flectar la cabeza, o al colocarlo en posición sentada.

La posición del niño es ligeramente en opistótono, con sus miembros inferiores contracturados. La vista está fija y las pupilas reaccionan débilmente a la luz. En las tres observaciones hemos encontrado un trismus muy acentuado hasta el punto de dificultar el examen faringeo. La fontanela se presenta muy tensa. El reflejo rotuliano está exagerado.

Del resto del examen no se deduce nada especial.

En nuestras tres observaciones, el L. C. R. es de aspecto turbio y blanquecino, sin llegar a una consistencia francamente purulenta y que sale a ten-

El examen citológico revela una gran cantidad de elementos por mm3, con predominancia de los polinucleares, los cuales, a medida que el cuadro experimenta una mejoría, son reemplazados por los linfocitos.

En todas nuestras observaciones, se ha practicado la siembra del L. C. R. que ha resultado sistemáticamente negativa.

En el tratamiento de estos niños hemos considerado en primer término su estado general sometiéndolos a un régimen higiánico y dietético que satisfaga las necesidades, no só'o de la ración calórica, sino de elementos que eleven standard inmuno biológico med'ante la administración de abundantes vitaminas, jugos de frutas, adexolín, etc. Además, hemos recurrido a las Hemoterapias que se practicaron sistemáticamente hasta obtener la mejorfa del niño.

Como sedativo y para combatir el insomnio recurrimos a la administración del Bromural asociado al Luminal.

Otro procedimiento terapéutico a que recurrimos en estos niños, fué la punción lumbar. que practicamos siempre que el niño experimentara una alza térmica o que mostrara un estado de agitación.

De las observaciones descritas podemos deducir dos consideraciones de importancia práctica.

1.0 Que las Meningitis Asépticas Benignas en el lactante. no son tan excepcionalmente raras de observar, y por ende presentes. debemos tenerlas cuando se nos presenta a nuestra consideración niños que adolecen de un cuadro con las características clínicas que brevemente hemos reseñado.

2.0 Que una vez individualizada, y conoclendo la evolución de esta clase de Meningitis, nos pone en condiciones de formular un pronóstico benigno, en lo que a la vida y al futuro psíquico del niño se refiere.

## Reuniones Clínicas de Consultorios

8-a REUNION CLINICA EN EL SERVICIO DE ENFERMEDA DES BRONCO-PULMONARES DE SANTIAGO

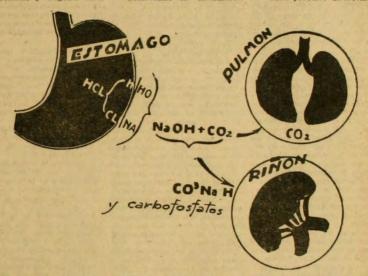
(Celebrada el 24-IV-35)

Presidió el Jefe del Servicio. Prof. Héctor Orrego Puelma y asistieron los señores Drs. Agustín Arriagada, Oscar Peralta, René García. Valenzuela, Abraham Sohweitzer, Manuel Moreno, Alejandro Reyes, José Ansola, Rafael Hevia, Honorio Aguirre, Adolfo Mencke, Juan Stipisic, Santiago Arnaud, y los señores Mario Rosende, de la Caja Central, y Eugenio Silva tomatología bastante característica, dominada en absoluto por la gran disnea, aún en reposo, psialorrea y el fenómenomás saliente y llamativo era que continuaba progresando la enfermedad a pesar de cesar la absorción de polvo; su marchafué, podraí decirse, aguda, con duración de uno a dos años, como máximo.

Observando la sintomatolo-

duce sobre el organismo humano, no só-o sobre el pulmón, sino sobre el ser vivo todo entero; en buenas cuentas, el trastorno de un todo sinérgico, que no puede sufrir una resión local sobre un órgano importante como en la neumoconiosis, sin sufrir una repercusión general cuyos detalles analizaremos.

Para probarlo an ilicemos un



Espejo, Secretario del Consultorio.

DR. AGUSTIN ARRIAGADA.

—La Neumoconlosis, enfermedad general.—Los casos de neumoconlosis que nos ha sido dable observar en el curso de los últimos tres años en el Hospital de San José y en el Policlínico de Bronco-pu monares del Seguro Obligatorio han sido en total 63. En cierta proporción eran Silicosis, enfermos provenientes de la industria del vidito. Estos presentaban una sin-

gía de la neumoconiosis, que en la Silicosis por su marcha aguda se hace más evidente, se vé que no puede ser considerada como simple enfermedad del pulmón, sino como una enfermedad general. Entendemos que las neumoconiosis consideradas erróneamente por muchos como un simple depósito de poivo en cañerías inertes, debe ser tenida como la resultante de la injuria que el polvo atmosférico en exceso, en ciertas industrias y minas, pro-

síntoma cualquiera, por ejemplo, la Disnea que alcanza a veces a 40 por mínuto. Esta enorme disnea no puede ser indiferente para el mantenimiento del equilibrio ácido-bárico, al efecto recordemos, por ejemplo, el esquema de Martinet, respecto a uno de los innumerables procedimientos y uno de los más importantes es, por ejemplo, que al nivel del estómayo se elimina por la mucosa iones ácidos (HCL) quedando en la sangre un exceso de lones

alcalinados (KOH), (stos a su vez son neutralizados por el CO2 que al combinarse forman COHNA que se elimina por ciridón. Pues bien, un desequilibrio de este sistema, tan profundo como el que estudiamos, (dismeo casi permanente, aún en sueño y que representa una enorme eliminación de CO2) deberá producir una alcalosis de la sangre, y es efectivamente lo que ocurre.

Otra repercusión que es facii observar es la que se produce sobre el vago: Psialorrea, Dermografismo, Bochornos, Clanosis, Hipotensión arterial, Criestesias, Vómitos, Vírtigos, Fatigas, Estitlquez y Pousees paroxiticas de reforzamiento de cetos disturbios.

3.0 Efecto de hipersensibilización local y aún general del organismo frente a los polvos inhalados (o a las substancias que su presencia genera en elorganismo).

En un principio el sujeto se manifiesta indiferente frente a ellos, pero según el caso, más rápida o más lentamente, se va haciendo más y más intolerante frente a los polvos mismos o para los productos de decin, tegración de las células (leucocitos y células de polvo), que se han apoderado de las finas partículas y que tratan de digerirlas o desintegrarlas, pues el organismo no tolera nada ajeno a sí mismo y cómo sucede a veces que el producto es indigerible se limita en un principio a englobarlo y enquistarlo (lo que explica, según nosotros, el período de latencia) y luego por sensibilizarse frente a ellos; se producen verdaderos fenómenos de anafilaxia local o formación exuberante alérgica del tejido fibroso, y luego destrucción de tejidos v eliminación consiguiente de las partículas de polvo y de las células que los contienen.

Así se comprendería también la acción sobre la alergía Tbc. Se sabe que en las Pneumoconiosis la Tbc. adquiere aspectos diferentes.

En las Antracosis y Siderosis (substancias totalmente indigeribles) en que se produce fibrosis muy lentamente, es decirapenas se despierta una vaga alergia, más por irritación mecánica que por otra cosa, la The, adquiere una marcha ex-

traordinariamente lenta. En camblo en las Silicosis y en los enfermos sometidos a aspiración de harinas, pelos (urzol) etc., se produce por el contrario una Tbc. de marcha acelerada de aspecto fibro-caseoso, con gran tendencia ulcerosa y en el caso de la Tbc. de los panaderos gran tendencia hemoptoica. A la alergia The se une la anafilaxia por los polvos aspirados o por los productos a que su presencia da origen en el organismo. No es raro observar que los enfermos especialmente silicóticos espectoran partículas de polvo o arenas pulmonares.

Se nos ocurre que se podría ensayar una cull-reacción con los polvos aspirados que produjeron la enfermedad, y procurar ir a la desensibilización del organismo enfermo para las substancias que lo sensibilizaron, tratamiento causal y quizás único posible.

Dijimos que cuando la Tbc. se\_asocia a la Pneumoconiosis adquiere aspectos elínicos, radio ogicos, y anátomo-patológicos algo diferentes de la Tbc. corriente, por ejemplo, en los Silicóticos el aspecto- radiolóes, como se ha dicho, gico cuando el cuadro se ha constitlido por completo, el de una mariposa, siendo el mediastino el cuerpo y las alas los campos pulmonares, a excepción de los vértices y las bases, en cambio en las Siderosis se produce un fino punteado, algo parecido a las granulias, pero los puntos son más nítidos y más pequeños, algo parecido sucede en los canteres. En los panaderos hemos observado que la The, toma un aspecto de The. fibrocaseosa con grandes nódulos especialmente hiliares y tendencia a excavarse en diferentes partes del parenquime. La thc. es sumamente abundante entre los panificadores: existiendo un gran número de Tbc. abiertas, entre los aprendices (huachos generalmente araucanos) que viven como internos en las panaderías y que escapan a todo control sanitario. Algo análogo sucede en los trabajadores sometidos a aspiración de polvos de madera (barracas) y polvos de tejidos, lana, algodón, etc.

En buenne cuentas la distribución depende del peso específico de las partículas de polvo aspiradas, y también en mi concepto de que sean o no susceptibles de sufrir una digestión parenteral que permita su mayor o menor vehiculación por las vías linfáticas, por ejemplo, Neumann hace ver que mientras la Silice se mantiene en las partes medias del pulmón. el hollfn es, en cambio, capaz de llegar hasta los vértices. He observado también que la harina llegaría como el hollín hasta los vértices. Los trabajadores de porcelana tienen imagen roentgenológica normal.

Así pues, si la distribución en el pulmón depende en gran parte del peso específico de los polvos inhalados la marcha de la enfermedad depende en cambio de que sean o no anafilactizantes o de que exista sensibilización previa como en el caso de la harina tal vez por vía digestiva.

Para terminar la lista de profesiones que producen Pneumoconlosis aunque en un grado mucho más discreto que los anteriormente nombrados están los trabadadores en tornos mecánicos (polvos metálicos y esmeril), en ciertas labores de la industria del fierro, fogoneros, carpinteros de construcciones (demo iciones), ciertos trabajadores en cámaras de cemento, barrenderos.

Respecto a las relaciones de la Toc. con la Silicosis somos partidarios de la trais de Magnin, quien sostiene que la Silicosis crea un estado de energía que favorece el desarrollo e el despertar de la Toc. (Hemos observado que muchos de estos enfermos presentan un Wass. con hemolisis retardada sin antecedentes luéticos).

Hemos observado que las Pneumoconiosis evolucionan por poussees, como las enfermedades alérgicas, y en el caso de la Silicosis de los trabajadores de los molinos, de la industria del vidrio aún cuando los enfermos han cesado, ya bastante tiempo de trabajar y aspirar el polvo, se producen siempre las poussees cada vez con más intensidad.

A la luz de cetas ideas podría atribuirse la dienea no sólo a la difficultad respiratoria por estar disminuido el campo do la hematosis y por la dificultad respiratoria de la pequeña circulación sino que también se puede atribuir a la irritación del vago, ya que sabemos que el asma es una crisis de vagotonía y también puede deberse en parte esta disnea al estado de perenne intoxicación y crisis de anafilaxía a que estos enfermos viven constantemente sometidos.

En algunos de estos enfermos hemos estudiado el metabolismo basal, la reserva alcalina, el PH sanguínco, además de los exámenes de orina, hemograma, etc.

Faitaria estudiar si existen impurezas en el polvo de Silce. Magnesio, Hierro y Cuarzo que aspiran nuestros enfermos de las fábricas de vidrio, pues el po vo continúa actuando en el organismo al igual que las substancias radioactivas y llama poderosamente la atención que aun cuando el operario abandona definitivamente su trabajo continúa la acción nociva del polyo inha ado y la enfermedad sigue desde entonces, aún cuando la aspiración haya sido de pocos meses, un curso inexorab e y rapido de algunos meses a uno y medio año. En todo caso es difícil por no decir imposible actualmente, explicar la rapidez de la evolución que contrasta notablemente con el común de las Silicosis descritas en otras partes y que tardan años en constituirse y años en evolucionar.

### El problema del polvo en las industrias y minerales

En clertas industrias se genera polvo que es evitado de diversas maneras. Por aspersiones de agua en ciertas minas, por aspiradores de polvos en las salas de las industrias en que este procedimiento es utilizable, pero el ideal es la asplración de polvo en el sitio mismo en que se genera; en este caso la máquina misma que produce el polvo viene equipada con su dispositivo aspirador (como las partidoras de trapos en fábricas de colohas).

En lo que se refiere a las minas el polvo es producido por los tiros de dinamita, por los barreteros, perforistas, máquinas circadoras, etc., pero además es vehiculado por el aire de la ventilación artificial.

Cuando no son posibles los otros medios de protección se usan las máscaras; sin embargo estas son en general insuficientes, porque la válvu a para facilitar la aspiración no puede cerrarse inmediatamente y hay un momento entre el fin de la espiración y el momento de la aspiración que podr.amos llamar neutro, en que entra por ella polvo fino, precisamente el más peligroso, lo que se comprueba siempre observando una máscara en pieno funcionamiento.

Estos hechos nos han inducido a modificar estas máscaras a argando su porción aspiradora, en forma de corneta o trompa, para lo que se presta admirablemente el hilo donde se atornilia el porta-filtro e interponiendo otro filtro entre la vâivula de espiración y el interior, (organos respiratorios). Este filtro, debil pero mantenido númedo, obvia este inconveniente sin producir mayor dificultad espiratoria y evita el peligro de insuficiencia, sin hacer mas dificil tampoco la inspiración como pueuen compropario por si mismos. La adaptación es fácil y sumamente barata (hemos propuesto a la Caja del Seguro Obngatorio que modifique las máscaras en la forma aiena y que las expenda ella a los industriales, haciendo nosotros obseguio del derecho de invención en favor de nuestros enfermos. Por ejempio, Luis Hidalgo experimentó rápida mejoria de sus mo estias desde que empezó a usar la máscara modificada (trabaja en una pieza cerrada como pintor all Duco de máquinas de escripir en la Casa Davis) y además dejó de sufrir molestias digestivas por intoxicación por las pinturas aspiradas.

Como elempre existirá un número elevado de condiciones industriales en las que el polvo no puede ser evitado, habría en algunos casos que cambiar toda la maquinaria y en otros es la consecuencia natural e irevitable del trabajo, por ejemplo, mo.inos de la industria del vidrio, panaderías, etc., y por lo cual la máscara con todos sus pequeños inconvenientes deberá ser usada de necesidad.

No estamos de acuerdo con la medida de renovar constantemente el personal expuesto a inhalación de polvos peligrosos, que si bien es admisible en algunos casos, en cambio, por lo que se refiere a la industria del vidrio (molinos), no lo es en absoluto, pues hay casos de operarios sometidos sólo dos o tres meses de aspiración quo han pagado su tributo a la Silicosis sin que nada pudiera atajar su enfermedad. Por ello insistimos en que por lo pronto lo más práctico es la protección individual, y actualmente nada puede reemplazar para ello a la máscara modificada que proponemos.

Dr. RAFAEL HEVIA. - Es de opinión de que la Silicosis debe considerarse aparte del resto de las Neumoconiosis. En el Servicio de Bronco-pulmonares del Hospital del Salvador como asimismo en el Servicio de Bronco-pulmonares del Seguro Obligatorio casi todos los casos presentados han sido de Silicosis. Considera que la protección del obrero debe ser estricta tratándose de silicosis, no así en las neumoconiosis banales, por cuanto exigiría gastos de protección exagerados. En el Hospital del Salvador existen casos bien comprobados a la autopsia de silicosis puras, la que hasta la fecha había sido negada por numerosos autores. Después de tres años ha juntado 18 casos de silicosis y mucnos de estos han sido seguidos durante meses para llegar a esta conclusión. Considera un diagnóstico deligado el de ésta y no puede hacerse solamente basado en la imagen radiológica. Por lo demás la sílice tiene un poder esclerosante típico que no la tienen las otras neumoconiosis.

Dr. ABRAHAM SCHWEITZER. — Considera muy interesante el trabajo del Dr. Arriagada, el que podría dividirse en dos partes: una teórica y una práctica. En cuanto a la primera no tiene nada que decir, pues ha sido expuesta en forma muy original y completa; por lo que se refiere a la segunda, cree que carece esta parte de la severidad suficiente como para que puedan ser aceptadas sus conclusiones sin mayores antecedentes.

Por otra parte quiere recordar que la Oficina Internacional del Trabajo en Junio del año pasado hizo recomendar la adopción de la reparación sólo de la silicosis como enfermedad profesional, sin tomar en cuenta el resto de las neumoconiosis.

Dr. ALEJANDRO REYES .-Manifiesta que es necesario aclarar bien el concepto de la anafilaxia. Es condición indispensable para hablar de anafilaxia la penetración al organismo, de substancias de naturaleza generalmente proteicas. siempre de una estructura coloidal, nunca de un cristaloide, salvo el caso en que ste V4 unido a la molécula orgânica de una albūmina animal: bilis. sangre, etc., en que pueda actuar como antigeno. Hablar de anafilaxia por substancias minera es exclusivamente es, pues, un error.

Dr. MANUEL MORENO.—Recuerda a osac respecto, es caso de un obrero perforista del Mineral del Teniente, a quien el médico que lo atendía, cuando lo creía incapacitado para el trabajo, lo enviaba a otro lugar, obteniendo gran mejoría con eu alejamiento.

Doctor HECTOR ORREGO PUELIMA. — Duda que los polvos tan finos como los de harina, cardadura de colchones, etc., puedan dar imagen radiológica. En el Hospital San Vicente estudió conjuntamente 
con los doctores Croizet y Ducci, a la radioscopia, puímones 
Intensamente antracóticos, que 
fueron llevados del cadaver a 
la pantalla, no confirmándola 
ninguna imagen radiológica en 
ellos.

Respecto a la existencia de fenômenos vagotónicos en la the, pu'monar, no duda de que la mayor parte de las afecciones de la pateiogía humana, repercutan sobre el sistema vago simpático, pero la the, presenta desde sus primeros hasta los últimos períodos, monifestaciones que se encuadran más en un hipertiroidismo ligero o

acentuado, o sea, fenômenos de simpaticotonia.

Insistiendo sobre la importancia que la calidad de los polvos del ambiente en que trabajan los obreros, tiene en la producción de a veolitis y fibrosis consecutiva, hace presente quo ciertas industrias, como ser la del yeso en el Volcán, no proveen casos de neumoconiosis, a pesar de transcurrir las laboros en atmósferas espesas de polvo de yeso. Cree imposible desconocer la relación ya establecida por algunos autores en lo que respecta al coeficiente silicí ico y la formación de nódulos silicóticos. El coeficiente más o menos alto produciría lesiones más o menos precoces y extensivas.

Dr. Agustín Arringada,—Pasa a contestar algunas de las observaciones que le han sido hechas.

- a) Respecto a que ha exagerado el número de profesiones que producen neumoconiosis, en las que ha incluído por ejempio los barrenderos, debe decir que la inclusión la hace Neuman en su reciente "Tratado de las afecciones del pulmón", y que, las máscaras que se expenden en el comercio para la protección del polyo, presentan precisamente a una persona barriendo protegida por una máscara.
- b) Respecto a que sólo la silicesis produce imagen radiológica. debe decir que está contrarfa los fundamentos físicos de la radiologia, ya que la opacida t de los ravos X depende de la distancia intermolecu ar que está en relación con el peso especifico, y por ello cree, que, una particula de cobre o de hierro dará más imagen que una de sílice, pero, el problema se complica por la fibrosis que la sílice produce en mayor proporción y que da también imagen radiológica.

También se le ha observado que las radiografías de los enfermos que no tienen si icosis, no tienen una imagen radiológica nada de típica y algunas muy bien pueden considerarse como de una tuberculosis corriente. Esto se lo explica porque siempre se espera ver la tipica mariposa que sólo se presenta en la Silicosis de tercer grado. En cambio ciertas neumoconiosis producen solamente imágenes de hilios marcados. Al respecto, Hefferman distingue radiológicamente tres períodos: 1.0 arbol sin follaje; 2.0 arbol con brotes; y 3.o árbol con hojas. Muchas neumoconiosis no pasan jamás del primer período, y aun más, lo típico, radiológicamente hablando de la neumoniosis de los trabajadores de la porcelana, es un pulmón radiológicamente normal. Además, Arnould en la Revue de Pthi-sio ogle, T. XII, N.o 3, Mayo-Junio de 1931, repite alrededor de nueve veces en un largo y documentado artícu o sobre el tema, que, radiológicamente, nada permite separar la Imagen de una tuberculosis de la de una silicosis.

Respecto a por que algunas neumoconiosis dan asociaciones con tuberculosis unas veces de marcha rápida y otras de marcha lenta, se deberia, según Heffman, a que la sfilice forma un coloide hidro-zoluble en cambio otros polvos forman coloides no hidro-solubles, Hije Cumins cree que se debe, por ejemplo, en el caso de las antracosis, a absorción de la tuberculina proveniente de los bacilos por el carbón.

Respecto a los fenómenos de anafilaxía en estos casos, él se ha referido a los de origen orgánico y no a que ella sea producida por po vos minerales, o sea, que esta anafilaxía es causada por las substancias que su presencia origina en el orgamismo.

Finalmente, se felicita de que el doctor Moreno, uno de nuestros colegas con más larga experiencia en la especialidad, haya hecho las mismas observaciones que 51.

#### REUNION CLINICA LA SERENA, CELEBRADA EL 22 DE JUNIO DE 1935.

Presidida por el Médico Director Provincial Dr. Enrique Carvajai y con asistencia de los Drs. Caupolicán Peña Vega, Médico Domiciliario Urbano y Rural; Héctor Sapiaín E., médico de la Oficina del Niño; y los médicos tratantes, Miguel Pizarro y Ramón Herrera, ao Revó a efecto la 2.a reunión clínica el 22 de Junio en el Consultorio de La Serena.

El tema oficial estuvo a cargo del médico tratante Dr. Ramón Herrera, quien presentó un interesante caso clínico y después de haber leido la historia y de haber hecho las diferenciaciones de diagnésticos del caso que presentaba, llegé a la conclusión de que se trataba de un CO-RRIGAN o insuficiencia aórtica de tipo valvular.

Puesto en discusión el caso, los médicos asistentes procedieron a examinar la enferma y a solicitar los exámenes de laboratorio que se hacían indispensables en este caso. Después de haber discutido en diferentes formas, tomando en consideración los exámenes de laboratorio, el examen físico, los sintomas clínicos y la etiología de la enfermedad, llegaron a la conclusión de que se trataba en verdad de una insuficiencía aórtica de tipo valvular. E: Dr. Peña Vega, hace resultar la necesidad en estas casos de examinar détenidamente los enfermos a la pantalla, para llegar a una conclusión más exacta, y a este respecto hace una exposición de las formas como se examinan estos enfermos; llega a la conclusión de que prevalece el examen de rayos por medio del ortodagrama.

Presenta el ortodiagrama del corazón y pediculo que ha sacado de la enferma que se estudia y que es típico en una insuficiencia aórtica de tipo valvular, lo que estaria de acuerdo con e' diagnós ico del Dr. Herrera.

Se pasó en seguida a discutir el pronóstico y el tratamiento de la enferma,

Antes de dar por terminada la reunión se cambiaron ideas acerca de las notas recibidas de la FiEMECHSO, haciendo ver el Médico Provincial de que ya se había puesto al habla con varios médicos para recuirnos en una fecha préxima y pronunciarnos sobre el particular.

Además, se acordó que la próxima reunión elinica se llevaría a efecto el 27 de Julio y que si tema oficial estaría a cargo del Dr. Miguel Pizarro P.

#### PRIMERA REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE ANTOFA GASTA

23 de Mayo de 1931.

Con fecha 23 de Mayo, se citó a reunión al personal médico del Consultorio, con el objeto de darles a conocer el acuerdo del H. Consejo transcrito por nota N.o. 3136 de fecha 8 del presente de esa Dirección.

Asistieron los doctores: Velimir Goicovic, Oscar Jensen, Gerardo Zúñiga, Mauricio Aberbuch, Vicente Guitart, Arturo Temo y Gonzalo Cistro Toro. No concurrió el Dr. Juan Herrera.

Después que el mádico jefe día a conocer al personal mádico la nueva modalidad de atención que se implantará tan pronto como se compete el personal y las circunstancias materiales lo permitan, se verifico la primera reunión clinica de este Consutorio, prejo que se inserta en otras páginas del Boletín.

Segunda reunión clínica de los médicos del Seguro Obligatorio de Antofagasta, verificada el

Viernes 21 de Junio de 1935 Se inicia a las siete un cuarto y termina una cuarto para las nueve, con asistencia de los doctores: Castro Toro, Yensen, Golcovic, Guitart, Zúñiga, Aberbuch y Tello. Doctor Castro. — Basado en el éxito de un ensayo que hizo el Dr. Tello, especialista en Ofdos, Naríz y Gargauta, de hacer llegar a centros apartados de Antofagasta (Tocopilla), un especialista, presenta un anteproyecto de ampliación del servicio médico de Antofagasta a Tocopil a, Calama y Taital, a base de especialistas en ofdos, nariz y garganta; ojos y pulmón.

Doctor Yensen. — Aplaude la idea del doctor Castro y dice que está haciendo un trabajo aobre los empleados domésticos tuberculosos y de la necesidad de enviarlos a un sanatorio al sur. Habla del peligro social de estos enfermos y de la particularidad del clima del norte como perjudicial a las afecciones tuberculosas.

Doctor Gultart. — Dice que el bacilo de Kooh necesita humedad para desarrollarse y por esto, los sanatorios deben estar en climas secos. Agrega que la humedad atmosférica impide el paso de los rayos ultravioletas y de ahí que el clima maritimo del norte no sirva.

El doctor Castro resume:

a) Insistir ante la Dirección que la pauta para aceptar los tuberculosos no sea tan estric b) Insistir sobre la conveniencia de enviar un tisiólogo para clasificar estos enfermos;
 c) Dejar establecido que el

clima maritimo del norte es desfavorable para la T. B. C. El doctor Jensen lee una observación de un caso raro y lo

hace, justamente, por su rareza.

El Dr. Tello lee un trabajo
sobre las condiciones materiales en que se desarrolla el alma
del niño indigente en el norte.

El trabajo que lee en esta ocasión es un nuevo aporte, a un trabajo que tiende a hacer que el Seguro Obrero tome bajo su vigilancia al niño proletario.

En la sesión anterior leyó un trabajo sobre la defensa del oído del asegurado en general y en especial del niño proletario, o sea, del futuro asegurado. (Este trabajo se incerta en el presente número).

Ahora hace un estudio analítico de las condiciones en que vive y se desarrolla el niño Estudia la influencia del ambiente en el organismo y su alma. Este trabajo será entregado a la publicidad una vez que esta completo.

En seguida el doctor Guitart lee un trabajo sobre "Hipertensión arterial paroxistica".

#### TALCA.—ACTA DE LA DECIMA REUNION CLINICA

(12-VII-35)

Ayer a las 7 de la tarde, se realizó nuestra reunión clínica mensual de los médicos de la Caja

Presidió el Médico Provincial Dr. Melfi, y actuó de secretario el Dr. Pérez.

Concurrieron los Médicos Dres. Quintana, Morel, Rojas, Daudet y Planella.

Aprobada el acta de la sesión anterior se ofrece la palabra al Dr. Daudet, quien presenta un enfermo llegado a su servicio del Hospital con tétano y curado con el tratamiento que se indica en la historia clinica que se acompaña.

Se sigue a este respecto una intercante discusión y el Dr. Quintana re ata la nistoria de otro enfermo de su servicio que a posar del intenso tratamiento verificado con el suero antitetánico, intrarraquídeo, intravenoso y subcutáneo, fa leció.

Dice, sin embargo, que al revis del caso presentado por el Dr. Daudet, que fué tratado junto con iniciarse los primeros sintomas, trismus, rigidez, etc., su enfermo ingresó al Hospital varios diss después que empezaron las contracturas.

Es probable, en consecuencia, que el éxito del tratamiento esté en razón directa, del momento en que se inicia el ataque terapéutico por el sue-

En seguida el Dr. Pérez presenta un enfermito de cinco años de edad, hospitalizado en su servicio desde hace tiempo con una enorme tumefacción en la región lateral derecha del cuello con las apariencias de masas ganglionares. Tiene además otra tumefacción más pequeña en el lado iguierdo.

Relata minuciosamente la historia clínica de este enfermo, los exámenes de laboratorio practicados, todos negativos y discute el diagnóstico entre un linfo-angloma, una the. gangilonar que deseoha, dado el examen cínico y de laboratorio negativo (tuberculina, etc.), y una actinomicosis, afección muy rara en el niño, según ha podido comprobarlo en la literatura médica.

Se sigue una interesante discusión en que participan todos los presentes y se llega al fin a la siguiente conclusión:

- 1.—Antes de intervenir, hacer una biopsia para fijar un diagnóstico definitivo.
- 2.—Hacer un tratamiento intenso yodurado, teniendo en vista una probable actinomicosis.

Se enviará posteriormente la historia de este enfermito.

Se levantó la sesión a las 19 horas.

# Peritajes de Invalidez

N.o 4. — Nombre: J. V. V. Inscripción: N.o 4357, 71 años. Costurera.

Antecedentes: Padres epilépticos. Dos hermanos muertos de epilepsia,

Reumatismo deformante progresivo.

Enfermedad actual: Trastornos seudo-urémicos. Trastornos disistólicos (pa pitaciones, ahogos).

Facies senil: Boca: lengua

saburral.

Temblor palpebral.

Tórax: tipo enfisematoso hipersonoridad. Disminución det murmullo vesicular.

Corazón: acentuación del se-

gundo tono. Soplo sistólico de la base. Pre: 18|10.

Abdomen: Nada de especial.

Dolor en los movimientos pasivos y la presión del hombro,

codo y radiocarpiana izquierda. Deformación de las articulaciones de los dedos de ambas

R. Kahn: Orina D: 1027. Cloruros 14. Urea 15,33.

Radiografía: borramiento en la articulación de casi todas las falanges con pequeñas exóstosis y de formaciones óseas.

Conclusiones. — Diagnóstico: Ateroma aórtico. Reumatismo deformante.

Pronostico: Incapacidad para

el trabajo: Incapacidad abso-

Fecha probable de la invalldez:

- 4. Calificación dei peritaje. Forma: malo.
- 2. Anamnésis: muy incompleta.
  - 3. Examen físico: deficiente.
  - Evolución: no presenta.
     Tratamiento y resultados:
- Tratamiento y resultados: no se indican.

 Conclusiones. No se solicita nuevo peritaje por tratarse de una enferma de 71 años, por lo cual no tiene derecho a acagerse a la pensión de invalidez.

Calificación general: malo:

#### DOCUMENTOS

## **Nuestro Medio**

### N.o 10.-Alimentación del pueblo

Consumo de carne por habitante

17	Años	Total animales Vacs. Benefics.	Carnes muertas en miles de kilos	Peso por Animal Benef, kilos	Población	Consumo Kl. Hab.
	1928	421,776	110,068	261.0	4.118.095	26.7
	1929	420,627	107,668	256.0	4.199,167	25.6
	1930	441,073	105,912	240.1	4.287,445	24.7
	1931	397 807	99,597	250.7	4.321,905	23.0
	1932	427,112	101,806	238.4	4.375,070	23.3
	1933	465.332	105,123	225.9	4.420,363	23.8

 Promedio anual en kilos por habitante
 24.5 Kgr.

 " en gramos por habitante
 67,1 "

"En el cuadro anterior se dan los animales beneficiados en los mataderos con el peso de las carnes muertas, el peso medio de animal y el consumo por habitante. Este cuadro no comtaderos del país, pero se refiere siempre a los mismos y los excluídos son sólo un 5 por ciento aproximadamente del total, de modo que sus datos forman una serie homogénea y el consumo que se da es ligeramente inferior al real. El total de vacunos beneficiados bajó de 441,000 en 1930 a 396,000 en 1931, después rápidamente en los aumentó dos años siguientes y llegó en 1933 a la cifra mayor desde que se fleva esta estadística, que fué de 465,000. Desgraciadamente el escrutinio de los datos del año pasado no se tiene todavía porque no todos los mataderos hanremitido oportunamente sus datos. El aumento en el peso de las carnes muertas ha sido más lento y la cifra de 1933 es igual a la de 1930. Este aumento no ha correspondido al del número debido a que el peso medio de los animales muertos ha ido en constante descenso, que sólo se interrumpe en 1931. En 1928 era de 260.9 kilos por animal y en 1933 habia bajado a 225,9, en un 13 por ciento."

"El mayor consumo medio anual por habitante fué de 26.7 kgrs. en 1928, después ha venido descendiendo constantemente, hasta 1931 en que llegó a 25 Kgrs.; en los dos años siguientes ha tenido aumentos muy pequeños, 23,2 y 23,7, respectivamente; es probable que nel año pasado y en éste, el

aumiento en referencia no hava continuado o que haya sido muy pequeño. Esto sa comprueba con la estadística mensual que se lleva y que comprende sólo los mataderos más importantes: en este número reducido de mataderos en el año pasado se beneficiaron 281,000 vacunos que produjeron 57.5 millones de Kgrs, de carne y er 1933, en estos mismos mataderos, se beneficiaron 290,000 con 61,9 millones de Kgrs. y en 1932 las cifras respectivas fueron de 264,000 y 62,2 mil'ones. Como se ve, el consumo de carne resulta variable como el del trigo y otros artículos alimenticios, de acuerdo con la situación económica del país (1).

Como dato ilustrativo (2) agregaremos el consumo en algunas capitales extranjeras:

Buenos Aires	(1927)	384 grs.	Alemania	(1930)	140 gra
Montevideo	(1927)	364 "	Lima	(1927)	131 "
Asunción	(1927)	250 "			

(1) Revista "Estadística Chilena". Abril 1935,

(2) Sinopsis Geográfica Esta dística. Pág. 163. Publicaciones de la Dirección General de Estadística. Santiago-Chile 1933.

Consumo de leche por habitante (1)

País	Consumo por año	Consumo por día
Suiza	266	728 cc.
Estados Unidos	209	572 ec.
Alemania	209	572 cc.
Canadá	190	520 cc.
Inglaterra	114	312 cc.
Francia	95	260 cc.
Chile	28	76 cc.

El consumo de leche en Chile no alcanza a cuatro cucharadas por día y por habitante.

(1) Del archivo de la Caja de Seguro Obligatorio.

# Congresos

PTALIA.

Primer Congreso de la Transfusión Sanguínea

Durante los días 26 al 29 de Septiembre se llevará a cabo en Roma el primer Congreso Internacional de la Transfusión Sanguinea.

Los temas que se tratarán y los relatores serán los siguientes profesores:

Prof. A. M. Dogliotti (Turin). Los problemas biológicos y clinicos inherentes a las indicaciones más recientes de la transfusión de sangre.

M. A. Tzanck (Paris). transfusión de sangre en las enfermedades infecciosas.

Prof. E. Hesse (Leningrado). La naturaleza y el tratamiento de los chocs hemolíticos después de la transfusión de sangre.

Prof. Stahl (Breslau). La transfusión de sangre como medio terapéutico para el equilibrio humoral.

Prof. A. Ritter (Münsterlingen). La transfusión de sangre en los ejércitos.

#### ESCOCIA.

Ha muerto el célobre pediatra Shepherd Dawson, especializado en psico ogía infantil.

La pérdida de este gran psicólogo y médico, que se había distinguido por sus ponencias en diferentes congresos de psicología y pediatría, y por sus publicaciones, ha sido sentida en el mundo entero.

#### U.R.S.S.

La medicina soviética acaba de perder a uno de los sabios más conocidos en investigacio-

nes sobre las afecciones maláricas y tropicales en general. el Prof. T. J. Martzinovsky.

Estudió en la Facultad de Medicina de Moscou; en 1910 fue nombrado profesor y siguió desempeñando diversos cargos de gran responsabilidad científica hasta que en 1917, a raiz de la revolución, fué nombrado director del Instituto Tropical de Moscou.

Todos sus esfuerzos los ha destinado a trabajar por el Instituto y este establecimiento ha llegado a ser un modelo en su género no sólo en la U.R.S.S. sino que en el mundo

Entre sus innumerables colaboradores y discipulos se encuentran sabios que hoy en dis son de renombre mundial.

# Bibliògrafía

INVESTIGACION HISTORICA DEL PASADO MEDICO PERUANO. - Juan B. Lastres. Lima, 1935

A sus numerosos trabajos científicos ha venido a agregar, el célebre y joven catedrático peruano, este, que revela una vez más, su vigorosa personalidad.

Lastres vino hasta nosotros hace dos años, presidiendo la delegación médica que envió la Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión, al primer centenario de la medicina chilena.

Durante su permanencia en Santiago pudimos evidenciar nuevamente los conceptos que teníamos sobre él, desde hacía un tiempo.

El autor l'ega a la conclusión de que la medicina incaica no había alcanzado un grado de desenvolvimiento tal, que

ria y arte incaico.

acuciosa que ha sido transmiti-

la sacara del empirismo primitivo; pero si la comparamos con la de otros pueblos aborígenes, vemos que existe en ella, por lo menos, la observación

Ahora nos brinda este tra-

bajo en que, junto a la pro-

funda versación del especialis-

ta, hay una detenida investiga-

ción del folk-lore, de la histo-

da hasta nosotros por sus obras de arte, idioma, etc.

Los capítulos dedicados a la etio ogía, y patología de las lesiones (parálisis, deformaciones, trepanaciones, etc.) están tratados con la zagacidad, proligidad y atención con que hacen las cosas los verdaderos investigadores.

El libro de Lastres es de inestimable valor para todo el que desee conocer la medicina preincaica e incaica.

Tiene, además, una completa bibliografia.

A. A. G.

#### SEMANA MEDICA, DE BUENOS AIRES

Tenemos sobre nuestra mesa de redacción el N.o 31 de la Semana Médica, de Buenos Alres. Como siempre sus páginas vienen repletas de estudios clfnicos, urológicos y bio-sociales interesantisimos

altamente la Agradecemos

atención de la Semana Médica al establecer el canje con nuestro Boletin.

#### LA SOCIETE HONGROISE DE STATISTIQUE JOURNAL DE

Es uno de los periódicos más interesantes y serios que en materia de Estadística se publican en el mundo con la colaboración de autoridades internacionalmente reconocidas.

Hemos recibido los números 1, 2, 3, 4, de 1934 y 1, 2 de 1935.

Contienen informaciones nutridas para el cuerpo médico de la Caja. Oportunamente nos ocuparemos de ellos.



BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS
LACTICOS DESECADOS
JOLICITE MUEJTRAJAL
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL
LARODATODIO CHILF

AGUSTINAS 1070 - OF 210 - TEL. 63561

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

## INFORMACIONES DE TODAS PARTES DEL MUNDO

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile ..... \$ 20.—

En los demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# SUMARIO

	Págs.
EDITORIAI.—Orientándonos	3
A propósito de la selección de enfermos para tratamiento sana- torial, por el Prof. Héctor Orrego	
Hipertensión arterial paroxistica, por el Dr. V. E. Guitart	7
Absceso pulmonar, por el Dr. Miguel Rotondo	10
Aplicación práctica de la transfusión intravenosa en el lactante, por el Dr. César Pérez	
Micosis del pene, por el Dr. Rafael Daudet	13
Operación de Thalma espontánea, por el Dr. Oscar Yensen	14
Reuniones clínicas de consultorios	. 15
Nuestro medio: Asistencia Hospitalaria en Chile	. 37
Distribución de la población por edades en Chile	. 38
Peritajes de Invalidez	. 38
Congresos, Cursos y Bibliografía	30
Noticiario: La Central de Leche	42

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Septiembre de 1935

N.9 16

### ORIENTANDONOS

Desde hace dos meses estamos en el segundo año de labores. Tiempo suficiente para hacer un breve balance y mirar la ruta que hemos de se-

guir con nuestros colaboradores.

El boletin comenzó modestamente. Tuvo como objetivo, primero, ser el vocero oficial y expositor de la labor científica de los funcionarios de la sección médica a través del país; quiso correlacionar ideas entre la jefatura y el personal; aspiraba a fotografiar fielmente el ejercicio de la medicina dentro de la Caja de Seguro, con los múltiples matices que presenta en cada zona y en cada medio.

Poco a poco, el empeño y el interés de sus colaboradores, y las necesidades determinadas por las circunstancias mismas, han variado levemente su orientación. Lo prueba la extensión cada vez mayor que toma el estudio de los grandes problemas relacionados con la salud, y que han merecido en alguna ocasión la casi totalidad de las páginas del boletín. Son éstos, asuntos que necesitan imperativa y urgente solución a la cual sólo se puede llegar después de conocer a fondo y repetidamente todos los factores que contribuyen a formar el problema.

Esta realidad disminuye en forma apreciable el valor de la casuística que casi no cuadra con publicaciones como la nuestra carente del reposo

y de la seriedad necesarias para encararse con la medicina pura.

Su posición en el diario luchar la hace mirar por encima del enfermo y la obliga a relacionar efecto con causa. No nos es posible limitarnos al caso—estudio de importancia sin duda para atenderlo cada vez mejortuando sabemos que es el medio el factor muchas veces determinante de su existencia y, por lo tanto la ecuación enfermo-medio debe atraer lá mayor parte de nuestros afanes.

En esta vía se ha orientado nuestro boletín y en ella quisiéramos ver

encauzados a nuestros colaboradores.

Dejemos de considerar aisladamente los hechos y los fenómenos que se producen en el hombre salido de lo normal y estudiemos más bien sus relaciones con las causas determinantes de la anormalidad.

La Dirección del Boletín espera que estas sumarias consideraciones sean un cartel para el porvenir y orienten, en este segundo año de vida,

las nuevas colaboraciones.

La Sección Médica tiene especial interés en conocer la opinión de los colegas sobre los grandes problemas sanitarios, venéreos, tuberculosis, na bos y normas nadie más autorizado que los que están cerca de la realidad, de los que palpan a d'ario la trascen dencia, importancia y magnitud del vastís mo campo preventivo, sanitario y asistencial.

Sólo en circunstancias especiales volveremos a dedicar, como en el presente número, la mayor parte de las páginas del boletín a la casuística.

No ha de extrañar en consecuencia que el postergue las publicaciones de medicina pura cada vez que sus colaboradores aborden el estudio de los grandes problemas.

# A propósito de la selección de enfermos para trata-

# miento sanatorial

Prof. HECTOR ORREGO, Jefe de los Servicios de Tisiología de la C. de S. O.

Pocos problemas revisten un aspecto más complejo para el tisiólogo y especialmente para el médico práctico, que el de la selección de los enfermos que deben ser enviados a los establecimientos sanatoriales. Este problema se complica más aun entre nosotros, puesto que la mayor parte de los tuberculosos que concurren a los consultorios, ya sea particulares, hospitalarios o de las cajas de previsión, deben ser alejados del ambiente de sus hogares por razones de profilaxis, como asimismo por las que dicen relación con la disciplina y el régimen que el enfermo debe seguir severamente. Queremos relacionar este pequeño estudio solamente con la ca tegoria de tuberculosos asegurados, ya que ella reviste también aspectos exclusivos y muy dignos de ser tomados en cuenta. No es necesario que insistamos sobre la carencia,-puesto que la deficiencia numérica revista tal aspecto,-de camas sanatoriales para nuestros asegurados exis tentes en Chile. Es esta misma deficiencia numérica la que obliga a pensar mucho más, cada envio de enfermos a los ambientes sanatoriales. puesto que el aprovechamiento de las pocas camas disponibles, debe tender a beneficiar espe-cialmente a los enfermos que ofrezcan una recuperación integral y que signifiquen entonces una mayor adquisición bajo el punto de vista social, como asimismo una solución económica mucho más acertada para los gastos que en otraforma serían inútiles para las Cajas. Nada ganaríamos si, gujados por un criterio más sentimental que realmente social, ocupáramos las camas de sanatorios con enfermos bi laterales portadores de cavernas, con lesiones esclerosadas, constituyendo lo que los antiguos llamaban tisis, puesto que ellos, si bien es cierto que obtendrían una mejoría durante los meses de participación de beneficios que la ley 4954 les ofrece, llegarian, en cambio, al final de sus plazos legales, siempre enfermos, quizás inutilizados, y en cambio, habrían ocupado las camas que otros pacientes con lesiones discretas, frescas, de extension moderada, ya sea exudativas o productivas. ocuparan con verdadero beneficio y recuperación total de sus actividades vitales, dentro del plaze de 52 semanas, y, en muchas ocasiones, en 3 6 4 meses de permanencia en el sanatorio. Este punto es para nosotros imposible de ser perdido do vista, puesto que él significa la vuelta al hogur del asegurado, sano, en plena producción y capacitado para ser un elemento útil para la familia y la colectividad.

Queremos considerar los aspectos básicos qui rigen la selección de enfermos que deben ingresar en los sanatorios. Para ceto, tendremos en orenta nuestra propia experiencia de tielólogo y director de sanatorio, y, asimismo, la de otros sutores, especialmente de Guinard, de Bilguy, cuyo libro "La práctica de los Sanatorios", constituye en el día de hoy, a nuestro juicio, la obra máxima sobre estos temas.

Antes que nada; Guinard, nos declara en forma categórica, que los sanatorios no son hechos para los grandes enfermos o los títicos. En la selección de los enfermos sanatoriales no sola mente debe guiarnos un criterio basado exclusivamente en los aspectos médicos, sino en as pectos morales, psíquicos y, aún, estéticos. No hay que olvidarse que los enfermos recluídos en un establecimiento sanatorial, deben llevar unu vida en contacto intimo, permanente, entre ellos: de que los defectos, las intolerancias y las anomalfas psíquicas de un paciente, repercutirán en forma lastimosa sobre la moral de toda una falange de individuos que esperan la recuperación de su salud. He podido ver personalmente lo que significa el enfermo melancólico, desconfiado y misantrópico, en sus compañeros. He podido apreciar las verdaderas catástrofes psíquicas que ellos van originando en una masa de enfermos que tiene una tendencia natural a exaltar sus apreclaciones y su susceptibilidad. El enfermo inapetente, cansado de soportar una evo ución larga de su enfermedad, que llegan at sanatorio después de haber paseado sus sintomas por todos los ambientes que il creyó oportuno para la recuperación de su salud, que ya no cree posible esta recuperación, que duda de los médicos, de los regimenes y terapéuticas, que entra al sanatorio más con un espíritu erftico y con criterio de hombre desmoralizado e incredulo, no obtendrá beneficio alguno en estos establecimientos y, en cambio, irá sovacando en forma tenaz y a veces definitiva, la moral de otros pacientes que iban más o menos seguramente hacia una curación integral. Asimismo los enfermos que han pasado ya los 50 años, quo son portadores de lesiones estabilizadas y que en muchos casos esperan y piden poco a la vido que aun les queda, adolécen también de aspectos rsiquicos muy similares a los ya descriptos, Los portadores de deformaciones físicas que rechazen a la vista, y otras veces al olfato y al o'do, van transformandose a la larga en un verdadero castigo para sus compañeros de cura, que en un momento dado sufren de verdadera obsesión ante la exhibición permanente de un defecto que se hace intolerable para los demás. En tales casos, es necesario sacrificar a un hombre manteniendolo en su hogar, en los hospitales o è :: cualquier otro ambiente, pero no enviario a aquellos donde una masa de individuos curables necesitàn tener fe y optimismo en su mejoria.

No deseo ahondar el problema moral; el de los grandes eróticos, el de los homo esxuales, el de todos aquellos individuos que poseen una psicológía en pugna con la moral de medio, y a la larga, se hacen imposibles y peligrosos para vivir en un ambiente que, en realidad, es le de un gran hogar. Conocemos las dificultades extremas que significan la ubleación de los grandes tuberculosos. No ignoramos de que en muchas ocasiones, el problema reviste casi aspectos insolubles, pero no es posible tratar de solucionarlos, sacrificando los únicos establecimientos que pueden asilar a los realmente curables que son los más necesarios para el punto de vista social.

Veamos resumidamente, cuáles deben ser los tuberculosos que deben ser rechazados en forma categórica de los sanatorios:

- a) Todas las formas agudas (bronco neumonia, neumonia, congestión pulmonar tuberculosa. granu ices, etc.);
- b) Una tuberculosis pulmonar fibro caseosa extensiva bi lateral avanzada y extendida de uno u otro lado, con complicación pleural grave;
- c) Caqueccia; fiebre héctica o estado febril permanente, coincidiendo con lesiones graves;
- d) Una tuberculosis pulmonar crónica, fibro caseosa o esclerosada, cuyas lesiones antiguas inveteradas y en parte estabilizadas, permiten a menudo una larga sobre vida, pero que no ofrecen posibilidades de regresar o mejorar:
  - e) Accidentes meningeos:
  - f) Laringitis baci'ar grave;
- g) Accidentes abdominales, enteritis, diarres habitual, peritonitis fibro cascosa evolutiva;
- h) Complicaciones génito-urinarias y complieactiones óseas o articulares que impongan la inmovilización;
- j) Localizaciones tuberculosas externas, ganglionares, ósea, articulares o cutáneas en estado de evolución o supuración;
- k) Lesiones pulmonares determinando perturbaciones cardiacas;
- 1) Viejas bronquitis tuberculosas complicadas de enfisema o perturbaciones respiratorios pronunciadas;
- m) Un estado patológico o una complicación susceptible de impedir al enfermo beneficiarse de la cura o hacerlo incômodo o peligroso para los otros; enfermedades crónicas de las vías respiratorias y nutrición, enfermedades nerviosas epilepsia, ozena; bronquitis fétida;
- n) En cuanto a los tuberculosos que pasan por un brote evolutivo agudo con fiebre temporal, o presentan hemoptisis que coinciden con un brote evolutivo febril, es necesario para decidir su admisión esperar el fin y las consecuencias inmediatas en estos accidentes.

Como una aclaración a los impedimentos antes enunciados, debemos decir que todas aquellas formas que entran en los límites de la tuberculosis quirúrgica, deberán ser seleccionadas para establecimientos especializados y que en lo posible seran marítimos. ¿Cuáles son los tuberculosos admisibles en los sanatorios? Como respuesta queremos exhibir las tres condiciones indispensables que Küss ha fijado para la selección de candidatos a ingresar en los establecimientos sanatoriales;

1.º Existencia de una lesión tuberculosa actua: o reciente, pero no en pleno período de brote agudo, como ya hemos dicho.

2.0 Calidad de las lesiones fuera de les as pectos descritos en los impedimentos, y ofrecen posibilidades de volver al trabajo habi-

3.0 Signos clínicos de tendencia evolutiva favorable.

En seguida Küss considera los motivos de lexclusión de índole moral y social que nosotros ya Jemos exhibido en su oportunidad. Entre- los enfermos sanatoriales de primera linea se encuentran:

a) Los convalecientes de enfermedades evolutivas recientes, como pleuresía sero-fibrinosa Bronquitis capilar efimera, congestion pulmonar o espleno neumonia tuberculosa; hemoptisis, slempre que ésta no haya sido rebe'de y grave, por su reeptición, cantidad y duración;

b) Enfermos atacados de tuberculosis pulmonar poco extendida con tendencia cicatricial ma-

nifiesta;

c) Lesiones fibro caseosas banales sin fiebres ni complicaciones, teniendo en su vida un trabajo relativamente poco penoso que podrá ser recuperado sin riesgos a la salida del sanatorio

En general ciertos casos dudosos por su extensión y calidad de las lesiones, que no hayan alterado en forma notable el estado general de tales enfermos y cuyas ocupaciones habituales. y medios de vida, permitan esperar una sobre vida en condiciones más o menos normales, pueden ser estudiados durante un tiempo prudencial antes de ser enviados al sanytorio, y en enso de verse tendencias a mejoría ya que no a curación, podrán ser, sin embargo, admitidos en los sanatorios porque las condiciones analizadas de orden social, permitirán suponer que con los beneficios parciales dados por la cura climática y de reposo, aquellos individuos ofrecerán un porvenir de utilidad para si mismos y para tos виуов.

#### Segunda parte

La encuesta social deberá jugar también un rol de trascendencia en la selección de enfermos sanatoriales, puesto que en aquellos países donde no existe un armamento anti-tuberculoso perfecto, el aprovechamiento de las camas disponibles, deberá dirigirse sobre todo a aquelles que socialmente envuelven un mayor peligro de contaminación de su tolerancia o no presentan condición alguna que les permita realizar una cura de reposo en su propio hogar. La visitadora deberá entonces ver si los recursos económicos aportados en el trabajo anterior del asegurado o el fruto de las labores de su esposa o de sus hijos, pueden llegar a constituir una posibilidad de tranquilidad espiritual y económica que no exija desvelos y preocupaciones por parte del enfermo y que, en cambio, le signifiquen una oportunidad completamente al tratamiento de su enfermedad. Juntamente con esto, deberá convencerse de las condiciones que la casa ofrece para el aislamiento y la independencia del enfermo dentro de ella; si la familia no es excesivamente numerosa, y, sobre todo, si el número no está formado a costa de niños muy pequeños; si pueden estos últimos ser colocados donde otros parientes en buenas condiciones para su mantención o cuidado; si puede el enfermo ir a un lugar de campo cercano a la ciudad. fâcil de ser controlado, donde pueda realizar su cura; si la mentalidad dei tuberculoso es sufficientementi desarrol ada pera permitirle asimilar las instrucciones, prohibiciones y regimenes que el médico y la visitadora se encargarán de impartirle.

Rist, en Francia, ha desarrollado en los últimos años en forma considerable el tratamiento de los tuberculosos en sus propios hogares, haciendolo, especialmente a través de las visitados ras sociales " seleccionando a aquel os individuos que reunen las condiciones enunciadas en el pácrafo anterior. Una buena falange de enfermos algue en perfectas condiciones el tratamiento en su propia casa, especialmente aquellos matrimonios sin hijos en que trabajan ambos esposos, y en los cuales la suspensión de las actividades por parte de uno de ellos, no significa una catástrofe económica y, en los que, además, las mismas condiciones del trabajo del conyuge sano, le significan un alejamiento del hogar durante el día, lo que va en beneficio del aislamiento que el enfermo necesita, siempre que pueda garantizarse por los vecinos o por restoranes próximos, la alimentación del enfermo a un costo no muy elevado durante el día.

Esto significa, substraer de los sanatorios a enfermos que en realidad pueden tratarse en las mejores condiciones en sus casas, y en los cuales muchas veces existe va esta convicción, y entonces; no se sienten satisfechos y tranquilos en los establecimientos de cura porque no ven la obra indispensable e imposible de realizar por parte de los propios enfermos, que tales estableofmientos desarrollan. No ignoramos todos los factores sentimentales imperiosos y presiones de toda clase que se ejercerán sobre los médicos pare hacer ingresar a los establecimientos sanatoriales avlos enfermos graves. Estos mismos son los más tardíos en convencerse de su gravedad y miran siempre como una suprema ambición, ingresar a aquellos establecimientos donde van tos individuos curables entre los cuales ellos desean contarse. Es necesario, entonces, saber convencer a tales pacientes, de la necesidad que existe de no ir por primera intención a los Sapatérios. Es necesario hacerles ver que su estado circulatorio, los trastornos digestivos que son a veces inevitables, las altas temperaturas, la disnea o las hemoptisis rebeldes, se podrían exacerbar en aquellos establecimientos apartados de los medios urbanos, especialmente cuando ellos están en sitios de altura. Hay que presentarles la hospitalización previa en la ciudad, como un recurso de estudio y de urgencia, que después les puede abrir las puertas sanatoriales; de ninguna manera se hará esta selección hiriendo los sentimientos y las esperanzas de los enfermos. negándoles en absoluto el derecho para recuperar más tarde un sitio entre los que van a la curación. La labor del médico y de la visitadora social tienen aqui un hermoso aspecto sentimental, caritativo y humano que es necesario saber aprovechar y desarrollar. Finalmente, no hay que alarmarse ni sentirse atropellado en la condición de médico tratante de consultorio o de tisiólogo, porque algún tiempo después del envio de un paciente al sanatorio, este es devuelto por el médico residente del establecimiento. Es obli-gación de parte del residente, estudiar durante un tiempo prudencial, gneralmente, durante los primeros meses, las reacciones que el individuo presenta en el medio sanatoria : si hay acentuación de las tendencias curativas, o el, por el contrario, se exacerban día a día los sintomas principales de la enfermedad, o aparecen otros nuevos a complicarlos. Esto, en muenas ocasiones, no puede el tisiólogo vaticinario, ya que una en-fermedad esencialmente caracterizada por remisiones en su evolución, puede cambiar fundamentalmente en otro cibna. No queremos insisur en forma amplia en un detallo de orden reglamentario que afecta especialmente a los asegurados, en la materia que hoy tratamos. Mencionaremos solamente la necesidad que existe de no enviar a los sanatorios a individuos que dispongan en ese instante de un corto plazo para la percepción de beneficios, por haberlos agotado casi totalmente en los tratamientes previos que precedieron a la resolución de envio a Sanatorio. No es posible en estos casos, esperar prorroga de gracia muy prolongadas nor parte del Consejo de la Caja. No es fácil, sino excepcionalmente, formarse un criterio exacto sobre las posibilidades de curación que ofrece el enfermo en pocos meses de estudio y tratamiento de él, y es una condición indispensable en el informe de solicitud de prórroga, el de poder afirmar las expectativas ciertas de recuperación integral que ofrece el tuberculoso; en cambio, los horizontes, las esperanzas que unos dos o tres meses en el Sanatorio han abierto al enfermo. son demasiado grandes para cerrarlas bruscamente con la notificación de que debe abandonar el establecimiento. Por lo general, salvo en el caso de lesiones fresças, (infiltrado precoz de los autores alemanes) que pueden reaccionar a veces definitivamente en dos o tres meses; o en casos de brotes evolutivos en fibrosis discretas, o en convalecientes de episodios pieurales puros, solamente en estos casos, digo, podríamos autorizar una ida al sanatorio por plazos inferiores a seis meses, que debe ser el minimum exigido. Ha de tenerse presente también de que las prorrogas de gracia, aún en aquellos casos de posible recuperación con la concesión de tres o sels meses más de permanencia en el sanatorio, no van acompañados de los subsidios corrientes, y producen entonces un mayor desequilibrio económico en la familia de los asegurados; de manera que ellos deben perseguir siempre el beneficio de individuos que realmente pueden recuperarse por el reintegro total a su trabajo después dei sanatorio.

Hemos creido bosquejar en este trabajo los puntos sobresalientes que se refieren a la selección de los enfermos que exigen y justifican su envío a sanatorio. No se vea en esta sejección, una búsqueda de beneficios económicos, sino que la persecución de una finalidad social, como es la de dar oportunidades al individuo que realmente puede recuperarse para sí y los suyos, de hacerio en forma científica aun cuando sea sacrificando esperanzas y sentimientos de otros enfermos cuya ouración es bien discutible y a veces imposible.

# Hipertensión arterial paroxística

### INFORME SOBRE UN ASEGURADO

(Trabajo leído en la Segunda Reunión Clínica)

Por el Dr. V. E. GUITART

Médico Internista del Consulto rio de Antofagasta.

El 23 de Mayo se presenta al Consultorio del Policifinico el asegurado No 21771, con su ficha, en la que puede verse que ha sido muy bien examinado por dos de mis colegas: me dice el enfermo en cuestión que lo examine bien, porque se siente arruinado cou un mai que le ha venido de improviso desde hace seis meses a esta fecha.

Deshués de leer con detención su hoja cilnica lo intercogo, encontrando el caso interesante, le aconsejo que no vuelva aún a su trabajo del Ferrocarril en Construcción a Sa'ta,
le ofrezco el subsidio de enfermedad de la Caja con el visto
bueno del eeñor Mªdico Jefe,
y le proponso concurra a mi
casa diariamente desde el 23
de Mayo hasta hoy Domingo
16 de Junio, fecha en que redactarremos esta historia clínica
definitivamente.

Respecto a su historia que aparece en la Ficha de! Seguro la copiar<sup>2</sup> más adelante.

M. C., de 38 años, de oficio carpintero, dice que desde hace seis meses, sin-ninguna causa justificada, siente en las extremidades. especialmente al nivel de los miembros infariores, hormigueos seguidos de fuertes calambres de las piernas a los cuales siguen a su vez dolores abdominales fuerte; en forma de cólicos, éstos a su vez son seguidos de dolores toráxicos y cervicales de tipo anginoso y por fin una cefalea atroz (en este momento y en varias ocasiones llega el enfermo a mi presencia como aturdido y al retirarse me deja su dirección, calle 21 de Mayo N.o 800, rogandome lo vaya a ver en caso necesario, porque cree morirse en uno de estos trances. Mientras se produce el cua-

Mientras, se produce el cuadro descrito, doloroso de marcha ascendente, no tiene núuseas, ni vómitos, ni fenómenos convulsivos y su conciencia ucda, indemne. El cuadro queda terminado en algunos momentos y el hombre queda precupado de que le va a repetir muy pronto.

Dice que la crisis fuerte le viene cada semana más o menos: y las pequeñas, a vecesmuchas veces en el día. diciendo que ahora ya se alejan más
de dos días con el tratamiento
prescrito.

Por una casualidad tenido la suerte de verlo en una de estas crisis. He aquí lo que observamos: Los tegumentos se ponen pálidos, incl.so el de la cara, que manificsta una expresión de dolor. La auscultación, comparada a como la habfamos visto, en estado normal, se altera profundamente, el pulso llega a 120 por minuto; se oyen ruidos tumultuosos, un clangor aortico, colocamos rapidamente un Vaquez, dando una presión de VEINTE. Y NUEVE POR DIEZ Y SIE-TE. La repetimos rápidamente y va vemos su descenso hasta dejar'o en 12. Esta observación la hicimos el 30 de Mayo; fecha en que el enfermo estuvo conmigo desde las cuatro de la tarde hasta las diez de la noche, hora en que lo invita a comer conmigo en mi casa para observario.

Sus antecedentes hereditarios son magnificos, es sobrio. no bebe ni fuma, no da ningún antecedente sifilitico; se le han practicado aquí cuatro reacciones Wassermann y todas ellas son negativas. Fuera de sus crisis se queja de una laxitud general y su mirada revela prieden cierta angustía, como observario los colegas. Una cosa interesantisima es que ·iespués de uno de los ataques le dolló mucho el ojo izquierdo, quedando con una disminución de la agudeza visual. También ha tenido espectoración hemoptolca y epistaxis. Yo ruego a min coleras se sirvan comprobar estos datos anamnéticos y les confleso que nunea he scatido más la necesidad de un oftalmôlogo para que me hubiese

informado sobre la existenci i de esta hemorragia intraoculo y la falta del aparato de Bai-Hart para tomar la presión ritiniana. Aparato que he pedido ex-profeso para este enfermo v a la persona que encomendamos para que se entrevistara con el Prof. Charlin a mi nom bre, el Prof. le contestó para el manejo de dicho aparato se necesitaba ASISTENTI; para usarlo, como lo pued: afirmar mi distinguido co es t el Dr. Tello, quien es testigo d' este asunto; pero no desilentamos y veremos modo de usarlo en este enfermo; dicho apa rato llega luego. Lo hemos pr cido por avión a Buenos Ai

Durante el tiempo de observación de este enfermo las crisis se nan repetido en los últimos días que escribimos est i historia; pero hay ciertos caracteres que hay que anotar: ellos son: la supresión en parte de los calambres y los fenómenos anginosos, siendo más persistentes las cefaleas (el enfermo ha sido tratado entre otros medicamentos con bromuros, valeriana, etc.) Y muchas veer todo se ha resue'to a una simple crisis de cefalea, demos trândose en estos períodos lo bruscos saltos solamente de 24 por 14 et. Sin embargo, cuando la crisis tomaba el carácte ascendente observamos 29 m? xima. Defando constancia qui aquellas crisis duraban mas o menos 10 minutos, mientras que sstas son muy fugaces algunas y otras de no más de cinco minutos (según declaraciones repetidas del enfermo) y no dejan en el estado de abatimiento y palidez como las primeras.

Olvidabanios decir que tam blan no se produce la sinlorrea intensa ni el lagrimeo que producen los ataques fuertes como lo pueden comprobar lo colegas interrogando al enfermo.

El examen somático repeti-

do varias veces fuera del ataque no nos revela sintomatología alguna digna de anotarse. Casualmente vino a mi estudio el Dr. Golcovic, con quien practicamos una radioscopia, sin encontrar nada digno de anotarse.

En la historia de la Ficha del Seguro as el sen los siguientes datos (hay que dejar constancia que el Policlinico está en reorganización, motivo por el cual se examinan un exceso de enferpios por médico y recién principiamos a trabajar conforme al nuevo plan, disponiendo de más tiempo para los examenes).

Dr. N. N. - Recurre at Policlínico por gran cefalea y do-

lores lumbares.

Dr. N. N. -- Acude: bien de los dolores lumbares, pero ha tenido una recaída en sus do-

lores cefálicos.

Dr. N. N. — Consulta porque dolor de cabeza es insoportable, sintomatología dolorosa ambas piernas. Debe hospitalizarse. Bno. Al hospitalizarse aguí se concretó todo a ponerle inyecciones en las nalgas con lo que no ganó nada. Alta 17 de Diciembre.

18 Dictembre 34. Dr. N. N. (otro médico). — Se sueja de grandes dolores de cerebro, con marcos y zumbidos de ofdos. Presión 18 por 9 Vaquez, Pulso 83. Se pedirán exámenes.

Más abaio dice la Ficha: Ai ta Hospital. Diagnóstico: Grippe...

Dr. N. N. (el mismo de fecha 18 de Diciembre de 1934). — No procede mientras no tenga a la mano los exámenes pedidos.

28 de Diciembre de 1934. — Reacción de Wasserman, 'gua'

28 de Diciembre de 1934 (el mismo médico). — Continúa con sus dolores cerebrales. Propone un tratamiento y de alta a su trabajo.

27 de Abril de 1925. — Gran cefalea y mai estado; presión 24 bor 12 Vaquez, pulso 92. Está muy decaido y fatigado Se prescribe tratamiento espedifico y antineurálgicos Examen de orina.

2 de Mayo de 1935. — Persiste su dolor cerebral intenso con estado somnoliento. sigs trat. 4 de Mayo de 1935. -- Examen de orius:

Densidad 1020, Reaction Acida. Alhumina no hay. Glucosa no hay. Acetona no hay. Indican, indicios. Escatol no hay.

Ac. Bilisres no hay. Pigmentos no hay. Urobilina muy escasa.

Examen microscópico: Nada de anormal. Cuantitativo: Cioruros: 7,35 y

Cuantitativo: Cloruros: 7,35 Urea 17,12.

23 de Mayo de 1935, Dr. N. N. (otro doctor del Policifinico). Edad 38 años. Soltero. Pa-

dre muerto de viruela. Madre viva, Hermanos sels, todos vivos.

Hábitos sobrios. Venéreas: sólo gonorrea. Llagas no ha tenido. Anteriores: operado hernia bilateral ingulnal.

Examen físico. Se nota congestionado; sensorio: falta de viveza, panículo adiposo Lien formado. Cabeza: Informa el especialista:

Oldos nada de especial. Nariz nada de especial. Senos de la cara nada de especial. Boca: nada de especial. Creo que la cefalea está relacionada con una hipertensión arteria; cefálica (Dr. N. N., firmado).

Informa internista: Pulmones tada de anormal. Cuello id. Co-razón. Reforzamiento 2.º a/rti-co. Contracciones cardíacos eráctiles. Presión 15. por 9 auscul. Vaquez. Suficiencia: buena (Lian) repetirla. Punta 5.º especio, resto nada a informar. Abdomen. reflejos ect. normal.

24 de Mayo de 1935. — Presión 14 por 8; pulso 70.

28 de Mayo de 1935. Dr. N. N. — Presión 12 por 6; pulso 74.

30 de Mayo de 1935. — Radioscopia corazón y sorta. Resultados: no se observa nada anormal (Dr. N. N., firmado).

1.0 de Junio. — Presión 10 por 6. Pulso 64.

La lectura de esta hoia, incompleta por elerto, dado las causes anotadas más arriba; fué lo que nos indulo a pensar en el cuedro que hemos abordado. Más, si consideramos que catábamos sobre aviso tratandose de un distinguido inseniero de nuestra ellentela privada a quien habíamos atendido por accidentes bastante serios por crisis de hipertensión paroxistica con sintomatología subjetiva idéntica a la descrita en este enfermo en cuestión.

La noción de hipertensión paroxistica arterial no es por cierto nueva (Archivos de Clinica Médica del Dr. Prado Tagle. Vol. 1, N.o. 1: A. Mardones, página N.o. 39). Hoy día se conocen las crisis hipertensivas de la eclamsia y del saturnismo. En el curso de la angina de pecho, aunque el hecho no es siempre constante, se puede ver producirse bruscas crisis hipertensivas. (Pal Les Crisis vasculaires).

Sobre el mecanismo etiológico no sabemos a ciencia cierta nada préciso, salvo en la eclamsia, saturnismo, angor, que se encuentran condiciones clínicas determinadas.

Hay otras crisis hipertensivas que se presentan en condiciones clínicas más comunes, como son las que se presentan en los hipertensos, cuya hipertensión data desde algún tiempo. En tales sujetos las bruscas desnivelaciones de la presión arterial son frecuentes; pero no constituyen cuadros tan alarmantes como el que nos ocupa. Cita al Dr. Mardones, pág. 43. Un distinguido abogado hipertenso sale de su casa en perfecto estado de salud a desempenar sus ocupaciones habituales. Al atravesar el vestíbulo cae al suelo, como fulminado por un ictus apoplectiforme, sin conocimiento. Es llevado a su lechc y se le hace la medicación de estos casos: invección de alcanfor, lavados, fricciones ,etc, Se liama médicos y se espera en. medio de la mayor ansiedad de la familia. Después de una hora el enfermo se va recobrando y pide un diario y se impone de las noticias del día.

Este mismo abogado, alegando en una corte de justicia, uno
de sus pieitos, comenzó a invertir el orden de las palabraen las frases y hablar de atráspara adelante, en medio de lasorpresa de todos los que lo escuchaban. Ejerce después de 7
años con un tratamiento adecuado, salvando estas crisia
temporales cerebrales. El Prof.
Mardones dice que se confunden estos cuadros con ciáticas.

ctc., según donde sea el paroxismo etc., y dice que así como el paroxismo de la coronaria produce el dolor del angor, así el dolor de ciática es producido por el espasmo de la arteria correspondiente. Cita el caso de un magistrado de 60 años tratado por clática, cuyo diagnôstico, después de examen prolijo, él rechazó. Toma presión radial encontrando 13 Hg. Tom2 la presión de las pedias comprobando una gran hipertensión, que le explican el dolor de la supuesta ciática y algunas crisis de claudicación intermiten

Recomienda el uso de la cafeína como de la diuretina o teobromina como de una eficacia notable en los espasmos vasculares, ya sea asociada coa la trinitrina o la papaverina.

Dice el doctor Mardones, que el enfermo en cuestión anduvo muy bien; pero un buen dia después de algún tiempo, le es enviado por el doctor Larraguibel: Cada quince u ocho dias por cualquier impresión vomita y lo hace generalmente cuando está invitado a comer. dando un espectáculo repulsivo. El doctor Lea Plaza no encontró alteración del sistema nervioso. El doctor Hegevalds no comprobó nada anormal, exradiológico del estómago. Doctor Charlín solo comprobó arterio esclerosis de las arterias retinianas. En vista de los resultados diagnostico Angina Abdominat de Bacelli sin do-

Tenemos a nuestra vista un interesante artículo del Profesor Vaquez (Archives des Maladies du Coeur, des Vaisseaux et du Sang), en el cual relata un caso de hipertensión paroxistica (crisis). Copiamos: Y a t'il dans la literature médical une observation de crisis hipertensive comparable a la notre c'st a dire suvenant en dehors de tout grand syndrome clinique petiement bien defini et de toute hipertension arteriale pré-établie?

No conocemos sino uno presentado a la Societé Médicale des Hospitaux por Labbé. Tinel et Doumer: Se trata de una muchacha de 28 años que pre-

sentaba crisis con violentos dolores constrictivos del epigastrio con vómitos. Su presión arterial que era normalmente de 12 por 6 pasaba en las crisis a una máxima de 27. Los autores nombrados hablaban de crisis Solar y para emplear sus propios términos, diré que estas crisla solares se comp icaban con edema pulmonar agudo y en uno de estos accidentes la enferma, en cuestión, sucumbió. Autopsia: Co-razón normal. Riñón parenquima normal, con ligeros infartos hemorrágicos. En presencia de esta autopsia el propio Marcel Labbé se apresuró a decir que estas hemorragias renales no tienen nada que ver con el cuadro de "CRISIS SOLAR" como lo llamó, sino que son consecuencia de golpes bruscos de hipertensión arterial, como las pudo haber tenido en el cerebro, pulmón, oculares, etc., que nada tiene que ver con la crisis solar. aquella.

Pero lo más interesante, vino en el curso de la autopsia. Por encima del riñón izquierdo se encuentra un tumor suprarrenal, verdadero para ganglioma, del tamaño de una mandarina y desenvuelto a expensas únicamente de la sustancia medular de la cápsula suprarrenal. Todos relacionan ci hallazgo de autopsia con el cuadro clínico. El tumor se ha producido en la parte que secreta la adrenalina la cansula suprarrenal (la cortical secretaria la colesterina. Leonidas Corona: Memoria do prueba). La adrenalina, lo sabemos tiene una energica acción sobre la presión arterial.

La presunción que se podría tacer de lo escrito anteriormente sería, que este fenómeno brutal se debe a una descarga de orden nervioso o humoral que trastorna en algunos segundos el régimen general de la presión arterial.

Este régimen, como lo sabemos, depende de la fuerza dilas contracciones cardiacas, la viscosidad canguínea y el estado de resistencia periférica. Dijimos que el enfermo mostraba en la crisis una gran palldez, indudablemente por el espásmos de las arteriolas, seguida de la isquemia vaso-constrictiva.

Consultando la fisiología GH Roger et León Binet, Tome (Traité de Physiologie normale et Pathologique Publié par VI), vemos que para producir una hipertensión artificial, se puede recurrir a la excitación artificial de los centros vaso constrictores, practicando una excitación entre las estrías acústicas y el Cálamos. Esta vasoconstricción es total con su respectiva disminución del lumen de los vasos e hipertensión generalizada. Al lado de ese centro bulbar existen centros vaso-constrictores medulares. La sección del Bulbo produce una baja profunda de la presión arterial, pero una a dos horas después de la experiencia, la presión vuelve a la normal.

Si se secciona la mádula en diferentes partes de abajo a arriba, se observan descensos sucesivos de la presión que corresponden a arterías inervadas por los nervios correspondentes y a la inversa: la excitación electrica de los extremos de sección elevan la presión arteríal de las arterías correspondientes.

Una segunda experiencia: La exettación de la extremidad de sección de un nervio correspondiente a un grupo importante arteriai. La excitación del esplánico es bien manifiesta por este procedimiento. Los demás nervios, incluso el ciático no dan hipertensión sino local. La del esplánico es muy rápida y general,

Un tercer procedimiento es la excitación de los centros vaso-constrictores por vía refleja. La excitación de un nervio sensible se refleja a los centros vaso constrictores, produciendo una hipertensión de carácter general. Como pasa con la excitación de la sección del pneumogástrico.

Por último, la vía humoral produce una hipertensión, como pasa en los casos de asfixia por el ácido carbónico (sabémos que el efecto de este gas sobre la excitación del centro respiratorio, de ahí que predomine la disnea sobre la hipertensión).

La excitación directa de 17 musculatura arterial ya 10

# Absceso Pulmonar

#### DOCTOR MIGUEL ROTONDO

Médico Internista Consultorio San Francisco

HISTORIA: I. G. P., de 27 años, casada, costurera, asegurada. Su afección se inicia el 10 de febrero. Estando embarazada de 4 meses, sufre un accidente callejero (caída de una gondola); a raiz del cual ese día presenta un aborto, no recibiendo atención médica de ninguna especie. Al día siguiente se levanta, pero ya en la noche, se siente mal y aparece bruscamente una puntada intensa a nivel de la mama derecha, acompañada de una tos penosa, quintosa, que va seguida de una espectoración sanguinolenta. No presentó escalofrios. Guarda cama y es atendida por un médico, pasando más o menos 7 días en estas condicio nes, sin experimentar mejoria alguna. Durante este tiempo. la enferma presenta temperaturas. En vista de esto recurre a la A. P., quien la hos-pitaliza con el diagnóstico de neumonia derecha. Es así como esta asegurada llega al servicio de Medicina interna Profesor Garreton, a la Sala San Borja, a las camas destinadas a las aseguradas y es atendida por mi

En sus antecedentes sólo es digno de mención un parto promaturo de 7 meses y el aborto de que ya hemos hablado.

AL EXAMEN de ella comprobamos una enferma tosedora. disneica, clanótica y muy decalda. Su dentadura ce encuentra en mal estado y lo lengua es saburral y poco húmeda. En los pulPones encon tramos: una macicez de los 2|3 inferiores del pulmón derecho. Las vibraciones vecales no se perciben en esa región, siendo débiles en el resto de los campos pulmonares. A la auscultación se percibe un soplo suave de los dos tiempos a nivel del ángulo inferior del omóplato derecho, en cuyas vecindades se aprecian estertores varios, predominando los sub-crepitantes.

El resto de sus órganos no presenta nada de especial. Su temperatura es de 38,2º, el pulso es de 102; las presiones arteriales de 8!4 Váquez. Presenta una espectoración abundante de sangre pura.

Con todos estos antecedentes pensamos en la probabilidad de un Infarto pulmonar. LA EVOLUCION de esta caso fus la siguiente:

El día 21 de febrere, o sea 11 días después de iniciada su afección, la espectoración siempre es sanguilolenta, pero ya se observan algunos esputos de pus.

Una Radiografia sacada en esta época nos da:

Infiltración de los 23 inferiores del pulmón derecho.

Los exámenes de orina, urcmia, R. Wassermann y R. Kahn y de Espectoración son negativos,

El día 24 de febrero, 15 días después de iniciada su enfermedad, la espectoración es francamente purulenta y en cantidad apreciable, aumentando paulatinamente hasta alcanzar la cantidad de 150 c.c. en 21 boras. El día 4 de marzo, 22 días después de iniciada su afección, la espectorazionó tom a un franco olor fetido, en cantidad de 150 c.c. el estado general empeora. El día 8 de marzo se le saca una nueva Radiografia, cuyo informe dice: "Imogen hidroárea en la mitad in-

sabemos que se puede hacer con Adrenalina, hipófisis y tiramina.

La tiramina es un derivado de la tirosina, ácido aminado que se produce en el curso de las putrefacciones intestina-les y que pertenece al grupo de las Ptomainas (García Valenzuela: Apuntes de Química). Es preciso, saber que la tiramina es hipertensora.

La adrenalina, puede evadirse de las capsulas suprarrenales en gran cantidad y lanzada al torrente circulatorio, puede producir una hipertensión considerable, obrando directamente sobre las fibras lisas de la pared arterial.

Esta secreción brusca de la adrenalina es provocada, por la excitación del Splánico, verdadero nervio adrenalino-secreEsta sería entonces la acción vaso constrictora general de este nervio como se dilo más arriba. Nos encontramos entonces antes una verdadera acción sinérgica del nervio y la glándula que no hace sino favorecer las bruscas poussées hipertensivas.

Para Vaquez esta es la causa etiológica de la hipertensión paroxística.

El fisiólogo Gley quiso experimentar la comprobación de lo anteriormente expuesto; pero los resultados fueron negativos; pero esto sírvió para que é; comprobara que la adrenalina es un cuerpo muy oxidable y que se descompone por estaoxidación, de ahí sus fracasos en sus experiencias y esta comprobación lo llevó a tijarialgunos segundos de tiempo para que se produjera la oxigenación y su destrucción total."

Esta experiencia de Giey, sin embargo, sirvió enormemente para explicar el por que la rapidez de la crisis de hipertensión paroxistica, puesto que la sangre es uno de los medios más oxidantes que se conoca y parece que sus oxidasas destruyen casi instantáneamente cualquiera descarga de adrenalina en la sangre.

El enfermo en cuestión va a pedir que temporalmente lo jubile la Caja, porque en este estado, no puede trabajar. Yo temo sobre la vida de este enfermo, porque está expuesto a una serie de fenómenos, de los cuales muchislmos serán da carácter irremediable.

# Aplicación práctica de la transfusión intravenosa en el lactante

Doctor CESAR PEREZ, Pediatra del Consultorio de Talca.

Antes de presentar algunos casos clínicos de esta naturaleza me voy a permitir dos o tres palabras que es en relación con el tema que abordo.

HISTORIA Y DEFINICION. — Se liama transfusión sanguínea al acto de inyectar sangre de un individuo (dador) en las venas de otro (receptor).

Se puede invectar sangre pura o mezclada con citrato de sodio, que es lo más frecuente, lo que llaman algunas autoridades médicas infusiones songuíneas.

"Se habla de auto-transfusiones cuando se inyecta sangre del mismo (que casi no tiene uso en pediatria).

Cuando se inyecta sangre de un individuo que ha sido vacunado previamente ya sea con vacunas Stock o con gérmenes debilitados del mismo receptor, se trata de la inmuno-transfusión.

Revisando un interesante trabajo de nuestro compatriota el doctor De la Maza, encontramos que la primera transfusión fué practicada en Estados Unidos en el año 1907 por Brewer y Carrel.

En 1913 Klinpton y Brown imaginaron la transfusión indirecta con tubos parafinados.

.En 1914 fué preconizada simultáneamente cuso de la sangre citratada por Huston, de Bruselas; Lewisonn, de Nueva York; Agote, de Buenos Aires.

Brechmann, en Francia; Herholz, en Estados Unidos, y Tobler, en Alemania, vulganizaron les técnica de la transfusión en el seno longitudinal

Posteriormente en 1929, en la revista francesa de Pediatria Francotte, publicó un extenso trabajo sobre este asunto.

Acerca de la manera cómo obra la sangre es un asunto no bien claro. Desde luego su masa tiene un papet muy importante en las hemorragias (Anemias agudas), restableciendo el equilibrio circulatorio.

En el lactante interesa más el aporte de Glóbulos Rojos, Anti Cuerpos y Plasma; este ditimo desempeña sin lugar a dudas un papel importantiaimo en la hidratación del organismo. La estabilidad del agua en los tejidos del lactante es poco segura, así se observa que en diarreas graves ocurren deshidrataciones de consideraciones, en tal forma que pasado cierto limite ya es imposible rehidratarlo por vía bucal o subcutánea. Esta se consigue muchas veces con la transfusión intravenosa.

No hay duda que el plasma debe actuar también sobre la asimilación en general llevando. Hormanas albuminoides asimilables directamente y fermentos contenidos en el plasma, también los glóbulos blancos, pues de otra manera no se exp.icaría el progreso manificato en las distrofias a lo menos acentuadas.

Con la sangre del adulto se hace un aporte de inmunicinas activas que benefician altamente al lactante sobre todo al menor de un año que no

ferior del pulmón derecho (absceso)".

Como continúa agravándose y la afección toma el carácter de una gangrena pulmonar, se comienza el día 18 de marzo con suero antigangrenoso 100 c.c. día por medio, alternade con pequeñas dosis de Neo de 0.15. Después de la 3.a inyección había desaparecido el olor tetido del desgarro, pero su cantidad se mantenía. El estado general había mejorado grandemente. Se le inyectan 2 dosis más de suero antigangrenoso y el día 27 de marzo se le saca la 3.a Radiografía, informando el radiólogo: "Se aprecia un aumento manificsto de la cavidad".

En vista de que no había ninguna tendencia a la curacy de que todos los tratamien-

y de que todos los tratamientos efectuados hasta entonces (reposo absoluto en cama, emetina hasta 6,90 centigramos, vitaminas en forma de aceite de
bacalao, etc.), no nabian dado
resultado alguno; se recurre el
día 29 de marzo, o sea 47
días después de iniciado el proceso, a la aplicación del 1,er
Neumotórax artificial practicado por el doctor Gundelach, inyectándose 200 c.c. de oxigeno. El peso de la enferma en
esta época era de 42 kilos; !a
espectoración sobrepasaba los
120 c.c. en 24 horas; el estado
genèral muy deficiente.

Desde el 1.er momento se nota la disminución de la cantidad la espectoración, la cual baja a 60 c.c. en 24 horas.

El día 4 de abril se le apilca el 2.0 Neumotórax en cantidad de 300 c.c. y el 6 de abril el 3.0. Con esto la espectoración desaparece completamente y el estado general mejora enormemente. El día 10 se procede al 4.0 Neumotórax y el 15 de abril se le saca la 4.a Radiografía; el informe dice: "Ha disminuido la extensión de la sombra observada en las radiografías anteriores. La cavidad se ha reducido y no se observa líquido.

El día 17 se aplica neumotórax y el día 23, el 6.0. Continúa la mejoría rápida, la enferma se levanta. El día 29 de abril el peso de la enferma es de 52 kilos, o sea en un mes, desde la aplicación 1.er neumotórax, ha ganado 10 ki os de peso. Su estado general es espiéndido, no siente ninguna molestia, se levanta diariamente y ayuda en todos los menesteres de la sala. Sólo se espera sacarle una nueva Radiografía y la opinión de doctor Gundalech para darle su alta sanu.

tiene anticuerpos activos, lo que le resta fuerza en la lucha contra la infección.

Una de las observaciones que presento es un ejemplo claro de esta natura eza.

En medicina se recurre con mucha más frecuencia, por ejemplo: en los sindromas hemorrajiparos (Melena neonatorum, hemorragias umbilicales, púrpuras, hemofilia).

En el raquitismo y en las anemias cripto ge-

En las pielitis que se prolongan (presenta un caso).

En afecciones pulmonares agudas, (Bronconeumonias), no es una cosa clara saber si va a ser favorable; en el Hospital de Niños observamos varios casos con resultados bri lantes y también agravaciones. En estas afecciones hav que tener muy en cuenta el estado del aparato cardio-vascular.

En trastornos nutritivos crónicos (distrofias graves) desde que se emplea este tratamiento. las estadísticas han mejorado en más de un treinta por ciento los éxitos.

También se han obtenido muy buenos resultados en las distrofias cen diarreas y en el infantilismo intestinal.

En los trastornos nutritivos agudos como la intoxicación alimenticia, siempre que no haya parado varios días con vómitos, diarreas o compilcaciones pulmonares; sin embargo, suelen observarse meiorías.

En algunas septicemias se puede también obtener algún resultado favorable.

Respecto a las vías de invección, las más corrientes son, las venas superficiales de la cabeza, de los miembros superiores, la yugular y la más común en el lactante es en el seno longitudinal.

Normalmente este seno corre de delante hacia atrás, por la parte central del Bregma, siendo la bisectriz de los ángulos anterior y posterior, lo que constituye un punto de reparo para abordarlo. Sin embargo, muchas veces hay anomalías que dificultan y a veces hacen imposible la intervención; pero investigaciones hechas demuestran que el seno es la bisectriz de alguno de los dos ángulos (anterior o posterior) dato que sirve mucho y guía al operador.

No me voy a referir a las otras guías porque en el lactante son poco socorridas.

Los aparatos de transfusión se puede catalogar en dos grupos, los que inyectan directamente la sangre total sin agregados, y que exigenrapidez para inyectaria a fin de que no se coagule, y aquellos en que se impide por medio de anticoagulantes químicos o cuerpos como la vaselina y parafina que lubrifiquen las paredes del continente.

Hay diversos aparatos como la jeringa de Jubé, la de Meyer y el de nuestro compatriota Cerutti

En los que se usan para sangre modificada están el de Becart (Jeringa vaselinada), el tubo parafinado de Klimpton Brown-Percy.

De todos estos el más usado es el de Cerutti, cuando en el niño se hace la transfusión en los miembros

El aparato que usábamos en el Hospital y en la práctica profesional es un tubo de cincuents centimetros de largo con capacidad para unos descretos c.c. de sangre; por la parte inferior cetà comunicado con un tubo de goma de essenta centimetros de largo que tiene un enchufe con

En el año 1930 el doctor De la Maza inventó una jeringa de gran capacidad, que sirve para extraer la sangre y al mismo tiempo como tubo para hacer la transfusión. Se han hecho muchas a la sangre citratada empleada en la transfusión. Se dice que un 25% de los accidentes post operatorios serían producidos por el citrato; se le atribuye cambios en el equilibrio co oidal dei plasma y plaquetas. Yodice opina que los fenórienos reaccionales no serían debidos al citrato sino que a la rapidez de la inyección, y esto es muy posible, pues he tenido ocasión de presenciar fenómenos muy alarmantes y en ocasiones mortales al inyectar un volumen apreciable de sangre (100 a 150 c.c.) con agujas que facilitan el paso rápido de la sangre (cianosis intensa. convulsiones, apnea, etc.)

A pesar de todas las divergencias de opinioues, no hay duda que el método más prâctico es el de la sangre citratada, y sobre todo en el lactante donde es indispensable lentitud y suavidad.

Naturalmente que en niños mayores cuando es posible se prefiere el método directo.

La cantidad de sangre a inyectar es otro punto discutido; algunos abogan por las pequeñas cantidades, etros por las grandes transfusiones. Nosotros, en el Hospital de Niños, observamos que no es posible abánderarse a una u otra opinión, y que la cantidad de sangre que se inyecta es determinada por el estado general del enfermo y la naturaleza de la inyección; y es así que indistintamente usábamos y seguimos usando grandes y pequeñas cantidades de sangre.

El canadiense Brown, y Lesne en Francia, son partidarios de las grandes dosis (30 c.c. por kio de peso); otros, como Bauman, aconsejan 10 a 15 por kilo de peso. Estas divergencias pueden ser debidas seguramente, a que usan días diferentes y en general distintas condiciones en que han hecho sus observaciones.

La Trecuencia de las transfusiones es un punto importante, pues no se puede repetir diariamente sino que con cuatro o cinco dus de intervalo para evitar algunos fenómenos reaccionales
que, segán algunos autores, como Tokco-Tori, serían debidos a la formación de anticuerpos o a
una aglitinación sanguínea pasada inadvertida
El doctor De la Maza, por su parte, observa que
la mayoría de los accidentes en sus experiencias
personales erán debidos a defectos de técnica,
los que han disminuído (aun en series de transfusiones, 6-7) con el perfeccionamiento del método operatorio.

En cuanto a la velocidad con que debe ingectarse a sangre, varía con el estado del paciente, y generalmente, en un niño con buen estado general se hace a razón de un c.c. por 25 segundos. Cuando hay posibilidades de accidente, un c.c. por 30 segundos, y en casos gravesun c.c. por minuto.

Accidentes. — Pueden referirse: 1) transmisión de enfermedades infecto contagiosas que son inevitables quando están en el periodo de

## Micosis del Pene

#### Dr. RAFAEL DAUDET

Cirujano del Consultorio de Talca.

úlnce algunos días en una de nuestras reuniones clínicos, me permiti presentarles un enfermo que estimé interesante, para que me dierais vuestra opinión sobre la naturaleza de la iestór que presentaba. En aquel cutonces nos queló la duda sobre el origen de tan rebelde afección a todos los tratamientos insutuidos, liegando a pensar se pudiera tratar de una afección meligna-

Nuevamente traigo ante Uds, el caso elínico con el enfermo curado de su mal, lamentando que este estudio adolezca de un vacio, cual es, los exámenes de laboratorio que habrían confirmado lo que vino a confirmar el tratamiento al

cual fué sometido posteriormente.

Hace más de un año se presentó a mi consulta el paciente L. R. M., de 36 años de edad, casado, de profesión electricista. Hombre de buenas costumbres, no es bebedor ni fumador. Su padre murió de una bronconeumonía y su madre de una afección cardíaca. Fueron diez y seis hermanos, de los cuales trece han muerto la mayoría de más de diez años de edad. No hay antecedentes tuberculosos en la familia. Su esposa es sana; ha tenido tres hijos, viven sanos; no ha tenido abortos.

Enfermedades anteriores.—Alfombrilla, A los dos años de edad una conjuntivitis purulenta que le dejó como secuelas un leucoma adherente con catarata polar anterior en el ojo derecho y una nube central con miopía en el ojo laquierdo con astigmatismo. Fiebre tifoldea como a los diez años de edad; meses despusa adenitis axilar e inguinal supuradas. Hace cuatro años gonorrea y desde hace tres años sufre de una colecistitis crónica. Dice no haber-tenide nunca chancros.

Enfermedad actual.—Viene a la consulta porcue hace más o menos cinco meses y sin haber tenido relaciones sexuales con otras mujeres le aparece en el surco balano-prepuelal una pequefia ulceración dolorosa y con mucho prurito. Como esta lesión, a la cual no le diera mayor importancia en un principio, se biclera más profunda y más extensa, y hasta la fecha, varios meses, no obedeclera con los tratamientos caseros que empleara, resuelve consultarme.

Al examinarlo compruebo en el surco baianoprepucial una lesión que a primera vista da la impresión de un verdadero chancro duro. Más o menos de dos centímetros de largo por un centímetro de ancho, de bordes cortados a pico, duros y de base también dura, dolorosa, fondo fregular y superficie granulosa; no hay adenopatta inguinal, ni generalizada. Resto del organismo, nada de especial. No ha tenido signos secundarios de sífilis.

Motu proprio se había hecho colocar una serie de inyecciones de Neosa-varsán y diez inyecciones de Bismuto, sin notar ninguna mejoria; al contrario, dice, que la lesión aumentó de tamaño. A pesar de todo y dada las características de la lesión, diagnostiqué una afección sifilitica de tipo rebelde. Pido una reacción de Wassermann, la cual resultó negativa. Instituí siempre tratamiento específico con Neosalvarsán y Bismuto B en forma intensa sin obtener ningún resultado.

En vista del fracaso y dudando del origen sifilitico y temiendo a guna localización maligna, aunque poco probable, le aconsejé un viaje a Santiago. Fué atendido en el Hospital San Luis, donde le repitteron el Wassermann, cuyo resultado también fué negativo. Regresó con un tratamiento de lavados de oxicianuro de Hg y iocalmente pomada de calomelano. Pasaron varios meses que no tuve ocasión de verlo nuevamente.

Un día aparece en mi consulta. Está enfermo hace más de diez y seis meses. Al examinario me llama la atención que la lesión tiene el mismo aspecto de antes, unicamente un poco más extensa. El estado de salud del enfermo es excelente, ha aumentado de peso y no ha aparecido ninguna complicación. Fué entonces cuando me permiti presentar el enfermo a mis colegas, no llegando a ningún diagnóstico definitivo sobre el origen de esta lesión con caracteres de una verdadera úlcera.

Pensaba enviarlo nuevamente a Santiago para que se le practicaran los exámenes del caso, cuando me vino el recuerdo de una afección que, s! bien es cierto es rara, podía tratarse de ella; me refiero a una micosis. Por falta de medios no se hicieron los exámenes para descubrir el hongo. lo que es muy sensible, dado el resultado que se obtuvo con el tratamiento prescrito. Sin embargo, debemos pensar en otras afecciones con lacuales hay que hacer el diagnóstico diferencial La sifilis quedaba descartada con los antecedentes del enfermo, el examen serológico negativo el fracaso del tratamiento y la falta de invasion ganglionar. Un chancro tuberculoso, además de ser muy raro, no habria seguido la evolución que siguió la afección que nos ocupa, además falta de antecedentes y el estado general excelente del paciente. Una lesión con evolución de carácter maligno podía haberse tratado, pero estaba en contra la edad del paciente, la evolución y el largo tiempo que se mantuvo sin com-

iucubación. Se han citado casos de transmisión del paludismo; 2) Rebidos a maia determinación de los grupos sanguíneos; 3) Por punción defectuosa del seno. Puede a veces traspasarse e; seno y dar lugar a hemorragias intracraneanas; 4: Una dilatación aguda del corazón derecho que Pochet y Lesne lo atribuyen a una inyección rápida; 5) Alzas de temperatura y a veces exanma de la cara que son pasajeros.

El procedimiento lo explicara en otra memoria.

# Operación de Thalma espontánea

#### Dr. OSCAR YENSEN

Internista del Consultorio de Antofagasta.

En una operación de mioma, se encuentra la realización de la operación de Thalma espontácamente.

Trátase de una inglesa (A. de W.), residente Bolivia, 48 años de edad, casada.

A. M.: Padres sanos.

A. P.: Menstruó por primera vez a los 18 años y fué desde el comienzo siempre abundante y poce dolorosa. Se casó a los 26 años y no recuerda
la menor manifestación de embarazo. Fuma y
bebe con placer y no hace misterio de sus excesoe.

F. f. ant.: Desde los 13 a los 18 años sufrication de de la fuerte anemia que al médico trataute hizosensar en una tuberculosis. Sólo recuerda que se preocupaba mucho de su alimentación, pero no sabria decir si no comía debido a do ores abdeminales o a la faita de apetito. También recuerda que su deblidad era tal que no podía subir gradas sin ser ayudada. Este estado se desarrolló a raíz de una seria escarlatina.

Enf. actual. Con alguna frecuencia padecía de un cuadro gástrico que ella llamaba "indigestión" y consistía en un malestar a lo largo del epigastrio que sin ser dolores tampoco dejabar de serlo, pero que pasaban con un ligero régimen o con algún alcalino. Consultó a veces médicos que conocían sus hábitos así que no le daba importancia y ella misma conseguía siempre redireponerse a estas molestias. Por otra parte, sou menstruaciones se hacían periódicas, máalondantes y largas, de modo que consultado se médico, le indicó la operación y le aconsejó bafe a a Antofagasta.

Examen: Enferma de aspecto congestivo, del-

rada pero no enflaquecida. Extertores bronquiaies abundantes en ambos pulmones, debido a una bronquitis que databa desde hacía 15 días. Presión sanguínea tomada con el Pachon; 18-12.

Examen general: Utero agrandado, lobulado, movible del tamaño de la cabeza de un niño de

algunas semanas de cdad.

Examen Laboratorio: Orina P. E. 1005; reacción ácida. Albámina y glucosa no hay. Urea 2 %. Coruros 3 ojoo. Indican vesigios. Pigmentos biliares, ácidos billares y acetona no hay. Urobilina regular cantidad. En el centrifugado 4 6 5 leucocitos por campo.

Radioscopía del tórax: El diafragma se mueve bien, campos pulmonares ciaros, aorta normal, corazón ligeramente aumentado de volumen,

en especial el ventrícu o izquierdo.

Desde el momento que llegó a éste y se decidió por la operación, y se puso en tratamiento y a régimen.

Como se tratara de una persona que estaba lejos de estar enviciada, a pesar de gustarle el cigarrillo y el licor fuerte, fue fácil establecer la abstención total de estos tóxicos y la bronquitis curó en menos de 15 días y la urobilina en la crina había bajo a indicios para el día de la operación,

El día 12 de Junio, hubo anestesia raqui lea con tutocaína, con un resultado comp.eto, se procedió a la laparotomía media suprapubiana, cayendo sobre la marcha en el epipión que se incinde, pues, se encuentra en toda su amplitud y extensión adherido a la pared anterior del abdomen. El peritoneo estaba ralamente provieto de puntitos biancos o gris perla y uno que otro de puntitos biancos o gris perla y uno que otro

prometer los ganglios vecinos y el estado gene-

No encontrando otra afección a la cual atribuir el origen de esta verdadera dicera situada en el eurco balano-prepuenta, pensé, como digo, se pudiera tratar de una micosis del pene, a posar de no haber encontrado descrita esta lesión en este órgano. Sometí mi enfermo al tratamiento yodurado, prescribiéndole Yoduro de Potasió en dosis progresiva hasta completar sels gramos diacios y localmente una pasta a base de Yodo metálico y Yoduro de potasio. Con gran sorpresa para mí y el enfermo, la lesión comenzó a cicatrizar rápidamente para cetar completamente soa más o menos a los veinte días:

He presentado este caso por considerario interesante, ya que se trata de una afección rara y que tal vez sea el único descrito entre noso-

La Micosis es, hasta cierto punto, una afección rara y en la cual pocas veces pensamos. Todos sabemos que sus localizaciones más frecuentes son la región cérvico-facial. Son muy raras las epidermo-micosis. La forma más frequente de la micosis es la actinomicosis, producida por el cohnistreptotrix israeli, el actinomices, el actinobacilus. Su frecuencia es mayor de
la que se cree. Estos hongos existen de preferencia en la cavidad bucal en forma de saprófitos, penetrando en el organismo a traves de las
carles o por efracción de las mucosas. Esta es la
actinomicosis clásica con granos amarillos que
constituye su característica. Este no ha sido el
caso de nuestro paciente por cuanto nunca se
observaron granulaciones amarillas. Lo más prelable es que se haya tratado de una Blastomicosis o Esporotricosis de forma tegumentaria y de
aspecto chancroso.

En cuanto ai diagnóstico positivo de las micosis en la mayoría de los casos es muy dificilde hacer con precisión, de ahí que pasan a veceslazgo tiempo ignoradas, como en el caso nuestro. Los medios de diagnóstico más seguros son el cultivo en medios aerobios y anaerobios, la biopsia y el tratamiento específico de prueba con el Yoduro de potasio, a pesar de que algunor autores, como Dechaume, no lo considera específico. Posiblemente así sea para algunas formas de micosis ya asociadas debido a su localización y cronicidad.

## Reuniones Clínicas de Consultorios

CONSULTORIO DE CONCEPCION

PLEUROLITOS EN EL CURSO DEL NEUMOTORAX ARTIFICIAL

A propósito de un caso clínico presentado a la III reunión del Consultorio,

Por los Drs. JORGE ABASOLO, Tistólogo. — DOMINGO PUGA M., Internista-Radiologo.

Se trata de hallazgos raciológicos de cuerpos libres o pediculados en la cavidad intrapleural de un neumotérav attificial, cuva patogenia puede ser mültiple, aunque generalmente se originan a partir del exudado pleural que con tanta frecuencia acompaña el curso del neumotórax. Aunque casi ciempre tales derrames desaparecen más o menos pronto por reabsorción, pueden dejar o no tras de si formaciones membranosas, sínfisis pleurales o adherenclas cordonales y suele suceder que en contadísimos casos. como verenios luego, dan lugar a la formación de cuerros redondeados y móviles, bastante característicos.

Historia. — Fueron los Afnicos franceses, Sergent y Bordet, quienes en el año 1926, en la Sociedad de Estudios Científicos de la Obra de la Tuberculosis, hicieron la primera descripción de esta curiosidad radiológica, y es a ellos a quiches se debe el nombre de "pleunes se debe el nombre de "pleurolito" con que la señalaron. En ese mismo año, Dull, en Alema-nia, describe tres casos seme-jantes y los autores rusos: Klin-kowstein y Belajeva, señalaron dos nuevos casos.

En 1928, Urbain Guinard presenta a la Sociedad de la O. de la T. un séptimo caso de pleurolito.

En 1930, Ch. A. Piguet y René Jeanneret, del Sanatorio 
Mount Blanc de Leysin presentan otro caso a esta misma Sociedad. Ese mismo año. Luis P. 
Romasuera, de La Habana, describa el primer caso que se presenta en América. Sossi. en 
Italia, señala dos casos más. Jacob y Dioclés presentan un nuevo caso a la Sociedad de la O. 
de la T.

Nuevamente en 1932, Saya presenta otro caso de pleurolito a la Sociedad de Tistología de Barcelona, y Parada, de La Habana, a su vez, describe todavía otro, completando una estadística de 14 casos.

En Chile, a pesar de practi-

carse la colapsoterapia de 20 años, aun no se había publicado ningún trabajo respento de la presentación de esta rara complicación que suele o urrir en el curso del neumotórax artificial; afirmación esta i que ros corrobora el distinguido Prof. de Tisiología de Santiago, Dr. Hector Orrego Puelma, en carta enviada a uno de otros, en que declara que nan no ha tenido la oportunidad de haber visto ningun caso de 68tos en nuestro país, ni conocer ninguna publicación que se haya hecho entre nosotros sobre esta materia. Además, se debe recordar que Jacob y Rist han observado estos mismos cuerpos, pero adheridos por un prdículo a la pleura y no totalmente libres.

Patogenia. — Según la teoría de Sercent, los pleurolitos ae deberían a una coagulación masiva o espesamiento progresivo de los exudados pleurales, que tan frecuentemente acompañan el curso del neumotórax; esos

diminuto quistecito. El apândice estaba englota
co en algunas adherencias y se extirpa en el cur
so de la operación, la cual consistía en la histerectomía subtotal, pues en el útero se revelabala presencia de varios miomas que correspondían
al tamaño que se notó en el examen. La operación se terminó sin dificultad después de p.incionar la multitud de quistecitos del ovario izquierdo y dejar en su sitio sin tocar el derecho

que reverba la presencia del cráter aún ablerto

del óvulo de la última menetrusción, la que ha
tía sido hastante recia y fué controlada con clo
ruro de calcio y ergotina.

Las adherencias, especialmente el epiplón mismo no revelaban un proceso patológico, de modo que no fueron tocadas ni se trató de reconocer al hiendo va que habría sido un error mover el epiplón del sitio en que se había ingertado.

La curación fué per-prima y se levantó a los nueve días, pero ha preferido permanecer en el hospital, ya que su casa está en Bolivia y la tentación de volver ten pronto a sus hábitos anteriores, so le posterga.

El diagnóstico, que llevó a esta enferma a la

mesa de operación fué un mioma del útero que no ha tenido nada de extraordinario en ningúa momento de su evolución, de su operación o de su convalecencia; pero en cambio es digno de detenerse a reflexionar sobre el estado del peritoneo y en especial del epipión.

¿Tuvo el proceso de adherencia del epipión als guna relación con el estado anémico de la enferma a los 14 y 17 años de edad? ¿Fui la en car'atina causa suficiente para pensar que hubiese favorecido un pousée tuberculoso del peri toneo y epipión y que curada oportunamente sólo dejó las sinequias del epiplón a la pared anterior del abdomen Ahora quedaría por preguntar: el epipión, adosado a la cara anterior del abdomen en forma tal como se trata de conseguir con la operación de Thalma en caso de cirrosis hepática, ¿habría favorecido al higado, en la defensa contra la intoxicación alcohólica ¿O será un proceso que ha evolucionado últimamente, ya que nunca ha habido sintomas que justificaran pensar en esta lesión?

Las probabilidades para explicar este proceso están de parte de una peritonitis tuberculosa, raíz de la escarlatina que ha sanado en el cur-

so de los tres años.

pequeños exudados se transformarian en una masa gelatinosa que bajo la influencia de sus desplazamientos adquiere la forma de una bois. l'ara este autor, estos cuerpos extraños se pueden formar en la cavidad pleural fuera de toda participación de la pared y de toda formación conjuntivo-vascular. Su formación estária en relación con ciertas comprobaciones necropsicas en las viejas pleuresias enquistadas en que se han encontrado colecciones gelatiniformes o mastic. Posteriormente. Dumarest y Murat han Hamado fenómeno de cristalización a esta coagulación masiva señalada por Sergent y se-gún el Dr. Parada, ya citado, este fenómeno descrito podría explicar el hecho que resultan secas rápidamente algunas punciones practicadas en pleuriticos, cuando toda exploración clínica y radiográfica harla pensar otra cosa.

Guinard, por su parte, cree que tales pleuríticos podrían formarse por una proliferación celular de las paredes de la cavidad pleural, o bien, serían di resultado de un conglomerado de falsas membranas primitivamente pediculado, hecho que estaría de acuerdo con lo observado por Jacob y Rist, o sea que estos cuerpos no siempre son libres desde el primer momento, pues los hay fijos per amplia soldadura o pediculados.

Por último, Piguet y Jeanneret admiten una patogenia hemorrágica y apoyándose en los trabajos alemanes y rusos. sostienen que los pleurolitos se producirían por sedimentación progresiva de capas da fibrina sobre un coagulo sanguinec. formado en medio del exudado pleural y resultante de pequeñas hemorragias que pueden deberse ya sen al empleo de una mala técnica al practicar el neumotórax, o bien por el uso de trécares cuyos bordes más c menos embotados ocasionan destrozos en los tetidos perforades; todavia más, se ha visto que tales hemorragias intrapleurales pueden deberse a la sección de adherencias por cl procedimiento de Jacobaeus.

por nosotros parece enquadrat perfectamente en la teoría de la coagulación masiva del exudado pleural sustentada por Sergent, creemos que la patogenia de los pleurollic es múltiple, pudiendo sér en unos casos, hemorrágicas; en ciros, exudatriz, y en otros, un conglomerado de falsas membranas que ha cortado su pediculo.

Sintomatologia. -- En estos enfermos el ruido de glú-glú de los derrames es substituído per una sensación de choque en determinados puntos de las paredes toráxicas, provocado por el desplazamiento del cuerpo dentro del hemitorax. Este ruido se puede comparar al producido al percutir un tambor o un gong y la mano suele percibirlos en tos cambios de posición del térax. Algunos enfermos no acusan ninguna de estas sensaciones debido tai vez a que presentan pleurolitos de poca densidad y ligera consistencia, pues se ha visto que a veces estos cuerpos, antes de movilizarse tienden a estirarse, por lo cual Romaguera cree más oportuno llamarlos cuerpos gelatinosos y Sossi los llama cuerpos fibrino sos. Pueden presentarse en cua! quier época del curso del neumotorax.

Radiologia. - A Rayos X se aprecia una sombra redondeada de bordes netos o festoneados, que parece descansar sobre el diafragma y con los caracteres de un cuerpo laxo, móvil, libre y facilmente desplazable en la cavidad pleural. La sombra provectada en la placa rudiográfica, Sergent la compara a la del miocardio. aunque puede ser mucho más ciara. Su consistencia la compara a la de la masilla y refiere que son ne cesarios movimientos amplios y bruscos para que se desplace de su sitio, aunque Guinard ha observado que se mueve fácilmente, pudlendo inmovilizarse en los fondos de saco costo-diafragmáticos en la posición vertical, en donde su imagen es posible que se confunda con aquilla de los pequeños derrames y pasar inadvertidas para el radiólogo poco experimentado frente a estos raros hallazla terapéutica no hay ninguea indicación que llenar, pues estos cuerpos intrapleurales son perfectamente tolerados, sin más inconveniente que aquél que suele producir el choque en los cambiós de posición del mismo con ocasión de algun movimiento brusco que efect. a el paciente y no comprometen en nada los resultados genera!mente brillantes del neumotórax artificial. Por esta razón no vale la pena someter al enfermo a un reposo prolongado para provocar la formación adherencias que fijen el cuerpo móvil a la pared.

#### CASO CLINICO DE PLEURI-TICO EN UN NEUMO-TORIZADO

T. I., de 21 años de edad, soltero, empleado en la Fábrica de Paños "Concepción", inscrito en esta Caja Local con el N.o 25700. Hoja clínica N.o 20259. Fecha: 16-II-1934.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Han sido - 7 hermanos: 4 muertos en la primera infancia, los demás sen sanos.

Habitos. — No fuma; bebe ocasionalmente,

Enfermedades anteriores. — En general ha gozado de buena salud hasta la edad de 2º años. En Marzo de 1934 presenta disentería; en Junio, sarna; en Agosto, hemorroides internas; en Septiembre es hospitalizado por un absceso peri-ana; y en Noviembre de ese mismo año, fístula anal y constipació:

Enfermedades venéreas, — Ha tenido blenorragia que se reagudizó en Marzo de 1934. No acusa antecedentes de chancro.

Enfermedad actual, - El 16 de Febrero de 1934, en circunstancias que nos encontrábamos en calidad de médico-internista reemplazante en este Consultorio, este enfermo viene a consultarnos, porque desde hace solo tres días que comienza a sentir dolores en la parte alta del hemitorax derecho y además un poco de tos y espectoración. Hecho el examen físico, resultó negativo, nor lo cual sólo a1ministramos un tratamiento sintemático. Un mes después paciente consulta nuevamente

Aunque el caso presentado Tratamiento, - En cuanto a porque presenta anorexia, aun-

que el estado general es bueno y el examen físico no revelunada de particular, se le recetan tónicos.

El 30 de Julio lo ve un colega internista, quien anota esi la hoja ciforca so amente Mialgias dorso-lumbares. A fines de Agosto, otro colega tambi' i integnista sospecha la presencia de hemorroides. Envia el enfermo al cirujano, quien confirma el diagnostico.

El 4 de Septiembre es consultado por segunda vez este citimo colega internista aludido y sólo comprueba una Bronquitis: pero al ser consultado por tercera vez. el 8 de Octubre, sospecha una postble Tuberculosis pulmonar, porque en la baca pulmonar derecha encuentra una zona de infiltración con estertores abundantes en una pequeña área. Pide una radioscopfa pulmonar y el informe del Dr. N. Duran es el siguiente: "Región infraciavicular derecha, sombra extensa, confluente que toma también el vértice Se aprecia y región parietal. una gran caverna dentro de la misma zona afectada"

En vista de este resultado, se le recomienda al paciente que nos consulte, lo cual hace el 14 de Octubre.

Resumiendo diremos que se trata de un enfermo con una afección pulmonar que posiblemente comenzó hace 8 meses airás por lo menos, sin que haya, presentado gran sintomatología subjetiva. Mi objetiva.

El interrogatorio nos indica que el enfermo presenta las siguientes antigmas: dolores al hemitórax, derecho, tos y espectoración, anorexia, enflaquecimiento, transpiraciones nocturnas y adinamía.

El nuevo examen pulmonar nos revela: una submacieez de la mitad superior del hemitórax derecho; extertores subtregitantes en la parte alta del pulmón derecho. Respiración muy soplante en el resto de ese miame campo pulmonar. En el lado izquierdo, no se aprecian síntomas.

En el resto del examen físico no se aprecia nada de patológico, fuera de un estrabismo y su fístula anal.

Teniendo presente el informe radioscópico pulmonar, los detos anamnésicos y los sintprassistos pulmonares, formulames el diagnóstico de una probable Tuberculosis pulmonar derecha exudativa cavitaria. Para confirmar este diagnóstico pedimos una radiografía pu'monar y una investigación de bacilos de Koch en la espectoración, cuyos gesultados fueron los siguientes:

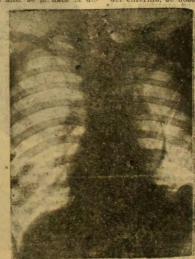
Radiografia pulmonar.—"Imagen confluente que ocupa el lóbulo superior derecho. Lobitis". Dr. Dgo. Puga.

Baciloscopía. — "Hay bacilos de Koch". Dr. de la Fuente.

Evolución y tratamiento: -Por tratarse de una lesión puimonar uni'ateral, exuditiva. con bacilos de Koch en el desgarro, se procede a hacer una colapsoterapia en el lado derecho. El 18 de Octubre, con presión inicial de -12 se invectan 200 cc. de aire, quedat do la presión en .-- 8, El colapso del pulmón se va efectuando en muy buenas condiciones. Después de la séptima insufiación hecha el 6 de Diciembre. aparece un pequeño exudado pleural, que al reabsorberse 74. pidamente permite continuar normalmente las insuflaciones de aire. El 2 de Febrero del presente año, se le hace la dé-

cima insuffación. Al mes guiente nuestro paciente . consulta nuevamente, ocasión que aprovechamos para pedirle un nuevo, control radioscopico antes de proceder a una pueva reinsuflación. El informe radió ogo con fecha 6 de Marżo dice: "Colapso derecho de dos tercios. Pequeño derranic del seno costo-diafragmatico derecho". A fin de no ir a producir una irritación pleural que fuera a aumentar el exudado. nos abstuvimos de inyectar nuevas cantidades de aire. Otro informe radioscopico de fecha 29 de Marzo indica la total desaparición del derrame y aflo se hace notar que se ve anicamente una ligera disminución de la transparencia del seno costo-diafragmático derecho. En vista de este informe favorable continuamos nuestro trutamiento haciendo la undécima insuffación el 4 de Abril y la siguiente el 26 del mismo mes.

El 8 de Mayo pedimos un nuevo control radioscópico euyo informe es el siguiente "Neumotórax derecho colapso de más o menos dos terciosCuerpo libre intrapleural, ovoldeo que cabalga en el diafrasma. En posiciones inclinadas del enfermo, se observa que es-



1700

S. C.

BIR 198

250

te cuerpo se desliza suavemente hacia el seno costo-diafragmático derecho. Conclusión. Pleurolito". Dr. Dgo. Puga.

Sorprendido por tan extraño hallazgo y para dejar constancia de él, se decide tomarie una nueva radiografía, la cual permite apreciar un cuerpo libre, redondeado, del tamaño de una nuez, situado sobre el diafragma (ver figura N.o. 1).

Se trata, pues, en este caso. de la formación de un pleurolito en un enfermo en que a los dos meses de tratarsele con neumotorax artificial, presenta un ligero exudado pieura; que se reabsorbe rapidamente, sin que sea necesario interrumpir la cura; pero este pequeño derrame sa reproduce a los cinco meses de haberse iniciado cl colapso, lo que obliga a suspender la reinsuflación que debiamos haber hecho en el mes de Marzo. No olvidemos que a

fines del mes recián citado el derrame se reabsorbió, pero dejando una disminución de la transparencia del seno costodiafragmático derecho, que sin tomarla en mayor cuenta, continuamos el tratamiento y sólo al radioscopiar al enfermo el 8 de Mayo, el radiólogo se sorpendo de encentrar este cuerpo extraño.

Como se ve, ninguna otra circunstancia, fuera del derra me pieural ha mediado en la formación del pleurolito motivo de la presente historia y creemos que en un comienzo debido a su poca consistencia, su formación pasó desapercibida y se la interpretó como una disminución de transparencia.

Tal formación no produce ninguna molestia a nuestro enfermo, el cual ha continuado normalmente en su trabajo desde poco tiempo despuás de haterle iniciado la cura con neumotórax.

Bibliografía.

- Jacob y Diocés, Cuerpo móvil intrapleural en un tuberculoso tratado con neumotórax. Revue de la Tuberculose. Mayo de 1930 Pág. 556.
- Sossi (O). Cuerpos fibrinosos libres en la cavidad pieural en el curso del neumotórax. Revue de la Tuberculose. Abril de 1936. Pág. 720.
- 3.—Romaguera, Luis P.—Pieurolito en un enfermo neumotorizado. Prensa M<sup>5</sup>. dica. Habana. Mayo de 1930. Pág. 11.
- Parada. Formación de un cuerpo libre intrapleural en el curso de un neumotórax artificial. Prensa Médica. Habana. Marzo de 1932. Pág. 1.

## CONSULTORIO DE CONCEPCION

Reunión clínica, del 26 de Mayo 1935

Presidida por el Médico Director Provincial, Dr. José Reyes A. se abrió la sesión a las
18 horas con asistencia de los
colegas Elias Rojas, Félix
Moena, Carlos Valenzuela, Jorge Grant, Domingo Puga, Jorge Abásolo, Edugrdo Benavides, Abraham Campos, René
Louvel, Nicanor Durán, Carlos Camino, Alberto Brieva,
Liborio Moraga y Victor de la
Fuente.

Se leyó y fué aprobada el acta de la reunión anterior, pamandose en seguida a desarrollar la siguiente tabla:

Dr. JORGE GRANT. — Un caso de meningo-encéfalocele. Se trata de un lactante de siete meses de edad, muy bien desarrollado: pesa 7.12 kilos. allmentación pecho, sopa y jugos de frutas.

En la región frontal y en la región occipital presenta dos tumores del tamaño de una naranja, que corresponden dos encifalo-meningoceles: anterior o sincipital y posterior u occipital. Son casos bastante raco, pues se calcula uno por cada 4 mil o 5 mil partos.



Respecto a la etiología, no hay nada definitivo. Se plensa en procesos inflamatorios inflamatorios intrauterinos, en una estrangulación amniótica, en exceso de presión intracraneana, etc.

Su pronóstico es fatal, pues muere el 100 % en el primer año de vida por meningoencefalitis.

El tratamiento es exclusiva-

mente quirúrgico y es el único que suele mejorar el pronóstico. Por lo tanto, si la madre acepta la operación de su guagua, haciéndole ver la extrema 
gravedad que envucive la intervención, sería éste el momento de efectuarla ya que di
lactante está en espléndido estado nutritivo (ver fotografía), 
condición indispensable para la 
operación.



Después de un debate en queparticipan la mayoria de los asistentes, y de-consultar a la madre dei entermito, se acuerda intervenir. La operación será practicada en dos tiempos, por el Dr. Abraham Campos, en su servicio del hospitat: en el primer tiempo abordará el tumor sincipitat, y en el segundo, un mes después, el meningo-encéfaloccie ne la región occipital.

Dr. JORGE ABASOLO. Un caso de caverna solitaria de la base pulmonar. Pocas veces se tiene la oportunidad de encontrarse con uno de estos casos y con justa razón el Prof. León Bernard admite esta localización bacilar como excepcional en la tuberculosis pulmonar. Por nuestra parte, en más de cuatro años de labor y después de atender un incontable número de enfermos pulmonares, sólo en dos ocasiones hemos encontrado esta localización, que es en el sector prehillar inferior.

Los sintomas auscurtatories son discretos o nulos, y a los Rayos X se comprueba una disminución de trasparencia en la parte inferior del campo pulmonar. En nuestros enfermos el diagnóstico se facilità por tratarse de lesiones cavitarias

El tratamiento de elección será la colapsotrapia que, en creo de co dar resultados sufefactorios, sea por adherencias picurales u otra causa, se acompara de una frenicectomía.

En el primer caso de nasctra referencia se trató de una tuberculosis pulmonar cor coverna de la base del pulmona cor coverna de la base del pulmon derecho, en el cual, gracia: a un neumotórax, obtuvimos un precioso colapso selectivo del lóbulo inferior de ese poimón. El enfermo al poco tiemos seintió mejor, lo dimos de alta con la condición de que vinicas periódicamente a continuar su cura; pero desgraciadamente no se dignó concurrir.

El enfermo que presento ahora es el asegurado J. de D. E., Insc. 51989, soltero, empleadoque el 24 de Diciembre de 1931 viene a consultarnos por indicación de un colega. Es el segundo caso que he encontrado.

Antecedentes hereditarios.—
Padre muerto de tuberculosie pulmonar en 1933. Madre viva y de salud precaria. Han sido trece hermanos: diez de ellos muertos, seis en la primera infancia; los demás en la edad adulta, uno de ellos también de

The pulmonar De sus hermanos que viven, uno padece da The pulmonar y es cliente de este servicio.

Antecedentes personales. — No fuma ni bebe. No acusa enfermeaaues venereas.

Entermedades anteriores. --

Enfermedad actual. — Comienza en Octubre de 1934 con espectoración que ai princípio fué hemoptoica y que después continuo siendo muco-purulenta, acompanada de dolores al hemotorax derecho. Dos mesea después traspiraciones nocturnas.

Examen físico. — Enfermo en posición activa, algo enflaquecido, pálido. Pu.so 84. Temperatura 37.3%.

Puimones. — A la inspección se aprecia ligera inmovilidad del hemitórax derecho. Percision: ligera submacicez de la base derecha. Palpación: pada de especial. Auscultación: respiración soplante en todo el campo pulmonar derecho.

Radiografía e informe radiológico: "Caverna solitaria de la base pulmonar derecna, Tenua y difusa infiltración de la misma. Resto, normal".

Baciloscopia: Hay bacilos de Koch (examen en concentración).

Otros exámenes: Reac. de Kahn negativa. Reacción de Weinberg, negativa. Reacción de Cassoni negativa.

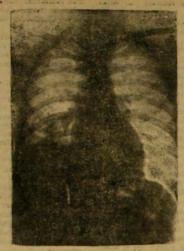
Formula leucocitaria:

Polinucleares Linfocitos		neutrófilos				60
	-					6
Eosinófilos .				70	14	5
Basofilos .	-		2			1

Evolución y tratamiento. -El 2 de Febrero del presente tratamiento año se inicia un colapsoterápico del pulmón derecho con presión inicial de -7; se colocar 200 cc. de alre, quedando la presión en - 3. El día 4 se intenta una segunda insuflación sin resultados, pues el aparato no marca presión. El día 11 se consigucolocar apenas 100 cc. de aire con gran insuflación. En vista de este resultado tan pobre se decide a hospitalizar el enfermo para insistir en el neumotorax y en caso de fracasar del



Después de la frenjesctomia



Antes de la operación

todo, hacerle una frenicectomia, pues se sospecha la existencia de fuertes adherencias o una sinfisis pleural derecha.

Una vez hospitalizado, intentarnos de nuevo hacer el neumotórax y en una quinta insuflación con presión inicial de 4-5 se inyectan 150 co. de aire, quedando la presión en -10. El 21 de Marzo hacemos una sexta insuflación y, con gran sorpresa nuestra, notanos la sensación de un ruido sordo como si las hojas pleucativas es desprendieran y, efectivamente, en ese momento el manómetro marca la excelente presión de — 12; se consigue in yectar, 300 cc. de aire, quedando la presión en — 1. Dos días después logramos inyectas otros 300 cc. de aire y el 23 de Murzo 380 cc. La radioscopía decontrol tomada al día siguiente indica un neumotorax parcial derecho y fuertes adherencias

pleurales. El estado general comienza a mejorar bastante.

Slempre con presiones meniocres insist mon en el tratamiento hasta el 17 del presente mes de Mayo, fecha en que apenas es posible colocar 50 cc. de alre, quedando la presión en el-Una nueva radioscopía tomade, el 18 indica siempre un pequefio colapso que estimamos insuficiente, por lo que pensam se que es indispensable practicar en 21 una frenicectomía.

Hemos querido presentario antes de efectuarse esta intervención para observar sus efectos aigún tiempo después y presentario nuevamente en unspróxima reunión cifnica.

Comentando el caso, el Dr Domingo Puga hace ver la importancia social que tienen estos enfermos portadores de la infección tuberculosa. Hace notar que estas lesiones uicerosas del pulmón evolucionan niffchas veces con buen estado general, siendo, aún más, silenciosas al examen clínico, por cuvo motivo su diagnóstico puede pasar inadvertido. Sólo e! examen con los Rayos X nos puede revelar, entonces, una imagen cavernosa típica en un parénquima sano. Insiste en la importancia diagnostico del oportuno, ya que estos enter-mos son constantemente baciliferos y diseminan la infección por todas partes.

Se levanto la reunión a las

# 9.a REUNION CLINICA EN EL SERVICIO DE ENFERMEDA. DES BRONCO-PULMONARES DE SANTIAGO

8 de mayo de 1935

Presidió el Jefe del Servicio.
Profesor H. Orrego Pueima y
asistieron los señores doctores
Oscar Peralta, Agustín Arriagada, Juan Stipisic, Otto Riedel,
Rubén García Valenzuela, Rafael Hevla, Manuel Moreno,
Domingo Urrutía, Alejandro
Reyes, Honorio Aguirre y
Fernando de la Vega.

1.—Dr. HECTOR ORREGO P. — Sobre costo de recetás en el Consultorio de Bronco-paimonares. — Da a conocer un gráfico en qui la Sección de Farmacia representa nuevamente el alzado costo de las prescripciones de la mayor parte de los médicos-tratantes de este Consultorio. Recuerda de que la terapéutica especiai de la tuberculosis es suma-mente restringida y que es innecesario recurrir a formulas extensas e inútiles para esta enfermedad. Reconoce de que el médico-domicilario es uno de los que está obligado a hacer polifarmacia por la gravedad de los pacientes cargo; pero, no es posible engafar a los pacientes y defraudar al Seguro, acumulando fórmulas que ilusionan inotilimente a los enfermos. En vista de esta situación, iavita a los doctores Arriagada y Hevia para que se pongan en inmediato contacto con él, y redacten definitivamente el formulario standard para el uso de este Consultorio.

II. — Dr. ALEJANDRO RE-YES. — Un ceso de "Grámila fria". — La gratulia de evolución lenta o crónica, a la quese ha acordado unanimemente designar con el término de

"granulia fria" es una afección que en clínica tisiológica reviste un especial interés. Su existencia bastante escasa en el dominio de la observación clínica, ha sido negada casi sistemáticamente por los anatopatólogos, sobre todo en nuestro país, hasta que se ha podido presentar pruebas irrefutables de ella. En nuestro país sólo dos casos han podido llegar hasta la comprobación necrópsica: el primero de ellos presentado por el doctor Corbalán Thrumbull a la Sociedad Chilena de Tisiología en 1933 y el segundo, presentado por el doctor Domingo Urrutia a esta misma corporación científica, a principos del año en curso. En ambos los exámenes anátonio-patelógicos macro y microscópicos estuvieron a cargo del Profesor de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Santiago, doctor Emilio Croizet.

-Eh el caso que vamos à relatar en seguida, cuya evolución pudimos seguir nosotros, de agosto de 1934 a mayo de 1935, aun no nos ha sido posible aportar el testimonio de la anatomía patológica, por haberse negado la familia del paciente a eu hospitalización, hay muchos datos clínicos y radiológicos que confirman nuestra posición diagnóstica.

Historia Clínica: Se trata del asegurado Hugo M., de 18 años de edad, que acude a: Consultorio de Bronco-pulmonares el 16 de agosto de 1934. después de dos meses de enfermedad. Sus antecedentes mórbidos, tanto hereditarios como personales aparecen negativos.

Enfermedad actual: Comenzó en junio de 1934 por una hemoptisis brusca de pequefia entidad. Por esta y otras molestias consistentes en dolores toráxicos izquierdos y precordiales, tos y disnea, decide hospitalizarse en el mes de junio. Es llevado a la Sala de San Carlos del Hospital San Vicente, y estando en este servicio, tiene una hemoptisis de mayor consideración: 200 'c.c. aproximadamente. Permanece en el Hospital 37 días, y ahí, a resar de tener mucha tos, espectoración hempotoica y pequefias hemoptisis, tres baciloscopias, practicadas son negativas. La radioscopía de esta etapa de su enfermedad informa "Sombras nodulares múltiples de condensación, con aspecto de infiltrado tuberculosis en la totalidad de ambos pulmones". Doctor Salas Pereira. Sus accesos de tos son penosos, so acompañan de disnea, opresión precordial y paipitaciones. Ai llegar al Consultorio se queja de tos, dolores dorsales imprecisos, enflaquecimiento de 6 kilos, astenia: dice que se cansa a' andar, es decir, que el niovimiento le produce disnea de esfuerzo.

Al examen físico se comprueba un individuo de tegumentos de aspecto casi normal. conjuntivas sub-ictéricas, gua saburral y húmeda, dentadura completa y en regular estado. Su tórax de buena conformación, pero de movilidad respiratoria muy limitad. El examen clínico pulmonar revela: P. D. vibraciones vocales aumentadas en casi toda su extensión; submacice, en el plano posterior, plano anterior normal; murmullo respiratorio abolido en el vertice, disminuído en el hilio y región axilar. P. I. vibracio-nes aumentadas en el hilio: submacicez en el vertice e hilio. Respiración apagada en el vértice, débil en el hillo. El examen del corazón reyela soplo sistólico del foco aórtico y más acentuado aun en el foco tricúspide; tonos de la punta normales con ligera acentuación del 2.º tono.

En un segundo examen se comprueba enfermo disneico, con ligera cianosis de los labios y de las manos. Sus respiraciones son 36 al minuto y sus pulsaciones 108; la respiración es de tipo predominantemente abdominal, siendo la movilidad respiratoria torâxica muy limitada, en la parte superior. A la auscultación, tos mismos signos físicos que la vez anterior y no se percibe ruidos adventicios. Sopio sistolico intenso de la valvula tricuspide, suave soplo sistólico aortico, refuerzo del 2.º tono El enfermo trae una radioscopia de fecha 3 de agosto que dice: "Infiltración bilateral de aspecto punctiforme en ambos pulmones, especialmente en el derecho".

Ei 5 de septiembre se presenta refiriendo que en las dos últimas semanas ha tenido mucha disnea, sobre todo al caminar, tos intensa con espectoración muco-purulenta, a veces sanguinolenta y, que ha notade también edemas de la cara, principalmente de los párpa-dos. Su ánimo y apetito conservados y no traspira de noche. Al examen físico presenta 60 respiraciones por minuto; respiración soplante en el hillo derecho y el resto igual a. examen anterior. Su cara vultuosa, edemas de ambos parpados, ligera cianosis; higado algo aumentado de volumen, doloroso a la palpación Siempre el soplo de la tricuspi-

El 14 de este mes se comprueba gran disnea, de 72 al minuto, cianosis, taquicardia de 124 y soplo sistólico en chorro de vapor en la válvula tricuspide. Respiración soplante sin estertores. Se confirma el diagnostico clínico de una The. miliar de ambos pulmones, sospechados en los exámenes anteriores, y se pide una radiografía. La baciloscopia es por primera vez positiva (--). Ei informe radiográfico dice 10 siguiente: "Diafragmas libres-P. Izq. pequeñas sombras y calcificaciones en el lóbulo superior. P. Derecho: sombras difusas en el lóbulo superior y medio, con una caverna; en la región, infraclavicular. Hillos con calcificaciones. Corazán y aorta normales".

En octubre 19, su peso, que era al ingresar 56,700 grs., ha bajado a 54 kgs., mantenferidose en su temperatura, de 36º o por bajo de esta cifra en to-dos los examenes. Hay taquicardla de 112 pulsaciones, pulso muy pequeño, depresible; Presión: Mx, 11 x Mn. 8.5 al Vaquez. A fines de este mes presenta tos intensa y espectoración abundante, sanguinolenta. Pu so: 124'. Respiración: '44'; Presión: 10.5 x 8. Al examen clinico-pulmonar to siguiente: P. D. Vibraciones aumentadas ligeramente en al vértice casi abolidas en el resto. Respiración débil en la mitad anterior y algunos esturtores mucosos en la parte in-

ferior. En el plano posterior, respiración d'bil en el vértice y respiración soplante cavitaria en el canal omo-vertebral. Pulmón izo .: Respiración sopiante con expiración prolongada en el vértice y estertores bronquiales diseminados en el resto. La radiografía da el siguiente resultado: "Sombras difusas en el tercio superior y medio de ambos pulmones, cou algunas calcificaciones. En la región infraclavicular derecha hay una probable caverna. Hillo derecho grueso. Corazón y aorta normales. Conclusión radiológica: Tbc. bilateral" (octubre 3 de 1934).

En noviembre se comprueban signos cavitarios en el canal omovertebral derecho, estertores subcrepitante a izquierda y sibilancias en ambos la-dos. Temperatura 360; peso 52,700 kgs. La espectoración revela una baciloscopia débilmente positiva y la radiografia un aspecto casi igual al anterior. Examinado quincenalmente en los meses de diciembre v enero (año 1935), notándose sólo mayor enflaquecimiento; 51 kgs.: temperatura 360. Signos físicos iguales. El 14 de febrero pesa 51,400, tiene 360 de temperatura y el examen del tórax da: P. D.: Submacicez, vibraciones aumentadas, pectoriloquia hablada y afónica 1|3 superior, con soplo cavitario del vertice. Macidez; resp. corta y ruda en la región infraclavicular y respiración dabil en el resto. Respiración soplante canal omo-vertebral. P. I.: Resp. soplante de timbre cavitario vértice; resp. soplante canal omo-vertebral, y resp. débil en la parte infe-rior. Movilidad respiratoria muy limitada en el 1|3 superior Corazón: 112 pulsaciones, pequeño, filiforme. Respiracio-nes 62 al minuto. Soplo sistólico suave con acentuación del 2.º tono en el foco aórtico; soplo sistólico intenso en "chorro de vapor" en el sitio correspondiente al orificio tricuspide

En marzo 16 está desmejorado: pesa 49,900 grs.; temperatura 56.89; y cuenta que desde hace 7 días tiene mucha tos, disnea, orina escasa y muy concentradas. Al examen pulmonar encontramos exterto

res y crapitos en la región sublavicular derecha. El 15 de abril es examluado por última vez por nosotros: pesa 46,800 gra.; temperatura 37.50; tiene 52 respiraciones al minuto. Hablendo rehusado en septiembre la hospitalización, tampoco la acepta en esta ocasión y desde et 5 de mayo del 35 es atendido por el médico domiciliario. Fallece el 29 de mayo. Se tomó una última radiografía, cuyo informe es el siguiente: Diafragmas libres. Sombras difusas diseminadas en ambos campos pulmonares con cavernas en ambos lóbulos superiores y nivel líquido en la región infráclavicular derecha. Hiljos con calcificaciones. Corazór normal. Conclusión radiológica: The, bilateral cavernosa (abri-22 de 1935).

Resulta verdaderamente\_paradojal el designar como granulla de evolución crónica una enfermedad catalogada por los clásicos de la tuberculosis como una de sus formas más agudas. Sin embargo, el mismo Empis, creador de la expresión "Granulia" para la forma pulmonar de la tuberculosis miliar, afirmaba 1865 que una vez que se avanzara un poco en el conocimiento de ella, se reconocería que algunos casos eran de larga evolución, y aun susceptibles de curar. Pero el conocimiento de la "granulia fría" como entidad elínica autônoma, aislada y su estudio completo. es obra de estudios tisiológicos recientes y de gran interés. tanto doctrinario como práctico. Se debe principalmente a Rist, Hautefeuille, Delarue y otros en Francia; Stivelmann, Hennel, Nortrup, Middleton, Opic, Gardner, etc., en UU.; Preston en Inglaterra. Asmann, Stahelin Aschoff en Alemania. Pero corresponde a Sayê y Burnand el mérito de haber aislado en 1924, el cuadro de las formas de la tuberculosis pulmonar miliar de evolución lenta, habiendo delimitado bien sus caracteres clinicos y sobre todo radiol6gicos y el haber aportado las pruebas anatómicas de su existencia y de dar el nombre de "granulia fría" a esta nueva entidad clinica.

Desde el punto de vista cli-

nico, la granulia fria se caracteriza por la pobreza de sus sintomas. Bard había descrito mucho tiempo atrás formas discretas de granulias, en que la temperatura y los signos fisicos se presentan atenuados. En general, su comienzo es insidioso y muy difícil de precisar; a veces se inicia por un estado pseudo-grippal o por pequeñas hemoptisis, signo que para Sayé y Burnand tiene gran valor, pues se presenta temperatura es siempre baja, en el 75 % de los casos. normal o subnormal, la nea poco intensa o ausente: el pulso es generalmente taquicárdico. Entre los signos generales predominan sintomas tóxicos, debidos a impregna-ción bacilar, en especial astenia, y una fatigabilidad excesiva; anorexia y otros trastornos digestivos; a veces dia-rrea, vômitos. Hay enflaquecimiento, pero no siempre. Junto a esta intensidad de síntomas generales, llama la atención la escasez o negatividad de los eintomas físicos pulmonares. Con razón se ha dicho que la granulia fría es la forma de tuberculosis pu'monar que puede llegar al máximum de estensionalidad con un mi-nimum de signos". Por regia general, estos signos son 108 de una esclerosis progresiva de los vértices e hilios, a que se agregan a veces sibilanclas o crepicitaciones muy finas. (J. Palacios).

Mayor importancia se da a los síntomas funcionales: La tos, seca, quintosa, penosa siempre, con espectoración nula o mínima en la que faltano escasean los bacilos de Koch; la disnea se manificata soore todo en esfuerzo y ligera cianosis, que se traduce en una hipercoloración de los pómulos, de los labios y de las uñas.

da importancia decisiva dei diagnóstico descansa en el examen radiológico. La radioscopía es un método infiel, por lo que debe recurrirse siempre al método radiográfico y bajo una técnica standarizada: radiografía de mediana intensidad, instantánea y en apneus aegún recomiendan Decioux y Ribadeaux-Dumas. "La radiografía, dicen Graeff y Kupferle, es la base caerolial en el

diagnóstico de la tuberculosis miliar". La imagen proporcionada por la placa radiográfica es finamente granulosa o "granitée" como dicen los franceses y que sería más correcto llamar en español "Imagen micronodular". Se caracteriza por la diseminación en un fondo más o menos gris de una gran cantidad de pequeños nódulos de 1 a 2 mm. de diámetro, redondeados, irregularmente de bordes no siempre precisos, "como si se proyectasen sobre la placa granulaciones en distintos planos' ((Hautefeuille). Estas imágenes de granullas frías no tienen la precisión de las de la granulia aguda, 63 las que las granulaciones 86 ven proyectadas sobre los campos pulmonares claros, como un punado de "confetti" finos (lo que aquí en Chile llamariamos "chayo". finamente picada), separados unos de otros, muy pequeños, confluentes o no (Delarue). En las formas crônicas, el fondo aparece grisaceo, debido según Duhamel, Bezancon y Brauo, a la existencia de un "cuyas fino. reticulado muy mallas aparecen como dibujadas por la punta de un lápiz, algunas regulares, otras ligeramente esbozadas; otras en abanico como irradiando del hillo hacia la periferia. Alternan con otras obicuas o verticales, de donde un cuadriculado bastante compacto, pero irregular. Es la exageración del reticulo normal".

Para completar mejor esta descripción, vamos a reproducir textualmente de la Delarue, el aspecto integral radiológico que pueden presentar los enfermos con formas crónicas de granulia: "Esa imagen granítica y de dibujo asociado ca muy especial. Es bilateral ; difusa o unilateral e irregularmente repartida, a veces localizada a un vértice, a una región hiliar o a un lóbulo. A menudo es disociada: gránulo a un lado, dibujo reticulado al otro. Por lo demás, la misma radiografia y la radioscopia pueden mostrar lesiones claras de tuberculosis fibresa bandas de cisuritis, cavernas fibrosas, sindrome de ción pulmonar".

Pera el estudio anatomo-pa-

tológico de esta forma de tuberculosis conviene recordar que en la granulia se presmtan tres tipos de lesiones: el Tubérculo miliar de Laennee y la granulación malar, correspondiendo ambas a las formas agudas de la tuberculosis pulmonar miliar. En las formas crónicas se encuentra con substratum anatómico la granulación fibrosa de Bayle, especie de pequeño nódulo, transparente de dureza cartilaginosa. comparable a un grano de plomo, por su forma y consistencia. Histológicamente CO. rresponde al tipo de nódulo fibroso o "foco-nodo-cirrótico de Aschoff-Nicol. La calidad fibrosa se la impone el mayor desarrollo de la sustancia colágena que, ahogando los elementos caseosos, los enquista, transformando el nódulo en una verdadera "Oblea fibrosa", según la gráfica expresión de Delarue. No siempre es posible superponer, según este mismo autor, el aspecto macroscópico de una lesión a su estructura histológica. Tampoco corresponde estrictamente a cada forma clínica de granulia un tipo de nódulo determinado. El tipo histológico del nódulo está condiconado por su edad, según Arnold y Huebschmann y las formas de evolución prolongadas o crónicas, las granullas frias, tienen como base histopatológica nódulos foliculares y en especial, fibrosos. Naturalmente que entre ambas caben las formas intermedias

Las comprobaciones que Letul é, Bezancon y Braun hicieron en 1922 han venido a modificar el concepto anatómico clásico de las granulias en general. Estos autores encontraron en dos enfermos de granullo aguda, en vez de los nódulos tan conocidos, la granulación tuberculosa de diseminación hematógena, localizada en el intersticio, lesiones exudativas de "bronquioalveolitis". La escuela alemana con Aschoff y Meyemburg, había descrito con anterioridad las formas opuestas de tuberculosis miliar: una productiva, de diseminación hematogena y otra exudativa de diseminacinó broncógena, diferentes fundamentalmente no sólo desde el punto de vista anatómico y pategénico, alno deede su aspecto radiológico y también en el pronóstico, pues las formas exudativas corresponden a casos de granulias de evolución rápidamente mortal.

Esta diversidad de apreciación en ambas escuelas, francesa y alemana, parecía que venta de resucitar las antiguas poiémicas entre duelistas y unicistas y a crear lo que los franceses han llamado el "Neodualismo". Felizmente, la concepción de Huebschmann Arnold, apoyada en rigurosas observaciones, ha traido luz y serenidad a este debate, con argumentaciones fundadas en el espacio y en el tiempo. Argumentos del primer grupo: es frecuente hallar en un mismo sujeto nódulos de los tipos anatómicos más variados, pos mixtos o intermediarios. Ambas escuelas reconocen este hecho y los franceses hablan de "Intricación de lesiones" y los alemanes de formas "productivo-exudativas". Argumentos basados en el tiempo: el aspecto de los nódulos varía con la edad de las lesiones. La forma primitiva de lesión miliar, cua quiera que sea la via de aporte de material bacilla fero, es siempre una alveolitis macrofágica (Huguenin) en la que sobreviene pronto un fenómeno de necrosis caseosa (neumonia caseosa lobulillar de los alemanes). Como modificación secundaria aparece la formación de fibras colágenas en la periferia del foco; se espesan los tabiques alveolares. aparecen linfocitos y se diferencian en su estructura células epitelioides; los macrofagos de los alvéolos dan origen a las células gigantes, con lo cual el nódulo queda constituído el nódulo fibroso.

Este nódulo tiene, como cualquier otra lesión tuberculosa, carácter estacionario y puede sufrir reactivaciones, nues no es un nódulo de curación, sino eventualmente. Para Huebschmann y Arnold Huguenin y Delarue, los diversos aspectos de los nódulos miliares, no serían "sino estadios sucesivos de un mismo proceso, que pasa por las siguientes etapas: exudación, caselficación, organización felicular y cicatrización fibrosa", sin cije na forzoso que todas law citapas estén presentes, pues, puede faltar por ejemplo, la fase casecea y llegar más rápidamente a la cicatrización o faltar el periodo de cicatrizición fibrosa, llevando al enfermo rápidamente a la muerte. Este, como se comprenderá fácilmente, depende del estado alérgico del sujeto, o sea de la eterna lucha entre la semilla y el terreno.

tel caso que nosotros hemos tenido oportunidad de presentar en la reunión clínica del Conaultorio de Bronco-pulmonares es uno de éstos, en que la lucha estuvo por decidirse en favor del enfermo, como lo demuestra la remisión de los sintomas experimentada entre octubre y diciembre, y en el que la reactivación o "recalentamiento" de la granulia fría o crónica se produjo después de II meses de evolución.

Dr. Rubén García V. — Se fefiere à la caverna con liquido en el vértice izquierdo, de donde puede haber partido la diseminación. En este caso deberían haberse tomado radiografías seriadas.

Dr. Otto Riedel. — Considera que el cundro radiológico es más blen de una diseminación broncógena por la distribución no bien regular de las sombras, dando mucha importancia a la caverna para afirmar lo dieho.

Dr. Agustin Arriagada, — Es de opinión de que no debe desecharse la posibilidad duna granulia.

Dr. H. Orrego Puelma, - Se extlende sobre los conceptos actuales sobre esta materia, citando algunos casos que dicen relación con eila. En resumen, aceptar, por ahora, de que la granulia a frigore es una forma de comienzo de la tuberculosis que actúa en un estado humoral especial, que se traduce en lesiones micronodučares, radiológicamente granúlicas, y que precozmente tienden a fibrosarse. Según los conceptos de Delarue, encontrariamos en el pulmón, toda la gama de las lesiones pulmonares que derivan de la bronquio-alveolitis y que van th marche hacla las formas

crónicas de la tuberculosis Dufour, sostiene en cambio, de que la granulia a frigore excluye la existencia de cavernas u otras lesiones de naturaleza dicero-caseosa, carácterizándose por la formación gramulosa, localizada al pulmón y de tendencia fibrosante precoz. Sin embargo, la mayor parte de los trabajos consuliados, y las dos autopsias hechas en Chile, nos hacen incinarnos hacia la opinión citada.

Dr. Oscar Peralta. - El casc presentado por el doctor Reyes trae a colación un asunto que interesa bastante al tisiólogo: la aceptación en la nosología de la especialidad del sindrome "granulia fria", creado por Burnand y Sayé. Una demostración palpable dei interés que ha despertado este problema, puede comprobarse por un suceso acaecido últimamente en Paris. En la Sociedad de los Hospitales, durante dos sesiones (8 y 15 de junio del 34) fué discutido extensamente por numerosos tiscologos, tanto parisienses como de otras regiones de Francia, Entre los asistentes citaremos algunas persona.idades que se han destacado principalmente en el estudio de la tisiologia: Ameuille, Leon Bernard, Bezancon, Burnard, Robert Debré, Leiong y Sergent.

De la lectura de estas interesantes sesiones, se despren le que el asunto es complitudo. pero, a pesar de todo, pueden sacarse algunas conclusiones que traen bastante luz. Alguna razón encuentro en la opinión del doctor Urrutia, quien nos declara que para el clínico el sindrome de granulia fria ticne realidad efectiva dentro de la observación cuotidiana, y en esto estaría de acuerdo con la opinion del mismo Burnard que a su vez declara que dicho sindrome resume en dos palabras los caracteres radiológicos, anatómicos y clínicos

Para la comprensión exacta de la situación creada, debemos partir del concepto primitivo de Eurnand y Sayé: granulaciones en la placa radiográfica que coinciden con una sintomatología subjetiva y objetiva de cierta discreción y que traducan una lesión anatómica también granular, generalmente de caracter fibroso e intersticial. En suma, cuadro radiológico, cuadro sintomático sucjetivo semlológico y comprobación anatómica. Si se analiza la sintomatología subjetivo-objetiva encontramos que podemos encuadrario muy bien en otras formas de tuberculosis crônicas, pero especialmente dentro de la tuberculosis fibrosa hemoptolca y débilmente evolutiva. En consecuencia, no es un cuadro exclusivo para la granulia fria.

Si tomamos en seguida cuenta la imagen radiográfica. también debemos partir de la descripción de Burnand: innumerables, cronodulos partidos muy amplia y extensamente y de una manera relativamente uniforme en los campos pulmonares, con clusión de lesiones de leslones de algún otro tipo. "Se puede, sin embargo, admitir la existencia eventual de focos concomitantes de otro tipo: cavérnulas finamente circunscritas, minima y evidentemente - caseosas". Tomaremos también en cuenta la descripción de Autefcuille que agrega un fondo velado, uniforme, de tinte grisaceo, con granulaciones más voluminosas, un tanto desiguales, de contornos menos nítidos, que ocupan todo un lébulo o todo un hemitórax, o 'igualmente bilaterales, con algunos elementos agrupados alrededor de un centro claro.

¿Corresponde esta imager. aun no tomando en cuenta otra etiología, a una tuberculosis granúlica fría?

Bezanco., Braun y Duhamel, en 1927, y nuevamente el mismo Bezancon, en la reunión 
clínica de la Sociedad de los 
Hospitales que acabamos da 
mencionar, declaran que en 
muchas ocasiones esta imagen 
puede encuadrar fácilmente 
con una forma de tuberculosis 
fibrosa, déblimente evolutiva y 
en general hemoptoica.

Robert Debré observa que deben distinguirse dos tipos de imágenes mironodulares: uno, bastante raro, corresponde a la imagen clásica de granos de sagú y cuya descripción se ha dado especialmente para la

granulia, aguda de Empis. una segunda forma que corresponde a la descripción de Autefeuille y que es mucho más frecuente. El primer tipo, según Dufourt y J. Braun, de Lyon (Presse Ded. N.o 22-1934) debe aceptarse como tipico de una granulia fría, pura. naturalmente en correlación con el cuadro clínico semiológico. En esto, dichos autores, coinciden con la concepción alemana de esta forma de tuberculosis miliar.

Ahora bien, dado el caso de una imagen granúlica, ¿pueden corresponder las sombras redondeadas a nódulos tuberculosos también de tendencia fria, poco evolutiva, o mejor, de tendencia fibrosante o aún a nodulos netamente fiorosos? Ciertamente, no. Los nódulos trasparentes, ora exudativos o ya foliculares, tienen iguai traducción radiográfica, porque se dibujan en la pantalla por sumasión de rayos secundarios. Los radiólogos alemanes Dehn y Weinschenk que cada uno de los pequeños focos absorbe una parte de rayos, pero a su vez, cada uno de ellos emite radiaciones secundarias que en el numerosisimo conglomerado de nódulos situados en todos los planos son a su vez absorbidos por los nódulos más cercanos a la placa, prevaleciendo entonces la absorción de las emanaciones que emiten los nódulos antepuestos, los que en realidad solamente se visualizan mejor. Dichos autores probaron su teoria experimentalmente, de un modo ingeniosísimo: fabricaron nodulillos de cera y lanolina, mas o menos con las caracteristicas de los nódulos miliares, los dispusieron también en condiciones semejantes y los sometieron a la prueba radiográfica, obteniendo una imagen en todo igual a la de la Tbc. miliar.

Admitida por un momento la hipótesis de la visualidad nodular en correlación con la naturaleza etiológica, ¿lodas las imágenes micro-nodulares corresponden anatómicamente a un nódulo? Ciertamente, no,

El Prof. Sergent, en colaboración con Cothenot y Poumeau-Delille, en un interesantisimo artículo (N.o -92, Presso Méd. 1934), que se intitula "La interpretación radiológica de las imágenes en maila y la granulia fria", dice que además de la proyección de verdaderas opacidades micronodulares del parénquima, pueden encontrarne otras independientes a que provendrían de incidencias especiales de proyección. Cuando un rayo se aplica en dirección perpendicular al contorno del lúbulo, se calca en la pantalla todo el contorno; mas si el contorno del lóbulo se dispone en Lla y recibe el rayo paralelo. en la pantalla aparece un nodulo. Cuando varias sombras de paredes o contornos lobulares se entrecruzan, se estampa igualmente en la pantalla una imagen grónulo-nodular. En resumen, no todos los nódulos radiográficos corresponden nódulo anatómico. Mal puede entonces diagnosticarse, como dice muy bien el Prof. Sergent un síndrome granúlico por sola observación del cliché,

Nos resta, por fin, analizar el último punto, o sea la correspondencia anátomo-patológica rodular específica, generalmente fóliculo-fibrosa.

En la tesis de Ivonne Hesse sobre granulia pulmonar oculta y fria en la adolescencia, se hace un estudio comparativo muy completo sobre la anatomía patológica de la tuberculosis miliar fria, tomando cuenta la descripción de las autopsias que se ha verificado hasta la fecha. De ello se desprende que en la autopsia se encuentran lesiones tuberculocas bastante complejas y esto so explica porque raramente las lesiones grandlicas pueden observarse al estado puro, ya que de ordinario estos enfermos mueren con otros procesos tuberculosos agregados y sólo por excepción, de alguna enfermedad intercurrente. A pesar .10 esto último, no se observa el tipo lesional puro. Por ejemplo, en una autopsia de Burnand, de un sujeto muerto de encefalitis infecciosa y que había ofrecido el cuadro de una gra ulia fria, existian granulaciones diversas, focos caseosos, focos cavernulosos y ana gran caverna en el lóbulo inferior. En la autopsia del enfermo de Delarue, que fallece con una geanulia generalizada, se encuentra una coexistencia de nódulos felículo-fibrosos, y exudativos.

Llama la atención Ivonue Hesse sobre la sólida objectón que al respecto oponen Bezancon y Braun, cuando declaran que en estas formas la imagon parte de los nódulos, estarban constituídos por núcleos de bronco-alveolitis caseificada y no por nódulos folicuio-intersticiales.

Señalaremos, por último, la parte importante que en esta diluediación le ha correspondido a Alberto Giraud, quien separa el estudio clínico semiológico del resultado histopatológico, haciendo resaltar la evolución ienta y torpida del sindrome unido a la imagen micronodular del cliché, presoinciendo del interés puramente científico de su estudio histológico.

III. — Dr. MANUEL MORE-NO. — Siffiis pulmonar pura y combinada. — Presenta las siguientes observaciones:

 L. R., de 38 años. Se presenta a la consulta en 5-VI-34. Peso: 77.400 gms. Temp. 36.50.

Antecedentes familiares: Padre failecido de Tbc. puimonar. Antecedentes personales: Opèrado de apendicitis en 1917. No recuerda otra enfermedad de importancia.

Enfermedad actual: Se inicia más o menos en 1922 con tos, fiebre, espectoración abundante, sudoraciones y gran enflaquecimiento. Esta sintomatología se ha presentado cada 2 6 3 años, pero que con tratamientos más o menos sencillos pasaban con cierta facilidad. Sin embargo, era siempre tosedor y "delicado de los bronquios".

Desde Abril de 1934 sufre una nueva pousée bronquitioa, pero que se presenta ahora con los agregados de frecuentes epistaxis, dolores de espaida, sensación de ahogos que lo incapacitan para trabajar.

Examen: Enfermo de constitución regularmente buena; llama la atención su disnea de 28°, el pulso 120°, sin fiebre. V.v. ligeramente aumentados casi en el total de ambos campos. A la percusión hay sonido submate en 4,5 superfores, siendo un poco más pronuuciadu el sonido en los vértices. Auscultución: Broncofonía escasa; resp. sopiante en los hillos. Corazón: refuerzo del 2.0 tono.

Aun cuando el enfermo niega varias veces su antecedente venéreo, desde el primer momento se plensa en una lúes cardio-vásculo-pulmonar, atribuyendo sus frecuentes epistaxis a perturbaciones circulatorias en la circulación menor. El cuadro data de mucho tiempo — 12 años — con un estado general de mantención más o menos bueno y sin embargo de tener una sintomato-ogia tan alarmante, los eignos clínicos son bastante escasos.

Se solicitan todos los exámenes de rigor, haciendo presente al radiólogo la probabilidad diagnóstica.

Como tratamiento estrofantolobelia-laurel cerezo-cianuro.

15-IV-34: Baciloscopia (-):
Wassermann (H. R.); Kahn
(-). No hay epistaxis. Mucha
tos y disnea de 36. Siempre
opresión.

Como no se encuentran fenómenos adventicios agregados que correspondan con el estado de enfermedad del enfermo, se insiste nuevamente en el interrogatorio y se recuerda que "bace como 15 años tuvo un pequeño chancro de tan poca importancia que con unas pocas invecciones mejoró completamente". Se continúa entonces con mayor intensidad su tratamiento antilustico más cardiotónicos. La radiografía indica hillos muy gruesos, proceso fibroso izquierdo y aorta ancha.

Observando el enfermo a la pantalla y en distintas posiciones se encuentran hilios y va-cos perthiliares muy marcados, aorta obscura y ancha en su arco y la ascendente dilatada.

17-VII-34: Wassermann (-|-):
Kahn (-|-). La sintomatología
sigue igual en su variedad, pe70 el enfermo está mejorando.
Una teleradiografía indica una
aortitis y comparado con la primera indica hillos menos marcados y campos pu'monares
mucho más ciaros. Examen de
crina, normal.

24-X-34: En la Clinica del Prof. Prado Tagle se la tomé un electrocardiograma para averiguar la parte que corresponde al corazón en este complejo patológico (Dr. Coghian). La curva Indica un predominio del veniriculo izquierdo.

Como en la tercera derivación aparceía una inversión de la curva I hubo que hacer un trazado en 4.º y como aquí aparecía una I normal, se desvaneció la suposición de un infarto del miocardio.

La inoculación experimentai fué practicada en 4 de Noviembre. Sacrificado el cuy en 20 de Diciembre, su autopaía no incicaba nada de especial (—).

Los exámenes de Koch se han repetido varias veces por concentración y directos y siempre son negativos.

II. — T. M., de 34 años. Casado. Se presenta a la consulta por primera vez en 8-VIII-1934. Peso: 55 kgs. Temberatura: 35.80

Radioscopía: Aspecto fibroso de ambos pulmones, ligeramente ensanchada la aorta. Corazón de aspecto normal.

Antecedentes familiares: Madre fallecida de Tbc, pulmonar.

Ant. personales: Bronconeumonía en 1917-18. En 1920 hizo su servicio militar (bueno y sano). En 1925 operado de apendicitis y hernia. Inguinal derecha.

Enfermedad actual: Data de 3 meses (Mayo), ignora por qué causa tiene dolores de espaidas, tos y espectoración que en varias ocasiones ha sido hemoptoica. Peso normal era de 59,300 grs. Examen: Pulso 90' Resp. 16'.. Panículo adiposo escaso; se muestra muy afe tado por su estado de enfermedad V.v. aumentadas en 2,3 suneriores con una respiración soplante en ambos hillos, con suaves y escasos estertores ciepitantes en los subclaviculares, siendo de notar que los signos son más manifiestos del lado derecho.

Se deja en descanso y con tratamiento sintomático y en observación. Se solicitán sus exámenes y se cita para 15

5-IX-34: El enfermo se sintió muy blen y prefirió ir a su trabajo, pero no alcango al 2,0 día; tuvo que abandonario y acude asustado con tos, dolores de espaldas y espectoración hemoptoica. Was. (-|--|-), Kahn-(-|--|--|--|--). Orina normal. Bac. de Koch (---).

Desde este momento el enfermo se ha preocupado mucho más por su tratamiento, el cual se ha hecho antiluético ayudado por medicación sedante sintomática y tónico-reconstituyente.

El examen de B. de Kock. dos veces repetido fué negati-

Su último Wassermann (en Mayo) fué (-|-) y el Kahu (-|--|-

El peso se ha mantenido. El estado general muy mejorado. con su peso mantenido en 55 kilos. Enfermo trabajando.

Las radiografías tomadas en 29-IX-34, en 18-XII-34 y en 5-IX-35, comparadas, indican una modificación manificias en un proceso fibroso derecho que en los primeros aparecía muy intenso.

III. — J. O., de 29 años Se presenta a la consulta en 28-VI.34

VI-34.

Antecedentes familiares: Ne-

Ant. personales: Resfrios frecuentes, hábito un poco alcoháilco.

gativos.

Enfermedad actual: data desde 1920; intensos dolores de
espalda con hemoptisis de consideración. Desde esa época ha
sido tosedor y delicado de los
bronquios. Todos los años, por
los meses de invierno tiene sus
pous-ses de agravación, pero
que sólo en una ocasión tuvo
que hospitalizarse; en los otros
siempre ha trabajado.

Desde hace un mes (Mayn) sufre una pousée pero ahora más grave, pues tiene grandes dolores de espalda, tos intensa y espectoración abundante acompañada con hemoptoldes, una vez hemoptisis y variadas epistaxis.

Examen: Panículo adiposo escaso, coloración pálida, pulso 80'; respiración 33'; peso 67 1/2 kgs.; temperatura 36.7c; presión 9 1/2 x 7 (Vaquez).

No recuerda antecedentes venéreos.

Pulmenes: P. I. estertores y

frotes suaves en sus 2|3 superiores. Se anota un diagnôstico probable de bronquitis grippal en un terreno luético, hemoptisis y epistaxis por perturbaciones circulatorias pulnions-

Tratamiento sintomático y en observación. Descanso.

A la consulta siguiente el enfermo estí mejorado. Wasserman (-). Kahn (-|-). B. de Koch, negativo

Radioscopia: P. I. ligeramente velado.

Se instituye tratamiento cianuro-neo-iodurados-tónicos.

Con este tratamiento se acentúa cada vez más su mejoría La espectoración desapareció antes de un mes de tratamiento; no hay hemoptists ni epistaxis; peso en aumento.

Una radiografía tomada en Agosto dice: Disfragmas 11bres. Campos pulmonares Vases peri-hiliares marcados. Hilios gruesos, más e' derecho. Corazón normal. Con-clusión; Peribronquitis.

Por obligaciones de familia, el enfermo pasa dos meses en el campo. Sin medicación nirguna y sólo con su buena alimentación y cambio de clima se siente mucho mejor. En Diciembre reinicia su tratamiento porque conoce que le hace muy bien. Neo-iodurados-tónicos.

Durante mi feriado, ei enfermo pasa a medicina general y ya la observación y estudio no se continúa.

IV. - T. L. 27 años de edad. casado. Se presenta a la consulta en 28 de Octubre de 1930 Consultorio Medicina General San Francisco; Dra. G. González, quien anota los siguientes detalles:

Hace un mes (Septiembre) proceso grippal. Desde entonces continúa con tos seca, después hemoptoides y dolores de espaldas. Al examen se encuentra respiración áspera y algunos estertores en el vértice del pul-La radioscopia món derecho. indica velo en ambos vértices. principalmente el derecho, en donde abarca una parte de la región sub-clavicular. Además. hay una aortitis establecida (Dr.

Necochea). Tratamiento: Neo y Mercurio.

En seguida un Wassermann (----).

28-IX-32: Con esta fecha es enviado a Bronco-pulmonares.

Peso: 78 kgs.; ha ganado 6 kilos.

Reflere que en los días de festividades patrias tomó un gran restrio que se acompaña con una gran hemoptisis. la que se repite hace dos días.

Al examen aparece volo una respiración soplante supra-espinosa derecha. Se solicitan examenes de laboratorio. Diagnóstico: afección bronquial grippal que declina en un terreno lustico. B. de Koch negativo.

Tratamiento sintomático de espera para volverlo después a

Eu punto de origen.

16-XI-34: El enfermo se mejoró considerablemente y no se acordó más de su enfermedad y se fué a trabajar. Desde hace cinco días tiene nuevamente dolores de espaldas, espectoración aireada, hemoptists. dolores de garganta, lengua saburral, estitiquez. Se envía a gargata. Se solicitan nuevamente sus examenes. Tratamiento sintomático. Pero, el enfermo desaparece nuevamente.

Reaparece en Enero de 1935 Una radiografía indica: Diafragmas libres. Campos pulmonares libres. Vasos peri-hiliares marcades. Corazón normal. Conclusión: no se observa lesión pulmonar.

tan Como este enfermo es inconstante para su tratamiento por su carácter inquieto v ambulatorio (movedizo). aprovecha para una radioscopia en diversas posiciones, Se encuentra una aorta muy ensanchada, especialmente la ascendente: obscura.

Se instituye su tratamiento basal, neo-bismuto-ioduros-tóni-

Desaparece nuevamente, quedando su observación cortada hasta su nueva presentación."

V. - Presenta además dos radiograffas que corresponden a un enfermo tratado en 1924.

Se trata de un colega que so presentaba con una sintomato pulmonar manificata, siendo sus principales signos una espectoración purulenta y estado general de intoxicación.

Como antecedentes había una infección luética primaria contraída en una operación (chancro en un dedo). La radiografia primera indica unos gomas luéticos con ligera inflamación peri-focal.

El colega, además de su estudio personal, había sido examinado muchas veces por varios otros colegas y en númerosas ocasiones el examen de la espectoración había sido negativo para el B. de Koch, como asimismo la inoculación experimental, habiendo estado constantemente sometido a tratamiento antiluético.

En la época anotada, fui sometido a un neumotórax terapéutico curativo de la supuración pulmonar.

La segunda radiografía comparada con la primera y tomada tres meses después indica gran modificación en las sombras correspondientes a los gomas supurades. El colega sanô y continuó siempre su tratamiento fundamental.

VI. - Presenta dos radiograffas más que corresponden a una enferma de su clientela particular. Año 1932,

La enferma se presento con gran sintomatología pulmonar, inclusive fuertes hemoptisis.

El examen clínico indicaba escasos signos adventicios subclaviculares a izquierda, Respiración saccaderta subclavicular derecha

B. de Koch (-). Wassermann (-). Kahn (-).

Entre sus antecedentes: marido lustico. Una guagua nacida en el año 1928, presentaba signos claros de heredo-lúes.

Fué sometida desde un comienzo a tratamiento antiluético.

La primera radiografía indien un proceso fibroso subelavicular izquierdo y cuatro sombras pequeñas redondeadas subclaviculares derechas. . . .

La segunda radiografía mada cuatro meses despuss indica: P. I. completamente 16-

#### 10.a REUNION CLINICA ENEL SERVICIO DE ENFERMEDADES BRONCO-PULMO-NARES DE SANTIAGO

29 de mayo de 1935

Presidió el jefe del Servidio, profesor Orrego Puelma y asistieron los señores doctores Ramón Santelices, Oscar Peralta, Otto Ricelel, Agustín Arriagada, Fernando de la Vega, Honorlo Aguirre y Dominso Urrutia.

L - Dr. AGUSTIN ARRIA-GADA. - La tuberculosis, enfermedad cíclica. - En la última reunión de la Sección del Orrego Puelma del Hospital San José, tuve anunciado este trabajo y que por lo extenso de la tabla no pudo ser leido. Posteriormente, y en razon de lo novedoso de la manera de apreciar los fenómenos. el Prof. Orrego nos daba a conocer, con gran sorpresa ambos, una cita de una revista en que aparecía un corto comentario sobre un artículo que con igual título publicara Burnard en los Anales de Medicine. Por ello y a pedido de nuestro Jefe, no dimos curso al trabajo, esperando ver lo que dijera el autor europeo. Desgraciadamente, los Anales llegaron a la Biblioteca de la Escuela de Medicina con gran retraso y después de las vacaciones de septiembre fuerou llevados a empastav, por lo que efilo nos fué dado consultarlos en noviembre, llegando est el tamino de nuestras labores del año.

En ei tomo XXXV de mavo de 1934 de los Anales de Medicine aparece un artículo de Burnard que tiene tan granalogía con nuestra manera de divisar el problema que no resistimos la tentación de comentario.

Empieza citando los, trabajos de Mazet sobre las fa-

jos de Mazet sobre las faces del bacilo de Koch: 1.º Fase germinativa, polvo

granular (granulaciones libres). 2.9 Fase de crec'miento: multiplicación granular, organización celular. 3.º Fase de desintegración del bacélo de Koch: bacteriolisis, polvo granular y recomienzo del ciclo. Esto ciclo varía según el medio de cultivo y dura, por término medio, unos 22 días.

También cita a Moraldi, quien estudiando el ultravirus introducido en el canal raquideo de cobayas, ve aparecer los bacilos de Koch a los 9 a 11 días. Hace también mención de los trabajos de Nirmi, quien con su método de inocuración intragangionar obtiene formas bacilares entre 8 y 15 días y que desaparecen a los 21 días.

Mazet cree que todo tipo de fiebre ondulante con poussées clelicas es producida por una septicemia a ultravirus

Zurnard cita a Bezansson, quien, a pesar de considerar que la razón del tipo cíclico de la fiebre tuberculosa se nos escapa, supone cambios diarlos de la inmunidad adquirida.

Según Burnan; el bacilo de Koch estarla en perpetua mutación y no sólo se mutiplicaría por simple división, sino que también por intermedio del u travirus, así pues, por protógenos tuberculosos en el sentido de Sanarelli y Alessandrini.

Divide los ciclos de la tuberculosis en tres:

1.0 Ciclo debido a causas fisiológicas exageradas. Ejemplo, exageración de la curva termométrica normal durante el período menstrual.

2.0 Debido a influencias externas: series de hemoptisis, poussées congestivas, bilaterazaciones de los neumotórax, etc.

3.º Ciclo debido a causas microbianas: flebre cíclica, determinando un ciclo de 20 días

minando un ciclo de 20 dias más o menos. 4.0 Ritmo estacional o ritmo cósmico - poussées primaverales u otoñales acompañadas de hemoptisis.

Burnand se extende luego, en general, sobre los ritmos en biología citando numerosos casos en que se va repitiendo am ciclo en la vida de las plantes, de los animales y de los microbios.

En la Presse Médicale de 18 de Noviembre de 1933, N.o 92. en un artículo de M. Faure-Baulieur y Mile. G. Brun sobre granulomatosis maligna y ciclo evolutivo del virus tuberculoso, los autores se hacen también consideraciones que coinciden con algunos puntos de vista de Burnand. Hacen ver las diferencias de patogeneidad del virus en sus diversas etàpas. Se trata de un virus cultivado especialmente en papa glicerinada y proveniente de linfogranulomatosis; el ciclo duraria según estos autores de 32 a 27 días para recomenzar de nuevo:

 En la fase granular pura cianófila, reproducen las leciones del Hodgkin.

2.0 En la fase mixta granulobacilar se produce abscen filo ganglionar en el punto de incculación y como lesión histológica, reacción epitelloids y caseificación.

3.0 En la fase granular ácido-resistente parece que la inoculación de estos gérmenes muestra una gran toxicidad.

Nuestras observaciones aun cuando coinciden en numerosos puntos con las tesis de Burnand partieron, sin embargo, de una observación diferente y se refieren a que dentro de las 24 horas la enfermedad repite su ciclo.

He observado que los sintomas que squejan al enfermo no se presentan todos durante el curso del día ni en todaz las horas iguales a sí mismo, sino que tienen un ciclo que

bre, P. D. se observa sólo una sombra pequeña redondeada subclavicular.

La enferma muy mejorada y ba ganado 6 kgs. de peso. No volvió a aparecer. Debe considerarse muy sana.

Como la hora era muy avenzada, se deja la discusión para otra sesión, quedando el Dr. Moreno con la palabra para presentar otros casos semejantes o combinados con tuberculosis pulmona es parece repetir casi siempre el ciclo total de la enfermedad. Por ejemplo, si el enfermo empezó sus síntomas con desgarro, después cefaleas, temperaturas y finalmente traspiracio-nes, el curso diario de su enfermedad será: 1.0) Tos seca al amanecer; algún rato dospuls aparecerá el dolor, después tos con desgarro, etc., es decir, repite durante el dia el curso completo de la enfermedad (al igual que el embrión repite en su desarrollo el camino recorrido por la especie).

Este ritmo está seguramento condicionado por la cepa do bacilos infectantes y por la calidad de la inmunidad-anaxilaxia alcanzada por el organis-

mo enfermo.

Una observación parecida puede hacerse en numerosas otras enfermedades, pongamos por ejemplo una de las más comunes, el romadizo vuigar; primero viene una fase de sequedad nasal y faringea acompañada de cosquilleos y hormigueos y luego viene el catarro. primero espeso y luego acuoso. pues bien, se amanece cada día con la sensación de sequedad faringea y algunos momentos después viene el catarro primero espeso y luego acuoso, si ya se ha llegado a tal estado. Es decir, la enfermedad repite a diario en algunas horas, aunque abreviadas, todas las fases que ha recorrido en días la enfermedad.

Nosotros pensamos que esto es debido a un ritmo diario de la inmunidad, esta manera de apreciar las cosas parece encontrar confirmación por hallazgos de numerosos autores. Por ejemplo, Besredka cita en su libro "Antiviruterapia" pag. 25, el hecho de que en los cuyes y conejos la inmunidad sufre durante el día y en las diversas condiciones fisiológi-Ast. cas cambios profundos. por ejemplo, la inmunidad local de la córnea se debilita en ayunas hasta desaparecer a ve-

De estas consideraciones es posible extraer conclusiones prácticas:

1.0 No es en manera alguna indiferente la hora o el mouento de cada una de nuestras intervenciones en los tuberculosos y sería tal vez posible por un conocimiento más completo de estas variaciones diarias del cetado dej enfermo reglar los momentos más oportunos de cada una de nuestras medicinas, especialmente biológices, y que hoy hacemos en este sentido a ciegas, aprovechando los momentos fisiopatológicos favorables y evitando los desfavorables.

2.0 Que por el conocimiento preciso de la anamnesis se puede presumir qué manifestaciones tendrá en cada momento nuestro enfermo y si alguna envuelve peligro o molestias, obrar preventivamente. A la inversa, si se conoce la anamnesis del día qué se puede calcular a la anamnesis total de la enfermedad.

Estos hechos podrán en algunos casos dar cuenta de la diversorada de hallazgos de diversos experimentadores que ha actuado aparentemente en iguales condictones, pero, que no han tomado en cuenta estos factores. Igual cosa puede decirse de los resultados a vecestan diversos que con las terapéuticas biológicas experimentan diferentes especialistas.

Es una hipótesis muy verosimil que el bacilo de Koch, fuera de los ciclos ya mencionados, haya tenido otros muchísima más larga duración, de siglos tal vez, relativos a su virulencia que podrían explicar las épocas de epidemias y las de endemia en que la virulencia se ha atenuado espontáneamente, debido a causa que sólo nos es dable presumir. Actualmente en Inglaterra la virulencia del bacilo de Koch ha decaído de tal manera, que Burnet la considera en estado de simple endemia. No se puede probar científica y matemáticamente, pero es muy verosimi? que la causa de estas variacioa influencias nes sea debida cósmicas.

Ettienne Burnet en su Profilaxis de la Tuberculosis dice que la declinación que ha empezado (en las distintas épocas en los diversos países) antes que la lucha antituberculosa, es debida al poder de defensa de la civilización: "urbanización, leyes de trabajo, protección a la clase obrera, etc., y que es acelerada por la lucha específica antituberculosa que ha disociado la pobreza de la enfermedad, según la célebre frase de Flatzeck Hofbauer.

Sin embargo, Burnet, coutra toda lógica, se niega a aceptar las influencias cósmicas en él determinismo de este fenómeno, explicación tan en boga entre los autores alemanes y cuyos fundamentos Burnet parece desconocer en abeoluto, pues exclama: "Poner las cosas en este punto sería abandonar la partida y dejar de abondar nuestros conocimientos de esestos hechos. Equivaldría a resto conocimientos de castos hechos. Equivaldría a renunciar a conocer la verdad".

¿Por qué, evando las relaciones de las causas físicas (cósmicas) con la vida animal y vegetal van siendo cada dia mejor conocidas y hasta tradicense ya en aplicaciones prácpeas?

Pensamos con Claudio Bernard que, en "los limites del sistema experimental", manifiesta que la experimentación es válida de ser llevada mientras no deforme o desfigure, apartando de como sucade, en realidad, los fenómenos biológicos. Aplicando esto a la tuberculosis nosotros pensamos que la experimentación en tuberculosis es lógica mientras considere todos los factores que en la vida tienen lugar para determinar un fenómeno patológico dado y que como vemos al estudiar cualquier sintoma, todo está tan ligado y actuado por factores, muchos de los cuales desconocemos, como los factores cósmicos, por ejemplo, que actuarían con toda probabilidad en el determinismo de muchos fenómenos, (hemoptisis, curso cíclico, estailido de poussees en primavera, etc.)

Por ello pensamos que siendo los fenómenos naturaies todos entrelazados, ordenados ; armónicos, lo más fógico es observar o lo más repetir hechos en las condiciones y momentos debidos (nuevo factor del memento en que se efectúa la experiencia, que complicará inevitablemente las experiencias futuras), esperando los componentes de los diversos fenómenos sin desfigurarlos ni alterarlos.

Así las cosas y basados en infinidad de fenómenos ciclicos de que la biología es tan prodiga que puede considerarse que la vida es un circuio que da vueltas incesantemente, repitiendo eternamente sus fases. No sólo la vida; todo el Universo parece ser un inmenao círculo; los astros, los sistemas pianetarios, el sol, la tietra, son esferas que describen círculos o elipses.

En lo infinitamente pequeño esto se repite: las células, las moléculas, los coloides, los átomos y los electrones, todos son esferas que repiten circulos. La vida de los animales superiores es un circulo: nacimiento, primera edad, juventud, madurez, vefez y muerte.

El día es otro círculo que se repite: amanecer, mañana, mediodía, tarde, crepúsculo y noche. Igual el año: otoño, invierno, primavera y verano. más, la luz y la energía parecen recorrer eternamente circulos gigantescos, pues las más modernas investigaciones astrofísicas parecen demostrar que la propagación de las onda-Iuminosas y electromagnéticas no se efectuaria en lineas rectas, como hasta aquí se había creido, sino que en lineas ligeramente curvas, es decir, siguiendo grandes arcos de circu-

CASOS CLINICOS. - I. Pabellon 3; cama 32; J. O. The fibrosa bilateral (hemoptoica). Al amanecer ligera sequedad de la boca; abundante tos; muy escasa espectoración; casi sin sensación de plenitud gástrica; muchos ánimos; pulso 72'; respiraciones 25'; pupilas ligeramente dilatadas reaccionan normalmente; sedimentación de 9.13 a 10.13 horas; 15 mm.; de 12.30 a 13.30 horas: 19 mm. Siente pequeñas molestias en la punta corazón desde hace del dias

A las 16 horas siente decai miento, a las 17 horas, se siente mal del estómago (hinchado), pequeño dolor debajo de reborde costal izquierdo. Luego después de estar acostado siente malestar como ahogos; acostarse siente ligero picor en los miembros inferiores, la tos aumenta considerablemente en la noche, el desgarro no cambia, el pulso no varía a pesar del reposo, al hacer movimientos no experimenta g.v. capsancio. Sedimentación: de 14.45 a 15.45 horas: 8 mm.; -

16.20 a 17.20 horas: 11 mm.

II. Pabellón 3; cama 25; O. F. A las 9.20 horas: pupilas muy poco dilatadas, muy poco dolor en el tercio del pulmón izquierdo, muy poca tos escasisima espectoración, para andar siente mucho cansancio unicamente en las tardes; el pulso que era de 82' en reposo. cambia a 102' después de nncar 30 metros, en cambio en la mañana podía andar sin dificultad 4 a 5 cuadras sin experimentar gran cansancio; a :an 11 horas empleza a sentir cansancio del brazo izquierdo (siempre como a esta hora siente esta melestia) que desaparece como a las 14 horas.

Sedimentación: de 14.45 a 18.45: 13 mm.; de 15.55 a 16.55: 4 mm.; de 17.30 a 18.30: 7 mm.

El cansancio del brazo se repite a las 3 horas para desararecer a las 8 más o meños, en la noche, doior de espalda más acentuado, a izquierda, que recrudece desde las 21 hecas; la tes como también la espectoración aumentan en la noche desde las 21 a 22 horas para disminuir a las 9 más o menos del siguiente día; duerme poco, el pulso estando ya en reposo no tiene nuevas variaciones.

III. Pabellén 5; cama 3; F. Ch. Al amanecer sienta la boca amarça, bastante ánimo, poca tos abundante espectoración pulso 59', temperatura 36i, A las 13 horas siente cansancio (diariamente) que desaparece un rato para volver media hora mās tarde; a las 14 horas aumenta un poco la tos y la espectoración cambia; en la mañana es de aspecto algo purulento para en la tarde ponerse salivoso; en la noche, de 22 a 24 horas, vuelve a sentir las mismas sensaciones de la vis-

El cansancio desaparece desde las 20 horas, traspiración e: la noche deede la cabeza hasia la mitad del tórax y las piernas, con excepción de las rodillas, las que se ponen heladas.

Sedimentación: de 8.20 a 9.20: 27 mm.; de 11.05 a 12.05: 23 mm.; de 14.30 a 15.30; 23 mm.; de 17.30 a 18.30: 18 mm.

Dr. HECTOR ORREGO P. --Cree que las ideas del Dr Arriagada, atribuyendo a clos microbianos el ciclismo de The, pulmonar merecen ciertas críticas. No hay que olvidar que no es atributo exclusivo de la Tbc. el tener ciertas horas fijas para la culminación de determinados síntomas, puesto que un hecho similar puede unotarse en los anginosos, cardio-vasculares y en las parturientas, cuyo desenlace fisiolôgico ocurre generalmente las horas de la madrugada. tos hechos tendrían un asiento especialmente en el sistema neuro-vegetativo que en determinadas horas guardando relación con la ingestión de los alimentos, con las variaciones atmosféricas, con la mayor, o menor actividad psíquica, etc., sufriria estimulos variables y desencadenaría síntomas consecuenciales.

Respecto a la apreciación del declinamiento espontaneo de las curvas de morbilidad por Tbc., cree que ello puede a.ribuirse al mayor desarrol'o del urbanismo en la vida de las multitudes, el cual, desencadenando en un comienzo veruaderas epidemias de Tbc., va estimulando a la larga los feuómenos de inmunidad relativa y aumentando las resistencias en los individuos.

Por lo que hace a los fenómenos de vagotonismo en los tuberculosos, cree que viltos constituyen una excepción, puesto que lo corriente es un cuadro más o menos esbozado de simpaticotonía (taquicard as, febrículas, traspiraciones, excitación psíquica, etc.), que se presenta indistintamente en las formas incipientes y en las terminales, y que, en algunos casos llega a constituir verdaderos casos de síndromes basedownianos.

Dr. RAMON SANTELICES.— El Dr. Arriagada se ha referido a dos interesantes problemas: la tuberculosis como enfermedad cíclica y la profilaxia de la tuberculosis.

El primero es de interés no sólo de la especialidad sino que médico general, por cuanto no sólo las variaciones del bacilo van a obrar sobre el organismo sino que éste tiene su parfe y creo que ella es de primer orden. Las distintas observacio nes presentadas por el Dr. Arria gada no sólo se observan en ios bacilares sino que también en otros enfermos, ya que ellas son la verdadera expresión do los sistemas vago y simpático,

Esto que nos presenta el Dr. Arriagada se puede observar en los Sanatorios y así vemos las diferentes reacciones de los enfermos en las diversas horas del día de acuerdo con ci mayer o menor predominio de aichos sistemas neuro-vegetativos; de ahí entonces que crea que deba de dársele no sólo importancia a las variaciones del bacilo en la explicación de los diferentes fenómenos observados en los bacilares, sino que también a la constitución de su organismo en general, factor de gran importancia.

En cuanto a la profilaxis de la Tbc. ha citado la interesante obra de Burnet donde estudia las cifras de mortalidad como de morbilidad para liegar a la conclusión que en países como Inglaterra, por ejemplo, acusa una disminución en la cifra de mortalidad antes de la epoca del bacilo de Koch y de las medidas que llevan en sí la

lucha contra la Tbc.

La The, seria una enformedad que una vez que su curva ha llegado al máximum, comienza espontáneament a descender.

Eso no tendría relación con un atenuación de la viculencia del baccio, por cuanto seguimos observanto las formas agudas con igual caracter y gravedad, especialmente cuanto son individuos, are no son de las cudades.

Les formas crónicas serían de los grandes centros y las agades de los individuos que han vivido frera de ellos.

Los años que la Tbe: li va de ataque a la humanidad ha'a format'; cierta realstancia a clia y ria se traduciria en esto gaíses por una disminación de la mertalidad y, peratilos cita el licebo que Alamania, anotada por gran crisis, no lia viste aumentar la cifra de mortalidad.

Dr. OSCAR PERALTA. — En el hombre, organismo superior muy complejo, la evolución la un proceso mórbido en general, y con mayor rezón el de la The., el factor individual desempeña, a su juicio, un pa-

pel excepcionalmente importante. Trac a la memoria el recuerdo de algunas consideraciones fisio-fliosóficas sobre la influencia del medio exterior en la biología animal. El interés que le ha despertado la discusion del tema traido por el Dr. Arriagada, le ha impedido recordar en este momentorombre de un investigador aleman que en el último tiempo ha tratado con brillo una nueconcepción bio ógica del va mundo. Recuerda, si, que es un alemán de estirpe noble que ha dedicado su vida a estas investigaciones.

Cada clase de individuos tiene su mundo ambiente distinto de el de otra clase y cada individuo se adapta dentro de su medio; siempre en constante lucha y en relación con sus enemigos y con las condiciones de su nutrición, produce su voluntad, o mejor, crea su voinnlad de vida sus órganos especiales de combate y de mantención. Esta fuerza interior, esta voluntad de vida heredândose de generación en generación, alcanza hasta la cúspide de organismos superiores, constituyendo al final la voluntad psíquica, gran arma en la lucha por la vidu en el hombre.

Además del medio exterior o ambiente, consideran para el hombre, algunos autores, la influencia del medio interior o el intra-medio. El medio interior ha sido objeto de estudio deede hace algunos años y constituye su renovación y averdadera vida del ser superior, o sea, el latimo intercambio cétulo-humocal.

Para nuestro objeto importa estudiar especialmente en el hombre la influencia medio social, dejando a un lado el análisis de la influencia del medica físico, porque dentro del conglomerado humano es donde ei individuo pone a prueba su arsenal defensivo. El hombre como ser social opera poniendo eus facultades fisio-psiquicas en la construcción de la economifa, tanto privada como COmún. En su trabajo econômico es estimulado primordialmente por una fuerza interior o psíquica innata que lo lleva a la acción y obedece de esta manera no a una razón de necesidad económica sino a una profunda razón espiritual. Según la opinión de algunos autores esta tendencia a actuar
dentro del medio social puede
presentarse en formas vagas o
francamente puras. Cuando so
observa en su forma pristina o
pura tiende hacia organizaciones netamente vitales que incen de lo más hondo del alma
primitiva, como por ejempio, la
organización patriarcal o el comunismo.

Si el hombre se mantuviese en una sociedad nacida v formada de acuerdo con este sentimiento intimo, posiblemente no sufriria en su actuación. Muy al contrario, sería feilz acluando de acuerdo con su tendencia, Mas, las sociedades humanas no se instituyen por virtud del amor numano y muy at contrarie, los individuos tienen que seportar la voluntad de organizaciones ejercida por ciertos núcleos que toman la dirección. Son éstas las únicas formas sociales que se han visto subsistir en la historia. Es en este medio donde la mayor parte de los hombres tienen que luchar. La lucha, naturalmente, es ruda, sujeta a innumerables vicisitudes, etc. El organismo humano en esta lucha sufre violentas emociones y quebrantos económicos que necesariamente tendran que repercutir en la salud. Las organizaciones sociales cambian según las épocas y durante dichas transformaciones el hombre tiene que soportar los males que originan aquellos desequilibrios. El término de una spoca de cultura o el trânsito hacia un periodo de civilización, según Spengler, se manifiesta por tormentas soclales que, por supuesto, repercuten sobre el individuo,

Todos conocen la gran crisis económica que está soportando el mundo; a nadie se le oculta su repercusión social. La mayoría de los hombres padece hoy los horrores de esta situación. El pauperismo y miseria fisiológica son su consecuencia. Entonces, este factor inexorablemente debe influir en todo proceso patoiógico que al hombre sobrevenga y, naturalmenta; con predifección, al tuberculoso.

Hemos escuchado que la influencia del sistema vago-simpático en la evolución de la tu-

berculosis, es cosa evidente al o'o del clinico. Quiero agregar la enorme influencia que sobre el sistema debe ejercer in autointoxicación recidivante del tuberculoso, auto-intoxicación que embota o estimula diversos procesos o facultades organicas. Quiero observar la influencia que el tóxico baellar y autohumoral ejerce sobre el sistema endocrino u hormonal, ya sobreexcitando diversos aparatos o yu embotándolos absolutamente (esclerosis pluriglandular hormonal). Además. no sería aventurado suponer que ge estimulan los numerosos organos endocrinos ocu-tos supletorios, ya que hoy se tiende a admitir numerosisimos otros organos hormónicos.

Al trastorno biológico tiene que acompañar, en estos intoxicados crónicos, el trasterno anímico, originando el num roso grupo de inestables patqui cos. De esta manera se establece un circulo vicioso: el veneno excita el alstema vago-simpătico y endocrino; esta excitación estimula la actividad psiquico-cerebral, vienen wastornos o desequilibrios agineicos y éstos vuelven a influr sobre el sistema vago-simpatico, de relación y se produce un nuevo trastorno humoral, Existe, pues, ciería armouis entre las funciones vegetativas y psiquicas. Si el shock en otivo puede determinar perturbaciores humorales, aprovechando la conexión entre ambos sistemas, vegetativo y psiquico-cerebral. es posible influir favorablemente sobre el estado humoral patológico provocando voluntariamente un shock emocional. Asi. Lor ejemplo, se ha visto deseparecer una urticula o una jaqueca, después de una erioción violenta. Ultimamente algunos autores rusos hablan de la inmunidad psiqui a en reación con diversos estados humorales, Metalnikoff, del Inst. : 0 Pasteur, ha publicado un lliere en el cual se ve el rol del sistema nervioso y de los factores biológicos y psiquicos en la itamunidad (Masson y Cla.; Paris-1934). Relata algunas experiencias de médicos rusos, los cuales ante un público científico selecto, han verificado verdaderoe milagros murdianos, si pudiéramos decir, apelando a la

sugestión. Por ejemplo, han logrado provocar lesiones equivalentes a quema luras de charto grado.

Con lo anterior, ya se puede sacar como consecuencia que se muy diffeil hacer de la tuberculosis una enfermedad de evolución ciclo-típica. Como lo ha dicho el Prof. Orrego, en este caso como en muchos de la patología humona, debenios considerar enfermos y nu enfermedades; tuberculosos y no tuberculosis.

Felicita al Dr. Arriagada por traer a estas reuniones tomas de tanto interês. Ve en él, como dice Ortega y Gasset, al hombre siempre listo, en atisho al problema, como el arquero, en actitud de mirar siempre al blanco.

Dr. AGUSTIN ARRIAGADA. -Manificeta que en el fondo cree estar de acuerdo con el Dr. Orrego, quien acepta la acción que los factores metecrológicos y cósmicos ejercen sobre el hombre, sobre las plantas, sobre los animales inferiores y lógicamente la acepta también respecto de los microbios. La vida no es como la inercia mental, la supone, un fenómeno fijo, sino por el contrario, es un cambio incesante: a su vez, la atmósfera y el ambiente cósmico es a su turno un medio esencial y constantemente variable.

Creemos que la aparición y desaparición de las epidemias, es debida no sólo al factor inmunización (factor hombre), sino que se deben indudablemente a cambios de la viru'encia de los gérmenes.

No suponemos que al decir que la tuberçulosis deciine en algunos países, que no se presenten casos graves. Esto, en su concepto, es debido a factores individuales (humanos o del germen), sino al total, al conjunto, al término medio de morbilidad y mortalidad.

Respecto a las observaciones que se han hecho sobre los cambios del estado vago-simpătico, manifiesta que ellos reperans su modo de pensar, pues es de recordar que ni el ectado vegetativo es fijo, y poi el contrario, fisiológicamente está en continuo ciclo, que se exagóra o deforma en las diversas enformedades y en los

diversos estados de las enfermedades agudas y crónicas; durante el sueño predomina el vago; en la vigilia el simpâtico; cu los períodos digestivos, el vago, etc. Sabemos que en la convalecencia de las enfermedades predomina el vago (el nervio constructivo o anabólico) y en la lucha el simpático (destructivo o catabólico). Sabemos además que es precisamente por intermedio del sistema neurovegetativo que en las excitaciones externas se nos transmiten en virtud de feno. menos electrolíticos (según Zondek).

Dr. RUBEN GARCIA VALENZUELA.. - CASO CLI-NICO. - La presente observación se refiere a una enferma que actualmente cuenta con 54 años de edad y a la cuai conozco desde hace tres años. siendo examinada por éi la primera vez a mediados del año 32, mientras era médico residente de la Casa de Salud de San José de Maipo. En ese tiempo la enferma ingreso Pabellon Popular, haciendo datar su enfermedad desde Abril de ese año. Refiere que en ese mes después de una jaqueca con grandes vómitos (jaquecas que padece desde hace varios años) tiene una pequeña hemoptisis que posteriormente continúa con tos y escasa espectoración intermitente. examen del tôrax de la enferma se constatan extertores sub crepitantes más o menos abundantes en la base izquierda g muy escasos en la base dere cha. En la fosa subclavicular derecha hay unos ruidos de fipo seco muy dudosos, que sôlo se auscultan en algunas ocasiones. La radiografía con que ingresa al Sanatorio revela lo siguiente: sombras de aspecto productivo en el vértice derecho; calcificaciones en ambos hilios y parte media de los pulmones; escoliosis dorsal con aplanamiento costal en la base izquierda.

No tiene espectoración durante su estada en el Sanatorio y las sedimentaciones no pasan de 5 mm. A su salida ha aumentado alrededor de 10 kilos y la tos ha cesado completamente; se hace el diagnóstico de Tho, fibrosa inactiva del vértice derecho. No vuelva s saber de la enferma hasta dos años después, es decir, a mediado de Mayo del presente año. Durante este lapso la enferma ha pasado por variss alternativas en su enfermedad que resume lo más posible.

Se mantiene en buenas condiciones. trabajando, hasta Agosto de 1933, en que consulta a este Consultorio por tos seca y decalmiento. En Noviembre la tos se acompaña de espectoración más o menos abundante. En estas condiciones se mantiene hasta Febrero. en que ingresa al Hospital San José con el diagnóstico de The pleuro pulmonar productiva bilateral; enfisema pulmonar. Durante sus consultas a este Dispensario se encontró al examen pulmonar estertores humedos en la base izquierda y en una ocasión, en el tercio superior derecho. A su entrada al Hospital el examen pulmonar dice In alguiente: estertores crepitantes en el tercio medio e inferior izquierdo. Refuerzo del soplo laringo-traqueal a derecha y extertores finos de tipo seco en el tercio inferior derecho (1.0-II-34). El 16 de Marzo la observación elínica Hospital consigna lo siguiente: desde su entrada al Servicio la temperatura ha sido normal; ha aumentado 5 kilos de peso: la reacción de sedimentación ha permanecido en 5 mm. en dos examenes; la baciloscopla de ingreso ha sido negativa. La auscultación en el pla no posterior no da ruidos adventiclos; disminución evidento del murmuilo vesicular en el campo pulmonar derecho. A la auscultación anterior explración soplante y escasos chasquidos secos finos bajo la clavícula derecha. Siguiendo la evolución de la observación ne se encuentra nueva anotación hasta el 9 de Julio y es la 31tima y dice asi: La enferma exige su alta después de haberse llegado al acuerdo de efectuar la exploración lipiodólica del pulmón izquierdo y operar el derecho.

Sin embargo, revisando las radiografías que la enferma se tomó en ese Hospital, en an segunda se ve que ya el lipiodol se ha hecho y lo que os extraño, se ha hecho en el pulmión derecho, cuya base se nov

ta llena de esta substancia, habiendo al parecer la enferma ha tosido después de la invección. por lo que no se nota el dibujo bronquial. El diagnóstico que figura en la primera pagina de la observación es de bronquiectasia derecha. La enferma sale de alla el 9 de Julio del Hospital con este diagnóstico, v se va a Valparaiso. Alli se le practica una radioscopia que reza así: retracción del hemotórax izquierdo en su tercio inferior. ona de enfisema pulmonar en el tercio medio. Vértice algo velado; no se aclara con la tos. Hillo derecho muy marcado. Se observa en el tercio medio del lóbulo inferior derecho una zona infiltrada, obscura, jaspeada, que se aclara con la inspiración profunda. Diafragmas excursionan bien. Diagnóstico: córtico pleuritis Tbc. tipo Potain, base derecha.

Con este diagnóstico la enferma es sometida a una freuicectomía derecha en el mes de Agosto. Posteriormente a esta intervención la tos y la espectoración se mantienen iguides y dice la enferma que se siente peor. El 15 de Abril de este ano acude al Dispensario refiriendo que hace 10 días ha tenido una hemoptisis de rezulares proporciones y quejandose actualmente de dolores al hemitorax derecho, tos y especioración. El examen pu'monar revela un soplo suave de tipo tubo-pleural en los dos tiempos en la base izquierda, acompahado de broncoegofonía, pectorlloquia áfona y exteriores subcrepitantes. Escasos extertores finos en la base derecha

La radioscopia da lo siguiente: movimiento paradojaj del diafragma derecho que enta cendido. ¿Resto de lipiocoi en la base derecha? Vártice algo velado. La radiografía es más, o menos semejante a la de hace tres años cuando la eaforma ingreso al Sanatorio. De nuevo se ve el ascenso del diafragma derecho, ¿y los restos de lípiodol en la pase de ese lado? Todo lo demás, las sombras do caracter productivo en el vértice derecho y el aplanamiento costal en la base izquierda permanecen sin variacion, Baciloscopia negativa. Pensando en la posible existencia de una cavidad en el pulmón izquierdo que no se viera en una adiografía frontal se toma otra oblicua que tampoco demuestra la existencia de ésta. Por último, hace dos o tres días se toma una plancha en la cual con muy buena voluntad puede habiar de un velamiento del seno costo-diafragmático izquierdo, que puede ser debido también al pecno. La enferma ha seguido más o menos en las mismas condiciones, no habiéndose modificado su tos y espectoración. La baciloscopía ha resultado nuevamente negativa. El examen pulmonar sin variación.

Resumiendo la observación se puede decir lo siguiente: enferma de 54 años que comienza su enfermedad en Abril de 1932 con una hemoptisis. Ingresa al Pabellón Popular donde permanece 9 meses, sailendo de alta clínicamente curada. Alli se hace el diagnóstico de The, fibrosa del vértice dere-cho, inactiva a su alta. Sels meses más tarde sus molestias comienzan nuevamente a hacerse presentes, consultando primeramente al Seguro y nospitalizándose después en el Hospital San Joss. Alli se hace el diagnóstico simplemente de bronquiectasia derecha. Posteriormente, la enferma es operada de una frenicectomía derecha con el diagnóstico córtico-pleuritis derecna Valparaíso).

Por último, acude nuevamente a este Consultorio relatundo haber tenido 10 días antes una hemoptisis y quejándose actualmente de mucha tos y espectoración (mediados de Abril).

Ante esta observación debemos hacernos algunas consideraciones sobre la evolución anterior de la enferma y sobre su estado actual.

Primeramente, debo manifestar mi desacuerdo con el diagnóstico de bronquiectasia derecha hecho en el Hospital San José. En la observación clínica no hay un solo antecedente que se pueda hacer valer para afirmar este diagnóstico ni por el examen clínico ni por la radiografía lipiodolada que solo revela una acumulación de lipiodol en la base derecha, sin permitir apreciar el dibu/o bronquial, y en segundo lugar,

aun aceptando este diagnóstico, no me parece una indicacióm curpade, la frenicectomía propuesta. A mi modo de ver la sintomatología presentada por la enferma en ese tiempo, era sólo debida a una reactivación clínica discreta de la fibrosis del vértice derecho; digo reactivación clínica, ya que radiograficamente esta lesión no se ha modificado apreclablemente, después de la primera radiografía.

Refiriéndome ahora a la frenicectom'a practicada en Valparaiso con el diagnóstico de córtico-pleuritis de la base derecha, no puede silenciarse el craso error que se cometió al, hacer este diagnóstico radioscópico, ya que la sombra que se interpretó como de corticopleuritis era debido al lipiodol que todavía permanecía en los bronquios. Es decir, se op :ró a la enferma bajo la base de un diagnóstico falso. Por lo demás, en caso de que este alagnóstico hubiera sido verdadero, no creo que una córticopleuritis sea la indicación de unn frenicectomía.

Llegamos al estado actua: de la enferma y nos encontremos con que desde hace más o menos un mes y medio en que consulta al Consultorio, presen-ta en la base izquierda los signos de una condensación pui monar y pleural sin que la 1a-diografía refleje en lo más mínimo el estado físico pulmonar-Ante este hecho no cabe persar sino en dos diagnósticos de probabilidad: o bien se trata de una córtico-pleuritis tuberculosa o bien de una bron quiectasia. Habla más en favor de la primera los antecedentes de tuberculosis que presenta la enferma y el mismo examen fisico del pulmón: sopio tubapleural, bronco egofonia, pecteriloquia afona y los extertores fines en la base pulmouar.

Quedaria por determinar si la hemoptisis que present'i hace dos meses fué la causa do esta córtico-pleuritis o bien si fué esta la que provocó la hemoptisis.

Aceptando la primera posibilidad, habría que pensar que fue la fibrosis del vértice direcho la que causó la hemogtisis y en este caso acepiar que la frenicectomía no ha tenido cinguna influencia sobre esta lesión.

Ha traído la observación de esta enferma a la presente reunión por dos causas; primero, para demostrar los perjuicios que puede acarrear a un enfer no el tratamiento practicado 2 base de una observación hecha a la ligera, y con el objeto de aclarar el actual diagnóstico y el tratamiento ulterior.

Doctor HECTOR ORREGO PULLMA. — Conoce 12 enferma, objeto de esta presentación y se ha interesado por ella en la Casa de Salud y en la sala del Dr. Monardes en el Hospi tal San José. Le parece muy diffell aceptar el diagnóstico de tuberculosis crónica fibrosa, en una enferma que ha alcanzado su edad, con un estado gereral admirable, casi sin espectoración, siendo que la bronquitie es uno de los atributos de la tuberculosis fibrosa, de larga evolución; y todavia es mas extraño compiobar la escasez de imágenes patologicas que la radiografía ofrece. En cambio, la anamnesis de esta paciente no nos da otros sintomas importantes que algunas hemoptisis ya icjanas y icves y poco frecuentes episodios catarrales. Ante la casi negatividad de los exámenes clínico y radio ógico; ante la persistencia de la imagen lipiodolada en los alvéolos después de largos meses de efectuada la inyección opaca, cree más posible inclinarse al diagnóstico de una bronquiectasia, en su modalidad seca, que según la descripción de Kindberg, se adapta mucho a la evolución de este caso clínico. Para terminar, cree que la indicación de la frenicectomía en las bronquiectasias no se dirige tanto hacia una finalidad de colapso sino que persigue más los beneficlos que las modificaciones circulatorias, demostradas por trabajos de Sergent y sus discipulos que no tardan en manifestarse en el territorio del lado de la intervención.

Dr. RENE GARCIA VALEN-ZUELA. — Recuerda las dificultades que existen en ciertas ocasiones para hacer un diagnóstico diferencial exacto a través de los signos semiológicos de una bronquiectasia y una córtico-pleuritis, y cita el caso de un asegurado atendido por el en el Consóltorlo de Brôncopulmouares primero, y después en el Hospital de San José, en el que se hizo primitivamente el diagnóstico de córtico-pieuritis por los signos físicos (macicez, sopio tubo-pleural fípico, extertores finos). Este diagnóstico fué aceptado por buena parte de los médicos del Servicio y hubo de ser modificado con posterioridad a una radiografía liplodo ada que revelicharamente una bronquiectasia absecsada.

Dr. RAFAEL HEVIA. - Hace notar que toda persistencia prolongada de lipiodol en los bronquios, traduce una anomalia de éstos, ya sea en su estructura o en su fisiología. Esta observación hecha primeramente por Bonnamour, Badollo y Gaillard ha sido plenamente confirmada por los uruguayes Plaggio Blanco y Garcia Capurro, quienes llegan a afirmar que "todo bronquio que después del décimo minuto aparezca aún opacificado, es un bronquis anormal". En la radiografía que nos muestra el Dr. Rubén García se aprecia una retención anormalmente prolongada de lipiodol en los bronquios, le que no corresponde a una rellepamiento alvéolo-broncográfico normal, debiendo, pues, existir una anomalía de estructura (dilatación bronquial) o de fisiología (movimientos bronquiales activos, aspiración toraxica).

Dr. OTTO KIEDEL. — Recuerda que en los niños afectos de pleuruis mediastino-diafragmáticas se forman con gran frecuencia bronquiectasias de las bases.

Dr. OSCAR PERAITA.

Considera que en la observación elinica presentada per el
Dr. García, a fin de llegar a
un diagnóstico definitivo, convendría agregar una inoculación en cuy del desgarro y un
nuevo examen broncográfico.

No podria decir si en este caso existe una tuberculosis o una bronquiectasia o ambas lesiones juntas porque ninguna se exe uye, sin someter a esta enferma a una observación minuciosa durante un período de tiempo determinado y suficiente. Nos dice el Dr. García que en esta enferma no se ha medido el desgarro porque la pa-

ciente declara que o no tiene o es muy escaso. Pues bien, esto mismo es hecesario que el médico lo compruebe personalmento. Ya es conocido el hecho de que en más de alguna brouquiectasja, la broncorrea aparece o desaparece periódicamente.

La prueba broncográfica anterior parece evidentemente negativa. Mas, a pesar de que vau transcurridos algunos meses, no se ha disipado la sombra del lipiodol definitivamente. El Dr. Hevia dice que a su juiclo esta circunstancia sería un tanto reveladora de bronquicciasia y se funda en trabajos urugua; es que hablan al respecto. Cree, como el Dr. Hevia, que aunque este hecho no permite afirmar la bronquiectasia derecha, nos debe interesar en el sentido de averiguar la causa de tal retención. ¿Hay espasmo bronquiolar prelacunar, o mejor, preestagnación? ¿A qué obedece?, etc. En todo caso, convendria repetir la prueba concográfica.

Se ha hablado de que esta enferma no hace mucho ha presentado un síndrome de córtico-pleuritis, de la base izquierda. Este episodio agudo. ¿puede o no clasificarse de tubercu'oso A su juicio no debe adelantarse el diagnóstico antes de tener la prueba etlo:6gica, pero, advierte, ¿no podría tratarse también de un episodio agudo esplenoneumónico de otra etiología? (luético o banal). Alrefedor de un núcleo bronquiectásico antiguo, o en un parénquima sano, la primera hipótesis no es aventurado Las bronquiectasias, como ha dicho el Prof. Orrego, general-mente son bilaterales. No sería raro, entonces, que si existe una bronquiectasia a dercena, pueda existir igualmente a izquierda. En el caso de la segunda hipótesis, una esplenoneumonia puede también terminar en una brenquiectasia De episodios agudos espieno-neumónicos habla Neumann, cuando trata de la lúes puimoner. y Ulrici los engloba dentro de las infiltraciones secundarias. En Francia, Bezancon, A. Deiille y otros, hablan de esplenoneumonías como determinantes de bronquiectasia, etc.

Si se comprotera en este ca-

so la declaración de la enforma que nos hiblia de espectoración muy escasa, no sería óbice a la dilatación bronquial, porque sabemos que existen dilaticiones bronquiales secas. For tauto, solamente cuando en la nueva broncografía se compruebe la ausencia de dilatación bronquial, estaremos seguros del diagnóstico.

Azoulay ha descritó formas de bronquiectasia aneurismática y secas a veces de difícil diagnóstico a pesar de la broscografía y que requieren para aclararia de la argucia del especialista otolaringólogo.

Una última palabra acerea de la presunción de ura Toc. trainant esclerosa de la zona superior del pulmón izquierdo. A su juicio, no habría motivo para desecharla, por cuanto, como ya ha dicho, puede coexistir una bronquiectasía con una Toc, y aun más, en el último tiempo se ha estudiado la influencia etiológica de la Toc. fibrose en la bronquiectasia, pero como ya ha dicho. la inoculación en cuy debe confirmaria.

### TERCERA REUNION CLINICA EN

### CLINICA EN EL CONSULTORIO DE CHILLAN

30 de marzo de 1935.

Bajo la presidencia del Madico-Director Provincial, doctor E. Gonzalez Laura, se refinen en essión los médicos del Consultorio, doctores Maria Gatica, Wildner, Taricco, Rubio, Larraguibel, Rivas, Necochea y Aranda.

El doctor González maniffesta que los trabajos presentados deben ser entregados en Secretaría para ser enviados a Santiago. En seguida, a fin de obtener un reflejo más fiel de las sesiones, se acordó nombrar Secretario entre los médicos. en lugar del Secretario del Consultorio que había desemprinado estas funciones hasta la fecha, Este nombramiento recavó en el doctor Arcadio Aranda.

A continuación se tratan los temas acordados para la presente reunión.

El doctor Otto Wildner habla sobre la Menopausa. Comienza por poner de manifiesto las conexiones que existen entre la medicina general y la especialidad a que ae dedica en la apreciación de los diferentes y múltiples complejos de síntomas que constituyen la menopausa en la mujer. Se presenta ésta por término medio entre los 42 y 45 años, en Chile; entre los 45 y 48 años, en España; entre 42 a 55 años, en Alemania.

La menopausa en la mujer se define, dice, como la pérdida de la función menstrual. De tal manera este estado repercute en el organismo entero de la mujer, ya sea en su funcionalismo interno y en su aspecto exterior, que se ha llega-Co a decir que la cara es el reflejo del estado de los ovarios. Pasa en revista a continuación las diferentes teorías existentes para explicar este fenómeno, y cita entre otras la de Lopez Sancho, que dice que la menopausa es un período en que disminuyen las funciones nutritivas de las glandulas endocrinas, manifestándose por un estado de desequilibrio en

que la mujer con función ovárica no pasa violentamente al estado de la mujer sin función ovárica.

Las manifestaciones más llamativas de este período esqueletizante de los órganos de la "unción sexual se refieren a los fenómenos locales, encontrándose frecuentemente un cuello uterino infantil, vaginas estrechas, acartonadas, tabicadas en forma transversal, figurando reloj de arena; mamas constituyendo un solevantamiento de tejido fibroso. Los caracteres sexuales secundarios se orientan a la masculinización de la mujer en su aspecto externo: anarece abundante vello en el labio superior y mejillas, lo mismo hay invasión en la región supra pública con ascenso a la linea media hasta el ombligo; pérdida del tejido adiposo peri-pelviano, aumento de las masas musculares, trastornos de la fonación, voz ronca l'egando a veces hasta la calvicie, como signo más manifiesto aun de masculinización.

En los caracteres pelquicos hay rotura franca de la armonia, manifestêndose una inestabilidad en el carácter, criterio mutable; de tal manera llegan a hacerse notables estos trastornos que llegan a cambiar la personalidad, como Catalina de Rusia, que fus tirana en la menopausa.

La menopausa sería ese estado en que la naturaleza desposee a la mujer de los adornos que ella misma le ha dado.

Las manifestaciones patolósicas de esta pérdida de la función menstrual que se hacen más visibles a veces, son: exacerbación del sentido genésico habido, excitación aumentada y orgasmo alargado, constituyendo estas mujeres las insatisfechas y cuya actuación constituyendo este estado otro signo de masculinidad.

Viene después de este período la calma completa con la atrofía de lo órganos — post menopausa — que no nos interesa.

Los períodos congestivos se hacen visibles con hemor agias fiecuentes e irregulares, fáciles de confundir con CA., pólipos. restos de abortos, etc. A veces estas congestiones producen verdaderas fluxiones congestionando las mamas; otras veces las congestiones son abdominales, muchas en los brazos, etc .. siendo éstas pasivas debidi a o la disfunción ovárica, otras sou las conjuntivas, la laringe, estemago, bronquios. Una manifestación frecuente de la congestión del aparato genital do la mujer, es la leucorrea. Se presentan a veces dolores el trayecto de los nervios: trigémino, ciático, cefáleas, jaquecas; a veces prurito sin cau-

sa conocida.

Otros fenómenos de este periodo son los nutritivos en que sube o baja la glicemia, apareciendo glicosuria. Y por último, los fenómenos cardio vasculares que son los más inte-

resantes.

Todas estas diversas manifestaciones han creido se, explicadas por muchos como una consecuencia de la fallo de scereción ovárica, arguy m.o. otras que mada tiene que ver esta faita de secreción con la existencia de tales molentias: acros se inclinan a ver sólo una consecuencia de la toxemia producida por la cesación de reglas. Contra esta manera de pensar se puede argumentar que hay mujeres con grandes hemorragias en la menopausa y con más grande cantidad de molestias todavía.

Los sintomas vasomotores se manificatan a veces en forma dramática, ya que debido a va congestión violenta de los capilares producen a veces hasta la muerte súbita.

Los extrasistoles, zumbidos de ofdos, palpitaciones, mareos, son perturbaciones producidas por la hipertonia seueral de este período.

La mujer en el período comprendido entre los 45 y 56 años debe ser examinada, con gran prolijidad en lo que se refiere a su aparato cardio-vascular, ya que en este espacio de tiempo se manifiestan las máaltas hipertensiones llegando le presión arterial fácil y frecuentemente a 35 con oscilaciones de más de 5. Cualquiera leción arterial sería fatal por la violenta hemorragia que produciria una presión tan alta.

Es frecuente en este período también la aparición de albuminurias que frecuentementpasan sin régimen, en este caso se tratarían seguramente de albuminurias de la menopausa.

En todas estas manifestaciones es de importancia capital un diagnóstico diferencial preciso, siendo a veces tal la maraña de sintomas que se hace imposible despistarlo y saber si en realidad es producto de la disfunción ovárica. La ópinión personal del doctor Wildner en este problema de la menopausa es que la mujer sólo alcanza la tranquilidad de espíritu y somática solamente cuando llega a su masculinización más completa y perfecta.

Tratamiento: Como consecuencia de esta opinión prebla, el doctor Wildner trata a sus enfermos de manera de hacerlos consegur la pola zación de su estado lo más pronto posible. En las mujeres usa el extracto orquífico con lumina: y extracto hipofisario, observando la estabilización rápida de los enfermos. Esta experiencia la viene practicando en los enfermos del Consultorio desle hace un año con notables resultados.

Ofrecida la palabra sobre el tema anterior, el doctor Necochea hace referencia a las inclusiones fetales que muchos hacemos como una explicación de la aparición de estos fenómenos. El doctor González dice que en rea idad el individuo nace con dos sexos, polarizándose con el crecimiento " diferenciandose. A este respecto hace acordar que la prostata representa el cuerpo de Wolf y tiene hemorragias. El doctor Wildner dice que Ivan Boch dice que todos somos bisexuales nianifestândose este estado por la existencia de juegos iguales en la niñez y en el hombre ya maduro por el amor a los hifos y al hogar, siendo éstos un atributo maternal.

Pasando al otro punto de la tabla, el doctor Necochea ocupa la atención del auditorio con su trabajo original sobre el Síndroma viscoso, trabajo de observación propio que viene atendiendo y tratando desde 1917. Dió como síntomas generales los siguientes: cefáleas, mareos, palpitaciones, astenia marcada y muy mal genio Presenta estudios hematológicos, uno muy completo practicado por el doctor Corona. Da cuenta del tratamiento que ha empleado con bastantes éxitos, que consiste en citrato de sodio con pepsina.

Da lectura a algunas partea de agradecimiento de enfermos mejorados. Termina entregando este estudio al cuerpo médico para que hagan experiencia o corrijan lo que crean de interés sobre el particular,

A continuación, el mismo doctor Necochea lee otro trabajo que dedica a la doctora María Gatica, intitulado: "Los Rayos X, el radiólogo, y los médicos". Hace una pequeña reseña histórica de los Rayos X. En seguida se refiere a la especialidad radiológica que ha creado una nueva anatomía de las sombras y el gran sacrificlo mental y físico que significa esta clase de estudios. Luego se refiere a los médicos recordándoles que en el ejerciclo profesional deben siempre tener presente la colaboración de los Rayos en el diagnóstico y marcha de las enfermedades

### NUESTRO MEDIO

### DOCUMENTOS

# 11.—Asistencia Hospitalaria en Chile (1)

"Se publica un cuadro donde se puede observar el movimiento de todos los hospitales del país en los últimos 24 años".

HOSPI- TALES	N.o de Hospi- tales	Camas para enfermos		Número de enfermos				GASTOS	
				100	Dados	Fallecidos			Por en-
		N.o	Por mil hab.	Asistidos	de alta	N.o	Por 100 asist.	Valor en \$	fermos asisti.
1911	98	10.506	3.1	106.217	87.305	11.30	5 10.6	_	
1912	99	10.235	3.0	109.817	91.236	10.13	5 9.2	8.014.148	73
1913	103	10.353	3.0	109.590	91.804	9.956	9.1		
1914	103	10.364	3.0	109.868	92.128	9.88			
1915	106	10.395	2.9	110.976	91.826	10.120			
1916	109	10.655	3.0	117.560	97.681				
1917	109	10.658	2.9	122.567	103.400				
1918	110	10.860	3.0	130.369	109.405				
1919	114	10.715	2.9	140.039					
1920	116	11.806	3.2	142.371				14.193.571	
1921	114	11.597	3.1	145.889	122.881	14.472		16.418.435	
1922	1174	12.006	3.2	141.474	1 120,395				
1923	118	12.151	3.2		127.186				
1924	117	12.623	3.3		128.223				
1925	119	12,614	3.2	149.950		11.805		24.864.273	
1926	117	12.656	3.2	153.903	132.441	11.509			
1927	118	11.895	2.9	165.442	! 142.952	12.175			
1928	125	13.398	3.3	171.449	149.453				
1929	141	14.516	3.5	197.616	173.213	13.916			
1930	145	15.697	3.7	206.183	181.364	13.239			
1931	150	16.067	3.7	207.059	182.071	13.288		44.917.639	
1932	145	16.066	3.7	213.428	201.409				195
1933	144	17.306	3.9	235.717	1 206.324			47.894.301	203
1934	155	18.293	4.1	253.315	223.150	16.909		56,620,965	224
1177 1 -	11	e proporci	The same of the sa		110	un 1290		to les dedes	

"En el año 1934 se proporcionó asistencia hospitalaria a 253.318 enfermos, cifra que es mayor en 17.601 a la del año anterior. La cifra arrojada por el año 1934 es la más alta reglatrada desde que se lleva estadística. Los enfermos dados de alta fueron también superiores en 16.826; sin embargo, los fallecidos, a pesar de haber aumentado considerablemente los asistidos, son mayores que los registrados en 1933 sólo en 35."

"Al comparar el año 1911 con el de 1935 es observa que el número de hospitales ha aumentado en 57 y el de camas para enfermos en 7.787. El promedio de camas por mil habitantes que era en el año 1911 de 3.1 llegó en 1934 a 4.1. Los enfermos asistidos, que alcanzaron en 1911 a 106.217 han llegado en 1934 a 253.318. o sea, que el número de camas ha aumentado entre astos chos en un 74% y los enfermos asisticos.

y de una serie de enfermedades que no pueden tener una explicación y una orientación definidas, sin el auxilio de los Rayos.

El Mádico-Director explica que en razón de encontrarse parte del personal médico, isando de feriado legai, no sepudo verificar en febrero la reunión clínica correspondiencorrespondiente.

Se levante la sesión a las 9 P. M., para dirigirse el personal a la comida establecida. CUARTA REUNION CLINICA DEL CONSULTORIO DE CHI-LIAN

27 DE ABRIL DE 1935 En esta fecha se celebró la cuarta reunión clínica del Consultorio de Asegurados de Chillán con la asistencia de todos los médicos.

tidos en un 138%. También los dados de alta y fallecidos anotan fuertes aumentos que ascienden a 150 y 50% respectivamente."

"Del examen de estas cifras, se desprende que la asistencia hospitalaria en nuestro país, ha mejorado notab'emente, ya que con un aumento de sólo 74% de camas entre los años 1911 y 1934 se le ha dado asistencia hospitalaria a un 133% más. Este mejor aprovechamiento de las camas se debe en gran parte a la disminución de la estada de cada enfermo, ya que de un promedio de 24 días en 1911 ha bajado a 20 en 1934."

"Merece observación la fuerte disminución que anotan los fallecidos por cien asistidos, ya que de 10.6% que anota el año 1911, han disminuto a 6.7% en 1934. El gasto por enfermo asistido que en 1922 era de 73 pesos alcanza en 1924 a 224 pesos, o sea, que ha subido en un 2076."

(A la vuelta)

S- leyeron los siguientes trabajos:

1) Sinfonia Inconclusa, doc tor Necochea.

2) Historia Clinica, doctor González Laura.

 Contribución al mejoramiento de la Oficina del Niño.

El del doctor Larraguibel se publicará en un número especial dedicado al estudio de los problemas del Niño.

## 12 -Distribución de la Población por edades, en Chile (2)

"En Chile se ha pub'icado por primera vez la población por edades, detallada de año en año, en el Censo de 1930: en los años anteriores no fué posible hacer esta publicación en esta forma. En el cuadro se da la distribución por grupo de edades para 1920 y 1930.":

The same	The state of the s	t sough
ANOS DE EDAD	1920	1930
0	111.520	141.731
1	62.506	96.174
2	95.798	115.550
3	102.734	122.662
Acres con con	101.483	113.803
5	104.893	112.565
6 a 7	111.140	226.069
8 a 9	190.615	196.730
10 a 11	176.761	185.282
12 a 14	265.261	283.213
15 a 19	398.186	469.319
20 a 24	353.550	416.854
25 a 29	318.914	361.744
30 a 34	251.977	288.576
35 a 39	235.788	269.410
40 a 44	202.317	217.770
45 a 49	139.592	177.507
50 a 54	134.489	149.475
55 a 59	76.236	98.923
60 a 64	93.740	96.457
65 a 69	38.872	53.050
70 a 74	42.065.	44.270
75 a 79	16.049	21.045
80 a 84	17.452	17.012.
85 B 89	4.792	5.211
90 a 94	4.241	4.153
95 a 99	1.455	1.648
100 y más	1.273	1.238
REPUBLICA	3.753.799	4.287.445
		A STATE OF THE PARTY OF

"La distribución de la población por edades es una de las estadísticas más importantes que se trata de obtener de los Censos. Desgraciadamente es una de las más difíciles. A pesar de las procauciones extraordinarias que se toman, los errores son imposibles de évitar. El error principal consiste en la acumulación de personas en las edades terminadas en 0 y en 5. Además en los países de poca cultura, lo más corriente es que la gente desconozca la edad que tiene. En las edades altas, hay, en general, la tendencia a indicar cifras exageradas; es un hecho conocido en la estadística que el número de centenarios es mayor en los países de mucho analfabetismo."

· "Una prueba del mejoramiento de la cultura media es la disminución del porcentaje de centenarios que se ha notado en los censos hechos

desde 1865 hasta 1930."

(1) y (2) Sinópsis Geográfico.—Estadística de la República de Chile.—1933.—Dirección General de Estadística.—Santiago.—Chile.

### Peritajes de Invalidez

N.o 5 .- Nombre: L. V. M.

Inscripción N.o 13141. 62 años. Casade. Empleado.

Anamnesis: Resúmenes de datos anamnésicos recogidos en múltiples hospitalizaciones en el Hospital Clinico entre 1930 y 1934.

En dos órdenes de fenómenos se pueden agrupar los síntomas que obligan a L. V. a hospitalizarse en múltiples ocasiones:

a) Dispépticos;

b) Cardiovasculares.

a).—Los primeros, dispepticos, consistieton en dolores referidos al estómago, que sobrevenían por temporadas, acompañados de los signos subjetivos a hiperacidez, (ardor, psialorrea), y que pasaban con la ingestión de alimentos o alcalinos en los primeros tiempos y con el vómito provocado o espontáneo, después. Su comienzo se remonta aproximadamente a 1928: En 1930, un estudio radiológico verificado por los doctores Poblete y Daza, lleva a la conclusión de un úlcera gástrica de la pequeña curvatura. El Wassermann era positivo (\*\*\*) a la sazón el tratamiento había modificado favorablemente — en el sentido de una atenuación — los síntomas.

Con alternativas ha transcurrido estetiempo. En una de estas agravaciones (Marzo a Mayo de 1934) se comprueba una aquilia y acidez de fermentación con Uffelmann positivo (\*\*\*). La sospecha de un Ca gástrico sólo puede ser desechada desqués de varias exploraciones radiológicas. En ellas se confirmó la existencia de una úlcera de la pequeña curvadura.

b).—Los fenómenos cardiovasculares consisten en disnea de esfuerzo discreta, marcos y trastornos visuales. Agregaremos, además, manchas equimóticas de la piel, subconjuntival y retiniana. Esta última ha producido por repetición, la ceguera de O. D.

En 1933 tuvo una hemiparesia derecha con afasia transitoria que duró diez minu-

tos más o menos.

Desde el punto de vista del psiquismo sus familiares han observado una acentuación de su carácter habitual (pérdida del control, del sentido de las proporciones, obstinación, porfía, etc., carácter senil).

Desde el punto de vista objetivo, se deja constancia de lo acentuado de los caracteres de senilidad para una edad relativamente no muy alta (61). Los arcos seniles corneales son exajerados; las reacciones pupilares perezosas, la piel muy disminuida de elasticidad, temblor, engrosamiento, sinuosidad y endurecimiento de las arterias periféricas, especialmente las temporales carotidas y arterias de los miembros superiores.

Las presiones arteriales se mantienen alrededor de 20 y 12 más o menos. No se han comprobado signos objetivos de asis-

tolia o hiposistolia (edemas o congestiones

Los signos clínicos — sibilancias y roncus diseminados — y radiológicos — hilios densos e irradiados — de una bronquitis crónica difusa completan el cuadro objetivoción el examen físico de dou L. V.

Orinas poliúricas de densidades bajas, revelan el compromiso escleroso de sus ri-

ñones.

Adjunto un examen de fondo de ojo: L. V. presenta en OI una atrofia papilar de origen vascular, lo que lo imposibilita para cualquier trabajo.

Conclusiones:

Diagnóstico: Nefroesclerosis. Arterioesclerosis generalizada. Bronquitis crónica.

Pronóstico: Incurable. Supervivencia aproximada: dos años.

Incapacidad para el trabajo: Absoluta y

permanente.

Fecha probable de la Invalidez: Primer semestre de 1935.

Calificación del peritaje:

1) Forma: literaria.

2) Anamnesis: completa.

3) Examen físico: suficiente.

4) Evolución: completa.

5) Tratamiento y resultados: bien expuestos.

6) Conclusiones: aceptadas por la oficina de Invalidez. Se concedió la pensión.

Calificación general: Bueno.

## Congresos, Cursos y Bibliografia

#### MEXICO

- Durante los días 12 al 19 de Octubre se reunirá en la ciudad de México el Congreso l'anamericano del Niño bajo la presidencia del Dr. Abraham Agala González.

Los temas que se tratarán serán los siguientes:

### TEMAS DEL CONGRESO

### SECCION PRIMERA. — PE-DIATRIA MEDICA

- 1 .- Raquitismo.
- 2.—Estados alérgicos de la infancia.
- 2.—Colicis muco-hemorrágicas de la infancia.

- SECCION SEGUNDA: PE-DIATRIA QUIRURGICA Y ORTOPEDIA
- Infecciones focales en la infancia,
- Tratamiento médico, quirúrgico y ortopédico de las parálisis de los niños.
- 3.—Tratamiento de las osteoartritis tuberculosas infantiles.

### SECCION TERCERA. — HI-GIENE INFANTIL

- Cómo lograr la provisión de leche pura de vaca destinada a la alimentación infantit.
- 2. Profilaxis de las parasitosis intestinales.

 Influencia del hospitalismo en el estado psíquico del ulño.

### SECCION CUARTA. — ASIS-TENCIA Y SERVICIO SOCIALES

- Asistencia y protección de los niños inválidos.
- Programa mínimo de preparación de las enfermeras visitadoras y de las trabajadoras sociales,
- Sugestión para la organización médica, educativa y social de la Casa de Cana tipo.

### SECCION QUINTA. — LEGIS-LACION

1.—Obligaciones del Estado en cunuto a la protección de la infancia. Legislación relativa. El Código del Niño

2.- Fundamentos humanos, legales y sociales de tos cierechos de la maternidad.

Legislación relativa a la delincuencia infantil.

### SECCION SEXTA - EDUCA-BELL CION, OF LAND

properties and represent the seasons 1.- Educación de niños anormales.

2.-Educación del piño en la cand preescolar,

3. Clasificación de los escolares. Su función protectora del niño y sus ventajas para la educación,

### CHILE

Programa General de Trabajo det Cuarto Congreso de Asistencia Social, que se reunira en Santiago del 4 al 6 de Octubre de 1935:

La Jefe del Secretariado de la Asociación, Dra. Aurora Rodriguez, atenderá todos los dias (menos los Sábados y días festivos) de 5 a 7 P. M., las cousultas e inscripciones de miembros (cuota § 20) en la Oficina Técnica de la Beneficencia, Monjitas 665, primer patio a la derecha,

### PROGRAMA GENERAL DEL TRABAJO

Viernes, Octubre 4 de 1935.

10 A. M. SESION INAUGU-RAL EN EL SALON DE HO-NOR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE:

Con asistencia del señor Ministro de Salubridad,

1.0 Discurso del Presidente de la Asociación Chilena de Asistencia Social y del Congreso, doctor LUCIO CORDOVA.

1.0 Discurso del Director General de Beneficencia y Asis-tencia Social, Doctor SOTERO DEL RIO.

2.0 Discurso del Secretario General de la Asociación, doc-tor GERMAN GREVE, haciendo resultar los méritos de los servicios premiados por la Institución.

3.0 Repartición de Diplomas. L-Al Hospital de San Agustin, de Valparaiso, un diploma de honor, por presentar en de enfermos por demás encomiable (Concurso de 1933).

II.-Al Hospital de Cañete. una mención honrosa, por presentar la más baja cifra días-estada de enfermos en 1932 (Concurso de 1933).

III.-A la Maternidad Antofagasta, una mención honrosa, por ser el mejor servicio de maternidad de menos de 50 camas en el país (Concurso de 1933).

IV.-A la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile, por ser considerada como sobresaliente en sus servicios (Concurso de 1934).

V.-A la Farmacia del Hospital de Viña del Mar, una mención honrosa, por su buena organización y eficiencia (Concurso de 1934).

VI.-Al Patronato Nacional de la Infancia, un diploma de honor, como el mejor servicio de protección a la Infancia en ei sentido social económico en el país (Concurso de 1934).

VII .-- Al doctor don Alejandro del Río, un diploma de honor, por considerársele la persona más meritoria por sus servicios desinteresados a la Beneficencia pública o privada (Concurso de 1935).

VIII .- Al Dispensario del Seguro Obligatorio de Valparaíso, una mención honrosa, por considerársele el mejor organizado de los de este servicio (Concurso de 1925).

### PROGRAMA MUSICAL

MES HAS DIES THE BUS DES ---

3 P. M. PRIMERA SESION ORDINARIA.

1.o Designación de los Vicepresidentes Honorarios y Secretarios auxiliares del Congreso, a propuesta de la Mesa Directiva.

2.0 Designación por aclamación y a propuesta de la Mesa Directiva, de la Comisión de Conclusiones del Congreso y de la Comisión que fije los temas para el próximo Congreso.

3.o Tema: El Servicio Social en Chile y su porvenir.

Relación de la señora LEO C. DE DE BRAY, Directora de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago y de la señorita RA-

1932 una cifra de días estada QUEL BRAGA, Visitadora Social del Hospital y Hospicio de Viña del Mar,

Discusión.

4.0 Tema: Eficiencia nuestros Métodos de Asistencia a los cesantes.

Relación del señor don MA-NUEL ARAYA VARGAS, miembro de la Comisión de Cesan-tía, Santiago.

Relación de la señora LEO C. DE DE BRAY, Directora de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago.

Discusión.

5.0 Tema: Hospitalización de lactantes.

Relación de los señores: doctor LUIS CALVO MACRENNA. Director de la Casa Nacional del Niño, Santiago; y doctor SANTIAGO MUZZO P., Médico pediatra del Hospital San Agustín de Valparaiso,

6.0 Tema: Protección Social a la Ancianidad.

Relación del doctor GUSTA-VO FRICKE, Director del Hospital y Hospicio de Viña del Mar.

Discusión.

7.0 Tema: Protección Social del Niño abandonado y dellacuente.

Relación del señor SAMUEL GAJARDO, Juez de Menores de Santiago.

Discusión.

Sábado, Octubre 5 de 1935.

9.30 A. M. SEGUNDA SE-SION ORDINARIA,

1.0 Tema: Preparación del Personal Directivo de los Hos-

Re'ación del doctor LUIS GAJARDO, Director del Hospital de San Felipe.

Relación del doctor ISAURO TORRES, Jefe del Servicio Médico de la Cafa de Empleados Públicos y Periodista, Santiago.

Discusión.

2.0 Tema: Necesidad del Servicio Social en las grandes industrias.

Relación de la schorita GUI-LLERMINA GRONEMEYER. Visitadora Social de la Refineria de Azúcar de Viña del Mar-Relación del señor OCTAVIO ASTORQUIZA, Director del Departamento de Bienestar de lo Compañía Minera e Industrial de Chile, Lota.

Discusión.

3.0 Tema: ¿Qué Organización debe darse en Chile a la Salubridad Púb'ica?

Relación del doctor SOTERO DEL RIO, Director General de Beneficencia y Asistencia Social.

Discusión.

4.0 Tema: Qué es un Hospital Moderno y cómo debe diri-

Relación del Doctor ENRI-QUE LAVAL. Jefe del Departamento médico de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.

Discusión.

5.0 Tema: Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo.

Relación del doctor TEODO-RO GEBAUER, Jefe del Servicio Médico de la Sección de Accidentes del Trabajo de la Cajar de Ahorros, Santiago.

Relación del doctor ISAURO TORRES C., Jefe del Servicio Médico de la Caja de Empleados Públicos y Periodista, Santiago.

Discusión:

3. P. M. TERCERA SESION ORDINARIA.

1.0 Tema: Orientaciones sobre el problema médico social del Niño.

Relación del doctor HUM-BERTO RECCIONE, Pediatra del Consultorio 4054 de Valparaíso.

Re'ac'ón del dector ANIBAL ARIZTIA, Director de la Casa Nacional del Niño.

Discusión.

2.0 Tema: Forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas.

Relación del doctor WALDE-MAR COUTIS, Jete de la Sección Higiene Social de la Dirección General de Sanidad.

Relación del destas TULIO BANDERAS B., Médico reflogo del Consultorio Sau Francisco de la Ley 4054, Santia-

Discusión.

3.o Tema: Conveniencia Eco-

nómica y Técnica de la fusión de los Seguros Sociales.

Relación del señor SANTIA-GO LABARCA, Administrador General de la Caja de Seguro Obligatorio.

Receden del doctor JOSE VIZCARRA, Médico Jefe 68 los Consuntorios de la Ley 4054, Valpuraiso.

Discusión.

4.0 Tema: Prevención y Asistencia Social de la Ceguera.

Relación del doctor VICTOR GROSSI, Médico Jefe de Salubridad de Aconcagua (Valnaraiso) y de la señorita RA-QUEL BRAGA, Visitadora Social del Hospital y Hospicio de Viña del Mar.

Discusión.

Domingo, 6 de Octubre de 1935.

Se reserva la mañana para visitas y excursiones colectivas que se anunciarán en la pizarra del Congreso.

3.30 P. M. SESION DE CLAUSURA.

1.0 Lectura y votación por aclamación del Informe de la Com/sión de Conclusiones del Congreso.

2.6 Lectura y votación de la proposición del Consejo de la Asociación para reformar los siguientes párrafos de sus Estatutos (según disposiciones de estos mismos estatutos no podrá aceptarse en esta ocasión ninguas otra proposición de comienda):

Art. IV. Suprimir la frase: "y los ponentes que han de desarrollarlos", por la siguiente: "y cuyos ponentes serán designados por el Consejo".

Art. VII. Suprimir la frase: "y la de ponentes de los temas que han de ser desarrollados en las Asambleas".

Art, IX. Sustituir la frase:
"el mínimum de dichas cuotas
será \$ 50", por la siguiente:
"en casos extraordinarios el
Consejo podrá filar la cuota

respective"

Art. II. Inciso 1.0, sustituir la frase: "organizara Reuniones Annales de sus asociados" por la siguiente: "organizará Reuniones Generales Anuales en Santiago, Reuniones Regionales en las ciudades que

acuerde el Consejo". Art, XI. Reemplazarlo por el siguiente: "El Consejo, en mérito de servicios eminentes prestados a las Instituciones de Asistencia Social Pública o Privada o a la Asociación, podrá designar miembros de un Comité de Honor de la Asociación y cuyo número no podrá exceder de diez. Los miembros de este Comité de Honor tendrán todas las prerrogativas de los miembros de la Asociación y no pagarán cuotas".

3.0 Lectura de la Memoria sobre la marcha de la Asociación, del Presidente del Congreso doctor LUCIO CORDO-VA.

4.0 Lectura de la Memoria y exposición de cuentas del Tesorero de la Asociación.

5.0 Elección por aclamación, de la Mesa y de los vocales del Consejo para el próximo período.

6.0 Designación por aciamación, y a base de la lista propuesta por el Consejo saliente, de las Comisiones Técnicas Informativas permanentes y de las temporates que hubieran podido ser acordadas por el Consejo y a propuesta por la Mesa Directiva.

7.0 Aprobación o rechazo, por aclamación, de los temas que serán abordados en el V Congreso Chi'eno de Asistencia Social, a base de la proposición de la Comisión de Temas para el próximo Congreso, nombrada en la Sestón Inaugural.

8.0 Fijación, por aclamación y a propuesta de la Mesa Directiva, de la fecha del V Congreso Chileno de Asistencia Social.

9.0 Discurso de Clausura del Congreso nor el doctor don VICTOR GROSSI, Secretario de la Comisión Organizadora local de Valparaíso, del Congreso.

### LA GUERRA Y LAS CONDI CIONES SANITARIAS DE LOS PUEBLOS

Angustiosos momentos vive Europa en los instantes que escribimos. El Consejo de la Sooledad de las Naciones acaba de reunirse (4 de septiembre) para decidir sobre el conflicto italo-etiope que puede ser el preámbulo de una nueva guerra mundial preñada de amelazas para el porvenir de la civilización de Occidente.

La tâcnica de la guerra ha logrado una perfección diffell de superar. Los medios mecánicos, físicos y químicos de destrucción de la vida humana obedecen a una organización admirable en la cual hasa el más pequeño detalle ha sido consultado. En cambio, los medios de conzervación de la vida del hombre no han merecido ninguna atención.

En los médicos, para quienes, dada la finalidad específica de su misión social, la guerra será siempre un crimen, esta situación debiera provocar no edio la reflexión serena sino además, invitarlos a la acción constante y enérgica en defensa de mu misión.

Es por esto que consideramos de interés transcribir los altimos párrafos de una comunicación del Dr. L. Zeno (actualmente en Bologna) sobre el Dr. Victor Putti, el gran ortopedista y transatólogo italiano, director del famoso Instituto Rizzoli. (1)

"Una mañana, mientras andábamos por el corredor (se reflere al Dr. Putti), me evocó ei espectáculo que daba el Instituto Rizzoli durante la pasada guerra, repleto de fracturados expuestos e infectados del muslo, para asistir todo lo cual no había ni plan de trabajo, ni material, ni personal ni valor psiquico suficiente. Me esto con la convicción de que la guerra que se prepara encuentra a las auforidades sanitarias del país en una perfecta desarmonía de ideas técnicas y crganizativas, que presagián el mismo espectáculo de tragedia impotencia evidenciada a principios de la guerra mundial por falta de un plan estratégico en la acción sanitaria y en las directivas terapéuticas. En una recientísima reunión provocada por el Estado Mayor Sanitario, PUTTI tuvo el coraje de manifestar lo siguiente: "Por mi cuenta diré que la última guerra no nos ha enseñado propiamente nada que nos tocontramos en visperas de un nuevo acontecimien-

 Dr. L. Zeno. — "Victor Putti". Anales de Cirugía. Vol. I. Junio 1935. Pág. 96. Rosario, R. Argentina. to bélico, sin saber absolutamente qué hacer". (He sabido que Putti abandono la reunión aludida incapaz de hacer frente con serenidad de espíritu, a la serie de medidas desordenadas que se proponían para resolver los problemas quirurgicos en la próxima guerra".

"Tal es el estado de cosas en Italia y en el resto de Europa. Se piensa mucho en la guerra, se construyen instrumentos más perfectos en la agresión y ni siquiera toman para nada el considera. L. sacrio que correrán centenares de miles de víctimas con heridas de todo orden".

"Lo mismo que me manifestó Putti en un estado de excitación penosa, pasa en Gran Bretaña, según lo deja ver el informe publicado en el último número del "British Medical Journal", donde se registra el mal resultado del tratamiento de las fracturas en general"...

Aunque dejamos los comentarios a los colegas, cabe preguntarse: Si un país cualquiera frente a un caso agude como es la guerra no ha heche nada para atenuar sus consecuencias sobre la vida de los hombres que en ella intervendrán. ¿habrá heche algo serio, con sentido profundo de su finalidad, para defender esas mismas vidas en tiempo de paz?

### Noticiario

### LA CENTRAL DE LECHE

Con viva satisfacción ha recibido el Cuerpo Médico de Santiago la inauguratión de la Central de Pasteurización de la leche, establecimiento cuyo financiamiento y cuya organización lo ha hecho la Caja de S. O.

La leche representa actualmente el alimento más completo que existe y comparando la cantidad de energías que ofrece en relación con los otros alimentos vemos que ella es el medio más barato de producirlos.

Si se agrega a esto, que dicho alimento posee las vitaminas A. y G., la primera, sin lugar a dudas, la más importante de la economia, y un 13% de substancias sólidas entre las que se encuentran 30 gramos de proteína pura, vemos la importancia que tiene como alimento.

Sin embargo, la leche, tiene el inconveniente de ser uno de los mejores medios de tranmisión de enfermedades de gran trascendencia médico social como son: la tuberculosis, tifoidea, escarlatina, difteria, angina estruptocósica y fiebre ondulante.

La pasteurización es el único medio que existe para evitar tan nefastos inconvenientes.

Dentro de los congresos, sociedades científicas, etc., ha quedado como un principio médico indiscutible, que sólo fruto de la ignorancia es estar patrocinando para la mejoría de la salubridad del país la construcción de hospitales. Es la lucha indirecta, el mejoramiento de la alimentación, de la habitación, el aumento de la capacidad económica y la educación la única forma de llegar a tener un standard de salud que no sea una verguenza en el mundo civili-

Estas son las inversiones que debe hacer una Caja de Previsión. Esta es la forma de comenzar a efectuar verdadera labor sanitaria.



BACILOS BULGAROS Y FERMENTOS

LACTICOS DESECADOS

OLICITE MUE/TRA/AL

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA DEL

LABORATORIO CHILE

AGUSTINAS 1070 - OF 210 - TEL. 63361

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

Informaciones de todas partes del Mundo

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20 -

En ios demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# SUMARIO

	Pag's
EDITORIAL-La Medicina Social y sus problemas	3
Los tratamientos médicos y su standardización, sistematización, normalización o racionalización	5
Voces y conceptos, por Carlos Vicuña, catedrático de latín	9
Forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas, Dr. Tulio Banderas Bianchi	10
La sífilis en el Seguro Obrero, Dr. Florencio Prats	15
La sifilis en el lactante y en el recién nacido, desde el punto de vista Médico-Social, Dr. B. Banbach	25
Lucha anti-venérea en la provincia de Chiloé (anteproyecto), Dr. Carlos Maldonado B	28
Notas sobre lucha anti-venérea, Dr. G. Cerda Lastra	30
Normalicemos el tratamiento anti-sifilítico (con cuadro anexo al final)	37
Primer plan trienal de lucha anti-venérea en la zona salitrera, (opiniones sobre el ante proyecto de la Secc. Médica)	36
Peritajes de invalidez	39
NUESTRO MEDIO	41
Congresos, cursos	43
Bibliografía, noticiario	43

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Octubre de 1935

N.o 17

# La Medicina Social y sus Problemas (1)

### Directivas de Solución

Los grandes problemas médico sociales! La tuberculosis. Las enfermedades venéreas. La-prostitución. La defensa de la madre y el niño. Etc. Etc.

Cuánto se ha discutido y escrito sobre ellos desde que el hómbre enfermo o en desequibirio biológico preocupó a aficionados, filósofos, cientistas, médicos o sociólogos!

Generación tras generación, a través del aconterer histórico, los ensaros de solución se han sucedido sin éxito, casi todos, o con un éxito tan precario que no respondía al sacrificio de sus impulsores ni a la cuantía de las inversiones.

Esto era necesario e inevitable. En el decurso de la vida de los puebios no es posible improvisar ni inventar soluciones a los problemas en desconexión con la realidad brutal de los hechos. Son éstos los que determinan e imponen las soluciones: querámoslo o no.

Es indiscutible, sin embargo, que a pesar de ello ciertos individuos o grupos de individuos, que no han superado todavía la pequeñez de su mundo, que a toda costa quieren conservar el puesto especial conquistado por azar o por su propia e interesada actividad, pueden oponarse y de hecho se oponen generalmente a toda solución o intento de solución que en alguna forma pueda significar una modificación de las condiciones que les permitieron el triunfo.

Tal actitud es fatal.

La resistencia a soluciones vitales y válidas, impuestas por los hechos mismos, o problemas vitales, importa la decadencia inevitable de los grupos humanos y su dominio o control por puebles más fuertes, bárbaros o civilizados.

Es ésta una de las razones que nos obligan, a propósito del Cuarto Congreso de Asistencia Social de Chile, en que se debatirán, en estos días, los grandes problemas médico sociales de nuestro país, a fijar en formatan precisa como nos sea posible, la finalidad que se busca en su solución y las normas o principios a que la realización de esta finalidad debe ceñirse si se quiere que las soluciones propuestas sean eficaces.

A primera vista nuestra pretensión parece extraúa y exagerada. Encontrar una finalidad común y principlos comunes en la solución de problemas tan diversos y complejos como son el de la tuberculosis, las enfremedades venéreas, la defensa de la madre y el niño, la deficiente asistencia social, etc., etc.

Sin embargo, a poco que nos adentremos en el mundo de las causas generadoras de caso problemas nos encontramos con que la aparente comparidad y diversidad cesa, hasta tal punto que todos ellos aceptan como causa única y común: las condiciones desfavorables al desarrollo de la

vida del hombre en el mundo ambiental, especialmente en el medio social.

Todo intento de solución eficaz de los problemas médico-sociales de-

pues, enfocar la acción hacia la modificación y supresión de dichas

condiciones desfavorables del medio social.

Pero uno de los elementos fundamentales del medio social es el individuo mismo, cuya vida se desarrolla en etapas diversas y sucesivas (infancia, juventud, etc.) Y en esta vida del hombre, que no es sólo la vida física, puramente somática, sino también la vi-la anímica, moral e intelectual, hay también condiciones desfavorables que impiden o dificultan su desarrollo normal y que es igualmente necesario modificar o su-

Es por eso que toda solución de los problemas médico-sociales dehe enfocar la acción simultáneamente sobre el individuo y sobre el medic one lo rodea.

Podríamos, pues, sintetizar lo anterior diciendo:

LA FINALIDAD ESENCIAL DE TODO INTENTO DE SOLUCION EFICAZ DE LOS PROBLEMAS MEDICO-SOCIALES ES LA DEFENSA DE LA VIDA HUMANA, MODIFICANDO O SUPRIMIENDO LAS CAU-SAS INDIVIDUALES O SOCIALES QUE IMPIDEN O DIFICULTAN SU LIBRE Y NORMAL DESARROLLO EN TODAS SUS ETAPAS Y EN TO-DOS SUS ASPECTOS: FISICO. MORAL E INTELECTUAL

El logro de esta finalidad no es una invención de teóricos de gabinote, de médicos poetas, de políticos demagogos o de filósofos sentimentales. NO. Es la simple comprobación de un hecho, de una necesidad vital impuesta por la vida miama y cuya manifestación más aparente y visible es el instinto de autoconservación del individuo y de los grupos humanos. Mantenerse y perpetuarse es, ha sido y será siempre la ley de

la vida y de la especie.

En todas las épocas, en el cumplimiento de esta ley, el hombre ha buscado, bien o mal, consciente o inconscientemente, su adecuación constante al mundo ambiental, modificándolo y transfermándolo cuando las ecudiciones eran desfavorables.

En nuestros días, sin embargo, las condiciones del mundo ambiental se han hecho terriblemente complejas y estrechas para la vida de los gru-10s humanos a la cual se ha querido encerrar en un molde inflexible y rígido. Y es lamentable que frente a los hechos y a los problemas por ellos creados los hombres que en alguna forma podrían influir en la búsqueda de una solución apropiada mantengan una actitud de incomprensión y sean no sólo un obstáculo para el desarrollo de la vida sino que llevan su ceguera hasta querer encontrar en la guerra, esto es en la muerte, el único camino de defensa de la vida.

Se impone, pues, hoy más que nunca, una actitud comprensiva ante las hechos y una búsqueda inteligente de las norman o principios generoles a los cuales debe ceñirse la resolución eficaz de los problemas fundamentales de la Medicina Social.

Estas normas o principios están dados por los hechos mismos y sobre ellos hay, en el fondo, acuerdo unánime entre los médicos, higienistas y sociólogos del mundo entero.

Nuestra tarea se reduce, por ahora, a denominarlos y formularios con el objeto de polarizar las opiniones, facilitar su defensa y crear conciencia colectiva sobre ellos,

Los principlos a que debe ceñirse todo intento de solución eficaz de lar problemas médico-sociales serían los siguientes:

- 1. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD.-Consiste en dirigir la acción a todas las etapas de la vida del hombre en todos sus aspectos - físico, moral e intelectual - y en utilizar todos los recursos económicos, mcdios técnicos y personal necesarios para obtener la modificación o supresión de las condiciones individuales y sociales desfavorables al libre y normal desarrollo de la vida. Consiste, además, en considerar los liversos problemas médico-sociales no aisladamente sino en conjunto, ya que tienen un nexo causal común. Intentos de resolu ión aislada del prolema venéreo o del problema tuberculoso, serían tan estériles como los esfuerzos dirigidos solamente a la prevención y curación de dichas enfermedades en una sola etapa de la vida.
- 2. PRINCIPIO DEL PLANEAMIENTO PARA PERIODOS DE TIEMPO DADOS EN CADA ETAPA.-Consiste en encuadrar la acción integral ya señalada en planes periódicos, anuales, bienales o trienales. en los cuales se fijan objetivos precisos y concretos a realizar en cada

## Los tratamientos médicos y su standardización, sistematización, normalización o racionalización.

Acotaciones al cuadro "Normalicemos el tratamiento antisifilítico".

La inmensa mayoría de las disputas humanas, teóricas y prácticas, reconocen como causa la imprecisión y vaguedad de las palabras, conceptos y juicios que se emiten en la caracterización de un hecho o fenómeno cualquiera.

La desinteligencia entre los hombres en la apreciación de un fenómeno se reduciría al núnimum si la terminología usada para designarlo lograra captar y traducir el sentido intimo, la esencia misma del fenómeno.

Este ideal, difícil de alcanzar, pues supone el conocimiento profundo de la naturaleza del ferômeno, ha logrado realizarse parcialmente sólo en el mundo de las Matemáticas, la Física V la Química. La terminología usada en estas ciencias es clara, precisa, nítida: corresponde a los caracteres específicos del fenómeno que designa y no admite acepciones o interpretaciones 74riadas. No ocurre así, en cambio, en el mundo de la Biología y, especialmente, en el de la 30ciología, ciencia muy nueva la primera y aun en pañales la última. En estos casos el grado de complejidad de los fenómenos es inmensaniente mayor que en el mundo de la materia inorgânica; los hechos son todavía obscuros, misteriosos, y cuando algón investigador cree haber logrado captar el carácter específico del fenômeno lo designa con el término o palabra que le parece más apropiado. Pero luego otros investigadores demuestran que lo que se creia carácter específico no lo eca y la terminología cae en desuso por incorrecta, saivo aquellos casos en que sobrevive por rutina o por impostibilidad de encontrar una expresión más apropiada.

Valgan estas breves consideraciones para justificar nuestra pretensión de fijar el alcanec y significado práctico de ciertas expresiones como standardización, sistematización, normalización y racionalización que comienzan a ser usadas con cierta frecuencia por los médicos cuando escriben o discuten sobre problemas médicosociales.

En esta tarea, más que a las definiciones dadas por los diccionarios, cualquiera que sea su autoridad, y a sus acepcienes filosóficas, nos atendremos a los caracteres específicos de los hechos prácticos que esas expresiones designan actualmente.

### ¿QUE ES STANDARDIZACION?

Primitivamente los hechos designados con tal expresión tenían los caracteres específicos siguientes:

 a) Creación de un modelo, tipo o patrón uniforme, invariable, con determinadas, pracisas y bien delimitadas cualidades;

ctapa, dejando el mínimum a lo imprevisto y estableciendo el máximum de responsabilidad para los encargados de su realización. La acción sin plan, es torpe y estéril; no permite responsabilizar a nadie ni hacer el basance periódico de lo realizado, de las dificultades y vacíos encontrados, ni la corrección oportuna de ellos.

3. PRINCIPIO DE CONCENTRACION DE ESFUERZOS.—Consiste en enfocar la acción integral planeada acumulando el máximum de recursos económicos, medios técnicos y personal en aquellos puntos más amagados o en aquellas etapas de la vida en que el grupo humano aporezea más deficiente.

4. PRINCIPIO DE COMANDO TECNICO UNICO CON AUTORIDAD LEGAL.—Consiste en colocar la acción integral plancada, pública y privada, bajo una dirección técnica única. Esto no significa en ninguian forma la supresión de la iniciativa privada existente, sino la coordinación de sus servicios y recursos, dentro del plan, subordinándola a una altoridad técnica superior sufficientemente respaldeada por la ley.

5. PRINCIPIO DE ESTATIZACION.—Consiste en obtener que el Estado cumpra con su función primordial de defensa de la vida de los hombres que lo constituyen, proveyendo el máximum de recursos económicos compatibles con sus finanzas y dictando las medidas legislativas necesarias para la realización de una acción integral planeada por orgunismos en los cuales delegará su autoridad de supervigilancia y control de la iniciativa pública y privada.

Hay todavía un sexto principio que no denominaremos ni formularemos, por ahora, en espera de las diversas conclusiones del Cuarto Corgreso de Asiatencia Social de Chile.

<sup>(1)</sup> Anotaciones al margen del Cuarto Congre so de Asistencia Social de Chile.

- b) Aceptación universal de este determinado modelo, tipo o patrón;
- e) Sujeción a normas invariables y rígidas en la realización del modelo, tipo o patrón,

Tales eran las características de la standadización de las unidades de pesos y medidas, por ejemplo. Pero, más tarde, el concepto de standardización se amplió en el campo de la economía industrial aplicándolo a la elaboración de productos tipos, siempre, los mismos y, en lo posible, invariables, y en el campo de la economía social al nivel medio de vida de los distintos grupos humános (etandard de vida).

En estos dos nuevos grupos de hechos, como es fácil comprender, los caracteres específicos que la standardización implicaba primitivamente han cambiado en forma notable. En la economía industrial el producto standard elaborado conforme a un modelo' patrón invariable, no necesita aceptación universal sino la aceptacoa limitada de aquellos consumidores que estiman satisfactorias las cualidades del modelo o patrón, sin que esto signifique necesariamento que el modelo o patrón escogido sea bueno o malo. En la economía social el concepto "standard de vida" ya no implica la creación de un mocelo o patrón logrado voluntariamente por el hombre, sino simplemente la de un modelo o patrón preexistente, resultado del termino medio de complejos e innumerables hechos de la vida del grupo humano: condiciones econômicas (salario, alimentación, vestuario, vivienda, et :.). y condiciones culturales (organización de la familia, del Estado, de la enseñanza, etc., etc. La standardización, en este último caso, significaria el lograr voluntariamente que el nivel medio de vida de los grupos humanos cumpla satisfactoriamente con aquellas condiciones optimas que permiten la realización plena de la vida del hombre.

En cualquiera de los casos anteriores la creación de un modelo, tipo o patrón, siempre el mismo, supone la sujeción a reglas, normas o principios lógicos, técnicos, científicos, o no, unformes, rigidos, invariables y preestablecidos.

Podriamos, pues, definir provisoriamente la

standardización diciendo:

STANDARDIZACION, ES LA REALIZACION DE DETERMINADOS ACTOS DE ACUERDO CON NORMAS INVARIABLES QUE CONDU-CEN A LA CREACION DE TIPOS UNIFO 2-MES PREESTABLECIDOS.

### ¿QUE ES SISTEMATIZACION?

Los hechos agrupados bajo esta expresión efrecen los siguientes caracteres específicos:

- a) Unidad de conjunto;
- b) Encadenamiento y jerarquización de las partes;
- c) Sujeción a normas rígidas e invariables.

Estos caracteres específicos de la sistematización son perfectamente apreciables cuando se somete a examen cualquier sistema filosófico, religioso, científico o sociológico. Se parte de uno o dos principios o reglas generales, preestab ecidas, a las cuales se subordinan todas las acemas. Aun en los casos en que el hombre no trata sino de establecer cierto orden en actos, objetos o fenómesos de la misma o senejante naturaleza, sin que lo guíe finalidad ulterlor especial, parte de algún principio idealmente concebido o dado por la esencia misma de los agtos, objetos o fenómenos y establese entre ellos una determinada jerarquia o eubordinación.

La sistematización , como la standardización, una vez establecida no admite variantes. Sus principios, lógicos o no, falsos o verdaderos, son rigidos e inflexibles. Cualquiera modificación de los principios aceptados o de la jerarquización y subordinación de ellos alteraría ja unidad del conjunto y destruiría el sistema.

Podríamos, pues, definir provisorlamente la sistematización diciendo:

SISTEMATIZACION ES LA REALIZACION DE UN CONJUNTO DE ACTOS DE ACUERDO CON DETERMINADOS PRINCIPIOS, LOGI-COS, TECNICOS, CIENTÍFICOS O NO, VER-LADEROS O FALSOS, ENCADENADOS Y JE-RARQUIZADOS.

#### QUE ES NORMALIZACION?

Los hechos que esta expresión designa ofrecen los siguientes caracteres específicos:

- a) Sujeción a una común medida, modelo, tipo o patrón resultante del término medio de cualidades de los actos, objetos o fenómenos de una misma o semejante naturaleza;
- Sujeción a normas rígidas, invariables, en la realización del modeio, tipo o patrón aceptado.

Es así como se habla del hombre normal, del hecho normal, etc., como del nombre o del hecho más frecuente y ordinario, esto es a quien cuyas cualidades corresponden a la mediana observada en la inmensa mayoría de los hombres o de los hechos.

En estos casos el modelo, tipo o patrón no es voluntariamente buscado o querido por el hombre, como en la standardización, sino que es impuesto por la naturaleza misma de los actos, objetos o fenómenos observados. Es claro que este modelo, tipo o patrón mediano, "normal", impuesto por los hechos, puede ser imperfecto y distar mucho de aquel que el hombre concibe como "idéal" de lo normal (sobre tod) en lo que se refiere a la apreclación de lo que debiera ser el hombre normal),

De todos modos, en la realización del tipo rormal escoglido, sea éste impuesto por la racidina de los hechos o sea concebido idealmente, el hombre tiene que sujetarse a normas rígidas e inflexibles preestablecidas experimentalmente. En este sentido el significado de normalización no difíere grandemente del de standacidación. En Biología, por ejiciplo, esto es evidente en ciertos grupos de hechos a los cuales se aplica generalmente la expresión normalización, Así, la normalización de ciertos productos

como la insulina, foliculina, etc., consiste en obtener una substancia tipo, siempre uniforme en su actividad sobre el organismo, esto es, un producto standard en cuya obtención ha sido necegario someterse a normas rigidas e invariables, casi siempre de carácter técnico o científico, preestablecidas experimentalmente y de acepta-ción universal. Pudiera creerse que en el caso del modelo, tipo o patrón no impuesto por la mediana de los hechos sino concebido idealmente como normal, uno de los caracteres de la normalización fuera diferente, ya que en el logro de dicho tipo el hombre tendría que procede: por tanteos o ensayos más o menos inteligentes y lógicos. Pero en tal caso no puede hablarse de normalización propiamente tal. Esta implica siempre sujeción a un tipo o patrón est'mado como normal y a reglas o principlos invariables.

Podríamos, pues, definir provisoriamente la normalización diciendo:

NORMALIZACION ES LA REALIZACION DE DETERMINADOS ACTOS DE ACUERDO CON REGLAS O PRINCIPIOS INVARIABLES, PREESTABLECIDOS EXPERIMENTALMENTS. QUE CONDUCEN A LA CREACION DEL M-DELO, TIPO O PATRON RESULTANTE DE LA MEDIANA GENERAL DE LOS HECHOS OBSERVADOS.

#### ¿QUE ES RACIONALIZACION?

Los hechos a que esta expresión se aplica con más frecuencia en la actualidad ofrecen los siguientes caracteres específicos:

- a) Unidad del conjunto;
- b) Encadenamiento y jerarquización de la partes:
- c) Sujeción a plan, generalmente de carácter técnico;
- d) Adecuación del hombre a los hechos y iclos hechos al hombre, esto es, mínimum de pérdidas de energía y máximo de rendimiento.

Examinemos someramente, por ejemplo, ava empresa, obra o servicio público o privado co-metido a la racionalización. En 21 encontraim su conjunto complejísimo de actividades y hechos, homogéneos unos, heterogéneos otros, cordinados armónicamente conforme a un plan que permite dar a la totalidad de ellos la unidad de una estructura orgânica.

Esta unidad no es estática, sometida a normas rigidas e invariables, sino dinámica, como la vida migna, en constante acomodaçeión a los hechos o experiencias nuevas con el objeto de obtener inteligentemente el cumplimiento de «sa gran ley de la vida y de la naturaleza entera: mínimo de dispendio de energia y máximo rendimiento. En su seno, algunos hechos pueden estar elstematizados y jerarquizados, otros standardizados, otros normalizados, etc., pero siempre los hombres y las cosas se disponen en tal forma que existe una adecuación perfecta entre ellos.

En otras palabras en la práctica de la racionalización de una empresa o servicio se cinaple con el sentido filosófico de la voz racionalización que no ca otro que el adecuación permanente del espíritu, del mundo subjetivo, del YO, a los hechos del mundo ambiental, del NO YO, siempre cambiante y en perpetuo devenir.

Podríamos, pues, definir provisoriamente la racionalización diciendo:

RACIONALIZACION ES LA ORGANIZACION DE UNA EMPRESA, SERVICIO U OBRA PUBLICA O PRIVADA LOGICAMENTE PLANEA-DA. SISTEMATIZADA, NORMALIZADA O STANDARDIZADA DE ACUERDO CON PRINCIPIOS DE CARACTER GENERALMENSO TECNICO O CIENTÍFICO PARA OBTENER EL MAXIMO DE RENDIMIENTO Y EL MINIMO DE PERDIDAS DE ENERGIAS.

Veamos ahora, si alguna de las acepciones cuyo sentido y alcance hemos tratado de precisar es aplicable a los tratamientos médicos en general y a los antivenéreos en particular.

Para ello es previo examinar quê debamos entender por tratamiento.

En la génesis y realización de un tratamiento médico cualquiera influyen una serie de factores complejos permanentes de los cuales los más importantes son:

- a) El enfermo;
- b) El medio;
- c) El médico;
- d) Las indicaciones terapeuticas;
- e) El personal auxiliar encargado de ejecutar ciertas partes del tratamiento;
- f) La organización de los servicios encargados de prestar ciertas atenciones.

Todos estos factores adquieren todavía una complejidad inmensamente nayor cuando se trata de la realización del tratamiento no de individuos aislados sino de masas enfermas. Entonces se hace más difícil aún alcavzar la finalidad de todo tratamiento médico: obtener el máximo de beneficios para el enfermo y la sociedad con el mínimo de pérdidas de energía.

El tratamiento no es, pues, un hecho simpia, limitado a un tête a tête entre el médico y el enfermo o a una rúbrica ilegible bajo una fórmula medicamentosa. (NO! La constatación del estado orgánico del individuo, como la simple indicación terapéutica no son sino partes del tratamiento en la misma forma que la consideración de la influencia de los factores ambientales que originaran y pudiéran mantener la enfermetad y de la acción correcta y eficienta de los pracucantes, enfermeras o servicios.

El tratamiento, como la enfermedad contro la cual se dirige, es un PROCESO constituido por una serie compleja de acios sucesivos encadendos, lógicos, previstos unos, improvistos otros, y en el cual intervienen maltiples factores enco nexo, acción y reasción inmediata y leciam, no es posible someter a normas rigidas e invariables ni a un sistema, modelo, tipo o pretrón praestablecido.

Per otta parte, y esto es más interesante todavia, la iniciación del proceso puede ser fijaca, pero no puede serlo el término que siempre quejará sumido en la nebulosa de la incógnita.

Al referirse a "tratamientos" en general hay que abandonar, pues, las expresiones standardización, sistematización y normalización que implican sujeción a un modelo, tipo, patrón o sistema preestablecido y a normas rigidas e invariables.

La única voz aceptable en el sentido de someter ci conjunto de factores y actos que constituyen el proceso del tratamiento a un todo armónico que tienda a llenar su finalidad de obtener el máximum de beneficios para el ent:mo con el mínimum de pérdidas de energías es la de RACIONALIZACION, que no implica la sujeción a un modelo o patrón preestablecido y siempre el mismo, ni a normas inflexibles y racidas.

Esto no quiere d cir, sin embargo, que ciertos factores o ciertas partes de dicho proceso no sean susceptibles de standardización, sistematización y normalización.

Examinemos este problema en relación con el cuadro propuesto por la Dirección Provincial de Aconcagua, a iniciativa de los médicos del Consultorio de Viña del Mar, y que lieva por título: "NORMALICEMOS E4: TRATAMIENTO ANTISIFILITICO".

Ya hemos visto que la voz NORMALIZACION aplicada a "tratamiento" es inapropiada e incorrecta.

Pero, aun siendo así, anondemos un poco más en este caso especial. El tratamiento antisilittico normalizado sería aquel tratamiento modelo o tipo susceptible de ser aplicado invariablemene a la mediana general de los sifilíticos que se presentan a solicitar atención médica.

Abora blen, el término medio de estos sifinticos que podr'amos consideràr como el tipo medio normal de los sifiliticos que solicitan atención, está constituido por individuos que pregntan ioralizaciones orgánicas graves de su enfermedad. En ellos hay oue vigilar continuament, el estado del riñón, del higado, del aparato di gestivo, del sistema cardio vascular, etc., para modificar, atenuar cambiar, espaciar o suspender las invecciones o medicamentos. Como es l'gico en estos enfermos no cabe fórmulas terapéuticas ni tratamiento tipificado alguno.

Pero hay un porcentaje relativamente crecido de enfermos, el de los siffliticos recientes y el de algunos diffliticos latentes, en los cuales no sólo es posible sino necesaria y útil la normalización de les indicaciones terapéuticas, este es, de mo de los factores del "tratamiento".

de uno de los factores del "tratamiento".

La "mediana" general de los sifilíticos recientes — que de hecho constituira el modelo, tipe o patrón medio "normal" de estos enfermos — está formada por individuos que han contraido

la infección en aquella etapa de la vida en que la actividad sexual es más intensa, entre los 20 y 40 sños, esto es, cuando no hay, generalmente, alteraciones morfológicas y fisiológicas graves y cuardo el organismo puede aceptar (a acción de indicaciones terapouticas esquemáticas y preestablecidas.

Sin el ánimo de extendernos en el estudio de las ventajas indiscutibles que la normalización de las indicaciones terapéuticas tendría en estes casos, ya que ello nos ocuparía demasiado espacio, y prescindiendo de los evidentes beneficios que acarrearía para el enfermo, señalaremos sólo dos:

- a) Importancia médico-social: sería una de las mejores armas de la Medicina preventiva;
- b) Importancia científica: permitiría controlar a través de una serie numerosisima de casos la éficacia curativa de los distintos preparados y esquemas propuestos por los diversos autores.

En el caso particular de nuestro país que cuenta con un laboratorio que fabrica un preparado análogo al Neosalvarsán, al cual se substituye en los esquemas, sería el único camino para llegar a establecer con certeza, después de 10, 15 ó más años, la eficacia real de dicho producto.

Ante las ventajas inmediatas y lejanas de la rormalización de las indicaciones terapéuticas (que es, volvemos a repetirlo, solamente uno de los factores del tratamiento) no debemos oúbdar, sin embargo, que dichas ventajas serán unlas o muy poco apreciables mientras no se haga un intento serio de RACIONALIZACION de los tratamientos.

### CONCLUSIONES

- Los tratamientos médicos constituyen un "proceso" complejo en el cual intervienen múltiples factores heterogéneos.
- Los tratamientos médicos no son susceptibles de standardización, sistematización o normalización; pero argunos de sus factores o partes lo son.
- 3.—Los tratamientos médicos no sólo son susceptibles de RACIONALIZACION sino que êste es el único medio de obtener de e<sup>2</sup>los ei máximum de beneficio para el enfermo y la sociedad con el mínimum de pérdidas de energía,
- 4.—La proposición de la Dirección Provincial de Aconcagua sobre Normalización de los 'tratamientos" antistifituos debe interpretarse como "normalización de las indicaciones terapéuticas antistifiticas", adaptables sólo a un grupo de enfermos: síllis recientes y algunas sifilis latentes.

### Voces y conceptos

CARLOS VICUNA Catedrático de Latin

El sufijo griego izein, está representado en voces cultas castellanas por la terminación izar, y s.gnifica hacer, transformar.

El verbo formado con él indica la idea de transformar una cosa en la que designa el respectivo radical. Así europeizar en transformar en europeo, modernizar, transformar en moderno, pulverizar, transformar en polvo, fosilizar,, transformar en fósil, etc.

En consequencia las diferenciass de significade que se advierte entre estandardizar, sistematizar, normalizar y racionalizar corresponden a la diferencia de connotación de sus respectivos radicales.

Standard es una palabra inglesa que se tomu en la acepción de tipo o forma general, buena o mala de alguna cosa. El standard de vida es, por ejemplo, el tipo más o menos uniforme de vita que corresponde en cada pueblo a una determinada clase económica. Un tipo standard de máquina es una expresión redundante por la cual se designa una forma de máquina vulgar y corriente. En consecuencia estandarizar un producto industrial importa llegar a producir, en su fabricación, un modelo uniforme y corriente de él.

De ello se sigue que estandardizar un tratamiento médico significaría aplicar ciegamente un tipo uniforme de curación a una determinada afección patológica.

Sistema es todo conjunto de partes interdependientes entre las cuales existe una determina la
jerarquía o subordinación. Todo sistema se compone de elementos análogos al total y únicataente
menores. No hay sistema sin jerarquía, un lo hay
si las partes son heterogéneas entre si o con el
conjunto. Un sistema filosótico o científico supone principios y nociones generales subordinantes y parte o capítulos en que tales principios son
rigurosamente acatados. Un sistema político o industríal supone también una subordinación de
partes y una organización análoga de ellas entre
si y con el conjunto.

Por consiguiente sistematizar, importa establecer esta jerarquia y esta analogía en un conjunto que antes no lo tenía, esto es, era menos orgánico. Se sistematiza un comercio o una industria cuando se hace que telas sus partes converjan a la industria o comercio subordinante. En una sistematización tal, per ejemplo, la extracción de la materia prima no podrá ser mayor ni menor que las necesadades de la fabricación y esta ni mayor ni menor que las exigencias del consumo.

El adjetivo normal, tiene un doble significado usual. Filosóficamente es lo que se conforma con

la norma o regla ideal, que implica una perfección. En tal sentido hablan los positivistas de la cra normal, que será aquella en que las luchas de la Humanidad de-saparezcan ante el amor universal y no existan la guerra ni la misería.

Vulgarmente normal significa mediocre o mejor mediano, conforme a un tipo ordinario y vulgar, que nada tiene de ideal, de perfecto o de egregio. Un hombre normal es, filosoficamentaperfecto, y vulgarmente, un hombre mediano en todo, en salud, como en inteligencia.

De ello se sigue que normalizar también resulta ambiguo porque implica ya reducir a tipo ideal, ya reducir a un tipo mediano y vulgar.

En uno y otro caso normalizar importa acercarse más o menos inteligentemente a una necma o regla, noción que no está en estandarizar ni en sistematizar, que son actividades voluntariamente ciegas, en que la discreminación desaparece ante el tipo preconcebido o el sistema preestablecido.

Por consiguiente normalizar el tratamiento de una enfermedad importará, con alguna ambigüedad, ponerlo de acuerdo, más o menos inteligentemente, con ciertas normas que el ageate deberá conocer, aceptar o interpretar.

Racional, significa de acuerdo con la razón, con la lógica, con la inteligencia. Esta consistesencialmente en adaptar las construcciones o representaciones subjetivas a los materiales objetivos, a la experiencia, al mundo real.

La lógica supone un estado del espíritu siempre atento, siempre despierto para analizar y entender el mundo, siempre dispuesto a mudar Je opinión si se halla disconformidad entre el juicio ya hecho y la experiencia nueva.

Aún cuando la palabra racionalizar se ha usade aplicándola a la industria moderna en un
sentido vecino a sistematizar, es evidente que su
significado importa una gran diferencia con el
de esta última voz, porque aquella implica que
el agente está siempre dispuesto a modificar su
conducta o su sistema de acuardo cen las nuevas concepciones de su razon, con las nuevas
interpretaciones de su experiencia,

Racionalizar un tratamiento médico debe signicar en consecuencia que el médico no generaliza o tipifica su conducta, no la reduce a tipos uniformes ni a sistemas o normas ciegos o de escasa información personal, sino que por el contrario hace intervenir constantemente su razón no sólo en las nociones generales de parología o de clínica, sino también en las particulares que presente cada enfermo, cada clima, cada remedio, etc.

# "Forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas" (1)

DR. TULIO BANDERAS BIANCHI Urólogo, — Consultorio San Francisco

El estudio de los grandes problemas médicosociales a que estamos abocados, y de los cuales el de las enfermedades venéreas no es el de menos importancia, demuestra que su solución debe sujetarse a normas o principios generales, en forma tal que no ceñirse a ellos significará empezar con fallas las tareas de la resolución de estos problemas.

Estos principios pueden condensarse en los que se expresan a continuación:

a) Principio de INTEGRALIDAD, es decir, la aplicación de TODAS las medidas que permitan modificar favorablemente las causas del desequilibrio biológico, tanto en el individuo como en el medio que lo rodea.

b) Principio de PLANEAMIENTO, mediante el cual a la vez que se organizan metódica y ar mónicamente los esfuerzos por períodos determinados de tiempo, se van conociendo al final de cada uno de ellos los resultados obtenidos en cada etapa y corrigiendo los defectos encontrados.

e) Principio de COMANDO TECNICO UNICO, con autoridad legal, única forma de llevar a cabo una acción bien coordinada y efectiva, aunando los esfuerzos dispersos y aprovechando al máximo las infeiativas privadas.

d) Principio de CONCENTRACION DE ES-FUERZOS, que consiste en llevar la acción con el máximum de medios técnicos, recursos eco nómicos, personal, etc., etc., a los puntos más amagados.

e) Principio de ESTATIZACION, según el cual el Estado debe proveer a los medios de realización de los planes de lucha, aprovechando adomás los recursos de las Instituciones de Previsión y manteniendo la tuición directa de los organismos privados.

No considero del caso insistir sobre datos estadísticos que son de todos conocidos, pero no creo superfluo repetir algunos que realmente debieran avergonzarnos: en Chile mueren al año sobre 3.000 personas por afecciones venfreas, o sea, amás del 25 o/o de la mortalidad general se debe a la sífilis y demás enfermedades venéreas: válgame decir, que por término medio ceitán muriendo casi 9 personas diarias por cetas causas.

De las pensiones de invalidez concedidas per el Seguro Obligatorio, más del 53.5 % pueden imputarse a la sifilis.

Sobre el 15 % de los conscriptos ingresados a las filas del ejército padecen de afecciones venéreas:

En el Seguro Obligatorio se calcula que la

 Relación ante el IV Congreso de Asistencia Social, celebrado el 4 al 6 de octubre, en Santiago de Chile. morbilidad venérea en la cliente masculina pasa del 17%, o sea, hay 170.000 venéreos de los cuales ni la cuarta parte se encuentra en tratamiento. En ciertos puntos de la República, más del 50 % de las consultas son debidas a afecciones venéreas.

Sobre el 48 o/oo de los niños que nacen muertos en Chile, reconocen por causa a la sifilio, y nacen muertos más de 6.500 niños al año. Esto, sin considerar el crecido número de abortos debidos al mismo motivo.

Y todo esto reconoce por causa el que en Chile hasta la fecha no se ha efectuado sino alsladamente y sin correlación algúna, la lucha autivenérea,

Se le ha dado relativa importancia a los tratamientos curativos, pero ninguna, salvo escasas excepciones, a las medidas, tanto más necesurias, de propaganda y educación del público.

Se ha tratado a los enfermos en los diversos organismos que hacen la lucha en el país, en forma por demás deficiente, pues en ningún momento se ha contado con medidas que nos permitan obligar al enfermo a persistir en su curación, medidas que se aplican en la mayoría de otros países, y que son tanto más necesarias entre nosotros ya que nuestro término medio cultural y nuestra desidia hacen abandonar todo tratamiento al enfermo cada vez que cesan los fenómenos que lo molestan, y esto se observa, cen raras excepciones, en todas las clases socia-

Desgraciadamente el grueso público está aún muy poco advertido; las diversas instituciones que hacen la lucha son frecuentemente indiferentes u hostiles, dominadas por intereses egoistas. Esto es, se ha intentado verificar una lucha antivenèrea en la cual han brillado por su ausencia las normas enunciadas al comienzo. Debemos, por principlo, pedir a todos que se atrevan a hablar de las enfermedades venéreas: a romper la conspiración dei silencio impuesta por viejos prejuicios, a vulgarizar las nociones esenciales y a sugerir a las autoridades las mejoras indisensables a fin de realizar un programa de lucha eficaz a la brevedad posible.

Se hace necesario actuar energicamente por todos los medios a nuestro alcance, y que podemos, para facilidad de exposición, dividir en dograndes grupos: MEDIOS DIRECTOS O CURA-TIVOS Y MEDIOS INDIRECTOS O PREVEN-TIVOS.

La LUCHA ANTIVENEREA DIRECTA caribasada en el ideal de dar a los enfermos venéreos todas las facilidades para curarae, tanto ambulatoriamente como en hospitales, con el objeto de disminuir al mínimo la contagiosidad. Debe contemplar como punto capital la MUL-TIPLICACION AL MAXIMO DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

En FE. UU., en 1919, fecha en que se abordó decididamente este problema en vista de la gran morbilfidad venérea, había 237 clínicas destinadas ai objeto, las que en 1926 pasaban de 900 efectivamente organizadas. En Francia había en 1929 sobre 500 centros de tratamiento antivenèreo bien controlados. Nosotros, con una morbildad mayor, tenemos un número irrisorio de estos dispensarios (no más de 50 en el país, que se limitan a hacer una lucha casi exclusivamente curativa). De aqui se desprende la necesidad perentoria de multiplicar dichos centros en las grandes ciudades y puertos preferentemente, siu desculdar los campos.

Respecto de su ubicación, naturalmente serán preferidos los sitios de mayor movimiento obrero en las ciudades, y aún, los edificios mismos de las grandes fábricas.

Estos centros, deben funcionar a horas cómodas, fuera de las de trabajo, y no requieren necesariamente la presencia de un médico para su atención, basta con los practicantes y enfermeras, debidamente fiscalizados para que efectúen un trabajo eficiente. Como los enfermos sólo deben consultar periódicamente, pueden hacerlo en los dispensarios principales, en los que se encontrará su ficha de evolución, Para el tratamiento asistirán al centro que encuentren más próximo, er el que se les atenderá por ir premunidos de st tarjeta de tratamiento. Aun, conviene que estos enfermos verifiquen sus consultas en los mismos dispensarios en que se atienda otras especialidades de Medicina y Cirugia, para hacerlas más discretas, especialmente en las mujeres que muchas veces no consultan por pudor.

La gratuidad del tratamiento debe constituir un principio, sin embargo, es necesario que existen dispensarios para las clases acomodadas que puedan pagar preclos moderados.

En estos dispensarios y centros es necesario, además, efectuar por todos los medios una efectiva campaña de educación y prevención (cousejos dados por los médicos, enfermeras sociales, etc.)

Algunos centros de tratamiento, especialmente en los puertos y grandes ciudades, deberán de ser de funcionamiento diarno y nocturno, para que sirvan como CENTROS DE PROFILA-XIS, en los que, además, se repartirán gratuitamente o a muy bajo costo, preparados profilácticos efectivos.

En los campos, en cada población que pase de 75.000 habitantes, deben instalarse postas de prekención y cursución de enfermos venéreos, dotadas del material mínimo necesario, y organizase consultas rurales, ambulatorias y periódicas, hechas por los especialistas de las ciudades vecinas.

De lo expuesto en un comienzo se deduce que se obtendrá muy poco el no se OBLIGA a los enfermos a tratarse, por medidas variables en intensidad, y que consideraremos en detalle.

El tratamiento antivenéreo es obligatorio en EE, UU., Alemania, y tiende a hacérsele en Francia y muchos otros países. Naturalmente esta medida supone la existencia de dispensarios accesibles y en número sufficiente, con personal especializado y con tratamientos gratuitos o de costos bajos; está influenciado también por la cooperación de los médicos, por lo que a la notificación se refiere, y aun, está ligada al problema del charlatanismo médico.

Es imposible suponer que logremos que todos los venéreos se traten, pero con ésta y otras raedidas análogas, veremos modificarse la morbilidad.

Se hace necesario actuar por persuasión, comenzando por enviar a los enfermos una primera y aun una segunda advertencia por escrito, induciendolos a continuar en su tratamiento.

Si esto no surte efecto, será la visitadora social que, explicándole los peligros a que está expuesto el enfermo y su familia, lo hará asistir nuevamente al consultorio.

Pero habrá un buen número de enfermos recalcitrantes y contagiosos para los cuales la sey podrá tener todo su valor: la hospitalización y aislamiento de ellos; aun cuando es efectivo que ésta es una medida teórica de gran importancia, no siempre, por razones obvias, podrá hacerse valer. Sin embargo, debe irse a conseguir la admisión de urgencia inmediata en los hospitales de todo venéreo contagioso que solicite una cama (lo que corrientemente no sucede) y la creación de hospitales o establecimientos especiales para tratar a los enfermos contaglosos rebeldes, en los que se hará trabajar a los que pueden hacerlo, para costear en lo posible los gastos de su estada; se les educará especialmente en lo referente a enfermedades venéreas, y se tratará de reformar y regenerar a la mujer prostituída.

Por último, debe existir la pena de prisión para los indificios más reacios el tratamiento, como sucede, por ejemplo, en Alemania, en donde la policía funciona en perfecta armonía con los gervicios sanitarios, y constantemente está solicitando datos sobre el estado sanitario y asistencía al tratamiento de ciertos enfermos.

Es necesario, por supuesto, la identificación precisa del venéreo y obtener su dirección exacta para obligario a continuar un tratamienta racional y efectivo;

Una tendencia moderna ya puesta en práctica en algunos paises es el CERTIFICADO DE
SANIBAD. Así, por ejemplo, en Alemania, si
una persona sospecha contagio de otra, la deruncia, recibiendo esta segunda una citación para ser examinada por un especialista competente, a su elección, o por un funcionario de los
servicios. En EE. UU. también existe este examen obligatorio en casos de sospechas, y en Francia se estudia su adaptación. Esto no es más que
un corolario del tratamiento obligatorio y que
indirectamente permite descubrir y atacar los focos de contagio. Su implantación entre nosotros
es una medida de real importancia.

Existen muchos enfermos que requieren reposo en cama, pero que por eu mal no es indispensable hospitalizar, para éstos debe existir un scrylcio MEDICO DOMICHIARIO de venérses, que los atienda durante el tiempo de su incapacidad para el trabajo, con lo que se simpufica el problema de la escasez de camas en los hospitales y se abarata el costo de los tratamientos.

VISITACION SOCIAL.—Las enfermeras visitadoras deben trabajar anexadas a cada centro de tratamiento, y en número proporcionar a su radio de acción. Estarán encargadas de controlar la asistencia y regularidad a los tratamientos, de persuadir a los negligentos, principalmente a los contagiosos, de hacer encuestas para descubrir la extensión del mai y cooperar al bienestar domiciliario, punto éste también totalmente descuidado en nuestro país y causante de numerosas recidivas y reagudizaciones por nuevos contagios entre los cónyuges.

Entre las prostituídas harân labor muy efectiva controlando la regularidad de sus tratamientos y preocupândose del problema social y eco-

nomico que las aflige.

En la investigación de las fuentes de contagio ler cabe un gran papel, con toda discreción visitarán a las denunciadas, las inducirán al tratamiento, investigarán los individuos contagiosos y aun las personas que pueden haber sido infectadas, aislando y eliminando todo un núcleo de contagios. Un grupo de estas enfermeras estará especialmente encargado del servicio de propaganda sistemática alradedor de las prostituidas para decidirlas a hacerse examinar y a curarse; por medio de conversaciones y consejos coportunos lograrán regenerar a muchas iniciadas.

En la conducción del heredo-sifilítico a las clínicas, en el control de las conjuntivitis, en el registro de las estadísticas y en muchas otras labores les cabe gran actuación.

Las enfermeras visitadoras completan la labor del médico, forman el eslabon indispensable entre la ciencia y la sociedad, traducen, explican y llevan a la práctica todas las indicaciones y detalles útiles al enfermo y a la familia; cooperan a la campaña de divulgación antivenérea aclarando los problemas, dudas y consultas particulares en cada caso, y relacionados con esta materia.

LAS ESTADISTICAS son la base fundamenla de toda acción coordinada e indispensables
para hacer labor útil y sistemática. Por lo tanto, debe irse a una estadística detallada y precisa en todos los servicios que se dedican a la
lucha antivenérea, usando un sistema uniforme
que proporcione un conocimiento completo de todos los factores médicos, sociales y econômicos,
ûnica forma que permitirá continuar una verdadera labor en el futuro. La estadística no debe
ser entonces puramente médico-individual, sino
que médico social.

El establecimiento con este objeto de la FI-CHA UNICA DE TRATAMIENTOS de venéreos en todos los centros que se dedican a la lucha, tiene entre otras múltiples ventajas las siguientes: permitirá al enfermo seguir un tratamiento más racional y continuarlo en cualquier parte en que se encuentra; facilitará al médico el conocimiento de la eficacia curativa real de los tratamientos empleados, etc., etc.

Como se efectúa en Francia, en Alemania, etc.. deberíamos nosotros dictar normas generales y encauzar dentro de los dimites posibles las IN-DICACIONES TERAPEUTICAS para las afecciones venéreas en sus diversas etapas, normas que serían dictadas por consejos técnicos y que naturalmente sólo servirían como un ampliomarco para encuadrarlas en cada caso particular; y en los puntos en que no hubiera especialistas, servirían de base para efectuar dichas indicaciones.

MEDIOS INDIRECTOS O PREVENTIVOS, que se dirigen a impartir conocimientos sobre los males venéreos y sus consecuencias en todos sus aspectos—individuales y sociales—, a crear una conciencia sobre la gravedad de estos males y sus soluciones en todas las clases socialea, Nuestra labor técnica no debe reducirse sólo a tratar, sino principalmente a educar, a ense-

ñar a prevenir y a evitar los contagios.

Esta tarea está dificultada en la práctica por la reación íntima que existe entre las infecciones venéreas con la prostitución, con las condiciones económicas, las creencias religiosas, la moralidad, la educación sexual, el alcoholismo, etc., etc.

Los medios de lucha indirecta consisten en: EDUCACION ANTIVENEREA DE LAS MASAS y la PROPAGANDA.

La primera debe efectuarse naturalmente en diversa forma entre niños, jóvenes y adultos:

Educación sexual en los niños y jóvenes: Es indispensable elaborar un programa de educación sexual adaptable a los diferentes establecimientos de enseñanza y a las diversas etapas de la vida del niño, y que se refiera a educación sexual en general y a los males venéreos en especial: las medidas educacionales actuales están manifiestamente en contra del viejo concepto de la inocencia y del secreto. Hoy día se tiende a educar a todo muchacho que entre en el periodo de la pubertad, sobre los fenómenos de la reproducción y sobre el peligro de las enfermedades venéreas.

Debemos inculcar la moral en los niños, efectuando una eduçación en la que se refuerce la idea de familia, el respeto a la mujer y la tendencia al matrimonio a una edad más joven, lo que hará inútiles a una buena parte de las prostituídas. Esta campaña traería consigo la fundación de sociedades de jóvenes de ambos sexos contra las malas costumbres, contra la pornografía, etc., como existen ligas contra el alcoholismo y otras; y propendería a la formación de sociedades culturales y deportivas, mostrando la necesidad de llevar una vida física y espiritual sana, especialmente en lo que se refiere a los efercicios al aire libre y a la continencia.

A los ADULTOS DE AMBOS SEXOS debe impartirse nociones claras sobre el problema sexual y venérco, enseñándole cada una de las enfermedades, sus consecuencias individuales y sociales, especialmente su profilaxis y tratamiento.

En resumen, es necesario que cesen lo más pronto posible la conspiración del silencio y los prejuicios de las enfermedades vergonzosas. Cuántas veces hemos oldo diversos enfermos reprochar a sus educadores por no haberlos advertido del peligro. La PROPAGANDA debe ser abundante y efectuada ocasional y sistemáticamente en todos los medios y aprovechando de todas las armas de que podamos disponer: educación individual ealos centros de tratamientos y colectiva por conferencias públicas, afiches, exposiciones y mu-

Propaganda profiláctica general, por medio de prospectos sobre educación antivenèrea, afiches, conferencias destinadas a un público de hombres y conferencias para un público femenino: volantes contra la prostitución, contra el charlatanismo, afiches de técnica profiláctica personal, reparto de profilácticos, etc., etc.

Conferencias con proyecciones y películas, en las ciudades y en los campos; charlas familiares en los colegios y centros obreros, lecciones de higiene seguidas de distribución de folietos, etc.

Redacción de conferencias-tipo que sirvan de guía a médicos, enfermeras sanitarias y otros conferencistas que deseen cooperar a la propaganda antivenérea, acompañadas de una colección de diapositivos con una explicación sumaria para cada placa, conferencias que termineu con una amplia discusión del tema para su mejor comprensión.

La radiotelefonía tiene amplia indicación, no sólo con el objeto de dictar pequeñas conferencias sobre higiene las que, desgraciadamente, muchas personas encontrarían poco entretenidas (deteniendo la audición durante las exposiciones), sino que principalmente con el objeto de intercalar entre números del programa musical, clertas frases cortas y precisas sobre educación sanitaria.

En cada país se cuenta, para el objeto de la propaganda, con una serie de películas, dramáticas o técnicas, destinadas a diferentes calidades de públicos.

Museos permanentes y ambulantes, con moulages, fáciles de adquirir, destinados a la educación higiénica antivenérea, y que sirvan para ilustrar las conferencias.

Exhibiciones ambulantes y exposiciones permanentes compuestas de cuadros, alegorías, etc., representando de una manera sistemática lasmanifestaciones de las enfermedades venéreas y sus consecuencias, y gráficas estadísticas que demuestren su frecuencia, sus complicaciones y los resultados del tratamiento y de la profilaxis.

Volantes, postales, folletes, etc., repartidos profusamente y con diversas leyendas atractivas e inteligentemente redactadas, destinados principalmente a indicar al público que el único medio cierto de evitar el contagio es la absteución de relaciones sexuales con mujeres dadas a la prostitución, a mostrar las ventajas del matrimonio precoz, por último a aconsejar la practica de la profiaxis personal. Hamanão la atención sobre la conveniencia de consultar precozmente ante cualquier manifestación sos rechosa.

Hojas agregadas a las libretas militares y a las de los asegurados, etc.

Artículos de prensa, publicados periódicamente y destinados a combatir sin tregua el prejudicio de enfermedades deshonrosas, dando a conocer los estragos de la sifilis adquirida y hereditaria.

Publicaciones en revistas y en periódicos orofesionales, de artículos cortos ilustrados con gráficos y fotograbados. Secciones de preguntas y respuestas, etc. Publicación de un boletín antivenéreo. Celebración de congresos antivenereos y verificación de campañas intensivas de cortuduración y de eficaz propaganda (Semana Antivenérea). Organización de firas de propaganda periódicas, principalmente en las zonas más infectadas, etc., etc.

Contamos en seguida con diversas otras medidas indirectas como podrían ser: obligación a los estudiantes de medicina de permanecer unperíodo como Internos en algún servicio de Venereología.

Título de médico-especialista en Venereología concedido por la Universidad a los médicos que acrediten haber trabajado más de tres años en la especialidad y que rindan un examen satisfactorio; únicos médicos que podrían otorgar los certificados de sanidad.

Organización de cursos de perfeccionamiento y de vulgarización de problemas venérsos, para m<sup>5</sup>dicos, matronas, practicantes y enfermeras.

Exigencia de un título de capacidad a los practicantes que se dedican a la Venereología. Creación de Laboratorios gratuitos destinados al diagnóstico de las enfermedades venéreas.

Protección de los venéreos contra el charlatanismo, imponiendo castigos a los que, sin títulos, preconizan medios de curación y tratamientos en pugna con los principlos médicos.

Impuestos elevados a los cabarets, cantinas. 5 otras medidas tendientes a la represión del alcoholismo

Creación de Bibliotecas Públicas gratuitas y de Centros de Cultura Intelectual.

Fomento de las asociaciones deportivas y de los centros de cultura física de la juventud.

Creación de instituciones que tengan por fir la regeneración de las mujeres, en forma de colonias de trabajo, etc.

Instalación de hogares para la madre desamparada.

Creación de oficinas pre-nupcial, maternal y del niño, con premios anuales para los consultentes de ellas, etc.

LEGISLACION ANTIVENEREA.—En la actualidad el centro de gravedad de la lucha descansa en una extensa legislación antivenerea. Se hace indispensable insistir ante los poderes públicos, llamando su atención sobre la urgencia de resolver estos problemas, de dictar leyes especiales tendientes a facilitar y a encauzar esta campaña.

La fuente más importante de las enfermedades venéreas está constituída por la PROSTITUCION, que es el problema más complejo que indiscutiblemente hay que abordar en la lucha antivenérea. En países como Alemania e Inglaterra, se la ha llegado a abolir; en otros, con Francia a la cabeza, desde hace largos años se la ha reglamentado; pero ambas tendencias han probado el poco éxito obtenido, y esto se debe a que con un concepto puramente médico no legraremos solucionar este problema, ya que principalmente en su producción entian en juego factores de Indole social, económicos, etc., y la

parte médica no es sino que secundaria. Por principio, y como ideal, deberiamos, antes que prohíbir o reglamentar el hecho produedo, impedir su producción, con todas las medidas que levanten a la mujer, ya que su desviación muchas veces reconoce factores que una sociedad bien organizada está en el deber de eliminar. Pero, mientras estás la prostitución debemos apreciarla desde el punto de vista médico y apticarle un criterio sanitario, es decir, sencilamente considerar a la mujer prostitucida como un foco de contagio y como a tal, con un criterio epidemiológico, disponer medidas como declaración obligatoria, tratamiento obligatorio al máximo, y propaganda intensiva en el público do los medios para prevenir los contagios para prevenir los contagios.

La legislación antivenérea debe dirigirse principalmente a la supresión de las causas económico-sociales que generan la prostitución y al establecimiento del tratamiento obligatorio de todo individuo contagioso.

El DELITO DE CONTAGIO a pesar de todas las dificultades y de los peligros del chantage que encierra, sería otro aspecto de la legislación cuya implantación nos reportaría grandes beneficios. En países como Alemania, en que existe, para evitar la burla de la legislación, se hace firmar una declaración a cada individuo que está en tratamiento, junto con la cual se le hace saber los peligros a que está expuesto y la prohibición de tener relaciones sexuales mientras no sea dado de alta por el médico tratante.

Se debe ir a REFORMAS SOCIALES, como la protección de las jóvenes y mujeres; protección del trabajo femenino; protección a la mujer seducida, abandonada, que llega a ser tantas veces prostituta, para lo cual se hace necesarlo castigar más severamente los crimenes de violación, seducción y abandono: investigación de la paternidad; igualdad de hijos legítimos e llegítimos: igualdad de ambos sexos; prohibición del trabajo de menores; responsabilidad de los padres en el tratamiento de menores; exigencia de! certificado pre-nupcial, en lo que aún se ha ido más lejos en EE. UU., verificando una profilaxis pre-natal, impidiendo el matrimonio de personas infectadas; anulación del matrimonio a petición de un cónyuge infectado por el otro.

CERTIFICADO DE SANIDAD.—. Que como unica forma de evitar se busile la ley, debe ser dado por especialistas en Vene-cología, y tienz por objeto principal investigar posibles portadores del mal y obligarlos a tratarse, llegando hasta la prisión preventiva en caso de necesidad. Se exigirá el certificado cada vez que haya una denuncia o que por investigación de las visitadoras sociales se ubique un agente contaminador.

La legislación antivenérea debe prohibir la réclame y venta de remedios destinados a curar los males venéreos sin receia de médico, e incuir medidas de protección a la higiene gereral, exigiendo certificados sanitarios a personas que fabrican o distribuyen alimentos, a peluqueros, masalistas, etc.

No es menos importante que la legislación ponga bajo una DIRECCION TECNICA UNICA Y CONTROLADA POR EL ESTADO, toda la lucha antivenérea, que abarque los organismos fiscales, semi-fiscales y particulares, que se dediquen a este objeto, y que, giada por un Consejo Técnico, pueda impartir las instrucciones generales y coordinar las diversas actividades de todas las entidades que hacen labor alslada y por lo tanto poco eficaz.

Necesitamos para obtener éxito, una ACCION CONJUNTA, a la que cada cual aporte su contingente: un llamado a la iniciativa y a la cooperación privada en la iucha antivenérea con el fin de coordinar todos los servicios de asistencia médico-social que tengan por fin el tratamiento de vénéreos.

Los PRESUPUESTOS REUNIDOS permitirian dar forma y realizar con efectivo rendimiento los ideas recién expuestas.

Todos los puntos a que nos hemos referido son ya principios aceptados unanimemente en todos los países y desde hace largos años puestos en práctica.

Lo que a nosotros nos resta es lo principal, y lo más dificil: es unirnos, concentrar y coordinar nuestros esfuerzos. De este Congreso debiera resultar una reunión de todos los dirigentes de los organismos que hacen lucha antivenérea, para que de común acuerdo soliciten del Supremo Gobierno, la constitución, con carázter de urgente, de la Dirección Unica de ella, la pronta dictación de las leyes más necesarias y la cesión de los fondos indispensables para su financiamiento.

### CONCLUSIONES

I:—La lucha antivenerea debe obedecer a los siguientes principios:

- a) Principio de Integralidad;
- b) Principlos del planeamiento por períodos de tiempo dados en cada etapa;
   c) Principio del Comando Técnico Unico con
- c) Principlo del Comando Tecnico Unico con autoridad legal;
- d) Principio de Concentración de Esfuerzos:
  - e) Principio de Estatización.

II.—Desde el punto de vista médico-social debe abordarse el problema de la lucha antivenerea simultaneamente bajo dos apectos: curativo y preventivo.

En Chile se ha encarado slempre mal este problema, pues las autoridadess sólo han contemplado el factor tratamiento.

III.—la lucha antivenérea directa a curativa está basada en el ideal de dar a los enfermos venéreos todas las facilidades para curarse, con tal objeto se hace indispensable;

a) Multiplicar al máximo los Centros de Tratamiento, en lo que por todos los medios se harrá medicina curativa y educación higiénica; deten estar distribuídos profusamente en las cludades, principalmente en les barrios obreros y en los puertos. En las grandes poblaciones y principales puertos deben funcionar también en la noche para que sirvan de Centros de Profilaxis.

## La Sifilis en el Seguro Obrero (1)

Dr. FLORENCIO PRATS . Sifilólogo del Cons. U. Americana

Es por demás difícil esbozar en pocas palabras, las modificaciones que deben introducirso en el Scrucio de Piel y Sífills del Seguro Obrero, para rendirlo prácticamente útil y, a largo plazo, econômico.

Con este objeto, trataremos de pasar una mirada sobre los detalles de funcionamiento y organización actuales, insistiendo en los defectos de que adolece, para fundamentar las conclusiones a que hemos llegado. En esta exposición, que no pretende ir muy lejos en materia de reformas, se hace necesario, desagradablemente necesario; hacer resultar las deficiencias actuales; con esto no se persigue sino, hacer una critica constructiva, levantada, y que irá completada con la proposición de las modificaciones necesarias a corregirlas. Al fla y al cabo, estamos aquí reunidos con el sano propósito de tratar de mejorar los actuales servicios médicos de la Ley 4054; sin mostrar sus

Instalación de Centros Rurales de Tratamiento curativo y preventivo en cada población que cuente con más de 5.000 habitantes.

b) Obtener la continuidad del tratamiento para todas las clases sociales (Tratamiento Obligatorio). Este debe hacerze efectivo por medidas que se harán voler progresivamente, comenzando por:

- 1.o-Circulares de citación.
- 2.o-Visitación Social.
- Hospitalización y aislamiento de enfermos contaglosos en Salas o Establecimientos especiales, obligando a trabajar a los que puedan hacerlo y efectuando en ellos una vasta labor educativa.
- Llegar a establecer hasta la prisión de personas que en estado infeccioso se nieguen a efectuar su tratamiento.
- c) Establecimiento de un servicio Médico-Domiciliario, con lo que se conseguirá abreviar !a duración del perfodo de incapacidad para el trabajo de los enfermos complicados y evitar muchas hospitalizaciones en los que son tratables en sus domicilios.
- d) Organización del servicio de Visitación Secial, que por persuación inducirá a los enfermos a tratarse; llegará hasta la familia del paciente y cooperará en el estudio de los focos contagiosos e intensamente en la propaganda antivenérea.
- e) Organización de un sistema uniforme de Estadística para todos los servicios; a base de la ficha única de tratamiento venéreo.
- f) Racionalización y sistematización de los tratamientos venéreos dentro de los límites po-

IV.—Lucha antivenérea indirecta y preventiva, Desde el punto de vista sanitario se trata devitar la propagación de la infección, por lo tanto nuestra directiva debe tender principalmente a educar al pueblo; a enseñarle a prevenir y a evitar los contagios.

Se hace indispensable:

 La Educación Antivenérea de las Masas, tanto en adultos como en niños de ambos sexos:
 Lo—Implantación de un programa de edu-

 Trabajo presentado al Primer Congreso Interno de la Caja de Seguro Obligatorio — 1933

- cación sexual adaptable a ambos sexos v a los diversos establecimientos de instrucción.
- 2.0—Enseñanza a los adultos en los Centros de Tratamientos, por los diversos medios de propaganda existente, informándolos sobre las enfermedades venéreas, sus consecuencias, tratamientos y profilaxis, etc.
- b) Propaganda en todos los medios (Colegios, cuarteles, fábricas, asociaciones obrerás, etc., etc.), y por todos los medios: artículos de prensa, cortos y amenos; folletos, volantes, affiches, charlas que terminen con discurión del tema. Conferencias cortas por radio, exhibición de películas, etc., etc. Utilización de diversas medidas indirectas como son: campaña contra el charlatanismo, fomento de las asociaciones deportivas y centros de cultura física de la juventud, campaña de represión del alcoholismo, creación de colonias de trabajo y asilos-refugio para la regeneración de la mujer, etc., etc.
- c) Implantación de una legislación antivenérea que consulte:
  - 1.o—Declaración obligatoria de las enfermedades venéreas
  - 2.o-Tratamiento obligatorio.
  - 3.o-Delito de contagio.
  - Fiscalización y represión de la prostitución.
  - 5:0-Certificado pre-nupcial.
  - 6.9—Anulación del matrimonio o petición de un cónyuge infectado por el otro.
  - 7.0—Investigación de la paternidad. 8.0—Prohibición del trabajo a menores.
  - 9.0 Proteción del trabajo a la mujer.
  - 10.0—Agravación de las apenas para les crimenes de seducción y gbandono,
  - 11.0-Igualdad de ambos sexos.
  - 12.0—Igunidad para los hijos legítimos e ilegítimos.
  - 13.o—Prohibición de publicación y venta de remedios para las afecciones venéreas sin receta de médico.
  - 14.0-Autoridad sanitaria única; etc., etc.

V.—Racionalización y sistematización de la iniciativa privada en la lucha autivenérca con dirección técnica única y hajo el control del Estado. defectos no habremos llegado a ninguna conclusión realizable.

Durante cuatro años, en que hemos estado a cargo de dicho servicio, en el Policinico Unión Americana, nos hemos formado un concepto más o menos exacto sobre sus deficiencias; durante ese tiempo las hemos ido haciendo presente a los Directores dei Policinico; pero, ha sido imposible hasta ahora subsanarlas, precisamente porque su solución implicaba cambios de funcionamiento y organización que no era muy fácil introducir bruscamente, sin provocar algunas susceptibilidades.

Este Congreso viene, pues, a llenar una necesidad largo tiempo eentida, especialmente por el personal de Piel y Sifilis, ya que le permitirá exponer sus puntos de vista sobre la situación que debe ocupar dicho serviclo y la forma en que debe desarrollar sus labores con respecto a los demás.

El Servicio de Piel y Sifilis, cuya importancia aparece disminuida, porque prácticamente su lator ha estado siempre resentida por los inconvenientes bosquejados; debe asunir en la trabazón del trabajo clínico común, el papel que le carresponde.

Hasta ahora, desligado de la coperación que debe tener con todos los otros servicios, ha sido parcialmente útil, casi exclusivamente para los enfermos con manifestaciones cutáneo-mucosas; y, salvo con uno que otro servicio de los que funcionan especialmente a horas análogas y con los que ha podido mantener cierta cooperación, ha, en general, desarrollado sus actividades, sin lograr prestar, ni poder recibir este intercambio cilnico indispensable a la buena marcha de un Policifnico.

Un establecimiento de esta especie debe contar con técnicos especializados en todas las raramas de la Medicina; a cada uno de ellos debe permitirsele desarrollar toda la incor que le corresponde dentro de su especialidad; solamento así, en la práctica, su colaboración se hace necesario y puede ser solicitada en la seguridad de obtenerse en forma entusiasta.

En los Policinicos del Seguro, en todas las especialidades, hay médicos sobradamente pre-parados y seguramente animados del mayor interés de cooperación; pero esta misma primera condición no es suficiente y no solamente no basta a rendir útil la atención del asegurado, sino que en la práctica y, a pesar de esta competencia de los médicos tratantes, en la conciencia de todos, ha debido aparecer menoscabada por

la presencia de otros factores a que nos referiremos luego y que ahogan todas las iniciativas y todos los sacrificios personales que sa rindan en bien de los pacientes.

Aunque sabemos que próximamente junto con la inauguración de dos grandes Policlínicos, se tratará de hacer desaparecer uno de esos factores, cual es la escasez de personal, es preciso hacer notar las consecuencias que ha tenido hasta la fecha, el no haber solucionado ese inconveniente. Desde luego, llama la atención el que se haya pensado hacer grandes inversiones en transformar el sistema actual de policlínicos barrio, en el de Policlínicos centralizados. sin antes haber ofdo la opinión de los médicos tratantes, que por estar más en contacto con los detalles de la atención de los enfermos, podíamos siguiera haber hecho presentes nuestras opiniones que, aunque muy modestas en nuestro caso, elas tenían la mejor base de apreciación, cual es el contacto continuo con los pacientes; el conocimiento repetido día a día, de las causas que los alejan del cuidado de su salud, y que muchas veces, aún sabiendo el daño que se causan, les impide tratar sus afecciones.

Liama la atención el que hayan trascurrido cuatro años, durante los cuales la escasez de personal ha sido una verdadera espina enterrada en cada servicio, en los que diariamente, ha sidó una lucha ingrata el poner de acuerdo el interés de atender en buena forma todos los enfermos y la realidad de los exámenes a medias de las observaciones incompletas, de las recetas hechas a toda carrera...

El servicio de Piel y Sífiis, que para algunos, es de atención muy sencila, de diagnósticos "de visu", de renovación de tratamientos, ha también debido sufrir las consecuencias de su poco personal y los enfermos atendidos, no lu han sido en la forma que hubiera podido hacerse a no mediar este gravisimo inconveniente.

Todos sabemos que estos defectos en que hemos incurrido, se deben en parte a ese espíritu de hacer el blen que anima a los médicos: nos esta muy duro ver que enfermos que venían desde lejos, quedaban sin atención y perdido el sacrificio de su viaje hasta nosotros: o que no era humano dejar de atender a quieres por consultar su mai perdían un día de trabajo y con ello el salario de todá una familia; que no era posible echar a perder una observación bien comenzada, o perder la pista de

BOLETIN MEDICO

un diagnóstico, por dejar de ver un enfermo que llegaba fuera de hora; que no era correcto ser descortés con el Director del Policlínico que recibia diariamente en forma insoportable, el reclamo de la gente que quedaba sin atención... etc., ¿a qué seguir enumerando lo que está en la conciencia de todos? El hecho es que cierto rúmero de enfermos se vefa a veces bien, a veces may y que en resumen, la mayoría de las observaciones resultaban incompletas y que, con ello no se ha hecho puena medicina eino parcialmente, que muchas críticas hechas al Servicio Médico del Seguro, son enteramente justas y que elas finalmente, caen en forma inseportablemente injusta sobre los médicos tratantes, que las oyen a diario, recibidas muchas veces en forma áspera y las continuarán rec'biendo mientras no se modifique este estado de cosas, que seguirá dando margen a atenciones deficientes y consecuencias indeseables.

La misma causa de la escasez de personal ha hecho que especialidades como la de Piel y Sifilis, que comprende un porcentaje de enfermos bastante grande, no haya tenido en funciones el personal preparado suficiente para atender a todas horas del día, el numeroso y variado grupo de enfermos que se encuentran afectados de esta última enfermedad.

Conocemos el euorme desarrollo de dicha afección y de otras enfermedades venéreas en la clientela del Seguro, sabemos que esta clientela es indolente y reacia a curarse, que espera muchas veces sentir en forma desagradable las consecuencias de eu mal para curarse, que no está dispuesta a preocuparse demasiado de la importancia de los daños que puede causarle y que si hace un viaje a medicinarse, y no encuentra atención no se molestará volviendo tan rapidamente como sería necesario, sin embargo, a esa clientela que llega tarde, pero llega a Luscar remedio, no le proporcionamos la comodidad de que lo encuentre fácilmente y, muchas veces este contratiempo conque no contaba, es la única causa de que se entregue en brazos de curas empíricas que a la larga significan una enorme demora en curar, una mayor propagación del contagio y por lo tanto, un mayor gasto para el Seguro, cuya acción resulta casi triplicado a última hora y cuya labor de profilaxis se ve absolutamente unulada.

Como se ve la atención de los sifilíticos en el seguro ha sido francamente deficiente, a pesar de todos los esfuerzos rendidos para compensar los numerosos inconvenientes anotados. Esta deficiencia que es indispensable dejar en claro en todos sus detalles, porque su conocimiento dejará la convicción de que es necesario remediarlos, aparece como un factor casual, consecuencia de una organización debida a la premura con que estos servicios fueron creados y que indudablemente dejan la impresión de poder ordenarse de neodo que su funcionamiento rinda lo que se esperó de ellos al instalarlos.

17

En este sentido, la revisión de las fichas individuales, que son un reflejo de la atención de: enfermo, nos ha dejado la convicción de que esta ditima se hace, o mejor dicho, debe hacerse obligadamente, la mayoría de las veces incompleta. debido a las circunstancias.

Desde luego, más del 90 por ciento de las observaciones carece de la descripción de las lesiones, motivo de la consulta. Casi todas ellas muestran la anotación del diagnóstico únicamente, dejando para la lesión escasamente las palabras, erosión o ulceración, en los casos de chancros, herpes, impétigos, balanitis, sarna y lesiones específicas secundarias del pene, que son las más frecuentes. En la especialidad de Piel y Siffilis, la descripción de las lesiones es de tanta importancia, como la auscultación en los cardíacos y pulmonares o la palpación en los abdominales y no se comprende que se pueda sentra un diagnóstico sin ese requisito que es indispensable dejar claramente anotado en cada caso.

Muchas observaciones se referían a diagnósticos que dejaban lugar a dudas, o porque, a falta de la descripción a que nos acabamos de referir, se agregaba la falta de los exámenes de laboratorio que fueron solicitados por los médicos que los atendieron y que no se hicieron por diferentes motivos; o porque las lesiones, modificados sus caracteres clínicos, per alguna complicación inherente al sitio mismo, como la fimosis, tan frecuente en las lesiones del pene, escondía esa ulceración o erosión no descrita, sin permitir d'agnosticarla inmediatamente y mucho menos verificar la impresión dejada después de su primer examen ante otro colega. En estas condiciones, era necesario continuar tratando esos enfermos y hacerlos correr todos los riezgos inherentes a los tratamientos indicados en las condiciones deficientes en que se efectuó su atención.

Numerosas observaciones mostraban el diagnóstico vago de "Lues" precedido de uno que otro síntoma no específico y documentadas con algún examen positivo de laboratorio: rehacer, la historia de esos enfermos significada un trabajo mucho más complejo ya que se presentaban stempre con su tratamiento iniciado, o después de terminar una cura. Otras pertenecian a lucticos ciertos, pero quese habían efectuado tratamientos (inidos, a pequeñas dosis o repetidas en forma muy espaciada. A este respecto puedo citar el caso de algunos que presentándose en el período pre-humoral de su stillis, no recibieron un tratamiento abortivo, a dosis enérgicas, ni la advertencia de que descuidándose podían perder la oportunidad de mejorar en corto tiempo.

Consecuencia también del temperamento recién anotado es el de numerosas arseno y bismuto resistencias comprobadas por las continuas recidivas, especialmente de manifestaciones secundarias, en enfermos que aún cumpliendo las indicaciones prescritas, no podían escapar a uno de sus posibles resultados.

A propósito de estos casos conviene hacer notar que los hechos anotados en las ovservaciones del Seguro, son una comprebación de lo que ya han establecido notables sifilógrafos y que a pesar de que va nadie pone en duda, hay todavía entre nosotros, algunos prácticos que no los aceptan. Las dosis bajas de salvarsan, tienen como principal objetivo el de tantear la tolerancia del organismo e irlo preparando a recibir las dosis altav la dosis terapéutica activa corresponde alrededor de 0.01 grs, por kilo de peso, más o menos y debe tratarse de alcanzaria, lo más rápidamente posible. Por lo tanto no conduce a nada, el sistema de repetir metódicamente cada una de las dosta bajas; la única dosis que resulta útil repetir, es la dosis activa; salvo casos especiales, en que algún sintoma lo impida, esa dosis debe colocarse con un ritmo de 0.10 grs. diarios.

Según los datos que hemos podido reconilar. en enfermos controlados durante un año, hemos llegado a la conclusión de que solamente el 12.5 % de los enfermos tratados alcanzales el final de su cura: y el resto o sea, el 87,5 %. la interrumpia. Ahora, conociendo el modo de ser indolente y rehacio a curarse de la clientela del Seguro, es en ella, donde principalmente es indispensable alcanzar las dosis activas lo más rápidamente posible, ya que al interrumpir una cura, después de algunas dosis útiles, queda más margen para alcanzar tierto resultado, alejándose más el temor al estallido de resistencias terapéuticas.

Más de alguna de las observaciones revisadas correspondía a enfermos que presentaban dermatosis en actividad, o que las atestiguaban entre sus antecedentes; éstos se encontraban cometidos, ein embargo, a tratamientos para cu-va prescripción no se tomó en cuenta dichas dermatosis.

Otras, eran de enfermos, en los que la terapéntica se había reducido a específicos de actividad ienta, cuyo resultado obtenido tan a largo plazo, facilitó futuras recidivas.

Algunas pertenecían a enfermos, cuyas labilidades orgánicas no habían sido despistadas, y llegaban al servicio, mostrando ya las consecuencias de un tratamiento inapropiado.

Una que otra correspondía a enfermos que habían sufrido francamente una insuficiencia hepática u otros fenómenos de intolerancia e intoxicación y cuya evolución acaecida lejos des Servicio, y de tanto interés para el futuro patológico de esos enfermos, no aparecía ni siquiera en sus puntos principales, anotada en la ficcha. Y aún, algunas ictericias francamente tóxicas, sobrevenidas algunos meses después de alguna cura, no aparecen relacionadas con el tratamiento específico anteriormente efectuado. V sí, con causas infecto-catarrales que, seguramente no han debido jugar gran papel en esos casos.

Algunas son de enfermos cuyas pequeñas intelerancias, facilmente evitables o combatibles con temperamentos determinados, han sido interpretadas en forma exagerada, suprimiendo un medicamento que pudo perfectamente continuarse empleando, con sólo algunas precauciones.

La mayoría era de enfermos, luéticos antiguos, que hacían su tratamiento desde hacía muchosaños; y que mostraban una irregularidad tan caprichosa en la evolución de su enfermedad y curva de tratamiento, que era poco menos que imposible establecer la duración de cada cura, su dosificación total, los resultales obtenidos y la comprobación de su efectividad. Muchas de estas últimas observaciones dejan dudas imposibles de resolver, por no mostrar los datos necesarios; y, seguramente, muchos de estos enfermos eran a la larga victimas de este desorden de atención y cafan en ese círculo vicioso, tan común en enfermos de policlinico y que consiste en atribuir a la sifilis todas las molestias que puede ocasionar un tratamiento repetido con exageración.

En resumen de estas consideraciones que las estimamos fundamentales, para "na buena organización, empezaremos por insistir en la necesidad primordial de que el Servicio de Piel y Sifilis, funcione diariamente, cuatro boras en la mañana y cuatro en la tarde, en los Policifinicos de La categoría, donde cuatro turnos sucesivos de dos horas cada uno, pueda atender intrediatamente las innumerables consultas de la especialidad.

Segundo, y aunque parezca innecesario decir-

lo (en la práctica hemos comprobado día a día que no se hace) todo sifilítico, o enfermo que se presume de tal, debe pasar por el Servicio de Piel y Sifilis, para ser examinado, estudiar sus antecedentes y estado actual y ser fichado en forma que se pueda establecer la existencia y período de su enfermedad.

Una vez fichado, continuará su atención en en mismo servicio si no presenta manifestaciones que sean susceptibles de la atención de un internista, cirujano o de cualquiera otra especialidad, en cuyo caso será enviado a esos servicios con sus datos correspondientes.

Tercero, los tratamientos prescritos por otros servicios, en enfermos sin manifestaciones cutáreo-mucosas, o que deben ser dirigidos por otro especialista, oto-rinólogo, oftalmólogo, cirujano, etc., continuarán como se hace ahora, practicandose en el Servicio de Piel y Sifilis; pero el Dermatólogo, deberá fiscalizar su cumplimiento en la forma indicada por el médico tratante, verificar su efectividad y controlar su tolerancia, debiendo enviar los enfermos a este último, en los casos necesarios, y, siempre, después de terminadas las curas indicadas.

Sobre este último punto, que consideramos de mucha importancia, volveremos a insistir, a propósito de los controles de eficacia y tolerancia.

## ESTADISTICA. — FICHA INDIVIDUAL. — CONTROLES DE EFICACIA Y TOLERANCIA

La escasez de personal médico que día a día, ha contribuído en forma tan decisiva a la defectuoza atención del asegurado sifilítico, cuyo primer examen se hizo en rápida visión, y al que siguió un diagnóstico, más producto de impresión que de un estudio concienzudo, ha tenido un paralelo exactamente defectuoso en el personal subalterno de enfermeras y practicantes, que en reducido número ha debido practicar los tratamientos en medio de la más absurda desorganización.

En un local sumamente estrecho, un practicante y dos enfermeras han debido desarrollar
todo el enorme trabajo que comprende las inyecciones y curaciones de todos los sifiliticos del
policifnico, más las curaciones de todas las dermatosis, muchas inyecciones de la especialidad
de Piel y el engorroso y nutrido papeleo de la
consulta. Toda esta labor que ha debido cumplirse entre el desagrado que provocan las protestas de los enfermos que ceperan agiomerados
y a quienes muchas veces había qu dar la razón, con o sin justicla, para no desanimarlos

por sus prolongadas antesalas, ha sido una labor improba, sacrificada, excesiva y cuyos frutos desgraciadamente no podrán ser aprovechados mientras una nueva organización no venga a poner orden en el actual estado de cosas.

Se comprenderă făcilmente que si la parte principal de la atención de los enfermos se hacía en forma tan dificultosa, las anotaciones; búsquedas de observaciones, conservación de datos estadísticos, comprobación de tratamientos efectuados, haya sido durante toda esa época muy diffcil de hacerse en forma continuada y que haya constituído un trabajo mediocre que a intervalos debía interrumpirse para facilitar los tratamientos, ya que el mismo reducido personal. debia también en su mayor parte desarrollarlo. A pesar de estos inconvenientes, y con el objeto principal de formar una documentación que diera fe sobre ellos, se ha logrado desde hace un año, es cierto que debiendo vencer tropiezos que a veces parecían insalvables (reducción aún mayor de personal en casos de enfermedad, reemplazos, etc.), conservar las anotaciones sobre los tratamientos salvarsánicos y son ellas, principalmente las que nos han proporcionado las bases de estas apreciaciones. Trataremos de resumirlas en un cuadro en forma que de un ligero gclpe de vista sobre ellas, pueda facilmente comprenderse toda su importancia.

Naturalmente que estos datos no tienen la pretensión de ser absolutos; pero aun reconociendo que es posible contengan algunos errores, los hemos comprobado minuciosamente con los que se llevan para comprobar el gasto de medicamentos.

Es sensible que no se haya logrado hacerlos extensivos a todos los tratamientos y atenciones que se practican en el servicio, es decir, que no alcancen a constituir una estadística; pero esperamos que sirvan para demostrar la necesidad de organizarlo de manera que diariamente pueda comprobarse su buen o mal funcionamiento.

La enunciación sola de la falta de un servicio de estadística debiera bastar para dar um idea de cómo se complica y vuelve difícil la atención de un enfermo crónico; de la imposibilidad de comprobar resultados de tratamientos nuevos y lo engorroso que resulta rememorar los practicados con mucha anterioridad; fuera de que es así muy difícil aprovechar todo ese nutrido material clínico, para deducir alguma conclusión que puede ser útil para los casos del futuro.

Para organizar la estadistica, es en primer lugar indispensable, establecer la ficha individual del enfermo sifilitico. La actualmente empleada, no basta tal como está establecida; el hecho de que no contenga las indicaciones necesarias que permitan anotar rápidamente y en forma nitida, las fechas y dosis de cada inyección, conjuntamente con los exámenes de control que deben practicarse periòdicamente y que debieran aparecer rápidamente a una sola ojeada de la ficha, como el que tampoco tenga capacidad suficiente para, en forma esquemática, poder conservar en cuadros con días, meses y años, las curas practicadas durante un largo lapso de tiempo, alarga desmesuradamente cada consulta y no permite revisar mayor número de enfermos.

A este respecto nos hemos permitido acompañar un modelo de ficha individual que adjuntamos y que comprende además de esos datos, los que se refieren a la descripción de sus lesiones, clasificación periódica, aparición de intelerancias, etc., y que ponemos a disposición del Congreso para su discusión.

Implantada esta ficha, tenemos la pretensión de creer que la organización de la Estadística, será ya únicamente cuestión de funcionamiento de un personal, exclusivamente encargado de llevar la anotación de los datos indicados.

Con este objeto nos atrevemos a proponer también la creación de una Oficina Central de Estadística, que deberá reunir los datos mensuales de todos los policifnicos. La importancia de este servicio sería inapreciable. Su funcionamiento vendría a facilitar enormemente no sólo el tratamiento y la fiscalización de su eficacia, sino también la profilaxis que hasta ahora, el Seguro no ha logrado ni siquiera iniciar.

Se comprende fácilmente que así se podrá realizar una atención efectiva del enfermo. Se hará sencillo poder seguir los enfermos que abandonen sus tratamientos, notificarlos a que los reinicien; y esta labor que deberá cumplir-se por intermedio de Visitadoras Sociales, podrá fácilmente completarse revisando las familias de los sifliticos, punto que sin el cual, toda labor profilática quedará anulada.

La organización de la estadística permitirá también el control del sifilítico en tratamiento. Hoy día, por los datos parciales que hemos logrado reunir y a que ya hicimos mención, sabemos que casi la totalidad de los tratamientos no llegan a completarse como fueron prescritos. Esto sucede en los sifilíticos con manifestaciones cutáneas y muy especialmente en los que se tratan de otros servicios.

Estos últimos, que cumplen sus curas lejos del médico que las prescribió, han escapado al control que hemos tratado de hacer desde hace un año. Generalmente se colocan sus inyeccio. nes como deseen y cuando les place. Toman sus descansos que prolongan hasta que lo estiman conveniente o mientras no experimentan alguna molestía que puedan atribuir a su sifilis; sólo entonces vuelven a consultar. Naturalmente, el médico, cirujano o cualquier otro especialista que recetó el tratamiento no puede tener ninguna constancia de que éste hava sido efectuado.

Es preciso estar cerca de esos enfermos para comprobar la desidia de su dejación; como buscan continuamente pretextos para espaciar sus curas; para suprimir algunas de las inyecciones de tratamientos mixtos; y hasta quién sabe, para prolongar su enfermedad que le permite cobrar un pequeño subsidio sin trabajar.

Esto ocasiona, como lo hemos dicho, un alargamiento desmesurado de los tratamientos, prolongación de los periodos de contagiosidad; provocación de arseno y bismuto resistencias; facilita y prepara el futuro estallido de las para-sifilis; multiplica las consultas, exámenes de laboratorio con las consiguientes pérdidas de tiempo para médicos y enfermeros y ocasiona un cuorne gasto inútil de material terapéutico y dinero en subsidios y seguramiente en pensiones de invalidez.

En muchas ocasiones se ha tratado de disminuir estos inconvenientes exigiendo a los enfermos que volvieran a consultar el médico que los atiende, a fin de regularizar sus tratamientos; pero con la organización actual, resultaba may desagradable inmiscuirse en otros servicios y en más de una ocasión, esto produjo algunas suspicacias. Además muchos enfermos amenazaban con no continuar sus tratamientos y aumentar así las ya numerosas causas de desorganización.

La solución que nos permitimos proponer al Congreso para resolver este estado de cosas sería el control de todos los tratamientos específicos por el Servicio de Piet y Sifilis. Pero, entiêndasenos bien, el control de los tratamientos, la fiscalización de su cumplimiento, tal como ha sido prescrito por el colega que examina y trata el enfermo; el control de su tolerancia, la revisión de su eliminación, los controles biológicos, mientras el enfermo hace su cura lejos del médico que lo trata.

Nos parece que este sistema, lejos de ser una intervención que complique la atención del asegurado sifilitico, es en realidad una demostración de la mejor cooperación que puede prestar el Servicio de Piel y Sifilis, a los demás, y que indudablemente se encuentra mejor capacitado que ninguno para prestarla.

Creemos que en esta forma, el médico trataute, se verá libre de consultas inútiles, repetidas sin objeto; tendrá la seguridad de que su enferno se hace efectivamente su cura específica en buenas condiciones y de que le será enviado en caso necesario, con los datos indispensables y seguros para continuar su atención.

Algujen nos ha dicho a este respecto que este sistema se prestaría para que algunos enfermos de un servicio derivaran después a otro; creemos firmemente que esto sucede hoy día, precisamente por el hecho de que cada servicio trabaja alsladamente, porque el intercambio de enfermos y la cooperación de un servicio a otro se hace a veces circunstancialmente y en forma desagradable y por último porque hoy día, in atención del enfermo se hace en forma tan superficial, cometemos tantas omisiones y errores que en la intervención de otro colega, vemos primero la crítica y después, muy en segundo término, su cooperación.

Por otra parte, por el lado del enfermo, resulta tan cómiodo consultar al especialista que trabaja en el mismo servicio donde él se efectúa el tratamiento. Cualquiera intolerancia, tan comunes en enfermos del Seguro que hacen sus curas salvarsánicas en malas condiciones higiénicas, puede ser prevenida para el futuro de su tratamiento en forma sencilla, sin necesitar volver a otra hora y ver nuevamente el mismo m !dico tratante. Los exámenes comprobatorios de eficacia y tolerancia, pueden efectuarse iguaimente, sin gran pérdida de tiempo para él; al anotar cada inyección colocada, se simplifica tanto la fiscalización de que efectivamente cumple las prescripciones recibidas; al terminar una cura, se hace tan fácilmente la recomendación de que debe consultar nuevamente y seguir su tratamiento médico o de la especialidad que lo atlende. Que, estamos firmemente convencidos, de que este sistema propuesto, una vez implantado y dando los frutos que de él pueden esperarse, vendrá indudablemente a facilitar la labor de los médicos tratantes.

### RACIONALIZACION DE LAS CURAS

Este punto que ha sido siempre muy discutido, porque en servicios colectivos facilita en parte los tratamientos, debe en realidad sufrir nuchas objeciones.

Todas las ventajas económicas que puede significar la standardización de los tratamientos, resultan insignificantes ante los inconvenientes que presenta.

Cada individuo sifilitico es un enfermo que necesita un tratamiento apropiado a sus condiciones orgánicas personales; a la forma de localización de su enfermedad, según los órganos o sistemas que ésta le ataque; a la capacidad de tolerancia y eliminación medicamentosa, diferente naturalmente según el estado de los órganos correspondientes: piel, respiratorio, urinario, intestinal; a la diversidad de los períodos de latencia y recrudecimiento que varian enormemente de un individuo a otro; a la manera de reaccionar ante la infección, según su idiosincrasia y al tratamiento según el estado de sus defensas. Además, como lo dijimos más arriba, en cada clima, en cada raza, estas condiciones. múltiples son absolutamente diferentes; y en un mismo clima, pueden variar aún con las condiciones de vida, género de alimentación, de trabajo, etc.

A pesar de estas consideraciones, sin embargo, se puede partir de algunos puntos de vista que deben considerarse en general, como bases de todo tratamiento específico y que, naturalmente, pueden variarse en cada caso. según las condiciones anotadas más atrás.

Toda sífilis debe recibir como tratamiento de asalto, salvarsán acompañado de bismuto o algún mercurial.

La dosis activa de salvarsán, aproximadamente, se ha considerado en 0.01 grs. por kilo de peso.

Las dosis inferiores que se expenden standardizadas en ampollas de 0.15, 0.30, etc., tienen como principal objeto la preparación del organismo a tolerar las dosis activas.

El ritmo de mejor tolerancia, durante todo el tratamiento salvarsánico, ha sido estimado en 0.10 grs. diarios.

En enfermos de constitución fuerte, esta dosis puede aumentarse hasta 0.15 grs.

La dosis total a inyectar por cura, debe fluctuar alrededor de 0.10 grs. por kilo de peso. Y término medio, puede considerarse en el hombre de 5 a 6.50 grs., y en la mujer de 4 a 5 grs.

Los controles de laboratorio, más al alcance del práctico en policlínicos, además, por supuesto de las revisiones físicas periódicas, son el estudio de la urubilinuria y de la bilirrubinemia. Estos controles conviene repetirlos cada 20 días, o cuando sea necesario.

Como el salvarsán es un medicamento soluble y de gran actividad, es conveniente alternarlo con algún medicamento de más lenta eliminación como algún mercurial o bismútico. Ultimamente se ha preferido el bismuto, porque además de su buena actividad, tiene la ventaja, si es insoluble, de producir impregnación y de ser excelentemente toferado. Además, para los enfermos de policilnico que frecuentement deben cumplir sus tratamientos robándole aigunashoras a su trabajo, debe ser preferido a los sotubles. Las doris son muy conocidas y no hay necesidad de maistir en ellas.

Respecto a los períodos de descanso, conviene insistir en que el primero de ellos, no debe ser mayor de cuatro semanas y el segundo de ocho, salvo casos especiales.

Si, a pesar de las consideraciones anotadas, nos hemos atrevido a esquematizar un hosquejo del tratamiento de asalto, no incurriremos en lo mismo con respecto al tratamiento de impregnación.

Ya a esta altura, los efectos dei tratamiento del primer año, y por otra parte, las condiciores personales de cada enfermo, son tan variables que en la práctica, cada caso requiere, como está en el conocimiento de todos, un tratamiento individual.

Y repetimos, sólo hemos insistido en estos puntos, por existir entre el numeroso material de observaciones que hemos revisado, muchas de elas con tratamientos en los que se ha repetido sin necesidad alguna, y casi como una norma de tratamiento, las dosis de tanteo, cuya utilidad específica es bien mediocre. Y muchas otras, en que las dosis totales a inyectar, han quedado muy por debajo de la considerada activa por la mayoría de los sifilógrafos.

Además, hemos observado que al esquematizar la indicación que se da al enfermo, en la papeleta correspondiente, pocas veces se tomaba en cuenta el ritmo de absorción y eliminación salvarsánico.

Pero, lo decimos, una vez más, no aceptamos la standardización de las curas, como una norma fija de conducia.

# VIGILANCIA DEL ENFERMO FUERA DEL POLICLINICO

Hoy día, que tratamos de mejorar la aterción de nuestros enfermos del Seguro, dentro de los Policificios, debemos tener presente que, para que dioha atención sea efectiva en los sifilíticos, no será suficiente contentarse con que este compla las prescripciones de la consulta.

Sabemos, por otra parte, que el 88 % de les enferances en tratantiento interrumpe sus curas y, generalmente lo hace mucho antes de la dosis necesaria para bianquearse. En estas condiciones, bien poco se puede esperar de las curas específicas. El enfermo de policínico es, como se sabe, de una indolencia ta: que va a consultar médico, cuando sufre ya molestias y, apenas ve sua sintomas apagados, abandona su tratamiento.

Por otra parte, la sífilis sigue en aumento progresivo; y si bien es cierto, que las manifestaciones terciarias, antes tan comunes de eucontrar, ahora son poco frecuentes, en cambio, el número de sífilis en periodo secundario, es inmensamente mayor al de sífilis primaria, siendo la excepción el examen de enfermos en la época pre-serológica.

De las observaciones que hemos revisado en el Seguro, la mayor parte de las correspondientes a sifilis en tratamiento, pertenecian a enfermos que hacían recidivas y que lo había interrumpido por dejación o no lo habían reiniciado al final de una cura, a pesar de las múltiples recomendaciones y consejos.

Las consecuencias de este estado de cosas son bien conocidas y no volveremos a insistir más en ellas.

Su corolario no puede ser otro que seguir el enfermo cuando se aleja del policifnico y tratar de hacerle reanudar su tratamiento.

Para conseguir este fin, ningún medio parece más adecuado que la intervención de las VIsitadoras Sociales.

Estos funcionarios técnicos, por su cultura y preparación son los mejor capacitados para llevar a cabo esa labor de cooperación.

Al cumplirla, podrán también de paso, darse cuenta del estado del resto de la familia, en .a que seguramente, más de alguno de los que la constituyen, ha sido víctima de contagio.

#### EDUCACION ANTI-VENEREA

Bien poco servirían las mejores instalaciones, servidas por los más abnegados especialistas, si a su acción eficaz sobre los enfermos ya infectados, no se agrega la de disminuir o anular, si fuera posible, el desarrollo de nuevas infecciones.

La Ley de Seguro Obrero, creada en una época de total abandono de la salud del trabajador, hacía explicable que en ese tiempo, se redujera a preocuparse del individuo enfermo y de la embarazada, grandes fines por lo demás, que para muchos hogares modestos habrían s'do imposibles de alcanzar sin su aprobación; pero, en lla hora actual, en que el conocimiento de nuestro endemiología, nos pone a la vista el único remedio para el futuro, creemos que el Seguro Obrero debe modernizar su sistema de atención, haciendo especialmente Medicina Preventiva.

No creemos necesario dar argumentos para propietaria; que ventajas aparecen tan a la vista, que sociai y económicamente constituyen el desiderátum de toda colectividad.

Claro es que entre nosotros, que vivimos agobiados de prejulcios infiltrados a través de tartas generaciones, su gestación y desarrol.o deberán sufrir muy lenta evolución.

La base de toda profilaxis anti-venérea, es indudablemente la Educación Sexual. Ella comprende especialmente el conocimiento de nuestro principal problema, la generación, y tiene su principal defensa en el cuidado de los órganos correspondientes.

Hacia ese fin debe orientar el Seguro, su propaganda y educación anti-venérea.

Al hacerla no cantaremos loas al amor libre, pero tampoco, como es anoy apreciación corriente, consideraremos al sifilítico, como un enfermo vengonzante que debe esconder su mal como el castigo de sus vicios.

El Seguro debe iniciar una intensificación de su labor antivenérea, desarrollando un programa de profilaxis a cargo de especialistas, que podrían repartirse en publicaciones, conferencias en las fábricas y centros industriales, escuelas, etc. Repartición de affiches y folietos, amenizando esta instrucción con exhibición de peliculas, actos literarios y otros medios adecuados

Además, y este punto es de primordial importancia, se debe proceder a la instalación de Centros Preventivos, difundidos en diversos barrios, a semejanza de los que posee la Sección Higiene Social de la Dirección de Sanidad,

En ellos, se practicarían a cualquiera hora acla noche, lavados preventivos, curaciones y auninyecciones anti-venéreas para aquellos enfermos que no pudieran concurrir en las horas de trabalo.

Las ventajas de estos centros son inapreciables y aunque, su utilización requiere activa propaganda y educación, el Seguro se encuentra en las condiciones más ventajosas que cualquieri otra colectividad, para realizarias en forma intensa: sus numerosos policifinicos, el hecho de tener que concurrir la mayor parte de sus imponentes a diversos sitios fijos, como Cajas de Ahorros y otras oficinas, facilitaría grandemente, la colocación de avisos, affiches, etc.

#### EXTENSION DE TOS SERVICIOS A LA FAMILIA

El tratamiento del sifilitico, y la profilazia anti-venèrea, circunscritos a la cilente que zsiste al Policifnico, son insuficientes, si se quiere realizar una labor efectiva.

Por cada enfermo que curamos y en el que el Seguro gasta su material terapéutico, hay corrientemente uno o más, entre sus familias, que estando ya infectados o habiendo recibido las taras hereditarias, más tarde constituirán un pesado fardo para la misma institución.

Estos últimos, cuando llegan más tarde a ser asegurados y a tener derechos a atención médica, entrarán seguramente en el grueso número de sifilíticos crónicos, cuya prolongada curación irrogará gastos diez veces mayores, que los que habría sido necesario distraer al atenderios en época oportuna.

Además, el hecho de que existiendo otros enfermos en una familia de medestos trabajadores, y no pueda recibir atención médica, sino únicamente su jefe y debiendo éste cubrir los gastos no sólo de alimentación sino de medicinas para los demás miembros, será un motivo pederoso, para que aquél no pueda entregarso como debiera a la atención de su salud, pues el reducido subsidio con que será ayudado por el Seguro, será insuficiente y deberá resignars: a practicar sus tratamientos en forma incompleta.

Indudablemente que el Seguro, extendiendo los servicios a la familia, deberá incurrir los primeros años, en mayores gastos; pero su compensación económica vendrá algunos años más tarde y, sus beneficios serán experimentados rápidamente desde su implantación; las curas específicas darán resultados más rápidos y visibles permitiendo que los tratamientos sean más efectivos.

Y, en seguida, se podrá realizar una profilaxis efectiva, de la que el primer beneficiado deberá resultar naturalmente el mismo Seguro.

Para iniciar los servicios en las familias, se podría, por intermedio también de las Visitadoras Sociales, empezar por practicar revisiones de los parientes directos de los sifilíticos contagiosos y de los de sifilíticos crónicos antiguos, que tengan hijos,

Es sabida la gran importancia que tiene la higiene y alimentación de los específicos en tratemiento y también por este concepto, serían de gran utilidad las visitas periódicas a sus domicilios y las encuestas que se practicaran. Además, no solo por el concepto de siflis, sino también por otra serie de afecciones contagiosas de la especialidad, es indispensable que la atención comprenda a toda la fámilia del asegurado: seria la única manera de destruir esa circulo vicioso de contagios repetidos, que a la larga dificultan y encarecen tratamientos que resultarian rápidos y baratos en la forma propuesta

#### CONCLUSIONES

#### 1.—Organización.

Los Servicios de Piel y Sifilis de los Policlinicos de primera categoría, funcionarán diariamente 8 horas, con turnos sucesivos de dos horas cada uno.

Cada turno estará a oargo de un médico especialista.

Todo sifilítico o enfermo que se presume de tal, deberá ser enviado a dicho servicio, donde después de examinado y estudiado, quedará anotado en una ficha especial, cuyo modelo se acompaña.

Todos los tratamientos específicos deberán efectuarse en el Servicio de Piel y Sifilis, que contará con dos enfermeras, para la atención de las mujeres y dos practicantes, para los hombres; este personal atenderá también todos los tratamientos de Dermatología.

Los tratamientos específicos serán vigilados por el Dermatólogo, quien se preocupará de que se cumplan en la forma que han sido prescritos por los distintos médicos tratantes; verificará las comprobaciones serológicas y controlará la tolerancia.

Los enfermos de otros servicios, serán enviados al médico correspondiente, con los datos ; detalles de cada cura, cada vez que sea necesario y, siempre, al final de cada tratamiento.

#### 2.—Estadística.—Ficha individual.

La Estadística estará organizada en la siguiente forma:

Una Oficina Central, encargada de recibir todos los datos mensuales de todos los Policinicos del país; y de su compaginación, orden ; conservación, en forma que en un momento determinado pueda proporcionar toda clase de datos.

Un funcionario especial, para cada Servicio, que estará exclusivamente encargado de tomar y anotar prolifamente, en las fichas correspondientes, todos los datos clínicos de cada caso; este funcionario acompañará al médico durante la consulta, sirviendo de secretario, y no intervendrá en ningún otro trabajo de otra natura-leza.

Todos los datos correspondientes al enfermo sifilítico o que se presume de tal, quedará anatido en su ficha individual, que contendrá además de sus datos personales, nombre, edad, número de libreta, etc., la descripción de las lesiones, diagnóstico, tratamiento indicado y controles de laboratorio.

Esta ficha lleva, en uno de sus extremos, un trozo con duplicado para algunos datos, que una vez completados y al final de cada mes, deberá ser retirada del resto de la ficha y enviada a la Oficina Central.

### 3.-Racionalización de las curas.- Controles.

No somos partidarlos de su standardización. Sin embargo, con los datos de las observaciones a que nos hemos referido anteriormente, consideramos importante insistir en algunos puntos generales.

Las dosis bajas de salvarsán, tienen como principal objetivo tantear las tolerancias individuales, por lo tanto no deben repetirse sino en casos muy calificados.

Debe tratar de llegarse lo más rápida; nerte posible a la dosis activa que se ha considerado alrededor de 0.01 gr. por kilo de peso; esta dosis debe repetirse hasta alcanzar un total de 0.10 grs, por kilo y debe tratar de ser usada a un ritmo de 0.10 grs. diarios.

Los controles de eficacia y tolerancia leberán verificarse por lo mesos tres veces en cada cura, aunque el enfermo no menificate ningún síntoma especial.

#### 4.-Vigilancia del enfermo fuera del Policlínico.

Consideramos indispensable el Seguro se preocupe en forma efectiva del enfermo rehacio que abandona su tratamiento.

Con este fin, estimamos necesaria la cooperación de las Visitadoras Sociales.

Para que su labor sea beneficiosa, creemos que cada Servicio debe contar con uno de estos funcionarios y pueda así visitar un barrio correspondiente.

#### 5.-Extensión del Servicio a las familias.

Creemos necesaria esta ampliación de la atención del Seguro; cuanto antes se obtenga su

# a Sífilis en el lactante y el recién nacido desde el punto de vista Médico-Social

Dr. B. BAMBACH Pediatra Cons. U. Americana

En el presente trabajo no pretendo otra cosa que estudiar a grandes rasgos el problema de la Sifilis del Lactante desde el punto de vista niédico-social y seáme permitido a la vez, dada la traecendencia que dicho tema encierra hacer también un estudio crítico sobre las principales deficiencias que en el tratamiento de esta enfermedad se puede observar en la práctica diaria de nuestros Policlínicos.

Tal vez, y para mayor claridad de la exposición, podría esquematizar esta colaboración en varios y determinados puntos que tendrían la ventaja de enfocar el problema en forma más nitida, dando en esta forma la oportunidad para recibir de los colegas experimentados en la materia, concepciones que nos coloquen a cubierto. en lo sucesivo, de toda crítica sobre lo que debemos hacer para realizar una lucha anti-venérea integral, a fin de disminuir a un límite lo más bajo posible el porcentaje de la morbilidad venérea.

En primer término estudiemos en forma somemera la "patología luética en el lactante", a connuación preocupémonos de averignar cuál es esta mobilidad venérea en nuestro servicio y de otros similares de protección a la infancia y por últi-

implantación, se hará en condiciones más ventajosas y de sus beneficiosos resultados se aprovechará especia mente la profilaxis anti-venérea, pues tendrá enteramente a su alcance todo el medio Zonde debe actuar.

6.-Propaganda y educación anti-venéreas.

Siendo la base de toda medicina preventiva,

y muy especialmente en este ramo, consideramos que no se debe tardar un día, en iniciar una activa campaña a base de todos los medios utilizables con este objeto: disertaciones o charlas en fábricas y talleres; publicación de folletos y affiches; exhibición de películas, piezas de teatro, etc., y

Creación de los centros preventivos del Seguro, a funcionamiento nocturno.

#### ANEXO

Tratamiento a base de salvarsán, practicado en el Policiínico Unión Americana, desde Agosto de 1932, hasta Septiembre de 1933;

Total de curas practicadas		 	 	 3.500	curas
Total de gramos inyectados .				6.966.00	grs.
Termino medio de gramos por				1.99	grs.
Total de invecciones colocadas				16.366	inyecciones
Término medio de invecciones				4.66	inyecciones
Total de gramos colocados por					
Total de gramos colocados por	Cara				The state of
Treate 1	muo mo		20	1.434	curas

And the state of t	Hasta	1	gramo				 	 	 	 	1.434	curas
Curas perdidas:	Hasta	2	gramos				 	 	 	 	737	"
	Hasta	3	"				 	 	 	 	416	
Curas insuficientes:	Hasta	4	**			1	 	 	 	 	468	
	/ Hasta	-5									249	**
THE PERSON NAMED IN	Hasta	6	"								111	
Curas útiles:	Hasta	7					 	 	 	 	56	
	/ Hasta	8	"				 	 	 	 	19	"
STATE OF THE PERSON NAMED IN	Más de	8					 	 	 	 	10	"
	1		-	45	E W	161						
Total de enfermos	que se hic	le	ron una	cui	ra i	itil	 	 	 	 	437	
Total de enfermos o											884	
Total de enfermos o	CONTRACTOR CONTRACTOR										2.171	

Total de enfermos que se hicieron curas perdidas .. .. .. .. .. .. ..

mo saber lo que se hace en materia de tratamiento y de lucha antisifilitica.

Afortunadamente, mi experiencia me hace vor. hablo en términos generales y con un clerto grado de optimismo, me hace ver, digo, un futuro no muy lejano lleno de consoladoras esperanzas, pero a condición de ir a una mayor colaboración en la labor que desarrollan los distintos colegas que más relación tengan con este problema y que hasta hoy día han trabajado en forma por demás desarticulado.

Hace mas o menos 6 a 7 años nuestras Clinicas Pediátricas y Policlínicos hospitalarios nos daban la oportunidad de estudiar la patología infantil, en cuanto a la Lués se refiere, en todas sus más vaciadas manifestaciones y es así como teníamos ocasión de observar los más diversos cuadros tal como pos enseñan los textos de estudios: sabemos que las lesiones más frecuentes son aquelias que tienen su asiento en la piel, mucosas y esqueleto; la rinitis con secreción hemorrágica, las infiltraciones difusas y localizadas de la piel especialmente aquellas con predominio en las regiones palmares y plantares, el pénfigo palmo plantar, los diversos exantenias maculosos, pápulo-escamoses, las sifilides erosivas y ulcerosas, la palidez cérea de la cara que junto a un moderado exoftalmo y a alteraciones del esquelto nasal dan al niño un aspecto característico, las rágades labiales con infiltraciones en forma de máscara, las parálisis dolorosas de los miembros, reveladoras de compromisos inflamatorios del esqueleto; el aumento a veces enorme de los órganos abdominales, como el higado y bazo provocados por infitraciones específicas de los mismos, el llanto nocturno, aparte de malformaciones, de detenciones del desarrollo atribuibles a una etiología específica; todo este conjunto de manifestaciones constituía el campo de experimentación de médicos y estudiantes y sa presentaban en forma de series clínicas que con su frecuencia, formaban uno de los desfiles más macabros en la morbilidad de esas salas hospitalarias y pabellones de Policlínicos. Todas estas lesiones altamente infecciosas, en cuyo seno pululan las espiroquetas, hablaban en forma categórica de la virulencia de la infección, como si se tratara de niños a los cuales se les ha trasmitido un mal cuyo germen jamás hubiera sido objeto de un ataque enérgico para atenuarlo.

Hoy en día, sin embargo, podemos preguntarnos ¿observamos los mismos cuadros? Yo diría que no. Hace tiempo que no vemos esos exponentes de sifilis tan virulentas; ya no es frecuente, cucontrar en los hospitales ni en los Foliclinicos casos semejantes; la patología parece que hubiera sufrido un cambio fundamental.

Sólo podemes comprobar un esbozo de escasiteraciones cutáneo-mucosas que dan al mão enfermo un sello inconfundible, una etiquota que nos hacía a los médicos y hasta a las enfermeras experimentadas, formular un diagnóstico con sólo mirar el lactante. En la actualidad podemos comprobar: hépato y esplenomegalia, infiltraciones cutáneas discretas, pseudo parálisis de Parrot y otros signos de poca notoriedad.

Con cuanta frecuencia hemos tenido que recu-

rrir hoy día a minuciosidades de clínica para descartar la posibilidad de una infección sifili. tica, ya sea efectuando examenes de fondo 16 ojo en busca de una retinitis específica o solicitando la ayuda de la radiología para descartar una ósteo-condritis incipiente o una perostitis y las más de las veces echar mano de las reacciones serológicas. Con qué frecuencia nos hemos visto inclinados a buscar la etiología especifica en lactantes que hacen una distrofia a pesar de las medidas dietéticas e higi inicas adoptadas. Cuántas veces también, hemos visto con sorpresa aparecer manifestaciones de una recidiva, en niños hasta ese entonces no tratados. en que el médico ha tenido como único antecedente un Wasserman positivo en los padres, un examen clínico negativo en el niño y una gran incertidumbre en la conducta a seguir.

En realdad creo que en razón de lo expuesto debemos de aceptar que en la actualidad la Lués en el lactante ha disminuído la virulencia de sus lesiones en forma por demás evidente.

Y siguiendo adelante en este estudio vemos que en la frecuencia con que hoy día se observa la lués congénita, es un hecho indudable que los porcentajes son menores. Desgraciadamente no puedo hacer en estos momentos un cuadro comparativo de la morbilidad entre los años pasados y ha actualidad. Espero urgar las estadísticas de esos años y traer datos precisos; sólo confío en la memoria y si ella no me es ingrata, recuerdo que nuestros pabellones de lactantes ofrecian con una frecuencia mucho mayor que la de hoy día, el triste espectáculo de taj enfermedad.

En nuestra oficina del Niño del Consultorlo Unión Americana, la morbilidad es en realidad bastante reducida, nótese que de 1.924 niños inscritos hay sólo 18 lactantes en tratamiento específico, lo que equivale s un porcentaje aproximado al 1% (0,9%). Probablemente este porcentaje no revela la verdad exacta, pues el gran rumero de lactantes inscritos, el reducido personal médico y de visitadoras sociales, la estrechez del local, no permiten efectuar un control más estrecho con examenes de laboratorlo y colaboración de otros especialistas.

La morbilidad en el Consultorio de San Francisco asciende a 2,9% y en el de Santos Dumont alcanza a 1,59% aproximadamente. El término medio general en los consultorios del Seguro Obrero es por lo tanto de 1,7%, porcentaje como se puede ver bastante bajo.

Si analizamos ahora las estadísticas de otros servicios de protección a la infancia como ser el Patronato Nacional, podemos comprobar que la morbilidad de la sifilis llega a un nivel más o menos semejante, ella abanza sólo a un 4% en el año 1934 y si proseguimos revisando las estadísticas nos encontramos con que en el Policifinico de Medicina del Hospital Roberto del Río, de un total de 3.174 ingresados entre lactantes y niños de segunda infancia, sólo se ha comprobado en 142 enfermos el diagnóstico de Lués, lo que da un porcentaje de 4.4%.

En la maternidad de San Vicente donde existe un Pediatra a cargo de los recién nacidos y donde se lleva un control estadístico riguroso, también es posible comprobar una morbilidad venegea escasa, pues es de 3,5%. Cierto es que en un servicio de eza naturaleza sólo se puede comprobar la morbilidad que llamaramos precoz, pues la estada de los recién nacidos en las satas de la maternidad no pasa de 10 días y generalmente 10s primeros signos hacen su aparición más tardiamente.

Tenemos en consecuencia dos hechos evidentes: la Lués ha disminuido la virulencia de sus manifestaciones clinicas y ha descedido su morbilidad ¿Cuál sería la causa de este fenómeno: Habría que aceptar entonces que el tratamiento efectuado en los padres ha dado sus frutos; la constante labor del médico y servicio social en es sentido de instruír a la clientela venérea en la necesidad de curarse con energia, esto aunado a la acción de los centros preventivos de la Dirección General, han contribuído en gran parte a estos resultados.

Sin embargo, la realidad nos permite afirmar que hasta hoy día esta lucha anti-venérea se ha realizado en forma deficiente e incompleta, er. parte debido a la rebeldía del enfermo para someterse a un tratamiento que le impone sacrifictos y pérdida de tiempo y también, por qué no decirio, en razón de que nada se ha hecho en el sentido de uniformar la campaña y darle una buena directiva. No son estas afirmaciones antojadizas, pues hay antecedentes que me permiten corroborar lo antedicho. Ya el doctor Prat nos afirma que en el Consultorio Unión Americana, el 12,5% de que enfermos alcanza la cura final y el 87,5% la interrumpe, situación vergonzosa que constituye una verdadera afrenta y lo que es peor, aun no se ha tomado ninguna medida para dar a esta irregularidad, una solución satisfactoria; agrega además, que la atención de los sifilíticos en el Seguro Obrero ha sido francamente deficiente. Yo por mi parte no puedo dejar de reconocer que nuestro servicio del Niño, en este sentido, no ha tenido la colaboración estrecha que debe de existir con las otras secciones, en especial con la de la madre; pos hemos conformado con tratar a los lactantes y luego despreocuparnos de la suerte de sus padres, los que seguramente se tratan en forma muy irregular o no se someten a ningún tratamiento. Por otra parte la permanencia tan reducida de los lactantes en la oficina del Niño, hace que abandonemos todo control de los heredo-luéticos a los 8 meses de la vida y dejemos a esos enfermitos en la mayoría de los casos, a la suerte que la solicitud e inteligencia de sus madres les depare. A estos lactantes se les procura regularmente la inscripción en la seción Lués tinuén su tratamiento interrumpido; desgraciatinuéen su tratamiento Interrumpido, desgraciadamente no siempre se ha visto llegar a esas madres hasta el consultorio del hospital.

En la actualidad ha constituído un problema para todos los servicios de protección a la infancia, la dificultad de hacer curas regulares en los padres, hasta darlos de alta, tal como se procede con sus hijos. En las Gotas de Leche, por ejemplo, donde la sección Lués es objeto de un control médico social muy estrecho, se puede ver que en general la cura de los padres deja mucho que desear y a este respecto se nota una mayor negligencia de parte de los padres que de las madres, así por 293 mamitas que asisten a tratamiento sólo hay 26 padres y de éstos en sólo quince se ha podido ilevar una vigilancia minuciosa.

Hace tiempo atrás se realizó en Santiago un congreso de los servicios del patronato, de ahí nacieron, tal como pasó en nuestro congreso interno, muy belias esperanzas, pero muy pronto estas se desvanecieron ante la amarga realidad; en principio, en la letra todo era aceptable y realizable, pero poco y nada se llevó a la práctica. En ese congreso se ilegó hasta considerar la idea de la denuncia obligatoria de la sifilis a la Dirección General de Santidad, para que estroganismo tomara medidas coercitivas si fuera necesario, pero ni laq Gotas de Leche hicieron las denuncias, ni la Dirección de Santidad se preocupó del asunto.

Existe, pues no tan sólo una falta de directiva en la lucha anti-venérea de todas las instituciones, sino también una decidia del personal médico-social que hasta hoy día no le ha dado a este problema de tanta trascendencia, la preferencia que merece. Toda labor anti-sifilities en que se contemple sôlo el tratamiento del niño y no el de los padres, tendrá que ser necesariamente incompleta. En nuestros consultorios se da tanta importancia a la sifilis como a otra enfermedad de ninguna o poca consecuencia médico-social, Individualmente se les hace ver la necesidad de acatar las prescripciones médicas, se les instruye en los peligros y consecuencias de un mal que tanto se arraiga en la descendencia, pero, de ahí, a poner todo el celo profesional al servicio de una causa más noble, cual sería la de una campaña bien dirigida y encaminada a evitar que el enfermo exhiba sus llagas sociales y las trasmita a sus hijos, hay un abismo de diferencia.

Hasta este momento he llegado a demostrar: primero, que la asistencia médica del esfilitico adulto es insuficiente, no tan sólo porque la Caja u otras instituciones no han sabido imprimir rubos si no que también por la resistencia incomprensible de los enfermos; segundo, que la morbilidad de la Lués en el lactante es bastante reducida y finalmente, por la experiencia recogida en la Oficina del Niño y Servicios hospitalarios he logrado constatar que la sffilis ha atenuado sus manifestaciones mórbidas.

Tenemos en consecuencia que, a pesar de que no se ha hecho algo tangible en pro de una cruzada anti-venérea, hemos observado cómo la Lués ha disminuído en el niño la intensidad y virulencia de sus lesiones y cómo ha descendido en ellos, los lactantes, su morbilidad.

En estas condiciones cabria preguntarse: ¿Cuáles serían los resultados si llegáramos a organizar en los servicios de la Caja una lucha antivenérea sería y en conexión con los distintos organismos médicos-sociales.

Lógico sería contestar que llegaríamos a conclusiones muy halagadoras, en pro del bienestar y sanidad del elemento obrero.

Yo creo que como médicos y funcionarios de la Ley 4054, estamos en la obligación de precou-

# Lucha anti-venérea en la provincia de Chiloé

### A NTE-PROYECTO

DR. CARLOS MALDONADO B., Médico Director Provincial de Chiloé

Las enfermedades venéreas tienen en esta provincia un porcentaje considerable y, especiamente en Puerto Montt, el número de enfermos es bastante crecido. La característica de puerto de origen de numerosas líneas de navegación y de recalada de numerosos vapores que hacen el servicio de cabotaje en los puertos de la costa y del extranjero, su situación de centro de atracción de la Provincia y Territorio de Aysen, hacen que la población flotante sea considerable.

# FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS ENTRE LOS ASEGURADOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE PUERTO MONTT

El 1.0 de Julio de 1929 se mició el fichero de asegurados enfermos que es atienden en el Consultorio, llevándose un prollijo índice para evitar repeticiones; a cada ficha se le colocó un número de orden y en esa forma el total de fichas hasia esta fecha alcanza a 5.700.

En el año 1932, se hizo la clasificación de los enfermos venéreos, marcando, el-ángulo superior liquierdo de cada ficha, con rojo en forma triangular en los casos de sifilis y con verde los de gonorrea, separándolos, además, en casilleros aparte pero continuando el número general del indice. En esta forma podemos saber con seguridad el número de asegurados con lues, los que ascienden a 777 o sea el 13.6% del total de asegurados fichados y con gonorrea aguda a 300 o sea el 5.2%.

Los asegurados atendidos en 1934 fueron 4.580, entre los que 491 tenían lués o sea, el 10,7% y 158, gonorrea aguda o sea el 3,4%; en este año ao presentaron por primera vez al Consultorio 885 asegurados, entre los que 138 tenían lues o sea el 15,5% y 34 gonorrea, que corresponde al 3,8%.

En el Consultorio Maternal se practica a todas las embarazadas que se presentan, la Reacción Wasserman en la sangre, además de un examen completo y un análisia de orina; en 1934 se atennieron 122 aseguradas, pero de ellas, 40 sólo se presentaron en el momento del parto o después de él, de manera que no se le pudo hacer el examen completo acostumbrado; de las 82 restantes, 16 tenían lués o sea el 19,5% y 4 gonorrea aguda, o sea el 4,8%.

En el Consultorio de L'actantes se atendieron el año 1934, 163 niños entre los que 34 eran heredo-luéticos o sea el 20,8%; ellos presentaban estigmas de lues o bien la Reacción Wasserman había sido positiva en la madre.

Por otra parte, en el Hospital de esta ciudad se, atendieron el año último, 1498 enfermos, de los que 235 con lués y o sea el 15,6% y 51 con gonorrea aguda que corresponde al 3,4%.

De manera que con estos datos podemos deducir que el porcentaje de luéticos en esta cludad alcanza más o menos al 20% y el de gonococcicos agudos al 5%; los chancros blandos y adenitis inguinales desconocemos a cuantos alcanzan; pero podemos considerar que el porcentaje de enfermos venéreos es de 25% más o menos, lo que nos revela que el número de venéreos en este puerto, si calculamos su población en 20 mil habitantes, sería de 5.000 y en la Provincia con 200.000 serían 50.000, Sin embargo, como los porcentajes quu hemos tomado como base, corresponden a servicios donde acuden los enfermos, podemos rebajar estas cifras a 50% teniendo por lo tanto, 25.000 venéreos en la Provincia y 2.500 en este puerto.

Esta cifras enormes nos reveian toda la gravedad de este magno problema que debemos enfocar con toda conciencia y, como el más pesado fardo que gravita sobre los Servicios de Asistencia y Previsión Social; y siendo la amenaza más aterradora que se cierne sobre nuestra raza, es necesario preocuparse de él serlamente y abordar su solución con franqueza y sin tímideces, estudiando un plan que corresponda a las reales necesidades.

Jamás en nuestro país se había iniciado un estudio de esta naturaleza. Corresponde a la Caja de Seguro Obligatorio el galardón de preocuparse seriamente de él y de tratar de oponer un dique al torrente desvastador, una muralla gra-

parnos de este problema, de poner toda nuestra capacidad al servicio de esta causa, velando por que se realize una acción conjunta entre los distintos servicios, especialmente los de sifilis de la madre y del niño. Buscar la cooperación de la Dirección General de Sanidad en todo cuanto ella pueda sernos útil, luchar porque se hagan efectivos en nuestra legiación sanitaria disposiciones como el certificado médico pre-

nupcial y aún si es necesario ir más aliá, tratando de conseguir la inclusión de la sifilis como enfermedad de denuncio obligatorio. Propender a la vulgarización de las nociones de profilaxis anti-venèrea por medio de conferencias, folletos, etc. Formar comisiónes que estudien y propongan conclusiones y sólo así lograremos una organización disciplinada en una cruzada de tanta trascendencia. nítica y sólida que detenga el derrumbe aterrador de nuestra raza y de nuestras reservas vita-

De acuerdo con las publicaciones del Boletín Médica de la Caja de Seguro Obligatorio, hemos estudiado un plan de acción immediata en esta provincia, considerando no sólo a este puerto, sino que a toda ella, ya que este problema nacional a toda ella alcanza. Para la acción en las cabeceras de comunas y en el sector rural, propiciamos la transformación de los actuales Consultorios y Postas que existen en ellos, en verdaderos Centros de Medicha Rural que hagan una labor, no sólo curativa sino que esencialmente preventiva; respecto a ello hemos presentado un trabajo a la Administración General, trabajo que se publicará en el Boletín Médico de la Caja y en el que decimos lo sixulente:

"Revisando las estadísticas de mortalidad en el sector rural nos encontramos con casos numerosos de defunciones que revelan la falta de estos servicios preventivos; las defunciones en los partos por malas conformaciones, posiciones o por infecciones puerperales, las defunciones por enfermedades transmisibles debido al desconocimiento y a la ignorancia de las mas elementales normas de higiene y las defunciones de los niños en los primeros días de su vida alcanzam en el sector rural cifras que horrorizan", todes ellas perfectamente evitables.

"Y si estudiamos con detención la morbilidad podremos comprobar que el desarrollo de enfermedades prevenibles y evitables es considerable; los trastornos nutritivos y el raquitismo en los niños debido a la ignorancia de las madres en la alimentación y cuidado de ellos; las enfermedades venéreas con formas floridas que no observan en las ciudades; la sarna con su desarrollo aterrador; las enfermedades eruptivas que forman epidemias con una mortalidad muy superior a la de las ciudades: la tuberculosis que lentamente siega las vidas jóvenes de nuestros campos; todo ello nos demuestra que la labor médica en el sector rural debe orientase especialmente a la prevención y es necesario junto con studiar este delicado problema, organizar servicios preventivos, que al lado de los curativos ya establecidos y funcionando en armonía con ellos, formen verdaderos "Centros de MEDICINA RU-RAL"

"En la organización de ellos que deben formar un verdadera cadena extendida en todas las comunas y distritos de mayor población y enlazados intimamente con los Servicios Departamentales y Provinciales, de los que deben depender: deben actuar en íntimo consorcio la Sanidad, la Beneficencia, las Municipalidades y la Caia de Seguro Obligatorio la que ha dado ya le primer paso con eu magnifica organización rural.

"El personal de estos centros se comprondra de: un Médico bajo cuya dirección funcionará: este Médico será departamental o comunal en cuyo caso residirá en el pueblo asiento del centro; una Matrona, una Enfermera Sanitaria y un Practicante Auxillar Sanitario; la dotación debe comprender elementos de médicina curativa de urgencia y botiquín, debiendo tener hospitalización en aquelos puntos alejados de los centros

hospitalarios o en los sectores en que la movilización sea difícil."

Los medios de acción en la lucha anti-venérea podemos clasificarlos en: medidas indirectas y directas.

a) Medidas indirectas:

 Educación Sanitaria (individual y colectiva).

II.—Propaganda. — (Conferencias, radio, películas, volantes, folietos, affiches, etc.).
III.—Examen periódico de los asegurados, carnet de salud).

Se obligaría a todos los asegurados a acudir a los Consultorios donde se les examinaría con detención, practicándose un examen completo y 108 exámenes de laboratorio necesarios para determinar su estado de salud y poder adoptar las medidas que merezca su estado. El resultado 1º este examen se anotaría en un carnet de Salud, que sería visado cada seis meses o una vez pl Los patrones obligarían a sus €mpleados a proveerse de este carnet recibirían en sus establecimientos o industrias a ios que no lo poseveran; para los patrones esta medida significaria grandes ventajas, porque en esa forma evitarán que individuos que no estén en plena calud ingresen a sus servicios, con lo que obtendrán un mayor rendimiento y, por otra parte, evitarán infecciones, contagios, etc., al resto de sus empleados. Para el obrero también serà de gran utilidad porque se podrán adoptar medidas que lo mantengan en buenas condiciones de salud y se le evitaran el desarrollo de enfermedades que, sin diagnóstico a tiempo lo l'evarán a la invalidez prematura con todas sus graves consecuencias.

IV.—Control extricto de las mujeres que ejercen el comercio sexual.

V.-Mejoramiento de las habitaciones.- Constitución legal de las familias y del hogar.

VI.—Medidas de recreación. — Desarrollo de los deportes. — Estadios, plazas de juegos, etc.

b) Medidas directas.

I.—Tratamiento obligatorio. — a) del enfermo, de su esposa, de sus hijos. — b) Normas generales de tratamiento.

En el tratamiento de los venéreos hay una verdadera anarquía. — En muchos casos las dosis medicamentosas son reducidisimas e ineficacee; en otros, la duración del tratamiento alcanza límites increfibles; es necesario dar normas generales que podrán tener suvariación individual, ya que es imposible en está materia dar reglas fijas e iguales para todos; pero es indispensable a lo menos, normas generales que detruyan prejuicios y orienten la ácción por el camino verdadero.

El tratamiento debe ser:

1.0—En los casos recientes, intenso, de ataque. de duración mínima de un año.

2.0—En los casos latentes, de consolidación, menos enérgico; duración mínima, tres años.

Indicaciones generales que se seguirán al iniciarse el tratamiento:

- a) Examen e historia del enfermo:
- b) Examen dental.
- c) Examenes de laboratorio: análisis de ori-

# Notas sobre lucha anti-venérea

Dr. G. Cerda Lastra (1)

nérea tienen una característica es- co mayor o menor precisión su drá indicarle al enfermo cuand pecial que los diferencia de los de auto-diagnóstico. La práctica en- termina su tratamiento o cuand policifnica general, pues, mientras seña que la mejor manera de lle- entra en un período de descanso en estes tiene primordial impor- var ese control permanente es que cuando debe volver a tratars tancia la consulta del médico para el médico lleve personalmente la Desgraciadamente no existen hoja hacer el diagnóstico e instituir el estadística diaria de los enfermos de estadística diaria de los enfer tratamiento, en los servicios anti- en formularios especiales. Esto ie mos venéreos ni tampoco ficha venéreos lo más importante es el permitira al médico darse cuenta venéreas en las que pueda anotare curso miemo del tratamiento a que de la regularidad con que el en- el curso del tratamiento de esto se somete al enfermo ya que en fermo sigue sus indicaciones y el enfermos con todas sus alternati

Los servicios de policifnica ve- los enfermos le indican al médi- el tratamiento. Ast el médico po la inmensa mayoría de los casos momento preciso en que abandona vas durante los dos o tres años

na; indice ictérico, sangre, R. Wasserman, ultramicroscópico, etc.

d) En los casos latentes se practicará un examen de líquido céfalo-raquídeo al iniciar el tratamiento; en los casos de infección reciente al terminar el tratamiento de ataque,

II.-Hospitalización obligatoria de los conta-

Elementos necesarios para el desarrollo de esto plan de acción inmediata:

1.0-Intimo consorcio Sanidad, Beneficencia. Ley 4054 y Carabineros.

2.o-Dotación Consultorios, Centros Medicina Rural:

- a) Consultorio Puerto Montt, Servicio Venéreo.
- 1 Médico (existe)
- 2 Practicantes (uno para posta preventiva nocturna).
- 1 Enfermera.
- 1Enfermera Sanitaria o Visitadora Social.

#### Servicio Maternal y del Niño.

- 1 Médico.
- 1 Matrona (existe).
- 1 Enfermera (existe).
- 1 Visitadora Social (existe).

#### Laboratorio.

- 1 Midico.
- 1 Ayudante laboratorista.

#### Servicio Dental.

- 1 Dentista (existe);
- b) Consultorios Puerto Varas, Ancud, Castro.

#### Para cada servicio:

- 1 Médico (existe).
- 1 Dentista (existe 1, faltan 2).
- 1 Practicante (existen los 3).
- 1 Matrona Enfermera (existe 1, faltan 2).

- 1 Enfermera Sanitaria (Visitadora Social),
- c) Centros Medicina Rural (Consultorios), Achao, Maullin, Calbuco, Chonchi, Quellin.

#### Para cada Servicio:

- 1 Médico (existe).
- 1 Practicante (existe 1, faltan 4).
- 1 Matrona Enfermera (existen 4, falta 1).
- 1 Enfermera Sanitaria (Visitadora Social).
- d) Centros Medicina Rural (Postas), Fresia, Frutillar, Quemchi, Huar, Cochamó, Chacao, Tenann, Dalcahué, Quellen,

#### Para cada Servicio:

- 1 Matrona Enfermera (existen 2, faltan 7).
- 1 Enfermera Sanitaria (Visitadora Social).
- 1 Practicante (existen 6, faltan 3).
- e) Presupuesto Mensua. Personal necesario y sueldos.

2	Médicos a \$	5.00	\$ 1.000
2	Dentistas a	400	800
18	Enfermeras Sanita-		
	rias a	400	7.200
11	Matronas Enferme-		
	ras a	250	2.750
9	Practicantes a	250	2.250
1	Ayudante Laboratoris-		
	ta a	250	250
	Medicamentos, Propa-		
	ganda, Movilización		
	Visitadoras Sociales		5.750 -
		-	
	MOMAY		

Este Presupuesto comprende la transformación de los Consultorios y Postas en Centros de Medicina Rural, los que desempeñarán, no sôlo labor anti-venerea, sino que de Medicina preventiva general.

Como se deberá hacer la atención general de la población, deberá contribuir Sanidad y Beneficencia a este Presupuesto con el porcentaje que le coresponda a cada uno de estos dos Servicios.

tica diaria que pronto entregaremos al Médico Jefe del Consultorio se en positivas ventajas. con la esperanza de poder adapta:los a mi servicio para hacer ei tratamiento en la forma más eficlente.

Las estadísticas mensuales de los policifnicos venéreos demuestran que un pequeño porcentaje de los enfermos concurren a ellos hasta que, obtenida la mejoría completa de la enfermedad, son dados de alta por el médico; la mayorin abandonan su tratamiento contentándose, en la mayorfa de los casos, con concurrir ai servicio sólo hasta el momento en que desaparecen las manifestaciones groseras y dolorosas de la enfermedad. Es indispensable contar con los servicios de la Visitadora Social que se encarga de ir a los domicillos de los enfermos haciéndoles ver las funestas consecuencias que tiene la interrupción de los tratamientos antivenéreos y la necesidad que hay de que concurran con regularidad al polic'inico. Se considera que la persuasión amable, el consejo cálido y fraternal rinde siempre aquí frutos de provecho. Las medidas compulsivas y las sanciones deben quedar como extremos recursos.

Los enfermos venéreos deben concurrir durante varias semanas consecutivas al policlinico рага seguir sus tratamientos, es por esto que permanentemente el número de atenciones de estos servicios es muy aito y siendo muy reducido el personal resulta en muchos casos la atención de los enfermos deficiente. Hemos estudiado la manera de reemplazar algunos procedimientos rutinarios que el practicante y que en ciertas fa- generalmente ses de la enfermedad no tienen canos y por los japoneses que tie- te a las mujeres de los asegurados

nuestros servicios podría traducir-

aprenda en el policlínico a aplienseñanza de estos sistemas curativos. Dentro de nuestro servicio hemos procurado dar la mayor importancia a la labor educativa individual por considerarla la mejor manera de hacer labor profiláctica efectiva. Es de capital importancia instruir al paciente en forma clara y precisa dándole a conocer las precauciones higiénicas que concurren al mejor éxito del tratamiento y las medidas tendientes a prevenir contagios, Punto de especial insistencia es el que trata de convencer v persuadir, desde el primer momento, al paciente de que es indispensable que siga tratamiento más alla del período que termina en la desaparición de los síntomas aparentes de la enfermedad. Es necesario sin embargo hacer una intensa campaña de profilaxis colectiva tratando de educar a los asegurados por medio de folletos, afiches, películas, conferencias dadas por los médicos.

A la Visitadora Social que colabora en el policifnico venéreo está reservada también una labor de mucho más trascendencia, deberå llegar hasta el hogar del enfermo con el objeto de averiguar si la familia de éste está o no contaminada. Si estos servicios antien la actualidad son aplicados por venéreos se limitan a tratar como ocurre, el marido enfermo de una sífilis y no se tragran eficacia, por otros sistemas tan ni la mujer ni los hijos seguque se podría aplicar el mismo en- ramente enfermos, la labor será infermo con los que se obtendría una completa y desde el punto de visconomía de tiempo y de dinero y ta médico social será deficiente más exito terapéutico. Sería pro- Para salvar estos inconvenientes vechoso que se estudiaran los sis- hemos conseguido que el Dispensatemas implantados por los ameri- rio antivenéreo de la Sanidad tra-

más en que el enfermo debe tra- nen por objeto simplificar la aten- enfermos y que los hijos se traten tarse. Tenemos un bosquejo de fi- ción de los enfermos y ahorra en el consultorio de pre-escolares cha venérea y de hojas de estadis- tiempo y dinero. Su adaptación a y escolares de la Sanidad. Hemos conseguido también en la forma más satisfactoria que puede pedir-El hecho de que el enfermo se que la Beneficencia de hospitalización a todos los enfermos venécarse algunos tratamientos como teos contagiosos de ambos sexos. son las instilaciones uretrales tic- Estas medidas desde el punto de ne una gran importancia porque vista profiláctico tienen una enorpueden usarlos posteriormente co- me importancia, porque la labor mo métodos profilácticos. La labor del policifnico no debe comprende profilaxis individual que el po- der sólo al individuo enfermo sino liclínico debe hacer en cada caso que debe llegar hasta el hogar entiene que ser completada con la fermo y esta sería la única manera de que algún día se pudiera en forma efectiva contrarrestar avance cada día mayor de las enfermedades venéreas con su triste cortejo de calamidades individuales y colectivas. La labor de estos servicios es deficiente porque no corresponde a la realidad misdico-social. Mientras se consigue la implantación del seguro familiar se debe buscar la cooperación amplia de otras entidades de acción social. No rechazar ningún apoyo, buscarlos y asociarlos hacia el fin común esa debe ser la tendencia más interesante de la acción social, organizada.

El señor Administrador tiene plena razón cuando dice que es por medio de los servicios antivenéreos que el Servicio Medico del Seguro Obrero puede hacer una obra efectiva de bien colectivo; pero para que esta lucha rinda sus preciosos frutos debe ser necesariamente sostenida con cuantiosos desembolsos. El apoyo financiero debe ser generoso porque si se escudriña a fondo la raigambre del problema se verá que, a la larga, los gastos al rendir sus frutos de salud pública producirán una compensación presupuestaria siempre favorable.

La doctrina de que más vale prevenir que curar encuentra su más amplia justificación en la lucha antivenérea. En el tratamiento profiláctico se basa la única esperanza hasta este momento solidamente fundamentada que podemos zientar para contrarrestar el avanco de las enfermedades sexuales.

<sup>(1)</sup> Puerto Montt.

# Normalicemos el tratamiento anti-sifilítico (1)

El Dr. J. Vizcarra, Médico Director Provincial de Aconcagua, dice:

La sifilis representa en el campo de los Seguros Sociales la "causa de las causas" de invalidez
y en consecuencia a ella debe dedicarle la medicina curativa el máximum de su atención. La
escucia del Seguro es mantener al hombre apro
para el trabajo y es la sifiliz su gran enemigo
por ser su principal productora de incapacidades,
que pueden avaluarse en grados diversos desde
la simple abulia o falta de descos de trabajar en
el neurasténico, hasta el invalidado absolutamente, como el aneurismático, el tabético y otros.

Por otra parte tenemos que reconocer la gran extensión que ha tomado entre nosotros la morbilidad venérea, como consecuencia del ambiente social, de la insuficiente educación y de tantas otras causas. La práctica estadística que hemos adquirido en el Consultorio de Asegurados, nos hace suponer que no menos de 100,000 a 150,000 individuos en el Seguro Social tienen una sifilis, dándonos estas cifras la magnitud del problema a resolver, pudiéndose hablar en este caso de una "morbilidad masiva" que necesita ser encarada con el mismo criterio con que se resuelven las grandes intervenciones médico-curativas de una epidemia, de una guerra o de un cataclismo. En estos casos ya no es posible la acción de la medicina preventiva, pues, en todos ellos se trata sólo de aplicar una terapéutica de masas, conforme a los principios de la medicina colectiva, cuya terapia es esquemática, pero suficientemente amplia como para permitir un proceder individual.

Esta es la razón que se ha tenido para patrocinar la esquematización de la terapéntica antivenérea, sin que esto represente la esclavización del criterio clínico curativo, sino más bien, una pauta que permita hacer modificaciones sin que per ello altere profundamente el plan general.

Por lo demás, estimamos que la diversidad de esquemas que se proponen, dan margen a efectuar la elección de uno de ellos, el que pueda dar garantías suficientes de éxito. No se patrocira, pues, un solo gran esquema o método, son vorias las soluciones que se dan conformes al proceder de experimentados clínicos.

Conocemos, también, las opiniones de otros autores que creen ver en el tratamiento de la sifilis a delicadas combinaciones arsenicales, mercuriales o bismúticas, con dosis cuidadosamente determinadas e inyectadas en períodos delicadamente establecidos. Quienes así opinan tienen a su favor el mérito de una rigurosa especialización. Pero, en nuestro caso cuando todos o casi todos los médicos del país debemos dedicarnos al tratamiento antivenéreo, ¿cuántos seremos los capacitados para adquirir los conocimientos que uos autorizan para ejecutar estas verdaderas filigrapas terapéuticas? En cambio, cuántas veces hemos comprobado tratamientos hechos sin ninguna ordenación. A poner orden en este aspecto del problema es a lo que se dirigen los esquemas que publicamos. Ellos serán la base, las directivas generales y siempre serán los médicos los capacitados para desviar sus determinaciones en uno u otro sestido.

A mayor abundamiento creemos que el médico no debe desestimar totalmente la personalidad del enfermo, con mayor razón en estos casos de muchos años de tratamiento. No es lo mismo decirle a un paciente que debe medicinar o vigilar su sifilis durante toda la vida, a presentarle un programa terapéutico que da una clara visión de conjunto, con normas serológicas, perfodos de tratamiento, reposo y otras precauciones. ¿Cuántos sifiliticos abandonan su tratamiento por ignorancia, por un mal consejo? No podrá negarse el valor educativo de estos cuadros que encierran una ordenada disciplina curativa.

Creemos, por último, que el tratamiento esquematizado y aplicado desde el comienzo de una sífilis y posteriormente fracasado en su acción, aerá más fácilmente modificable que otro que se ha efectuado sin ningún principio. Las dosis, los períodos de reposo, la tolerancia, la curva serológica y los medicamentos usados, resultarán valorados con toda exactitud, pudiéndose, entonces, efectuar modificaciones exactas y beneficiosas.

El Dr. J. García Tello, Director del Consultorio Viña del Mar, dice:

Podríamos establecer como un axioma que la patología social requiere un diagnóstico social y un tratamiento social.

Uno de los grades errores terapéuticos de la época presente es reconocer los males como colectivos, más aún como sociales y pretender líneas diagnósticas individuales y como normativo indicaciones terapéuticas personales.

Esto no lo han querido comprender un sinnúmero de colegas aferrados a su medicina individualista.

Aún más, es preciso consignar aquí, que los especialisimos casos clínicos que tanto interesan a la ciencia y a la investigación, no tienen en la medicina social sino un muy relativo valor, a la inversa, son loe casos comunes, es la patología coriente, la que tiene toda la alta trascendencia.

No son los casos agravados, próximos e la incurabilidad, los que más interesan e la terapéutica social, son los casos incipientes, son los casos donde existe aún una buena dósis de reserva vital, hacia donde deben dirigirse todos los foegos

Y en el devenir de los acontecimientos, estos casos son los más.

¿Qué sucede con la actual patalogía, diagnôstico y tratamiento de la sífilis?

¿Es conocido por ventura con alguna exacti-

(1) Véase el cuadro al final del número.

tud el número de sifilíticos que tiene el país? ¿Es conocido el porcentaje de los varios tipos que existen de la enfermedad? ¿Es conocido la variación de la violencia de ella? ¿Es conocido siguiera el número de muertos por ella?

Si la sífilis es una enfermedad social, ¿cómo es posible que no conoxeamos la cantidad, manera, grado y porcentaje de formas de cómo la sífilis actúa sobre la sociedad?

Si la sifilis es enfermedad social esto es primordial.

Se nos dirá que hay que examinar a los hombres uno por uno y que esto es atención individual.

Aftemar tal cosa sería como afirmar, que por tener que lustrar y terminar cada automó-vil de uno por uno se trata de una producción individual. Blen sabemos que esto no es así y qua lo que caracteriza la producción en serie, es el trabajo continuado, especializado y sistematizado. El argumento pues, es banal y no resiste la crittca.

Pero, ¿y la terapéutica?

Una terapéutica social efective descrimente podría ser hecha desde instituciones que borden sólo a porciones fragmentarias de la sociedad, porque la porción no tratada servirá para infectar a la curada v de reservorio para la propagación del virus. Pero es nuestro deber en las grandes instituciones médico sociales del país, abordar los problemas terapeuticos sobre bases y pautas que no deben ser cambiadas por la próxima evolución social y orientadas hacia una finalidad útil.

La tipificación diagnóstica con la standarización y sistematización terapéutica deben venir.

La lucha de los clásicos sobre la base de aquella tan manoseada frase "de que no hay enfermedad sino enfermos" para los médicos que hayan roto el cascarón de su yo, no tiene ningún valor.

De ellos mismos ha partido la búsqueda de los severos y vacunas, de los tratamientos específicas oca y de las específicas reacciones humorales diagnósticas; de ellos mismos ha partido la descripción de la enfermedad, orientaciones todas que demuestran en forma precisa y clara, que hay una entidad perfectamente definida contra la cesal luchar.

Sabemos que existen indicaciones especiales de tratamiento en casos determinados, pero es inexacto que cada enfermo de sífilis reciba su tratamiento singular y personal dentro de la medicina individual, como es inexacto que cada enfermo con lesiones catarrales reciba su particular y personal dosificación de benzoato o otro espectorante. Todos sabemos que tal afirmación constituye una parte de la mistica médica, y que el 80 por ciento de tales enfermos reciben proporciones sensiblemente iguales de dicho medicamento.

Más aún, una serie de tratamientos Iguales, son aplicades dentro de la medicina individual a enfermos que no son idénticos en su morfo y psicopatología. — tal acontece con la frenicectomia, el pneumotorax, etc. — Basta-para ello que el enfermo encuadre dentro de ciertas lineas, dentro de ciertas pautas, que pretendidas

nisteriosas en manos de unos cuantos predestinados, nos parece colocar el problema, en una posición antagónica, pero exactamente igual a la que se asigna al médico omnisciente;

La realidad por otra parte habla bien claro, y han sido los grandes especialistas, los que han visto la necesidad de establecer cuadros de tratamiento, uiversalmente aceptados, por ejemplo en pediatria.

Cierto es que no ha sucedido lo mismo en el tratamiento de la sifilis en adultos, pero si nosetros hicléramos una crítica paneránica del tratamiento de la sifilis en nuestro país, pronto observariamos dos hechos bien claros: Por una
parte la similidad que raya en igualdad en grau
número de tratamientos, y por otro la anarquía,
discontinuidad, e ineficacia de los mismos, tanto por cantidad como por calidad.

Esta anarquia terapéutica, que ojalá fuera medicina individual, tiene un triple origen: en los fundamentos científicos, en la realización y en el enfermo mismo.

Los esquemas y pautas generales de tratamientos no han sido universalizados y mucho menos realizados como mecanismo general de tratamiento, lo que no obsta para que cada servicio siga las indicaciones, normativos, que caprichosamente da cada maestro y decimos caprichosamente porque no podemos suponer que todos tengan la razón en su personal pauta.

Nada sería esta anarquía en pensamiento, si siquiera en la realización, la terapéutica correspondiera a alguna ordenación. Pero la verdade sea dicha de paso, no es sólo que cada organización indique su línea general de tratamiento sino que cada equipo indica el suyo, y más que eso, cada médico indica su personal tratamiento, tratamiento que es modificado prontamente por la siguiente organización, equipo o médico a que pasa el enfermo.

Pero si esto fuera todo, sería poco, pues el tratamiento modificado no sigue los normativos personales de cada organización; equipo o técnico, sino según los exiguos y miserables medios económicos con que ellos cuenten, para trataren último término al paciente, según el stock disponible de un miserable botiquin o de un deparaperizado bolsillo de cliente.

Pero aún hay más, porque la determinante del tratamiento, también está regida por la voluntad del enfermo, que si se trata de un hombre ignorante o torpe hará fracasar las mejores y más completas pautas de tratamiento, razón por la cual exponía en uno de mis libros, la uecesidad de la dictadura túcnica en los problemás de la salud de las masas humanas.

No nos parece discutible pues, la necesidad de una standarización terapéutica, tanto desde el punto de vista científico como económico, como legal que orientando la medicina en un aspecto formal colectivo, nos dé la progresión de la enfermedad en la sociedad, contabilizando sus enfermos, y nos dé la progresión y los resultados del tratamiento, avaluando los kilos inyectados de bismuto, cianuro o Neo.

Sólo así, conociendo cada día la progresión de regresión del mal en el cuerpo social, conociendo la calidad e intensidad del tratamiento de este euerpo social. y realizándolo intensamente, llegaremos a obtener el saneamiento o sea la falud social, aproximación al máximum biolósico de la humanidad.

#### El Dr. A. Olivares, Médico Director Provincial de Santiago, dice:

A pesar que el suscrito () se reconoce ninguna competencia en este problema, me permito exponer también mi opinión a este respecto. Y considerando la cuestión sólo desde el-punto de vista de la medicina general.

Ha sido siempre una aspiración de la Medicina el llegar a encerrar dentro de pocas líneas los tratamientos de las enfermedades más frecuentes, dándoles una fórmula constante aplicable a los distintos pacientes. Así, por ejemplo: con la terapéutica de las enfermedades cardíacas en que se pretendió "standardizar" el uso de la digital y de la ouabaina. Nosotros iniciamos nuestros estudios médicos bajo la impresión que a cada forma de insuficiencia cardíaca corresrondía un tratamiento determinado y fijo. La practica y la experiencia diaria nos han ensefiado después nociones totalmente diversas y hoy día a ningún médico se le ocurriria dictar reglas fijas para tratar un cardíaco porque todos sabemos que cada enfermo es un caso distinto, desde el dobie punto de vista de la patología y de la terapéutica. Igual cosa podría decir de las enfermedades renales. Estamos hoy día muy lejos de los esquemas simples de Achard y Castalgne que pretendían aplicar a cada modalidad de las netropatías un tratamiento especial y determinado. Los esquemas terapéuticos tuvieron que fracasar porque en medicina no debemos olvidar que no existen enfermedades sino que erfermos y que cada ser reacciona de un modo diverso ante un mismo agente patógeno o terapéutico. Pretender hacer revivir esta práctica sería ir contra la realidad de los hechos de observación diaria y retrotraer las cosas a la época en que era frecuente el tratamiento de las enfermedades por correspondencia o por la tercera página de los periódicos. En consecuencia, estimo que desde el punto de vista de la medicina la "normalización" propuesta por los médicos de Aconcagua, debe ser rechazada.

Si como médicos debemos rechazar la insinuación comentada, cabria preguntarse si como funcionarios de la Ley 4054 podríamos aceptaria, o en otros términos, si los esquemas propuegtos significan algún beneficio para la Caja o sus imponentes. Para ello sería necesario estudiar la forma en que se efectuan los tratamientos específicos, sus resultados, y las causas de sus fracasos. Así nos convenceríamos de que no es la diversidad de tratamientos (hecho que no existe en Santiago) lo que hace que la lucha antisifilitica no progrese, ni que se presentan tantas complicaciones tardias de la lúes. Mucho más útil- que hacer esquemas es organizar el tratamiento específico en cada Consultorio. centralizándolo en manos de especialistas competentes, creando un servicio social que se encargue junto con el médico del control del subido porcentaje de asegurados que por razones variadas lo interrumpen, con graves consecuencias para su porvenir y por último sancionando, dentro de los límiteo de nuestra Ley, al asegurado reacio a seguir las prescripciones dictadas para su bien. Estas tres medidas que muy pronto pondremos en práctica en los Consultorios de Santiago, serán de mucho más provechoque cualquier esquema, aunque él venga patrocinado por Ravant, Millian, Sézary, etc.

#### El Dr. F. Prats, Sifilólogo del Cons. U. Americana, dice:

El proyecto adjunto "Normalicemos el tratamiento antistilitico" envuelve prácticamente su ciandardización; esta apreciación aparece reforzada por la lectura de la nota que lo acompaña.

Este medio de cooperar a la solución del probema terapéutico en cuestión, fu<sup>5</sup> tratado por c! infrascrito en su trabajo "La Sifilis en el Seguro Obrero", cuyas conclusiones aprobó el Congreso celebrado en Santiago, en Octubre de 1935. Dicho trabajo hace mención a los inconvenientes de la "standardización" y llega a la conclusión de que no puede ser aceptada.

Como el espíritu que ha guiado la laudable iniciativa de los colegas de Aconcagua es, ciertamente, contribuir a suprimir la deficiencia de la atención del sifilitico, aunque no estemos de acuerdo con ellos en la manera de proceder, creemos oportuno recordar en esta ocasión las causas que han determinado esa deficiencia y que ya puntualizamos en el trabajo mencionado.

Ellas son, especialmente:

 1.0 La incomprención de la importancia real que significan los servicios de la especialidad.
 2.0 La colaboración incompleta en que ellos

han debido desarrollar su actividad.

3.0 La falta de una estadística bien organiza-

da.

4.0 La imposibilidad de controlar los enfermos fuera del policifnico.

5.0 La falta de métodos profilácticos.

El primer punto se encuentra parcialmente resuelto en lo que respecta a la dotación de especialistas; pero la expedición de todos ellos no satisface completamente las exigencias necesarias: así, hay colegas que no practican personalmente sus exámenes ultramicroscópicos y envían sus enfermos al laboratorio; esto trae pon consecuencia una pérdida de tiempo, a veces considerable, impidiendo en algunos casos actuar con tratamientos abortivos, lo que significa para el enfermo algunos años más de tratamiento.

Tampoco está solucionado por lo que hace al personal de practicantes, ni en lo que se refiere a locales apropiados.

El 2.o punto está aún lejos de resolveres: a pesar de las iniciativas del Sr. Médico Provincial, muchos colegas de medicina general o de otras especialidades, continúan prescribiendo tratamientos insuficientes, ya a dosts tímidas, innecesariamente repetidas o exageradamente es-

paciadas. Tampoco envían los enfermos especíileos al servicio de Piet y Sifilis, donde debenter examinados y controlados, am perjuicio de que continuen también bajo la atención del cologa que practico el primer examen.

Para resolver el tercer punto, estoy en conocimiento de que se ha impiantado ya un sistema especial es ouros policilinicos y creo que su pronta realización en Unión Americana dará ex-

celentes frutos.

El cuarto punto quedará seguramente solucionado una vez organizada la estadística, que podrá proporcionar datos precisos, para que la Visitadora Social con que debe contar la especiandad, lleve a feliz término su tarea de cooperación.

El quinto punto se encuentra aun en pañales y dada su importancia capital, es de esperar que la iniciativa del Sr. Médico Provincial logre dar-

le impulsos definitivos.

Esbozado a grandes rasgos el problema del tratamiento del sifilitico, a que se refiere la iniciativa de los colegas de Aconcagua, ae comprende que un sistema terapéutico determinado no tiene la menor importancia. Con su adopción so daría carácter oficial a una rutina que se trata de evitar; se acentuaria la tendencia del enfermo a no consultar por largos períodos de tiempo, entregándose exclusivamente en manos de practicantes, etc., sería, en suma, una solución ilusoria.

Y, para terminar, los servicios del Seguro, contrarse capacitado para prescribir en cada caso el tratamiento más adecuado y es este personal quien debe tener bajo su responsabilidad el control de los tratamientos específicos.

#### Fl Dr. González Chacón, Sifilólogo del Cons. S. Dumont

Pretender curar la stfilis por médio de tratamientos standard haciendo abstracelos absoluta de los múltiplés problemas clínicos y serológicos que están aún por resolver, és a mi parecer una empresa que hay que aceptar con reservas.

Empezara analizando comeramente los esquamas propuestos y en seguida esbozara un proyecto de tratamiento, susceptible de variaciones para adoptarlos a los distintos enfermos, fundandome en la observación y trabajo de 12 años en la Clínica Universitaria y en el Hospital San Luis.

#### Período de ataque.

Esquema de Ravaut.—Preconiza el tratamiento mixto usual, llega a dosis de Salvarsan de 0,90 gra-, dosis que pocos enfermos toleran, Aljando esta objeción, las directivas generales indicadas en este esquema, son a mi juiclo convenientes.

Esquema de Milian.—Prescinde del tratamiento mixto simultáneo, lo cual es una poderosa objeción en su contra. Aconseja además los Mercuriales insolubles como tratamiento de ataque, preparados que han perdido su importancia en este periodo del tratamiento. En cuanto a los aracnobenzoles llega a dosis 1.15 gra, con los peligros consiguientes respecto a la tolerancia.

Esquema de Gougerot,—Llega también a desia de Salvarsán de 0.90 grs. Durante el tratamiento de ataque prescinde en parte del trata-

miento-mixto.

Esquema de Vernes.—Prescinde del tratamiento mixto y se limita a inyectar Mercurio. Bismuto y Arsénico aislados y sin descanso, lo que es un inconveniente respecto a la eliminación de los medicamentos.

Esquema de Sézary.—Merecen objeción las desis altas de Salvarsán, unicamente.

#### Periodo de consolidación,

Esquema de Rayant.—Insiste es las altar dosis de arsénico.

Esquema de Milan.—A mi julcio el fratamiento por vía bucal, de yoduro de potasio, arsenico y mercurio, es insuficiente.

Esquema de Gougerot.— Aconseja continuar con Bismuto y Mercurio, sin especificar si son preparados so ubles o insolubles.

Esquema de Vernes,—Igual objection que en el período de ataque.

Esquema de Sézary.— En cuanto al Bismuto está en lo conveniente. En seguida aconseja preparados arsenicales de patente comercial, cuya eficacia no está plenamente comprobada.

Me permito insinuar un bosquejo de tratamiento específico adaptado a nuestro medio y a nuestros recursos y a lo que ha sido posible observur respecto a la tolerancia a los salvarsanes.

#### Período de ataque.

Enfermos en período primario serológico o preserológico o secundario.

1.a cura.—Hidróxido de Bismuto al 10 %. Una inyección de 0.20 grs. cada tres días. 15 en total, combinando con Neosalvarsán o Neoársolán en dosis de 0.15, 0.30. 0.45, cada tres días. 10 dosis de 0.60 grs. una por semana. Descanso 30 s días y control serológico.

2.a cura.—Igual a la anterior, descanso de 30 días, control serológico.

3.a cura.—Igual a la primera, 30 días de descanso, control serológico.

#### Período de consolidación.-2.o año.

1.a cura.—Hidróxido de Bismuto, 20 inyecciones de 0.20 gra. cada tres días. Descanso 60 días. Control serológico previa reactivación con Cianuro de Mercurlo o Arsénico.

2.a cura.—Hidróxido de Elsmuto, 20 invecciónes de 0.20 grs. cada tres días. Descarso 60 días. Control serológico previa reactivación con Cianuro de Hg. o Arsénico. Neosalvarsán 0.15-0.30-0.45, cada tres días, 10 dosis de 0.60 grs. una por semena.

# El primer plan trienal de lucha anti-venérea en la zona salitrera

ANTEPROYECTO DE LA SECCION MEDICA (1)

OPINAN:

EL Dr. WALDEMAR COUTS Jete Técnico del Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad;

En Medicina Social todo plan de lucha supone un conocimiento tan profundo como sea posible:

- a) De los principlos técnicos en que descansará la lucha para obtener el más alto grado de rendimiento preventivo y curativo;
- b) Del medio circundante en que se verificará la lucha;
- c) De los objetivos o finalidades concretos a obtener en un plazo determinado, y
- d) De los recursos econômicos necesarios para el financiamiento de los presupuestos.
- (1) Véase el Primer Número extraordinario dedicado a la L. Antivenérea; N.o 11 Abril 1935.

Nos parece que el Plan Trienal, calvo cuestiones de mero detalle, satisface plenamente les premisas anteriores.

En general, pues, no podemos menos de felicitar a la Sección Técnico-Médica de a Cuja de Seguro Obligatorio, que, con una certera comprensión de la responsabilidad que pesa sobre ella en la salvaguardia de la vida de la masa asegurada y del futuro financiero de la institución, se aparta de los viejos moides de la medicina curativa y se encamina de lleno hacia la medicina preventiva, único medio de disminuir, en plazo prudencial, la morbilidad y mórtalidad y el costo de las atenciones propórcionadas a sus dependientes.

Sin embargo, creemos de interés hacer algunas breves consideraciones sobre las premisas establecidas en relación con el Plan Trienal.

#### Tercer año.

Mercuriales insolubles, Aceste gris, salicilato de Mercurio al 10 %; 10 inyecciones, una cada ocho días.

Descanso 90 días, control serológico, previa reactivación.

En los intervalos, Yoduro de Potasio por vía bucal.

Dos series iguales en el año.

Se parte de la base en que las reacciones serológicas sean negativas con el tratamiento.

En caso de exámenes serológicos positivos debe insistirse en el tratamiento de ataque como en el primer año.

En caso de reacción positiva permanente deberá hacerse proteino-terapia o piretoterapia, o bien estudiar a los enfermos desde el punto de vista de la leucocito-reacción.

En cuanto al control de la punción lumbar, considero que es un examen peligroso para que llegue a generalizarse.

Para terminar, los enfermos de sifilis deberán observarse periódicamente y tratarlos en forma discreta toda la vida, mientras no se descubra el agente terapéutico y los medios clínicos y aerológicos que permitan asegurarle que su afección no ha de darle alguna sorpresa con el transcurso de los años.

El Dr. M. Castellón G., Sifilólogo del Cons. S. Francisco

De manos del Dr. Prats obra en mi poder un plano-esquema de Racionalización del tratamiento antisifilitico confeccionado por la Dirección Médica de Aconcagua y trasmitido a la Dirección del Seguro. El Dr. Prats me manifestó el deseo de conocer mi opinión al respecto.

Respondiendo lo más rápidamente posible a ceta indicación me permito informar de que el plano antedicho carece en absoluto de criterio clínico, teniendo relieve de desconocimiento completo de la importancia que tiene el tratamiento antisifititico en los variadismos casos que se nos precentan a diario en la consulta del Seguro. En efecto, la standardización de los tratamientos específicos es imposible debido a que hay que tener presente la modalidad de la Sífilis, la oportunidad o atraso de la consulta y el terreno orgánico en que se desarrolla.

Los esquemas de Milian. Gougerot, Vernes, etc., etc., han sido confeccionados por estos autores para señalar una pauta en el tratamiento específico que las múltiples modalidades clínicas desarticulan completamente. El análisis detallado de cada uno de estos cuadros deja a su vez en claro una serie de fallas.

La conclusión del estudio del esquema enviado, por los médicos de la provincia de Acôncagua pone también en relieve algunos creorés que
atañen al concepto de la curabilidad de la sifilis, Por ejemplo, la conservación invariable de
las reacciones serológicas negativas como uno
de los puntos para manifestar curabilidad de la
sifilis, no es constante y así tenemos algunos
casos raros por demás, que después de un minucioso tratamiento específico durante custro años,
sin recidivas clínicas durante este periodo, pueden mantener el Wassermann permanentemente
positivo sin que ello nos impida, aseverar la curactión clínica de los enfermos.

Con este plano-esquema los médicos de Aconcagua han tratado de colaborar con un aporte que deberemos agradecer, pero que no podemos aceptar.

### A.—Los principlos técnicos de la lucha antivenérea

No tenemos para qué referirnos a los principios técnicos de la lucha directa o curativa, bien conocidos de todo especialista en enfermedades venéreas, sino a los de la lucha indirecta y recalcar algunos de los señalados en el Jun Trienal, especialmente el de la EDUCACION SANITARIA DE LA MASA.

En este sentido, es evidente que la finalida i primordial que se trata de obtener es incuicar en la mentalidad colectiva los elementos indispensables para una comprensión clara del prob.ema venéreo y de sus soluciones. De ahí que el centro de gravedad de toda propaganda santtaria se desplace hacia la niñez y la juventud, proporcionando enseñanza apropiada a estas etapas de la vida. El hombre maduro, saturado de todos los prejuicios corrientes en el medio en que desenvuelve sus actividades imbuído de una encrme cantidad de ideas falsas respecto a los problemas sexuales y venéreos y con un breve porvenir vital por delante, no es elemento de gran interés para la propaganda sanitaria. Con él no se puede hacer otra cosa que curarlo en ci menor tiempo posible.

El hombre nuevo, en cambio, en las etapas pre-juvenil y juvenil, que no ha realizado aún el aprendizaje práctico de la vida, que siente en su sangre el ardor inquietante de lo desconocido, con un cerebro dócil y maravillosamente abierto a la comprensión, debe ser el objeto específico de la propaganda sanitaria educativa, tenaz y sistemática. Debe perseguirsele en todas partes, sin que se dé cuenta que es perseguido: en la escuela, en el liceo, en el talier, en la ca lie, en la cancha de football, en el teatro, utilizando todos los medios que la técnica moderna proporciona: el libro, el folleto, el affiche, el vo ante, la leyenda oportuna y discreta, la película, la radio, etc. Esa es la técnica de la pro-«paganda comercial en la introducción de un art.culo cualquiera en el mercado de consumo. Es también la técnica de la propaganda sanitaria, que tiene el más precioso artículo que introducir: el conocimiento de las normas que permiten el desarrollo de una vida poderosa y li-

En el Plan Trienal, la cuantía de los fondos destinalos a la lucha indirecta, está indicado que es ésta la envergadura que quiere dársele a la propaganda sanitaria.

La Dirección de Sanidad está realizando esta labor con lós escasos medios de que dispone. Es por esó que hasta ahora no ha podido utilizar otras armas de propaganda que la conferencia, el affiche, el folleto, a veces la radio y la organización de semanas de divulgación colectiva. Pero es indiscutible que la película corta o la película temada de largo metraje, lo mismo que las colecciones de diapositivos, debieran ser utilizados al máximum.

Para una mayor eficacia de la propaganda sanitaria, en caso de que la Caja de Seguro Obligatorio lleve a la práctica su plan, se impone una colaboración estrecha entre ambas entidades, colaboración que debe efectuarse en todos los aspectos de la lucha, en la prestación de locales y medios de propaganda, en la organización de los servicios y de le estadística, etc., pero sobre todo en el aspecto legal y en la preparación del personal especializado es donde la Dirección de Sanidad puede aportar la ya larga experiencia adquirida en sus servicios.

ela adquirida en sus servicios.

No tenemos necesidad de insistir en la importancia y en la necesidad de esta colaboración en el aspecto médico-social legal, ya que, como se sabe, los funcionarios de sanidad son los depositarios de la autoridad del Estado en estas materias.

Pero vale la pena insistir en la colaboración que nuestro servicio podría prestar en la preparación del personal.

Es un error creer que basta ser especialista en enfermedades venéreas, con cierto número de años de elercicio profesional para estar en condiciones de dirigir inteligentemente una campana antivenérea o tan sólo un policiónico cualquiera. Se requiere para esto una multitud de conocimientos muy diversos de los relacionados con la patogenia y la terapéutica individual de las enfermedades contra las cuales se entable la lucha y que son del exclusivo dominio de la medicina social. Es indispensable entrar en contacto con los fenómenos de la vida del grupo humano, condiciones económicas generales de la vivienda, de la alimentación, de la organización de la familia, del trabajo, de los salarios, etc.; legislación social, técnica de la propaganda, etc., etc.

Este personal no existe en Cuile en número suficiente y tampoco puede improvisarse de un día para otro. Es por esto que nuestro servicir obliga al médico dei policilínico, después de una práctica prudencial de dos a cuatro años, a pasar sucesivamente por las demás secciones del Departamento (estadística, laboratorios, control administrativo, etc.), donde logra, después de agún tiempo, una visión giobal del problema. Así podemos estar seguros de que cuando necesitemos un hombre capiz de responder en la dirección de una campaña sanitaria cualquiera, lo tenemos en nuestro servicio.

Nuestro servicio no tendría inconveniente alguno en coeperar con la Caja en la especialización del personal en estos aspectos.

#### B.-Conocimiento del mundo circulante

En toda campaña sanitacia el conocimiento del mundo circundante en que el individuo o el grupo humano desarrolla sus actividades es imprescindible. Y este mundo es esencialmente inestable, como la vida misma. Cambia y se modifica constantemente. Es, por decirlo así, el conjunto de una multiplicación de "mundos circunstanciales". Si para el legislador, el sociologo, el economista o el político, el conocimiento de exte mundo es de la más alta importancia, para el médico que intenta emprender una campaña sanitaria eficaz es más importante todavía. Y la base principal de la documentación para adquirir este cónocimiento la encontramos en a ESTADISTICA: Estadistica de la poblición, es-

tadística económico-social, estadística judicial. estadística educacional, estadística administrativa, etc.

Se ve, pues cômo el médico a cargo de una compaña santiaria no puede contentarse con el escaso conocimiento del mundo circundante que le dan los datos de la estadística demográfica pura y necesita tener una cultura muy ampia y muy sólida que le permita interpretar con éxito los datos proporcionados por las otras fuentes estadísticas, para acomodar a ellos la elaboración de un plan de lucha.

Todo plan debe consultar, sin embargo, clerta c.asticidad en su aplicación, que le permita adaptarse a las condiciones nuevas imprevisibles que puedan aparecer en un momento de-terminado en un mundo circundante cualquiera. Asi, en Andacolio, tenemos un ejempio evidente de nuestra afirmación: la lucha se planeó primero para los contingentes de obreros de los lovaderos de oro; pero luego la atracción de una ganancia facii en estas facias provocó la creación de un verdadero pueblo en las cercanías de los lavaderos, con sus cantinas, sus bares, sus cabarets, etc., lo que modificó substancialmente el aspecto dei mundo circundante primitivo. Y hubo necesidad de cambiar totalmente las condiciones de la lucha, sus presupuestos y la organización de los servicios y del personal.

Desde este punto de vista, el Plan Trienal es también satisfactorio, pues revela un conocimiento cabal del medio en el cual va a ser aplicado. Convendría sólo insistir en la concepción zonal que, tanto este plan, como el de emergencia para Lota involucran. La población, en las distintas regiones de este larguisimo territorio, que es Chi e, tiene modalidades de vida, de trabajo, de alimentación, de vivienda, etc., que le son propias. La lucha debe adaptarse a esas modalidades y, por lo tanto, un plan elaborado para Magailanes no puede tener las mismas características que uno elaborado para la zona salitera.

#### C.—Las finalidades concretas a obtener en un plazo determinado

El plan ha sido c'aborado para un plazo de tres años, durante el cual debe obtenerse la realización de ciertos y determinados objetivos. Estimamos que este plazo es breve. El primero y segundo años se pasarán seguramente en la preparación y organización del personal y de los servicios, sin afrontar una lucha seria, eficaz lo que solo sería posible durante el curso del tercer año. Los resultados de esta lucha vienen a palparse en los años siguientes. De ahí que habría sido más correcta la elaboración de un plan sexenal. Pero, si examinamos las características de la mentalidad chilena, acostumbrada a pensar sólo en el presente y para el presente, incapaz de la visión a larga distancia, encontra-

#### D.-De los recursos económicos

Nuestra primera impresión, al examinar los presupuestos del plan trienal, fué de que estaba recargado en algunos de sus rubros (sueldos de, personal médico, medicamentos, etc.) Sia embargo, estudiándolo más detenidamente, en relación con las características de la zona Norte y con la organización de los servicios médicos de la Caja y la clase de atención que dicha institución está obligada a proporcionar, nos vimos obligados a aceptar que estaban encuadrados dentro de las sumas mínimas con que en dicha zona sería posible afrontar la lucha antivenérea eficaz. Pero si se logra establecer una debida cooperación de esfuerzos entre la Caja, la Dirección de Sanidad y las Municipalidades, es protable que el costo de los servicios consultados baje en forma apreciable.

En síntesis, nuestra opinión sobre el plan trienal de lucha antivenérea es que él significa un taludable esfuerzo de la Caja de Seguro Obligaterio para entrar de lleno en las nuevas rutas de la Medicina Preventiva; se conforma con los principios científicos que deben orientar esta clase de luchas, está calculado para obtener objetivos prácticos en un medio determinado y es perfectamente viable.

#### El Dr. MORALES BELTRAMI, Jefe de Sección en el Departamento de Asistencia Social:

El clan de lucha antivenérea para la Zona Norte elaborado por la Sección Técnica Central de la Caja de Seguro Obligatorio reve a, Indiscutiblemente, criterio técnico y práctico.

Se ha sostenido en repetidas ocasiones que el técnico es incapaz de mantenerse en la esfera de la realidad de los hechos, porque moviéndo-se en un campo donde la precisión es una exigencia imperiosa de la actividad científica al tratar de realizar cualquiera concepción técnica, generalmente la aborda en forma integral, totalitaria, en completo desacuerdo con las posibilidades prácticas.

El Plan Trienal es la mejor demostración que uma afirmación semejante es absolutamente errónea. Se encara el problema de la lucha antiveneren de acuerdo con los principios técnicos qui orientan la medicina preventiva en nuestros días, pero ajustândose estrictamente a las realidades de nuestro ambiente y de los recursos cou que podría contar un orgánismo de la potencia económica de la Caja que tiene la tuición de una masa humana tan numerosa como la inscrita es sus registros.

Desde el punto de vista de la concepción de lo que debe ser la lucha antivenérea y de la forma técnico-práctica en que se encara el problema, no hay, pues, crítica a guna que hacer.

El profano en cuestiones sanitarias podrialarmarse ante las cifras del presupuesto que el Plan consulta, sobre todo si las compara con los presupuestos tan exiguos con que cuenta la Dirección de Sanidad para luchas semejantes. En

## PERITAJES DE INVALIDEZ

N.o 6.-Nombre: P. M. G. 44 nes: testículos de ambos lados 1932 en estado satisfactorio. Se la años. Casado.

Anamnesis: Antecedentes hereditarios y personales: sin impor-

Enfermedades anteriores: En 1900 gonorrea que se hace crónica v dura hasta 1914. Desde esa fecha sigue con secreción matiral.

Enfermedad actual: en 1907 nota dificultad para orinar, por lo cual se hace dilataciones periodicas de la uretra. Desde 1920 deju de di atarse, siguiendo las cultades para la micción. En 1932 estas dificultades se hacen insoportables, por lo cual se hospita-

Examen objetivo: Cabeza cuello: nada de particular.

Tórax: Corazón tonos apaga. dos

Abdomen: gran g'obo vesical de

Miembros: reflejos normales. Aparato uro genital; Glanda, escroto y periné: escroto dilatalo

al lado izquierdo. Uretra: no pasan los exploradores olivares.

Vejiga: globo vesical de retención. Micciones frecuentes de poca cantidad. Orina por rebalsamiento.

Orina: turbia. F. M.: infinitas Testículos, epididimo y cordo-

normales. Vaginal izquierda dis- recomiendan varios meses de re-tendida por gran cantidad de li- poso y observación. quido.

Examen rectal: Prostata aumentada de volumen y consisten-

Uremia: 1.40 o cc.

1.a intervención quirúrgica día 15: Anestesia local. Talla hipogástrica. Salen cuatro litros de orina purulenta.

Después de la intervención sube la uremia a 1.53 (día 20 de Juio); día 23, baja a 0.76; día 6 de Agosto 0.25. Lavados vesicales, r5cimen de alimentación, urotropira. digitalina.

2.a intervención quirúrgica: Uretrotomia interna. Se deja sonda a permanencia, Después, dilatación. Ur. 0.30.

3.a intervención ouirúrsica: Raquianestesia Stovaina 0.07. Enucleación prostática v enucleación de un tumor de la pared vesical (tumor benigno Mioma).

Sigue su tratamiento de lavados vesicales por la sonda hipo- duo en esa fecha. gástrica, Nitrato. Permanganato Oxicianuro diariamente.

Se retira su sonda hipogástrica el día 11 de Octubre de 1932.

Se siguen eus lavados y dilataciones. Régimen, etc.

Cierra la herida de la talla. Se levanta. Alta el día 16 de Noviembre de

Diagnóstico: Estrechez uretral filiforme con retención completa. uremia alta e infección. Vaginali-

tis crónica.

Mioma pared vesical. Pronostico: Debe estar largos

Conclusiones:

Adenoma prostático

años a régimon. Dilataciones periodicas. Trabalo de gran moderación. La supervivencia depende de su ragimen, tratamiento y reposo. Está inhabilitado para trabajo.

Capacidad para el trabajo; Incapacidad permanente, casi absolu-

Fecha probable de la invalidez: Más o menos a la fecha de su ingreso al hospital.

La solicitud fus presentada 17 de Marzo de 1933. Antes de resolver la Oficina de Invalidez pidió un informe del estado del indivi-

#### Amplia un informe.

Acabo de examinar a P. M. para dar mayores detalles sobre su estado actual.

M. tiene actualmente polakiuria 10 x 15 dfa y noche.

Orina turbia en amibos vasos.

realidad, hay en el presupuesto del Plan sumas aparentemente crecidas, destinadas, por ejemplo, a la dotación de medicamentos para los ponclínicos, sumas que en los presupuestos de Sanidad son mucho menos crecidas. Pero no debemos olvidar que mientras la Dirección de Sanidad se ve obligada por la naturaleza de su organización y la cuantía de los fondos que le otorgan, abandonar el enfermo en cuanto para el período contagioso y a entregar o a los organismos asistenciales del Estado o de instituciones privadas, la Caja debe, por mandato de la ley, proporcionarle atención médica completa hasia dejarlo clinicamente curado.

Sin embargo, si el presupuesto del Plan no es desde este punto de virta susceptible de criticas, creemos que se puede rebajar notablemente en otros rubros (sobre todo loca'es y dotación. por ejemplo), si se logra armonización y coopración con los servicios de la Dirección de Sanidad, de la Beneficencia y Municipalidades. Asi. en la Sanidad hay una lista larga de diversas Municipalidades de la República que ofrecen toda clase de facilidades para la instalación de servicios de esta naturaleza

En la realización de Planes como el que nos ocupa, consideramos indispensable la correlación y cooperación armónica de todos los organismes asistenciales del Estado, municipales y priva-

Y si, como parece, el Plan Trienal tiene todas las probabilidades de ser llevado a la práctica valdría la pena ir estudiando desde luego la forma en que se va a establecer la correlaelón con los funcionarios de Sanidad en la Zona Norte, que son los únicos que tienen facultades legales para proceder ejecutivamente en los casos que sea necesarlo. Ello es tanto más indispensable cuanto que en materia de legislación antivenérea estamos aún muy atrasados v el calificativo de "medio pano adelante" con que se califica a las últimas disposiciones contenidas en el Código Sanitario y en el Reglamento de Profilaxis, es también nuestra opinion.

Una última observación: el nombre de "PLAN TRIENAL" convendria medificario; no sea que a algún profano le sonara a plan comunista o algo parecido ...

Presenta una cicatriz de su tal'a para la enucleación de su prostata y de un mioma de la pared abdominal.

Estos síntomas le causan bastantes molestias para el trabajo, aunque este no sea muy activo.

"Además, el enfermo por su estrechez uretral y su insuficiencia renal crónica tendrá mente que estar sometido a tratamientos de dilataciones uretrales Régimen de alimentación espec'al, lavados de la vejiga para su cistitis crónica y medicación. Se trata además de un hombre de edad avanzada o agotado físicamente.

haya salido de alta de nuestro ser- servicio, experimentó una vicio en estado satisfactorio, quie- mejoría. re decir que es en relación con el deplorable estado en que llegó, pero no estaría autorizado para declararlo apto para el trabajo.

A mi juicio, sólo con un régimen absoluto de reposo y con los tratamientos antes indicados, puede este enfermo tener vida por unos cinco a siete años, Trabajando aumentará la uremia, recrudecerá su cistitis, tendrá una ureterepielonefritis ascendente y la muerte en corto plazo.

Se trata, pues, de un incapacitado absoluto y permanente para e! trabajo. Dentro de su grave- gular ..

De manera que, el hecho de que dad, nunca discutida en nuestro

#### Calificación del peritaje,

- 1 .- Forma: desordenada.
- 2 .- Anamnesis: incompleta,
- 3 .- Examen físico: suficiente.
- 4.- Evolución: no detallada.
- 5.-Tratamiento y resultados: incompletos 6.-Conclusiones: hubo que pe-
- dir ampliación del informe para que la Oficina de Invalidez pudiera aceptarlas. Se concedió la pensión.

CALIFICACION GENERAL: re-



# 13. DISTRIBUCION MORBILIDAD VENEREA: POLICLINICOS DIRECCION SANIDAD. — 1934 (1)

ENFER	MOS AT	ENDIDOS			DIST	RIBUCION	DE LA	MORBIL	IDAD			
			1000	HOMERE	s	MUJERES			TOTALES			
н	M	TOTAL					% En Tot. venéreos	% En Tot. enfermos	% En e ru- bro	% En Tot. venéreos		
	1				1						183	
1.319	629		42 -	15	13	16.5	7.8	6.8	28 -	11.6 23.8	10 20.6	
391 29	550	939	12.5	4.4	3.9	14.4	6.9	6	13.5	5.6	4.8	
8.141	3.805	6.944	1		6.9					20 1		
			1035-19									
2.831 806 697	1.304 1.743 812	2.549	65.4 18.6 16	32.4 9 7.9	27.8 8 - 6.9	34 45 21	16.5 22.2 10	14.2 18.9 8.9	52 30 18	25 15.2 9.	21.7 11.1 7.8	
1 331	3.859	8.193										
1.250	296 6		-	14.3	12.4	1-1	3.7	3.2 0.06	=	9.1	7.9	
8.794	7.960	16.760	The same			18		3 8 8	-10.15		1234	
1.372	1.257	2.629			13.4	-	-	13,7		-	13.5	
10.166	9.223	3 19.389									The same	
	1.319 1.402 291 29 3.141 2.831 806 697 4.334 1.250 69 8.794 1.372	H M  1.313 629 1.402 2.592 291 550 29 34 3.141 3.805  2.831 1.304 806 1.743 697 812 4.234 3.859  1.250 296 69 6 8.794 7.980 1.372 1.267	1.319 629 1.948 1.402 2.692 3.994 391 550 938 29 34 63  3.141 3.805 6.944  2.831 1.304 4.135 806 1.743 2.549 697 812 1.509 4.334 3.859 8.193  1.250 296 1.546 69 6 75  8.794 7.966 J6.760 1.372 1.257 2.629	H M TOTAL  1.319 629 1.948 1.402 2.592 3.994 44.5 291 550 939 12.5 29 34 63  2.141 3.805 6.944  2.831 1.304 4.135 65.4 806 1.743 2.549 697 812 1.509 4.234 3.859 8.103  1.250 296 1.546 69 6 75 8.794 7.966 16.760 1.372 1.257 2.629	H M TOTAL    1.319   629   1.948   42   15	H M TOTAL    1.319   629   1.948   42   15   15   170t.	H M TOTAL    1.319   629   1.948   42   15   15   15   16.5     1.402   2.592   3.994   44.5   15.9   13.8   68.3     291   550   939   12.5   4.4   3.9   14.4     29   34   63   1   0.3   0.2   0.8     3.141   3.805   6.944     2.821   1.304   4.135   65.4   32.4   27.8   34     3.805   1.743   2.549   16.5   9   8   45     697   812   1.509   16   7.9   6.9   21     4.234   3.850   8.103     1.250   296   1.546	H M TOTAL    HOMERES   MUJERES	H M TOTAL    HOMERES   MUJERES	H M TOTAL	H M TOTAL    HOMERES   MUJERES   TOTALES	

NOTA.—A primera vista el cuadro anterior, elaborado a base de las fichas de todos los policificos de la Dirección de Sanidad curante 1934, parece una curiosidad estadistica Sin embargo, muchos de los porcentajes de distribución de la morbilidad interna de dichos bolicilinicos, nos serán de mucha utilidad cuando intentemos, posteriormente, resolver el problema de la "normalización de las interaciones terapetuticas en los sifilitucos" y el de la "racionalización de los tratamientos".

<sup>(1)</sup> Cuadro del archivo de investigaciones estadísticas personales de uno de los colegas de redacción.

<sup>(2)</sup> Comprende especialmente: Sarna, piodermitis, etc.

# 14. - Consumo de Arsenicales en la Caja de Seguro Obrero

ANOS		TOTALES								
	SUSTANCIA	N.o Dosis	Grs.							
1934	Neoarsolan (1)	178.820	76.062	280.091						
	Neosalvarsan	38.730	15.921	53.164						
	TOTAL	217.550	91.983	343.255						
	Prom. Mensual	18.129	7.665,2	2.860,4						
1935 (2)	Neoarsolan	140.720	61.240,5	223.596						
	Neosalvarsan	19,020	8.057,5	31.523						
BE ST	TOTAL	159.740	69.298	255.119						
	Prom. Mensual	19.967,5	8.622,2	31.889						

Como curiosidad anotamos el hecho de que los 91 Kgs. de Neo consumidos en 1934, habrian servido apenas, de acuerdo con el esquema de Ravaut, para hacer las curas completas (durante 5 años), de 1,229 enfermos.

- 1) Preparado chileno.
- 2) 8 meses.

# Congresos, Cursos

#### HUNGRIA

En Budapest se ha llevado a efecto el IX Congreso Internacional de Dermatología y Sifflografía siones pueden solicitarse al Secratario General, María U., 41, Budapest.

#### FRANCIA

Noviembre próximo.

El curso estará a cargo del Prof. Gougerot, asesorado de los siguientes profesores: Claude, Lemaitre, señores Drs. Milian, Sézary, Touraine, Babonneix, Duvoir. Además completaran el curso los celebres clínicos que trabajan en dicho establecimiento, como Bon: Linn.

Chevassu, Heitz-Boyer, Tixier, Cha- cla Pansoviética valler, etc., etc.

Las clases serán diarias a 11; 13.30, 14.45 y 16 horas.

durante la tercera semana de los alumnos que deseen perfeccio- antidiftérica, como ser: Septiembre. Los datos y conclu- nerse en las técnicas de Laborato-

#### JAPON

En Mayo de 1936 celebrara el 9 meses y los 12 años. En la Clinica del Prof. H. Gou- 10.0 aniversario de su fundación la el curso practico de sifilografía y el conocido Prof. Schin-i-chi Mat- municipalidades. venereología, durante el mes de sumoto de la Universidad Imperial de Kioto.

posición antivenérea y una serio Ramon de conferencias que serán presi-Nicolas, Fabre y Levaditi y los didas por el Director de la Aso- gún la fórmula siguiente: 2 inyecciación.

> Entre el 14 y el 19 de Junio de control obligatoria será hecha se reunió en Mosco la Conferen- a lo menos seis meses después

de Epidemiolagistas, microbiologistas y médicos las sanitarios, en la que se acordaron medidas de gran trascenden-Habrá un curso especial para cia en lo concerniente a la lucha

> 1.- La vacunación antidifitarica es inofensiva y eficaz, representa actualmente el mejor medio de combatir esta epidemia.

> 2.-La vacunación antidiftérica debe ser obligatoria entre los

3.-Los detalles de la aplicagerot, Hospital Saint-Louis, 40, Anociación de Profilaxia Antive- ción de la vacuna antidiftérica rue Bichat, tendra lugar este año nérea Japonesa, cuyo director es deben ser reglamentados por las

4.-La vacunación antidiftérica debe ser aplicada por medio En esta fecha se hara una ex- de la anatoxina antidiftérica de

> 5 .- Ella debe ser efectuada seciones (1 a 2 cc.) de una anatoxina titulada al minimum con 20 unidades por cc. Una invección

de la vacunación (método de Ra- en los capítulos referentes al Cánmon).

6 .-- La Conferencia pidió a la inspección san taria de presen ar cadas al Gobierno de la U.R.S.S

#### EE. UU.

Durante los días 28 de Octubre anteriores, no só o la discusión de la República del Norte. de temas de cirugía general, sino CHILE que también los referentes a las especialidades, como son otorino. oftalmología, etc.

cuenta que dan les comités na- lena. La sede de este importante Raul García (de Santiago). cionales de las actividades que torneo será Concepción y será 3.—Osteomielitis Aguda. Rela-han desarrollado durante el año auspiciado por la Universidad de tores: Drs. Inostroza y Urrutia v los progresos que se han hecho dicha ciudad.

cer y Fracturas.

Sesiones especiales serán desti-UU, (Washington).

Los médicos que asisian a este a 1.0 de Noviembre se llevará a Congreso tendrán rebajas especia- dos antes del 1.0 de Diciembre al cabo el 25 Congreso Anual Clini- les en los ferrocarriles, vapores, Secretario General Dr. Edmundo co del Congreso de Cirujanos hoteles, etc., y a inscripción al Petermann, Casilla 2843, Santiago, Americanos en las ciudades de San Congreso da derecho a una serie o directamente a los relatores. Francisco y Oakland. Este Con- de oportunidades para conocer y greso abarcará, lo mismo que los hacer turismo en esa bella zona guientes:

En Diciembre próximo se llevará a cabo la Cuarta Semana Es de importancia capital la de la Experiencia Quirúrgica Chi- Aguda, Relatores: Drs. Wood y

Dada la forma en que la Sociedad de Cirujanos de Hospital, auspiciadora de estas importannadas al estudio de la Medicina tes reuniones, ha organizado las una ley, con las bases antes indi- Industrial y Traumatologia. Fi- reuniones anteriores y el brillangura entre los temas a discutir, te éxito que han tenido, existe un el que estará a cargo del ciruja- interés manifiesto entre todos los no R. R. Jones, perteneciente al cirujanos del país por colaborar servicio de Salud Pública de EE. con su experiencia en los diversos temas.

Los trabajos deben ser envia-

Los temas fijados serán los si-

1.-Fractura de la diafisis del f mur. Relatores: Drs. Rios y González (de Concepción).

2.—Tratamiento de la Anexitis

(de Santiago).

# Bibliografia

sc.-Prof. H. Gougerot, profesor acuerdo en un tratamiento unifor- práctico en el sentido de no code clínica de las enfermedades me. cutáneas y sifilíticas de la Facultad de Medicina de París. J. B. práctica le ha aconsejado como por el uso de arsenicales poco ac-

el que el autor da directivas so- sita la observación de numerosos bre el tratamiento de la sífilis. En casos a través de muchos años. él vienen esbozadas las divergencias que han tenido los diversos El trabajo precisa el estado ac- utilidad para nuestros colegas.

Bailliere. Purís. Precio: 10 fran- más útil, desde luego sostlene que tivos, dosis insuficientes o perfo-Acaba de aparecer este libro en zar un tratamiento eficaz se nece- gos.

Traitement de la syphilis acqui- venereólogos para ponerse de tual de esta cuestión y guía al meter errores terapéuticos como El expone lo que su ya larga son los tratamientos insuficientes para llegar a concebir y preconi- dos de descanso demasiado lar-

> Este manual, corto, sencillo y práctico, creemos que es de gran

## Noticiario

# NISSEVICH Y PRINI

trire nosotros, de paso hacia EE. de los cirujanos jóvenes espe. Lota y ante la Dirección General UU. y el Egipto, donde asistirán cialmente y quedaron nombrados de Sanidad, sin cuya colaboración al Congreso del Colegio de Ciru- miembros honorarios de la Socie- es imposible llevarlo a la practijanos y al Congreso Internacio- dad de Cirujanos de Hospital. nal de Cirugía que se celebrará en tos célebres profesores de la Universidad de Buenos Aires.

ver un poco el discreto ambient: enfocar algunos aspectos de la inmediatamente el plan ideado". científico que existe en este país ucha antivenérea, publicamos un y para poler valorar la importan. PLAN DE EMERGENCIA para Dirección de Sanidad ha terminacia que tiene la existencia de ver- iniciar dicha lucha en el centro do los catudios de nuestra propodaderos maestros.

Estos profesores, cuya fama es 1935. Pág. 17). internacional, fueron invitados A este respecto la Secretaría de Octubre o a principlos de Noviempor la Universidad de Chile. En le Zona Sur, nos informa:

LOS PROFFSORES ARCE, IVA. Santiago asistieron a diversos servicios hospitalarios y dieron inte- Plan de Emergencia se hicieron resant'simas conferencias. Duran- gestiones ante la Gerencia General Durante el mes pasado tuvimos te su estada recibieron atenciones do la Cía. Minera e Industrial de

TA

"Para llevar a la práctica el ca"

"Finiquitadas favorablemente las el Cairo en Enero próximo, a es- LUCHA ANTIVENEREA EN LO. gestiones con la Compañía y con las autoridades de Lota, esperamos En el primer número extraor- la resolución de la Dirección Ge-Su visita ha servido para remo- dinarlo del BOLETIN destinado a neral de Sanidad para desarrollar

Extraoficialmente se sabe que la minero de Lota (N.o 11. Abril de sición, de manera que la campaña podría ser iniciada en el mes de bre próximo".

THE TAS MEMORIAS DE LOS PROVINCIALES IQUIQUE DIRECTORES Y DE CONSULTORIOS (1984)

#### VALUENAR

... 'El movimiento de enfermos venereos na sido verdaderamente alarmante en este Consultorio: gonorreas, chancros biandos en altas proporciones y stilis en tercer término, debido a la falta de organización de una compaña sistemática y básica contra estos males. No hay en Vailenar donde recluir a las prostitutas enfermas debido a lo reducido de nuestro hospital, que ha debido hacer frente a una población de rápido erecimiento. Invasión de los centres mineros y pueblos por prostitutas venidas de distintus partes del país, clandestinaje de sun actividades. El servicio sanitario sin más medios que un midico y dos auxiliares es imponente para abordar en forma cientifica y tenica un problema de tal magnitud. Estimo que tal vez ne existe un asegurade que no haya pasado por las plagas venéreas. Eleto ha significado crecido gas ale hospitalizaciones y subsidios. por ser tos enfermos en eu mayo- a combatir la enfermedad a que ría de centros mineros distantes de nos estamos refiriendo... Wallenar y que han debido permanecer en tratamiento en el Consultorio u hospitalizados..."

Dr. Jorge Castro Contador. Med. Lar. Prov.

#### CHANARAL

... "Las enfermedades más freenentes son las de trascendencia social, lo que se explica por el gran namero de prostitutas que ejercen el comercio sexual, sin control ri medios de' tratamiento. Con la creación de la posta antivenéra se Henaran funciones indispensables venereo, tanto de estas mojeres como del resto de la población..."

Medico Director

... "Im Eaja de Beguro, pontende al siennes del obrero el Laboratorio ha influido, por lo menos na..." en la región que controla esta Dirección Provincial, poderosamente a combatir esta plaga social (az sitilis). Todo esfuerzo que se hagu en este sentido será poco y, por consiguiente, continuaremos nucstros esfuerzos para entab ar ura seria lucha contra esta enfermedad para lo cual contamos con la conperación de los médicos de las Officinas Salitreras, con quienes va hemos eshozado un plan para un futuro no muy lejano. Estan. do nuestra acción reducida única- son las que más abundan... mente al asegurado, no llena las condiciones de una lucha seria en este sentido. De aqui que estimames de importancia la idea de que a Cala realice en los pueblos de PROXIMOS NUMEROS EXTRAla pampa una labor, además de la que le conclerne, de previsión, obra que tomaría a toda persona sin analizar que éste sea asegurado o no. En Iquique, en que las condiciones de lucha cambian considerablemente, sería de desear quo .a Dirección de Sanidad emprenda una acción más decisiva, destinada

Dr. Nicolás Taborga. Méd. Dir. Provincial

#### PAIHUANO

... "Las enfermedades venéreas tuvicron durante el año un aumento epidémico más manifiesto en les meses finales del año, en relación con el estado calamitoso de Coquimbo y Andacollo, desde donde vienen mujeres y hombros n trabajar en las cosechas de esce profilaxis w tratamiento anti- ta zona y la dejan infectada. En 1933 el 5.32 % de los asegurados manifestaba la sifilis, y el año 1934, el 9.31 %. Entre los no ase- centro de investigaciones médica-Dr. Mauricio Lijavetzky G. gurados y los indigentes el porcentaje es tres veces superior, do debidamente hasta ahora.

! Causas? ... Las dificultades del tratamiento; la funesta interpretación del binnqueo; la pobreza; la promiscuidad: la ignorancia: la amoralidad y la estupidez huma-

> Dr. Roberto Gajardo Tobar Mad. Dir. Cons.

#### LA SERENA

... "Las enfermedades que han sobre salido son principa mente las venéreas, tuberculosis y las piodermitis (sarna). Esto mismo es. ta indicando que debe aumentarse otro médico, un especialista ya sea en vias urinarias o en enfermedades broacopulmonares, que

> Dr. Enrique Carvajal D. Med. Dir. Prov.

## ORDINARIOS

Los próximos números extraordinarlos del ROLETIN estarán destinados a enforar desde el panto de vista médico-social los siguientes grandes problemas:

- 1.-Defensa del niño,
- 2.-Lucha antituberculosa.
- 3.-El problema de la invalidez para el trabajo.
  - 4.-El problema de la Estadístlea Médica.
- 5.- La asistencia social en los campos.

Su orden de apartefón estará suleto, sin embargo, a la cantidad y calidad de materiales que se acumiten.

Si anunciamos con anticipación los temas anteriores es con el oheto de que los médiens del servic'o que quieran enviaraos colaboraciones, preparen oportunamente sus trabajos, en los cuales exigiremos el máximum de observaciones, hechos e ideas prácticas.

Tos colegas tienen en cada Consu torio de la Caja un magnifico sociales que no ha sido aprovecha-

# LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

Informaciones de todas partes del Mundo

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile .... \$ 20.-

En los demás países de América .... 30.— (moneda chilena.)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D - Santiago



# FICHERO

#### DEL

### BOLETIN MEDICO

#### COLEGA:

¿Ne ha tropezado Ud. con numerosas dificultades al emprender la búsqueda de la documentación necesaria para sus trabajos, de cualquier índole que estos sean?

¿No ha notado el vacío existente en todos los organismos culturales (universidades, escuelas técnicas, bibliotecas, etc.), que no pueden proporcionarle en un momento determinado todas las indicaciones bibliográficas y

documentación que Ud. desearía con la rapidez conveniente?

¿No cree Ud. que es indispensable la organización de un centro de informaciones y documentación al cual Ud. pueda dirigirse con la seguridad de que a vuelta de correo recibiría las informaciones y documentación solicitadas?

¿No cree Ud. posible que el "Boletín Médico de la Caja" pueda organi-

zar una sección semejante, cuya utilidad no es necesario demostrar?

¿No piensa Ud., además, que mientras Ud. posee una documentación riquisima en ciertos problemas y muy precaria en otros, hay muchos colegar que la tienen nutrida, justamente, en aquellos en que la suya es insuficiente?

Y, si esto es así, ¿no cree Ud. que es posible sacar del silencio de las bibliotecas esa documentación valiosisima esparcida a través del país y poner-

la al servicio de toda la colectividad médica?

¿Qué habría que hacer?

Cada vez que haya leido un libro interesante (científico, técnico, filosófico, etc.), haga una información bibliográfica sintética y enviela con su firma y dirección al Boletín, con todos los datos de individualización del libro: título, nombre del autor, casa editora y dirección, número de volúmenes y fecha de la edición, etc.

Cada vez que en sus lecturas encuentre un documento o un trabajo interesante, transcríbalo integramente y envienoslo en igual forma con todas las indicaciones anteriores y además el número de las páginas correspondientes del texto, tal como muchos de los que se han publicado en la sección

NUESTRO MEDIO.

Estas fichas será clasificadas por materias y mensualmente se publicaría la lista de ellas con sus respectivos números de orden.

### COLEGA:

LE HEMOS PLANTEADO UNA SERIE DE INTERROGACIONES. QUEREMOS CONOCER SU OPINION SOBRE ELLAS. ESCRIBANOS.

Y, SOBRE TODO, SI CONCUERDA CON NOSOTROS PONGÁ MANOS A LA OBRA Y ENVIENOS LAS PRIMERAS FICHAS.

EL FICHERO DEL BOLETIN NO PUEDE SER OBRA DEL CO-MITE DE REDACCION SINO DE TODOS LOS MEDICOS DE LA CAJA.

LE ESPERAMOS.

# SUMARIO

	Pag.
EDITORIAL.— El Sexto Principio	3
Dr. G. VALLE O.— Estudio médico social del medio rural	5
Dres. R. CANTUARIAS B. y A. RODRIGUEZ.—Algunas ideas sobre la forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas	
Dr. C. MALDONADO B.— Algunas observaciones sobre la inmunización antitifoidea	15
Dr. A. ARANDA.— Clasificaciones de uso práctico en la tuberculosis	18
Dr. A. POBLETE del C Intoxicación mercurial	22
Dres. GONZALEZ LAURA y R. LARRAGUIBEL.—Erisipela y fiebre tifoidea	23
Dr. J. CERUTI.— Un caso de estomatitis escorbútica	26
Reuniones clínicas de los Consultorios	. 29
Peritajes de invalidez	. 34
Nuestro medio.— Un siglo en la evolución de nuestro pueblo	. 35
Congresos.— Cursos	. 37
Bibliografía	. 38
Noticiario	. 39

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Noviembre de 1935

N.o 18

# El Sexto Principio (1)

Señalábamos en nuestro editorial anterior los cinco principios fundamentales de todo intento de solución "eficaz" de los grandes problemas médico-sociales. Los denominábamos: PRINCIPIOS DE INTEGRALIDAD, DE PLANEAMIENTO, DE CONCENTRACION DE ESFUERZOS, DE COMANDO TECNICO UNICO CON AUTORIDAD LEGAL Y DE ESTATIZACION. Y terminábamos: "Hay, todavía, un sexto principio que no denominaremos ni formularemos, por ahora, en espera de las conclusiones del Cuarto Congreso de Asistencia Social de Chile".

El Congreso se realizó entre los días 5 y 7 del mes pasado, con buena asistencia de médicos y más escasa de estudiantes de medicina, filántropos y aficionados. El planteamiento de algunos de los problemas más candentes: asistencia del niño, lucha antivenérea, organización de los servicios de asistencia social, etc., reveló un franco progreso sobre los Congresos anteriores. Es lástima, sin embargo, que las conclusiones finalmente aprobadas por el Congreso, a pesar de que nuestra época es más de realizaciones prácticas que de discusiones teóricas, fueran un tanto imprecisas, poco prácticas y distaran bastante, en muchos de los temas, de las conclusiones propuestas por los relatores.

En todo caso, tantos estas como aquellas concuerdan en el fondo con los

cinco principios que señalábamos en nuestro editorial anterior.

Pero hay, todavía un sexto principio que podríamos denominar PRIN-CIPIO DE TOTALIDAD O DE SINERGIA SOCIAL que, a pesar de su importancia como directiva fundamental en todo intento de solución "eficaz" de los problemas médico-sociales, no fué suficientemente considerado ni en los trabajos de los relatores ni en las conclusiones aprobadas por el Congreso.

La complegidad y multiplicidad de los fenómenos que rigen la vida de los individuos o de los grupos humanos exige una ordenada correlación entre ellos para permitir el mantenimiento de la UNIDAD de la vida del indi-

viduo o del grupo. Esto es lo que en biología se llama sinergia.

La modificación de cualquiera de los factores biológicos produce un desequilibrio que repercute precóz o tardíamente en el ser vivo y produce una reacción favorable o desfavorable.

Igual sucede en la vida del grupo humano. Y es evidente que cualquiera actividad, médica o no, aun pequeña o dispersa, encaminada a mejorar las condiciones ambientales del individuo enfermo o sano, no es totalmente perdida.

Pero el hombre inteligente y especialmente el estadista de verdad, que ha logrado ahondar en la naturaleza íntima de los fenómenos sociales no

<sup>(1)</sup> Anotaciones al margen del Cuarto Congreso de Asistencia Social de Chile.

puede contentarse, en nuestra época, con este "pis aller". Y mucho menos en nuestro país, cuando durante un siglo esas actividades parciales, aisladas, dispersas y torpes, no han logrado modificar en forma apreciable las condiciones ambientales en que la vida del grupo chileno se desarrolla. (Ver el documento N.o 15 que insertamos en las últimas páginas del presente número).

Es que los grandes problemas de la Medicina Social en Chile, más que

médicos son sociales.

SU SOLUCION EFICAZ SERIA POSIBLE UNICAMENTE POR LA ACCION SINERGETICA, PLANEADA; CON FINALIDADES Y OBJETIVOS CONCRETOS, DE TODOS LOS ORGANISMOS DEL ESTADO Y DE LA NACION TODA, PONIENDO EN JUEGO TODOS LOS RECURSOS PARA LA DEFENSA DE LA VIDA DEL HOMBRE.

CHILE vive, justamente, un momento histórico peligroso. Las series estadísticas demográficas revelan una acentuada decadencia del tipo racial. Pero la raza no ha agotado todavía sus posibilidades. Es posible aun salvarla.

La Caja del Seguro Obligatorio, institución médico-social de gran envergadura económica, ha ejercitado en los últimos años, por medio de su política inversionista, una influencia marcada en el mejoramiento de las condiciones de algunos de los factores ambientales de sus asegurados (alimentación, vestuario, salario, vivienda, etc.), influencia cuyos resultados sólo podremos apreciar más tarde. Pero ante la gravedad de los problemas esto es aun muy poco. Y aunque todas las instituciones asistenciales, públicas y privadas, aunaran sus recursos y esfuerzos en planes armónicos y prácticos (lo que debe ser el paso obligado de una primera etapa de realizaciones), no se obtendrían tampoco resultados concordantes con la urgencia de la acción.

El principio de totalidad o de sinergia social, como directiva fundamental en todo intento de solución eficaz de los grandes problemas médico-sociales consistiría, pues, en obtener que todas las actividades del grupo humano: económicas, políticas, médicas, educacionales, religiosas, culturales, etc., etc., convergieran, en planes armónicos y prácticos, a la defensa de la

vida del hombre, célula básica de la sociedad y del Estado.

# Estudio médico social del medio rural

Por el Dr. GASTON VALLE O.,

Médico Director del Consultorio de Asegurados de Quilpué

Por servicio médimo rural se entiende una organización que ponga a la disposición de la población rural todos los recursos de la Medicina Moderna, teniendo como primer fin la prevención y profilaxis de las enfermedades y accidentes y, en segundo término, la misión cueativa de las enfermedades.

Los cálculos experimentales han llegado a la conclusión que 2.000 personas pueden ser atendidas por un médico, pero dadas las condiciones de nuestro medio (largas distancias, nucles caminos, escasa población y muy repartida) 1.000 habitantes ruraies necesitan por lo menos

de un funcionario médico.

No es tampoco el antiguo sistema de la estabilidad medica el ideal para estos servicios, a práctica nos demuestra que el médico que se desiga de los centros de observación y experimentación pierde gran parte de su rendimiento, por este motivo los servicios rurales deben estar en tal forma organizados que hagan pozible el perfeccionamiento diagnóstico de aquellos enfermos que lo necesiten.

El médico debe trasladarse de un centro de cultura médica (Hospital o Consultorio) hacra los campos y aquellos enfermos que necesiten de un perfeccionamiento diagnóstico deben ser tras adados a los centros donde se encuentren especialistas o laboratorios (transplantación de

enfermos).

Como estos enfermos necesitan volver pronto a su región (razón económica) los exámenes deben ser efectuados en forma: completa, rápida y precisa.

Estos centros deben contar con medios de hospitalización para los casos que lo requieran. En este sentido tiene gran importancia que la Caja de Seguro Obligatorio posea hospitales propios, pues tiene gran valor la continuidad en la observación y tratamiento del enfermo (mientras no exista la standarización de la medicina los criterios médicos serán muy variables).

Una población de 20.000 a 30.000 habitantes necesita por lo menos de un hospital y cada

500 habitantes necesitan una cama.

En la actualidad en nuestro país el sistema más práctico y de mayor rendimiento es el establecido por la Caja de Seguro Obligatorio; las rondas médicas, periódicas y continuas; pero es necesario que el traslado de los médicos y su personal auxiliar se haga en forma rápida y cómoda y que se cuente con auxiliares tan importantes como el teléfono, telégrafo y otros medios de comunicación que son de gran importancia para solicitar ambulancia, sueros, etc.

Naturalmente que el éxito de un servicio de tal indole necesita de la colaboración:

1.0 De las autoridades locales, quienes deben prestar el mayor cuidado en la buena conservación de los caminos y en el resguardo de los materiales que pertenecen al servicio.

2.0 Los dueños y trabajadores de los fundos y, en general, todos les habitantes que se van a

tereficiar con estos servicios. Hermosa sería una labor de conjunto entre las diverses entidades que tienen a su cargo la salud y vida de los habitantes como las autoridades locales, los servicios sanitarios y la Caja de Seguro Obligatorio, su costo no sería muy alzado y los beneficios que acarrearía son in-

Es lógico que para que estos servicios logren una finalidad en las mejores condiciones necealtan de una pauta de trabajo mínimo; creemos que el siguiente plan podría fácilmente ser

1.-Mejoramiento de las condiciones higiénicas de la habitación.

2.-Mejoramiento de las condiciones higiénicas del trabajo,

3.-Mejoramiento de la alimentación (calidad y cantidad).

4.-Mejoramiento del vestuario.

5.—Difusión de una mayor cultura, tratando de llegar al ideal que toda la población sepa icer y escribir,

.- Mejoramiento de los salarios.

7.-Control y estadística de las enfermedades infecciosas y cafermedades sociales (sifilis, blenorragia, tuberculosis).

8.—Protección a la maternidad y la infancia.

9.-Higiene escolar,

Esta es la acción en líneas generales. A su vez podrían estudiarse otros problemas que atafien a la higiene rural como:

1.-Vigilancia de las pequeñas industrias ru-

rales (mataderos, lecherías, etc.)

2.—Propaganda de la medicina preventiva, con una profilaxis estricta de todos los males que son endémicos en los medios campesinos (tuberculosis, sarna, escorbuto, raquitismo, etc.)

3.-Perfeccionamiento de los medios curativos, especialmente en tumores, bocios, fracturas, etc., que alcanzan a veces grandes proporciones, debido a la indolencia con que se miran todos los males que no producen dolor (patología exuberante: cotos, lipomas, fracturas mal consolidadas, anquilosis en posiciones excesivamente viciosas, etc.)

Si miramos en conjunto la labor sanitaria que se ha efectuado en nuestros campos, descubriremos que sólo la Caja de Seguro Obligatorio ha sido la única entidad que ha abordado este dificil problema; desgraciadamente su actuación es sólo en el campo de la medicina curativa ya que los medios de que dispone la Caja no le han permitido abordar la medicina preventiva.

Algo habiamos diseñado a este respecto en un trabajo anterior ("Acción Social" N.o 37):

"Seguramente la medicina preventiva rural sea la más difícil, pero también la más realizable.

Las enfermedades son en estos medios un reflejo de la manera tan peculiar de vivir y trabajar. Es el ais amiento del campesino lo que crea una forma especial de medicina que la hemos titulado: medicina rural. Por ejemplo, la infección por contacto directo no podrá hacerse en las mismas condiciones que en la ciudad, por el aislamiento. A la inversa en los campos es carece de algunos recursos que son a veces mejoradores de las condiciones de vida: las entretenciones variadas, los policifnicos, los consultorios maternales, las gotas de leche, etc., que crean indudablemente una enceñanza higiénica. La puericultura pre y post-natal ha alcanzado ya cierta perfección en los grandes centrus poblados,

La alimentación, factor primordial de la vila, no se hace en los campos cumpliendo con los dictados de la ciencia, sino guíndose por una rutina de siglos en la cual ha influído bastante la avaricia del patrón y la ignorancia del campesino. En la ciudad tenemos una alimentación a menos costo y más variada, lo cual contribuye al equilibrio normal del metabolisno.

Nuestro campesino cuando no se alimenta de hidratos de carbono lo hace de substancias grasas; la materia proteica llega hasta ellos en una pequeña proporción muy inferior a la necesidad imprescindible para la vida.

El abrigo, otro factor primordial para la vida, es tan desconocido tanto en su calidad como en su cantidad que puede decirse que el campesino viste desde que nace hasta que muere con la misma ropa.

La vivienda con su poca aireación, con la falta de elementos y utensilios domésticos indispensables, la promiscuidad, la convivencia con los animales influyen para darle a la medicina rural su sello inconfundible.

Tal importancia tiene el elemento patronal, que al no proporcionarle a sus trabajadores, ni buen salario, ni buen alimento ha creado en el campesino ese poco interés por la vida y por el mejoramiento de sus condiciones. En realidad profundizando en la psiquis de esta gente se llega a la conclusión que trabajan mecánicamente. Es pequeña la diferencia entre el buey que obedece al golpe de la aguijada y el campesino que se conforma con un standard de vida miserable.

Otro punto de vital importancia en la medicina rural es la dificultad para llegar hasta el hogar campesino: los malos caminos, las chozas raleadas en la montaña, la configuración irregular de nuestro suelo, habiendo a vaces sólo pequeños senderos que llevan hasta el hogar, hacen casi imposible el ejercicio de la medicina."

\*

En realidad para la Caja de Seguro Obligatorio encarar todo el problema rural serfa casi
un imposible, es pues necesario que contribuyan otras actividades: la Sanidad, los servicios
sanitarios municipales, la Beneficencia y aún
entidades como la Cruz Roja, que ha logrado
alcanzar cierto auge en la sanidad del país;
todas con una coordinación de sus servicios y
haciendo una organización racional, tomando
en lo posible una base territorial y según las
condiciones de la salubridad. (Región norte:
paludismo, viruela; región central; tifus exantemático; región carbonifera: anquilostomíasis;
región sur: tracoma, etc.

Naturalmente que todas estas medidas preventivas y de profilaxis deben ser acompañadas de una buena estadística de morbilidad y mortalidad (elempre las estadísticas han demostrado que la morbilidad y mortalidad es mayor en los campos).

A estos estudios estadísticos de la morbilidad y mortalidad se agregarían estudios completos estadísticos del standard de vida, ealario, alimentación y vestuario; todos estos datos darian la pauta de la labor que nos cabría en la medicina preventiva.

Se podría elaborar un plan que se adaptaría las siguientes posibilidades:

 Estudio de las necesidades locales de cada región,

 Coordinación en la labor de todos los organismos técnicos de la región.

Cooperación de las autoridades locales (Municipalidades, Carabineros, Escuelas Primarias).

 Cooperación de los particulares, en especial agricultores e industriales que tengan intereses en estos medios rurales.

Al las autoridades les cabría un importante papel en la dietación de Reglamentos y Leyes que trajeran un mejoramiento de las habitaciones, servicios de aseo, letrinas, abastos de verduras y carnes.

Los particulares pueden colaborar eficientemente mejorando los salarios, las habitaciones, y en aquellas regiones en que los patrones proporcionan alimento a sus obreros, mejorándoles tanto su calidad como su cantidad.

Finalmente, la escuela tiene un enorme valor en el sentido que se puede hacer una enseñanza racional y constante de las prácticas higiénicas desde los primeros años. En realidad esta enseñanza és la más fructifera y cuyos halagueños resultados podrán palparlo las generaciones venideras.

En un artículo que envié a "Acción Social" (N.o.36) expresaba mi dolorosa experiencia en cuanto al elemento patronal:

"Otro punto que merece una especial consideración es la cooperación que el elemento pa-

tronal debe prestar al médico y sus auxiliares en sus atenciones en los campos.

En el medio rural que he actuado he tenido oportunidad de observar en algunos patrones la indolencia con que miran los servicios médicos de la Caja de Seguro Obligatorio; a no mediar muchas veces la buena voluntad de algún inquilino que nos ha mostrado el camino que conduce hasta el enfermo, los patrones ni siquiera se han dignado presentarse al médico. En la zona de mi dirección en que los propietarios de predios son todas personas de clase acomodada, ha llegado a veces a tal punto la poca gentileza, que nos ha encontrado la hora del a nvuerzo en nuestra labor y esta gente no se ha dignado ofrecer un mendrugo de pan; en otras oportunidades ni siquiera se han proporcionado los medios de locomoción para trasladarse alguna choza algo distante del camino. El médico ha tenido que recorrer tres o cuatro kilómetros a pie.

Este punto debe ser estudiado por la Superioridad y en aquellas rondas largas y con patrones tan poco comprensivos de la pesada labor del mádico, marcar un pequeño viático a todos los funcionarios del Seguro para que puedan sobrellevar sus más urgentes necesidades."

. .

La principal labor que deben ejercer todas las actividades médicas puestas al servicio rural deben converger a efectuar una labor de saneamiento, ya que todos los autores están acordes para atribuirle al medio rural una cuota de morbilidad y mortalidad muy superior al medio urbano.

En la revista "Acción Social" recalcábamos estos mismos hechos copiando un trozo de un interesante artículo del Dr. Leonardo Guzmán;

"Existe a este propósito el error de creer que bastan el sol y el aire para poder burlar las prescripciones de la higiene, pero en todos ios pueblos en que se ha hecho una buena estadistica ocurre que la mortalidad en los campos y aldeas es mayor que en las ciudades. En Chile aparecen las ciudades con mayor mortalidad que los campos porque de éstos acuden a las primeras en buæca de auxilios médicos, sea en sanatorios u hospitales, los enfermos graves; de tal modo que en el campo quedan sólo muy pocos de ellos.

La ampliación de los actuales servicios de agua potable debidamente saneada y de los atcantarillados y la obligación de construir fosos sépticos en las aldeas y los fundos nos evitaría, sin duda alguna, la mortalidad por las enformedades llamadas hídricas (fiebre tifoidea, paratifus, disentería), que fué la causa de 369 fallecimientos en el año 1933."

De otro trabajo del Dr. Enrique Laval e tractamos los siguientes capítulos:

"Un concepto muy difundido ha atribuido a la vida del campo condiciones higiénicas de tal naturaleza favorables que no podrían ser comparadas a las del medio urbano. Pero si examiman cuidadosamente los factores de superación, se observa que estos se encuentran contrarrestados por otros, fan numerocos y fundamentales, que reducen las excelencias del medio rural a una penosa inferioridad higiénica. En efecto, los dos grandes factores de saneamiento, la luz solar y la vida al aire libre no logran vencer las dificultades que oponen las malas condiciones do las habitaciones, la aglomeración de personas. el contacto directo del hombre con los animales. el agotamiento físico causado por las malas condiciones del rabajo y por la subalimentación, la captación defectuosa del agua de bebida y la falta de alejamiento y destrucción de los desperdiclos y deyecciones, la contaminación permanente de aquella por éstos, las posibilidades de infección de la leche - considerados los métodos primitivos de ordeña y conservación de ella-, la ignorancia, el desaseo personal y, por último, la carencia de servicios médicos curativos y preventivos. Todos estos son factores que colocan la vida agrícola en un nivel inferior a la vida urbana.

Fué la última guerra europea la que puso de relieve la realidad dolorosa de estas circunstancias, al comprobar los índices elevados de campesinos eliminados del servicio a causa de tuberculosis u otras enfermedades incomputibles con la vida de campaña, en una proporción de 3 a 1 en relación con los individuos provententes de las ciudades.

Posteriormente estas condiciones han sido estudiadas aculciosamente y las estadísticas sólohan comprobado las circunstancias anteriores. El profesor Chodzko, Director de la Escuela de Higlene de Varsovia, en un interesante trabajo sobre las condiciones sanitarias rurales publicado en 1930 demuestra con abundante documentación que en países como Francia, Alemania, Polonia, Suíza y Estados Unidos, los campesinos se encuentran más expuestos a la tunerculosis que los otros habitantes.

Keilner, en un escudio sobre índices de mortalidad, prueba a través de nutridas estadísticas, que las regiones agrícolas de Europa, se encuentran afectadas por la tuberculosis dos veces más que los países industriales como Béigica, Alemania, etc. Las estadísticas francesas correspondientes a 1928 manifiestan que, mientras la mortalidad por tuberculosis en la edad de 20 a 29 años alcanza en las ciudades a 25,2 y 23,9 por cada 10 mil habitantes para hombres y mujeres respectivamente, estas cifras se elevana 34,2 y 29,9 por 10 mil habitantes en las regiones rurales.

El informe del **Profesor Tomanck**, Jefe del Servicio de Tisiología de la Universidad de Lemberg, referente a 3.684 enfermos atendidos en 1930, revela que el 53 o/oo de los enfermos provenían del medio rural .

La falta de estadísticas adecuadas a este objeto en nuestro país nos impide proporcionar datos globales, pero si podemos proporcionar datos parciales que arrojan suficiente luz.

A través de la Estadística Oficial de 1930, se establece que la mortalidad general en el país alcanzó a 24.7 o/oo habitantes. En Santiago urbano esta cifra se eleva a 25 o/oo y llega a 26 o/oo en Santiago rural.

-

En Concepción urbano la mortalidad general representa el 32 o/oo de la población y en el

acctor rural 37 o/oo.

En sectores en los cuales la Beneficencia Pública ha ubicado Casas de Socorro: San Clemente y Nancagua, por ejemplo, la mortalidad alcanza a 35 y 31 o/oo, respectivamente superando en varias unidades a la mortalidad del sector urbano más próximo.

Pero, si dentro de las unidades de la mortalidad general pudieran encontrarse excepciones, dentro de la mortalidad infantil (menores de un año) la regla es general; ésta representa en los sectores urbanos (Santiago, Concepción. Antofagasta, etc.,) el 38% de la morta-idad general y este porcentaje se eleva al 63% en si medio rural (Conchalí 70%; Doñinue 69%; Yerbas Buenas 46%; Portezuelo 70%; ctc.)

Respecto a la relación i xistente entre los tuperculosos del campo y le las ciudades, no tenemos datos, pero no deja de interesar el necho de que en el mes de Noviembre del año en curso, el 56% de los hospitalizados en San José, Hospital de tuberculosos, provenían del campo.

Las estadísticas de las Casas de Socorro que funcionaron en 1931 son muy instructivas; el 25% del total de atenciones correspondió a tuberculosos, en circunstancia que en Santiago, en 1930, época en la cual no funcionaba aún el Consultorio especializado del Hospital del Saivador, los tuberculosos concurrentes a los Policlínicos y Consultorios dependientes de la Junta de Beneficencia de Santiago, alcanzaban al 12% del total de enfermos.

Ha sido curloso observar en el curso de la actual epidemia de tifus exantemático que se desarrolla en las provincias de Nuble a Cautín, una característica casi gereral: los focos han quedado habitualmente localizados en el sector rural. En San Carlos no se ha presentado un solo caso en la ciudad, todos — y en número considerable — provienen del campo; igual ha acontecido en Búlnes, Coelemu, Tomé, Nueva imperial, etc., etc.

Contribuyen a aumentar estos índices de morbilidad y mortalidad, la carencia casi absoluta de servicios médicos y la fatta de medios fáciles de comunicación que impida hacer llegar los enfermos a los centros de recursos médicos.

De lo expuesto se desprende, en contra de la impresión general, que las condiciones higiénicas de la vida rural son notoriamente inferiores a las de la vida urbana".

\* \*

Todas estas son razones para comprender que la base de todo mejoramiento higiénico del medio rural estriba en un problema de mejoramiento económico, con difusión y enseñanza de los principios higiénicos. Esta enseñanza debe hacerse intensiva a todas las actividades v todas las edades, cabiéndole importante participación en esta educación a las autoridades sanitarias, a les organismos particulares de difusión higiénica y a la escuela rural.

Esta enseñanza debe propender ante todo al mejoramiento en calidad y cantidad de los elementos de alimentación, en especial, una alimentación variada, fresca, nutritiva y de gran valor vitamínico.

Otro factor importante en el mejoramiento lel medio rural es la eliminación rápida de las aguas servidas y de los desperdicios domésticos, tanto por su aspecto repugnante como por el peligro que entraña al contener microbios patógenos. Dichas sustancias deben ser rápidamente retiradas de las viviendas por medio de desagues o blen retenidas hasta, conseguir la destrucción completa de los microbios patógenos.

El mejor sistema para eliminación de 10s residuos es el de alcantarillas, pero en nuestro país es un ideal imposible de cumplir en los campos. Este sistema se ha podido aplicar con buenos resultados en los centros de pequeña población.

En nuestro país, podría aplicarse con bastantes buenos resultados el sistema de fosas sépticas, teniendo siempre cuidado que su instalación quede lejos de la vivienda para evitar contaminaciones y sobre todo, debe tenerse cuidado de su desinfección, vigilândolas periodicamente, bien cercadas y en lo posible aprovechar la configuración del terreno para su escurrimiento, (región montañosa).

Puede también adaptarse un sistema de desagues con agua corriente, siempre que reunan los aiguientes requisitos:

Calidad del agua a una distancia determinada más abajo de la desembocadura de las aguas servidas en igual calidad que más arriba de donde penetran.

2.—Que la dilución sea suficiente; el volúmen debe ser 100 veces superior al volumen de la aguas que allí desembocan, previamente eliminadas todas las materias sólidas.

Para a depuración de las aguas pueden utilizarse varios métodos:

 El más sencialo es un enrejado o filtro fijo que retiene todo el material sólido.

2.—Los estanques de clarificación efectúan cierta purificación, según la calidad de las aguas servidas y la velocidad de la corriente.

Tenemos también los filtros regadores, la irrigación subterránea, sumideres, escurridores, etc. Este último método se puede utilizar cuando no haya posibilidad de contamnar el agua que ha de emplearse como potable; este método no debe empiearse si hay grietas en el suelo.

Las siguientes condiciones deben tener las aguas servidas en los distritos sin alcantarillado:

1.-Protección de la superficie del terreno.

2.—Protección del agua subterrânea.

 Protección del contacto de las aguas servidas con las moscas.

Podriamos hacer largas exposiciones de os diversos métodos que pueden utilizarse para la higienización de las aguas servidas, pero creo que la única fórmula posible en nuestro país es el "Hoyo Corriente", dispuesto de tal manera que no haya perigro de contaminación de algún pozo o sitio donde se haga la provisión de agua; lejos de la casa habitación y con el menor contacto posible de las moscas. Es conveniente que estos hoyos en su parte más inferior y laterales se encuentren recubiertos de una capa impermeable (cemento, piedra, etc.).

En ciertas regiones se tiene la mala costumbre de aprovechar los desperdicios dom'sticos en la alimentación de los chanchos o bien se les coloca en hoyos que son simplemente recubiertos con tierra. Es una buena medida santaría considerar todos estos desechos como materia séptica y guardar los mismos cuidados que con los escrementos.

ABASTECIMIENTO DE AGUA. — El ideal es un sistema de abastecimiento central para todas las poblaciones, pues de esta manera es mucho más fácil vigilarlo y en caso de necesidad purificarlo. Nunca cast puede llegarse a este ideal y por lo general cada poblador tiene que hacer su propio abastecimiento, aprovechándos ya de pozos, cisternas o vertientes. En los dos primeros casos es indispensable tener el cuidado de construirlos lejos de cualquier sitlo que entrañe un peligro de contaminación (mala construcción o mal resguardado).

En las construcciones donde los conglomerados de casas tienen un abastecimiento central deben ser bien vigilados tanto la fuente de origen como el sistema distribuídor y su vigilancia debe ser más cuidadosa en las épocas de mayor peligro de contaminación (estación seca, inundaciones, etc.).

Tiene gran importancia la supervigilancia que las autoridades locales deben ejercer sobre todas estas construcciones y sistemas, e informar tanto a los particulares como a las comunidades del correcto funcionamiento técnico de todos estos sistemas.

HABITACION. — Es este uno de los problemas más inter-santes que se presentan en el estudio de la higiene rural; múltiples factores influyen para que sea un problema de difícil solución; por una parte la miseria e ignorancia del campesino, por otra el poco espíritu de adcianto y humanidad que tienen los dueños de predios.

En el N.o 36 de "Acción Social" nos expresábamos en estos términos del hogar campesino:

"La choza o habitación se reduce a una mis>rable pieza de barro y paja donde se ejercen todas las funciones, desde dormitorio para sus moradores y corral para los animales. Las condiciones higiénicas no son detestables, sino francamente inhumanas, por piso ladrillo o tierra y por techo aigunas tiras de paja; catre por lo general poseen los progenitores, los hijos se crian entre jergones en el suelo. La promiscuidad es ejercida con todo desenfado y no hay más velo para el pudor que las sombras protectoras de la noche. En este estado de cosas, los hijos ven a sus padres cumplir con sus funciones genésicas v cuando la madre ha partido a la otra vida, el padre continúa muchas veces con su hija las nobles funciones de la reproducción.

"Largas páginas se utilizarían para describir el rancho campesino con todas sus miserias; a lo largo de este trabajo tendra que insistir variza veces en los vicios raciales que adolece nuestro campesino cuya vida es como la prolongación del indio nativo que escondía en su ruca la inferioridad mental y física".

La vivienda que actualmente existe en los m?dios rurales no llena en ningún momento el mínimo de los requisitos indispensables para una habitación higiénica. Son escasas y reducidas, de material inadecuado y faltan por completo los servicios sanitarios indispensables (agua potable, luz artificial, letrinas, etc.). En cuanto a la distribución de las piezas no existe ningún órden y no hay independencia entre los aposentos dedicados a la vivienda y los compartimentos dedicados a los animales. Referentes a la ubicoción misma no existe ningún principio de higiene y menos de meteorología (sitios húmedos, regiones sombrías, demasiada exposición a los vientos etc., etc.). Los conceptos primordiales de ventilación, aireación y calefacción son completamente desconocidos,

Múltiples son los factores que contribuyen al problema de la vivienda, los principales pueden resumirse en:

La educación.—A la escuela primaria le cabría un gran papel con las enseñanzas de las prázticas más elementales de higiene como el valor del aire, la luz, el vestuario, el agua y jabón, etc.

Otro factor es el mejoramiento del standard de vida del campesino, con sus mejores salvios, aumenta su poder adquisitivo y puede surtirse de ciertos utensillos que mejoran las condiciones del hogar. En este punto le cabría un importante papel a los patrones, pues para ellos èl sacrificio de despojarse de una mínima parte de sus ganancias representa para esta gente un escalón más en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Al mísmo Estado le cabe también un importante papel, por medio de leyes y reglamentos que prohiban la edificación de los ranchos y rucas que son verdadera afrenta para la condición humana de quienes la van a habitar.

Debiera dictarse un Reglamento de Habitación Rural, para darle al campesino un hogar que lo proteja de las inclemencias del tiempo a la vez que permita un completo aislamiento de los animales que conviven con él.

Tal importancia tiene el problema de la habitación rural que sin temor de exagerar, se puede sostener que la causa de la despoblación de los campos y la enorme cifra de morbilidad y mortalidad se debe en gran parte a la habitación malsana e inapropiada del campesino.

He aquí el papel que debe representar el Gobierno en estado de cosas: proceder a la demolición de todas aquellas habitaciones inadecuadas y obligar a levantar en su lugar viviendas que sean compatibles con las necesidades de todo ser humano

Las mismas industrias debieran instalarse en los medios rurales, pues traería una mayor repoblación de estas regiones a la vez que la nueva edificación, sería trazada según un plan higiénico, quizás si hasta las condiciones económicas y de salud mejoraría para los obreros.

# Algunas ideas sobre la forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas (1)

Dres, RAUL CANTUARIAS B. y ALBERTO RODRIGUEZ R.
Cons, Tocopilla.

El estudio crítico, la exposición de algunos datos estadísticos, las soluciones que pretendemos para el problema venéreo en Chile, los hemos realizado y desarrollado tomando como base el problema venéreo local de Tocopilla.

Este puerto es la única ciudad de consideración situada entre dos enormes provincias (Tarapaca y Antofagasta) y alejada de las respectivas capitales a centenares de kilómetros. Su
movimiento comercial y marítimo de desembarque de mercaderías y embarque de salitre y cobre le permite estar en contacto con barcos de
todas las nacionalidades del mundo, cuyas tripulaciones forman una población flotante que frecuenta durante el período de trabajo de sus respectivos barcos los sitios de diversión de la ciudad y permanece en ella el tiempo suficiente
para dar o recibir el contagio venéreo obligado
en el comercio sexual.

Se ha pedido por lo tanto estudiar paso a paso y detalladamente una serie de aspectos del problema venéreo que pueden servir de aporte para el estudio completo de esta importante materia, que en el fondo viene a ser un verdadero problema de razas cuyas soluciones son posibles a bast de un plan económico-social-sunitario y a base de una legisfación que contemple la demuncia venérea y el delito de contagio.

(1) Trabajo para el IV Congreso de Asistencia Social de Chile.

No es posible entrar en otras ideas o generalidades sobre este problema de sobra conocido por todos los médicos de Chile y no lo hacemos precisamente porque queremos entrar de !leno a abordario. La trascendencia de dicho prob'ema ez eminentemente social y sus consecuencias tienen una proyección a larga distancia en el individuo, en la familia y en la sociedad. Sin exagerar, podemos decir que la cuestión venérea hoy día es ya un problema de incapacidad tardía para el trabajo debido a lesiones irreparables en el sistema circulatorio, nervioso, etc., de: trabajador. Por ejemplo, la Caja del Seguro Obrero Obligatorio ha tenido que desembolsar ingentes suman de dinero que ascienden a varios centenares de miles de pesos para cubrir los gastos de invalidez de sus trabajadores víctimas de lesiones venéreas incurables. Esto, que es una cuestión de gravedad para esta institución fo es también para las otras Cajas de Previsión y para la Beneficencia que tiene que invertir enormes sumas en la mantención de Manicomios, Open Door, Asilos de Ancianos, etc.

El precoz diagnóstico, el tratamiento racional al alcance de estos numerosos enfermos y antes que todo esto, la profiláxis obligada relacionada con el contagio venéreo habría podido evitar en gran proporción los funcetos resultados, inevitables y tardíos, de sus complicaciones. Hace falta un organismo sanitario-social que, extendido a lo largo de todo el país, se haga

Los otros factores que influyen en las condiciones higiénicas del trabajador son la alimentación y el vestuario:

Almentación. — No se hace en los campos sulandose por principios científicos, sino que en ella influyen más la rutina; otras veces las condiciones de miseria del terreno son tules que no le preporciona al campestro los medios más indispensables para su alimentación. En este sentido también influye la avaricia del patrón ya que con los salarios miserables no le es posible al trabajador adquirir los elementos indispensables para el y los suyos.

El vestuario.— La indumentaria del campesino es escasa: pantaión, camisa y blusa; por lo general cuando el inquilino no se encuentra en facnas usa la "manta" o "poncho", prenda que abandona tan pronto comienza el trabalo.

La inclemencia del tiempo en el trabajo del cempo es mayor que en la ciudad, ya que el obrero trabaja por lo general, en espacios cerrador, en cambio el campesino ló hace a pleno aire. Las horse de trabajo en el campo son de sol a sol, es decir, el inquilino recibe el intenso frío de la mañana, que por razones meteorológicas son las

horas más frías del dia ya que comienza a producirse la evaporación del rocio, lo cual trae una baja temperatura ambiente. Si bien es cierto que la labor del campo es ruda y movida, sin embargo hay que considerar que no es continua, ya que exige cierta observación y cuidado (sembrar, regar, etc.).

Si después penetramos al hogar campesino, inmediatamente nos llama la atención su miseria; en sus lechos en lugar de frazadas usan iergones que son insuficientes para guardar la temperatura, unida al frío que reina dentro de la pieza, hace que por la vaso-dilatación periferies que se produce durante el sueño, el individuo tensa una gran pérdida de calor, cuyo resultado unido a la alimentación deficiente, traiga un debitamiento de las defensas naturales del individuo, haciéndolo fácil presa de los estados gripales y reumáticos.

Para terminar diremos que el abrigo, factor primordial para la vida, es tan desconocido por esta gente tanto en su calidad como en su cantidad que puede decirse que el campesino visto desde que nace hasta que muere con la misma ropa. cargo y sea responsable de este diagnóstico, de este tratamiento y de esta profiláxis.

En cuanto a la incapacidad temporal causada por las enfermedades venéreas y de ellas, especialmente la linfogranulomatosis de Nicolás Fávres, constituye para nosotros, médicos prácticos, un serio escollo por cuanto ensayando los diversos tratamientos ya esa médicos o quirárgicos, poco es lo que logramos con respecto a la disminución del tiempo de incapacidad que puede avaluarse en 50, 60 ó más dias como término medio. La faita de medios de investigación en el pobre, sucio y reducido Hospital con que contamos no nos permite abarcar con éxito el estudio de la verdadera profiláxis de esta enfermedad.

Otras de las enfermedades venéreas que en las masas trabajadoras, base de nuestra Asistencia Social, que incapacita temporalmente al individuo para su trabajo, es la Blenorragia aguda y sus complicaciones dolorosas o inflamatorias de vecindad, complicaciones producidas por las condiciones duras del trabajo. También los chancros blandos que florecen frecuentemente en forma fagedénica, casi siempre debido al hábito poco higiénico de nuestro pueblo y al enorme valor del agua dulce que asciende a \$ 4.50 el metro cúbico y a un falso sentido del pudor que le hace ocultar sus lesiones en un comienzo, incapacitan alrededor de 15 a 20 días al obrero, lo que significa subsidios, gastos en medicamentos, atención médica por una parte y trastornos econômicos familiares en el hogar proletario que se mantiene constantemente en un equilibrio monetario inestable.

Intencionadamente queremos incluir en estas consideraciones como enfermedades para-venéreas, si se nos permite esta expresión, a la Acariosis o Sarna y a las Piodermitis generalizadas concomitantes. Decimos para-venéreas como podrámos decir contagiosas, aislables, etc., porque un gran número de enfermedad en los prostibulos, en sus contactos sexuales, o en la promiscuidad del hogar obrero donde todas las enfermedades se mancomunan. Un gran número de esos acarióticos y piodermiticos están materialmente incapacitados para el trabajo y esa incapacidad es en Tocopilla más larga que en otras cludades donde hay más confort y más llimpieza.

Como la mayoría de estas enfermedades, ya sea venfreas o para-venéreas, no pueden tratarse embulatoriamente o en los hogares, nuestra 
dolorosa práctica nos aconseja alsiarlos en el 
Hospital en secciones adecuadas y en nuestro 
caso, y en el de muchos Hospitales de departamentos nace otro problema que trataremos más 
adelante.

En el deseo de precisar con cifras el desarrollo o incremento de las enfermedades venéreas, queremos consignar algunos datos estadísticos de su morbilidad. En el Hospital adonde ilegan los enfermos en pleno período de contagio o con complicaciones graves que obligan a recluirlos, existen las sigulentes:

Hospital de Tocopilla.—En el año 1933 se hospitalizaron 1,354 enfermos de los cuales 106 eran venéreos, lo que da un 7,8%. En el año 1934 se

hospitalizaron 1,255; 39 eran venéreos, lo que da un 7,9%. Hasta el mes de Agosto de 1934 se han hospitalizado 777 enfermos de los que 65 son venéreos, lo que da 8,36% de morbilidad venérea. En cuanto a la Sarna y Piodermitis, que hemos llamado para-venéreas, las cifras de relación son las siguientes: 1,2%, 2% y 1,4% respectivamente por año.

Policiínico de Cesantía,—Desde 1933 a Agosto de 1935 se han atendido 6,544 enfermos de los que 705 han sido venéreos, lo que da un 10,7% de morbilidad.

Pollelínico de la Compañía Chile Exploration.
—Durante el año 1935 se han atendido en este
Policlínico 5,193 enfermos. Total de enfermos
venéreos 40, lo que da 0,7% de morbilidad venéreos.

Como se vé en este Policilnico particular de una Compañía rica como es la Chile Exploration que cuenta con un servicio profiláctico diurno y nocturno permanente la morbilidad venérea es mínima y honra a este servicio.

Policlinico del Seguro Obrero Obligatorio .-Año 1931. Se atendió 5,897 enfermos de los que 473 eran venéreos. Morbilidad venérea 7.6%. Año 1932. Se atendieron 5,240 enfermos de los que 105 eran venéreos, lo que da un 2% de morblidad. Año 1933, se atendieron 3,417 enfermos con 0.67 de morbilidad venérea. Año 1934, se atendieron 3.511 enfermos con 70 casos de venéreos; total de morbilidad venérea para este año, 5,1%. Año 1935 hasta Agosto inclusive: Enfermos atendidos 3,318. Venéreos 115. o sea un 3,4% de morbilidad venérea. Se nota durante el presente año una disminución del po centaje de morbilidad venérea porque se ha establecido en el Policifnico del Seguro Obrero un servicio profilactico nocturno a permanencia, que está en las inmediaciones de los barrios donde se ejercita el comercio sexual.

Policlínico Sanitario Anti-Venéreo. Sección Prostitutas.—Se atendieron durante 1934, 702 mujeres, sólo 104 de ellas estaban sanas; 598 eran enfermas, lo que da un porcentaje altisímo de morbilidad: 85,2%. Durante el año 1935 hasta el mes de Agosto se han atendido 644 mujeres. 88 han sido sanas. La atención de este año arroja 86,2% de morbilidad venérea,

Antes de entrar a tratar la manera cómo encarar el problema de las enfermedades venéreas gueremos abordar el estudio de la prostitución como fuente de contagio femenino, institución enormiemente desarrollada a lo largo del país, que no tiende a desaparecer sino que a aumentar, se la reglamente o no, porque su origen está muy ligado, y esto se nota principalmente en los puertos del Norte, a las depresiones periódicas de la economía.

En una encuesta realizada entre las prostitutas de Tocopilla que se encuentran registradas, sin tomar en cuenta las clandestinas que existen más o menos en igual proporción, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1.0 El 80% son prostitutas por razones econômicas, el 15% inducidas por otras mujeres y el 5% restante, por deseo propio.

2.0 El noventa y cinco por ciento son madres de uno o más hijos, o mujeres abandonadas, o que tienen otras cargas de familia, como la mantención de la madre, hermanos menores, etc.

3.0 El 90% son analfabetas.

4.6 El salario mensual por comercio sexual fluctúa entre \$ 100 y \$ 200 para una categoría especial; para el resto, apenas el sustento diario y un mal vestuario.

5.0 Un 50% de ellas, se vé inducido a beber aicohol sin gustarle, por la obligación que hay en los prostíbulos de que la asilada lo consuma para aumentar los gastos del cliente y la gauancia de la dueña del prostíbulo que a fin de cuentas, aunque nos pese, deberemos reconocerla como el verdadero patrón de la prostítuta, para lo que más adelante expondremos.

La experiencia, en este puerto donde los funcionarios se conocen y se tratan con frecuencia. nos enseña a considerar que el trabajo efectuado bajo el punto de vista venéreo, en comunión de aspiraciones un servicio con otro, coordinando la acción anti-venérea de manera, por ejemplo, que el Hospital reciba al enfermo enviado ya sea por el Seguro Obrero u otras instituciones como la Sanidad, en las salas de aislamiento apropiadas, que el tratamiento madico se haga siguiendo una pauta que lo simplifique, abarate y estandarice sin menoscabar su eficiencia, es un trabajo ordenado y armónico que necesariamente tiene que conducir al exito en la campaña. De ahí que nosotros pensemos en la necesidad urgente de crear un organismo técnico poderoso, bien organizado, que cuente con dinero suficiente para que se haga cargo con exclusividad de las tareas siguientes que proponemos como solución al problema que desarrollamos:

PROFILAXIS.—Para llegar a realizar esta condición técnica es necesario, antes que todo, crear en el ánimo de la gente en general, un conocimiento exacto de lo que son las enfermedades venéreas y la trascendencia vital muchas veces de carácter mortal que tienen por sí mismas o por su cortejo de complicaciones. Se conseguiría este objeto creando para el individuo desde su niñez conceptos biológicos-sexuales, etc., o sea, introduciendo en la educación la enseñanza sexual de hombres y mujeres, lógicamente en forma razonada y conveniente. Complemento de esta enseñanza sexual es la propaganda antivenérea con conferencias, afiches, exposiciones de cera, y lo que es más, la cinematografía al servicio de la educación anti-venérea de los individuos.

Esta educación profiláctica venérea para la población que acuda en demanda del comercio sexual, comprendería también, conferencias en las que se hiciese una verdadera enseñanza de los distintos profilácticos y se les hiciese ver la conveniencia de acudir a los sitios donde estos profilácticos pudieran ser proporcionados en forma gratuita en algunos puntos, o pagados en otros.

En seguida, deben crearse los servicios profilácticos diurnos y nocturnos hasta donde lleguen los individuos que quieran evitar en lo posible su contagio venéreo. Estos centros profilácticos deben estar instalados a poca distancia de los barrios de prostitución y también en las inmediaciones de los barrios obreros, o sea, que de la estrategia de su ubicación depende el exito de su acción profilâctica.

Para los puertos chilenos, especialmente los del Norte, es necesario llegar a la confección de una ley o reglamento marítimo sanitario obligue a las tripulaciones de los diferentes barcos, ya sean extranjeros o nacionales a acudir a una oficina profiláctica donde se hicieran las primeras atenciones antivenéreas. En esta oficina, que estaría situada en las inmediaciones del muelle de desembarque, se detendría al portador de una lesión venárea no permitiéndose en calificados casos su deambulación por la ciudad. Se haría la denuncia de los tripulantes que mostraran cualquiera lesión que pudiese ser el punto de entrada de una futura afección venérea o el punto de contagio, ante las autoridades correspondientes para que le impongan la obligación de un tratamiento. Como complemento de esta reglamentación se exigiría la presentación de una ficha sanitaria venérea en donde se anotaría el estado venereo del afectado, cosa que permitiria un control del tratamiento en todos ellos a lo largo de todos los puertos de nuestro país.

Es sabido que algunos de nuestros barcos, sobre todo los de carga, igual cosa para los barcos similares extranjeros, no cuentan con un servicio de practicantes especializados. Entonces, los que viajan lesionados tendrían donde realizar sus curaciones y tratamientos siquiera en cada puerto.

Esta oficina estaría a cargo de un practicante especializado, dirigido y controlado por el Médico de Bahía.

PROSTITUCION .- Hemos señalado en generalidades la condición social y económica de la prostitución. El organismo técnico a que nos estamos refiriendo debería llegar a la reglamentación del delito de contagio venéreo. (hay en estudio un Proyecto de Ley sobre el delito de contagio venéreo que será presentado a la Cámara por el Honorable Diputado y colega doctor don Miguel Concha), pero no en la forma represiva y en cierto modo, violenta para la prostituta sino dignificando su condición social y mejorando su condición económica, creando un Seguro Social que lo podría dar el Saguro Obrero Obligatorio como organismo interesado en esta campaña. La prostituta de hoy se encuentra explotada por el cliente, la dueña de casa o el amante; se encuentra degradada por el consumo obligado de alcohol y no responde a ninguna actitud sanitaria de invitación a examen o curaciones por temor de que se la deje excluída de su comercio sexual o se le cobre estos tratamientes reduciéndoles sus escasos salarios.

Con este seguro social, hecho a base de un aporte patronal (la dueña de casa) y del aporte de la prostituta, crearfamos condiciones económicas para que la mujer prostituta tenga previsión social, atención médica gratuita comoleta, beneficios que la protejan de las enfermedades, invalidez y vejez y por otro lado que reciba

beneficios en subsidios durante la hospitalización obligada, la maternidad y la lactancia. Este seguro social de la prostituta que sería una "Asegurada Obligada con Patrón" estarla acondicionada en una forma igual a la del actual obrero assgurado con patrón de da Ley 4054.

En esta forma, la explotación por las dueñas de prostibulos tendría su compensación en la cuota patronal que aportarian y la mujer asiliada dejaria de ser en cierto modo proetituta, reconociéndole una calidad de asalariada que por condiciones económicas o de otra indole se ha visso lanzada a esta cuase de comercio sexual del cual dificilmente, pourá librarse.

Otro estudio muy interesante que pouria abordar el organismo de que vamos habiando, seria el de llegar a la organización de los prostibulos que reuniendo las condiciones nigienicas necesarias permacan por su reducido numero, una regiamentación y una riscanzación mas estricta. No queremos habiar del prostibulo unico para los centros poblados sino que de un reducido numero de ellos, en relacion directa con la demanda de la pop-ación. Se concentraria entonces, en casas higienicas la población de prostitutas, obteniéndose con ello una mejora en su regimen miserable de vida actual y una mejor vigancia sanicaria porque permitiria exigiries un servicio higienico profiláctico en la misma casa. Condicion "Sine qua non" de estos prostibuios debe ser la abolición absoluta del espendio de alconol, como también debe negarse la entrada a ellos a toda persona en estado de embriaguez aiconoitca. Sabemos todos que el alcononsmo es una de las causas predisponentes para el contagio. Una mente turbia no recuerda la profilaxis.

Estos prostíbulos higiénicos deberán estar registrados y sometidos a una regamentación adhoc y debe realizarse en chos a través de affiches o letreros, la propaganda profiláctica necesaria.

La mujer asilada debe ser examinada en los dispensarios anti-venéreos, por lo menos tres veces a la semana, debiendo ser este examen lo suficientemente prolijo para certificar en su ficha venérea con exactitud su estado sanitario de contagio o de indemnidad. Si la mujer asilada se encuentra enferma, debe hospitalizarse en sala de aislamiento venéreo y gozar entonces de los beneficios que el Seguró Social des proporcionaria.

En estas condiciones, la prostituta que no se someta o que no cumpla con sus obligaciones sociales estaría expuesta a la sanción de una ley sobre delito de contagio venéreo podría determinar.

Esta medidas que dicen relación con la fuente de contagio femenino habría que extenderla a la fuente de contagio masculino. En este caso, hatría que recluír en el Hospital en sala de alslamiento para venéreos a estos contagiosos agudos, digamos, y someterlos también a la acción de la ley antes dicha.

Después de lo que se ha dicho sobre profilaxis y proestitución, es necesario entrar en detalles de los que este organismo anti-venéreo debería realizar con respecto al tratamiento de los enfermos venéreos.

TRATAMIENTO DE ENFERMOS VENEREOS.—La condición en que hoy se realiza el tratamiento de los enfermos venéreos, es de todos modos incompleta y difícil de realizar por la idiosineracia del enfermo venéreo frente a estos tratamientos, idiosineracia que se caracteriza por la falta de constancia y la fafita de fé en que su curación se obtiene por medio de un tan prolongado y complejo tratamiento. Una manera de asegurar un tratamiento serfa la distación de un reglamento que obligara al enfermo venéreo a realizarlo hasta su completa curación ya sea en los Dispensarios, Hospitales o Consultorios de Médicos.

Esta medida, junto con la que declararía delito al contagio venéreo vendría a llenar los vacios que se dejan sentir hoy día frente a este problema que ha tomado pavorosas proporciones en nuestro país.

Es necesario ir también a detallar, simplificar, abaratar y estandardizar, en lo posible, la medicación de estas enfermedades principalmente la sifilis en donde reina una verdadera anarquía de métodos terapéuticos y una variedad infinita de específicos. Este problema científico daría origen a un Congreso especial en donde se reunieran la mayoría de los especialistas y donde se apreciar la verdadera pauta a seguir, tomando como punto de mira el que la mayor parte de los enfermos venéreos pertenecen a la clase obrera del país y que es necesario librar de una vez por todas la batalla definitiva en contra de estas plagas mortales.

Estableciendo la Ficha Venérea se simplificaría en gran parte el problema anterior. Si todo enfermo venéreo llevara obligatoriamente, como se lleva el carnet de identidad, ante cualquiera institución médico-sanitaria, su ficha venérea fácil sería percatarse de su estado sanitario ya sea para darse cuenta de su contagiosidad, o de su evolución y tratamiento. Donde quiera que este sujeto vaya, sería posible la continuación de su tratamiento obligatorio y la anotación precisa y resumida de su evolución clínica. Esta ficha venérea debe exigírsele al individuo en los hospitales, dispensarios, organismos sanitarios, policlínicos, en las oficinas de contratación de trahajo, en las Aduanas de fronteras y puertos. Si el individuo no tiene esta ficha sanitaria venerea se le envía entonces, a la avanzada sanitaria más próxima, para que se le someta al previo examen correspondiente y se le provea de su ficha.

De lo expuesto, se desprende entonces, que nosotros queremos para estas enfermedades venêreas la misma reglamentación, hasta cierto punto dura, terminante, que se ha adopiado en nuestro país frente al tracoma, la viruela, fiebra amarilla, etc. Con la existencia de este organismo y su reglamentación, complementado con lo que más adelante expondremos, estamos ciertos de ir hacia la realización de la solución de uno do nuestros problemas sociales más difficiles.

HOSPITALIZACION DE LOS CONTAGIOSOS.—Socialmente hablando, se desprende de la sintomatología de estas afecciones dos grandes grupos de enfermos: los contagiosos y los no contagiosos. El tratamiento de los no contagiosos no ofrece mayores dificultades que las ya dichas

en su ejecución. En cuanto al de los contagiosos. nuestra práctica nos enseña que es indispensable someterlos para asegurar su curación a la hospitalización en servicios especiales de aislamiento. En nuestro país, sobre todo en los hospitales departamentales como el nuestro, con su reducido número de camas que no llega a 100, es muy difficil y a veces imposible cumplir con este deber de defensa social primordial y se vé el triste cuadro de prostitutas o de enfermos en estado contagioso franco revueltos con los demás paciertes en las únicas e insuficientes salas. Aquelloque no se hospitalizan por no permitirlo las circunstancias hospitalarias siembran su contagio o arrastran su miseria patológica por las calles a la vista de todos.

Un servicio de aislamiento en los hospitales debe ser dotado con el mayor número de camas posible, con un personal de practicantes y enfermeras especializado y ojalá separado del resto del hospital en la sección femenina, porque se ha dado el caso de que las pacientes hospitalizadas prostitutas corrompen a las que no lo son en breve tiempo y se mantiene en cierto modo un estado de tirantez entre las enfermas.

Para estos servicios de aislamiento venéreo debe disponerse además, de un instrumental apropiado y moderno, de la medicación específica correspondiente y de una sección de Laboratorio en donde puedan realizarse las reacciones o exámenes más indispensables o de más urgencia. Lógicamente que los hospitales de ciudades o pueblos cercanos a las capitales, podrían enviar a les grandes hospitales ya sean los enfermos mismos o los sueros para las reacciones.

En nuestra zona, que comprende un departamento amplio, donde los hospitales de cabece-a de provincia están a centenares de kliómetros del nuestro, es indispensable la construcción inmediata, no ya de servicio de aislamieno con el mayor número de camas sino del Hospital Moderno que extienda sus secciones y sea capaz de hospitalizar también aquellas afecciones de la piet, como la sarna, el impétigo generalizado, etc., que la escasez de agua y la múseria económica del pueblo no permite tratar en sus casas donde el vivir en promiscuidad es otra de las causas le que estas afecciones se eternizen.

DISPENSARIOS ANTIVENEREOS. — Para los enfermos ambulatorios debería crearse el mayor número de Dispensarlos antivenéreos con horas de tratamiento apropiadas para cada región y establecería el horario de las diferentes jornadas de trabajo, de manera entonces que el enfermo no perdiera su tiempo y su trabajo para tratar su afección. No hay que olvidar que esta es una de las causas del abandono e inconstancia de los tratamientos. Lo que se ha dicho para los servicios de aislamiento hospitalario en relación con eu dotación y personal, se aplicaría en este camo con algunas variantes.

Una cuestión social de importancia es proteger económicamente a estos enfermos mientras dura su período de incapacidad para el trabajo. — En estas condiciones babría, que ser en cierto grado generoso y extender los beneficios sociales, en la masa asegurada, por ejemplo, aún a los indi-

viduos que reglamentariamente no puedan percibirlos. Esta generosidad de parte del organismo que dirije los seguros sociales sería en gran parte compensada a la larga, puesto que se reducirían las pensiones de invalidez que en la mayor parte de los casos son por trastornos circulatorios o de otro orden ocasionados por la 40es mal tratada o no tratada.

Para librar esta decidida batalla social en contra de las enfermedades venfreas, es indispensable gastar de una vez por todas el dinoro suficiente para poner en movimiento a este organismo que deseamos crear y que podría llamarse Departamento de Asistencia Social Antivenérea y que debería estar integrado por los tres organismos visibles y más interesados en mantener la indemnidad biológica de los individuos a saber, Beneficencia, Seguro Obrero y Sanidad.

Este organismo técnico formado a base de estas tres grandes instituciones nacionales, extendería y ramificaría su acción técnica a la provincia, departamento y ciudades, repartiéndose la tarea en la forma siguiente: la Beneficencia construiría en los hospitales de toda la República, de acuerdo con las necesidades inherentes a cada región, los servicios de aislamiento antivenéreo en salas adecuadas. El Seguro Obrero, los centros profilácticos, los Dispensarios Antivenéreos y el dinero necesario para capitalizar los beneficios económicos-sociales de que ya hemos hablado. La Sanidad Pública, aportaría a este organismo, Dispensarios Antivenéreos para los indigentes y las prostitutas, la propaganda antivenérea, los profilácticos nocturnos y la aplicación reglamentaria antivenérea que estudia el organismo superior tomando como base, la actual regiamentación antivenerea. Este organismo superior, formado en las condiciones ya descritas, se proyectaría a lo largo del país, en la provincia y en el departamento, sobre todo en los puertos, para constituírse en la misma forma tripartita ya que con la importancia que han tomado estos servicios en cada pueblo, es posible encontrar representantes de la Beneficencia, del Seguro Obrero y de la Sanidad.

Una fusión de esos servicios de Asistencia Social, es de incalculables beneficios y nosotros lo estamos viendo en pequeño en Tocopilla, donde tanto el Médico Sanitario como el del Seguro y Hospitaiario marchan de común acuerdo en sus ideales de servicio.

Al presentar este modesto y precipitado trabajo, hemos querido solamente cumpiir con la obligación de asistir a este Congreso, ya que no con un trabajo de fondo, dada la premura del tiempo, siquiera con algunas ideas que sinceramente reconocemos emmo brotadas de la realidad ambiente local y fruto de la experiencia adquirida en los viajea a lo largo del país.

Después de presentar esta ideas, dejamos a la consideración del Congreso el que las encuentre dignas o no de la inclución en las importantes conclusiones a que llegue. Pensamos que esta Congreso solicite de los organismos técnicos superiores, la organización de un pian definido, coordinador, armónico y efectivo en contra de

# Algunas observaciones sobre la inmunización antitifoidea.

Dr. CARLOS MALDONADO B., Médico Director Provincial de Chiloé. Jefe Sanitario Provincial.

La fiebre tifoidea es, entre las enfermedades transmisibles, una de las que está más repartida, y en algunas partes se presenta formando verdaderos focos epidémicos.

En nuestro país, según las estadísticas de la Dirección General de Sanidad, se denunciaron los siguientes casos de esta enfermedad:

En 1932. . . . . 1218 casos En 1933. . . . . 1143 ' En 1934. . . . . 1372 "

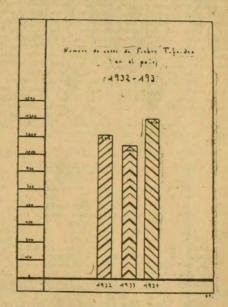
Lo que revela que, a pesar del mejoramiento paulatino de ias condiciones de higiene, ella va en aumento. Por oura parte. estas cifras no demuestran en forma efectiva el total de casos, ya que es sabido que no se denuncian, por muitiples causas, todos los casos de enfermedades transmisibles, sino que por lo menos un 25% no es declarado a la autoridad sanitaria; esto hace aumentar en forma considerable el número de enfermos indicados anteriormente.

En la provincia de Chilos el número de casos de fiebre tifoidea que se han presentado, ha sido el siguiente:

En 1931. . . . 141 casos En 1932. . . . 194 " En 1933. . . . 69 " En 1934. . . . 24 "

Estas cifras corresponden a los casos denunciados y a los que se han podido investigar por medio de las inscripciones de defunciones en el Registro Civil, etc.; sin embargo, ellas Estudio sobre 30.000 inmuniaciones practicadas en la provincia de Chiloé

deben ser aumentadas en un 25% por las mismas razones que he indicado anteriormente. Considerando el número de enfermos que se han presentado en esta provincia, podemos estimar, que esta enfermedad
influye considerablemente como un factor de gran morbilidad, y por lo tanto, hay necesidad de adoptar las medidas necesarlas para evitar su propaga-



una de las tragedias sociales más importantes que destruyen desde su germinación a nuestros hombres de trabajo, degenerando la raza.

La campaña antivenérea de la Asistencia Social, es un imperativo categórico en defensa de nuestras clases trabajadoras. Luchar contra las enfermedades venéreas es defender nuestra integridad nacional, nuestra nacionalidad misma.

Por cada individuo defendido del contagio venéreo, son varios los mortinatos, los tarados, los incapacitados o inválidos que desaparecen.

En estos momentos que el Cuerpo Médico chileno y gran parte de los hombres que velan en nuestro país por la salud pública, están concentrados en la realización de este magno Congreso de Asistencia Social, bastaria tan solo con que de aquí saliera la organización técnica que se va a hacer cargo de esta immensa tarea antivenérea. Y para terminar, en homenaje al Maestro de todos los Médicos aquí presentes, queremos asimilar para las enfermedades venéreauna bel a frase que hace muchos años el Profesor don Armando Larraguibel, en una de sus inolvidables lecciones de Patología General, decía para los cardíacos: "Las enfermedades del corazón tronchan muchas esperanzas y destruyen muchas realidades".

Tocopilla, fines de setiembre de 1935.

ción, que en algunas comunas toma los caracteres de verdaderos brotes epidémicos.

Medidas de prevención. - Siendo esta una enfermedad de origen especialmente hidrico, la principal medida preventiva debe referirse al mejoramiento de la calidad del agua, como también al de la eliminación de las excretas; lo primero sólo puede obtenerse dotando a las ciudades y pueblos de agua potable de buena calidad, lo que, si bien se ha hecho en las grandes ciudades, sin embargo en las aldeas y villas, no es posible por el elevado costo de las instalaciones.

En nuestra provincia, sólo en cuatro ciudades existe agus potable y en ellas se han presentado solamente casos aislados de flebre tifoidea, y en muy raras ocasiones. El grave peligro está en la población que no consume agua potable, como también en las que viven en habitaciones sin servicios apropiados para la eliminación de las excretas.

En este sector de la población, la única medida racional e importante, es la inmunización preventiva con vacuna anti-tifoidea; inmunización que en otros países ha dado espléndidos resultados, que quedaron ampliamente comprobados en la última gran guerra, y en diferentes países, como en Polonia, Francia, Checo. Eslovaquia, Alemania, Estados Unidos, etc., donde esta inmunización se ha aplicado en forma amplia.

Con estos antecedentes preparamos un plan de inmunización en nuestra provincia, usando la vacuna anti-tifoidea preventiva preparada por el Instituto Bacteriológico. En el primer año usamos la inmunización por la vía bucal en más o menos 1.500 personas, pero por la menor duración de la inmunidad que este mistodo produce, y por las dificultades de control, ya que en la región rural es sumamente difícil poder controlar a una hora determinada si se ha hecho la ingestión de la vacuna, preferimos la vía hipodérmica, hatiendo efectuado, desde 1931 hasta esta fecha, 30.467 inmunizaciones distribuídas en la

TOFF	High	B1185 F	116	ш	228		
En	el	año	1	93	1.	 *	3.261
Tiles	63	250	1	93	9		7 319

En el año 1933. . . . 6.384 En el año 1934. . . 10.210 5 meses año 1935. . 3.293 Total. . . . . 30.467

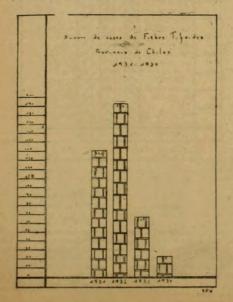
Edad de los inmunizados, — En las zonas donde se han presentado verdaderos focos epidémicos, se ha aplicado en general, desde los niños mayores de 2 años; pero se ha aplicado en forma preferente en los escolares, habiéndola efectuado en la casi totalidad de las escuelas de la provincia.

poslufección, — En los mayores de doce años se han usado las dos dosis recomendadas por el Instituto Bacteriológico, pero en los menores de estadad, se ha usado solamente 1/2 ec3. de cada una de dichas doeis, Generalmente se ha dejado pasar 5 a 8 días entre cada dosis, tiempo que en algunas ocasiones ha sido mayor sin que se haya observado inconveniente alguno por esta causa.

Reacciones que se han presentado. — En el total de los inmanizados no se ha obtenido alguna reacción general que sea peligrosa; se han presentado, en la mayoría de los casos, reacciones locales, que han desaparecido a los 2 o 3 días; y reacción general en algunos casos, que se ha manifestado con temperatura alta en la tarde del día de la inyección; estas reacciones han alcanzado a menos del 10% de los inmunizados.

Inmunizaciones asociadas, ---Siguiendo el procedimiento de Ramón y Zoeller en más de 5.000 inmunizados, se asoció la vacuna anti-tifoidea con las anatoxinas anti-diftéricas v anti-escarlatinosas, y con la vacuna anti-coqueluchoidea; en esta forma, según los autores nombrados, se obtiene un mayor porcentaje de inmunidad, siendo un procedimiento absolutamente inofensivo y que tiene la ventaja de establecer al mismo tiempo la inmunidad de 2, 3 o 4 enfermedades. En puestras observaciones, hemos confirmado ampliamente las opiniones de los citados autores, lo que también se ha confirmado en otros países, especialmente en Estados Unidos.

Resultados obtenidos. — Los podemos calficar de inmejora-

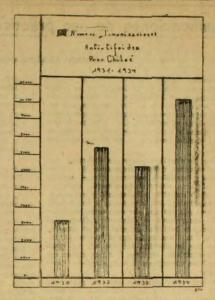


bles, ya que la disminución de los casos de fiebre tifoldea en esta provincia, es una prueba evidente de estos resultados; en aquellas partes donde se han presentado verdaderos focos epidémicos se ha podido dominar a estos en forma completa, no habiéndose presentado nuevos casos desde que se ha practicado esta inmanización completa de la población, no han vueito a presentarse.

Estos resultados brillantes no pueden atribuirse a otros factores, porque en aquellos sectores no se ha podido conseguir se instale agua potable, y aunque se han tomado algunas medidas para meiorar has condiciones de la vivienda, ellas no han sido suficientes para poder explicar estos resultados.

El procedimiento de la vucunación anti-tifoidea preventiva, es un procedimiento sencillo de resultados satisfactorios usado por vía hipodérmica, que no produce grandes reacciones generales, solamente pequeña reacción local, y que da un crecido porcentaje de immunidad, que puede llegar al 80% aplicada sola esta vacuna; y con otras vacunas, por el procedimiento de la immunización asociada, puede llegarse al 100% de immunidad.

En nuestro país que, como hemos dicho antes, la fiebre ul foidea es una enfermedad endémica, debe establecerse er forma obligatoria, ya que para conseguir resultados satisfactorios, es de absoluta necesidad aplicar esta vacunación en forma intensiva, es decir, a toda la población de los sectores que están frecuentemente amena/n-los por esta enfermedad.



Así como se ha establecido la imunización anti-variólica obligatoria, las imunizaciones anti-tifoidea y anti-diftéricas deben establecerse con carácter
obligatorio; como se ha decretado ya en varios países, que
han visto con la aplicación de
estas medidas, disminuir considerablemente las elevadas cifras
de morbilidad y mortalidad que
estas afecciones acarrean.

La Caja de Seguro Obligatorio, que por medio de sus Postas y Estaciones Médico Rurales, ha llevado hasta los sectores más alejados del país, el recurso de la medicina curativa, tiene un espléndido campo de acción; si, realizando uno de los más importantes problemas de la medicina preventiva, practica la inmunización antitifoidea de los asegurados y de sus familias; este procedimiento, sencillo y fácil, significará una disminución considerable en el pesado fardo de morbitidad que gravita en forma Intensa sobre sus servicios.

Puerto Montt, 23 de Septiembre de 1935.

# PABLO WEBER

SANTIAGO

Bandera 109

Casilla 2190

TODA CLASE DE

APARATOS

UTILES >

REACTIVOS

PARA LABORATORIOS

# Clasificaciones de uso práctico en la Tuberculosis

### Dr. ARCADIO ARANDA, Cons. Chillán

La práctica profesional en nuestras rondas rurales y ocasionalmente en los turnos de reemplazo en horas de Policlínico, nos han colocado nuchas veces frente a la interrogación que representa cada enfermo pulmonar que atendemos para encastitar su afección dentro de las múltiples divisiones y subdivisiones con que cada escue a ha creido resolver el problema que nos preocupa.

Es muy frecuente el caso de enfermos que llegan a nuestras manos quejándose de molestras vagas y variables, pacientes que al aspecto presentan buena constitución general, están en un un estado nutritivo satisfactorio y cuyos signos estetoacústicos son casi nulos o francamente negativos y a los que por esta causa debemos dejar en observación o colocar el diagnóstico de miastenia o debilidad general. En el otro extremo de esta linea están los enfermos ya invalidados por la afección tuberculosa, con gran disnea, desnutrición extrema y cuyos signos esteto acústicos nos muestran toda clase de ruidos pulmonares.

Entre estos dos extremos está la gama sumamente variada que la constituyen los diferentes procesos en diferente grado de evolución: ya en tendencia progresiva, ya latentes, ya en franca regresión.

Todas estas situaciones ya debidamente individualizadas y catalogados por los especialistas constituyen el armazón del casillero con que las diferentes escuelas miran.

La falta material de tiempo con que el médico tratante dispone para cada asegurado dentro del número enorme que acude a cada turno hacen ilusoria la precisión de un diagnéstico, más aún, si se toma en cuenta la faz de los elementos complementarios como laboratorios y los Rayos X, cuyos resultados son decisivos cast siempre. Darle fisonomía especial a una variada sintomatología y catalogar uno de estos enfermos dentro de los diferentes grupos es tarea dura con los medios que tenemos al alcance.

La tuberculosis siendo como es una enfermedad esencialmente crónica, evoluciona entre un entrelazamiento de períodos y síntomas que muchas veces caminan al mismo tiempo como lo ha demostrado ia Anatomía Patológica y es necreario diferenciarlos para obtener los beneficios que la terapéutica racional de estos pacientes pueda procurarles.

El moderto aporte de estas líneas no tiene otro mérito que el haber recopilado las ideas de algunos autores como los trabajos de los doctores García Valenzuela y Calderón Paul y los apuntes del doctor Zagal, de Valparaiso.

Quiero hacer presente también que esta exposición va a ser una exposición preliminar del trabajo que con más pretensión presentaré (n la reunión próxima acompañado de un estudio ra-

diográfico de diferentes enfermos para así encasillarlos y hacer una demostración objetiva de la bondad de algunos métodos. Este trabajo lo haremos en conjunto con nuestra distinguida colega doctora Gatica.

Las diversas escuelas como en todo ensayo de c'asificación han creido encontrar en su campo la solución de todos lon escollos presentados en trabajos similares, 'pero la realidad clínica y el estudio de los especialistas en los pabellones de necropsia han ido dejando a un lado los viejos sistemas.

En el Congreso de Tuberculosis de Berlín da 1911, fué aprobada la clasificación de Turban-Gerhard, Esta escuela hace una clasificación muy simple de características clinicas y tiene de particular que no toma en cuenta las formas agudas como la granulia y la Neumonia tuberculosa.

Las clasifica asf:

1.0—Enfermedad ligera que estaría limitada a un pequeño territorio, ya sea un lóbulo o en los vértices y que no pasaría más ahá de la clavícula. Estos focos al examen presentarían ligera macidez, respiración ruda y áspera, murnullo vesícular disminuído, estertores subcrepitantes y bronquiales medianos.

.2.o—Enfermedad ligera mayor que la anterior, en esta no se trataría ya de focos aislados sino que ocuparía todo un lóbulo.

3.o—Enfermedad con síntomas más avanzados que la anterior y en la que habría ya existencia de cavernos.

Como se ve por la descripción somera anterior es imposible que pueda servirnos para solucionar los muy diversos procesos evolutivos y queda estrecha para los conocimientos actuales.

La clasificación de Grau, con ligeras variantes en la forma y en el fondo se asemeia a la anterior, ya que también describe formas benignas de mediana graveñad, graves y muy graves

El avance enorme experimentado por los estudios sobre tuberculosis aportados por los especialistas, por el laboratorio, los Rayos X y la Anatomía pato ógica dió nuevas luces al problema y aparecieron investigadores como Aschoff y Nico'l cuya clasificación se basaba en la A. Pat. y podía ser comprobada a los Rayos X.

Estos autores tomando en cuenta la forma de propagación del proceso pulmonar la dividiaron en:

1.0—Formas broncógenas en que la diseminación se haría especialmente por la vía bronquial sin negar por esto la vía linfática defendida por la escuela francesa.

En esta división tenemos la tubercu'osls pulmonar crónica en sus dos formas; productivas

<sup>(1)</sup> Parte primera. Trabajo presentado a la 5.a Reunión Clínica.

y exudativas. En las productivas hay una formación de granulación rico en células y con tubérculos típicos. En las formas exudativas existe en los a véolos pulmonares exudados compuestos de leucocitos y fibrina y esta formación tiene una tendencia enorme a la caseificación.

El 2.0 grupo de la clasificación de Aschoit da, un 70 % de exactitud en su resultado quedando el resto de aproximaciones más o menos exactas, como un sistema así tampoco llena las necesidades de la época, fué dezado de lado.

Más de acuerdo con las necesidades ciínicas y siendo un buen método apareció la clasifi-

cación de Bard modificada.

Bard reconoce: Tuberculosis del parenquima pulmonar. Tuberculosis de localización pieural o córtico pleural predominante. Basilosis difusa. Tuberculosis abordivas y Tuberculosis de localizaciones varias como ganglios del hilio mediastino.

Entre las formas parenquimatosas de Bard, tenemos las abortivas que tienen una sintomatología apagada, gápida, con o sin bacilos de Kocn y tiende a la curación por esclerosis.

Las formas progresivas forman el cuadro más importante, tenemos aquí la neumonía caseosa; esta forma ataca de preferencia a los jovenes. Los signos subjetivos y físicos son llamativos; fiebre irregular, abundantes signos estetoacústicos, mal estado general. El tratamiento de esta forma es de preferencia quirórgico, neumatorax.

La caseosa extensiva (tisis galopante). Las mujeres que se tuberculizan en el embarazo casi siempre adolencen esta forma.

Otro forma caseosa es la del ganglio pulmonar.

Las otras formas parenquimatosas de la clasificación Bard son las fibro caseosas, entre estas tenemos la Congestiva simple y las Congestivas a repetición, la extensiva norocaseosa.

Estas formas obran por poussees con temperaturas variables, espectoración muco-purulenta y constituyen como la extensiva fibro caseosa la mayoría de las tuberculosis de evolución crónica.

Como cuadro más avanzado de estas formas parenquimatosas tenemos las cavitarias en que el proceso ha llegado a la destrucción.

Exiten en estas formas parenquimatoras de Bard las formas puraments fibrosas como la fibrosa localizada, la esclerosis difusa y enfisema tuberculoso.

La clasificación de Bard en algunas formas ha sido negada por algunos autores, como por ejemalo, la lesión córtico pleural es negada y lo mismo la forma bronquial primitiva de esta clasificación.

Los servicios de tisiología de la Caja de Seguro Obrero han adoptado la clasificación de León Bernard. (1).

Este autor ha basado su clasificación sobre caracteres clínicos y evolutivos, es por consiguiente una clasificación clínica, pero para darle existencia real ha sido asentada en diversas formas anapstomopatológica. León Bernard divide la tuberculosis en dos grandes formas: Agudas y Crónicas.

Agudas: Neumonia caseosa.

Bronconeumonia tuberculosa Granulia

Tifo bacilosis y septicemia tuberculosa Córtico-Pleuritis

Pleuresias. Crónicas: Ulcero caseosa extensiva

> " caseom loca izada " fibrosa extensiva

" fibrosa extensiva " fibrosa localizada

Bronquitis tuberculosa Enfisema tuberculoso.

Segón los estudios de los doctores García Vaienzuela y Calderón Paul, en la consideración de las formas agudas no habrían discrepancia por cuanto están de acuerdo a la realidad. Pero en las formas crónicas surge la dificultad ya que la Anatomía Patológica revela que no siempre está de acuerdo el diagnóstico clínico con la fisonomía necrópsica del proceso.

De ahí que dice el doctor García Valenzuela en su estudio, que hasta hoy han trabajado con una clasificación estrecha, poco didáctica y escasamente explicativa. Propone a este fin a la consideración de los médicos la clasificación de Bacmeister basada en los estudios anátomo-patológicos de Aschoff. El diagnóstico toma en cuenta el estado anatómico de las lesjones y con agregados explicativos da como resultado una visión de conjunto del proceso tuberculoso en su aspecto evolutivo y c.finco.

Los elementos de la clasificación son los siguientes:

1.0—Grado de evolución del proceso (progresivos, estacionarios, latentes).

 2.0—Tipo anatómico de la lesión, productivas; fibrosas y nodosa; exudativas, bronconeumonia y lobar neumonias.

3.0-Relación con los bronquios (cerradas o abiertas).

 4.0—Localización (parte superior, media o inf. de uno o ambos pu mones).

5.0—Indice destructivo (con o sin formación de cavernas). El diagnóstico se hace numerando cada uno

de los rubros mencionados que corresponde al proceso.

Es necesario explicar además los términos de la clasificación de Bacmeister.

Tuberculosis progresiva se entiende aquella que presenta:: fiebre o temperaturas subfebriles, anorexía, cansancio general, pérdida de peso, sudores nocturnos, sintomas tóxicos, cefalalgía, pal-

<sup>(1)</sup> El autor no está en lo cierto al hacer esta afirmación. En la Circular N.o 82 de 18 de julio de 1933, enviada a todos los médicos directores de Consultorios de la Caja, se estableció ci vos obligado de la clasificación de Bacmeister en los servicios de la Caja. Después de exponer y analizar dicha clasificación, la circular termina; "Las ideas anteriormente expuestas servirán no sólo para los casos de solicitud de Invalidez, sino también para los enfermos de Tuberculosis que a diario se presentan al Consultorio bajo su digno cargo, con fines terapéuticos".

pitaciones, bochernos, tos, baciloscópia positiva. fibras elásticas, hemoptisis, pleuritis.

Tuberculosis estacionaria. Cuadro Clínico sin grandes variacones por un largo tiempo.

Tuberculosis de tendencia latente. Retroceso del proceso y mejoria del estado general.

Tuberculosis latente. Ausencia de signos de tuberculosis activa.

Tuberculosis fibrosa. Curso crónico, fenómenos retractiles toráxicos y órganos vecinos, respiración ruda sin timbre bronquial, temperatures subtebriles pasajeras o ausencia de ellas, espectoración escasa o poco purulenta, baciloscópia poeitiva escasa, conservación del estado general, eslvo gran extensión de las lesiones, frepuente participación del intestino y laringe, aspecto radiológico característico, retracciones torácicas, desviación del corazón, mediastino diafragma.

Tuberculosis nodosa Extensión apicocaudal, curva térmica de tipo febril o subfebril, curso

subagudo o crónico, especioración que aumenta con la extensión del proceso, fibras elásticas en forma de mechón o aisiadas, radiografía con lesiones más densas en el vértice y focos nodosos irregulares de contornos precisos, agrupados como hojas de trébol, cavernas subapicales y con bordes precisos de la forma fibrosa.

Tuberculosis exudativas. Cuadro general grave, afectando las partes medias y declives del pulmón, flebre elevada de tipo háctico, pulso pequeño y frecuente, tinte cérco de la cara, anemia secundaria intensa, espectoración verdosa abundante, fibras elásticas con contornos alveolar, sombras compactas a la radiocopía, confluentes como copos de nieve, cavernas en las regiones medias o declives.

eD acuerdo con la presente clasificación en la reunión clínica próxima haremos una presentación de casos con decumentación comrieta con la doctora Gatica.

### CASOS CLINICOS DE T. B. C. PULM. Y SU CLASIFICACION SEGUN BACMEISTER (2)

En la sesión anterior pasamos en rápida revista las diferentes clasificaciones cobre tuberofrecen las diversas escuelas culosis que hicimos obsesvar las características más salientes de algunas de ellas y finalmente dedujimos que por ser la más didáctica, la más explicativa ya que nos ofrecía en unas cuantas palabras de diagnósticos no una visión estrecha del episodio tuberculoso sino que ana panorámica de todo el proceso en sus diferentes fases de evolución, extensión, localización y de pronostico, amén de que nos hacía más accedible una conducta terapéutica, debia adoptarse la clasificación de Bacmeistier, ya que más de acuerdo con las necesidades actuales podía encasillar todas las situaciones clínicas con las realidades anatomopatológicas de los procesos tuberculosos.

Hicimos presente que es la clasificación recomendada y tenida en uso por los servicios de tisiología de la Caja de Seguro.

Con la presentación de hoy queremos compietar esta exposición, demostrando con las placas radiográficas proyectadas los beneficios enormes que representa la adopción de un tipo definitivo de diagnóstico.

Se ha hecho una costumbre colocar despuéa de las anotaciones de rigor en la cartilla cimica, la conocida fórmula the. pulmonar.

¿Qué nos dice esta frase de la extensión, localización, período evolutivo del proceso que está acabando con el enfermo?

Por razones múltiples, no es el mismo médico el que siempre examina el mismo enfermo y es grande el desaliento del profesional y grande su desconcierto cuando no ha podido dar a su enfermo todo el tiempo necesario para profundi-

(1) Parte segunda. Trabajo presentado a la 6.a Reunión clinica.

zar en su estado y poder así responder a las mil categóricas preguntas de estos pacientes que a veces tienen una cultura médica especial.

¿Por qué no se me traslada a un clima especial? ¿Por qué no se me ençía a un Sanstorio cuando yo sé que a fuiano que tiene el mismo diagnóstico de "tbc. pulmonar" lo han trasladado?

He puesto mi mejor voluntad, ya que no sex especialista en tuberculosis en reunir esta documentación a fin de que de esta presentación saquemos un provecho mútuo y seh agan más expeditas las consultas de estos enfermos y estemos en situación de conocer el verdadero estado de un paciente con sólo leer el diagnóstico basado en las nuevas formas.

Estas preguntas hechas en un tono deseapetrado, angustioso, la hemos escuchado muchas veces en nuestro ejercicio diario. Desconociendo su verdadero estado los alienta aún la variedad de una fórmula engañosa.

#### CASOS CLINICOS

T

Anacieto Reyes. Asegurado, 21 años. Antecedentes hereditarios. Sin importancia, Antecedentes personales, Fumador y behedor moderado.

Enfermedaes anteriores. No acusa de impor-

Enfermedad actual. Le comienza hace un año con el dolor de espalda, enflaquecimiento, pérdida de fuerza, cada vez mayor; últimamente tos con desgarro hemóstico. Escalofríos. El día anterior a la consulta tiene fuerte hemostisis.

Se proyecta la radiografía en la pantalla; ésta es explicada por la Dra. María Gatica, 12diólogo del hospital. Como en la proyección de ésta y de todas las restantes da origen a animados comentarios, preguntas y respuestas de interés para avacuar el fin de una exposición como la que se hace.

Este enfermo como todos los que se presentarán a la reunión ha sido enviado a Rayos con el diagnóstico simple y sin otro agregado de "tbe, pulmonar".

Después del debate se llega a la conclusión de clasificar o según Bacmeistier así: Tbc. estacionaria currada de ambos hillos.

311

José Iturra. Asegurado. 35 años.

Antec. hereditarios y personales. Sin impor-

Enf. anterior. No acusa,

Enf. actual. Se queja de dolores de espaina. Ex. Negativo.

----

Diag. The. pulmonar.

Se proyecta y explica las lesiones mostradas por la radiografía.

Conclusión. Tuberculosis, estacionaria, cerrada, de ambos hilios.

TTT

Raul Zapata. Asegurado. 20 años.

Antec. Hereditarios, Sin importancia. Antec. personales. Bebedor crónico.

El año 1934 se le hace diagnóstico Demencia precoz, después de un traumatismo a la región frontal 12q.

Enf. actual, En Enero de este año y a raiz de un restrio empiezan sus molestias; decaimiento general, escalofrios, tos, etc. Van éstas en aumento hasta que se constata una Neumonia de la base izq.

Evoluciona en buena forma.

A los 20 días tiene hemoptisis que se repiten diariamente; se agregan al estado general cada vez más deficiente, sudores nocturnos, pérdidas de peso, anorexia.

Diagnóstico: Tuberculesis pulmonar.

Se proyecta, estudia y debate el caso.

Conclusión: Tuberculosis progresiva exudativa, cerrada de la base izq. sin formación de cavernas.

IV

Berta Vera. Asegurada. 20 años.

Consulta por primera vez en 1934 por un cuadro abdominal. Se diagnostica: Colecistitis erónica.

En Diciembre de este mismo año consulta por dolores de capaida acompañados de decaimiento, tos, se quefa de cefalcas.

Diag. Tuberculosis pulmonar.

Se proyecta la radiografía y se discuten sus caracteres.

Conciusión. Tuberculosis pulmonar progresiva, úlcera caseosa de ambos pulmones con formación de cavernas.

V

Carlos Rojas. Asegurado. 38 años.

Antec. hereditarios y personales: No importa. Enf. anteriores. No acusa de importancia.

Enf. actual. Hace un mes empieza con cefaleas, enflaquecimiento, dolores de espalda y calufrios.

Diag. Tuberculosis pulmonar.

Se proyectan las placas as que resultan de una novedad especial por tratarse de un procaso interticial.

Conclusión, The, pulmonar miliar aguda,

VI

Juan Carvajal. Asegurado 35 años.

Antec. hereditarios. Padre muerto de the.

Euf, anteriores. No acusa de importancia.

Hace más o menos un año empezo con tos y desgarro hemoptoico; mejora después de un periodo de cuidados especiales y recalcificantes.

Hace cinco diss tiene un hemoptisis abundante, ingresa al Hospital.

Examen. Macidez absoluta, respiración soplante y crujidos en el lóbulo sup. izq. Respiración soplante vértice der.

Diag. The. pulmonar.

Se proyecta la placa que tiene Igual que la anterior una novedad.

Conclusión. Granulia izq.

Estimo que después de la presentación de los casos anteriores está de más recalear la importancia de ceñirse a una norma rigida ceano es una clasificación. La gimnasia profesionaj mantene al día de esta manera los conocimientos. El asegurado obtiene muchos beneficios con el sistema ya que casi siempre por diversas causas no consulta al mismo médico, una anotación tan explicativa como el diagnóstico por el sistema Bacmelster lo pone inmediatamente en conocimiento del verdadero estado del paciente; la comodidad y el beneficio es explicable.

Por otra parte más que en ninguna otra erfermedad se presentun en ésta la situación de tener que hacer peritajes de incapacidad que si no van con la historia clínica bien llevada y completa y con un diag. preciso son devueltas causando molestias de todo género.

Finalmente la estadística misma de los servicios de la Caja necesita de un trabajo en este sentido y más aún es un verdadero barómetro para avaluar el estado tubercuioso en el país.

## Intoxicación mercurial (1)

Dr. ALFREDO POBLETE DEL CANTO, Méd. Dir. Cons. Pto, Octay.

Creo de interés presentar este caso clínico de intoxicación mercurial no tanto por
las interesantes perturbaciones humorales
de estos casos, dificiles de establecer en un
servicio de un pueblo de provincia, sino por
haber sanado completamente esta enferma
con el tratamiento salado, que si bien es
cierto es cosa corriente entre los especialistas de las clínicas de las grandes ciudades,
no lo es en los servicios de los pueblos pequeños, para cuyos médicos me parece muy
importante la dirusión de estos conocimien-

tos prácticos.

A. M. G., de 28 años de edad, ingiere el dia 6 de Junio ppdo, una pastilla de oxicianuro de 0.50 grs., llevada a ello, como siempre, por desaveniencias amorosas. Horas más, tarde es tras adada al Hospital Osorno, donde - según informaciones suministradas por uno de los médicos - se le hizo un lavado de estómago, seguido de 24 horas de dieta de hambre y sed; después se le suministró suero giucosado, jugo de uvas y farináceos. Debido a consejos extraños sus par entes de Osorno retiraron a la enferma del Hospital y la llevaron a su casa, don'de, según ellos dicen, fué visitada por otro medico que hizo pronostico fatal. Sus parientes, entonces, decidieron enviar la enferma a Puerto Octay por ser que aqui vive su madre.

La enferma fué traída el 11 de Junio, al 5.0 día de intoxicación, y hallándose en anuria desde 4 días. Se la trasladó al Hospi-

tal.

Al examen objetivo se constató lo siguiente: Enferma en estado comatoso, pálida, inconsciente; vomita constantemente materias teñidas de sangre. Pulso 120, pequeño, temp. 37,5, axilar. Sialorrea abundante, estomatitis ligera. Examen del tórax no ofrece nada de especal. Defensa abdominal que impide la palpación. Contractura a nivel de ambas fosas renales. Pres. Arterial Mx 9,5 Mm. 4,5, H. D. Vaquez. Se colocó hipodermoclisis de 1 litro de suero glucosado.

12-VI.—La enferma continúa en anuria absoluta. Estado comatoso. Se le colocó 100 cc. de solución de cloruro de sodio al 13% intravenoso. Estr. hepático y suprarrenal inyectables.

13-VI. En la mañana se coloca nuevamente 100 cc. de suero salado al 13%. En la tarde la enferma está consciente, continúa en anuria absoluta. Pide al.mentos. Se le da hulpo de harina y agua azucarada.

15-VI.—Se ha colocado ya 300 cc. de suero clorurado al 13%. Las regiones accesibles a las venas se hallan alteradas en tai forma, que no se puede seguir inyectando la solución de cloruro; se le suministra un enema gota a gota de 1 litro de solución salada al 2%. El estado general de la enferma es mejor. Lengua seca, escasos vómitos, estomatitis algo modificada. Pr. arterial 10 mx. y 6 mm. El abdomen permite la palpación que puede apreciar ambos rinones como dos cabezas de feto a término, perceptibles hasta cuatro dedos bajo el reborde costal. Higado se aprecia normal. En las últimas horas ha eliminado 200 cc. de orina ligeramente hemorrágica, de densidad 1013, indicios de albúmina, cloruros 3,5 0 00.

Sedimento: regular cantidad de gl. rojos, abundantes leucocitos y células descamativas; abundantes cil ndros hialinos. No

se encuentran cil. granulosos.

16-VI.—Ha eliminado 600 cc. de orina clara, de densidad 1011, albúmina 1/2 o/oo, cloruros 4 o/oo. Numerosos leucocitos y cristales. No hay cil. hialinos ni granulosos. Hoy se conoce el resultado de una muestra de sangre que dió: uremia de 4.5 o/oo, extraída el día 12. Se coloca enema gota a gota de suero salado al 2%, de 1 litro.

18-VI.—Ha eliminado 700 cc. de orina francamente hemorrágica, de densidad 1010, albúmina 1 o o cloruros 4 o o, abundantes gl. rojos, escasos cilindros hialinos. Pulso 105, Pr. arterial Mx. 8 Mn. 5. La enferma se mantiene en estado general bueno. escasos vómitos, persiste estomatitis, sialorea escasa. Ambos riñones se palpan dolorosos, del mismo tamaño que anterior-

<sup>(1)</sup> Observación clínica del Consultorio.

# Erisipela y fiebre tifoidea

Dr. GONZALEZ LAURA y Dr. RAUL LARRA GUIBEL.

Cons. Chillán.

W. P. V .- Cliente particular, de seis años de edad, solicita nuestros servicios profesionales por afección iniciada bruscamente el dia anterior.

Enfermedad actual: El día anterior, estando en perfectas condiciones de salud, presenta escalofrios, intensa cefalea, de preferencia frontal, vómitos y malestar general que lo obligan a guardar cama. Se comprueba 39.5% de temperatura.

Antecedentes hereditarios y personales:

Sin importancia.

(1) Trabajo presentado a la 5.a Reunión Clinica.

mente. Puntos ureterales dolorosos. Se ha presentado intolerancia del recto para los enemas clorurados.

21-VI. - Persiste estado general bueno. Sus emisiones de orina han fluctuado alredor de 700 cc. las densidades se mantienen entre 1008 v 1010, albúmina 1 oloo. No ha habido ni glóbulos rojos ni cilindros.

27-VI.-Las diuresis diarias se han mantenido alrededor de 1100 cc., densidades de 1008 a 1010, estado general bueno. Régimen de H. de C. v vegetales condimentados con

abundante sal.

1.0-VII.-La enferma decae francamente. Vómitos incoercibles, intenso malestar. Orina 1000 cc.. densidad 1006, cloruros 2 oloo, albúmina 2 oloo. Pr. arterial Mx. 8 Mn. 4. Extracto hepático inyectable, suero glucosado.

2-VII .- Persiste igual. Con grandes d'ficultades se logra invectar 100 cc. de suero salado al 13% en las venas esclerosadas e inflamadas.

3-VII.—Desaparecen de inmediato los vó-Estado general mitos v el decaimiento. bueno. Orina 1200 cc., dens'dad 1011, cloruros 6 oloo, albúmina indicios,

En los días siguientes la enferma fué mejorando lentamente. Hasta hov sólo ha persistido una gastrit's que se manifiesta por dolor de estómago inmediatamente después

Enfermedades anteriores: Sarampión, antes del año de edad; Posteriormente, Coqueluche.

Examen físico: Enfermo buen estado general, lúcido, muy sensible a la presencia del médico, piel seca, lengua limpia, húmeda. Temperatura inguinal 40,2°; pulso, 140 regular, tenso.

El examen general es negativo hasta llegar a su extremidad inferior derecha, en donde se observa lo siguiente: tercio superior pierna derecha próximo a la rodilla, rodilla y tercio inferior del muslo de ese lado se aprecia tumefacción e intensa rubicundez de las regiones antes descritas; tume-

de algunas comidas, acompañado de vómi-

La enferma fué dada de alta en estado asténico el 10 de Agosto.

Como puede verse por la observación, es un caso que ha sanado debido exclusivamente al tratamiento salado, a pesar de haber sido instituído al 6.0 día de intoxicación. No se pudo practicar los exámenes humorales (cloruremia, gircemia uricemia, etc.) como se aconseia para seguir este tratamiento, pero se pudo comprobar que los síntomas clínicos de la intoxicación urémica desaparecieron con la administración de 300 cc. de suero clorurado, y cuando la sintomatología urémica vuelve a presentarse muchos días después, bastó una invección de 100 cc. para hacerla desaparecer. Por lo demás la ausencia constante de cilindros granulosos en la or na permite concluir que la lesión renal no llegó a su grado máximo. v que la uremia ha sido de origen hepático. como se observa generalmente.

Llama la atención el que la evolución hava sido benigna a nesar de las densidades tan baias de la orina (1006 a 1010). hecho que unido of otro caso te relatado por el Dr. A. Lira Valencia. de Santiago, está en contra de la opinión de M. Turnin, qu'en cree que los intoxicados que evolucionan con densidades por debajo de 1010 tienen pronóstico muy sombrio.

facción que se destaca claramente de la parte sana; sensación de tensión y gran sensibilidad, especialmente en la parte anterior y laterales de la rodlla, rótula y fondos de saco laterales tensos y dolorosos hacen imposible los movimientos de la rodilla. La parte inflamada está cubierta de flictenas de contenido seroso. En la región supero externa pierna derecha se aprecian dos erosiones, una de las cuales presenta una costra en su superficie con sus bordes inflamados. la otra casi cicatrizada. Ganglios infartados en la raiz del muslo derecho. Diagnóstico. Erisipela de la extremidad inferior derecha. Tratamiento general, régimen ali-Tratamiento local, solución de vodo al 5%, pincelación en un solo sentido tres a cuatro veces al dia.

12 de Abril.—La placa de erisipela se ha extendido excéntricamente hacia arriba y abajo, pasando de la parte tratada con yodo. Temperatura 40.2°; pulso regular, tenso; estado general bueno. Se indica suero anti-erisipeloideo Berh'ing 20 cc., vodo al 5%. Se invecta la misma cantidad de suero del Bactechi por no encontrar Berhing en el comercio.

13 de Abril.—Aunque la temperatura ha descendido un poco, la placa de erisipela avanza en forma intensa hacia los dos sentidos. Las erosiones, origen de la infección, han eleatrizado completamente. Constipación. Abdomen, ligeramente meteorizado. Colon descendente se aprecia ocupado. Higado y bazo no se palpan ni percuten. 20 cc. suero antieris pelatoso Berhing. Se indica como tratamiento local, ictiol en vez de yodo. Lavados intestinales.

14 de Abril.—Placa de erisipela toma todo el pie y mitad del muslo derecho, esta
extremidad está uniformemente roja y turmefacta muy sensible. En la raiz del muslo se palpan grupos ganglionares infartados
sin gran reacción periganglionar. Estado
general, se mantiene bueno, lengua húmeda y limpia. Buena diuresis, temperatura
hasta 40 2<sup>n</sup>. Ha presentado el enfermo delirio y agitación nocturna. Se inyecta 20
cc. de suero Antiestreptocósico de Berhing
por no encontrar antierisipeloideo.

15 de Abril.—Placa toma todo el muslo derecho; no se aprecia reacción local alguna con el tratamiento indicado. Es llamado en consulta el doctor Binimelis, quien es de opinión debe insistirse en el suero antierisipeloideo Berhing, e insinúa como tratamiento local Yodol (Colodión yodado al 10%).

16 de Abril.—Temperatura desciende casi a la normal, estado general ha mejorado. No se aprec\(^\alpha\) dismin\(^\alpha\) cin en la parte enferma, la que contin\(^\alpha\) a extendi\(^\alpha\) dos hacia arriba. Se acuerda inyectarle el suero circunscribiendo las partes sanas vecinas a la placa para evitar a\(^\alpha\) su propagaci\(^\alpha\) hacia arriba. Se inyecta 10 cc. de suero antierispelatoso y 10 cc. de suero antiestreptoc\(^\alpha\) cicco Berhing.

17 de Abril.—Temperatura amanece normal, placa no ha progresado, no se aprecia mejoramiento de la parte enferma. Se insiste en la inyección de suero antierisipelatose local en vista del buen resultado del día anterior.

18 de Abril.—Placa se ha extendido pasando a las regiones glútea y lumbar de ese lado. Temperatura 38 2º, buen estado general, pulso 130, tenso, diuresis abundante. Suero antierisipeltaso Berhing 20 cc.

19 de Abril.—No se aprecia resultado alguno después de las dosis de suero invectadas. La placa se extiende hacia el dorso y región lumbar izquierda, toma por delante el escroto y pene, el oue se encuentra tuniefacto y muy sensible. Se prescribe Filacógeno antier sipelatoso. Por no encontrarse, se invecta leche aséptica intradérmica para levantar la inmunidad de la piel. Yodol como tratamiento local.

20 de Abril.—La placa avanza temando casí todo el dorso hipogastrio por delante y mitad del muslo izquierdo. Se llama en consulta al Dr. González Laura, quien aconseia usar instilaciones repetidas de alcohol al 50% y si esto no diera resultado. Luz Ultavioleta como tratamiento local. Se acuerda estimular sus defensas con Electrargol alternado con Omnadina.

21 de Abril.—Se precia una pequeña descongestión de las partes tratadas, éstas están más pálidas y menos hinchadas. Temperatura 40.2°. Lengua saburral en el centro, bordes limbios ligera bradicardia, pequeñas fuliginosidades. En vista de lo arrastrado de la evolución, se ordena practicar una reacción de Widal para A, para B, W. F. y examen completo de orina.

Reacción de Widal, positiva al 1x200; examen de orina, negativo.

22 de Abril.—La placa avanza llegando ya a la rodilla izquierda. El resto de las zonas tomadas está mejor. Estado general bueno, abdomen depresible, escaso meteorismo, bazo no se palpa ni percute. Régimen dietético tratamiento general y local igual, sólo se agrega Bacteriófago anticoli entero renal.

23 de Abril.—Se nota descongestión de la pierna derecha, descamación en grandes láminas en toda la superficie tratada. Pierna izquierda la placa sigue extendiéndose y pasa bajo rodilla ese lado; se aprecia si que la tumefacción ya siendo menor, persistiendo siempre intensa rubicundez.

24 de Abril.—Llama la atención que la curva febril toma carácter anfibólico; esto no corresponde a una atenuación de la erisipela la que se extiende hasta la mitad de

pierna iquierda,

26 de Abril.—Aparecen algunas lesiones máculo pápulo pruriginosas de la cara. Atribuímos esto, a accidentes anafilácticos de origen sérico e instituímos el tratamiento adecuado.

29 de Abril.—Gran placa de urticaria que toma casi todo el brazo izquierdo. Edema pálido de la cara. Edema rosado del pie derecho. El enfermo ha pasado muy intranquilo. Se prescribe gluconato calcio en vez de cloruro de calcio vía bucal.

3 de Mayo.—Alza febril que coincide con nuevo brote de urticaria. Esta temperatura se mantiene mientras persisten las ma-

nifestaciones urticariantes.

12 de Mayo.—El enfermo entra en franca convalescencia. No ha presentado nuevos brotes de urticaria. La rubicundez y edema de la pierna izquierda fueron atenuándose hasta desaparecer a medida que las manifestaciones infecciosas de origen intestinal iban dismanuyendo.

Presentamos esta observación, curiosa por la evolución de dos cuadros mórbidos diferentes. La marcha invasora de la Erisipela explicaba plenamente la persistencia de la sintomatología de este chico; anali-

zando a este enfermo en un mismo plano con la observación de F. B., presentada a la Reunión clínica anterior por el Dr. González Laura, se apreciaba en forma diferente la acción del suero Antirisipelatoso en uno y otro enfermo y fué este detalle el que nos hizo sospechar en la existencia de o ra afección enmascarada por la Erisipela. Es de interés también por tratarse de una Erisipela cuya evolución clínica no es lo común; ella es una afección cíclica que dura entre 8 a 10 días; la forma serpiginosa es una variedad que raras veces alcanza la extensión que alcanzó en este enfermo y aqui debo recordarles un detalle, pues si bien es cierto que existía un cuadro de evolución clinica muy larga al que podíamos culpar de toda la persistencia de las molestias, también es cierto que la Erisipela avanzaba ocupando y extendiéndose a regiones que el dia anterior estaban sanas. ¿Qué razones podrían mantener esta Erisipela?, a nuestro juicio esto podría obedecer a dos órdenes de factores: 1.0 Erisipela producida por una variedad de Estreptococo de virulencia poco comunes ante el cual las dosis continuadas y suficientes de suero fueron inútiles; tratándose de un microbio de virulencia excepcional las manifestaciones de toxemia general debian haber estado de acuerdo con la gran superficie de cuerpo amagada; pudimos ver durante el curso de su enfermedad que su estado general: lucidez. temperaturas, buen funcionamiento de sus órganos no eran los de un enfermo atacado por un microbio excepcionalmente tóxico; por eso pensamos no se trataba de un germen especial sino seguramente la infección tifica permitia, por debilitamiento de las defensas del enfermo, mantener la virulencia de este estreptococo. Y esto es lo cierto, pues vimos que a medida que el período Anfibólico de su flebre Tifoidea iba en decenso las manifestaciones locales de su Erisipela, iban cada vez disminuyendo de intensidad hasta terminar insensiblemente durante la convalescencia, sin que ya al final nosotros le diéramos mayor importancia al tratamiento local.

### Un caso de estomatitis escorbútica

Dr. JAIME CERUTI,

Cons. Santos Dumont.

El caso que presento tiene cierto interés por tratarse de un enfermo que, a consecuencia de un estado, de avitaminosis prelongado, presentó una estomatitis de tupo escorbútico.

Esta afección en los adultos es rara en Chile ya que nuestro país por especial suerte, es rico, tiene escasa densidad de población y la cris.'s mundial aún cuando ha hecho sentir su peso, no se ha manifestado todavía con el rigor que lo ha he-

cho en los otros países del orbe.

Por otra parte, desde que los viajes maritimos han dejado de ser verdaderas aventuras de varios meses de navegación, obligando a los tripulantes a llevar una alimentación pobre e inadecuada, el escorbuto se puede decir que ha pasado a ocupar un lugar en la historia junto a calamidades como la podredumbre de hospital, la viruela, el cólera, que afligieron a nuestros antepasados.

La presencia de un caso de escorbuto en la capital, no deja pues de extrañar y me obliga a referir esta observación en la creencia que también a ustedes puede interesarles.

El año próximo pasado, en el mes de septiembre, recurrió al Servicio del Policlinico de Santos Dumont un asegurado con ficha N.o 14892, de iniciales A. L. inscrito en Chuquicamata.

El enfermo solicitaba atención médica por presentar desde unos cuatro días antes de su ingreso, molestías bucales consistentes en salivación abundante, dificultad para la masticación y dolor en las encias. Los antecedentes eran de poca importancia.

En marzo del mismo año había sufrido quemaduras de cierta intensidad por lo cual fué hospitalizado en el Hospital de Ovalle. Estas quemaduras habían dejado como secuela, cicatrices defectuosas, irregulares, adherentes, con retracciones aponeuróticas a nivel del antebrazo derecho y pierna izquierda. Con motivo de cierta dificultad funcional a nivel de los mismos miembros, se estaba haciendo en ese mismo tiempo una cura de masajes.

El examen físico general, aparte de las lesiones cicatriciales descritas, dió lo siguiente: Boca. Caries dentarias en los incisivos y molares inferiores. La mucosa bucal se presentaba de un color rojizo, obscuro, especialmente en las encias. Mal olor de la boca y ptialismo. Alrededor de las piezas dentarias, pequeñas zonas blanquecinas, dolorosas al tacto con el baja-lengua.

Tórax.— Conformación normal; espacios supraclaviculares poco escavados. Examen pulmonar y cardiaco normal. Abdomen. Nada especial, indoloro, depresible. Higado de limites normales. Bazo no

se percutia.

En presencia de esta estomatitis y en vista del mal estado de la dentadura prescribi un tratamiento local con pincelaciones de azul de metileno y gargarismos bicarbonatados, aconsejando al enfermo la desfocación de sus piezas dentarias en mal estado. Una semana después (27|X|34) vueve el paciente presentando siempre el cuadro doloroso bucal, aunque algo más atenuado. No se observaban ya las placas bianquecinas sobre las encías, sino la murcosa bucal roja, congestiva. No habiéndose aún hecho las extracciones dentarias le recomendé insistentemente que lo hiciera a la brevedad posible.

El día 10 de octubre el enfermo experimenta una agravación de su estado general. Fascies pálida, terrosa; emaciación, enflaquecimiento muy acentuado. La boca vuelve a presentar placas gingivales blanquecinas, muy dolorosas al tacto. La lengua se presenta roja, con estrias. Ptialismo acentuado. A pesar de los antecedentes del enfermo negativos, pedi exámenes de Wasserman y microscóp co de la secreción salivar. El Wasserman dió resultado negativo. El examen microscópico no 1eveló nada especial. No se encontraron esporas ni hongos ni bacterios patógenos. Tampoco se obtuvo resultado con un examen de ultra, que salió igualmente negativo. En vista de la negatividad de todos los exámenes, continué el tratamiento local. indicando además un tratamiento general

tonificante. El 22 de noviembre el estado general mejora un poco. La boca expermenta una ligera mejoría, apreciándose siempre la mucosa roja y las placas azuladas sobre las encias. Consulté a un colega del servicio y opinó que se trataba probablemente de un muguet, y que debíamos continuar el tratamiento ya indicado.

Después de perder durante tres semanas de vista al enfermo, el 17 de diciembre. reingresa éste al servicio, comprobándose al examen clínico lo siguiente: Temp. 37 1/20 Pulso 96; gran enflaquecimiento. emaciación; tinte terroso de la cara. Adinamia muy acentuada. Ex. cardio-pulmonar negativo. Ex. articular de los miembros negativo. En la boca se encuentran numerosas placas blanquecinas muy dolorosas al tacto, que esta vez se extienden desde las encias hacia la cara interna de las mejillas y velo del paladar. La lengua roja, aumentada de volumen, con estrias rojas longitudinales. El examen de la piel, negativo.

Considerando la cronicidad de este proceso, la ineficacia del tratamiento y las reagravaciones periódicas, se nos ocurrio que la causa de esta estomatitis podría ser unicamente una alimentación defectuosa cualitativamente, por carencia de vitaminas, y que en resumen, bien podríamos estar en presencia de un caso de estomatitis por escorbuto. Cierto que teniamos en contra el hecho de que el enfermo no presentaba ninguna otra alteración como ser hemorragias, púrpura, alteraciones periarticulares, lesiones que son casil de rigor en

Interrogado detenidamente el enfermo sobre su alimentación, manifestó: que desde hacía algunos meses él, su mujer y varios hijos (creo que tenía siete) se alimentaban única y exclusivamente de frejoles cocidos. Al preguntarle si de vez en cuando comía verduras, frutas o leche, manifestó con un dejo de amargura: "Dr. con lo que gano me es imposible comprar pan para mis hijos. ¿Tendré para frutas o verduras?" (1)

esta enfermedad.

Con este interrogatorio la hipótesis de un cuadro de avitaminosis cobraba más cuerpo. Resolvimos inmediatamente hacer el tratamiento indicado suministrando al enfermo verduras frescas, leche, carne, jurgo de limón. Se continuó el tratamiento local en la misma forma.

Ocho días después había mejorado profundamente. Había pasado el tinte terroso, pálido. Las placas bucales habían disminuido notablemente. Podía ya masticar bien y la gran depresión y astenia iban disminuyendo paulatinamente. Se le prescribió además, como tonficante, el aceite de higado de bacalao.

El día 11 de febrero el aspecto era otro. Había aumentado de peso. La fascies de coloración normal. La mucosa bucal completamente sana. Como comentario, el enfermo me informó que con el mismo tratamiento su mujer había mejorado de la misma afección que comenzaba a iniciarse.

El paciente se restableció pudiendo volver a su ocupación y no lo he vuelto a ver hasta el día de hoy, suponiendo que estará dedicado a sus labores.

El escorbuto es producido por la falta prolongada en la alimentación de la vitamina "C", vitamina que se encuentra habitualmente en las papas, vegetales en ger minación, tomates, jugo de frutas, de limón, leche.

Esta vitamina pierde sus propiedades inutilizándose con la cocción prolongada.

El escorbuto infantil es bien conocido de los pediatras y se caracteriza por dolores articulares acompañados de hemorragias subperiósticas presentándose además hemorragias bucales y gingivales, que se observan después de la primera dentición. No es raro observar también hemorragias graves internas, intestinales, renales, habiendo inhibición de la resistencia y adinamia progresiva. La presencia del escorbuto infantil se suele observar en los lactantes alimentados exclusivamente con biberón, con leche de vaca pasteurizada o pobre en vitamina "C" especialmente durante el invierno. Para los pediatras es generalmente fácil el diagnóstico, el cual queda de manifiesto por los trastornos distróficos, con diátesis hemorrágica, dolores óseos, anemia e hiperqueratosis.

El escorbuto en los aídultos reviste caracteres parecidos al de los niños, en cuanto se observan igualmiente hemorragias gingivales, cutáneas y musculares, las que se hacen más manifiestas en las zonas de más trabajo como ser: en las piernas, corvas, etc. Se suelen observar frecuente-

<sup>(1)</sup> V. Nuestro Medio. Doc. N.o 15,

mente ulceraciones tórpidas de fondo fungoso.

Las hemorragias gingivales se presentan casi en el 100 olo de los casos y algunos autores dicen que no es posible diagnosticar el escorbuto sin encontrar estas lesiones. Según Brugsch, en la última epidemia de escorbuto en los Balkanes, se pudieron constatar casos que presentaban como única lesión hemorragias gingivales, y en otros casos se presentaban secundariamente lesiones subperiósticas y hemorragias subcutáneas.

Las lesiones bucales se explican por la masticación, la que provoca primero hemorragia v después exulceraciones azuladas de olor fétido, debido a la flora bucal abundantisima. En el escorbuto del adulto no se suelen observar hemorragias subperiósticas sino en los individuos jóvenes y puede encontrarse además; derrames hemáticos pleurales epistaxis, derrames pericardiacos. Los casos muy graves se acompañan de esplenomegalia moderada. En la sangre se observa anemia con valor globular igual a uno y disminución de la tasa de hemoglobina. La evolución de esta enfermedad es larga. Los casos no tratados evolucionan hacia la anemia progresiva, sucediéndose hemorragias cada vez mas intensas, disminución de la resistencia general, infecciones graves y caquexia, terminando con la muerte.

El diagnóstico diferencial durante las epidemias, en las cárceles, durante los viajes marítimos prolongados, etc., no suele ofrecer dificultades. Los casos esporádicos, aislados como el que ocupamos de presentar, pueden confundirse fácilmente con

otras lesiones.

La sifilis y la tuberculosis dan lesiones características como ser placas, ulceraciones, gomas y tubérculos. Las reacciones de Von Pirquet, Kahn y Wassermann ayudan mucho al diagnóstico. La estomatitis mercurial aguda por intoxicaciones no ofrece dificultades. La intoxicación mercurial crónica (mineros) o debida a tratamientos específicos prolongados, produce estomatitis que aparece generalmente por detrás del último molar inferior o de los incisivos y se acompaña de trismus y salivación fétida, tomando las encías un aspecto fungoso, saliendo pus entre los dientes. La estomatitis de Vincent, producida por el Spirilo del mismo nombre, se caracteriza por alza de temperatura, estado general grave, observándose en la boca ulceraciones amarillas con punteado hemorrágico. Estas lesiones se diferencian de la difteria por la ausencia de fibrina. Existe además un infarto ganglionar marcado.

La estomatitis aftosa comienza con fenómenos febriles, apareciendo pequeñas vesículas (aftas) llenas de líquido lactescente. El muguet, producido por un hougo, se caracteriza por la presencia de una lengua roja con la mucosa bucal tapizada de granos blanquecinos, como de leche cuajada, más abundante en la cara interna de las mejilas que sobre las encías, invadiendo más tarde la lengua. No se observa ptialismo (carácter diferencial) y la secreción salivar es de reacción fuertemente ácida.

Hemos pasado en rápida revista, las diversas afecciones que pueden conducir a un error y que pueden confundirse con la estomatitis escorbútica.

En nuestro caso la dificultad diagnóstica previno especialmente de la rareza de la afección ya que, como lo anotamos al principio de este trabajo, en Chile es excepcional encontrar enfermos de escorbuto.

En segundo lugar, la falta de los otros signos que acompañan a esta enfermedad. como ser: hemorragias, lesiones articulares, lesiones de la piel, ulceraciones, etc. Hago notar especialmente la falta de hemoragias bucales, ya que según hemos visto anteriormente, este signo es de gran valor para el diagnóstico del escorbuto. Es por este mismo motivo que un principio consideramos la estomatitis del enfermo como de naturaleza banal y que sólo teniendo en cuenta la ineficacia del tratamiento y la negatividad 'de todos exámenes, pudimos sospechar que detrás de esta estomatitis habia un cuadro general más grave, producido por una gran alteración del metabolismo, alteración debida a la carencia de vitaminas.

Sobre la profilaxis de esta afección no vamos a extendernos por ser sobradamente conocida. Unicamente haremos notar la importancia que puede tener este caso esporádico de escorbuto, ya que puede ser sólo una muestra de otros muchos casos de evolución tórpida, debidos a la nutrición insuficiente que sufre en la actualidad un gran porcentaje de nuestra clase trabaja-

## Reuniones Clínicas de los Consultorios

LA SERENA, V REUNION, 5-X-35

Con asistencia de los doctores Caupolican Peña, médico domiciliario, urbano y rural; Ramón Herrera y Miguel Pizarro, médicos tratantes; Héctor Sapiain, médico de la Oficina del Niño; Horacio Rivera, dentista, y el médico director provincial que la presidió, se llevó a efecto en este Consultorio la quinta reunión elfnica con fecha 5 del presente, no habiendo podido efectuarse en la fecha acordada para Septiembre por motivos de enfermedad del médico que tenía a cargo el tema oficial.

Sifilis en el niño. - El doctor Pizarro Peña, a cargo del cual estaba el tema oficial, continuó disertando sobre la Sifilis, continuación de su conferencia efectuada el 31 de Agosto y abordó en esta ocasión lo referente a Sifilis adquirida de la infancia y Sifilis hereditaria. Expresó que se trataba de un caso de heredo lues tardía y a este fin presenta un caso de un enfermo que padecía de una osteomielitis esclero gomosa de la tibia derecha, sanada por yoduro de totasio y cianuro de Hg. Después de dos años de tratamiento infructuoso se hace una R. de W. la que resultó positiva con tres cruces, y en diez días de tratamiento se nota gran mejoría. Ahora con un mes de tratamiento está sano.

Alrededor de este caso se suscita un interesante debate, en el cual participan casi todos los misdicos, manifestando cada uno su opinión; unos solicitan mayores antecedentes sobre la historia del enfermo, otros requiriendo mayores exámenes radiográficos y de laboratorio para sentar el diagnóstico con más precisión en relación a lo que expone el Dr. Pizarro.

En seguida se refiere el Dr. Pizarro a los medios preventivos que debe adoptar la Caja
de Seguro Obrero en la lues
hereditaria; de la necesidad de
la R, de W. en todo enfermo
cospechoso de lues y sobre todo en los que tiene lues en evolución. Habla también de la
necesidad del control prenupcial entre los asegurados y de
la gran ayuda que puede prestar la Oficina Maternal en previsión de la H. L.

Continúa su disertación recalcando de que es indispensable la educación sanitaria de los asegurados por conferencias afiches, etc.

Discusión. — Una vez concluída su disertación el Médico Provincial hace ver , que ya la Caía se está preocupando de todos estos problemas y para lo que a educación sanitaria se refiere hay impresos folletos y afiches que se reparten con profusión entre los asegurados y que con respecto a conferencias también la dirección del Consultorio solicitó en una ocasión de los médicos esta ayuda.

Tercian todos los médicos airededor de estos temas, llegándose a la conclusión de que, dado el poco interés que demuestran casi siempre los ascgurados por asistir a conferencas en las cuales no se le presentan asuntos más atrayentes, u objetivos que comprendan con toda claridad lo que se les expone, insinuará la Caja la idea de filmar peficulas llustrativas para pasar las conjuntamente con una dicertación de los mísdicos al respecto.

En seguida varios médicos se refieren a la necesidad da obtener los exámenes de laboratorio con más prontitud, haciendo presente la conveniencia de contar en nuestro Consultorio con un laboratorio elinico propio. Y a este respecto el Médico Provincial manificata que esto ya está en vías de solución.

También se trató a indicación de uno de los médicos la
conveniencia de que todo enfermo que esté en tratamiento
por lues, tenga un calendario
de tratamiento el cual puede
llevar a otros Consultorios,
presentarlo y así poder el otro
médico saber la cantidad y las
fechas en que ha sido tratado,
como igualmente la anotación
de los exámenes de laboratorio
que se le han efectuado.

Esto último quedó la dirección del Consultorio de estudiar la forma de cómo llevarlo a la práctica si fuera posible.

Antes de dar por terminada la reunión el Médico Director les pidió a los colegas se interesaran por confeccionar las hojas clínicas y efectuar los exámenes de los enfermos en conformidad a lo insertado en el Reglamento General de Asistencia Médica y Beneficios.

Se acordó que la próxima reunión se llevara a efecto el 26 del presente y el tema oficial estuviera a cargo del Dr. Horacio Rivera, dentista,

dora, a causa de las dificultades actuales de la vida y de la crisis actual que aflige a toda la humanidad.

El tratamiento de la afección es sencillo y se limita a suministrar a los enfermos la vitamina "C" por medio de la administración de legumbres, verduras frescas, frutas, jugo de limón, leche, etc. El tratamiento de la estomatitis se limita a la desinfección prolija, calmando el dolor por medio

de tópicos, de gargarismos de coca, bórax, etc.

En nuestro enfermo, el cambio de alimentación, mejorando las condiciones generales por la adición de las vitaminas necesarias, resolvió el caso. El paciente se restableció rápidamente, después del cambio de su régimen alimenticio y con esta misma mejoría confirmamos el diagnóstico de estomatitis escorbútica. Igualmente tratar de conseguir que las reuniones cilnicas se efectuaran conjuntamentòcon los colegas del Consultorio de Coquimbo para hacerlas más numerosas.

### CHILLAN. — 5.8 REUNION CLINICA. — 1.0-VI-35

A la hora fijada y bajo la presidencia del Dr. E. González Laura, se reunen los médicos del Policifinco, dectores 
María Gatica, Larraguibel, Taricco, Necochea y Aranda, que 
hace de secretario. Faltan el 
Dr. Rubio que justifica su ausencia, y el Dr. Wildner. Invitados asisten los doctores Vera, Binimells y Lagos.

T B C Insiplente, — El Dr. Taricco da lectura a un trabajo cobre dicho tema en que analiza los grandes síntomas de la T B C. que más deben llamar la atención del médico aráctico.

Clasificaciones de meo práctico en la T B C.—El Dr. Aranda hace un estudio comparativo de las distintas clasificaciones propuestas y lo presenta
como un trabato prellminar, ya
que su exposición teórica será
completada en la sesión próxima con casos clínicos acompafiados de la placa Radiográfica respectiva,

#### Discusión:

Ofrecida la palabra sobre los temas anteriores da origen al debate siguiente:

El Dr. Necochea dice que a pesar de la enorme ayuda prestada por los Rayos X subsiste muchas veces la duda ante el resultado poco claro de estos camenes por lo que en su práctica se ha ayudado de otros pequeños sintomas que bien explicados y observados dan mucha claridad a situaciones dudosas.

Estos signos serían entre ctros: el signo del trapezoides, el signo del pellizco, el signo de las pupilas, etc.

El Dr. Vera solicita explicaciones a la causa, al mecanismo de tales signos.

El Dr. Necochea dice que a propôsito de clasificaciones tubercu'osas hay una baseda en caracteres clínicos y anatómicos y que hay otra clasifica. ción radiológica exclusivamente. Como causa de errores en muchos diagnósticos cita el l echo de 20 enfermedades pseudo tuberculosas. Promete enumerarlas en la reunión próxima.

El Dr. Larraguibel dice que muchas veces la radiología muestra sombra en procesos catalogados de exudativos y clinicamente no se oye nada; en cuanto a que una clasificación sirva gran cosa para una conducta terapéutica no la v tan importante dado el caso que la terapéutica intervencionista sólo se reduce en la gran mayoría de los casos a la colapsoterapia en una u otra forma. Cuanto a los métodos colapsantes opina que no presentan otras dificultades que las mecánicas.

El Dr. Binimelis dice que como disertaciones académicas estas divisiones de la tuberculesis son muy hermosas e interesentes, pero difíciles si no imposibles de aplicar en provincias, máxime en los serviclos como los del Seguro en que el recargo enorme de enfermos que tiene cada médico tratante hace ilusorio el examen detallado y largo, que muchas veces no puede ser complementado con los examenes en los institutos científicos ya que las cuotas asignadas a estos servicios son mínimas para la cuantía de los enfermos; agrega que en su práctica sólo los cataloga así: agudos, crónicos y latentes, y que debido al múltiple y proteiforme conglomerado de sintomas toda clasificación resulta forzada Con cada individuo cambian las características de la enfermeda.l debido al terreno y cree él que el terreno lo hace todo. Por lo que como resumen de su práctica ha llegado a la conclusión; es la observación del enfermo la que permite estudiar v eliminar todo otro proceso. Cita al respecto tres casos clínicos en que se hizo el diagnóstico de tuberculosis con pronóstico fatal a corto plazo, todos muy bien encasillados en una clasificación, que a la postre resultaron procesos agudos de otra naturaleza que pasaron su periodo ciclico, sanaron y actualmente son un mentis a estas elucubraciones académicas

Dr. Necochea dice que así como hay enfermos con síntomas tan claros en los que es imposible dejar que pensar en la tuberculosis, hay tambiéa enfermos como aquellos que sunta si muchos de estos catalegados como The incipiente no serían otra cosa que enfermos de bronquitis hemorrágica (Spiroquetosis de Castellani), por ejemplo

Dr. González Laura dice que como final de este debate se llegaría a la conclusión que no se debe ser precipitados en el examen del enfermo, dándoles especialmente a los pulmonares una dedicación especial.

Dr. Necochea, siguiendo en el camino de las dificultades diagnósticas, cita los casos de enfermos gripales en que llevados a la pantalla radioscórica muchas veces dan sombras que induciendo a error pueden ser tomadas como zonas de infiltrado tuberculoso. especialmente cuando estas sombras ocupan los vértices, los infiltrados apicales pueden ser de origen pleural, Agrega que todas estas disquisiciones son muy hermosas y atrayentes: pero quiere dejar constancia que se ha abandonado casi en totalidad la parte terapéutica que es la que interesa al enfermo. Apunta que en la terapéutica se suceden modas de medicamentos como pasa ac-tualmente con el cloruro de calcio

Dr. Vera, llama la atención al hecho de que el Dr. Tarricco en su trabajo no haya tocado el punto que se refiere al 
laboratorio y que él considera 
indispensable ya que en casos 
de Tbc. incipiente deben agotarse los medios de examen 
para descubrir uo estado de tal 
trascendencia para el enfermo.

Dr. González Laura, recuerda lo interesante que habría sido tocar de pasada los estados de bacilemia o tifo bacilosis.

Dr. Taricco, dice que en su trabajo no ha tratado de colocar detalles, que para eso se podría rebuscar en los libros y escribir volúmenos, que él ha tratado de apuntar lo grueso. lo llamativo, lo que cualquier mádico puede constatar en cualquier sitio o circunstancia.

Dr. González Laura. Llama la atención al hecho de que los trabajos que se traen a las reuniones clínicas tienen por objeto reparar y refrescar conocimientos.

Dr. Bintenelis. Dice que encuentra muy bueno el trabajo del Dr. Tarleco porque ha tomado lo que más interesa al médico de provincia: la parte clínica. Cita de paso los enfermos de procesos amigdalianos, anexiales, apendiculares en los que refirirándose solamente al sintoma fiebre han sido catalogados como procesos bacilares.

Dr. Taricco, Dice que su trebajo ha tenido como fondo presentar la parte discutible de la afección.

Dr. Vera. Dice que para ser más completo el trabato del Dr. Taricco debiera haber tocado el punto de la tuberculinoterapia; esta observación anima nuevamente el debate.

Dr. Necochea, Termina protestando porque se quiera defar de lado a la clínica esperando todo del laboratorio y que es conveniente unir el examen al laboratorio para mayor garantía diagnóstica.

Dr. González Laura, Dice que como resultado final debe aceptarae que siempre debe primar la clínica y que son los medios con que contamos y debido al medio en que se actúa es necesario no ser extremistas.

Como segundo punto de la tabla se trata del caso clínico presentado por los doctores Larraguibel y González Laura. (Erisipela y fiebre tifoldea).

Ofrecida la palabra, el Dr. Necochea felicita a los autores por la pesquisa a que se refieren en su trabajo.

Dr. González Laura, Oue ese hecho es el resultado de estas reuniones, ya que en el caso relatado en la sesión anterior se observó que la temperatura bajó con la aplicación del suero antieristrelatoso, como en el caso actual no se observó eso, este hecho lo puso en camino para sospechar en ofra enfermedad encomitante que resultó una tifolida.

Habiendo llegado la hora se levanto la sesión a las 8.30.

### CHILLIAN, — 6.a REUNION CLINICA

A la mora fijada, presidiendo el Dr. E. Gonzalez Laura y actuando como secretario el Dr. Aranda, se reunen los médicos del Consultorio, doctores Maria Gatica, Larraguibel, Taricco, Necochea, Lagos, Wildner, Rubio y el Dr. Blasser, del Consultorio de San Carlos. Invitados y con el mismo entusiasmo de siempre, ya que a todas las reuniones han aportado un valioso concurso en los debates, asisten los doctores Binimelis, Torres y Vera.

Se lee y se aprueba el acta anterior, pasándose en seguida a tratar la tabla.

CLASIFICACIONES DE USO PRACTICO EN LA TBC. — Dr. Aranda. — Termina con la presentación de casos clínicos, acompañados cada uno de la radiocrafía respectiva que se proyecta en la pantalla, la parte obfetiva de la exposición prelimirar que hizo en la sesión anterior sobre las clasificaciones de uso práctico en tuberculosis.

Dió origen esta presentación a un animado debate; especialmente al ser explicadas las planchas radiográficas. En una de ellas aparece una formación que la doctora Gatica cree que es un chancro tuberculoso.

Dr. Larraguibel. — Después de varias razones termina por decir que a su juicio se trata del corte de un bronquio.

Algunos casos clínicos presentados con datos incompletos ya que estos fueron imposibles de consecuir en los servicios atenos al Seguro que frecuentaron algunos pacientes da origen a acaloradas polémicas.

Dr. Aranda. - Hace presente que la indole de su trabajo no tiene o'ro objeto que hacer resultar las bondades de la clasificación de Bacmeister v lo explicativo, práctico y comp'eto que resulta la visión de un estado de un paciente encestilado en dicha escuela, maxime si se piensa que a veces el mismo enfermo es aten dide por distintes médicos del servicio. a los que se mhorrarian muchos examenes fatigosos, va que la lectura del diaznóstico anterior le daría el estado exacto del enfermo a consultar.

Dr. Wildner. - Pone en evidencia el hecho de que a veces hay factores externos al médico que hacen imposible a ste desarrollar toda su capacidad y cita el hecho de que llegado a la consulta con muchos impetus de trabajo, este excelente estado de ánimo es concluído, liquidado por la temperatura glacial de las salas de consultas llegándose a veces al estado risible de que el enfermo y médico tiritan al unisono. En estas condiciones es inhumano y peligroso hacer desnudarse a un paciente, especialmente a los portadores de afecciones del aparato broncopulmonar. Además los locales de consultas están situados a la calle v desgraciadamente es ésta una de las de mayor movimiento en la ciudad, y como los vehículos usan llantas de fierro producen un ruido atroz, dejando al médico en imposibilidad física para hacer un examen completo.

Dr. Aranda,—Llama la atención el hecho de que siendo la
tuberculosis una de las enfermedades que da más alta cuota de invalidez es completamente necesario allegarse sicuiera a la clasificación de
Bacmeister y no contentarse
con el diagnóstico simple y poco didáctico de Tbc. pulmonar,
ya que en los casos de invalidez debe hacerse un verdadero
peritaje sobre el estado del enfermo.

Dr. ildner, — Cita casos personales en que la observación de lesiones externas demasiado groseras que presentaba un asegurado lo llevaron al estado de eus pulmones sin 
tener necesidad de un examen 
minucioso.

Dr. Taricco. — Hace ver que en examen de policilnicos en que faltan comodidades agregadas al desaseo de los enfermos hace poco menos que imposible un diagnóstico preciso el que en estas circunstancias muchas veces sólo lo viene a determinar la autopsía.

Dr. González Laura. — Concluye diciendo que por las diversas razones expuestas en el debate debían los médicos del Seguro poner un esmero especial en los enfermos pulmona. res, ya que ese ejercicio redundaba en gran parte en beneficio propio dado el hecho que se mantenía alerta la disciplina profesional en los conocimientos médicos.

Dr. Binimelis, - Saca como conclusión de este debate el que el enfermo que paga y el que es atendido en estos servicios colectivos tiene muy diferente atención médica, de tal menera que, a su juicio, existirfan dos medicinas: la que efectúa el médico en la profesión libre y en la que el profesional da todo lo que es capaz, y la que efectúa el médico asalariado en que se diluyen las responsabilidades, y lamenta que instituciones millonarias como el Seguro, que al nacer sôlo tuvieron como fin visible la salud de sus imponentes poniendo a su servicio exclusivo todos los medios conducentes a tal fin y que le propercionan sus enormes entradas, preocupados de intereses muy agenos a estos fines, mezcrinen en la hora actual al personal de los equipos médicos y mezquinen las cuotas asignadas a servicios indispensables como son los institutos científicos, valiosos auxiliares de diagnósticos.

Dr. Taricco.— Cree que exajera el colega Binimelis, sobre la responsabilidad profesional que se diluye en servicios coiectivos como el Seguro, ya que cada médico por prestigio profesional o por amor propio, pone de su parte todas sus facultades y conocimientos para llegar a un diagnóstico preciso.

Dr. González Laura, - Refuta las apreciaciones del Dr. Binimelis y termina expresando que es innegable que los enfermos reciben una atención más superficial, debido especialmente a que una buena parte de pacientes de cuestiones insignificantes les hacen malgastar un tiempo precioso al médico. Que al efecto está pendiente para resolver en Santiago la creación de una nueva plaza de Médico General, con lo cual se implantara el sistema de control y distribución de acuerdo con las respectivas especialidades, lo que vendra a subsanar en parte el mal señalado. Además los propósitos de la Sección Médica son de dotar de institutos propios a los Consultorios Provincales a medida de que los dineros así lo permitan. Debemos tener fe que poco a poco re vayan perfeccionando los servicios y los métodos de acuerdo con las circunstancias económicas.

ENFERMEDADES PSEUDO TUBERCULOSAS. — Pásando al segundo punto de la tabla el Dr. Necochea empieza por leer las 27 enfermedades pseudo tuberculosas ofrecidas en la sesión anterior.

A continuación lee su trabajo de observación y experiencia personal.

Dr. Binimelis. — Felicita al Dr. Necochea por la novedad absolut, de su trabajo para los médicos regionales y por el hecho de ser producto de la cosecha propia.

Dr. González Laura.— Agradece qua vez más la presencia entueissta de los médicos vistantes que con alto espíritu participan en los debates de las reuniones clínicas, y espera que esta cooperación se debe hacer más efectiva presentando estos médicos trabajos a las reunicnes.

### 7.a REUNION CLINICA.— 3.VIII-35

Presidides por el Dr. E. Gonzá'ez Laura, se reunen los siguientes médicos del Consultorio local: Dres. Taricco, Wildner, Maria Galica, Necochea. Larraguibel, Lagos, Rubio y Aranda, que hace de secretario.

Del Consultorio de Bulnes asisten: doctores Rouret y Leteller

Del Consultorio de San Carles: doctores Blasser y Saavecra; el Dr. Bonhomme, de Yungay, y Gutiérrez de Quirihue.

Invitados asisten los siguientes médicos: Binimelis, Vera, Sepúlveda y Canales.

ASMA. — El Dr. Blasser, de San Carlos, da lectura a un trabajo sobre dicho tema.

br. Necocion. — Pregunta cuál sería la acción del cloruro de calcio en esta afección.

Dr. Blasser. — Aumenta la sensibilidad del simpático.

Dr. González - Milian, comentando el mecanismo de acción del carbonato de sodio en la crisis nitritoldes, como fenómeno coloido clásico en una presentación de Sicard, estima que dicho shoc se produce por insuficiencia de alcalinidad de la sangre. Por esta razón el carbonato de sodio, elevando a la cifra normal dicha alcalinidad evitaria esa verdadera anafiaxia producida por substan-cias cristaloides, como los ar. conleales. Quin sabe si esta doctrina pudiera explicarnos el rapel de las sales de calcin que menciona el doctor Necochea, por su naturaleza alca-

Dr. Necochea. — Ha observado que la nentora al 10% en forma inyectable obra muy favorablemente en estos casos y crea que sa deberta a fenômenos de floculación.

Dr. Gutiérrez. — Come modecte médico de provincia y cierciendo lejos de toda cátedra, va a dar a conocer su experiencia en el Asma, que consudera un rombecabezas. Sen 15 casos tratades y ha usado el hinosulfito al 10%, Para cari todos ha sido una panacea tal medicación, pero algunos de éstos ha sido imposible alargar el capacio entre los ataques.

Dr. González, — Lamenta no se haya hablado de la etiología de' Asma sin olvidar, por ejemplo, las de origen nasal, hepático, apendicular, etc., porque habría sido interesamte ver el resultado obtenido en estos casos por las desensibilicinas.

..Dr. Blasser. — Se trataría siempre de un trastorno humoral. La espina irritativa actuando prodicuría el shoc.

Dr. Vera. — Dice que está seruro que los mejores resultados se obtendrían en los casos de Asma esencial y que en los casos de espina irritativa, a pesar del medicamento siempre volverían a producirse.

Dr. González. — No se acepta ya esa división.

Dr. Vera. — Insiste en que hay Asma esencial y sintomática, y promete traer las pruebas para otra reunión.

Dr. González, — ¿El asme esencial de los clásicos cómo se trataría? Dr. Blasser. — No se acepta hoy día esa clasificación, como tampoco se acepta la existencia de la epilepsia esencial. Toda enfermedad es secundaria. Hay asma por oiores, emociones, sugestivos como el caso tan conocido de Trousseaux de las violetas artificiales. El fin de los métodos modernos ea hacer menos sensibles a los individuos.

Dr. González. — Aceptada la teoría humoral, ¿cuál seria el mecanismo de la crisis?

Dr. Blasser. — Es además necesario que se rompa el equilibrio vago-simpático, ya que estando normal este equilibrio la crisis no se produce.

Dr. Vera.—No está de acuerdo con el Dr. Blasser en que niegue la existencia del asma esencial y deduce que en los casos de anafliaxis, no existe espina irritativa.

Dr. Binkmelis, — El asma es un sindroma que puede descargame por diferentes causas y estas serían las espinas irritativas. Este concepto de espina irritativa es más amplio; la uremia, los oesequitibrios endocrinos; toxinas tubercuosas son capaces de precipitar la crisis. A este propósito cree que en la mayor parte de los asmáticos hay un fondo tuberculoso. Como se v2, la espina irritativa no es una deformación anatómica.

Dr. Taricco.—Concuerda con el Dr. Binimelis en el sentido de no ser orgánica siempre la espina irritativa, ésta puede ser en ocasiones una modificación de esta naturaleza, pero pasajera (catarro, por ejémplo), esceptible de fácil eliminación como también puede ocurrir que la causa (polen de las fiores) oora directamente sobre un estado humoral especial modificable en definitiva con el proceso curativo de desensibilización indicado por el colega Blasser.

Dr. Vera. — Insiste en afirmar la existencia del Asma sebncial y sintomática, y dice cue algunos intros ústimos hacen esta clasificación. En aóscusi/a, presente los colegas están identificando la consecuencia con la espina irritativa.

Dr. González. — La clasificación que cita el Dr. Vera ha sido abandonada, está de acuerdo, eso sí, en que el Asma es Shoc anafiláctico coloido clásico.

Dr. Vera, — Hay Asma sin

Dr. Binimelis. — Serían psiquicos, caso Trousseaux.

Dr. Taricco. — Las enfermedades liamadas esenciales ya han desaparecido: epitepsia, demencia, etc.

Dr. Rubio. — La crisis asmática, seria debida a una espina irritativa y a un desequilibrio vagosimpático. La priinera obraria produciendo la atteración nerviosa y ésta traeria el trastorno humoral.

Dr. Vera, — No lo convencen las elucubraciones discutidas, insiste en la existencia del asma esencial.

Dr. Guttérrez. — Se refiere al caso tratado por el Dr. Blasser, enfermo con gran crisis asmática que fué enviado a Santiago y operado de una amigdalitis crónica y que ha sido tratado con gran éxito por el método de las desensibilicinas y pregunta qué es los que obro, si el bisturi de Santiago o las inyecciones; si lo primero cree entonces que el medicamento sería sólo sinton atico. Ironiza sobre el caso de Trousseaux y termina diciendo que cree que para él habria sido más barato alejarse de las violetas que colocarse las largas y costosas seties de invecciones.

Dr. Blasser. — Cree que en su caso obro el medicamento, ya que la crisis asmática siguió tres meses después de haber sido operado el enfermo.

Dr. Wildner. - Oldas todas las razones dadas en la reunión ha llegado a esta conclusión, tara lo cual parte del individuo sano en el que existe una perfecta armonfa funcional y un engranamiento perfecto también nervioso humoral que lo defiende de los ataques externos que lo pueden desequilibrar. Este individuo sano con estas condiciones tiene un margen de tolerancia que le permite neutralizar las causas cue lo desequilibrarían. El asmatico habria perdido por causas diversas este margen de tolerancia y entonces la causa más banal lo desequilibraría produciendo la crisis. El me-

dicamento a su entender tendria este fin: Co ocar al individuo en un margen mayor de resistencia que el habitual frente a la causa de su trastorno. Cita el caso observado en Valparaiso en que un hijo unico de un hombre acaudalado cae muerto súbliamente al comenzar una invección infinitesimal de albúmina de huevo que se le prescribió para desensibilizarlo. Los huevos hasta en cantidad pequeñísima despertaban en este niño grandes ataques de asma. Y lo explica diciendo que el margen de defensa de este niño habin desaparecido totalmente ya que bastó una cantidad microscópica para producirle una muerte instantânea.

Dr. Blasser,—Pasa lo mismo que con las albúminas heterogéneas, que colocan al individuo en un mayor margen de tolerancia.

Dr. Binimelis, — Ceiebra tocas las teorias; pero estamos
lejos de conocer el mecanismo
interno, Dice que hay contradicciones en ios mecanismos
explicados y en la acción de
algunos medicamentos. Los
músculos bropquiales tienen
gran actividad en la crisis del
asma; por otra parte se usa
la adrenalina que actúa sobre
el simpático, lo que sería un
absundo ya que los músculos
bronquiales son vagotónicos.

Dr. González. — Como el tiempo corre y los demás puntos de la tabla apremian, debemos terminar esta discusión.

CISTITIS Y SU TRATA. MIENTO. — El Dr. Lagos da lectura a un trabajo sobre dicho tema.

DISCUSION.— Dr. Bonhomme. — Ha tratado tan completamente la materia el Dr. Lagos que no ha dejado lugar a debate.

Dr. Letelier. — Ruega se le dé a conocer la opinión sobre el uso de los caldos vacuna colocada in situ.

Dr. Lagos. — Los caldosvacuna dan resultado en la cistitis aguda.

Dr. González. — Solicita al Dr. Lagos le de una pauta para distinguir ràpidamente sin recurrir a pérdida de tiempo de laboratorio la diferencia

## Peritajes de Invalidez

N. 07 \_ F. C., mujer, 64
años de edad, viuda. — Dirigia
un taller de costura de su pro-

Antecedentes, — Ha tenido un solo hijo que está vivo. No ha tenido abortos, Se casó a la edad de 42 años. Su marido murió de insuf, cardiaca. Amerorrea físiológica en 1919. En el mes de Agosto de 1933 se produce la extrangulación de una hernia crural der que tenía desde algún tiempo y es sometida a la quelotomía de urgencia el 19 de Agosto en el

Bospital. No se conocen detaile de esta intervención y de la stada en el hospital porque esta observación no existe en el archivo de dicho establecimiento. Junto con la hospitalización sufre la enferma trastornos de orden econômico porque aban-Conó el negocio que dirigia perdiendo lo que tenía y le permitia su sustento. Finalmente, poco después de su salida del hespital, su hijo suya conducta desde hacía algún tiempo iproducia molestias, huyô del hogar dejändela completamente sola.

Enfermedad actual. - Desde que la operaron notó una disminución apreciable de sus energias. Tanto en la esfera somática como en la psíquica sus trastornos se hicieron muy marcados y se pueden resumir en astenia, incapacidad para el trabajo, mareos, estado de depresión, tendencia al llanto, enflaquecimiento considerable en relación con la inspetencia; inciferencia por su cuidado pergonal, (alimentación, vestidos, limpieza, etc.). Trastornos de is memoria; desorientación en el tiempo y en el espacio; se

ent- matitis blenorragica y colibacilar,

Dr. Lagos,—La gonocócica es rápida, aguda, aparatosa y cede rápidamente; la otra frecuentemente es más benigna y de mayor duración.

Dr. Letelier. — En la gonocócica har siempre prostatitis.

Dr. Lagos. — No cree que haya prostatitis siempre.

Dr. Sepályeca, —, Pregunta si en la Cistitis aguda se asocian varios microbios.

Dr. Lagos.— La recuerda en el comienzo de su trabajo. Afirmó como un hecho cierto que tedas las Cistitis agudas son polimicrobianas.

Dr. Vera. — Desea saber si en caso de cáncer de la vejiga se esca el órgano y se implantan los ureteres en el recto.

Dr. Wildner, — Ese tratamiento es peor que el cáncer; la implantación de ellos en el recto produce una infección ascendente rápida.

Dr. Lagos. — La cirugía de estas regiones ha perdido gran terreno desde la aparición de la electrocoagulación.

Dr. Binimelis. — Cita algunos casos de ureteres implantados en el recto, operados con grán éxito en Concepción.

SOBRE LA SECLORURACION EN LOS OPERADOS Trabajo de los doctores Rouret y Letelier

DISCUSION

Dr. Wildner. - Ha experimentado desde hace tiempo método que han implantado los colegas de Búlnes y ha obtenido buenos resultados. El timpanismo, el puiso y la lengua, que son el barómetro de los enfermos intestinales nos hablan de las bondades del método. Los enfermos se desintoxican y tienen un período post operatorio muy llevadero.

Dr. Necochea. — Apela a la capriencia de los cirujanos para resolver esta pregunta: enfermos operados que hacen un buen estado post operatorio, herida en buenas condiciones y que se mueren a pesar de todo. ¿Es la degeneración del higado producida por el éter o cloroformo la que acaba con ellos?

Dr. Wildner. - Para resolver esta cuestión es preciso catalogar a los enfermos en dos categorías. 1) los urgentes en que es necesario operar rápidamente y en los que es imposible valorar el estado hepático y 2.0 los crónicos en los que se pueden hacer todas las pruebas de suficiencia orgánica que se quiera. Solamente después de estos examenes se pudiera contestar a la pregunta del doctor Necochea. En su práctica sólo ra visto una atrofia amarilla aguda del higado producido por el clorofermo a un niño de 3 años.

Dr. Letelier. — En la superficies de operación existe desintegración proteica y son estas albúminas absorbidas las que van a lesionar a los operados. Al decir ésto se refiere a les fenomenos inmediatos; vómitos y gases,

Dr. Binimelis. — Pregunta— Si en los casos relatados por los colegas de Búlnes se trataba de peritonitis circunscritas o difusas. Le llamó, eso si, la atención la rapidez con que han sido sacados los tubos.

Dr. Bonhamme, — Pregunta si es obligatorio la extirpación del apéndice aún en los casos con gran supuración.

Dr. Binimelis. — Si la peritontias es circunserita no hay necesidad de sacar el apéndice porque este elimina solo. En las peritonitis difusas el es de absoluta necesidad la extirpación.

A propósito de los términos circunscritos y difusos y localizados, dice que no es lo mismo localizado que circunscrito, ya que esta última acepción enque esta última acepción enlas tejido de defensa que ais la el proceso de la vecindad le calizado puede ser un proceso que por no tener limites de defensa organizada, fácilmente puede difundirse.

Dr. González. — Lamenta no poder presentar el caso anunciado de endarteritis obterante tibial parcial, debido a que el enfermo no ae presentó, que era lo interesante.

Se levantó la esión.

C. DARWIN (1).

# Nuestro medio

### Documentos

# N.º 15

### Un siglo en la evolución de nuestro pueblo

(SALARIO - ALIMENTACION - VESTUARIO - VIVIENDA)

### 1834

..."Me sorprende tanto la palidez de la mayor parte de los mineros que pregunto por su salud a Mr. Nixon. La mi-

los mineros que pregunto por su salud a Mr. Nixon. La mina tiene 450 pies (135 metros) de profundidad, y cada hombre sube a la superfície 200 libras (90 kgs.) de piedras, Con esa carga al hombro tiene el minero que trepar por escota-

perdia cuando andaba sola por

duras hechas en troncos de árboles dispuestos en 2g.zags en los pozos. Jóvenes de 18 a 20 años, desmudos de medio cuerpo arriba, suben así con esta enorme carga. Un hombre vigoroso que no esté habituado a este trabajo, tendría por mucha labor encaramar sólo su cuerpo y llegaría arriba sudando. A pesar de este rudo trabajo se alimentan sólo de

habas cocidas y pan. Ellos preferirían el pan seco, pero sus amos, comprendiendo que este alimento solo no les permitiría un trabajo tan aostenido los tratan como caballos y les cobligan a comer habas. Ganan un poco más que en las minas de Jahuel: les dan de 30 a 35 francos al mes y no salen de la mina más que una vez cada tres semanas; entor-

El ex. de sangre en Febrero de 1934 fué Wass. y Kahn negativas. En 26 de Marzo de 1934 fué Wass positiva y Kahn icstitva. Resultado de este último muy sospechoso porque as reacciones han sido después y en tres ocasiones absolutamente negativas.

Ex. de orina normal.

En un principio el cuadro fué considerado como una neurastenia ocasionada por la grave afección quirúrgica, los trastornos económicos y finalmente el choque moral que representa el abandono de su hijo. Pero esto se ha prolongado por más de un año y en ningún momento se ha visto mejoría ni cambio de la enferma. Por lo tanto se trataría de una neurastenia pre-senil o simplemente de un cuadro de senectud precoz que precede el desarrollo franco de la demencia senil. A este diagnóstico de "senectud precoz" corresponderían los sintomas detallados. Sin embargo, el médico informante hace presente que la objetividad del cuadro es muy escaea y no se puede descartar la simulación ya que los trastornos de que se da cuenta son especialmente subjetivos.

### CONCLUSIONES

(Con las saivedades ante dichas)

Diagnóstico.— Senectud precoz. (pre-demencia senil). Pronóstico. — Incurable. — Supervivencia que se puede estimar en 5 o 6 años.

Incapacidad para el trabajo.

— Absoluta y permanente.

Fecha probable de la invalidez. — Fines de 1933.

Nota, — Por otra parte debe considerarse las dificultades de una sexagenaris para rehacer su vida después de haber perdido marido, hijo y medios económicos de vida. Esta impotencia ante la vida es capaz de dar lugar a teda la sintomatología.

....Dr ...

### CALIFICACION DEL PERITAJE

11-FORMA: Ordenada.

2.—ANAMNESIS: Incompleta.

3.—EXAMEN FISICO: Soficiente.

4.-EVOLUCION: Sufficiente.

5.—TRATAMIENTOS Y RE-SULTADOS: Insuficientemente expresados.

6.—CONCLUSIONES: Concuerdan cor el cuadro cúrico. CALIFICACION GENERAL Regular.

Regular.

La ofici a aceptó la invalidez y concedió la pensión sin pedir ampliación del informe, tomando en cuenta la edad de la enferma.

las calles, etc. En estas condiciones comienza a ser tratada en el Consultorio del Seguro. en Febrero de 1934 y se rela sionan sus trastornos con el climaterio (?) y se piensa en disistolia. En Marzo de 1930 es atendida en neurología. El exámen físico reveia una anciana enflaquecida, pálida, Pupilas iguales. El ex. oftalmológico demuestra la existencia de hipermetropia y presbicia y se le Can anteojos Temblor palpebral intenso, abolición del reflejo faringeo. Dentadura incompleta y en regular estado. Corazón: to os falgo apagados I-80. Presión arterial 15 y 9 al Váquez. Pulmones nada especial. Abdomen depresible; no doloroso; cicatriz de quelotomía crural derecha, Marcha algo vacilante, no hay ataxia. Reflejos tendinosos vivos e iguales en los 4 miembros. No se aprecian trastornos groseros de la sensibilidad. Várices en ambas piernas. El ex. psiquico revela depresión, cierto grado de bradipsiquia; falta de recuerdo de las fechas recientes y antiguas importantes; dificultades para la evocación de algunos recuerdos (fecha dei faliecimientò de su marido, etc.). Hiperemotividad; ilora fácilmente. Dificultades de la atención y de la asociación de ideas al repetir los días de la semana y los meses del año en orden inverso) .

ces pueden pasar dos días en sus casas..." (Observaciones en las minas de oro de Yaquil, San Fernando).

"Por triste que sea la situación de los mineros (y puede juzgarse de ella por lo que antes hemos dicho) es una situación muy envidiada; porque la de los obreros agricolas es todavía más dura. Los beneficios de estos últimos son mucho menores y se alimentan casi exclusivamente de habas. Esta pobreza proviene en primer término del aistema feudal que preside el cultivo de las tierras: el propietario da al campesino un pedazo de tierra en la cual puede éste construir su casa y cultivarla; pero este le da en cambio su trabajo personal o el de uno que le reemplace durante toda au vida, y esto día por día y sin jornal. De este modo el padre de familia no tiene quién cultive su terreno hasta que tiene un hijo de suficiente edad que pueda reemplazarlo en el trabajo que debe al propietario. No hay que extrañar, por tanto, que sea extrema la pobreza de los obreros agricolas de este país," (San Fernando).

... "Hay peeos pastos para los grandes cuadrúpedos y, por consiguiente, los alimentos principales son los cerdos, les patatas y los pescados. Todos los habitantes Hevan gruesos trajes de lana que tejen por sí mismas las familias y tiñen de azul con indigo... (Chiloé).

"El distrito de Cucao es el único punto habitado de la costa occidental de Chilos. Tic. ne 30 a 40 familias indias diseminadas en cuatro a cinco máilas de la costa, Los indios fabrican por sí mismos sus trajes y van hien vestidos; ticnen alimentación en abundancia y, sin embargo, no parece que están satisfechos..." (Chilos).

C. GAY (2).

"El anlario de los peones "obligados" de los campos aquellos que hasta ahora los inquilinos deben proporcionar al propietario cuando no pueden prestar personalmente sus servicios en los fundos) era de dos reales por día, comprendida au manutención y de dos reales y medio a tres reales cuando no la recibian. Estos precios variaban algo según las provincias. Así en Copiapó, ja manutención se avaluaba en dos reales y en Chiloé en tres cuartos; pero para el hacendado que todo lo cosechaba en su propiedad no venía a costarle sino medio real, más o menos."

"El campesino chileno necesitaba para andar bien vestido, de las piezas que siguen; cuatro camisas de 4 a 5 reeles; dos pares de calzones a 12 reales cada uno; dos chalvecas a 4 pesos las dos; dos chalvecos, de tres reales cada uno; un calzoncillo de 4 reales; un sombrero de paja de Guayaquil a 20 reales; tres pares de zapatos a 9 reales; un poneho de 3 pesos; dos pañuelos a real.

Rara vez usaban medias y en caso afirmativo eran tejidas por las mujeres...'

"El salario de los peones "forasteros" era mayor que el de los "obligados". En 1838 en la provincia de Coquimbo se les daba 8 pesos al mes o 4 reales diarios, cuando se contrataban solamente por algunos días: a este sueldo se agregaba la comida compuesta de un puñado de 24 higos secos y de un pan de algo más de una libra. En las provincias del centro esta ganancia era en 1838 de real y medio y la manutención avaluada en tres cuartillos ... '

### D. AMUNATEGUI SOLAR (3).

"El valor de los jorna es se pagaba entonces en la ciudad en buena plata sonante. He aqui un cuadro exacto de estos eetipendios:

'Un carpintero, tres a sels reales; un herrero, lo mismo. Los zapateros, sastres y plateros pagaban a sus oficiales un tanto por cada obra. De ordinario los plateros les daban la mitad del precio convenido con el comprador... El jornal de un albañil era de 8 a 12 reales diarios, y el de los peones, en los meses de Junio, Julio y Agosto, cinco pesos al mes, y en los restantes del año, seis pesos. A cada uno de estos trabajadores se les daba, además, para su manutención, una libra de charqui al día, con un poco de frangollo. Esta comida diaria se galculaba en un cuarto de real para cada individuo ..."

### 1934

### ENCUESTAS DEL Dr. J. VIZC ARRA Y DE DON LEONARD O LIRA

ENTR		-	DISTRIBUCION ENTRADAS  Lo que se gasta por día				Lo que debería gastarse			
Especifi- cación	Vizcuria por día Trabajo	Lira (4)		Vizearra		Lira (5)	_	y P. persona		
Salario Otras ent. ,			Alimentación Vivienda., Vestuario., Leña, Varios TOTAL	\$ 3.62 1.61 1.21 0.60 1.01	\$ 0.77 0.34 0.13 0.26 0.21 \$ 1.71		\$ 2.75 1.43 1.81 1.17 \$ 5.73	\$ 1.80 0.50 1.00 - \$ 3.30		

# Congresos, Cursos

#### ARGENTINA .-

Durante el 6 y el 11 del mes pasado se llevaron a efecto las sesiones y actos del Séptimo Congreso de Cirugia Argentino Congreso de Cirugia Argentino, organizado por la Asociación Je Cirugía.

Asistieron delegados del Brasil, Bolivia y Uruguay, lo que contribuyó a darle mayor brillo ya que entre ellos estaban célebres cirujanos de estas re-'júblicas; doctores Arturo Montteiro, Bibbao Rioja, Domingo Prat y Armand Ugón.

La sesión inaugural fue presidida por el Ministro de Justicia e Instrucción Pública y actuó como Presidente del Congreso, el profesor Marcele Vifias.

Las relatorias oficiales del primer tema: Osteomielitis aguda y crónica, fueron hechas por los doctores Guillermo Allende, refiriéndose a esta lesión en el niño y el Dr. Pedro Jáuregui, en lo que se refie e al adulto.

Se presentaron numerosisimas contribuciones al tema oficial.

La segunda relatoria oficial estaba destinada al tenna: "Traumatismos craneanos y sus secuelas" hubo dos relatos, no del doctor Marcelo Vernengo y otro de los doctores profesores José Arce y Manuel Balado.

Al tercer tema oficial estaba destinado al Tratamierto del Empiema agudo de la Plenra, los relatores eran, para el adutto, el doctor Victor Arnand Ugón, uruguayo y para el niño, el doctor Manuel Ruíz Moreno.

Durante todos estos días se hicieron demostraciones quirúrgicas en los numerosos hospitales de Buenos Aires.

La sesión de clausura se llevó a cabo el 11 de Octubre y en ella disertó sobre "cirugía del simpático" el cirujano bodiviano, Bilbao Rioja,

TURQUIA .-

Entre los días 7 al 9 de octubre, se efectuó en la ciudal. de Ankara, el Séptimo Congreso Nacional de Medicina de Turquía.

Al secretario general, profesor F. K. Goany, Ankara, Turquía, pueden solicitarse las conclusiones en francés o infilés.

#### ITALIA.

En Boloña se ha celebrado a fines del mos de Octubre, « XII Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, bajo la presidencia del profesor Glacinto Vinia.

Informaciones pueden obtenerse en; Clínica Médica, Pollclínico S. Orsola, Boloña, Italia.

Los temas tratados fueron los siguientes:

Clasificación Ciínica y Diagnóstica de las letericias por los doctores, profesor Michell, G. Dominici y A. Allodi.

Avaluación de la constitución individual, por los doctores, profesor G. Viola, F. Schiassi, P. Benedetti y G. Capone.

(NUESTRO MEDIO...)

D. DOMINGO AMUNATEGUI SOLAR (6).

..."En aigo han variado ha costumbres y los trajes durante el siglo transcurrido; però los rasgos esenciales del cuadro que acaba de lecrse permanecen idénditos. Esto manifiesta que un pueblo de inferior cultura no se modifica sino con extrema lentitud..."

NOTA. - Nuestro deseo era incluir muchos otros documentos de alto interés informativo correspondientes al año pasado y al presente, pero hemos preferido dar cabida a los resultados de las encuestas del Dr. J. Vizcarra, de Valparaiso. y del distinguido ingeniero señor L. Lira, de Santiago, Las cifras las hemios tomado del excelente y documentadisimo trabajo publicado por el Vizcarra en el N.o 10 de "Medieina Social" (Balance de la Tuberculosis) y de un documento original que nos proporcionó gentilmente el señor Lira. Las encuestas del primiero

se verificaron en las familias de los enfermos de tuberculosis atendidos en el Seguro, y las del segundo en las familias de los obreros gasfiters y hojalateros de los servicios de Agua Potable de Santiago. El distanciamiento que se observa entre ambos autores al establecer las cifras de lo que debiera gastarse en la actualidad por cada persona en una familia obrera para satisfacer sus necesidades vitales y por consiguiente del salario que debería pagarse al obrero para que esto fuera posible, se debe especialmente al hecho de que el señor Lira en la estimación de las cantidades de los diversos alimentos que el individuo debiera comprar para satisfacer sus necesidades calóricas queda un poco por debajo de las cifras universalmente aceptadas.

En todo caso, aun el salario "humano" del Dr. Vizcarra, es insuficiente en los mementos actuales; satisface solo las necesidades somáticas; pero no las culturales. Y para los que recuerdan la historia monetaria de Chile como la de cualquier otro país es de toda evidencia que una política que trate de levantar las condiciones vitales del tipo racial no puede limitarse únicamente a medidas como el "alza de los salarios cuyos efectos no tardan en ser anulados por el alza de los precios que ella trae consigo. Esa política sólo es posible - como decimos en el editorial - cuando todas las actividades públicas y privadas se orientan en ese sentido en un trabajo armónico, sinergético.

1) C. DARWIN, "MI viaje alrededor del mundo"; 2) G. GAY, "Agricultura"; 3) D. AMUNATEGUI SOLAR "Historia Social de Chile" 4) y 5). No ha publicado olfras; 6) Opuscit.

Recordemos, finalmente, que el valor del peso oro hace un siglo era de 48 d., y actualmento de 1.5 d. Sindromas mediastinales; Parte médica por el profesor G. Zagari, de Nápoles. Parto quirúrgica, por la Sociedad Italiana de Cirugía.

El profesor Maragliano, director del Instituto de radiología de Génova, dió una interesante conferencia sobre Marconitherapia.

#### CHILE.

En el número anterior dimos a conocer los temas y las relatorias designados para la "Cuarta Semana de la Experiencia Quirárgica, que celebrara la Sociedad de Cirujanos del Hospital en la ciudad de Concepción, durante los días 19 a 22 de Diciembre.

Existe gran interés en todos los cirujanos de la capital como en los de provincias por asistir a este torneo que ha venido a representar la palabra oficial de la cirugia civilena.

Con el objeto de facilitar la labor de los relatores y la preparación del programa de la comisión de festejos y poder crganizar la excursión colectiva a Concepción, la secretaría general. Casilla 2843. Santiago, nos ha comunicado que es incispensable que los cirujanos manden su adhesión y sus trabajos a la brevedad posible.

### LA CONVENCION DEL

CUFRPO MEDICO CHILENG
De acuerdo con lo que establecen los estatutos, la Asociación Médica de Chile, celebrará en Enero próximo la Convención Médica anual, con el
objeto de que los médicos del
país expresen su sentir frente
a los grandes problemas que
cfectan al gremio y a la Medicina.

Los temas oficiales que se tratarán en esta Convención son los siguientes:

 1.0 — Racionalización de los Servicios de Asistencia, Sanidad y Previsión Social.

 2.0 — Orientación del Gremio Médico frente al problema del Bienestar Social.

3. — Estructuración futura de la Amech.

Cada uno de estos temas tencrá su relatoría especial formada por médicos de Valtaraíso y Santiago y recibi-a- todos los trabajos que envíen las asociaciones médicas provinciales, as instituciones oficiales que tienen relación con los problemas de la salud. las instituciones sindicales y los médicos persoralmente.

La recepción de los trabajos La hará la secretaría general, que estará formada por los doctores:

José Vizcarra, Casilla 5448, Valparaiso; v

onso Asenjo, Casilla 639, Eantiago,

Los días en que se celebrarás este primer gran Congreso de Medicina Social, que tendrá trescendencia americana, ya que sus discusiones serán transmitidas a todos los países de la América, serán el Viern-10, sábado 11 y domingo 12 de Emero.

Los trabajos deberán esta: en manos de uno de los secretarios generales antes del 25 de diciembre, pues, desde esa fecha comenzará su estudio por las comisiones relatoras oficiales, nombradas por el Directorio General.

El señor Ministro de Salubridad será especialmente invitado para que presida las reuniones de este Congreso, cuyas conclusiones ecrán de vital importancia ahora que el poder legislativo está iniciando el estudio de lo que debe ser una buena organización esnitaria.

# Bibliografia

SOCIOLOGIA GENETICA Y SISTEMATICA. — ANTONIO

CASO. - Segunda Edición. --

Editorial Cultura, — México.— 1932.

La tarea del médico se complica cada día más. En la Escuela v en la práctica profesional se habituo durante largos años a tratar sólo individuos enfermos. Y su organismo - tero se estremecía de satisfacción cuando lograba salvar una vida. Pero, en nuestros día ., esta tarea, indispensable e importante sin duda, ya no je estremece como antes. Un nuevo campo, inmenso e insospechado, se abre ante 31. Ya sabe que no solo hay individuos enfermos, sino que es la sociedad misma la que está enferma. y que es probable que toda la patología individual no sea sino la consecuencia de alteraciones

graves de la sociedad, va que esta es anterior al individuo. Pero sucede que tiene que empezar a estudiar de nuevo. Ese formidable organismo que es la sociedad tiene una morfologia, una fisiología, una patologfa, y una terapéutica distintas de las que que él conoció como propias del ser vivo, aunque obedeciendo probablemente a las mismas leves. ¿Dônde cacontrarán las informaciones científicas que le permitan adentrarse con éxito en el estudio de las estructuras sociales y de sus fenômenos

SOCIOLOGIA GENETICA Y SISTEMATICA, del distinguido profesor mexicano, Antonio Caso, que vendrá a Chile a dictar algunas lecciones durante 
los cursos de Verano de la Universidad, es una obra indispensable en la Biblioteca del 
médiro.

Obra recia, de estilo fácil, gran espíritu didáctico, con mucho espigado en todas las disciplinas científicas, y mucho más de la propia cosecha del autor, le servirá al médico grandemente en su primera iniciación en el campo de la sociología.

Recomendamos su lectura

BADANCE DE LA TUBER-CULOSIS, — Dr. J. Vizcarra,— "Medicina Social",— Valparaíso, —

"MEDICINA SOCIAL", en su filtimo número (correspondiente a Setiembre), trae un interesantismo y documentado estudio de las condiciones económica-saciales de los tuberculosos atendidos en Valparaíso.

El balance de las tuberculosis contiene poca literatura, pero está repicto de cifras y de Jetos objetivos, concretos, escalofriantes muchos. Es este el tipo de trabajo que debe realizar todo médico cuando quiera enfocar los grandes problemas de la medicina social. Y él viene a confirmar lo que decíamos en las últimas páginas de nuestro oletín pasado; "los colegas tienen en cada consultorio de la Caja un magnífico centro de investigaciones médico-sociales que no ha sido aprovechado debidamente hasta-ahora". Vizcarra demuestra

ahora, como deben y pueden aprovecharse diches centros en esa clase de investigaciones.

Recomendamos encarecidamente a los colegas la lectura del trabajo del doctor Vizcarra y felicitamos cordialmente a su autor.

### **Noticiario**

CHELE

### LA CAMPANA ANTIVENE-REA EN LOTA

Santiago, 17 de Octubre de 1935.

Hoy se decretó lo que sigue:

Teniendo presente:

Que durante el año 1934, se ha registrado en la comuna de Lota, un aumento notable de las enfermedades venéreas;

Que este hecho reviste gravedad y trascendencia extraordinaria por traturse de uno de los centros obreros más importantes del país;

Que tanto la Compañía Carbonfiera e Irdustrial de Lota como la Municipalidad respectiva y la Caja de Seguro Obligatorio han acordado combinar sus recursos y esfuerzo para llevar a cabo conjuntamente una activa campaña en pro del mejoramiento de la salubridad de Lota; y

Lo dispuesto en el artículo 71 del Código Sanitario en vigor.

DECRETO:

 Autorizase a la Dirección General de Sanidad para tomar medidas extraordinarias a fin de combatir y evitar la propagación de las enfermeéades venéreas en la Comuna de Lota.

2) La Dirección General de Sanidad deberá elaborar un Reglamento especial en que se determinarár las condiciones a que se sujetará su acción durante el curso de esta campaña antivenarea.

3) Con el objeto de constituir en Lota una autoridad sanitaria que dirija y controle personalmente la campaña, desígnase como delegado sanitario extraordinario ad-henoremal actual Médico Director dei Seguro Obligatorio en Lota, Dr. don Bernardo Melliboveny, ouien dependerá directamento de la Dirección General de Sanidad.

4) Para los efectos de coordinar los esfuerzos del Estado con los recursos e iniciativas de otras instituciones, el delegado sanitario será asesorado por un Consejo Consultivo, que zerá formado por dos representantes de la Compañía Carbonífera e Industrial de Lotados representantes de la Caja de Seguro Obligatorio y el señor Alcalde Municipal de Lota.

Tômese razôn, comuniquese, publiquese e insértese en el Foletín de las Leyes y Decretos del Gobierno.— ALESSANDRI.

### ARGENTINA. -

Ha quedado establecida definitivamente en Buenos Aires, la directiva de la sede permanente de la Asociación Médico Quirúrgica Latino Americana, (A.M.Q.L.A.) cuya organización se efectuó en Lima, en Enero de 1933.

En Diciembre de ese mismo año tuvo lugar en Santiago, la reunión prellaninar en la que se firmó el acta de fundación por cos delegados de Argentína. Brasil, Chile. México, Paraguey. Perú y Uruguay.

En esta ocasión se encomendó a la Asociación Médica Avgentina, la formación de la sede permanente. Asistieron a la constitución de ella los delegados de las siguientes embajadas:

Bolivia: doctor Néstor Villa-

E. U. del Erasil: doctor Protasio Baptista Goncalves;

Chile: doctor Celso Vargus Mardones: Guatemala: doctor León Eugnot;

E. U. de Venezuela: doctor Roberto J. d'Empaire y los profesores argentinos; doctores Gregorio Araoz Alfaro, Carlos Bonorino Udaendo, Alejandro Cabanne, Juan Raúl Goyena, José M. Jorge, Bernardo A Houssay, Ricardo Sarmiento Laspiur, Juan M. Obarrio, Nicolas Lozano y Juan Spangenberg.

Se nombró presidente del Comité al doctor Gregorio Araoz Alfaro.

### TCHECOSLOVAQUIA .-

Ha dejado de existir el câlebre profesor de Fisiología de la Universidad de Praga, el doctor Atonin Hanak.

Sus trabajos sobre el metabolismo de las purinas le habían dado un puesto destacado en el concierto científico internacional.

### BELGICA .-

En junio de este año se efectuó en Anvers, la gran ceremonia de homenaje al célebre cirujano profesor Albin Lambotte, vastamente conocido por trabajos sobre osteosíntesis. Puede decirse sin exagerar, que este método de tratamiento de las fracturas se debe, al viejo cirujano de Anvers.

El homenaje tuvo caracteres internacionales, pues en la sesón académica hicieron uso de la palabra los profeseres Sauerbruch de Berlin. Leriche de Lyon y Hustin de Bruselas.

Asistieron además, delegaciones especiales de la Sociedad Nacional de Cirugía, de París, y de la Sociedad de Cirujance. Se le confirió el Título de Conacidador de la Orden de Lcopoldo.

### ITALIA.-

Se ha fundado últimamente una sociedad de médicos artistas titulada: Associazione Medici Italiani Artisti y cuyo directorio está formado por los doctores, profesor Ramorino, presidente y Bennati, secretario general.

#### U.R.S.S. -

En el Instituto central del pefeccionamiento médico da Moscú, se ha organizado un departamento especial que está destinado a llenar una labor importantisima entre los mécicos que se alejan de los grandes centros de investigación.

Este departamento tiene per objeto resolver todas las consultas que le hagan los midicos, sobre problemas científicos, problemas prácticos, indicaciones bibliográficas, análisis de casos interesantes, de enfermedades raras, nuevos métodos de diagnósticos, traitamiento, etc., etc.

A cargo de esta importantísima repartición están eminentes médicos de la República Soviética.

Ha dejado de xistir a consecuencia de un cáncer, el profesor W. P. Pomortzev, fundador y director de la cátedra de Higiene de la construcción en el Instituto de Ingenieros Constructores del Soviet. En 1934 había publicado "La Higiene de las Construcciones", libro universalmente conocido.

#### PERU -

La Asociación Médica Peruara Daniel A Carrión, tan conocida y apreciada entre nosotros, como una de las instituciones que van a la vanguardia científica y sindical a la vez, ha elegido su directiva para el próximo año. Quedó formada por los doctores:

Secretario General, Alfredo Leví Rendón;

Secretario del Interior, Max Espineza Galarza;

Secretario del Exterior, Gabriel Delgado Bedoya; Secretario de Acción Científica, Mauricio Dávila;

Secretario de Acción Sindicalista, Frollán Villamón;

Secretario de Acción Mutualista, Miguel A. Delgado; Secretario de Administración,

Miguel Cervelli. La dirección es, apartado 925.

# MEDICINA SOCIAL

UNA NUEVA MEDICINA SE AVECINA, CON BASES TECNICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES DISTINTAS DE LA MEDICINA ACTUAL

> DEBEMOS PREPARARNOS PUBLICACION MENSUAL

### REDACCION:

Dr. JOSE GARCIA TELLO Dr. JOSE VIZCARRA

ADMINISTRACION:

CORRESPONSALIA:

José Monasterio
Calle Lira 583 — Casilla 3448 —
Tel. 2771
Valparaíso — Chile

Dr. Gustavo Molina Olivos N.o 831

SANTIAGO

# Boletin Médico

# de la Caja de Seguro Obligatorio

ES UNA REVISTA MENSUAL DE MEDICINA SOCIAL
SE REPARTE GRATUITAMENTE A TODOS
LOS MEDICOS DEL SEGURO
OBLIGATORIO

PARA LAS DEMAS PERSONAS, LA SUBSCRIPÇION ES

DE 10 PESOS (MONEDA CHILENA) ANUAL.— UN

EJEMPLAR, \$ 1.— PARA EL EXTERIOR

LA SUBSCRIPCION ANUAL ES

DE \$ 15.—

# Señores Médicos:

SOLICITEN EL ENVIO GRATUITO DE UN EJEMPLAR DEL "BOLETIN MEDICO DEL SEGURO OBLIGATORIO"

A LA

CASILLA 7 - D SANTIAGO - CHILE LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

Informaciones de todas partes del Mundo

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile \$ 20.-

En los demás países de América

30.— (moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D. - Santiago



# FICHERO

### DEL

### BOLETIN MEDICO

COLEGA:

¿Ne ha tropezado Ud. con numerosas dificultades al emprender la búsqueda de la documentación necesaria para sus trabajos, de cualquier indole que estos sean?

¿No ha notado el vacío existente en todos los organismos culturales (universidades, escuelas técnicas, bibliotecas, etc.), que no pueden proporcionarle en un momento determinado todas las indicaciones bibliográficas y

documentación que Ud. desearía con la rapidez conveniente?

¿No cree Ud. que es indispensable la organización de un centro de informaciones y documentación al cual Ud. pueda dirigirse con la seguridad de que a vuelta de correo recibiría las informaciones y documentación solicitadas?

¿No cree Ud. posible que el "Boletín Médico de la Caja" pueda organi-

zar una sección semejante, cuya utilidad no es necesario demostrar?

¿No piensa Ud., además, que mientras Ud. posee una documentación riquisima en ciertos problemas y muy precaria en otros, hay muchos colegar que la tienen nutrida, justamente, en aquellos en que la suya es insuficiente.

Y, si esto es así, ¿no cree Ud. que es posible sacar del silencio de las bibliotecas esa documentación valiosisima esparcida a través del país y poner-

la al servicio de toda la colectividad médica?

¿Qué habría que hacer?

Cada vez que haya leido un libro interesante (científico, técnico, filosófico, etc.), haga una información bibliográfica sintética y enviela con su firma y dirección al Boletín, con todos los datos de individualización del libro: título, nombre del autor, casa editora y dirección, número de volúmenes y fecha de la edición, etc.

Cada vez que en sus lecturas encuentre un documento o un trabajo interesante, transcribalo integramento envienoslo en igual forma con todas las indicaciones anteriores y además el número de las páginas correspondientes del texto, tal como muchos de los que se han publicado en la sección NUESTRO MEDIO.

Estas fichas será clasific adas por materias y mensualmente se

publicaría la lista de ellas con sus respectivos números de orden.

### COLEGA:

LE HEMOS PLANTEADO UNA SERIE DE INTERROGACIONES, QUEREMOS CONOCER SU OPINION SOBRE ELLAS. ESCRIBANOS.

Y, SOBRE TODO, SI CONCUERDA CON NOSOTROS PONGÁ MANOS A LA OBRA Y ENVIENOS LAS PRIMERAS FICHAS.

EL FICHERO DEL BOLETIN NO PUEDE SER OBRA DEL CO-MITE DE REDACCION SINO DE TODOS LOS MEDICOS DE LA CAJA.

LE ESPERAMOS

# SUMARIO

	Pá	g.									
EDITORIAL.—La defensa del niño	****	3									
Primer plan trienal de defensa del niñoAnteproyecto		5									
Dr. E. LIRA LIRA.—Observaciones sobre el niño valdiviano		10									
Dr. E. RECCHIONE.—Orientaciones sobre el problema médico-social											
del niño		15									
Peritajes de invalidez		21									
NUESTRO MEDIO.—El ideal teórico		22									
La realidad		24									
Pasos vacilantes y discontinuos hacia el ideal		31									
Congresos	+	43									
Bibliografía											
Noticiario											

# BOLETIN MEDICO

DE LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Año II

Santiago, Diciembre de 1935

N.o 19

# La Defensa del Niño

Desconocimiento - Vacilaciones - Discontinuidad

El niño es la reserva vital de los grupos humanos; el punto de unión de las generaciones; el nexo entre el pasado y el futuro de los pueblos.

Es también, desgraciadamente, el ser indefenso por excelencia.

Su vida está permanentemente en peligro. Defender a "un niño" es ya tarea medianamente difícil. Requiere una labor paciente de años, sembrada de escollos y desilusiones. Defender a "los niños", a la masa infantil, a la pasta fermentante de las generaciones, es inmensamente más difícil. Las curvas de morbilidad y de mortalidad no ceden sino muy lentamente a pesar de muchos esfuerzos aislados técnicamente bien orientados y mejor financiados.

Es que la defensa del niño involucra la solución de infinidad de problemas técnicos, económicos, políticos, jurídicos, éticos y religiosos. Problemas complejísimos que afectan a la vida entera de la sociedad y que no pueden ser resueltos por un individuo o por un grupo de individuos Como en todos los grandes problemas médico-sociales, y como creemos haberlo dicho más de una vez, sería necesaria la acción conjunta organizada, planeada, de las fuerzas vivas de la sociedad toda para obtener el éxito.

Es por eso que modestamente, timidamente, se habla de la "defensa del niño", como confesando cierta impotencia para afrontar la lucha abierta, franca, contra factores inmensamente superiores en fuerza y violencia.

Tal vez esta sea, sino la principal, una de las más importantes causas que han contribuido a dar a la asistencia social del niño en nuestro país las características que presenta: desconocimiento de los diversos elementos del problema, desaciertos y vacilaciones en las realizaciones prácticas; discontinuidad en la acción. En una frase: ausencia de una política social del niño concordante con las perentorias necesidades del grupo.

La simple lectura de algunos de los documentos y cuadros estadísticos que insertamos en la sección NUESTRO MEDIO confirma plenamente

nuestro aserto.

Si se compara ahora, como puede hacerse a través de esos mismos cuadros y documentos, el régimen de asistencia dispersa, anárquica filantrópica, de buena voluntad, de la asistencia social del niño fuera de la Caja, con el régimen medianamente organizado que ésta ha instaurado en sus Consultorios ,en las etapas pre y post natal, hasta los ocho meses de edad, resaltan evidentes diferencias en favor de la Caja.

Pero no es nuestro ánimo hacer comparaciones inútiles, sino simplemente evidenciar el éxito relativo que se obtiene con servicios medianamente organizados y controlados. Exito relativo, porque la trascendencia social de ellos es todavía insignificante, hasta tal punto que difícilmente podría afirmarse, a pesar de la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad en sus servicios, que éstos hayan en realidad salvado un solo niño. Desde luego, las Oficinas de la Madre y el Niño no rinden todos los frutos que de ellas

es dable esperar. Y, en seguida, por disposición poco acertada de la ley orgánica, abandonan al niño, a los ocho meses, a su propia suerte, justamente cuando sería necesaria una mayor vigilancia de su régimen alimenticio y de las condiciones ambientales.

El balance no es, pues, satisfactorio.

Y sobre los organismos técnicos de la Caja pesa una gravísima responsabilidad: resolver los problemas antes que éstos adquieran una gravedad que haga imposible toda solución Así lo exigen la necesidad de velar por la salud de la masa asegurada y de salvaguardiar el funcionamiento de su mecanismo económico.

Es fatal, entonces, que el tren de evolución de los servicios de la Caja sea más rápido que el del resto de los organismos asistenciales del país, apareciendo en más de alguna ocasión como una institución cuasi revolucionaria. No puede ser de otro modo. La Caja no puede incurrir en los mismos vicios que señalábamos para la asistencia social del niño en general: desconocimiento, desaciertos y vacilaciones, discontinuidad. Necesita dar a su política médico-social en el problema del niño, de la tuberculosis, de las enfermedades venéreas, etc., etc., la necesaria cohesión y unidad, utilizando, mientras no sea posible otra modalidad, sus propios recursos y su propio personal.

Esa es la tarea a realizar.

En el presente NUMERO EXTRAORDINARIO recogemos las observaciones expresadas más de una vez por el cuerpo médico del servicio en relación con el problema asistencial del niño; entregamos la documentación necesaria sobre sus diversos aspectos, documentación que no es todo lo completa que hubiéramos deseado pero que como base de información es por el momento suficiente; e insertamos un anteproyecto de PLAN TRIE-NAL DE DEFENSA DEL NIÑO. Este plan, en sus lineas generales, concuerda con los principios directivos que deben informar la solución eficaz de los grandes problemas médico-sociales (V. edits, ants.); llena satisfactoriamente las necesidades del momento actual; es susceptible de ampliaciones en el futuro y establece la debida correlación entre la política económica general de la Caja v las finalidades propiamente médico-sociales.

Anhelamos la creación de una conciencia médica colectiva sobre todos estos puntos, conciencia tanto más necesaria cuanto que el médico es y será siempre el factor central de una política social del niño trascendente y perdurable. Si es cierto que lo que el niño es serán los pueblos, el médico debe asumir de lleno la responsabilidad y el papel que de hecho le corresponde en la defensa del niño.

Sometemos la documentación y el Plan al estudio crítico de los médicos

of the second second

del servicio.

### Primer Plan Trienal de la Defensa del Niño

### ESTUDIO ESQUEMATICO PRELIMINAR DE ORIENTACION

I.—Condiciones generales de la Asistencia "eficaz" del niño.

La asistencia "eficaz" del niño debe llenar las aiguientes condiciones:

 a).—Debe abarcar las cuatro etapas del desarrollo infantil: prenatal, primera, segunda y tercera infancia.

b).—Ser ininterrumpida y sistemática durante todo el proceso de desarrollo del niño.

c) —Comprender los tres aspectos de este desarrollo: físico, moral e intelectual; esto es, control médico-pedagógico completo.

d).—Obtener, simultaneamente, la modificación de las condiciones biológicas del niño y del medio — físico, familiar o escolar — que le rodea cuando en éste residan las causas primarias de perturbaciones de su desarrollo.

Toda asistencia preventiva del niño que reúna estas condiciones hará casi inecesaria la asistencia curativa y la erección de costosos hospitales o sanatorios que nunca alcanzarán a proyectar su acción más allá de sus nuros exteriores.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios y mientras el Estado carezca de la repartición técnica superior que, bajo un comando único, organice la asistencia médica preventiva y curativa de toda la población del país, la Caja debe sujetar su acción a las siguientes orientaciones:

 a).—Afrontar la asistencia del niño en sus propies servicios, con sus propios recursos y bajo la responsabilidad de sus técnicos.

b).—Aceptar la cooperación de otras entidades, privadas, municipales o estatales, cuando éstas admitan la dirección y control superior de los organismos técnicos de la Caja. La experiencia de años anteriores ha revelado que esta cooperación es, por el momento imposible, ya que la anarquía y dispersión existente en los servicios públicos y privados de asistencia social y los intereses de todo orden creados a su alrededor, esterilizarían la acción eficaz (1).

c).—Planear cada tres años y por igual período la acción progresiva a desarrollar hasta alcanzar en las inversiones un 15 por ciento del presupuesto, médico anual de la Caja.

d).—Crear, de acuerdo con dichos planes y con el principio de concentración de esfuerzos, servicios modelos que sean como la avanzada de la asistencia social en organización, rendimiento y eficiencia técnica.

e).—Crear, mediante una "cruzada sanitaria". planeada y sistemática, a través del país, un "clima" favorable a la comprensión del problema del niño y sus soluciones.

 f).—Hacer el máximum compatible con los recursos; pero hacerlo bien, sin escatimar nada.
 H.—Asistencia actual del niño en los orga-

nismos de la Caja.

La Caja limita su acción, actualmente, a la primera etapa del desarrollo del niño (etapa prenatal) y a parte (8 meses) de la segunda etapa (etapa de la segunda infancia: 0 a 2 años).

Invirtió en ellas durante el año 1933, el 8 por ciento y fracción de su presupuesto médico. Incluso desayuno escolar y obtuvo un rendimiento de 6.153 partos. 849 abortos. 140 mortinatos y 4.409 niños vivos de término, sin tomar en cuenta las consultas, curaciones, inyecciones, etcétera.

Esto es, no alcanzó a obtener el 50 % del rendimiento calculado que es dable esperar en una masa asegurada probable de 180 mil mujeres, de las cuales 156.600, están en condiciones de procrear (aseguradas de 15 a 49 años) Las ceureas de este escaso rendimiento no vale la pena señalarleas ya que son fáciles de comprender.

Aef y todo. la atención dada logró una reducción de la mortalidad infantif en los Consultorios durante el plazo de la atención de 30 % a 6 %.

Durante el año 1934, a pesar de que no hemos encontrado datos, no creemos que las inversiones hayan sido superiores al 8 % ni que el rendimiento haya aumentado.

III.—Primer Plan Trienal de asistencia del niño,

### PRIMER AÑO

Durante el PRIMER AÑO DEL PLAN la acción en defensa del niño se desarrollaría simultáneamente en tres aspectos:

 a).—Prolongación en Santiago y Valparaíso de la atención médica del niño hasta el término de la segunda infancia e iniciación de esta tarea en otras provincias, consultando el personal necesario.

b).—Creación de la Gota de Leche y de la Cocina de Leche en los tres consultorios de San-

c).—Creación del Ajuar Infantil en los mismos tres consultorios de Santiago.

Sobre la necesidad de las Gotas de Leche y Cocinas de Leche, como servicios indispensables y complementarios de la atención médica hasta los dos años, no es necesario insistir, ya que es suficientemente conocido su papel como centro prevertivo y curativo del niño y como centro le aprendizaje de las madres de la higiene y dietitica infantil.

El AJUAR INFANTIL proporcionaría un ajuar standard a toda madre asegurada con parto a término. En un segundo plan trienal podría consultarse la ampliación de estos servicios hacia la fabricación de "ajuares de verano" y "ajuares de invierno" para los hijos de los asegurados en la segunda y tercera infancia.

El ajuar infanțil serviria, además, a las ma-

<sup>(1)</sup> V. Nuestro Medio. - Doc. N.o 50.

dres aseguradas, como centro de aprendizale de la técnica del vestido de sus niños y de la elaboración de sus piezas.

Las gotas de leche y las cocinas de leche funcionarían como anexos de los consultorios. E! ajuar infantil se instalaría transitoriamente en los locales de los consultorios y el segundo año pasaría al local de la CASA DEL NIÑO.

#### SEGUNDO AÑO

Durante el SEGUNDO AÑO DEL PLAN es consulta la ampliación de la asistencia del niño a la segunda y tercera infancia con los siguientes servicios:

1,-Mantención de los servicios anteriormente creados.

2.—Ampliación de la atención hasta los dos años en provincias y creación de nuevas Gotas de Leche y Cocinas de Leche.

3.—Creación de la "CASA DEL NIÑO" con las siguientes secolones:

- a) Kindergarten.
- b) Refectorio escolar.
- c) Ciínica de nutrición

4.—Creación de la 'ESCUELA HOGAR DE CONCENTRACION RURAL", con las siguientes secciones:

- a) Escuela vocacional de campo: internado externado.
- b) Preventorio infantil.
  - c) Colonias escolares.

La "CASA DEL NIÑO", ubicada en locales especiales en los barrios obreros, tiende a concentrar el control de los niños de la segunda y tercera infancia que por sus deficiencias puedan ser más tarde, en su vida de obreros asegurados, asíduos asistentes a los consultorios de la Caja y candidatos perennes a los hospitales y a las pensiones de invalidez (1).

La SECCION KINDERGARTEN de la CASA DEL NIÑO controlaría los niños débiles de 3 a 6 años que durante gran parte del día cambia-rían el nauscabindo y estrecho ambiente o medio familiar y de la calle por el ambiente suave, alegre, de juego y de trabajo eficaz, físico y intelectual, propio de una escuela de tipo montessoriano.

Desempeñaria esta sección, en esta etapa de la vida del niño, un papel semejante al que desempeñan las SALAS CUNAS en la vida del lactante: los padres que trabajaran en las inquerias o fábricas del barrio dejarfan tranquilos sus hijos en la CASA DEL NIÑO y pasarlan a recogerios a la vuelta del trabajo o encargarian esta tarea o sus hijos mayoros.

Inútil es insistir en las ventajas que esta sección tendría para los niños que, sometidos a un control médico pedagógico completo, estarán en condiciones de cumplir normalmente su desarrollo psico-físico y de adquirir hábitos que no desaparecerían jamás en su vida adulta.

La SECCION KINDERGARTEN modificaria,

pues, las condiciones biológicas individuales del niño (atención precoz de malformaciones fisicas, vegetaciones adenoideas, et.); lo sometería a la influencia de un medio superior al familiar y facilitaría su desarrollo psíquico y movel. Los profesores de la sección podrían ser proporcionados sin costo para la Caja por si Minis'ero de Educación.

La SECCION REPECTORIO ESCOLAR de la CASA DEL NIÑO concentraría a los niños desputiridos por hiponlimentación u otras causas, de la tercera infancia, Serían seleccionados nor las Visitadoras Sociales de la CASA DEL NIÑO y por los maestros de las escuelas correspondientes desde el punto de vista pondo estatural y sometidos al estudio de los médicos de la institución antes de ser admitidos.

El refectorio les proporcionaría una vez al día la ración alimenticia necesaria para supir sus deficiencias nutritivas; crearía en ellos hábitos de higiene y de orden (lavado de las manos, limpieza de la dentadura, etc.) y permitiría el descubrimiento precoz de cualquier alteración patológica de sus organos.

En el Refectorlo Escolar no debe haber distinción alguna, para la admisión, entre ridios de padres asegurados y no asegurados. El niñodesatendido, de padre no asegurado, será el lastre futuro que pesará en los consultorios y hospitales de la Caja.

La Caja podría tomar a su cargo la atención de un sector escolar en estas condiciones y la iniciativa privada de las OLLAS INFANTILES u otra, realizar igual labor en otros sectores en iguales condiciones. La Caja podría llegar hasta facilitar el personal técnico necesario, siempre que se sometieran a la dirección y control de sus organismos técnicos.

La SECCION CLINICA DE NUTRICION: No necesita de mayores explicaciones;

LA ESCUELA HOGAR DE CONCENTRACION RURAL.—Es una creación igualmente indispensable en la atención de los niños durante la etapa de la tercera infancia (7 a 14 años).

Todos los nifios distróficos en esta etapa de su vida o que estuvieran expuestos en su medio familiar a contraer enfermedades crónicas, como la tuberculosis, serían enviados a esta Escuela Hocar da Concentración Rural.

En dicha Escuela permanecerían tanto tiempo cuanto fuese necesario. Algunos de los fundos que la Caia posee en las cercanías de Santiago, que por su ubicación, medios de transporte y condiciones de explotación se prestase para ello, pedría cer escogido para fundar la PRÍMERA ESCUELA HOGAR.

En la Escuela Hogar de Concentración Rural cuyo plan de cultura física y educacional podría ser elaborado posteriormente, el control médico-pedagógico de los niños serfa completo.

Conturía con un Internado para 200 nífics, en el cual la vida se acercase, en lo posible, al tipo de vida famillar, como se hace en tantas escuelas de este género existentes en Alemanis. Rusia. Bélgica y otros países. La explotación del fundo, proporcionaria los talleres que lógicamente deben existir ya en cllos; carpintería, herrería, mecánica, talabartería, etc. Pero, sobre todo, permitiría la orientación hacia el gran taller

<sup>(1)</sup> Bastarian 4 o 5 grandes "casas del niño", a través del país.

BOLETIN MEDICO .

une es la tierra y su cultivo. De esta escuela saldrían, seguramente más tarde los futuros buenos parceleros y cultivadores de los fundos de a Caja.

La Escuela contaría, además, con una sección externado, destinado con igual fin a la población infautil del fundo y sus airededores. Los profesores podrían ser proporcionados igualmente por el Ministerio de Educación.

Finalmente, además de su función preventorio médico-pedagógico, la escuela sería el centro de atracción de las COLONIAS ESCOLARES DE LA CAJA que podría llevar a ella duranto los tres meses de vacaciones hasta 200 niños por mes en las mejores condiciones que es dabie imaginar y con el mínimum de costo.

La implantación de la OBRA GRANCHER por la Caja, es para nosotros simplemente extemporáneo y no debe intentarse. En Francia existe una clase media campegina relativamente culta y con mediano pasar, en cuyo seno es posible realizar la Obra Grancher. Entre nosotros, en NUESTRO MEDIO, no pasa así. El niño distrófico de la ciudad llevado al campo, cambia en parte su medio físico, pero no cambia, substancialmente el medio familiar ni su alimentación, que en la inmensa mayoría de los casos son inferiores a los de la ciudad.

Nos confirma en esta opinión la encuesta realizada óltimamente por la Sección Médica en el FUNDO QUILICURA, que revela condiciones muy precarias de sus pobladores, ias que, seguromento, no son distintas de las existentes en la totalidad de las explotaciones agrícolas del nota.

Implantar la Obra Grancher en estas condiciones es forjarse la llusión de que se hace algo, 8610 cuando la ESCUELA HOGAR DE CON-CENTRACION RURAL haya dado una generación de buenos parceleros y cultivadores, la Obra Grancher podrá implantarse en los fundos de la Caja.

En cuanto a la creación de preventorios maritimos o de colonias escolares de playa, la Caja no tiene, por el momento, posibilidad alguna de realizaria.

#### TERCER AÑO

Durante el TERCER AÑO el PLAN consulta:

a) Mantenimiento y perfeccionamiento de los servicios creados en los años anteriores.

b) Fundación de la 2.a CASA DEL NIÑO. en Santiago o Valparaíso, con las modificaciones que la experiencia del funcionamiento de la primera haya aconsejado.

#### ADDENDUM

#### CAMPAÑA SANITARIA

La creación y organización de los servicios consultados en el PLAN TRIENAL DE DEFEN-SA DEL NIÑO seria incompleta si no fuese acompañada de una intensa CRUZADA SANITARIA en defensa del niño. Trazar el esquema
de esta campaña nos apartaría de los fines esrecíficos que nos propusimos. Por otra parte
sería instil hacerlo mientras la Caja no se
decidiera a crear la OFICINA DE MEDICINA
PREVENTIVA. y de Educación Sanitaria dependiente de la Sección Medica que tendrá a su cargo todo fo relacionado con la fucha indirecta en
la defensa del niño, en las enfermedades sociales,
en la tuberculosis, en la higiene general, etc.
Nos limitamos a señalar el vacio actual y la conveniencia de llenario.

#### OTRAS MODALIDADES DE LA DEFENSA DEL NIÑO

En cuanto a otros medios de acción en la defensa del niño, como la implantación del seguro familiar o la del seguro de maternidad, son de realización más lejana y extrañas a las posibilidades actuales de la Caja. Esta no puede sino limitarse a hacerles ambiente, preparar los proyectos de leyes más apropiados a nuestro medio y esperar.

#### CONCLUSIONES

1.—La asistencia "eficaz" del niño debe comprender todas las etapas del proceso de desarrolo (prenatal, primera, segunda y tercera infancia), en su triple aspecto: físico, moral e intelectual.

 Debe ser, pues, desde comienzos de la segunda y hasta el término de la tercera infancia una asistencia médico-pedagógica,

3.—Debe ser progresiva y planeada para per riodos de tiempo dados.

4.—Debe aprovechar la experiencia recogida por las instituciones nacionales que hayan dade pruebas de vitalidad y de relativa eficacia.

5.—EL PLAN TRIENAL DE DEFENSA DEL NIÑO LLENA LOS OBJETIVOS INDICADOS. y establece la correlación conveniente entre la política inversionista general de la Caja y las finalidades médico sociales (1).

### ANEXO

### Presupuestos Globales

#### PRIMER ANO

 a) Prolongación, en Santiago y Valparaiso, de la atención médica del niño hasta el término de la segunda infancia, e iniciación de esta tarea en otras provincias.

(1) El desayuno escolar no se tomó en cuenta en el Plan porque bay documentación sufficiente en la Caja que confirma su absoluta ineficacia práctica.

#### PERSONAL TECNICO

Provincias	Consultorios			Podiatras		s. Sociales		rms. Sanits.
Santiago	Unión Americana			2 12,000	2	12,000	2	9,600
Santiago	San Francisco			2 12,000	2	12,000	2	9,600
Santiago	Santos Dumont			2 12,000	2	12,000	2	9.600
Valparaiso	Valparaiso			2 12,000	2	12,000	2	9.600
	TOTALES	20	+	8 48,000	8	48,000	8	38,400
		-		MEN				

Pediatras 8 48,000

Visit.sociales 8 48,000 Enfer.sanits 8 38,400 134,400

Extensión de los servicios a provincias

492,600

7,400

500,000

b) Creación de la GOTA DE LECHE y de la COCINA DE LECHE en los tres Consultorios de Santiago. 1.-Personal: el anotado anteriormente .. .. ..

70,000

100,000			
21,600 80,000	201,600		
ALK II			
15,000			
50,000	86,600		
-			
204,400			
201,600			
	21,600 80,000 15,000 21,600 50,000	21,600 80,000 201,600 15,000 21,600 50,000 86,600	21,600 80,000 201,600 15,000 21,600 50,000 86,600

### SEGUNDO AÑO: ETAPA DE LA SEGUNDA Y TERCERA INFANCIA

### Presupuesto de los servicios de la primera infancia

1.—Mantención de los servicios ya creados pa-	The state of the s
ra la primera infancia	07,200
esta etapa 1	50,000
3.—Imprevistos para estos servicios	42,800 500,000 500,000

### Presupuesto de los servicios de la segunda y tercera infancia

#### 2.—Creación de la CASA DEL NIÑO

3.—Creación Ajuares Infantiles .. .. ..

4.—IMPREVISTOS .. .. .. .. .. .. 7,400

Arriendo local	6,000	6,000	
Personal:			
1 médico director especializado en psicología pedagógica	18,000		
1 médico pediatra especialista en dietética	6,000		
1 visitadora social especialista en dietética 2 enfermeras sanitarias	9,600		
4 maestras montesorianas	38,400 4,800	W Company	
1 mozo	1,800	87.000	
Instalaciones y materiales sección Kindergarten	30,000	30,000	123,000

Sección Refectorio Escolar:			(3
Personal:			
El mismo anterior más los siguientes:			
1 ecónomo	6,000		
1 cocinero	3,600 3,600		
2 ayudantes cocina	1,800	15,000	
*	1,000	10,000	
Instalaciones y utilaje para 300 niños	15,000		
Raciones almuerzo p. id. (\$ 0.50 p. niño, 24 días			
p. mes, 10 meses	36,000	51,000	66,000
- 10 mm		-	
Sección Clínica de nutrición:			
No demanda nuevos gastos			
4.—CREACION ESCUELA HOGAR DE CONCE	NTRACION R	URAL: 200 intern	os y 100 externos
Instalaciones, talleres, utilaje	90,000 50,000		
Mantenimiento	73,000	213,000	
, and the state of	-15,000	213,000	
Personal:			
1 médico director especializado en psicología			
pedagógica	18,000		
1 médico pediatra especializado en dietética	9,600		
4 maestros especializados en escuelas vocacio-	38,400		
nales de campo	9,600		
1 mayordomo	4.800		
2 mozos	3,600	84 000	297.000
Presupuesto extraordinarlo para el mantenimie	nto de colonia	as escolares de va	caciones: 200 ni
ños por mes; 600 niños en tres meses.			
Instalaciones y utilajes	10,000		
Alimentación 200 niños (\$ 30 p. niño y por mes	18,000	28,000	28.000
RESUMEN PRESUPUESTO SEGUNDO AÑO			
1Mantenimiento y creación servicios prime-			
ra infancia	500,000	600,000	
2Mantenimiento y creación servicios segunda		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	
infancia:			
a) Casa del Niño, secciones Kindergarten y			
Refectorio escolar	189,600		
b) Escuela Hogar Conc. Rural	297,000 28,000	514,000	
c) Fres. Extr. Colomas ascorates	20.000	514,000	
d) Imprevistos segunda infancia		36,000	1.050,000
TERCER AÑO			
1 Montanimiento e currillucia comista est			
1.—Manten'miento y amplia ión servicios pri-	500,000		
mera infancia	319,000		
3.—Ampliación servicios segunda infancia: cres-			
ción 2 a Casa del Niño	225,000		
4.—IMPREVISTOS GENERALES	56,000	1.100,000	1.100,000
	1 77		
RESUMEN GENERAL DEL PRESUPUESTO	TRIENAL		
1.—PRIMER ANO	500,000		
2.—SEGUNDO AÑO		2,650,000	2,650,000
3.—TERCER AÑO	1.100,000	2.030.000	2.030,000

### Observaciones sobre el niño Valdiviano

DR. E. LIRA LIRA

Cons. Valdivia

En pleno invierno y en días de temporales me ha tocado el turno en estas reuniones cliticas de los médicos del seguro obrero.

Por esta causa no puedo presentar algún caso clínico interesante y he resuelto hacer un
estudio general de los cinco años que lleva la
Oficina del Niño en Valdivia, en especial del
movimiento habido durante el año 1934, comparando nuestras estadisticas con las generaises
de la ciudad que lleva el servicio sanitario. He
querido también hablar algo sobre el peso del
niño valdiviano para tener algo propio en el
servicio ya que la única curva nacional que hay
se reflere a Santiago.

Dificultades he encontrado muchas. He podido resolver las que se relacionan con nuestra ciudad, pero no así las que provienen de otras localidades, en gran parte por las estadísticas que se llevan en una forma que no son útiles a tales trabajos. Afortunadamente, para o ros que quieran hacer estos estudios, ya se cambiará el sistema administrativo-económico por otro tenico. Por esto sólo puedo presentaros datos provinciales en forma de un apêndice.

#### CURVA DE PESO

Para determinar el peso normal, he tomado ios niños sanos y aquellos que hubieren tenido una afección leve que no haya sido capaz de alterar su estado general.

En suma los pesos tomados en cuenta corresponden a 1534 niños y a 1317 niñas.

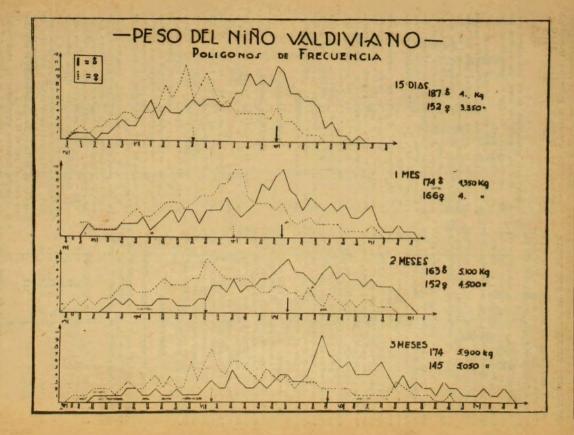
He seguido el sistema biológico de las curvas de frecuencia y no el sistema del termino medio por ser más racional: se trata de determinar el peso total normal más frecuente y no una cifra que corresponde a masa corporal que tome parte de unos niños vecinos a su situación en el gráfico para constituirse y que no corresponde por ningún capítulo a la realidad de las cosas. Para aclarar más este concepto he confeccionado el esquema que os presento y que claramente demuestra que debemos tomar en ese caso la cifra 5 como normal y no 4, pues 'n primera aparece con 7 casos y la segunda con uno. En otras palabras, debemos considerar la cifra tipo el 5, pues entre 21 casos hay 7 con ella y no el 4 que entre los mismos 21 casos se presenta sólo una vez. (V. gráfico).

El trabajo de la doctora Marina Lorent seguamente está basado en el término medio, ya que da cifras muy inferiores para el niño chileno que las de los autores europeos. (V. Doc. N. o 37).

Siguiendo el sistema de la mayor frecuencia mucho más senelllo) se obtiene aquí en Vaidivia una curva semejante a la de Pfaundier en ambos sexos. Es raro que Santiago, con mejor clima y mejores condiciones en general, enga una curva inferior a la nuestra en niños bajo control médico. (V. Doc. N.o 37 y los gráficos).

Cabe agregar que hemos considerado aquí 2,831 casos y que en el trabajo de la doctora Lorent figuran en total 1,518 entre las edades de nuestra curva: 857 hombres y 661 muieres.





#### NATALIDAD. CONSTITUCION DEL HOGAR

Por la Estadística de Natalidad, tanto del seguro obrero como de la general de Valdivia, se doducen datos por demás interesantes. (V. Doc. No 23).

La maire soltera para vivir necesita trabajer como el hombre. Busca trabajo como empleada doméstica o de preferencia en las fábricas donce, dicho sea de pesa, no conocen ni de pombre ha salce-copas.

La madre casada cuida de su casa y trabeja en menor escala que la soltera; sólo cuando el salario del padre es escaso busca ayuda en las fábricas

De este se deduce que la madre soltera al teher su niña se encuentra con derechas de nercibir subsidios ma'ernal y de lactancia y recurre por eso al securo obrero en mayor proporción que la madre legitima. Lueco en la estadistien de inscripción debo predeminar el número de niños tiesfilmos sobre los legitimos: al (7.7% y el 22.8%, respectivamento, en los 1,000 relmeros niños atendidos en el Consultorio de Valdivia. (V. Dec. N.o. 24).

En la estadística de natalidad de Valdivia, fuera del seguro obrero, el número de niños Pergitimos baía del 67.2% al 37%. (V. Doc. N.o. 31). Esta disminución se debe en gran parte a la mejor constitución del hosar por la gente accumodada y a que la madre obrera ilegitima recurre en mayor proporción al consultorio en busca de atención médica y subsidios.

La importancia del factor subsidios en su asistencia al consultorlo lo demuestra la encuesta de la marcha seguida por la tota de los niños inseritos sin derecho a ellos. Estos niños ron 21 en los 5 años: dos fallecieron tuno de 1 mes y otro de 2 meses). Tres assisteron regularmente hosta cumplir su edad y los otros 16 fueror retirados por inasistentes. Es decir el 16% de cetos niños no concurren por la puericultura En resumen la tercera parte va por terer servicio médico-farmerentico y las dostros subsidio. (V. Doc. N.o. 32).

#### MORTALIDAD

#### Causas de muerte en seguro obrero

Estudiando el número de fallecidos en la Oficina del Niño desde su organización emo servicio independiente se obtiene el siguientcuadro:

ANO	FALLECIDOS
1020	17
1931	16
1932	22
1933	32
1934	25

En cuanto al porcentaje de niños atendidos en el último año sobre 226 niños se puede decir que es muy cercano al obtenido con los 5 años:

Tiempo à años	Niños	atendidos 1056	Fal'ecidos	Mortalidad
1934		226	25	11%

Esta es la mortalidad de un año calendario sin temar en cuenta los niños que gurdan del pño anterior ni los nacidos en ese año que se han inscrito en 1935.

Respecte a estos datos hablaré después, Acrupando los niños fallecidos por sus caneas te obtenido le mayor mortalidad para los trasfornos nutritivos y digestivos en general por llegar al 35,5% Siguen los trastornos respirato-

rios cest exclusivamente a base de la bronceneumonía con el 24.5%. El tercero, cuerto y autinto lucares corresponde a las enfermedides infecciosas, trastornos constitucionales y otras causas con 20.5, 19 y 15%, respectivamente. (V. Dec. No 40).

Indiscutiblemente el primero y segundo lugar lo decembro los territornos quertificos y seculiariorios, como en tedo el país, En la estadástica del cervicio en Valdivia lloran al 60%. La ignorancia y las présimas candiciones de alimentación, vestuario y habitación son los principales fac-

teres de una mortalidad tan elevada.

Desgraciadamente esta estadística no se lleva en Sanidad, por lo que no podemos compararia. En ese servicio se lleva sólo la estadística general y una especial para las enfermedades infecto-contagiosas denunciables.

#### MORTALIDAD

### Estadística general

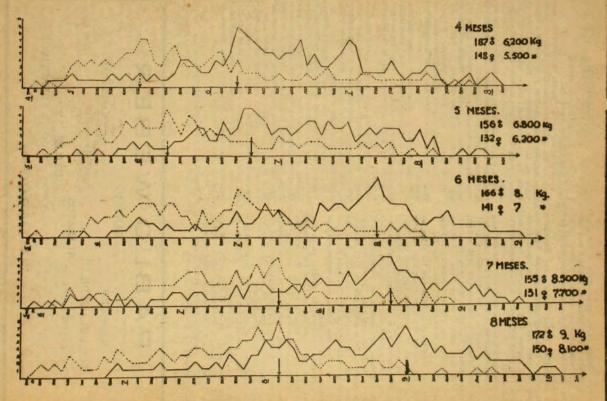
En la circunscripción de Valdivia nacieron en 1934. I 801 niños de los que fallecieron 618 e sea el 34.3%. Dividiendo estes niños en des grupos se obtiene una mortalidad de 10% dentro del seguro obrera con 23 casos fatales de 228 niños; en el 2 o grupo formado per los "no asogurados" se obtiene una mortalidad de 37.7% con 195 muertes per 1 573 nacimientos. (V. Doc. No 38) El 10% en el Seguro y el 37.7% fuera de él; per que formar en quenta que entre los no asogurados están incluídos los niños de familias acemedadas que recurren al médico con oportunidad y que deben tener una cifra cercana al 5%, cifra que no ha bajado el Patronato Nacional de la Infancia en Santiago.

En el securo obrero se puede considerar buera una mentalidad de 10% en Valdivia por las males condiciones en que vive la clientela asecurada: alimentación insuficiente, vestuaric, salario escaco y habitación estrecha e insulutre.

Estes condiciones generales de higiene son más depiorables aun en les clases pobres no areguradas y al poder dividir el grupo de los po asegurados en dos subgrupos (gente acomodada e indigentes) quién sabe a qué cifra de mortalidad se llegaría en estos últimos al considerar un 5% a la clase acomodada si reunidos en uno solo dan el 37,7%.

Cuando tratamos algo sobre la constitución de la familia que recurre a la Oficina del Nifio, vimos que en su mayoría eran ilegítimos.

De esta consideración básica se puede estudiar la mortalidad infantil tanto dentro del se-



guro como fuera de él, dividiéndola en dos grupos: legitimos e ilegitimos. Al estudiar este capitulo bajo este aspecto conviene también, para mayor brevedad, hacerlo en ambos sexos por separados.

La mortalidad global de los niños ilegítimos es superior a la de los niños legitimos, tanto en el seguro como fuera de él: legítimos, fuera 28% y del seguro 6.3%; ilegítimos, fuera del seguro 52% y el 12% para los del seguro. (V. Doc. N.o 38).

Al estudiarlo por los sexos se obtiene una mayor mortalidad entre las niñas ilegítimas coa 53% fuera del seguro y un 12% dentro de él. Siguen los hombres ilegítimos con 53% y 12%. respectivamente. Los niños legítimos tienen el 27 y 30% para niños y niñas fuera del seguro y 8 y 4,6% para los que son asegurados. Estos datos hablan por sí solos. (V. Doc. N.o 38).

Hay que considerar también que los niños legitimos del seguro viven generalmente en buenas condiciones en comparación con los ilegitimos; y en cuanto a los niños no inscritos en el seguro obrero salta la misma consideración que ya nos hemos hecho la mayoría de estos niños ilegitimos no asegurados corresponden al subgrupo de indigentes o no asegurados, de escasos recursos. Estos niños dan un 51% de mortalidad para los hombres y un 53% para las mujeres y reunidos dan el 52%; más de la mitad de los niños que nacen se mueren antes de

cumplir un año de vida, Agregaremos dos datos de interés: en primer lugar, diré que todos mis cálculos sobre mortalidad infantil está basada en la cifra que dan ias circunscripciones civiles de la provincia para los nacimientos inscritos y para los muertos menores de un año. No he considerado los nifios de mayor edad, pues no son atendidos en la Oficina del Niño del Seguro,

En segundo lugar me referiré brevemente a la mortalidad general infantil en menores de

un año, en toda la provincia

Esta mortalidad es el 27,6%; cifra elevada por el departamento de Valdivia con el 31,9%. pues Osorno y La Unión quedan por debajo con 23,5 y 22,7% respectivamente, como puede verse en el cuadro de mortalidad general.

#### CONCLUSIONES

1) Curva de peso normal propia.

2) Natalidad y mortalidad.

- Visitadora social propia del servicio maa) ternal y del niño. Inmenso trabajo de su parte para instruir a las madres y ayudarlas a constituir su familia legalmente. La instrucción es tanto en puericultura como alimentación del adulto y de los niños mayores. Higiene en ge-
- b) El rápido despacho y ejecución de las poblaciones obreras. Unico modo de eliminar 'as habitaciones insalubres actuales.
- c) Creación de parques y plazas de juego tan escasos en nuestra ciudad e indispensables en los centros de población obrera.

d) Mejorar el vestuario en general,

- e) Establecimientos de puericultura para los riños que no tienen derecho a la atención del seguro.
- f) Habilitación de salas-cunas en las fábricas. Como se ve, el seguro obrero tiene gran papel en esta campaña y vemos que luego solucionará el problema del vestuario y de la habitación obrera.

En la solución de este problema en Valdivia tienen que intervenir obligadamente tres instituciones: Sanidad, Municipalidad y Seguro Obrero, con una dirección técnica única para evitar conflictos y descargos en otros.

En cuanto a lo que toca al Seguro Obrero debemos considerarnos satisfechos, pero con la salvedad de intensificar la campaña en clertos augares con mortalidad elevada y con poca asistencia de niños a los servicios médicos de la Caja, tales como Los Lagos, Corral San Joss Río Negro y Lanco, aumentando la propaganda y dando a conocer al público estos datos.

Y por último, ser más humanos en la cuestión gerechos a subsidios ya que este factor es el que atrae a la mayoría de las madres al Consultorio, haciendo extensivo este beneficio a aquellos poquísimos niños que sólo tienen derecho a atención médica.

Valdivia, 26 de Junio de 1935.

### PABLO WEBER

SANTIAGO

Bandera 109

Casilla 2190

TODA CLASE DE

**APARATOS** 

UTILES

REACTIVOS

PARA LABORATORIOS

# Orientaciones sobre el problema médico social del niño (1)

Dr. HUMBERTO RECCHIONE, Cons. de Valparaíso

La vida del hombre, es la resultante de una continua lucha de adaptación. Desde el momento de la gestación hasta la muerte, los elementos componentes de esta lucha, están constituídos por el organismo y el medio ambiente. La época más dura de este proceso de adaptación es la infancia. Es la época también en que los medios con que cuenta el organismo son más escasos. El resultado de esta lucha lo tenemos en la cifra de mortalidad infantil.

Estamos entonces frente a una horrorosa cifra de montalidad infantil, como resultado de dos factores, sobre los que podemos actuar: el

organismo y el medio ambiente.

La medicina individual; la medicina del caso nos señala cómo reparar o tratar de hacerlo, el mai ya constituído, es decir, llegar a destruír e. resultado de la falta de adaptación del organismo al medio ambiente adverso. Pero todos sabemos que nuestros pobres medios terapéuticos (pobres, digo, y no me refiero a lo extenso de esta gama de tratamientos) no siempre son capaces de una tal reparación, de donde lógicamente se desprende que por sobre todo debemos ayudar a que no se produzca: es decir. tratar por todos los medios el hacer más fácil la adaptación del organismo al medio ambiente. Esto es, en síntesis, la medicina social. Lo dicho no significa en absoluto el que debamos prescindir de la medicina curativa y qua podríamos llamar a la medicina preventiva, meóicina social. Todos los medios, todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, no sólo agua higienizada, medio ambiente sano, vivienda saneada, etc., sino que todos los medios que puedan utilizarse para la consecución de este objetivo constituyen la medicina social, Es decir, medicina social es el conjunto de conocimientos aplicados que convergen a conseguir el hombre sano,

No es entonces labor médica exclusiva la de la medicha social, sino que, además de médica, es sociológica, económica, pedagógica, etc., etc. Y, por lo tanto, la dabor de la medicina social, este ideal de conseguir el hombre sano, debe ser preferentemente orientada hacia la infancia. Debemos defender al niño desde su nacimiento digo mal, desde su gestación, o de antes; por este camino llegamos a que debemos defender el adulto. Quiere decir entonces, que poniendo como punto central de la medicina social al niño, haremos en último término medicina social

integral.

Poro refirámonos a la realidad, a lo que tenemos como resultado de nuestra labor actual. Veámos nuestras cifras de mortalidad infanti; y analicemos cuáles son las causas, cuáles son las determinantes de esta cifra que es de 23.2%.

Para su estudio nos referiremos al niño y sus

condiciones, y al medio y sus condiciones. Quiero hacer un alcance antes de continuar, y es que al tratar el problema colocando como punto central al niño, todo lo demás; padres, salarios, trabajo, vivienda, etc., constituírán el medio. Los padres como medio de origen y los demás etementos como medios cinéticos de la vida en marcha. Voy a comenzar con el medio de origen.

LOS PADRES

No se escapa al criterio de ninguna de las personas que me escuchan el que el estado saritario de los progenitores tiene una importancia fundamental sobre el producto de la concepción y su supervivencia. Es indudable que todas las enfermedades de los padres pueden influir sobre el niño, pero de entre ellas, hay fundamentalmente tres; que lo hacen de una manera indudable e implacable: la tuberculosis, la sifilis y la gonorrea. Pero la manera de actuar de estas tres enfermedades es diferente, y su diferencia estriba en lo siguiente: la gonorrea es una enfermedad que produce esterilidad, y, por lo tanto, disminución del índice de natalidad. La sífilis, abortos repetidos, producto de menor valía orgánica, con escasa capacidad vital; y la tuberculosis, muerte precoz cuando la infección es precoz.

Las cifras estadísticas de nuestro puebio arrojan los siguientes resultados, con escasas escilaciones: Tuberculosis, 5,10 %; Sifilis 8,16 %. Gonorrea 8,45 %. Estos números se refleren a la totalidad de los individuos en edad de procrear y de ambos sexos. He aquí el primer problema a resolver. La solución debe buscarse en la obligación de tratarse de todos estos enfermos y para ello el Estado debe procurarle los medios. Medios que estando al alcance de la colectividad deben ser aprovechados obligadamente; es decir, debe legislarse sobre la obligación de curarse se pena de caer en sanciones si no se cumple con esta obligación. Es imprescindible enfocar este problema de gran valor a importancia en la antropotecnia hacia la creación del delito médico-social de contagio y de terapéutica. Las razones no hay que discutirlas, ni siquiera habría que diseñarlas. El delito legal está basado en la defensa de la sociedad frente ai delincuente que la ataca o en la propiedad privada o en la vida; el crimen es penado porque, además de ser brutal y teatral, va en contra de la vida de un componente de la colectividad. Pero un individuo enfermo es un criminal colectivo, que además de destruir la unidad individual existente, es gérmen de destrucción de la unidad futura: el niño.

Resumiendo, tenemos dos primeros puntos

<sup>(1)</sup> Trabajo leido en el IV Congreso de Asistencia Social de Ohile.

BOLETIN MEDICO

fundamentales: 1.0—La lucha contra las enfermedades que actúan sobre el producto de la concepción y como resultado de ella, creación del delito médico-social de contagio y terapéutica, y 2.0—Consultorios pre-nupciales. Esto es a grandes rasgos lo fundamental y que dice relación con el estado de salud de los pafires.

Enseguida tenemos la parte legal de los padres. La llegitimidad es una causa que está de manifiesto, es la estadística de aumento en la mortalidad infantil. En las estadísticas extranjeras, que todos conocemos, es un hecho que no admite discusión. Pero, remitâmonos a nuestras propios estadísticas. De cien niños fallecidos, entre los hijos de asegurados que es la población que hemos podido controlar, 56 son llegitimos y 44 legitimos. Las razones son claras y bastará con enunciarlas.

Por lo general el niño ilegitimo no cuenta sino con su madre; para esta el hijo representa siempie una carga y casi siempre es la desgracia dentro de nuestra actual legislación. La madre soltera es una mujer repudiada en su casa y en el medio social. Debe trabajar para subsistir y para que susbsista su hijo y, por lo tanto, debe destetarlo y abandonarlo a manos mercenarias que, por lo general, no tienen preparación ni interés especial en cuidarlo. Destete prematuro, mala alimentación, abandono. Pero no es esto todo, que lo sería si siempre paciera este fruto de un amor fuera de la legalidad; pero es que en la mayor parte de los casos no nace y tenemos la aparición de un tremendo problema social, cual es el del aborto criminal, causa de gran mortalidad entre las mujeres y de gran disminución de la natalidad. Varios problemas que resolver se perfilan: 1.0-Protección a la madre soltera; 2.0-Responsabilidad legal de la paternidad; 3.0--Legislación sobre aborto.

Pero hasta aquí me he referido a la llegitimidad, lo que no significa que no haya un gran problema en la legitimidad también. Es un hecho sabido que las grandes cifras de natalida l involucran siempre una gran cifra de mortallčad, y sabemos que la mortalidad infantil, mirada desde todos sus ángulos, es un problema de raigambre y de meta económica. La solución no está en tener una gran patalidad para contrarrestar una gran mortalidad; pues, esto es en el fondo descalabro económico. Es más solución tener una escasa mortalidad con una natalidad mediana o grande. He aquí otro enorme problema que yo esbozo y cuya solución me parece estar en la natalidad limitada y controlada por el Estado, en relación con las condiciones econômicas-sociales de los padres. Relaciones del problema así planteado: legislación cobre el aborto y sobre las prácticas anti-concepcionales.

#### MEDIO AMBIENTE CINETICO

ı

#### OFICIOS

La influencia ejercida por el oficio de la madre sobre su hijo, es un hecho de trascendencia enorme que quedará de manificato frente a la estadística. En todos los países extranjeros en que se ha estudiado esta cuestión, ha llamado la atención que la mortalidad de los niños en determinados oficios de sus padres, y sobre todo de la madre, rebalsan los límites de lo imaginable y su importancia es tal que transforma este hecho en serio y verdadero problema.

De dos maneras actúan los oficios. Por un lado, se ha podido comprobar, siempre con la estadística en la mano, que los obreros de las fábricas y, en general, de las ciudades, son individuos de menor valía orgánica comparados con la gente de los campos. Por otro lado, en determinados oficios la calidad del trabajo de la madre obliga al destete precoz del pequeño o al abandono en manos extrañas que lo cuida-

ran mal, cuando lo cuidan,

Y ahora la estadística les dirá por sí la importancia de este asunto. De 100 niños que faliccen dentro del primer año de la vida, el 75 basta el 80 por ciento son hijos de obreros de fábricas. Le sigue en importancia de mortalidad la de los hijos de empleadas domésticas. Las razones saltan a la vista, no son otras que las dos que les he señalado anteriormente. 1.o-Menor valla orgánica de las obreras industriales en relación esta condición con la calidad de! trabajo, 2.o-Ruptura del binomio madre-hijo, por la calidad de este mismo trabajo, que lo es principalmente el trabajo de la industria, Nuestra pobre legislación ha creado las salas-cunas y dictado una ley de protección a la maternidad. ambas lindamente burladas por los individuos encargados de cumplirlas y hacerlas realidad, de donde entonces que prácticamente no se hace nada por este camino. Cuái debe ser la orientación sobre este punto, se puede decir, con una sola frase que lo abarca todo: legislación social del trabajo. Dicho más extensamente, legislación del ambiente del trabajo y legislación en el sentido de protección a la madre que lacta. Esto último, en otros términos, legislación que tienda a la integridad del binomio madrehijo.

11

#### SALARIOS

Es base fundamental de un medio ambiente sano y eficiente para el desarrollo normal del niño una situación económica holgada. La paga que percibe un individuo por la ejecución do un trabajo o comisión, es lo que se llama salario. Este representa la fuente de origen de todo el bienestar hogareño de la familia del corcro. De él deben salir la paga de la habitación, el vestido y la alimentación.

La encuesta realizada en nuestra clase obrera da \$ 3.21 diarios para las familias en que la
madre es el único sostén y \$ 12.85 para aquellas familias, en que, además de la madre trabaja
otra persona de la casa. En términos generales,
la situación económica de esta gente del pueblo es mala, se alimenta deficientemente, vive
en una pésima habitación y se viste de una
manera insuficiente. La importancia de los salarios bajos, en sus relaciones con la mortalidad
infantil tiene dos facetas. Por un lado, en aque-

llas casas en donde el padre recibe un salario reducido, por lo general, debe trabajar la madre; y, en estas condiciones los hijos están sujetos al abandono de su madre, con todo el cortojo de calamidades derivado de esta situación y que ya he enunciado anteriormente. La otra faceta la representa el mal ambiente en que deben crecer los hijos, mal comidos, sujetos a todas las perturbaciones digestivas emanadas de es a premisa. Mai abrigados, en una mala habitación, sujetos por esto al ataque de toda la gama de las afecciones catarrales de las vias respiratorias; agráguese a esto el elemento anteriormente enunciado, cual es el abandono de los hijos por sus padres, en razón del trabajo y se verá que es difícil que un niño no caiga enfermo y ya caido muy dificil que logre curar. Cuál debe ser la lucha en este capítulo. Una, una sola: Legislación del Trabajo considerado éste en su aspecto netamente social: Política de salarios bien orientada,

#### ш

#### VIVIENDA

Resultado del elemento tratado anteriormente y, por lo tanto, ligado intimamente a él, el más grave problema de la vivienda de nuestra clase popular y. de nuevo, vuelvo a la estadis ica. Pero antes, quiero referirme a lo que representa la vivienda en la vida del hombre y preferentemente del niño, y cómo repercute una mala habitación sobre el desarrollo material y ps.quico de este. El hombre pasa las dos terceras partes de su vida en la habitación, por lo tanto, es fundamental que en ella encuentre e, reposo y la expansión lógicamente necesario a un organismo agotado por el trabajo. Si es.a habitación es insalubre o incómoda, o ni siquiera representa una habitación, no cumpie con su cemetido de fisiología social, y el hombre y sus hijos huyen de esta covacha en que sólo ven la objetivación de su miserla. Los mãos ya crecidos abandonan la casa para entregarse a un vagabundea de perniciosos resultados sobre su psiquismo. Van a la calle, escuela de delincuencia, de vicios, cuando no encuentra esta escuela en su hogar mismo. Por otro lado la estrechez en que vive el elemento obrero es tal, que las cifras que señala la estadistica es de 4 personas per habitación. Esta misma estadística nos muestra que a mayor hacinamiento. hay mayor mortalidad, El índice de hacinamiento entre los fallecidos es de 4,24 y entre los niños que han llegado al octavo mes de su vida, es de 3,68. Resultado: gran influencia de la vivienda en el desarrollo psiquico del niño. Mayor mortalidad en relación al mayor hacinamiento.

La labor a efectuarse en este terreno, como Uds. ven, es muy grande. La solución fluye de lo expuesto; es decir, hace falta una férica legislación sobre la vivienda y una inspección implacable de este factor. ¿Cómo? Es la labor del Gobierno. Yo señalo los bechos y habio soure las causas y orientaciones fundamentales de lo que es nuestro problema del niño.

Hasta ahora me he referido al medio en gereral, dividido éste en medio de origen y en medio cinético. Me voy a referir ahora al problema del niño mismo.

Para su mejor exposición he dividido esteproblema en dos sub-grupos. El problema del niño sano, es decir, el de la medicina preventiva infantil y el problema del niño enfermo, o de la medicina infantil curativa.

El problema del mno sano comprende varios capítulos y siempre me refiero a la esquematización propuesta para su exposición, los cuales otra que la diseñada en las lineas ya leidas. Puericultura del recién nacido. Puericultura del la piamera, segunda infanca y de la edad precesolar y, por tiemo, la edad escolar.

En todas las esquematizaciones de un tema, como el que estamos tratando, encontramos desde luego que la realidad no corresponde estractamente en su desarrono a lo que es la exposición y, por lo tano, debemos aceptar el e-quema por lo que hace más fácil su pianteamiento. Desde luego, en cada uno de los capítuios a que he necno mención, en lo que dice relación con el mino sano y será lo mismo a lo referente al mibo enfermo, nos encontramos con elementos engranados a las condiciones del medio ambiente y es lógico que su separación es solo un meció de hacer un estudio critico del propotema.

1.) Putricultura del reción nacido. — En este capitulo de defensa del niño nos encontramos con un elemento de capital importancia y que ocuemos considerarlo en relacion a dicha importancia y es el binomlo madre-nijo.

Couvelaire ha dicho: "Hasta estos últimos " anos el eje de la asistencia al niño ha sido el " nino mismo, (niños asistidos, niños proteg!-" dos). Lo que es necesario es desplazar ese eje. " Li miño (en su primera infancia) no es nada. " La madre es todo. No es el mino el que debe " ser as.stido. Es la madre. La administración " de los minos asis.idos y los niños protegidos por la administración de las madres asistidas " y protegidas". Dentro de la fisiologia sociali el milo en su primera infancia sigue estando unido intimamente a su madre, es decir, sigue siendo parte de ella. Forma un binomio que no puede ser disuelto din grave riesgo para el niño. La orientación de la puericultura del recién nacido y de la primera infancia debe ser aqueila que tienua a la conservación de este binomio.

Tres elementos son los causantes fundamentales de la ruptura del binomio madre-hijo, y por lo tan.o. los causantes del aumento de la mortaiidad infantii de esta edad. Teofilo je: "Todo lo que aleja al recién nacido de su madre implica para aquél un sufrimiento y lo pone en grave peligro de muerte". Estos tres elementos a que he hecho referencia son: el trabajo, la ignorancia y la enfermedad de la madre. La lucha debe orientarse en onces en relación a estos tres factores: a) el trabajo. hablar de los oficios de los padres, ya he analizado este elemento y he dicho cómo debe entenderse su legislación. Además sabemos que la madre que trabaja disminuye su capacidad de rendimiento y, por lo tanto, es un mai obrero para los patrones. En la actualidad, o la des-

piden, o le rebajan su calario, y en relación a estos dos factores debe legislarse: Protección del trabajo de la mujer que lacta y subsidio de Inctancia. Pero cabe aquí hacer una aclaración que va a explicarnos el porqué de nuestros fracasos en la incipiente legislación de protección a la madre. En las condiciones actuales del trabajo, es decir, en la política de libre concutrencia y de competencia de la industria, los industriales tienen obligadamente que tratar de disminuir el costo de la producción. Una mujer oue lacta es un mal obrero, y por lo tanto, de poca conveniencia para el industrial. Si se obliga a los patrones a cumplir con una legislación de protección a la madre que no contemple la protección de los intereses de la industria, estos industriales como defensa buscarán lógicamente la manera de deshacerse de estas obreras y, por lo tanto, en el fondo dicha legislación no sóle no defiende a la madre sino que la perjudica Es el tipo de legislación unilateral, resultado de la política que defiende más una situación electoral de relumbrón que la solución de un problema social. b) La ignorancia, Es un hecho comprobado por todos los pediatras el que las madre de nuestro pueblo no tienen un claro concepto de lo que significa la conservación de la lactancia natural y los peligros que encierra su terminación. Se une a esto lo señalado anteriormente, es decir, que las condiciones sociales le impelen en infinidad de casos a provocar un destete precoz de sus hijos. Pero siempre existe una gran cantidad de casos en quo este destete es el resultado de un juicio critico superficial de la madre, que es ignorante para juzgar las condiciones de sus hijos y que adiestradas suficientemente no llegarían a dicho destete. De aquí la importancia enorme que tiene la creación de los Consultorios de Puericultura, en donde estas madres recibiran las indicaciones científicas encaminadas a hacerlo bien. La labor en este punto de una organización de visitación social de higiene infantil y maternal, no escapa al criterio de ninguno de los que me escuchan, este mismo servicio de visitación social debe tener a su cargo cursos y conferencias para obreras en los mismos locales de las fábricas que destruyeran una serie Je prejuicios de nefasta acción sobre los lactantes Indicado va el destete, irremediable aparece la necesidad de establecimientos que provean a las madres del alimento indispensable y bien indicado para la alimentación de sus hijos: las Gotas de Leche. En este tipo de instituciones hay todavía una modificación en lo que dice relación con el tipo de alimento a proporcionar. Me refiero a las Gotas de Leche Humanas, instituciones que ya son una realidad en otros países. Y, por último, como tercer factor de importancia en la disolución del binomio madre-hijo, tenemos c) La enfermedad. ¿Quién no conoce el serio problema que significa en un hogar la hospitalización de la madre enferma? Significa abandono de sus niños; significa otras veces contagios de estos mismos niños, como el caso de la tuberculosis. Vuelve a actuar de nuevo en este punto la importancia trascendental y de una solución que dejo enunciada y que es la colocación familiar.

Hablo de colocación familiar y no de orfeliratos o casas-cunas cerradas, porque en la práctica se ha visto que este sistema no es indudatlemente el mejor. En todo caso admito que
haya colegas que lo acepten como una solución,
pero para mí, los orfelinatos o instituciones cerradas de atención del niño sano son malas respecto a sus resultados. Malas porque la morbilidad y mortalidad es crecida en estas instituciones, a pesar de todas las medidas higisnicas
y dietéticas con lo científica que quieran; malas,
porque su acción sobre el psiquismo y el desarrollo de la vida anímica del niño es un hecho
comprobado por los estudios de psicólogos y
maestros.

2.) Edad pre-escolar. - Hasta hace poco tiempo relativamente, se descuidaba en mucho esta edad comprendida entre los 2 y 6 años. Prácticamente en esta época el niño está abandonado a sus propios medios. Si se considera que este período de la vida representa la época ce adquisición y desarrollo de las funciones motoras y psíquicas, se debe admitir que su cuidado representa un elemento fundamental en la defensa de la infancia. Por lo demás, encuestas realizadas en Estados Unidos han revelado que esta edad corresponde más del 80 por ciento de las difterlas. La mala alimentación es preponderante en esta época de la vida. El raquitismo frecuente, cegueras y sorderas en estos años, representan las tres cuartas partes de todas las cegueras y sorderas y, por último, las anomalías y perversiones mentales tiene su origen en esta edad. Hay que considerar por lo dicho anteriormente que la psicología infantil de compleja y delicada estructura pasa en la edad pre-escolar por una etapa de desarrollo que interesa especlalmente al médico y al maestro, y puede decirse que los traumátismos psíquicos que en ellos actúan dejan su huella por el resto de la vida. Hechas estas consideraciones, estudiadas las condiciones sociales en que el niño se encuentra colocado por las condiciones de sus padres, sa comprende que dichas condiciones son las que nos obligan a preocuparaos especialmente en esta cuestión. Por lo general, si no siempre, los padres son los que menos pueden hacer por el desarrollo psíquico y somático de su hijo en esta época de la vida. El trabajo de aquellos, la mala constitución familiar, representan problemas que reclaman una solución bien orientada e inmediata. El abandono al cuidado de conocidos o vecinos de estos pequeños durante las horas en que sus padres faltan de la casa, es causa de morbilidad, mortalidad y simiente de delincuencia infantil. Por lo demás, y en atención a la estadística que ya he enunciado, que nos señala una elevada cifra de morbilidad a esta edad, nos indica que el problema es palpitante y urgente. Dos son los sistemas propuestos para su solución. Los jardines infantiles y la nurseryschool con sus variacionec como escuera de aplicación. La diferencia estriba en que mientras en los jardines infantiles adquieren mayo: importancia los cuidados de orden somático, con servicio médico-social, en la nursey-school son los cuidados psíquicos y pedagógicos los que predominan. Es cuestión de discutir cual de los dos factores es el más importante, SeguramenBOLETIN MEDICO

te los dos y una organización que cuidara de los dos elementos enumerados sería el ideal. En fodo cuso lo esencial es que durante las horas en que los padres falten de su hogar, el niño pueda quedar entregado a un personal preparado y adlestrado, que oriente esa psicología en formación y cuida de su delicada constitución orgánica. Es importante en estos establectmientos, además del cuidado de la alimentación, vestido, highene, etc., el establectmiento de juegos educativos que serán de vallosa ayuda en la crientación de los variados complejos que forman la estructura psiquica del alma infantil.

3) Edad escolar, Llegamos ahora a la edad en que el niño paulatinamente deja de ser tal tara convertirse en adulto. Los mismos elementos a cuidar que en otras edades: el psiquismo y la salud corporal. La solución del primero es del resorte de los maestros en casi su totalidad, y sólo en parte corresponde a los médicos. Los maestros sabrán cómo orientar la enseñanza v a qué sistema pedagógico deberán acogerse. A los mádicos le corresponde cuidar de los factores que puedan hacer aparecer el desarrollo del psiquis, complejos de orden patológicos generadores de psicosis, de angustias u obsesivas. sentimientos de inferioridad o menor valía, perversión de orden ético u otros que arrastrarán estos chicos al vicio o a la delincuencia infantil. En cuanto al cuidado de la salud física debe orientarse un extenso servicio médico-dental escolar, con su correspondiente ficha sanitaria que idealmente debería venir desde el nacimiento. Debe corresponder a la gente que está al cuidado de los escolares la organización de los deportes y su orientación fisiológica en relación con el desarrollo. Y, por último, es de gran importancia la creación de instituciones llamadas Colonias de Vacaciones o Escolares y cuya finalidad comprenden en su verdadero vaier todos los que me escuchan.

La solución del problema del niño enfermo es una cuestión más sencilla en lo que dice retación con su pianteamicnto. No me refiero a la realización, eso ya no es cosa que dependa de los médicos directamente, sólo tratará de resumir para hacer un esquema de dicho problema. En este capítulo tenemos una primera subdivisión, cual es la que se refiere al tratamiento de las enfermedades somáticas y al tratamiento de las enfermedades pelquicas.

1) Tratamiento de las enfermedades somáticas.—Tiene dos maneras de abordarlo, con atención abierta, es decir, las policifinicas infantlies y atención cerrada, es decir, con niño internado. Esto útimo lomprende varios establecimientos. Hospitales, sittos en que el niño será internado con su madre o no, y este es tema que ya ha sido tratado por este Congreso.

Extos establecimientos deben ser dedicados a la atención de enfermedades agudas, médicas o quirárgicas, y para aquellas enfermedades que necesiten una asistencia técnica especializada. Sanatorios. Establecimientos dedicados al tratumiento de afecciones crónicas, como la tuberculosis, principalmente; en ellos tendrán cabida especialmente formas curables evolutivas de esta enfermedad. Preventorios, Sitios donde se

enviarán los niños, hijos de tuberculosos, elfnicamente sanos, pero que reaccionen positivamente a la tuberculina y que vivan en medio contaminado. Colonias agrícolas y colonias marítimas, que son establecimientos dedicados a convalecientes y en relación a la enfermedad de que deban convalecer, cosa que determinará el médico en cada caso particular. Escuela de sol o al aire libre, que ya su nombre lo indica, cuál será su orientación y su beneficio.

2) Tratamiento de las enfermedades psiquiens -Tiene dos tipos de clientes. Los niños nacidos anormales y para quienes deba haber una escuela especializada o escuela de anormales, en donde se establece y clasifique esta anormalidad, orientando su labor en el sentido que la nedagogía de estos niños la indique. Como Uds. comprenden, estas instituciones son de estricta especialización y, por lo tanto, entregadas a maestros, psicólogos y médicos de vasta y sólida preparación en el problema. El segundo elemento que forma parte de la lucha en contra de las enfermedades de orden psíquico, es aquel a que se refiere a la delincuencia infantil. Lo que este problema significa es cosa seria que debería preocupar hondamente a las autoridades, en el estudio, encauzamiento v resolución de este carnal elemento de la lucha en la defensa de la infancia. La delincuencia infantil es, en nuestro país problema, serio y grande. problema que crece y que no se encara con la valentía y el ardor que su magnitud exige. Su raiz, su origen, está en el ambiente social princ'palmente y haciendo una bien orientada política de defensa del medio puede llegarse si no a la solución, por lo menos a detener el avance de esta plaga que es una verguenza social colectiva. Las causas de la delincuencia infantil está en la mala organización de la familia. En las pésimas condiciones de la vivienda, en la miseria de la alimentación y del vestido, elementos estos que empujan al niño a la vagancla. Imprimen honda huella en la naciente peicología, orientan falsamente la vida anímica dando nacimiento a complejos desastrozos de objeto y actitud, que crean una ética perversa y desencaminada. Por este camino debe buscarse la solución. Hace falta una legislación de menores, comprensiva, estudiada y hecha por individuos que entiendan y ahonden el delicado arabesco psíquico del niño. Separar al muchache cuando las condiciones lo requieran del pernicioso medio ambiente para hacer una bien estudiada colocación familiar. Si esto fuera insuficiente deben crearse institutos de recducación, desterrando definitivamente el sistema carcelario. Y, por fin, colontas agricolas, en donde se prepara los pequeños delincuentes, que con el resultado de la mala organización de la familia y del ambiente, para convertirse en individuos útiles a la colectividad.

Esto es, a grandes rasgos, el problema de la infancia en nuestro país, y seguramente el de todos los países. La orientación de la solución estudiada las causas, creo que no puede ser ctra que la que acabo de señalar. Para condensar lo expuesto en las líneas precedentes, he aqui las siguientes conclusiones:

#### CONCLUSIONES

I El problema de la infancia es médico, pedagógico, económico, social; es decir técnico

puro.

II. La defensa de la infancia, debe ser obligación del Estado, ya que se trata del cultivo ne la colectividad del estado futuro.

Por lo tanto directiva única estatal, con prescindencia de la actividad privada institucional.

III. El niño tiene solo derechos, lo que significa que la solución del problema debe estar crientado en el concepto de solidaridad social obligatoria y, por lo tanto, para nada cuenta ia caridad, ya que el problema es técnico, orienta do y dirigido solo por los técnicos.

IV. La orientación general del problema médico social del niño, con la exposición hecha anteriormente, quedaría en la siguiente forma:

#### DEFENSA DE LA INFANCIA

#### A) DEFENSA DEL NIÑO

### I PROBLEMA DEL NIÑO SANO

1) Puericultura prenatal.

- a) Lucha en contra de las enfermedades do trascendencia social (sifilis, tuberculosis, gonorrea).
  - b) Creación del delito médico social.
  - c) Consultorios prenupciales.

Visitación social.

Investigación de los medios económico de los contrayentes.

Investigación de las enfermedades que actúan sobre el producto de la concep-

d) Consultorios maternales Escuela de Puericultura, Ropero Infantil.

e) Natalidad controlada.

Legislación sobre aborto. Prácticas anti-concepcionales.

f) Protección de la embarazada. Legislación del trabajo. Subsidios de maternidad

g) Protección de la madre soltera.

Investigación de la paternidad. Responsabilidad legal de la paternidad. Asilos maternales.

Primas estatales de socorro a la madr. soltera,

Visitación social,

2) Pucricultura del recién nacido.

- a) Legislación del trabajo de la mujer que iacta.
  - b) Subsidios de lactancia. c) Salas-cunas.
  - d) Consultorios de puericultura.
  - e) Gotas de leche.
  - f) Gotas de leche humana.
  - g) Obra de Grancher. h) Colocación familiar.
  - i) Visitación social.
  - 3 Puericultura de la edad pre-escolar. a) Nursery-school.
  - b) Jardines infantiles.
  - 4) Edad escolar.
  - a) La escuela.
  - b) Servicio médico escolar.
  - c) Servicio dental escolar.
  - d) Juegos y deportes.
  - e) Colonias de vacaciones.

#### II PROBLEMA DEL NIÑO ENFERMO

- 1) Tratamiento de las enfermedades sométiens.
  - a) Atención abierta.

Policlinicas Infantiles.

Visitación social.

b) Atención cerrada.

Hospitales. Sanatories

Preventorios.

Colonias agricolas.

Colonias marítimas. Escuelas de sol y al aire libre.

Visitación social.

- 1) Tratamiento de las enfermedades somá-CBS.
  - a) Escuela de anormales.

b) Delincuencia infantil.

Legislación de menores. Visitación social.

Colocación familiar. Institutos de reeducación.

Colonias agricolas,

#### B) DEFENSA DEL MEDIO

- Inspección de la vivienda,
- II Legislación sobre salarios.
- III Legislación sobre el trabajo.
- IV Cooperativas de consumo.
- Institutos de Alimentación.

#### C) ESTADISTICA

### PERITAJES DE INVALIDEZ.

P. E. O., hombre, 75 años de edad.

Ant, hereditarios y enf. ant. — Imposible recoger esta clase de datos por la sordera del enfermo y embotamiento de su psíquis, e ignorar sus familiares esos datos. Es preciso rehacer la historia, remitirse a la hoja cilinica del Seguro.

Enf. actual, - En marzo de 1933, empieza a sentir molestias en el ojo derecho consistentes en dolor y pérdida de visión. En la hoja clínica queda registrado un diagnóstico: "Ulcera serpiginosa cornea ojo derecho que abarca totalmente la zona de la pupila". Como siguiera bastante mal de esta úlcera fué enviado al hospital el 29-3-33. para proceder a la exanteración de este ojo, pero en este servicio mejoró poco a poco y no se creyó necesaria la exanteración, por lo cual fué dado de alta el 17-4-33, con un gran leucoma central, El día 21-4-33 sún acude al Seguro quejándose de dolor en el ojo enfermo.

Pasó así más o menos un año y en mayo del 34 vuelve a la consulta quejándose siempre de dolores en el ojo enfermo. Enviado aj especialista informa: "Estafiloma corneal total. Amaurosis". - Volvió nuevamente a su trabajo, pero empieza a sentir molestias en e! ojo izquierdo consistentes en pérdida de visión. Con este motivo fué enviado nuevamente al especialista, quien diagnostica: "Atrofia del nervio óptico" y al mismo tiempo exantera el ojo derecho en junio de 1935. Posteriormente la visión del ojo izquierdo ha ido disminuyendo en tal forma que sólo percibe bultos y le impide caminar so-

Paralelamente a esta sintomatología, el enfermo se ha visto aquejado por dos series más de lesiones: 1.0—De orden cardio-vascular que consisten en dolor precordial y cansancio que el enfermo empezó a sentir a mediados de 1934 y de lo cual queda constancia en la hoja clínica.

Fué atendido en diversas ocasiones y se le hizo el diagnóstico de aortitis. Con el tratamiento sintomático sus molestias mejoraron un poco,

Un Wassermann fué negativo. Un tratamiento específico de prueba, fui completamente nulo, 2.0- Molestias articulares que lo aquejan más o menos desde la misma fecha que sus afecciones anteriores. Queda constancia en la hoja con un diagnóstico de reumatismo crónico, y en las mismas condiciones que la sintomatología anterior, es decir, aliviando un poco con tratamiento sintomático, pero sin poder mejorar de, todo. Posteriormente, es decir, desde junio de este año, sus molestias articulares han aumentado en tal forma que por si solas le impedirian el trabajo.

### Examen fisico

Enfermo de 75 años de edad, de aspecto achacoso. Sordera pronunciada Pesiquis embotada. Responde con dificultad a las preguntas que logra comprender. Deambulación dificultada por sus molestias articulares y su falta de visión. Precisa de lazarillo, Pulso: 90. Respiraciones: 38. Presión 19/11 al Vaquez.

CABEZA: Cránco; nada de especial.

Cara. Ojos: Derecho; exanterado. Izquierdo; visión de bultos. Reflejo a la acomodación conservado. Reflejo luminoso muy débil.

Boca: Lengua saburral y húmeda. Dentadura falta por completo. Amígdalas y faringe, normales.

CUELLO: Nada de especial. TORAX: Inspección normal. Pulmones: Submacidez en ambas bases, Estertores bronquiales en todos los campos. Congestión de las bases,

Corazón: Punta late en el 5.0 espacio y por fuera de la línea mamilar. Soplo sistólico del foco aórtico.

ABDOMEN: Nada especial. GENITALES: Normales.

EXTREMIDADES: Regular grado de rigidez de la mayor parte de las articulaciones. Disminución de la movilidad de éstas. Dolor provocado por todos los movimientos

#### -CONCLUSIONES

4.0—Diagnóstico. — Amaurosis. Aortitis. Reumatismo crônico.

2.0—Fronóstico. — Incurable. La ceguera absoluta del ojo izquierdo se establecerá en un mes a más tardar.

Supervivencia probable de unos 3 a 5 años, tomando en cuenta su avanzada edad.

3.0—Capacidad para el trabajo, — Absoluta y permanente.

4.0—Fecha probable en que se produjo la invalidez. — En junio de 1935, cuando la pérdida de visión del ojo izquierdo le impidió definitivamente el trabajo.

### CALIFICACION DEL

### PERITAJE

- 1 .- FORMA: Ordenada,
- 2.—ANAMNESIS: Completa.
  3.—EXAMEN FISICO: Sufi-
- 4.-EVOLUCION: Poco deta-
- 5.—TRATAMIENTO Y RE-SULTADOS: Insuficientemente indicado.
- 6.—CONCLUSIONES: Aceptables.
- CALIFICACION GENERAL: Regular.

DOCUMENTOS

### **Nuestro Medio**

### El Ideal Teórico

DECLARACION DE LOS DE-RECHOS DEL NIÑO (1)

### N.º 16. -URUGUAY (2)

1.0 Derecho a la vida.— Suma de todos los derechos por la sola razón de haber nacido. Derecho a la casa para habitar, a la atención materna, al reconocimiento obligatorio por el práre, con todos los deberes que la paternidad impone, a la supervigilancia del Estado para su decarrollo y prosperidad fisiológica.

2.0 Derecho a la educación,-Primera asistencia a los jardines de niños, kindergarten. -Segundo ciclo: escuela primaria. Abolición del sistema de escuelas de ciudad.-Abolición de la enseñanza verbalista y libresca, Reintegración del niño al seno de la naturaleza, por medio de una escuela de actividad, de trabajo, de alegria-parques escolares- para lograr las reacciones de cuerpo y alma, salud, inteligencia, emoción, y preparar los obreros de su propio destino y de la grandeza social.

3.0 Derecho a la educación especializada.—Escuelas de salud, al aire libre, de bosque, de pradera, de escuelas al sol, para los anormales, los tarados, los enfermos, los débiles.

4.0 Derecho a mantener y desarrollar la propla personalidad.— Estudios de las vocaciones, sistemas capaces de la 
orientación espiritual sin artificios, que sólo puede lograrse 
en los parques escolares, en la 
vuelta a la naturaleza, por 
reacción de lo fatimo frente a 
la vida exterior. — Reconocimiento, en la práctica, de los 
sistemas educacionales, del de-

(1) Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(2) Proclamados por el Ministro de Instrucción Pública del Uruguaz, don Enrique Rodríguez Fabregat, al inaugurar el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia de Montevideo.

recho a ser niño, de vivir y sentir como tal, libre de la fria artificialidad de la escuelaciaustro y del dogma pedagógico que la informa.

5.0 Derecho a la nutrición completa.—Derecho de la madre a criar a su hijo. Seguro del Estado para las madres sin recursos. Servicios de gota de leche. Instalación de merenderos escolares. Instalación de escuelas-refectorios para menores que trabajan antes del complimiento integral de esta tabla de derechos.

6.0 Derecho a la asistencia conómica completa.—Este derecho significa la obligatoriedad de los padres, o en su defecto, del Estado, a asegurar
al niño la situación económica
sin angustias. Derecho a la vivienda, al vestido, a todas las
oportunidades de bienestar que
e. Irabajo del hombre pone al
servicio del progreso del mundo.

7.0 Derecho a la tierra. -Tierra para habitar. Reconocimiento del derecho del niño a ocupar su lugar en el munde, por la sola razón de haber nacido. Tierra para trabajar puesta a su alcance en los parques escolures, para el desarrollo de sus energias, de su imquilso vital, de su inquietud, de eus facultades de observación, para aprender por si mismos en el vasto panorama del universo y comprender que la vida es una ley inmutable de solidaridad en el esfuerzo crea-

8.0 Derecho a la consideración social.-Todo para el niño. Abolición de la distinción jurídica entre hijos legitimos e hijos naturales. El hijo es solamente hijo. El niño tiene derecho a sus padres. Transformación de los asilos de huérfanos y reformatorios de menores, donde el sistema de "pabellôn" anula la personalidad, en colonias familiares, de educación y de trabajo, organizadas en pequeños núcleos sociales y confiadas a padre y madre que sumen al afecto de sus hijos el de un pequeño grupo de niños sin hogar.

3.0 Derecho a la siegría. — Reconocimiento sin retaceos de este derecho, en la vida familiar sin angustia económica, en la escuela activa, en el seno de la naturaleza, en la educación sin artificios, en la mesa con pan, en el hogar con lumbre. Derecho al aire y la luz, a la tierra en que se siembra, al tierra en que se siembra, al tierra en que calienta y al agua que purifica. Derecho ser ser niño para ser hombre, a formar con cuerpo sano y alma

limpia los obreros de la liber-

tad, los arquitectos de la con-

ciencia del mundo.

10.0 La suma de estos derechos del niño forma el derecho integral; derecho a la rida. De su reconocimiento y su observación depende la grandeza de los pueblos. En la salud, la alegría, la formación sin trabas de los niños para la cultura, para el trabajo, para la libertad y la cooperación reposan los valores del destino del hombre en una etapa nue-

va de la historia.

### N.º 17.—HABANA (3)

1.o El niño tiene derecho al reconocimiento absonto de su derecho a la vida, fundamento esencial de todos los demás.—El Estado debe convertir en una de sus funciones específicas la protección de la infancia.

2.0 El niño tiene derecho a racer en condiciones físicas y sociales que determinen su vide normal.

3.0 El niño tiene derecho a sus padres; las legislaciones positivas deben consagrar ampllamente la investigación de la paternidad y maternidad para establecer la verdadera filiación, de modo que el niño pueda recabar de sus padres los derechos que le corresponden.

4.0 El niño tiene derecho a recibir de la sociedad los medios suficientes para desarro-

<sup>(3)</sup> Aprobado por unanimidad por el Primer Congreso Nacional del Niño celebrado en La Habana en 1927.

l'arse libremente, así en lo físico como en lo espiritual

5.0 El niño tiene derecho a ser protegido contra toda clase de explotación y muy especialmente a que no se le dedique a trabajos que le impidan la asistencia a la escuela, su descanso o su expansión en el juego.

6.0 El niño tiene derecho a la alegría; todo o que le produzca dolor o tristeza debe impedirse, y en cambio facilitársele los medios de que juegue, cante, corra y ría para su distracción y desenvolvimiento de sus aplitudes corporales y estéticas.

7.0 El niño tiene derecho a la educación de acuerdo con los más avanzados postulados

de la pedagogia.

8.0 El niño tiene derecho al amor de sus padres y maestroa, a los cuidados y atenciones de su hogar y de su escuela para roder realizar normalmente su desarrollo integral.

9.0 El niño tiene derecho a mantener y desarrollar eu personalidad, a que se le respete su vocación y se le estimule y apoye en sus naturales aptitudes.—Debe proporcionárse le la manera de aprender el oficio o profesión con que ha de librac au subsistencia en lo futuro.

10.0 El niño tiene derecho a conservar su inocencia.—El niño extraviado de las buenas ecetumbres y que realice hechos delictuosos, tiene derecho a que se le juzgue por tribunales especiales; y cuando se le recluya o afsie que sea en reformatorios adecuados donda se segure su perfeccionamiento.

### N.º 18.- ESTADOS (4)

No debe haber ningún niño:

Que no haya nacido en condiciones apropiadas. Que no viva en un medio hi-

giénico. Que jamás padezca de desnutrición.

(4) Ideales de la Asociación Americana de Higiene Infantil de Nueva York, Que no reciba rapida y eficaz asistencia e inspección médica.

Que no reciba enseñanza primordial en los elementos de la higiene y la salud.

Que no posea integros sus derechos a una mente sana en un cuerno sano.

Que no se vea alentado a expresar plenamente el espíritu que representa la dotación final de un ser humano.

### N.º 19.—CHILE (5)

1.0 Todo niño tiene dereche a ser niño, a que se le respeten sus intereses, sus necesidades y su actividad espontânea y personal.

2.0 Todo niño tiene derecho a una educación que siga el progreso social, mirando siempre al porvenir, y apoyada en la sociología, la psicología y la bología.

3.0 Todo niño tiene derecho a hacer para suber, a ser des cubridor y creador.—Siendo el piño un organismo, fundamentaimente activo, la escuela de te darie oportunidades para que alcance el máximo desenvoivimiento activo de su personalidad y de sus disposiciones y logre la capacidad para su perarse.

4.0 Todo niño tiene de echo a trabajo escolar colectivo, que permita la autoeducación social, en grupos pequenos formados conforme a condiciones individuates semejantes y en los rudies la libertad sea consequencia de la responsabilidad.

a.o Todo niño tiene derecho ai aire libre, para hacer sus tiabajos y para practicar jugos, ejercicios naturales (matchar, correr, saltar, trepar, lanzar pesos, cultivar la tierra, nadar, etc.) y movimientos respiratorios que constituyen la mejor educación física a la que jamás podrá reemplazar la gimessia metodizada.

6.0 Todo niño tiene derecho a saber que ha nacido en el cuerpo de su madre, a mirar la cuestión sexual como cosa digna de respeto y a que se le inicie prudentemente y progresivamente, en el conocimiento de las leyes del origen de la vida sin misterio ni vergüenza.

To Todo niño tiene derecho a ser miembro de una comunidad essolar en donde, con la autonomía que se merezca, goce de sus derechos y cumpla con sus deberes como elemente activo, útil y eficaz, que pone su libertad y su conciencia al servicio del bienestar comon.

8.0 Todo niño tiene derecho a contar con maestros de vocación, de carácter y llenos de
bondad, hombres elegidos y
bien retribuidos, que no tomen
su cargo como simple medio devida, que crean en los ideatesmás differies de alcanzar, que
sientan la responsabilidad que
eles incumbe en la realización
de la justicia social y no olviden que el verdadero maestre
es el niño.

9.0 Todo niño tiene derecho a locales escolares sencillos, atrayentes, alegres e higiénicos, que él mismo ayudará a embeliecer y ajegrar.

10.0 Todo niño tiene derecho a que coporen en su educació i maestros y padres para hacer de él un ciudadano útil a la patria.

### N.º 20. -GINEBRA

1,0 El niño debe ser puesto en aptitud de realizar normamente su desarrollo físico y espiritual.

se. El niño habriento debeser allmentado; el enfermo asistido; el retrasado en su educación alentado a proseguirla; el desviado de la buena senda devuelto a ella; el huérfano y el abandonado deben ser recogicos y socorridos.

3.0 El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda calamidad pública.

4.0 El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y ser protegido contra toda clase de explotación.

5.0 El niño debe ser educado inculcándose el sentimiento del deber que tiene de poner sus n'ejores cualidades al servicio de sus hermanos.

<sup>(5)</sup> Boletin Médico de Chile, Mayo 12 de 1928.

中中 20 日日 公司

### La Realidad

POBLACION, DENSIDAD, NUPCIALIDAD, NATALIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

The second second		ESTADI	STICA	NTERNA	CIONA	L (1)		-	-	
	Pobl. Cal- culada 81-12-32	Superf.	Densi-			DE LA			menores	sovia
PAISES	Designation of the last of the	Km2.	dad	10	irras b	or min .	100 PCG III	00)	9.5	-
	N.o de ha-	Omiti-	por		Nun-	-		Aumento		nac.
	bitantes	dos 000	Km2.	AÑOS	chall-	Natali-	Morta-	vegeta-	13 0	12
	omitidos				dad	dad	lidad	tivo	Fallec	%
	000				Citted	Call	Delate	tivo	-	0,
				-						
AMERICA	259.500	40.541	6,4	.:::	***		***	725		
Argentina	11.847	2.793	4,2	1933	6,2	25,7	11,5			0,2
Bolivia	3.000	1.333	2,3	***			***	***		
Brasil	44.002	8.525	5,2	***	12.0	***				
Canada	10.590	9.542	1,1	1932	6,0	33,4	26,8	6.6	25	5,8
CHILE	4.402	742	5.9	1933	6.7	33.4	26,8	6,6	25	5.8
				1001		27.5	100	100	-	-
Colombia	8.828	1.150		TO STATE OF THE PARTY OF THE PA	3.4					2,5
Costa Rica	540	60			6,1	42,7				3,4
Cuba	4.000	114		***	***	***		***		**
Rep. Dominicana .	1.275	50	25,5 6,5	1932		***	***			
Ecuador	2.000	307				40.0	1	122		3,7
Est. Unidos N.A	125,200	7.839			7,9	17,4	1		1.0	5,9
Guatemala	2,213	110		1933	200	41,1	1	The state of the s		
Haitf	2.600									
Honduras	900	120								
Jamaica	1.073	12		1932	3,7	32,2				4,0
Méjico	17.320					42,7				3,8
Paraguay	890				111	***				
Perú	6.600		5,3		200		***			
Puerto Rico	1.610	9			6,4	45,3				* *
Salvador	1.522	34			***	41,0				4,1
Uruguay	1.975	187	10,6	1932	5,1	22,5		12,4(3)		1,0
Venezuela	3.260	912	3.6	1933		28,5	18,8	9,7		
AFRICA	144.300	29.956	4,8							
To do to	45 070	1.000	15,1	1932		42.9	28,8	14.1	12	7.5
Egipto	15.070 8.310				8.6	23,7				8.0
U. Sudafricana	8.310	1.222	0,0	1333(3)	9.0	23,1	9,5	44,4		
ASIA	1.113 100	41.900	26.6	***	1	***				
China	450.000	11.103	40.5		1 200			1	1 .	Chira
India Británica		1				34,8		9,5(2)	1	8,1
Japón			174.1	1933(4)	7.8	31.6	17.8	13.8(4)	1	1,3
Persia	9.000		5.5				1		+ .	
Turquia (Incl. Eu-		-	1		1	200	P. Second	-	1	
ropa)	14.920	763	19.6			***			1 .	
U. S. de S. R.				1	1	1	1 - 1000	1	1	
(Asiátie.)		15.178	2,3		1				1 .	
EUROPA	514.720	11.420	41,8						1.	
Alemante	05 051	461	138,	1933	9.1	14.7	11,2	3,5	1 -	7.6
Alemania					6.7					0.6
Austria										8,7
	8.213				9.6					4.6
Bulgaria					8.3					2.7
	14.92	O Control of			8,8					7,2
Dinamarca	3.610									1.2
España	24.013				7,1					7.5
Francia	41.86				7.					6,6

<sup>(1)</sup> Estadística anual de DEMOCRAFIA Y ASISTENCIA SOCIAL 1933, Pág. 58.—Santiago, Chile.
(2) Dato del año 1930. — (3) del año 1931. — (4) del año 1932.

PAISES	Pobl. Cal- culada 31-12-32 N.o de ha-	Superf, por Km2.	Densidad por Km2.			O DE L			menires	c. vivos
	bltantes	Omiti- dos 000		ANOS	Nup- ciali- dad	Natali- dad	Morta- lidad	Aumento vegeta- tivo	2 0	% nac.
Hungria	8.784	93	94.5	1933	8.3	21,6	14.7	6.9	13	9
Italia	41.814	310	134.9	1933	6,8	23.5	13.5	10.0(2)	11	
Letonia	1.931		29.3	1933	8,0	17,5	13,5	4.0		.7
Lituania	2.422		43,3	1933	8,0	25,5	13,4	12.1	13	1
Noruega	2.845		8,8	1933	6,2	14.9	10,2	4.7(3)	4	.7
P. Bajos	8.183		240,7	1033	7,2	20,8	8.8	12.0	4	.4
Polonia	32.638	388	84,1	1933	8,3	26,5	14.2	12,3	12	
Fortugal	7.000		78.7	1933	6,5	29,0	17.2	11.8(3)	14	
Rumania	18.540	295	6.2,8	1933	8,3	32,0	18.7	13,3	17	4
Suecia	6.190	449	13,8	1933	7.0	13.7	11.2	2.5		.0
Suiza	4.115	41	100,4	1933(4)	7.8	16.4	11.4	5.0		.8
J.R.S.S. Europea	130.700	5.999	21,8							
Jkrania (S. S. R.)				1930	10.4	30.1	16,2	13,9	15	
Yugoeslavia	14.296	249	57,4	1931	9,0	33,6			16	
OCEANIA	10.000	8.550	1,2							
l'otal del Mundo	2.041.600	132.360	15,4							

### N.º 22, - MORTALIDAD INFANTIL, CERTIFICACIONES MEDICAS E ILEGITIMIDAD DE LOS FALLECIDOS: 1933.— CHILE (1)

PROVINCIAS		de fallecidos de 1 año	% defunciones certifeadas por médico	% de ilegitimo	
	H.	M			
Tarapacá	329	24/2	72.5	34,7	
Antofagasta	454	406	92.3	32,0	
Coquim/bo	969	835	47,5	49.4	
Aconcagua	1.894	1.655	48.2	37,3	
Santiago	4.375	3.819	69.1	37.9	
Colchagua	1.299	1.187	18.0	35,3	
Talca	1.278	1.191	9.1	44,8	
Maule	990	860	19.2	39.8	
Nuble	1.423	1.266	6,1	43.6	
Concepción	1.924	1.825	32.0	41,7	
Bio-Bio	1.020	915	12,3	48,5	
Cautin	1.691	1.544	5,1	45,2	
Valdivia	1.189	1.059	27,8	51.6	
Chiloé	909	796	21,9	42,2	
Aysen	36	32	29,4	36,8	
Magallanes	107	94	94,0	28,4	
REPUBLICA	20.155	17.951	36,1	41,5	

<sup>(1)</sup> Estadística Anual de Demografía y Asistencia Social. Año 1933. Santiago, Chile.

NOTA. — El número de certificaciones médicas de defunciones refleja, más o menos exactamente, en Chile, el grado de desarrollo de la asistencia médica infantil. El porcentaje \$2,1 de certificaciones médicas de defunciones de niños menores de un año indica que hay 53,3% de los niños que mueren no han tenido atención médica, sea por dificultades económicas de los padres o por imposibilidad de conseguirla oportunamente.

### EL NIÑO ANTE LA LEY

N.º 23. -

### ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

(Estadística Cons. de Valdivia, 1000 casos) (1)

Especificación	W.	Número	13	%
Solteras		634	1	63,4
Matrimonio civil		156	1 -	15.6
Matrimonio religioso		38	de	3,8
Casadas		172		17,3
TOTAL		1.000		100,0

N.º 24. -

### LEGITIMIDAD E ILEGITIMIDAD

(Estadística Cons. de Valdivia, 1000 casos)

Especificación	Número	%	
LEGITIMOS	328	1	32,8
ILEGITIMOS	672	13.19	67,2

N.º 25. -

### ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

(Estadística de) Consultorio de Valparaíso. (664 casos) (1)

SOLTERAS. . . . . . 61,4%

CASADAS. . . . . . . . 31,6%

La encuesta se verificó sobre 664 embarazadas que concurrían por primera vez al Consultorio, comprendidas primíparas, multíparas de distintas profesiones y edades. El autor dice: "Si la encuesta se hubler a limitado a interrogar solame nte a las primíparas las cifras de solteras habrían llegado seg uramente al 80%.

### N.º 26. - CAUSAS DE LA NO LEGALIZACION DE LAS UNIONES

(Estadística del Con sultorio de Valparaíso (441 casos)

Negativa masculina	150 casos	34,0%
Abandono del hombre	25 "	5,5
Desidia bilateral	120 "	27,0
Dificultades legales (menor edad, falta consentimiento pa-		
dres, estado casado del hombre, ignorancia del lu-		
gar de nacimiento, etc	56 "	12,9
Negativa femenina	50 "	11,0
Oposición padres	40 "	9,0

<sup>(1)</sup> Nota.—Todos los docum ertos que lleven como subtítuin "Estadística del Consultorio de Antísimo trabajo leido por el Dr. EUGENIO LIRA LIRA en Una reunión clínica de dioho Consultorio y que publicamos integro en el presente BOLETIN.

### N.º 27. -

### EL NIÑO Y SU VIVIENDA

(Estadística del Cons. de Valparaíso (4,000 casos)

Casas propias de los padres	12 (	0.30%
Casas arrendadas	3.998	99.7%
Total viviendas visitadas	4.000	
Numero de piezas de las viviendas	6.114	
Número moradores de las viviendas	19.761	
Número de personas que habitan la alcoba, incluso madre e hijo .	14.731	
Promedio de personas por familia	4.94	
Promedio de piezas por vivienda	1.53	
INDICE DE HACINAMIENTO (personas que habitan la alcoba,		
incluso madre e hijo	3.68	

### N.º 28. -

### EL NIÑO Y LA RENTA FAMILIAR

(Estadística Cons. Valparaíso (4.000 casos)

The same of the sa		SAL	ARIO
		Al dia	Al mes
Madres cuyo salario es el único sostén de la familia	2.166	\$ 3.21	\$ 80.52
Madres cuyo salario no es el único sostén	1.834	3.21	80.52
y que disponen de OTRAS ENTRADAS		9.64	289.20

### EL NIÑO Y EL TRABAJO DE LA MADRE N.º 29. -

Estadística Consultorio de Valparaíso (4.000 casos)

#### Ocupación de la madre

Trabajadoras grandes fábricas	 2.000	casos	
Costureras	827	**	
	48	**	
Empaquetadoras		**	
Zapateras	10		
TOTAL INDUSTRIA	 3.261		81.52%
Comerciantes	71	**	
Vendedoras	7	**	
	5		
Cajeras	5 6	**	
Suplementaras	1	**	
Telefonistas			
TOTAL COMERCIO	 90		2.25%
	49		
Cobradoras	24		
Tranviarias	70.70		
Ascensoristas	 19		
TOTAL TRANSPORTE	 85		2.12%
Labores del sexo	19		
	243		
Lavanderas	45		
Aplanchadoras	19		
Tejedoras	 - 15		
TOTAL ARTESANAS	 321	"	8,3
Empleadas domésticas	 243		
TOTAL EMPLEADAS DOMESTICAS	 241	"	6,8

# N.º 30. - EL NIÑO Y EL SALARIO DE LA MADRE EN LOS ULTIMOS 7 MESES DEL EMBARAZO

Estadística Consultorio Valparaíso. (4.617 casos)

A	NOS	S N.C		N.o	madres	. diarlo madre	Sal. mensual P. madre			
100		-								
15	31.						1.088	3.38		84.50
	32.						846	3.16		79.20
	33.						1.037	3.97		74.4
	34.						1.254	3.28		82.2
	35.						392	3.28		82.2
						SAL	ARIO	3.21		80.5

NOTA.—Los datos de 1935 se refieren sólo a los primeros meses del año. El cuadro indica la FIJEZA de los salarios durante los cinco años a pesar de la aguda crisis y de la quiebra del patrón monetario en 1931 que trajo consigo una aiza de todos los precios y del costo de la vida. Una curva de los dos fenómenos demostraría una vez más que el fenómeno económico de la brusca v progresiva alza de precios que la quiebra del patrón monetario produce no es seguido por el alza de salarios que se mantienen largo tiempo al mismo nível. En Chile ha sido necesaria la acción decidida del Supremo Gobierno, en los últimos meses del presente año, para obtener un comienzo de reajuste de los salarios al coeto de la vida.

### N.º 31. - MORTALIDAD INFANTIL Y LEGITIMIDAD EN LA CIR-CUNSCRIPCION DE VALDIVIA: 1934. (1)

Europition of far	N.o	Nacio	los vivo		N.o de fallecidos					
Especificación	н	M	Totales N.o   %		Hombres N.o   %		Mujeres N.o %		N.o   %	
Legitimos	528	514	1042	57.8	136	26	146	28	282	27
Ilegîtimos	419	340	759	42.2	185	44	151	44	336	44
TOTAL	947	854	1801	100.0	321	33.7	297	34.7	618	34.

# N.º 32. - LA FALTA DE SUBSIDIOS Y SU INFLUENCIA EN EL RETI-

#### -Estadística del Consultorio de Valdivia, - (21 casos)

Retirados con	menos de un mes de edad	casos
Retirados con	1 mes de atención	
Retirados con	2 meses de atención	
Retirados con	3 meses de atención	
Retirados con	8 meses de atención	"
Fallecidos (1	mes y 2 meses	

<sup>(1)</sup> Observaciones sobre el niño valdiviano. - Por el Dr. Eugenio Lira Lira.

### N.º 33. - LEGITIMIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

(Estadística del Consultorio de Valparaíso (7.000 casos) (1)

AÑOS							NUMERO DE FALLECID			
Market Street							Legitimos	Hegitimos		
1927-1928.					-		63	101		
				W.	-		43	74		
1930							42	58		
1931			-				- 44	48		
							50	49		
							45	36		
							43	51		
TO	TAL.						330	417		
POR	CIEN	TO					44,7	5/5,8		

### N.º 34. - MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES Y LEGITIMIDAD (Estadística Consultorio de Valparajso. — (7.000 casos)

	NUMERO DE	FALLECIDOS	S TOTALES			
EDADES	Legitimos	Hegitimos	Número	% del		
1.er mes	79	79	158	21.—		
2.0 "	40	64	104	14		
3.0 "	42	72	114	15		
4.0 "	52	55	107	14		
5.0 "	44	54	98	16		
6.0 "	37	44	81	10		
7.0 "	28	43	71	9		
8.0 "	8	6	14	1		
TOTALES	330	417	747	100		
POR CIENTO	44,17	55.83	C. STREET			

### N.º 35. -

### MORTALIDAD INFANTIL Y VIVIENDA

Estadística Consultorio de Valparaíso

CAUSAS DE MUERTE	N.o falle En 7.000		N.o de dormi- torios	N.o de moradores	INDICE MEDIO DE	
	N.o	N.0 %			HACINAMIENTO	
Trastornos nutritivos Prematuros y débiles con-	186	24.8	185	192	4.2	
génitos	37	5.1	35	152	4.3	
Aparato respiratorio	205	27.47	199	878	4.4	
Tuberculosis	34	4.5	34	147	4.3	
Sifuis	7.8	10.4	78	303	3.9	
Infecto contagiosas	(50)	6.7	50	232	4.6	
Otras enfermedades	48	6.3	48	190	3.9	
Causas desconocidas	109	14.8	108	436	4.0	
TOTAL	747	100.0	737	3.130	4.2	

NOTA.—Recuérdese que éste índice de hacinamiento (4.2) es bastante inferior al sefialado por el CENSO de 1930 para la República (5.7) y para la provincia de Aconcagua (5.4), lo que deja suponer en la masa asegurada, dentro de sus precarias condiciones, un standard vital un poco mejor que el del resto del pueblo chileno.

(1) Todos los documentos que lleven como sublítulo "Estadística del Consultorio de VALPARAISO" pertenecen en su mayor parte a la interesantísima tesis de Licenciatura "EL NIÑO OBRERO EN EL SEGURO SOCIAL", del señor Osvaldo Igualt Ramírez, presentada recientemente a la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile.

### N 0 36 \_ MORTALIDAD INFANTIL Y PROFESION DE LA MADRE

(Estadística Cons. Valparaíso en 7.000 casos)

PROFESION DE MADRE	Industria 81,5%	Comercio 2,2%	Transporte	Artesanas 8,0%	Domésticas 6,0%
CAUSAS MUERTE NIÑOS:					
Trastornos nutritivos	61.8%	3,2%	3,2%-	5.3%	26,3%
Debilidad congénita	68,9	2,7	_	14,2	14,2
Aparato respiratorio	73,1	3,8	1.9	9,7	11,2
Tuberculosis	79.0	-	2,0	5,0	11,7
Heredo lúes	79,4	1,2	2,5	8,9	7,6
Infecto contagiosas	64,0	6,0	4.0	10,0	16,0
Otras enfermedades	56,0	4,0	-	18,0	20,0
Causa desconocidas	72,8	4,/5	5,6	1.8	13.7

NOTA.—El autor de la Memoria de la cual tomamos las cifras anteriores llama con justeza la atención sobre la alta mortalidad infantil, 26,3%, por trastornos nutritivos en las empleadas domésticas (abandono del niño para desempeñar la ocupación) y sobre la mayor mortalidad infantil por heredo lúes (79,4%) en los niños de las madres que trabajan en la industria (mayor "vida social" y exposición al contagio de la mujer), como asimismo sobre la cifra de 79% de mortalidad por tuberculosis en los niños de madres que trabajan también en la industria (escasos salarios, hacinamiento, etc.)

# N.º 37. - TABLAS COMPARADAS DE PESO MEDIO DEL NIÑO HASTA LOS OCHO MESES

(Documento Provisorio)

EDADES	Valparaí	so (1)	Santiag	Valdivi	a (3)			FRAN- CIA(5)	EE.UU.	
		M	H.	M.	H.	M.	H.	M.	Н. у М.	Н. у М.
Nacimiento	3.100	3.075	-	_	-!	-	3.480	3.240	3.250	4.000
15 dias	-	-	3.500	3.400	4.000	3.350	_	_	_	_
1 mes	3.495	3.365	3.700	3.550	4.350	4.000	4.400	4.100	3.750	5.160
2 meses	4.205	4.020	4.100	4.000	5.100	4.500	5.300	4.800	4.500	5.920
3 meses	4.973	4.670	4.550	4.550	15.900	0.050	6.200	5.700	5.250	6.490
4 meses	5.675	5.325	5.800	5.250	6.200	5.500	6.800	6.300	5.950	7.100
5 meses	6.220	5.835	6.450	6.200	6.800	6.200	7.300	6.900	6.550	7.500
6 meses	6.750	6.430	6.900	6.650	8.000	7.000	7.900	7.400	7.100	8.030
7 meses	7.270	6.800	7.050	7.000	8.500	7.700	8.500	7.800	7.600	8.360
8 meses	7.630	7.250	7.950	7.875	9.000	8.000	8.900	8.200	8.000	8.680

Tesis de Licenciatura del señor O. IGUALT RAMIREZ. (Estadíst. Cons. de Valparaíso (7.000 casos).

(2) Trabajo de la doctora M. Lorentz.

(5) Tabla de Comby. (Del Tratado de Medicina Infantii de Nobecourt, Baboneix y otros.

<sup>(3)</sup> Estudio sobre el niño valdiviano del Dr. E. Lira Lira. (Estadística del Cons. de Valdivia (2.857 casos).

<sup>(4)</sup> Tabla de Cammerer y von Pirquet. (Del libro "Enciclopedia de Enfermedades de los niños", de M. v. Pfaunúler y Schlossmann.

<sup>(6)</sup> Tabla de Baldwin. (De la obra "Crecimiento físico del Niño", de Bird T. Baldwin. — Yowa, EE. UU.

NOTA.—El documento anterior tiene carácter provisorio. Lo entregamos especialmente a los pediatras del servicio de la Caja para que se sirvan hacernos llegar las observaciones que les merezca y datos sobre la técnica utilizada en los distintos casos para la determinación del peso medio de los niños en las diversas edades (media aritmética, polígono de frecuencia, etc., etc.) En algún número próximo del BOLETIN destinado al niño lo publicaremos en forma definitiva con los comentarios críticos respectivos.

### Pasos vacilantes y discontinuos hacia el Ideal

N.º 38. - MORTALIDAD INFANTIL COMPARADA Y LEGITIMIDAD DE LOS FALLECIDOS EN EL CONSULTORIO Y EN EL RESTO DE LA CIRCUNSCRIPCION DE VALDIVIA: 1934

(Estadística del Consultorio de Valdivia)

RE	ESTO	DE	LA	CIL	RCUN	CR	IPCI	ON			CO	NSU	LTOF	RIO			
ex	cepto	18	ate	endi	dos	Cons	sulto	rio			1000		-	ECI	DOS	3	tal
H.	M.								н.	M.	Tot	N.o	%	N.o	%	N.o	1 %
										41	79	3	8,0	2	4,6	5	6,8
343	267	610	176	51	142	53	318	52,0	76	73	149	9	12,0	9	12,0	18	12,0
833	740	1573	309	37	286	38	595	37.7	114	114	228	12	10.5	11	9.6	23	10.0
	N.o ex ate Con H.	N.o nacie excepte atendide Consulto H. M. 490 473 343 267	N.o nacidos excepto atendidos Consultorio H. M.   Tot, 490   473   963 343   267   610	N.o nacidos excepto atendidos Consultorio Hom H. M. Tot. N.o 490 473 963 133 343 267 610 176	N. o nacidos excepto atendidos   Consultorio   H.   M.   Tot.   N. o   %	N.o nacidos excepto atendidos Consultorio H.   M.   Tot,   N.o   76   M.o   Molecular (Month of the consultation)   M.o   Molecular (Month of the consultation)   M.o   Molecular (Month of the consultation)   M.o   fallectical (Month of the consultation)   M.o   fallecti	N. o nacidos excepto atendidos Comunicorio   H.   M.   Tot.   N. o   133   27   144   30   343   267   610   176   51   142   53	N. o nacidos excepto atendidos Consultorio   H.   M.   Tot.   N. o	N.o fallecidos excepto atendidos Consultorio   Hombres Mujeres Total   H.   M.   Tot.   N.o   %   N.o	N. o nacidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.	N. o nacidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Consultorio   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   M.   490   473   963   133   27   144   30   277   28.0   38   41   343   267   610   176   51   142   53   318   52,0   76   73	N. o nacidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Hombres Mujeres   Total   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   Total   Tota	N. o fallecidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Hombres Mujeres   Total   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   M. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   N. o   %   N. o   %   N. o   N. o   %   N. o   N. o   %   N. o   %   N. o   N. o	N.   N.   N.   Arabidos excepto atendidos   N.   O fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Hombres Mujeres   Total   H.   M.   Tot.   N.   %   N.   %   N.   %   H.   M.   Tot.   N.   %   M.   M.   Tot.   N.   %   M.   M.   Tot.   N.   %   M.   M.   M.   Tot.   N.   %   M.   M.   M.   M.   M.   M.   M.	N. o nacidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Hombres Mujeres   Total   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot.   N. o   %   N. o   N. o   %   N. o   %   N. o   %   N. o   %   N. o   N. o   N. o   %   N. o   N. o   N. o   N. o   %   N. o   N. o   N. o   N. o   N. o   %   N. o   N. o	N. o nacidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   Hombres Mujeres   Total	N. o fallecidos excepto atendidos   N. o fallecidos excepto atendidos   Consultorio   H.   M.   Tot,   N. o   %   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot,   N. o   %   N. o   %   N. o   %   H.   M.   Tot,   N. o   %   N. o

### Nº 39. - MORTALIDAD INFANTIL EN EL CONSULTORIO DE ASE-GURADOS DE VALDIVIA

(Estadística Consultorio de Valdivia, 1,056 niños atendidos en 5 años)

AÑOS	NIÑOS ATENDIDOS	NIÑOS FALLECIDOS	POR CIENTO FALLECIDOS
1930	_	17	_
1931	-	16	-
1932		22	_
1933		32	
1934	226	25	11,0
TOTAL (5 años)	1.056	112	10,6

### N.º 40. - MORTALIDAD INFANTIL EN EL CONSULTORIO DE VAL-DIVIA POR GRUPOS DE ENFERMEDADES Y POR AÑOS

(Estadística del Cons. de Valdivia, en 226 y en 1.056 niños respectivamente

CAUSAS DE MUERTE	Número de 1934	fallecidos 1930-1934
Dispepsia	. 3	11
Enterocatarro	. 1	4
Toxicosis		3
Tóxico-infección	. 1	6
Enterocolitis	. 1	2
Sindroma deshidratación intest	. 1	2
Distrofia avanzada	. 2	5
Descomposición,		6
Total grupo trastornos nutr. y digest		39
%en el total fallecidos	4 4 117	34.8
Bronconeumonia	. 1	25
Bronquitis		1
Total grupo trasts, respiratorios		26
% en el total de fallecidos · · · ·		23.2
Coqueluche (Brp.)		3
Septicemia		8
Heredolúes		6
Tuberculosis miliar		1
Meningitis tuberculosa		1
Total grupo enferms, infecciosas		19
%en el total de fallecidos	2.0	17.0

CAUSAS DE MUERTE	Número d 1934	le fallecido 1930-193
Debilidad congénita	4	13
Prematuros		3
Laringoespasmo		1
Total grupo trasts, constitues	4	17
%en el total de fallecidos	16	15.0
Trautmatismos del parto	No call li	1
Causas ignoradas	5	10
Total grupo otras causas	5	11
% del total de fallecidos	20	8.7
TOTAL FALLECIDOS	25	112

# N.º 41. - PROPORCION DE NIÑOS ATENDIDOS Y FALLECIDOS EN EL CONSULTORIO EN RELACION CON EL TOTAL DE NACIDOS Y FALLECIDOS EN LA CIRCUNSCRIPCION DE "AL DIVIA: 1934

Estadística del Consultorio de Valdivia)

ESPECIFI-			DOS EN								FAL	REL	ACIO		OTA	L F		
CACION	Circ	unec	8500	Ho	mbr	Muj	eres	T	otal	Ch	renns	crip:	Her	nbros	Mu	ieres	To	nal
-	H.	M.	Total	N.o	90 1	N.o	1 %	N.o	%	H.	M.	Tot	N.o	%	N.o	%	N.o	%
Legit'mos	528	514	1.042	38	7.1	41	7.8	79	7.6	136	146	282	3	2.2	2	1.3	5	1.
Regitimos	419	340	759	76	18,1	73	21,5	149	19.6	185	151	336	9	4,8	9	5,9	18	5.3
TOTAL	947	854	1.801	114	12,0	114	13,3	228	12,6	321	297	618	12	3,7	11	3,7	23	3,6

### N.º 42. - MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES Y GRUPOS DE EN-

(Estadística del Consultorio de Valparaíso, en 7.000 niños)

EDAD	100.00	ests.		ilidad rétina		res-		UBER-			1000	fecto	eni	erme-	de	scono-
	N.o	%	N.o	%	N.ol	%	N o	%	N.o	%	N.ol	%	N.o	%	N.o	%
mes		5.9	0.7	67.8	1 001	14.6			-	38.4	9	18.0	-	40.0	1 00	27.5
mes		11.8		18.7		13.2				23.0						18.3
in the		16.0			251					15.5						22.0
**		14.5			381					5.1						15.5
		19.3			33			7000				8.0			1977	
		15.0		0.4	23					100000	1	14.0		4.2		1000
,		13.9			22			200				14.0		4.2		3.7
8 "	6			-	5	2.6		1000		-	-	-	1	2.0		-
TOTAL	186	100	37	100	205	100.0	34	100.0	78	100.0	50	100.0	48	100.0	109	100.0

### N. 43. - MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE ENFERMEDA-DES Y LEGIT IMIDAD

(Estadística del Consultorio de Valparaiso, en 7.000 casos)

CAUSAS DE MUERTE	Leg	gitimos	Ilegi	gítimos			
	, N.o	%	N.o	%			
Trastornos nutritivos	67	36.02	119	64.97			
Debilidad congénita	123	61.11	14	38.89			
Aparato respiratorio	104	50.73	101	49.27			
Tuberculosis	17	50.0	17	50.0			
Heredo-lúes	25	32.08	53	67.92			
Infecto-contagiosas	20	40.0	30	60.0			
Otras enfermedades	27	56.24	21	43.7			
Causas desconocidas	47	43.0	62	57.0			
TOTAL:	330	_	417	-			

# N.º 44. - MORTALIDAD INFANTIL COMPARADA CONS. VALPA-

(Estadística Consultorio de Valparaíso)

	СН	ILE	FRANCIA			
CAUSAS DE MUERTE	PAIS	Consultorio Valparaíso	PAIS	Ciudad Paris		
	%	%	% 38.47	32.0		
Trastornos nutritivos	24.6	24.0	38.47			
Prematuros y dehiles congen	16.1	4.7	22.03	24.50		
Aparato respiratorio	20.0	26.2	14.73	18.60		
Tuberculos's	1.1	4.5	2.77	_		
Sifilis hereditaria.	3.0	10.0	-	1.60		
Infecto contagiosas	10.0	6.1	-	-		
Otras enfermedades	14.9	5.50	23.30	23.30		
Causas desconocidas	10.3	19.0	1	-		

NOTA.—En el documento anterior los únicos porcentajes dignos de confianza son los correspondientes a los 7.000 niños atendidos en el Consul'orio de Valparaíso. Los correspondientes a Chile en general, son tomados de las cifras dadas por el Anuario Estadístico de Demografía y Asistencia Social de 1931 y no tienen sino un valor muy relativo si sabemos (V. Doc. No. 22) que sólo el 11.5% de las defunciones de niños menores de un año son certificadas por médicos. En cuanto a las correspondientes a Francia, el autor señor O. Igualt Ramírez, de la Tesis de Licenciatura de la cual tomamos estas cifras, no da mayores datos sobre su origen y grado de seriedad.

# N.º 45. - MORTALIDAD INFANTIL COMPARADA DEL CONSULTO-

· (Estadística del Consultorio de Valparaíso)

AÑOS	CONSULTORIO	PAIS
1927	16.4%	15.82%
1928		12.07
1929		12.75
1930		13.54
1931		13.20
1932		13.19
1933		14.37
	196	
%MEDIO GENERAL	10.67	

### N.º 46. -

### MORBILIDAD INFANTIL

(Estadística del Cons, de Valparaíso, 7.000 niños)

Trastornos nutritivos	1.594 casos	19.60%
Raquitismo	1.309 "	16.04
Aparato respiratorio	1.697 "	20.08
Tuberculosis,	66 "	- 0.7
Lines.	725 "	8.9
Infecto contagiosas	553 "	6.8
Otras enfermedades	2.188 "	26.8
TOTAL DE CASOS	8 - 122	
% de morbilidad en los 7.000 niños.	116.02%	

### N.º 47. - SERVICIO DE INSPECCION MEDICO-ESCOLAR.- CHILE (1)

AÑOS	Alumnos e	xaminados % de ma- triculados	examina-	
1929	92.459	120.9	3.536	1.968
1930	77.869	18.3	2.155	1.193
1931	74.264	17.5	2.461	510
1932	33.047	8.0	1.219	262
1933	18.557		426	151
1934	-	-	100 -1	_

(1) Publicaciones de la Dirección General de Estadística. Chile.

NOTA.—Obsérvese cómo por causas que desconocemos durante los años más duros de la crisis el número de escolares y profesores examinados ba 16 al minimum, cuando debió haber subido al máximum.

ASISTENCIA SOCIAL DEL NI-NO INDIGENTE, — CHILE. — 1933

### N.º 48 -

Comunicación del Ministro del Interior a los Intendentes y Gobernadores (1)

El Gobierno està vivamente preocupado de considerar la situación de los hijos de cesances y, en general, de la niñez desvalida que hoy vaga en las poblaciones y que no cuenta con los más indispensables medios de susbisitencia.

Es doloroso el espectáculo que ofrece esa porción de nuestros concludadanos que, por una razón u otra, fundada o no, se ven precisados a acudir

(1) "La Nación", Santiago. Chile,-24-VI-33. a la caridad pública. Es, además, profundamente inmoral y desconsolador.

Más grave aún resulta el problema cuando se considera el porvenir que la vida ofrece a estos desvalidos.

Dentro de las posibilidades legales y reglamentarias, hoy existentes y, por lo demás, incompletas, la policía recoge una parte de esos individuos y los dispersa en los establecimientos especiales; pero con todo, el problema de la vagancia y de la mendicidad se acentía.

En la urgencia en que el Gobierno se encuentra de arbitrar una solución a este problema, que no es más que una consecuencia del de la desocupación, el infrascrito ha pensado que sería útil en extremo el concurso que podrían prestarle las diversas municipalidades de la República. Estas corporaciones cuentan, en efecto, con los elementos que pueden requerirse para la atención de los niños desvalidos y, adoptando acaso medidas probablemente elementales, la acción de aquéllas podría dilataros y hacerlas prestar a la coectividad un servicio eminente en los momentos actuales de anguetia.

La desocupación, con sus dolorosas consecuencias, nos ha tomado, puede decirse, de improviso, y nuestra propia legislación o reglamentación no permiten en ocasiones actuar con la rapidez necesaria y emplear medios que serían, indudablemente, eficaces para combatirla, pero esta circunstancia no debe, en manera alguna, ser un obstáculo a la solución que se busca del indicado problema.

El Gobierno está, por su parte, dispuesto a secundar a las municipalidades con el más vi vo interés en la política ya seĥalada, aun cuando para ello fuere menester la dictación de leyes o reglamentos y medidas adecuadas.

A este mismo respecto, debo manifestar a US. que se ha designado una comisión com-puesta de los señores Ismael Valdés Valdés, don Santiago Labarca Labarca, Dr. Hugo Lea Plaza, don Victor Troncoso Mufioz, don José Vera Calderón y señora doña Teresa Schmidt de Armstrong para aumar las diversas actividades que se ocupan de la protección del niño. y con la cual podrían dichas municipalidades mantener ei contacto necesario para coordinar una labor de conjunto, va sea solicitando de esa comisión las directivas necesarias u ofreciendo, a su vez, la coperación y ayuda para llevar a feliz término la finalidad en que todos están empeñados.

En consecuencia, sírvase US, someter estas ideas a la consideración de las municipalidades respectivas a fin de que, con el concurso de US, se adopten las medidas conducentes a su realización, dentro de un plazo breve, dada la urgencia y gravedad del problema en referencia.

Dios guarde a US. — Horacio Hevia.

N.º 49. -

EL SR, PRESIDENTE DE LA COMISION DE ASISTENCIA DEL NIÑO OPINA SOBRE EL PROBLEMA, — 1933 (1)

(Reportaje de "La Nación")

El señor Labarca nos dice:

—Para efectuar una obra
efectiva de asistencia social del
niño indigente, de acuerdo con
los propósitos de la Comisión.
es previa ia creación de un organismo con completa autonomía, semejante a la Dirección
General de Sanidad, dotado de
amplias facultades, a cuya cabeza debe estar un director asosorado por un consejo consultivo compuesto de representantes
de instituciones privadas que
realizan ya una labor en este

sentido y de organismos patronales y obreros aparte de los técnicos que conocen ampliamente el problema.

Esta dirección tendría, como objeto principal, aunar en un piano común de acción, los es fuerzos que se hacen hoy en forma aislada y obtener de las reparticiones públicas y semifiscales la ayuda efectiva y los medios de que disponen y que en la actualidad no facilitan, bajo el pretexto de que no pueden renovar sus stocks.

La razón que muchas dan rera no facilitar su ayuda a esta obra, es bastante simple, ya que nos es posible sacrificar el presente, que es lo único que existe, por el futuro que sólo existe si se salva el presente.

### La ciudad es el matadero de los niños

Más adelante, el señor Labarca nos agrega: La ciudad es el matadero de los niños.

Y en este sentido, los propositos de la Comisión han sido bien precisos. Ella persigue que toda la educación de los niños vagos e indigentes sea orientada hacia las labores de la tierra. Despertad en una palabra en los ciudadanos de mañana el amor profundo a la tierra, el amor profundo a la tierra, als naturaleza vitalizante, realizando, así, la transformación espiritual de nuestro pueblo e incorporando las masas campesinae a la cultura.

La Escuela Hogar, orientada hacia la vida campesina, como un medio de despoblar las ciudades, realizará la obra más positiva de grandeza colectiva en nuestro país.

Debemos tener presente que la Reforma Agraria de Dinamarca se hizo mediante la acción de las escuelas, en que los ramos principales fueron: historia de Dinamarca, mitología nórdica e historia de las artes, despertando así en los individuos, las manifestaciones artisticas y elevando el nivel cultural de los campesinos.

La Caja de Seguro Obrero tendrá el mayor deseo de colaborar en esta obra, para cuyo objeto iniciará dentro de poco en Santiago, en los terrenos que ella ha adquirido, la edificación necesaria para la fundación de hogares y escuelas especiales, a fin de realizar, de acuerdo con los propósitos anteriores, la transformación de los elementos

de la ciudad en hombres camces de honrarse de haber nacido en este rincón del mundo.

Organizaremos colonias especiales, y ailí ubicaremos a nuestros hijos de los asegurados y también a los niños vagos de nuestras ciudades.

Para efectuar estos propósitos de bien colectivo, en que se trata de dar efectiva solución al problema que afecta al porvenir integral de la nacionalidad, sólo me interesa, por sobre todas las cosas, que se inicie 'a obra.

("La Nación", Santingo, Chile, 21-VI-33),

N.º 50.-

COMUNICACION DEL PRESI-DENTE DE LA COMISION DE ASISTENCIA DEL NIÑO A LOS INTENDENTES Y GO-BERNADORES — 1933. (1).

Por Decreto Supremo N.o. 171, de 21 de Febrero último, del Ministerio del Trabajo, signado por los Ministros del Interior. Trabajo y Educación, se designo una Comisión de Asiatencia del Niño con el objeto de arbitrar toda clase de recursos para atender a los niños indigentes que, con motivo de la cesantfa y estado de miseria actual de las clases menesteresas, se encuentran en un lamentabie estado de abandono, Esta Comis'ón está compuesta por representantes de los Ministerios del Interior, Defensa Nacional, Educación, Trabajo y Agricultura. Con el propósito de extender

a traves del país la acción de esta Comisión Central, el Gubierno desea que se constituyan comisiones análogas en cada provincia.

Esta Comisión Central ya ha iniciado sus trabajos, y a fin de obtener lo más pronto posible los resultados que se persiguen, nos permitimos recomendar a US. los siguientes puntos:

1.e—Que se constituya a la brevedad posible, la Comisión Provincial de su jurisdicción, bajo la presidencia de US., y que debe estar integrada en la siguiente forma:

Intendente de la Provincia; Un representante de las fuer-

zas armadas;
(1) "La Nación", Santiago.

(1) "La Nación", Santiago Chile, 14-VII-33,

<sup>(1) &</sup>quot;La Nación", Santiago, Chile, 24-VI-33.

Un médico del Seguro Obre-

El Agrónomo Regional;

Œl representante de la Dirección de Protección de Menores; Un representantes de la Be-

neficencia; Un Inspector del Trabajo;

Un Inspector Provincial de Educación y otras personas reresentativas de la localidad, y pudiendo integrarse además con las otras personas que se estime conveniente.

2.o—Las diferentes comisioles se abocarán inmediatamente al estudio del problema de la vagancia y de la indigencia infantil, arbitrando toda else de medios para afrontar de inmediato la as'stencia a los niños decamparados,

3.o-La acción de estas comisiones tiene dos finalidades: la primera es la asistencia inmediata de los niños indigentes, y la segunda, la que se refiere a las soluciones permanentes J abarcando el problema en todos sus aspectos. Para lo último se irá a la fundación de Escuelas Hogares, de tipo granja. ubicadas en los alrededores de las cludades y de tipo rural de concentración, ubicadas en un medio netamente rural, si es posible en aquellos centros campesinos donde se hará la colorización agricola.

4 o—De la acción coordinada de todos estas comisiones y del esfuerzo desplegado por cada una de ellas, espera esta Central que ha de iree muy pronto a una campaña nacional para que la conciencia pública se compenetre de que estamos al frente de un problema gravistmo que debe afrontarse de inneciato para evitar males mavores

5.0—La Comisión Provincial debe informar a esta Central de todas las actividades desárrolladas y comunicar toda clase de sugerencias e iniciativas que tiendan a la mejor solución del problema, como también deberá estar atenta a las directivas que se le impartan desde esta Central.

Agradeceré además a US. ae sirva, si lo tiene a bien, comunicar a esta Comisión cuando se hava constituído la Comisión Provincial de su digna presiden-

Saluda con toda atención a US. — (Fdo.). — Santiago Labarca.

### N.º 51.-

INFORME FINAL DE LA CO-MISIÓN DE ASISTENCIA DEL NIÑO AL SUPREMO GOBIER-NO. 1933 (1)

El Supremo Gobierno, penetrado de la trascendentai sigrificación del problema que constituyen los niños vagos e indigentes, designó una comi-

(1) "Le Nación", Santiago, Chile, 16-VI-33. sión integrada por profesores, n.édicos y representantes de los Ministerios de Defensa Nacioral, Educación, Trabajo y Agricultura para que organizara una acción inmediata y permanente que permitlera afrontario cesde sus diversos puntos de vista,

La comisión se dedicó, primeramente al conocimiento y estudio del problema y pudo formarse juicio acerca de la magnitud y proyecciones actuates y futuras de él.

Siempre - aun en los tiempos de normalidad - ha habido indigencia infantil. Las instituciones de caridad y beneficencia, el Gobierno, los maestros, la iniciativa popular, las Municipalidades, etc., han contribuído a reducir, parcialmente, las graves consecuencias del problema, mediante servicios tales como asilos, casas de huérfanos, policlínicos, gotas de leche, creches, ropercs, desayuno y almuerzo escolar, etc. En toda época estos servicios fueren insuficientes, Su organización y rumbos demuestran la buena voluntad de quienes los crearon, más que la existencia de una idea clara sobre las funciones que están llamados a desempeñar. .

La actual crisis ha hecho aumentar en forma pavorosa la indigencia infantil, algunas cifras harán ver a V. E. que no es exagerado el adjetivo que se emplea para calificarla.

ESTADO DE NIÑOS INDIGENTES DEL PAIS, ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE CESANTIA

	Niños	Niños de			Valor mensual		
PROVINCIAS !	Hasta 7 años	7 a 15 años	100	Racionamient			
Pisagua		=	1.509	\$	23.721.48 181.157.28		
			/13.033	\$	204.878.76		
Antofagasto:			9.001	-	141.495.72		
Antofagasta	1.176	7.824	4.981	4	78.301.32		
Calama	-	-	587 465		9.227.64		
Chuquicamata			469		7.372.68		
Taltal	The same of	Section 1	1.057		16.616.04		
	1.176	7.824	16.560	\$	260.323.20		

Aconcagua:					
Valparaiso		_	4.959	8	77,955,48
Viña del Mar		-	1.244		19.555.68
Quillota			620		9.746.40
Calera	_	1	502		7.891.44
Limache	-	-	667		10.485.24
			7.992	\$	125.634.24
Santiago:	The same of	Part of the last	*		
Santiago	-	-	20.913	\$	627.572.22
San Bernardo	The second	-	357		7.393.28
San Antonio	-	-	413		4.713.03
			21.683	8	639.678.53
Colchagua:		The state of	1		
Rancagua	-	-	406	\$	6.382.32
Talea:			1		
Talca	788	546	1.334	\$	20.970.48
Maule:		100			1000
Linares	1.358	723	2.081	\$	32.713.32
Constitución	_	-	754		11.852.88
San Javier	The same of the sa	-	216		3.395.52
Parral			335		5.266 20
Cauquenes		10000	141		2.216.52
	1.358	723	3.527	\$	55.444.44
a			-	-	-
Concepción:	and the same of		1.763	3	27.714.36
Talcahuano			218		3.426.96
raicanuano	-		1		3.120.30
Harry I	04		1.981	\$	31.141.32
Chiloé:					
Puerto Montt	(237	348	585	\$	9.196.20
Magallanes;	100000000000000000000000000000000000000	1	1		15.782.88
Magallanes			1.004	\$	15.782.88
	the state of the same		1	100	
TOTALES GENERALES .			78.125	\$	1.369.432.87

Gasto mensual de cesantía en alimentación de niños indigentes, \$ 1.369.432.87.

De algunos encuestas orderadas efectuar por esta comisión en el barrio Chuchunco, se deducen los siguientes porcentajes relativos a las condiciones económicas y de vida de los pobladores de ese sector de la ciudad.

El 100 % del total de las personas que figuran en las encuestas carecen de las ropas necesarias.

El 61 % de ese total lo constituye la población infantil.

El 10 % de familias no tienen camas en qué dormir.

El 90 % recibe ayuda de alimentación fiscal o particular. El 64 % de los niños de edad

escolar no asiste a clases.

La estadística escolar demuestra también la situación terrible en que se encuentran los niños. En efecto, en 1932, estudios hechos por la Dirección General de Educación Primaria, demostraron que, más o menos, 120,000 escolares requerían alimentos y vestuario. Hay que tener además en cuenta, que de 600.000 niños en edad escolar sólo 350,000 cumplen con la ley, y es de suponer que de los otros 250,000 niños, hay un gran porcentaje que no concurre a las escuelas por la precaria situación económica de sus familias o por la carencia de un hogar. En estas condiciones puede decirse que sin exageración alguna, 250.000 niños chilenos necesitan urgentemente que se les ayude, dándoles

alimentos, vestuario y habita-

Esta sola cifra bastará para demostror a V. E. la magnitud del problema que la comisión ha debido estudiar.

No escapará tampoco a su elevado criterio, las proyecciores que para el futuro él tiene. Es indudable que más de 1/3 de los hombres de mañana, niños hoy, se desnutren, adquieren toda clase de taras físicas y morales y constituirán con los años venideros un terrible factor de decadencia de nuestra raza.

La obra de reconstrucción económica en que se encuentra empeñado el Gobierno ha contribuído y contribuirá a disminuir la cesantía; pero esa disminución que se basa ante to-

do en trabajos mineros y agricolas, en que el hombre no es acompañado por su familia, no hará decrecer la indigencia infantil. El cesanie que encueatra trabajo en un lavadero de oro, abandona en la ciudad a su familia, y lo probable es que ni elquiera vuelva a acordarse de ella, dejándola en la miseria.

He ahí que la comisión considera indispensable abordar el problema de la indigencia infantil en forma rápida y eficiente, aunque se pueda esperar que la acción del Gobierno de V. E. de trabajo a todos los hombres capaces del país.

Los problemas tienen en ge-Leral una solución sencilla cuando se dispone del dinero que se necesita, para crear los establecimientos y organismos que se requieren. Fácil habría sido a la Comisión presentar a V. E. un estudio teórico sobre la forma de dar alimentos, vestuario, habitación y educación a los 250,000 niños indigentes. Si se supone que, por término medio, la alimentación de cada niño cuesta cincuenta centavos diarios, habriamos necesitado \$45.625.000 para atenderla; si se calculan \$ 500 por niño, los gastos de instalación de los establecimientos destinados a atenderlos, un séttlement modestisimo cuesta \$ 800 por nifio, sin contar el precio del terreno, la Comisión ha debido disponer de \$ 125.000,000 para transformarlos en realidad.

Estas cifras resultan insignificantes si se las compara con
las que los países más adelantados invierten en la protección
de la infancia; sin embargo,
bien comprendió la Comistón
que no puede el Erario Nacional hacer los sacrificlos que
ellas representan y de ahl que
ellas representan por otros caminos los medios indispensabies, no para resolver integramente el problema, sino para
iniciar una obra de la que depende el porvenir de Chile.

Se siente obligada la Comisión a insistir en la importancia del problema cuyo estudio se le confió; si un tercio de la actual generación infanti; se desarrolla y crece en condiciones que la transformarán con los años en una generación de sub-hombres y no se pone remedio inmediato al mal que cunde día a día. Chile está percunde día a día. Chile está perdido y, lo que es más grave, merecerá su suerte. Convencida la Comisión de

Convencida la Comisión de esta verdad, creyó ingenuamente que ella era comprendida por todos y bastaba enunciarla para encontrar en todas partes la cooperación que iba a solicitar. Los hechos se han encargado de demostrarle que se equivocaba y que es muy dificil obtener algo de quienes no se encuentran en directo contacto con la atroz miseria en que viven nuestros niños menesterosos.

Numerosos ejemplos permitirían a la Comisión demostrar a V. E. esta faita de cooperación; considera ella, sin embargo, preferible comenzar por exponerie el pían de trabajo que se había trazado, y en cuya realización encontró los obstáculos que la obligan a poner en manos de V. E. esta presentación.

La Comisión clasificó en tres grupos a los niños indigentes:

- a) Niños vagos y abandonados que no cuentan con un hogar familiar;
- b) Niños que tienen hogar, en el que carecen de medios de vida; y
- e) Escolares a quienes debe ayudarse con alimentación, vestidos, etc.

Dentro de estos tres grandes grupos se hicieron subdivisiones correspondientes a las características físicas, morales y psiquicas de los niños, tomando en cuenta en cada uno de ellos si son lactantes pre-escolares v escolares.

A cada uno de estos subgrupos debe corresponder una organización diferente.

Para los niños vagos y abandonados, es necesario crear establecimientos en los cuales, hasta donde sea posible, se les dará la sensación de la vida familiar. Para los niños que tienen hogar, cree la Comisión que deberán establecerse "settlements" en que se les dé asistencia diurna, sin separarlos de sus familias; el "settlements" respectivo cuidará de influir sobre el hogar en forma de darie un mayor bienestar. Para los escolares indigentes deberia crearse el desayuno, el almuerzo y el ropero en cada escuela.

Si se considera la edad de los niños, debería crearse para los lactantes Casas Cunas, Maternidades, Gotas de Leche; paralos niños de edad pre-escoiar, los "estilements" u hogares Infantiles, y para los niños de edad escolar, escuelas suburbanas, tipo granja, y escuelas de concentración rural, ubicadas en aquellos lugares donde se hará una colonización agricola,

iEste programa de la Comisión se ha inspirado con un propósito de indole general; cree ella que la educación de los niños debe tender a capacitarlos para aquellas actividades que mayor desarrollo tendrán en el futuro, y estimó dese de el primer momento que ellas están representadas por el cultivo de la tierra. De ahí su propósito de crear principalmente establecimientos en que se desarrolle en el niño el amor a la tierra.

Se prescinde en esta exposición de las diversas medidas de carácter técnico y de detalles ya sea en cuanto a clasificación de los niños. ya respecto al funcionamiento de los diversos tipos de establecimientos referidos que la Comisión estudió hasta coordinar en un plan armónico.

Determinadas así las líneas generales del pian que la Comisión pensaba desarrollar, se preocupó de estudiar cómo obtener los medios que le permitieran llevarlo a la práctica, y fué entonces cuando pretendió obtener la cooperación de los diversos servicios públicos: a) Cesantía podría contribuir con la alimentación de los niños que por concurrir a estos establecimientos dejaría de obtener comida en las ollas; b) El Minis terio de Educación podría proporcionar los profesores que fueran necesarios; c) El Minis terio de Agricultura, los agrónomos que deberán tener a su cargo la dirección de la enseñanza agrícola; d) El Ministerio de Defensa Nacional, los cuarteles abandonados, elementos de instalación, utensilios, vestuarios w personal administrativo y técnico que ayudará a la organización del aprovisionamiento, y e) La Caja de Seguro Obligatorio, con el dinero que requeriría la atención de los hijos de asegurados indigentes.

Por otra parte, una inmensa campaña, cuyo plan nos es grato acompañar en anexo, tendría como objeto obtener de la ayuda privada, dineros y efectos que con rebuirían a hacer más eficiente la obra de la Comiation.

Si se hubiera encontrado la colaboración de las repuritoiones públicas citadas, la Comisión habría dispuesto de locales, alimentación personal, utentidos etc. sin gravar en un cuntavo el Erario Nacional y sin exigir nada que entorpeciera el normal desenvolvimiento de los servicios.

Se hicieron gestiones ante las autoridades competentes para obtener del Eiército algunos cuarteles en construcción o los que se desalojarían una vez terminados los primeros (Antefagasta y Santiago principalmente). Se respondió que no era posible destinarlos a servicios ajenos a las instituciones armadas; se pidieron utensilios vestuario, cocinas, catres, camas, y se respondió que las economías impedian reponer los stocks, y que, en esas condiciones, no era fácil, por ahora, proporcionar los elementos requeridos. Se pensó en aprovechar parte del personal administrativo del Ejército para confiarle todo lo relacionado con el aprovisionamiento de los niños indigentes, y esta idea no pudo materializarse ya sea porque no hubo necesidad inmediata de utilizar ese personal. ya porque se hizo presente que no era posible sustraerlo de la atención de los servicios donde desempeñaba sus funciones.

No obstante lo manifestado. la Comisión debe dejar constancia que en todo momento encontró la cooperación expontânea e individual de los oficiales or personal dependiente de los servicios del Ejército, y por este medio obtuvo algunos elementos y la promesa de proporcionarle el material que se diera de baja. Pero no era esta la ayuda que la Comisión necesitaba; era necesario que el servicio mismo prestara su cooperación, lo que se hacía imposible por los diversos inconverientes de orden reglamentario y legal que se presentan al pretender adoptar resoluciones como éstas.

Se visitó Quinta Bella, de la Beneficencia, que posea instalaciones y edificios que habrían permitido organizar de inmediato un "settlement" y tal vez un hogar. El Director General de Beneficencia demostró personalmente el mejor proposito de prestar su ayuda pero manifestó que necesitaba hacer algunos gastos para traeladar a otro local a los enfermos que hoy la ocupan. A pesar del tiempo transcurrido no ha llegado a la Comisión el memorándum en que esos gastos debían anotarse.

El Ministro de Educación ordenó que se facilitara a la Comisión una Oficina en el edificio del Instituto Superior de
Comercio; el director del establecimiento hizo valer diversas
razones para no proporcionar
este local; el Ministro del Tratajo, envió oficio poniendo a
disposición de la Comisión alsunos muebles y útiles de escritorio que estaban de sobra
en Cesantía. El jefe respectivo
no los proporcionó.

El Ministro de Educación ofreció proporcionar todos los profesores que fueren necesarios; sin embargo, tiene la Comisión el convencimiento de que ese buen propósito del señor Ministro, no habría podido realizarse, ya que las autoridades educacionales sostienen que el número de maestros es insuficiente para satisfacer las necesidades del servicio.

A pesar de todas estas dificultades y debido a la amplia cooperación encontrada en la Direción del Politécnico de San Bernardo, creyó la comisión en la posibilidad de enviar 200 niños a dicho establecimiento. Es Ejército había proporcionade 200 catres que era necesario refaccionar. Se pidió entonces a Cesantía que contribuyera con los demás gastos de instalación y ayudara a la alimentación de ellos, entregado al director las sumas que hoy gasta con ese mismo objeto en las respectivas Ollas. No se accedió a ningún gasto y se declaró que la única ayuda consistiría en instalar una Olla que les proporcionaría alimentación, La Caja de Seguro Obligatorio, salléndose en absoluto del marco que la ley le fija, y en vista de la gravedad del problema, habría hecho los gastos de instalación. Se insistió ante la Comisión para que proporcionara el dinero que in

vertirfa en la Olla, y se negó a ello.

Es necesario hacer notar a V. E. que esta petición reiterada, no era el producto de un capricho. Cesantía gasta, más o menos, 70 centavos en alimentación de cada niño, mientras que el costo de alimentación de los nifos que están en el Politécnico es de 2 pesos diarios.

La Comisión pensaba que los niños indigentes fueran tratados en iguales condiciones que los demás alumnos, e se proponía completar el precio de la ración diaria mediante la ayuda de la Caja de Seguro. Todo esto es imposible en vista de la negativa de la Dirección de Cesontía.

No es el propósito de la Comisión criticar a los diversos servicios públicos que se han negado a prestarle ayuda, pero ha creido elemental deber suyo hacer a V. E. una exposición descarnada de los hechos. La Comisión se explica esta actitud, porque considera que la mayoría de nuestros concludadanos, y en especial los funcionarios públicos, no se dan cuenta aun de la gravísima situación porque atraviesa el país y de la que es sólo un aspecto - aún quizás el más grave - la pauperidad infantil Los efectos de la miseria son apenas visibles y hay que tener algún sentide de la previsión para comprender sus proyecciones futuras. Frente a las grandes hecatombes los pueblos reaccionan; ante la miseria que los destruye más lentamente, cierran los ojos y concluyen por aceptar su propia descendencia. Es lo que sucede con el problema que nos ha correspondido estudiar; ante el observador indiferente y superficial, il no parece de gran trascendencia; sin embargo, para quien lo conoce a fondo, él presenta características más graves que las más encarnizadas guerras. Los 250 mil niños que carecen de los medios necesarios para desarrollarse en condiciones normales y que están condenodos a morte o vivie y noproducirse en calidad de subhombres representan el 6 nor ciento de nuestra población: minateas la gran guerra costó a Francia 1.500 000 muertos que en una población de 41.000.000 habitantes, sin contar las colonias, constituyen sólo el 3.5 por ciento de los habitantes, ...

Puede sostenerse que la Comisión habría encontrado mayor syuda iniciando sus trabalos con una campaña de prensa que hubiera impresionado a la opinión pública. Ella tiene el convencimiento de que nuestros concludadanos miran con gran excepticismo toda campaña que no se traduce, desde el primer momento, en hechos, y por eso decidió emprenderla sólo cuando hubiera realizado algo Para ello necesita la cooperación de los servicios públicos en la forma que ya se ha indicado. El no haberlo obtenido demuestra hasta la evidencia que esa campaña no habría tampoco dado fruto alguno, y que, por el contrario, habria contribuido a hacer mas diffcil el obtener en el futuro la cooperación de la iniciativa privada.

En esta forma y por los motivos expuestos, el trabajo de la Comisión se ha hecho penoso, y, a pesar de los esfuerzos gastados, sus frutos han sido y serán nulos

Cuando el convencimiento no basta para o orener resultados, cuando las buenas palabras no se traducen en hechos, se hace necesario recurrir al principio de autoridad. En este campo es donde el Gobierno puede ejercerio, sin contemplaciones, seguro de contribuir a la salvación del país.

La Comisión carece de atribuciones que le permitan obtener resultados, y no desea ella carpar con la responsabilidad de que no se haga nada por impedir el avance progresivo de la indigencia infantil, acompañada de sus terribles consecuencias presentes y futuras.

No puede ella seguir perdiende el tiempo y hacerlo perder al Gobierno, pues a medida que avanza el año y se aproxima el invierno, la situación se hará más y más grave. No corresponde a la Comisión insinuar a V. E. las medidas gubernativas que deben adoptarse; pero los hechos han demostrado en forma irredargiible que es necesario crear un organismo dotado de amplisimas atribuciones que estudie y resuelva este problema y obligue a las autoridades y funcionarios a prestarle la colaboración que necesite.

Comprende la Comisión que

no es ella la llamada a desempeñar estas altas funciones, y por eso espera del elevado criterlo de V. E. una resolución que le permita entregar a quienes tengan las atribuciones necesarias, los estudios que ha hecho y los programas que ha elaborado.

Dies guarde a V. E. — Por la Comisión de Asistencia del Niño. — (Firmados). — San-11930 Labarca L., presidente. — Dr. Hugo Lea Plaza. — Victor Tromoco. — Lautaro Ojeda, secretario.

### N.º 52.-

LA MADRE Y EL NIÑO EN ET PRIMER CONGRESO IN-TERNO DE LA CAJA DE SE-CURO OBLIGATORIO.— SAN-TIAGO. • CHILE. — 1933

CONCLUSIONES:

#### ATENCION A LA MADRE:

1.0—El primer Congreso de la Caja de Seguro Obligatorio, haciendose eco del sentir unanime de la clase obrera, propicia la creación de maternidades del tipo "Hogar de la Madre Asegurada", que venga a solucioner el problema de la madre soltera en las grandes urbes.

2.o—Como un complemento de la aspiración anterior recomienda la creación de un servicio pronio de movilización de asegurados.

3.0—Es aspiración general del Congreso, que el auxilio maternal y el reposo correspondiente sean mayores que en la actualidad y no inferiores en ringún caso, a 8 semanas, pagaderas la mitad antes y la mitad después del parto.

4.0—Que siendo la maternidad una función social, los servicios destinados a su protección deben constituir la atención preferente del Seguro.

5.0—Que para realizar esta aspiración se intensifique por todos los medios la propaganda.

#### ATENCION AL NIÑO:

 1.0—Solicitar la creación de nuevos Consultorios debidamente descentralizados y que eumplan con las disposiciines que a este respecto están consignadas en el Reglamento. 2.0—Consultar fondos para premiar a la madre que se distinga en su solicitud maternal como un estímulo para és:a.

3.0—Hacer ver la necesidad de prolongar la vigilancia del lectante hasta los dos años a fin de no ver malogrados los esfuerzos que el personal médico-pedíatra gasta en su labor de prevención.

4.0—Propiciar la creación y generalización de una Gota de Leche anexa a la Cocina de Leche.

5.0-Propender a la inauguración del Ropero o Ajuar Infantil.

6.0—Dar mayor importancia a la propaganda didáctica y objetiva por medio de folletos, affiches, volantes y del museo en que se presenten claramente las enfermedades de trascendencia social.

7.0—Procurar se instalen Casas Cunas o Asilos para los niños que tengan que separarse transitoriamente del lado de sus madres como en el caso de erfermedades infecciosas o enfermedades largas que la imposibilitan para atender personalmente a sus niños.

8.0—Tratar de solucionar el problema de la hospitalización y el servicio domiciliario de los lactantes.

9.0—Aumen'ar el número de Visitadoras Sociales y consultar servicios de Enfermeras Sanitarias.

### N.º 53.-

COMUNICACION DEL MINIS-TRO DE EDUCACION AL SR. MINISTRO DEL INTERIOR SOLICITANDO SU COOPERA-

CION (1). — 1935

Con motivo de los estudios que ha realizado este Ministerio para distribuir entre las Juntas de Auxilio Escolar de la República los fondos consultados en la ley N.o 5656, de 3 de agosto pudo, que permitirán atender en forma más satisfactoria la alimentación de los alumnos indigentes de las escuelas primarias, se ha podido comprobar que un número considerable de Municipalidades no han dado cumplimiento a las disposiciones legales que

<sup>(1) &</sup>quot;La Nación", Santiago. Chile, 15-X-35.

obligan a estos organismos a consultar en sus mesupuestos una partida equivalente al medio por elento de sus entradas como aporte a los fondos de que disponen dichas Juntas para el desempeño de su importante función secial.

No escapará al elevado criterio de US., las inconveniencias de este hecho, ya que el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 (5 o) de la ley de Organización y Atribuciones de las Municipalidades y de lo establecido en el artículo 25 del Reglamento de las Juntas de Auxilio Escolar resta, indebidamente, a dichas Juntas, gran parte de sus limitados recursos, con lo cual se les impide desarrollar con eficiencia y en mayor escala la labor que les coresponde como cooperadoras de las actividades de las escuelas primarias fiscales.

El Goblerno reconoce el hecho doloreso de que la desmitrición afecta a una rerte considerable de la roblación de sus
escretas orimarias — estudios
hechos elevan esta efen a 125
mil alumnos — y por esto cree
que teda acción que tienda a
remediar este mal debe contar
con la más amplia, permanente
y desinteresada colaboración de
todos los chilenos.

En el presenta año se ha distribrido \$ 1.000.000 como ayuda ficel a las Juntas de Auxillo Escoler para atender a la alimentación de los escolares necesitados y en el proyecto de presupuestos para 1936, se consulta con este mismo objeto, una cantidad ignal.

Fetas sumas no grardan proporción con la gravedad de las dericiencias que sa desean remediar, ni con los propósitos del Gobierno de prestar a la educación del pueblo la atención preferente que determina la Constitución Política del Estado; pero debe dejar establecido que constituyen el propósito de iniciar la solución de este problema y que, en las circunstancias económicas actuales, significan un verdadero esfuerzo.

A fin de evitar que en le sucesivo se repita la omisión a que me he referido y pueda realizarse cuanto antes esta elemental obligación por parte de las Municipalidades del país y en la esperanza de que las autoridades locales, Intendentes, Gobernadores y Alcaldes, dispensen a las obras que favorecen el mejoramiento de las condiciones generales de la escuela primaria y del alumnado todo, el entusiasmo, propaganda y ayuda efectiva que necesiten, he crefdo de mi deber solicitar la valiosa cooperación de US. en favor de una obra de tan vasta trascendencia.

Aquellos funcionarios pueden y deben desarrollar una intensa labor de organización de este servicio y de propaganda a fin de interesar a los vecinos en la solución de un problema de tan señalada importancia nacional. Y es indudable que es : propaganda alcanzaría positivos resultados si se llevara adelante con el interés y persistencia necesarios, pues sus elevades fines justifican ampliament∈ la cooperación patriótica de todos los ciudadanos. La acción conjunta del Gobierno, del profeso-ado. de las autoridades y de los vecinos, deben alcanzar rápidamente el resultado de proporcionar alimentos a los niños indigentes de las escuelas primarias del país, contribuyendo poderesamente a su desarrollo físico y a su aprovechamiento escolar.

Este Ministerio estimará mucho el concurso que el Departamento de US, pueda prestarle con el obieto indicado y, en consecuencia, ruega a US. sirva, si lo tiene a bien, arbitrar los medios que permi'an dar cumplimiento a las dispociciones ya referidas e impartir a los señores Intendentes, Gobernadores y Alcaldes y al Departamento de Municipalidades del Ministerio de su cargo, las instrucciones necesarias para el mejor desarrolla de las actividades de las Juntas de Auxilio Escolar.

Saluda a US. (Fdo.).— Francisco Garcés Gana,

### N.º 54. -

COMUNICACION DEL MINIS-TERIO DEEDUCACION AL PRESIDENTE DE LA SOCIE-DAD NACIONAL DE AGRI-CULTURA (1) — 1985,

Por las publicaciones de la

(1) "El Diario Ilustrado". Santiago de Chile. 18-X-35. prensa estará impuesto el sefior presidente, del problema relacionado con el desayuno escolar y que este Ministerio, en cumplimiento de instrucciones de S. E. el Presidente de la República, desea abordar para darle acertada solución

Los estudios realizados para distribuir la suma de \$ 1,000 000 concedida por ley N.o 5656 de 2 de Azosto ditimo, han permitido establecer que concurren a nuestras escuelas más o menos 125,000 niños desnutridos, sin ropa suficiente ni calzado y expuertos a toda clase de enferrecidades

modades. La sola enunciación de este hecho deja en el espíritu la impresión de su gravedad y el propósito de encarecerlo, socorriendo a esos niños a quienes la escasez de dinero de los padres, no permiten alimentarios y vestirles para que asistan a la escuela en buenas condiciones. Moldeados en la situación actual de pobreza, esos escolares, si salvan de las afecciones que contraigan, pueden no ser más tarde elementos de provecho v de tranquilidad, sientiéndose alejados de la sociedad que no los amparó en la amargura de la miseria y del abandono en que estuvieron cuando pequeños.

Basados en estas consideraciones, el Gobierno, que no puede, por falta de recursos, encarar él sólo este problema, se ve obligado a solicitar la cooperación de instituciones respetables para colaborar con el Estado en la importante tarea de salvación de la raza.

Son los agricultores los que pueden apreciar mejor la gravedad de este hecho, infundido, como ellos, en todo el país y, ror lo tanto, se encuentran en posición más apropiada para remediarlo, ya que disponen de los elementos materiales de la producción y, ciertamente, de la abnegación de quienes se dedican al cultivo de la tierra. Son también ellos los más capacitados para estimar cuán justo son los esfuerzos que se empleen en vigorizar la raza, que colabora a su lado diariamente en el trabajo.

Aparte de estas consideraciones hay otras que significan la obligación moral includible de asistencia social, cuyo objetivo es compartir elementos de vida con los que carecen de lo más indispensable.

Lo expuesto ha impulsado al infrascrito a dirigirse a Ud. para pedirle encarecidamente la cooperación de la Sociedad Nacional de Agricultura y, por su digno intermedio, la de las Sociedades Agrícolas del Norte y del Sur, de la Sociedad Agrícola y Ganadera de Osorno y de la Sociedad de Fomento Agrícola de Temuco, y la de los agricultores que, individualmerio, acepten prestar su concurso.

Estoy cierto de que este llariado encontrará entusiasta acogida de su parte y de las entidades y agricultores aludidos, porque concordarán con el Gobierno para apreciar la seriedad de este problema y reconocerán la conveniencia social de adoptar medidas de ayuda para una fracción considerable de nuestros conciudadanos que esperan una solución.

El Gobierno, por mi intermedio, anticipa a Ud. sus agradeiemientos por la cooperación que se sirva prestarle en este sentido.

Saluda atentamente a Ud. — (Fdo.). — Francisco Garcés Gana.

### N.º 55. -

COMUNICACION DEL MINIS-TRO DEL INTERIOR A LOS INTENDENTES Y GOBERNA-DORES, (1) — 1935.

Tras un prolijo examen de los Estados Presupuestarios de las Municipalidades de la República, enviados a este Ministerio, se ha llegado a establecer que en la provincia del mando de VS., hay algunas Municipalidades que no han entregado a la respectiva Junta de Auxilio Escolar el aporte del medio por ciento de sus entradas, consultado en sus presupuestos.

Este retardo considerable en cumplimiento de una obligación que tanto interesa al bignestar social, ha sido representado a este Ministerio por el de 
Educación, en términos de justa protesta. No es posible que 
les Municiplos se desentiendan 
del deber de ayudar, modestamente, a la alimentación de los 
niños indigentes. Las Juntas 
Provinciales citadas calculan

(1) "El Diario Ilustrado". Santiago de Chile. 13-11-35. sus gastos sobre la base de esos aportes; y la sola tardanza en el pago de éstos perturba se lamente sus gestiones.

Se explicaría esta irregularidad si se tratase de ce-tidades
cuantiosas, e de irversiones que
admiticeen espera, o de gastos
suntuarios. Pero tratándose de
sumas modestas que están destinadas a procurar cierto admento a niños sin recursos, no
hay explicación ni excusi utndobes.

Sírvase, pu.s. interesarse VS., en su carácter de Encargado de ejercer las atribuciones de la Asamblea Provincial en obtener que las municipalidades de su provincia mencionada al pié de esta circular, den cumplimiento oportuno a la obligación de que se trata; ? VS. informará a este Ministerio sobre el resultado de sus gestiones.

Dios Guarde a VS. — Luis Cabrera,

# N.º 56. - ATENCION DEL ESCOLAR INDIGENTE EN INGLATERRA (1)

AÑOS				N.o auto- ridades que distribuían comidas	Número de niños atendidos	Número de comidas distribuídas
1928-1929.				145	192.000	20.130.000
1929-1930.				150	265.000	32.737.000
1930-1931.				153	295.000	40.313.000
1931-1932.			1.	157	319.000	47.858.000
1932-1933.				174	399.000	62.304.000

(1) REVISTA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Vol. 10, N.o 111, Septiembre 1934. Madrid.

NOTA.—Obsérvese el fant'astico número de comidas distribuídas entre los escolares indigentes ingleses durante los años más duros de la crisis.

### Congresos

FRANCIA

El XXII Congreso Annal de Higiene ha tenido lugar los días 21, 22 v 23 de octubre útimo bajo la presidencia del Profesor Lereboullet. Estuvo consagrado a la Higiene v Protección de la Primera Infancia: 1.0 Alimentación: 2.0 Higiene de las colectividades de lactantes; 3.0 Organización social de la protección de la primera infancia (coordinación de las instituciones públicas y privadas de protección a la primera in-

fancia, rol de los seguros, etc.) Hemos solicitado las conclusiones y trabajos.

Congreso de la Asociación para el estudio de las radiaciones solares, eléctricas y cósmicas,—Interesante por los trabajos relativos a la infancia. Se ha tenido lugar en La Malou, del 15 al 18 de julio pasado, bajo la presidencia de honor de G. Doumergue y J. Eriziére. Comité de organización: Pres., P. Nobecourt; vice, E. Leenhardt (Montpellier); M. Plery (de Lyon); G. Giraud (Mont-

pellier); secr. Gen., M. Faure (La Malou).

BELGICA

Congreso Internacional de Protección a la Infancia,—Bajo el patrocinio de la Asociación Internacional de Protección a la Infancia, se verificó en Bruselas del 18 al 21 de julio pasado. Como los temas tratados fueron del más alto interés social, hemos solicitado también los trabajos y conclusiones.

### Bibliografía

MORTALIDAD INFANTIL Y NATALIDAD.—Jorge Fr. Nicolay.—Prensas de la Universidad de Chile, 1934.

En el mundo del arte el buril torpe y pesado trabaja fatigosamente la piedra; producsólo turmas toscas, groseras, inarmónicas; está desprovisto de elan creador, de inspiración, de alma. Bastan, sin embargo, unos pocos golpes del artista de verdad para que de la piedra bruta se destaque la forma milagrosa, grávida de sentido y de belleza.

Así también en el mundo del pensamiento. Hay cerebros que acumulan tesoros de conocimientos; pero no logran darles jamás forma concreta, ni sentido, ni belleza. Hay otros, en cambio, dotados de una capacidad de análisis y síntesis tales que, sin esfuerzo aparente, logran construcciones ideológicas de una solidez y armonía que resiste la embestida de la crítica y de las pasiones humanas. En ellas la verticalidad del pensamiento es proporcional o mayor que la horizontalidad. Y de la conjunción de ambas brota la obra genial, perdurable, que supera al espacio y al tiempo. De estos es Jorge Fr. Nicoiay.

En un folleto no mayor de 48 páginas el autor de "Biología de la Guerra", de "Bases Biológicas del Relativismo Científico", de "Fisica y Moral" y de multiplee trabajos de investigación biológica nos da más substanciosa información sobre las relaciones entre la Mortalidad Infantil y la Natalidad que la que pudieran darnos en cnormes y pesados infolios muchos "cablos" de nuestra época. Es que la obra realmente científica es, como la creación artística la sintesis final que recoge y resume la personalidad cognoscitiva toda del autor expresando su mundo y haciéndolo asequible al campo conciencial de los demás.

En nuestra spoca estas síntesis son cada vez más escasas. Es una consecuencia inevitable de la diferenciación y atomización de las ciencias y de la aparición del "bárbaro científico", de Ortega y Gasset. En el campo de la Biología, por ei, sólo un cerebro privilegiado, adiestrado en todas las disciplinas científicas sería capaz de descubrir nexos en la montaña de hechos y observaciones de millares de investigadores y de darles un "sentido" a fenómenos aparentemente heterogéneos y sin relación. El "sentido" que quiere Kaiserling. El "sentido" con que logró impregnar su filosofía Kant y que a pesar de su inactualidad parcial la ha hecho perdurable en el fondo.

Esta es la obra que intenta en sus 48 páginas Nicolay: descubrir el sentido de las relaciones entre la mortalidad infantil y la natalidad como fenómenos sociales que no pueden ser estudiados aisladmente, et no en estrecha ligazón con la vida toda de la sociodad, espacialmente y temporalmente. Pasa en revista a través de nutridos cuadros y diagramas, estadísticos personales la disminución de la mortalidad infantil y de la natalidad en el mundo, sus relaciones, la natalidad aprovechable, el eistema de los dos hijos, etc., para considerar el conjunto de relaciones como un sistema de regulación vital de la sociedad.

Adentrarnos en el análisis de los ideas de Nicolay, dado el breve espacio que el Boletín nos concede, no es poeible. Baste esta breve nota bibliográfica para despertar el interés de los colegas y para hacer un recuerdo del MAESTRO y del HOMBRE que es Nicolay.

EL NIÑO OBRERO EN EL SEGURO SOCIAL. — Balance hereditario, ambiental, 
morbigeno y letal. Crecimiento.—Oevaldo Igualt Ramírez. 
Tesls de prueba para optar al 
titulo de Médico-Cirujano de 
la Universidad de Chile.—Caja de Seguro Obligatorio. Consultorio de Asegurados. Valparaiso, 1935.

Las tesis de Licenciatura presentadas a la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad se caracterizan en general o por una vallosa investigación personal y escasa información bibliográfica o por una vallosa información bibliográfica y escasa investigación personal.

La tesis de Igualt Ramírez pertenece a la primera entegoría. Pero dentro de su clase es, además, una novedad absoluta para Chile: en su tema v en su forma. En sus páginas hay una visión cinematográfica objetiva, completa, de la vida del de los hijos de obreros asegurados basta los 8 micese de edad.

Las observaciones de 7,000 : Iños atendidos en el Consultorio de Asegurados de Valparaiso han proporcionado al sellor Igualt un riquisimo material estadistico, cuya clasificación v estudio ha debido demandarle largos meses de intensa labor. Los fenómenos de la morbilland y mortalidad infantil son estudiados aisladamente a en relación con los factores ambientales: viviendas, salarios, oficios de los padres, constitución de la familia, herencia. etcetera.

A muchos de los documentos y cifras de la tesis del señor le talte les damos cabida en la sedión 'Nuestro Medio' del presente nómero del Roletín, Ellos, más que nuestra noticia bibliográfica, servirán al lector acucioso para darse una idea de la importancia y, seriedad de un estudio que abarca una masa considerable de niños en el periodo de la lactancia durante un lapso de cinco años.

La Dirección de la Caja debiera estimular en toda forma esta clase de trabajos, ya sea estableciendo premios, amados a las mejores tesis de hicenciatura que se elaboren con-el muterial de observaciones archivado en sus Consultorios, ya sea co-reando los gastos de impresión.

En el caso de la tesis del sefior Igualt es esta fittma la actitud recomendable. Impresa y repartida a todos los servicios médicos de la Caja sería un aporte valioso a la difusión del conocimiento de ciertos médico-social y vendría a confirmar ple-

namente lo que hemos venido repitiendo en varios números anteriores del Boletín: "Los médicos tienen en cada Consultorio un centro de investigaciones médico-sociales que no ha sido debidamente aprovechado hasta ahora". La tesis del señor Igualt y el trabajo del Dr. J. Vizcarra del cual dimos cuenta en el número pasado (Balance de la Tuberculosis) demuestran como es posible sprovechar el material del Consultorio. Cabe recordar; otra parte, que sea cual fuere el sistema de Estadística Médica que la Dirección de la Caja adopte en definitiva, en ningún caso llegaría a desempeñar el papel de un Instituto de Investigaciones médico-sociales. Mientras esto no sea una realidad. estudios tan serios y documentados como el que comentamos vienen a llenar el vacio exis-

Felicitamos cordialmente a su autor y a su inspirador y consejero, el Dr. J. Vizcarra, Director del Consultorio.

### Noticiario

RICARDO PUELMA LAVAL, Médico de las primeras generaciones de este siglo, modesto, silencioso, infatigable traba-fador, profundamente impregado por el espíritu social en el ejercicio de Su profesión; diputado al H. Congreso, Ministro de Estado, escritor enjundioso, autor de varios ensayos; la muerte le ha sorprendido en la madrigada del 6 del presente

La Dirección General de Sanidad, a una de cuyas seccionos prestada el eficiente concurso de su preparación y quteridad, pierde una personalidad difloffmente substitutio.

El Cuerpo Médico de la República dobla en silencio una hoja del álbum de sus miembros.

#### CHILE

Ley N.o 5750.— Abandono de familia y pago de pensiones alimenticias — "Diarlo Offcial", 2/XII/35.

Acaba de ser promulgada. Contiene disposiciones interesantes: reduce los tramites judiciales para obtener el pago le pensiones alimenticias de los niños abandonados (plazos, tramitaciones, etc.); eleva al 50% del salario o del sueldo del obligado a dar alimentos la suma exigible; obliga a patrones o empleadores del alimentante. previa simple notificación de la sentencia, bajo apercibimiento de incurrir en multas y sanciones de trâmites igualmente rápidos, a retener del sueldo del obrero o empleado la suma indicada; permite ordenar medidas precautorias para cubrirse del pago de hasta seis pensiones futuras; deja abierta la puerta para la investigación de la paternidad ilegitima, mediante testimonios y presuncio-

nes fidedignos; suprime ciertas calificaciones oprobiosas para el niño del Código Civil (bijos de dañado ayuntamiento); condena a reclusión menor en grado mínimo al padre que elude la obligación de pagar una pensión alimenticia teniendo recursos suficientes; coloca bajo la competencia de los Juzgados de Menores los juicios sobre alimentos que se deban a menores de 18 años, juicios que se tramitan en forma rápida con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Proteción de Meno-

iEn suma, contiene disposiciones que consignan en la legislación escrita derechos elementales del niño. Su eficacia relativa sólo, el tiempo permitirá apreciarla. En todo caso, los médicos, visitadoras sociales y demás funcionarios de la Caja deben tomar nota de esta ley para estar en condiciones de dar informaciones a las madres o guardadoras de menores abandonados que se presenten a los Consultorios.

#### LOS GRANDES PROBLEMAS

### Carta-Circular N.o 3087

Santiago, 19 de noviembre de 1935.

Señor Médico Director Provincial:

La Caja de Seguro Obligatorio sólo dispone de cierta cantidad de recursos económicos para hacer frente al riesgo enfermedad.

Es evidente que la Medicina Curativa que hoy hace la Caja, no puede ser considerada como la expresión máxima de lo que puede ofrecer un Instituto asistencial de su naturaleza. Sin embargo, si bien es clerto que existen factores materiales que limitan los beneficios que de ella se pueden obtener, vale la pena pensar que si la mayoría de los esfuerzos desplegados se esterilizan se debe a que esto tiene su origen en los propios entermos.

Si desglosamos de la gran masa el grupo de los enfermos agudos, en los cuales los beneficios son claros y que puede estimarse aproximadamente en un 50% de su totalidad, tenemos un gran grupo en que, entre simuladores, subpatológicos y crónicos, se reparten las atenciones de la Caja sin conceguir objetivos determinados.

La actitud de un Instituto como la Caja de Seguro, no puede ser del tipo quietista y de retaguardia.

Tanto por sus finalidades como por sus interesses económicos la Caja debe tender sus esfuerzos a la disminución de la morbilidad, lo que lleva aparejadas disminución de la mortalidad y de la invalidez.

La mirada de los médicos, por lo tanto, debe ensanchar su horizonte habitual que es el enfermo-individuo para abarcar lo que podriamos llamar el enfermo-celectividad.

Se comprende que una visión tan amplia debe hacer modificar les métodos de acción. ¿Cuáles deben ser estas mocificaciones?

Cualquiera solución que se plantee debe partir forzosamente limitada por los actuales recursos económicos.

Al dar otra dirección a las tendencias de la medicina de la Caja, ¿se harían suficientes los recursos?

O bien, ¿qué sacrificios por drían hacerse en pro de las ruevas orientaciones?

Un viraje brusco de tendencias, ¿contaría con el cuerpo médico?

¿Cuál debe ser la conducta de la Cala y en qué forma debe desplegar sus esfuerzos para que no resulten como hasta hoy estériles, aun a simple vista?

Todas estas interrogaciones han inducido a la Administración General de la Institución a propiciar una reunión de directores provinciales para tratar ampliamente el problema
y para procurar encontrar el verdadero camino. Esta reunión deberá llevarse a efecto
en Santiago o en alguna localidad vecina a la capital que facilite nuestra labor.

Deliberadamente la Sección Médica, al transmitir a Ud. e! deseo de la Administración ba querido prescindir de una pauta fija presentando el problema desde un punto de vista general. En esta forma cree facilitar a cada cual la labor de abstracción necesaria para enfocar el problema como lo crea más conveniente. Insinúa sí la idea de que los señores provinciales fraigan su manera de pensar por escrito para acercarse lo más posible a la verdadera solución, sin divagaciones y con mayor precisión.

Oportunamente se le avisará la fecha en que deberá encontrarse en ésta. Para sus gastos Ud. podrá girar fondos en la Caja Local. La rendición de cuentas se hará conforme a las gromas vigentes.

Saluda' a Ud. atentamente.— Caja Central de Seguro Obligatorio, Sécción Médica. Números extraordinarios del Boletín Médico de la Caja

Publicados durante el año: Lucha antivenérea.— N.o 11. abril de 1935.

Visitación Social.—N.o 14. — julio de 1935.

Lucha antivenérea.—N.o 17. octubre de 1935. Defensa del Niño.—N.o 18.—

diclembre de 1935. En preparación:

Lucha antituberculosa.
 El problema de la inva-

lidez para el trabajo.
3.—El problema de la Estadistica Médica.

4.—La Asistencia Social en los campos.

5.—Dietética Social.

6.-Nuestro Medio.

El orden de aparición de estos últimos estará sujeto a la cantidad y calidad del material que se acumule.

### AÑO NUEVO

Desde la última página de este Boletín, en que el cuerpo médico y paramédico de la Caja registra su experiencia o resistimos al termino del año, al deseo de enviar a los colegas nuestra" felicitaciones por la forma en oue han contribuído al prestigio de la publicación con sus trabajos y colaboraciones. Deseariamos, sin embargo, para el año próximo un contacto todavía mayor con los colegas: que nos enviaran sus opiniones sobre el contenido y la forma del Boletín, sobre el carácter de las secciones actualmente existentes e indicaciones sobre las nuevas que consideraren necesario crear, sobre los números extraordinarios y sus temas, etc. En esta forma el Comité de Redacción estaría en condiciones de satisfacer mejor las aspiraciones de los funcionarios del servicio.

Deseariamos, por último ver honradas nuestras páginas con trabajos frecuentes de los colegas dentistas ; farmacéuticos.

Quedamos esperando.

### LEA UD.

# "ACCION SOCIAL"

LA MEJOR REVISTA SOBRE ASUN-TOS ECONOMICO-SOCIALES QUE SE PUBLICA EN AMERICA LATINA

Informaciones de todas partes del Mundo

Es publicada mensualmente por la CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Suscripción anual en Chile ..... \$ .20.—

En los demás países de América .... 30.—(Moneda chilena)

ENVIE SU SUSCRIPCION A LA

# Caja de Seguro Obligatorio

Casilla 7 D. - Santiago