

PRIMER CENTENARIO
DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Primer Congreso Panamericano de Enfermería

DICIEMBRE - 1942 - SANTIAGO



PRIMER CENTENARIO
DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

VISITACION
de IMPRENTAS y BIBLIOTECAS

DIC 9 1944

DEPOSITO LEGAL

Primer Congreso
Panamericano de Enfermería

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

DICIEMBRE - 1942 - SANTIAGO



Primer Centenario
de la
Universidad de Chile
1842 - 1942

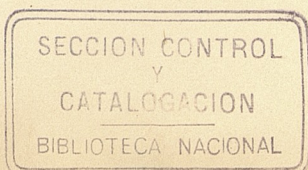
Congreso de Enfermeras

Por primera vez, las enfermeras sudamericanas se reunieron en Chile al llamado que las Enfermeras chilenas hacían para discutir y planear el progreso de su hermandad íntima.

En Diciembre de 1942 se conmemoraba el Centenario de la Universidad de Chile y entre sus actos se incluyó el que fué el Primer Congreso Panamericano de Enfermería. Este torneo, de verdadera trascendencia, constituyó una obra de grandes proyecciones por el número y calidad de sus representantes y la importancia de los trabajos presentados. Sus resultados son palpables a través de las reales y serenas conclusiones a que arribó y del mérito indudable del contenido de los materiales presentados.

La Asociación de Enfermeras de Chile se hace el grato deber de rendir homenaje a su Presidenta señorita Luisa Inostroza P., iniciadora y organizadora entusiasta de esta primera jornada enfermeril. Reconoce en ella una Enfermera que supo crear un lazo de verdadera cordialidad interamericana y que supo al mismo tiempo lograr la valiosa cooperación de hombres y mujeres de vastísima experiencia, que contribuyeron a dar timbre profesional a esta primera reunión de Enfermeras.

Rinde también cálido homenaje a las Enfermeras norteamericanas en sus representantes, Miss Louise Koeninger, del Consejo Internacional de Enfermeras, a Miss Elisabeth W. Brackett, de la Rockefeller Foundation; a la Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nurses's Association) y a la Cruz Roja Norteamericana (American Red Cross) que contribuyeron a guiar en la organización y desarrollo del Congreso. A las Enfermeras de América Latina, en sus representantes, por su aporte extraordinario de esfuerzo y entusiasmo y por la fe que depositaron en una modesta aspiración de las Enfermeras chilenas.



Al Maestro creador, buscador inquieto de la solución de los problemas sociales, Don Juvenal Hernández, Rector de la Universidad de Chile, va especialmente nuestro agradecido homenaje por su valiosísimo concurso en todas las horas.

Y a las idealistas Enfermeras de América Latina pertenece, pues, la noble tarea de continuar este fermento del porvenir que debe cultivarse sagradamente en beneficio de nuestros pueblos.

Congreso de Enfermeras

Por primera vez, las enfermeras sudamericanas se reunieron en Chile al llamado que las Enfermeras chilenas hacían para discutir y planear el progreso de su hermandad íntima.

En Diciembre de 1942 se conmemoraba el Centenario de la Universidad de Chile y entre sus actos se incluyó el que fue el Primer Congreso Panamericano de Enfermeras. Este torneo, de verdadera trascendencia, constituyó una obra de grandes proyecciones por el número y calidad de sus representantes y la importancia de los trabajos presentados. Sus resultados son palpables a través de las leales y serenas conclusiones a que arribó y del mérito indubitable del contenido de los materiales presentados.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

La Asociación de Enfermeras de Chile se hace el grato deber de rendir homenaje a su Presidenta señora Luisa Inostroza P., iniciadora y organizadora entusiasta de esta primera jornada enfermera. Reconoce en ella una Enfermera que supo crear un lazo de verdadera cordialidad interamericana y que supo al mismo tiempo lograr la valiosa cooperación de hombres y mujeres de vastísimas experiencias, que contribuyeron a dar timbre profesional a esta primera reunión de Enfermeras.

Rinde también cálido homenaje a las Enfermeras norteamericanas en sus representantes, Miss Louise Koeninger, del Consejo Internacional de Enfermeras, a Miss Elizabeth W. Brackett, de la Rockefeller Foundation; a la Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nurses' Association) y a la Cruz Roja Norteamericana (American Red Cross) que contribuyeron a guiar en la organización y desarrollo del Congreso. A las Enfermeras de América Latina, en sus representantes, por su aporte extraordinario de esfuerzo y entusiasmo y por la fe depositada en una modesta aspiración de las Enfermeras chilenas.

La enfermera y los modernos tratamientos de la sífilis—Contenido

La sífilis y sus diferentes tratamientos

I.— Tratamiento Masivo. Su definición.

- a) Diferentes métodos intensivos que se han usado.
- b) Experiencias de Hymann, etc.
- c) Trabajos realizados en Chile.

II.— Clasificación de los tratamientos.

- a) Gota a gota.
- b) Inyecciones fraccionadas.
- c) Tratamientos conjugados.
- d) Piretoterapia.

III.—Substancias empleadas.

IV. Dosificaciones.

V. Importancia epidemiológica-social de las curas masivas.

VI. Rol de la enfermera.

VII. Inconvenientes en su labor actual.

VIII. Proyecciones hacia el futuro.

IX. Referencias.

I.—EL PROBLEMA VENEREO

Entre los numerosos problemas de higiene social, que desde hace años viene interesando a los diferentes organismos americanos de la Previsión Social, ocupa un lugar prominente el problema venéreo y, en forma muy especial, el problema de la sífilis. Mientras la gonorrea, chanero blando y la linfogranulomatosis, con la introducción de los preparados sulfamídicos apegados significa un problema, ya que sus cifras de morbilidad demuestran una franca tendencia a la declinación, en cambio, según las estadísticas más recientes sobre morbilidad sifilítica en numerosos países americanos, o es sumamente alta o tiende a ascender progresivamente.

Desgraciadamente, no poseemos datos estadísticos exactos sobre la morbilidad venérea de numerosos países americanos. Esta falta de datos epidemiológicos puede traducirse a un hecho bastante desalentador; o sea de que no se conoce todavía la realidad del problema venéreo. Donde no existe un sistema de captación de datos epidemiológicos venéreos, donde la atención se efectúa en un gran número de centros de tratamiento no bien coor-

dinados y controlados, no se puede conocer la verdadera situación venérológica.

El primer paso para combatir a una enfermedad de carácter social y de forma endémica, como la sífilis, significa el reconocimiento de la existencia de dicho problema a base de un servicio epidemiológico-social. Una vez conocido el problema se puede planear una campaña para combatirlo con todos los elementos necesarios, pero mientras no se sabe la extensión de un problema, naturalmente no puede existir ninguna organización defensiva.

Creemos que aunque los países americanos tienen sus características individuales en todos los sentidos, frente al problema venéreo tienen mucho en común. En primer lugar el nivel de la vida y la educación de las grandes masas populares, expuestas al contagio venéreo son relativamente bajas. El problema sexual fuera del matrimonio y el de la prostitución reglamentada o abolida, deben significar problemas y preocupaciones muy parecidas para cualquier país del continente.

En Chile, el problema de la sífilis y la campaña para combatirla en una forma sistemática y organizada todavía no está resuelto definitivamente. Existe un plan de campaña para todo el país, dicho plan no ha podido ser ejecutado por falta de medios económicos y legislativos.

La primera campaña antivenérea en Chile, según los conceptos modernos de la epidemiología, se ha realizado en Valparaíso. Sería difícil determinar, cuál es la parte principal de las numerosas tareas de esta campaña. El control de la prostitución, la organización de consultorios, dispensarios, profilactorios gratuitos, la educación sexual-higiénica, de las grandes masas expuestas al contagio, una labor social, etc., han sido de suma urgencia y de gran utilidad. Pero los que conocen a fondo las características de las masas sifilíticas, la vida, la psicología de ellas y sobre todo las espantosas estadísticas sobre los tratamientos antilúéticos llevados a cabo durante los años pasados, tienen que dirigir todo su esfuerzo hasta lograr un tratamiento suficiente para los lúéticos contagiosos. En Chile, y seguramente en otros países americanos, también la gran mayoría de los sifilíticos no realizan un tratamiento suficiente. Según las estadísticas del Hospital San Luis y de la Caja de Seguro Obligatorio, el 75 a 90 por ciento de los sifilíticos no ha completado ni siquiera una serie de Neo.

Según los conceptos modernos de la epidemiología, la sífilis se considera como cualquiera otra enfermedad infecciosa, por lo tanto, para combatirla deben aplicarse: el aislamiento y el tratamiento de los contagiosos, y la ubicación de los focos de contagio, ascendentes y descendentes, o sea, establecer mediante una labor epidemiológica-social, las cadenas de contagio.

Con el tratamiento continuo bimedamentoso, tanto el aislamiento y tratamiento suficiente, han sido condenados, junto con la interrupción de las cadenas de contagio, a fracasar. El primero, por la mentalidad de las masas, bastante conocidas, que han resistido a los tratamientos largos debido a que la dosis máxima tolerada por el hombre es insuficiente y es necesario hacer curas prolongadas por muchos meses y aun por años y de reforzar la acción de los arsenicales con el bismuto y el mercurio, y el segundo por el número siempre creciente de contagiados por los recidivantes, que han hecho casi imposible la ubicación de los millones de focos nuevos, recidivantes que en una forma sistemática venían aumentando como un círculo vicioso la morbilidad sifilítica.

Este fracaso relativo de la arsenoterapia trajo como consecuencia numerosos ensayos tendientes a elevar la dosis del medicamento y a acortar los plazos entre las inyecciones.

En 1931, Hirschfeld, Hyman y Wanger, dieron a conocer sus experiencias sobre la influencia de la velocidad en los efectos tóxicos de las drogas introducidas y demostraron que esto se podía prevenir regulando la velocidad de la inyección endovenosa, pudiendo apreciar además, que en esta forma, se podían introducir hasta las sustancias más tóxicas. Dos años más tarde Chargin y Leyffer, aplicaron este principio al tratamiento de la sífilis por el Neoarsphenamine y el Mapharsen, creando un sistema nuevo de tratamiento que se ha conocido con el nombre de "Terapia masiva de la sífilis por el sistema de inyección lenta endovenosa, gota a gota".

De los trabajos realizados en otros países, sólo contamos con escasa literatura y algunas referencias, México, Perú y Colombia.

Después de los trabajos norteamericanos y franceses, están los llevados a cabo en nuestro país; a pesar de la pobreza de medios, se ha trabajado en forma activa y entusiasta. Los primeros trabajos fueron llevados a cabo en 1938 en la Clínica de Piel y Sífilis del Hospital San Vicente de Santiago por el profesor Prunés. Después en Febrero de 1940, los doctores Vicuña y González trataron enfermos en el Hospital Naval de Valparaíso, enfermos portadores de sífilis reciente por el procedimiento norteamericano y Neosalvarsán.

En Febrero de 1941 los doctores Prats, Infante y Harasty, comienzan en la Sección C del Hospital San Luis, una serie de enfermos con Oxiarsolán siguiendo la técnica recomendada por el Comité de Terapia Masiva Norteamericano. También en esta misma fecha, comienzan en la Sección B del mismo hospital, los doctores Yáñez y Weinstein, con mapharsen, tanto por el método gota a gota como el de la jeringa.

II.— CLASIFICACION DE LOS TRATAMIENTOS

La sífilis y especialmente la sífilis reciente, es tratada en la actualidad de tres formas, a saber:

- a) Tratamiento continuo alternante;
- b) Tratamiento discontinuo;
- c) Tratamiento masivo.

TRATAMIENTO CONTINUO ALTERNANTE

Este tratamiento, como su nombre lo indica, es continuado, sin períodos de descanso. Como todo tratamiento antilúético, su fin esencial es hacer desaparecer o disminuir las recidivas y extinguir el foco de contagio. Este tratamiento consta de tres series de Neo, alternadas con tres de bismuto y su duración será de más de cincuenta semanas. Este tratamiento se debe usar en el caso que el tratamiento masivo esté contraindicado.

TRATAMIENTO DISCONTINUO

Este tratamiento consta de series de Neo y un metal pesado con intervalos de dos meses, y un período de descanso de un mes. El descanso no deberá exceder de este tiempo, para lo cual se llevará una ficha especial. Este tratamiento, debido a sus períodos de descanso, debe durar ocho semanas más que el anterior.

TRATAMIENTO MASIVO

La cura masiva, de tanta importancia epidemiológica y social para nuestro país, como dijimos anteriormente, está basada en las experiencias de algunos investigadores norteamericanos, ya citados, de que a menor velo-

cidad en la introducción de un medicamento, por muy tóxico que éste fuere, disminuye el shock y la dosis por muy superiores que sean, son muy bien toleradas por el enfermo.

En muchos países se ha llevado a cabo y en el nuestro, en el Hospital San Luis, en las Secciones B y C, habiéndose atendido hasta la fecha mil doscientos enfermos, aproximadamente, los cuales, una vez dados de alta, continúan en manos de las enfermeras sanitarias para el control serológico posterior, tan importante como el tratamiento mismo. Estos enfermos deben quedar bajo vigilancia médica durante cinco años.

El tratamiento Masivo, lo constituye el método gota a gota y el de la jeringa o fraccionado.

METODO GOTA A GOTA

Este procedimiento consiste en la introducción de clorhidrato de arsenóxido (oxiarsolán y mapharsen) disuelto en suero glucosado al 4 o 5 por ciento, colocándose como dosis total 1,20 gramos en el hombre y 0,80 gramos en la mujer. La dosis diaria es alrededor de 0,24 gramos en el hombre y 0,18 gramos en la mujer, disuelta en dos mil gramos de suero glucosado. La duración de esta fleboclisis es de ocho a diez horas durante cinco días seguidos.

UTILES EMPLEADOS

a) Un cilindro de vidrio con capacidad de dos mil cuatrocientos cc. graduado, con un tubo de goma en su extremidad inferior. Lleva este tubo de goma una pinza de Hoffmann, para graduar la velocidad del líquido.

b) Un cuenta-gotas de vidrio, por el que se controlará el paso del líquido (suero), que no debe exceder de sesenta a setenta gotas por minuto.

c) Este cuenta-gotas posee un tubo de goma, el cual termina en enchufe destinado a adaptar en él la aguja correspondiente.

d) Este tubo debe ir colocado en un soporte que puede adosarse a la pared, con movimientos laterales para su fácil adaptación a la cama del paciente. Hay también trípodes especiales que se colocan junto a la cama del enfermo, lateralmente. Este trípode, posee una plataforma metálica, donde se coloca la jeringa, algodón, etc.

TECNICA

Tenemos el tubo previamente esterilizado, con una solución de dos mil cc. de suero, a una temperatura de 38 grados; se deja escurrir el suero hasta el cuenta-gotas, abriendo el tubo lateral de éste; se comprime la goma que está debajo del cuenta-gotas hasta que el líquido tenga un nivel más o menos conveniente. Se deja nuevamente escurrir el líquido para desplazar el aire, como en toda fleboclisis, cerrando la pinza de Hoffmann. Hecho esto se disuelve el oxiarsolán en unos cincuenta cc. de suero, y se mezcla con el suero colocado ya en el tubo. Luego se procede a desinfectar el brazo del enfermo y en el lumen de una vena, de preferencia en el antebrazo, se introduce la aguja montada en una jeringa corriente; una vez seguras de que estamos en la vena, se retira la jeringa y se adapta la aguja en el enchufe del tubo de goma. Se gradúa el cuenta-gotas con la pinza de Hoffmann. La aguja se fija con tela adhesiva.

El brazo del paciente debe estar colocado en una posición cómoda y ello se consigue mediante un aparato de madera de forma triangular, cuyo vértice queda a nivel del codo y la parte externa del antebrazo descansa sobre una de las caras laterales de dicho triángulo.

La enfermera hospitalaria, que debe estar junto al enfermo, mientras dura el tratamiento, vigilará cualquier acontecimiento y que el líquido pase normalmente. Ella debe tomar el pulso y la temperatura cada hora, anotádola en la hoja destinada especialmente para este objeto, cualquier accidente o malestar que presente el paciente lo estampará al final de la hoja. La diuresis debe medirse diariamente.

De suma importancia y utilidad es que sea la enfermera la encargada de este tratamiento, dándole la responsabilidad solamente de estos enfermos; más, en la actualidad no podemos exigir esto, pues la falta de enfermeras hace que ella dedique su tiempo a otros enfermos. Por consiguiente no puede vigilar exclusivamente a los enfermos sometidos a terapia masiva.

EXAMENES PREVIOS

Antes de iniciar el tratamiento gota a gota el paciente debe ser sometido a los siguientes exámenes:

Examen serológico completo:

R. Wassermann.

R. Kahn.

Kahn Unidades.

Kahn presuntivo.

Uremia.

Glucemia.

Bilirrubinemia.

Examen orina completo.

Ultra.

Peso.

Hemograma.

Examen del médico internista.

Todos estos exámenes se repetirán al final del tratamiento. El examen de orina se practicará diariamente. Este tratamiento, como también el continuo y discontinuo, presenta incidencias que van desde un grado leve (malestar general, cefalea, alza térmica de 38 grados, etc.), hasta la suspensión total del tratamiento por cuadros graves (eritrodermias, crisis nitritoides, anemia, hepatitis, encefalitis hemorrágica, etc.), y contra indicaciones que se establecerán mediante una historia detallada en la que figure una anamnesis completa proporcionada por el mismo paciente. El examen clínico del enfermo y los laboratorios constituyen un verdadero índice para conocer las contraindicaciones y evitar las incidencias.

METODO DE LA JERINGA O FRACCIONADO

Este método, llevado a cabo en EE. UU., igual que el anterior fué usado, primeramente en 1934, en donde se comienza a experimentar con un nuevo preparado, el mapharsen. En 1935, se publicó el resultado de dos mil ciento diecisiete inyecciones de mapharsen a 80 sífilíticos.

Es al doctor Thomas en 1937, que se debe la aplicación del Arsenóxido, no ya en la forma de gota a gota, sino en el método que él llama "de la jeringa". Este procedimiento lo llevó a cabo en Bellevue Hospital. Los primeros experimentos consistían en dos inyecciones diarias de mapharsen de 0,06 gramos cada una durante diez días. Estas dosis fueron diluídas en agua bidestilada. Más tarde, y a causa de algunos eritemas que se presentaron, acortó el plazo en seis días.

Durante estas experiencias, duras e inciertas, se encontró Thomas con dos casos de encefalitis hemorrágicas mortales, que le bastaron para abandonar el tratamiento.

Muchos trabajos han sido escritos comprobando su eficacia, entre ellos por los escritores Simpson y De Kruif, que sirvieron para levantar el ánimo de Thomas, quien prosiguió con ciento veinticinco enfermos su experiencia de la jeringa. Esta vez lo hacía en seis días y suministraba una o dos inyecciones de 0,06 gramos de mapharsen. Estas dosis las combinaba con fiebre artificial, en un número de cuatro. Más tarde y debido a repetidas incidencias, el paciente recibía sólo dos fiebres, sin mapharsen. El plazo de días era de siete.

Estas múltiples experiencias, realizadas por los norteamericanos, constituyen el punto de partida para las experiencias que a posteriori se realizaron en nuestro país. Y así tenemos que en 1940 empieza el Hospital San Luis a ser un centro de verdadera experiencia con el entusiasmo que en ningún momento ha decaído. En la Sección B, los doctores Yáñez y Weinstein, en el método fraccionado, y más tarde Prats e Infante, en el gota a gota.

Las primeras experiencias sobre el tratamiento de la jeringa consistían en una combinación del tratamiento gota a gota y fraccionado en un total de cinco días, distribuidos de la siguiente manera: los dos primeros días se hacía gota a gota y el resto con inyecciones fraccionadas, en la dosis diaria de 0,24 gramos para el hombre y 0,18 gramos para la mujer. Más adelante los dos primeros días de gota a gota fueron reemplazados por inyecciones fraccionadas. Como se ve, este método ha nacido en su mayor parte debido a la necesidad de un tratamiento práctico, de fácil manejo en parte por razones económicas, ya que el hospital no cuenta con un personal de enfermeras que se dedique exclusivamente a la vigilancia de este tratamiento.

Sin embargo, hasta el presente, el tratamiento masivo constituye el método ideal, por su brevedad de tiempo y la administración de una dosis esterilizante, requisitos indispensables para llevar a cabo una verdadera y eficaz lucha antivenérea.

PIRETOTERAPIA

Fisiología del calor:

El ser humano es homotermio, es decir, que su temperatura visceral se mantiene independiente del aire; en cambio su piel sigue las variaciones de la temperatura ambiente; por esto, el fisiólogo francés Arthus, ha dicho por medio de una expresión feliz "el hombre está constituido de un núcleo central homotérmico rodeado de una envoltura poiquilotérmica".

Se sabe que las temperaturas más altas, corresponden a la sangre de las venas suprahepáticas; las temperaturas más bajas se encuentran en la piel.

Cuando el aire se enfría, se produce un reflejo que parte de la piel y que determina una vaso—constricción cutánea, un aumento de las combustiones celulares, contracciones musculares, escalofríos, etc.; al revés cuando la temperatura del medio ambiente se eleva vuelve a producirse el reflejo ya indicado, el cual determina ahora un gran vaso—, dilatación cutánea, seguida de transpiración y de una disminución de las combustiones celulares.

Acción de la fiebre

La fiebre empleada como terapéutica tiene un efecto bactericida. A este respecto Neyman sostiene que aquellos microorganismos que se han adaptado al ser viviente, produciendo enfermedades crónicas no producen

fiebre o la producen en forma accidental, v gr., el treponema pálido es un germen adaptable a la especie humana que muere a los pocos segundos, en el medio ambiente, y sólo produce fiebre en algunos períodos. Lo mismo ocurre con el gonococcus; basándose en estos hechos Neyman, sostiene que la fiebre es una reacción curativa que el organismo utiliza para combatir los agentes patógenos. La piritoterapia produce, además, un aumento de la formación de anticuerpos, una exageración de la fagocitosis y un aumento de la circulación.

El mejor método para producir una fiebre artificial, será aquel que provoque un aumento de la temperatura general durante el tiempo que se desee. Además, que este aumento sea regulable, en el sentido de que se pueda detener un ascenso demasiado elevado. Las temperaturas útiles comprendidas entre $39\frac{1}{2}$ y $41\frac{1}{2}$ grados, por ningún motivo la temperatura central debe sobrepasar de 42 grados, temperatura que produce alteraciones del sistema nervioso central.

Agentes productores de fiebre artificial

Diversos medios se han utilizado para producir piritoterapia. En un primer grupo tenemos los agentes químicos. Se han usado por vía bucal el trinitrofenol y el nirbanol, pero son muy tóxicos. En seguida se han usado en inyecciones de azufre en aceite, etc. En el Hospital San Luis, se usa el sulfidal, ácido nucleínico, diversas proteínas, además leche aséptica por vía intramuscular, el benceno y diversas vacunas. Actualmente se utiliza el antígeno H. En un segundo grupo tenemos la utilización de gérmenes vivos. La utilización del plasmodium de la malaria, en la piritoterapia de la neurosífilis es un hecho de todos conocido.

La fiebre artificial puede ser producida también por medios físicos, entre ellos tenemos los baños calientes, duchas de vapor, ampollitas eléctricas, etc.

Las ondas cortas, cuyo efecto fisiológico es la producción de calor, han sido usadas también. En la piritoterapia, está demostrado que para producir suficiente calor en todo el cuerpo se necesitaría una máquina que produjese ondas muy cortas. Es por esto que se ha impuesto el método de Kettering, usado en la actualidad, y que consiste en la producción de calor por inducción eléctrica. La corriente es generada por un aparato de inductotermia que produce a su alrededor un campo magnético, campo que se aprovecha para colocar el enfermo. Este se defiende de la alza térmica produciendo una vaso dilatación cutánea y abundante transpiración. Se evita la pérdida de calor por dos métodos: envolviéndolo en mantas o colocándolo dentro de una cámara saturada de humedad que impide la irradiación del calor.

El primer método ha sido abandonado porque como el enfermo tiene que estar colocado varias horas, las mantas dificultan sus movimientos y llega un momento en que el peso de ellas, lo molestan extraordinariamente.

Rol de la enfermera

Como en ningún otro tratamiento, la electropirexia exige de la enfermera mayor dedicación y cuidado. Debe estar junto al enfermo permanentemente vigilando su estado físico. Su labor empieza mucho antes que éste ingrese a la cámara, asegurándose que el paciente se haya sometido a los siguientes exámenes:

Examen del Internista (especialmente sistema cardiovascular y hepático).

Radioscopia del tórax y electrocardiograma.

Presiones arteriales (varios días).

Exámenes de laboratorios (R. Wass. R. Kahn, orina etc.)

Examen de líquido céfalo raquídeo si es para lúes nerviosa.

Además, la enfermera no debe olvidar de suministrar el día anterior tres cucharadas de solución polibromurada al día y una oblea de cloruro de sodio cada hora, hacer un lavado intestinal jabonoso a las seis P. M. del día anterior a la sesión. Momentos antes de iniciar el tratamiento, la enfermera se preocupará de calentar la cámara. Colocado el enfermo tratará de calmarlo sobre todo en las primeras sesiones, pues lo común es que el enfermo llegue muy preocupado y algunos atemorizados. La cabeza quedará lo suficientemente levantada y la golilla de goma que separa el tronco de la cabeza, deberá quedar adecuadamente ajustada con paños para evitar, por una parte, la pérdida del calor y por otra la presión sobre el cuello. El momento más desagradable para el enfermo es aquel en que su temperatura alcanza de 38 a 39 grados C. La temperatura, rectal y axilar, el pulso, respiración y presión arterial debe tomarse cada cuarto de hora.

Deberá la enfermera proporcionar al paciente pequeñas cantidades de líquido, limpiar el sudor de su rostro y de su cuerpo cada cierto tiempo. Vigilar que el enfermo cumpla sus necesidades fisiológicas, porque el retardo de estas funciones le produce dolores en el hipogastrio y angustia. En caso de retención de orina se procederá a su extracción. Todas estas incidencias deberá la enfermera anotarlas en la hoja clínica del paciente.

Algunos enfermos permanecen irritados durante todo el tiempo que dura la sesión, otros excitados, la enfermera deberá inspirarle confianza, y procurará calmarlos. Debe estar alerta ante cualquier accidente que se presente: disnea, palidez, opresión precordial, etc. En estos casos la enfermera está autorizada para emplear la terapéutica de urgencia que consiste en suministrar tónicos cardíacos, suero glucosado al 30 por ciento, suero clorurado al 20 por ciento y sedantes como morfina y sedol.

El papel de la enfermera no termina aquí, debe preocuparse además de que la cama, que está junto al aparato de Kettering, esté calefaccionada para evitar los cambios bruscos de temperatura. Una vez el enfermo en su cama recibirá fricciones de agua fría o alcohol. Vigilará el sueño del paciente que por lo general aparece inmediatamente de terminada la sesión que duró seis a ocho horas. En cuanto a la alimentación le proporcionará líquidos en abundancia, especialmente leche, seguido de un régimen hidrocarbonado.

Esta sesión se repite una y dos veces por semana, según la enfermedad, cumpliendo el paciente un número de ocho a doce sesiones aproximadamente.

Con este método de Kettering, se han atendido en la actualidad casos de tabes dorsal, gonorreas agudas (sulfamido resistente), parálisis general, enfermedad de Parkinson, reumatismo poliarticular agudo, psoriasis, etc.

III.—SUBSTANCIAS EMPLEADAS

Las primeras sustancias empleadas fueron los arsenobenzoles que según en el país que se prepare, toma diferentes nombres. Así tenemos que en Alemania lo denominaron Neosalvarsán; Neoalcol en Italia; Novasenzol en Francia; Neoarsolán en Chile.

Ehrlich en 1910, deslumbró al mundo científico con el descubrimiento del Salvarsán o 606. Con él dió a conocer un método terapéutico nuevo, curando accidentes de origen infeccioso con una sola inyección del medicamento químico sintético. Ehrlich prosiguió sus trabajos, tratando de obtener

un medicamento directamente soluble en agua, ya que el 606 se oxidaba en contacto con el aire, haciéndose muy tóxico. Lo consiguió finalmente en 1912, con el Neosalvarsán o 914.

Este producto resultó ser soluble en agua en medio neutro hasta en concentraciones de 50 por ciento, más estable que el 606, menos tóxico y mejor tolerado por los pacientes. Es un polvo neutro, de color amarillo claro que contiene más o menos un 19 por ciento de arsénico. Es muy oxidable, en contacto con el aire, se transforma en un producto muy tóxico de color obscuro, por esto es envasado en ampollas al vacío; es por eso, que antes de ser inyectadas cada ampolleta, debe ser examinada y si se comprueba un color más obscuro que el normal no debe colocarse, por este motivo la ampolleta debe permanecer el menor tiempo posible abierta y la solución debe colocarse inmediatamente después de su preparación.

La toxicidad del Neoarsolán es relativamente baja. El tratamiento se inicia con dosis pequeñas, siguiendo con intervalos de pocos días una dosis máxima, que estará de acuerdo con el peso del individuo, hasta completar una dosis de 0.10 gramos por kilo de peso.

El arsenóxico, es la otra substancia empleada en el tratamiento de la sífilis.

En nuestro país este producto recibe el nombre de oxiarsolán y es preparado por el Instituto Bacteriológico de Chile. Fué preparado por Ehrlich y como, en el transcurso de sus investigaciones comprobó que su toxicidad era muy alta, no recomendó su uso al hombre.

Es un polvo blanco, fácilmente soluble en agua, fuertemente higroscópico, contiene 29 por ciento de arsénico, es un producto que se puede obtener químicamente puro, su solución puede ser calentada, agitada sin temor a ninguna variación; el proceso de oxidación es lento, puede mantenerse la solución en contacto con el aire durante varias horas sin sufrir alteración alguna, por cuya razón se emplea en el tratamiento a dosis masivas; su tolerancia es mucho mayor que la del Neo. Se usa por vía endovenosa.

Tanto el Neo como el Oxi van acompañados de un disolvente como agua bidestilada, suero glucosado y suero fisiológico.

V. — IMPORTANCIA EPIDEMIOLOGICA - SOCIAL DE LAS CURAS MASIVAS

Analizada primeramente desde el punto de vista de la epidemiología, el enfermo recibe su dosis óptima de seguridad en un corto tiempo (cinco días), dosis, que el paciente por negligencia o ignorancia sería muy difícil que la recibiera en dos o tres años. Por otra parte, el aislamiento del enfermo contagioso, que debe permanecer en el hospital alrededor de diez días, previene la irradiación del foco de contagio.

Desde el punto de vista social, el enfermo que ha sido sometido a cura masiva, una vez dado de alta vuelve a reincorporarse a sus labores diarias, quedando sólo sujeto al hospital para sus controles serológicos posteriores. En cambio, en la cura bimedamentosa si el enfermo abandona el tratamiento, como ocurre en la generalidad de los casos, el enfermo se torna un peligro para sus familiares y para la sociedad, presentándose las recidivas; como consecuencia, un menor rendimiento o la anulación completa de su capacidad de trabajo, constituyendo una carga para el Estado.

En las curas masivas el factor económico se reduce aproximadamente a un 50 por ciento.

En resumen, tenemos que el abandono del tratamiento significa una dosis y un tiempo precioso perdido.

VI. — LA ENFERMERA SANITARIA Y LA ACCION EPIDEMIOLOGICA

La labor de la E. S. comienza desde que el enfermo consulta a la policlínica, ya sea por su propia iniciativa o enviado por alguna Caja de Previsión Social y si es destinado a cura masiva, pasa a control de la E. S., quien de inmediato abre la ficha epidemiológica con la encuesta preliminar, cuyos datos van a continuación:

a) Nombre completo del enfermo, edad, fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, estado civil, domicilio.

b) Lugar del trabajo, lugar que él indique para las citaciones.

c) Datos ambientales: tipo de vivienda, número de piezas, densidad de pobladores y su repartición.

d) Datos familiares: cónyuge o convivientes de unión libre, hijos, y datos referentes a relaciones sexuales sin convivencia.

e) Trabajo: ocupación, salario, riesgo de contagio para otros. Una vez tomados estos datos, la E. S. procede a indagar los eslabones de la cadena de contagio, extra o intra familiares, sean éstos posibles infectantes o posibles contagiados; ubicando su nombre, oficio, dirección y su relación con el enfermo, la fecha probable del contacto sospechoso. Con estos datos la E. S. se traslada al domicilio dado por el enfermo para su comprobación, siempre que el paciente no haya solicitado lo contrario. Durante la visita al domicilio del encuestado, la E. S., aprovecha de hacer labor educativa en general y la importancia de que el enfermo concorra periódicamente para su control posterior.

Si el posible infectante o contagiado es ubicado, la E. S., lo entrevista citándolo a examen serológico; si este examen resultara positivo se entrega al médico para su resolución. Si el posible infectante o contagiado estuviere ya sometido a tratamiento, se tomarán los datos del diagnóstico y tratamiento realizados, para su anotación en la encuesta.

Una vez dado de alta, el enfermo, con todas las instrucciones sobre sus controles a que el paciente debe someterse en el futuro, y el carnet correspondiente, continúa bajo el control único de la E. S., quien está informada si el enfermo concurre o no a sus controles. Si se hace inasistente ella misma lo cita para saber el motivo de su inasistencia, dejándole un formulario especial que adjuntamos en este trabajo.

Cuando el enfermo es de provincia o alrededores lejos de Santiago, o cuando su citación personal se hace difícil, la E. S., envía una carta citación recomendándole, si los medios le permiten, efectúe un examen serológico, cuyo resultado debe el paciente enviarlo por Correo.

En el caso de que la E. S., pierda todo contacto con estos enfermos como lo son los que han cambiado de domicilio, y pese a todas las pesquisas que se hacen para ubicarlo, pasan a integrar el grupo de "casos perdidos" hacemos notar que como parte de una experiencia, no así desde el punto de vista epidemiológico ya que estos enfermos han recibido su cura esterilizante. Muchos de estos enfermos se recuperan, cuando acuden nuevamente a la consulta con una reinfección o recidiva.

En los casos rebeldes, entendiéndose por tales, los enfermos citados hasta cuatro veces la E. S. procede a denunciarlo a Sanidad, quien se encargará de su pesquisa y de devolverlos al hospital.

VII. — INCONVENIENTES EN SU LABOR ACTUAL

a) Uno de los inconvenientes que hace difícil la labor de la E. S., es como anotamos anteriormente, la mentalidad de las masas sifilíticas formada en gran parte por prostitutas y gente del pueblo, cuya ignorancia

en estas materias, es casi absoluta predominando el charlatanismo, los malos consejos de las comadres, ya que en la mayoría de los casos el enfermo venéreo agota todos los recursos de la medicina casera antes de consultar al médico. Se agrega a esto el falso concepto que se tiene de esta enfermedad ocultándola como algo vergonzoso. Esto no sólo se ve en la clase obrera, sino que aun más acentuado en la clase media (empleados) porque si bien el obrero le da poca importancia debido a su ignorancia, éstos, comprendiéndola la ocultan de sus familiares y de la sociedad.

Por otra parte, la propaganda mal dirigida, en el sentido de alarmar al público más que a educar, no ha conducido a ningún fin práctico ni mucho menos de convencer a las masas.

Influencia indirecta tiene también el alcoholismo para pesquisar la fuente de contagio. En nuestro trabajo, lo vemos a menudo: el enfermo no da datos respecto de su contagiante debido a que la infección la adquirió en un estado de embriaguez alcohólica, por esto, sus datos son bastante dudosos porque sus recuerdos son vagos e imprecisos.

b) Falta de enfermeras sanitarias para el Servicio Epidemiológico-Social. Actualmente el Hospital San Luis, para realizar esta labor, cuenta con tres E. S. Para facilitar el trabajo se ha dividido la ciudad de Santiago en tres sectores, incluyendo aún los sectores rurales. Como se comprende esta división es demasiado amplia para el escaso número de enfermeras, en cuya labor actual, no alcanza a desempeñarse plenamente. Por otra parte no existe un personal de citadoras para atraer aquellos enfermos que se hacen inasistentes y que aumentan paralelamente con los nuevos tratados, los cuales deben ser citados por E. S. que tiene que distraer un tiempo precioso, interrumpiendo, a veces, las cadenas de contagios.

c) La E. S. en su pesquisa de contagio no encuentra cooperación en las leyes que se refiera a la obligatoriedad de la concurrencia del sospechoso a la Oficina Epidemiológica, confiando en la actualidad en la buena voluntad del sujeto.

d) La pluralidad de los servicios de atención venérea, que hace que el enfermo concurra a diferentes centros a practicarse un mismo examen. Suele ocurrir, y muy a menudo, el caso de un asegurado que es citado simultáneamente por dos instituciones: Caja del Seguro Obrero y Hospital, colocando al enfermo en una situación desagradable.

VIII. — PROYECCIONES HACIA EL FUTURO

De acuerdo con los inconvenientes que se nos han presentado a través de nuestra labor, hacemos algunas sugerencias, que vendrían a solucionar en parte estas dificultades.

a) Educación Sanitaria, hecha en forma amplia y continuada en los centros preventivos de Madre y Niño; en los centros de tratamiento y diagnóstico; en las escuelas de adultos; en los clubes políticos y deportivos; en las sociedades y sindicatos; en los regimientos; en el grupo familiar; con el individuo aislado; sobre lo que es la enfermedad y medios de tratarla; sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, los peligros del charlatanismo y la automedicación. Divulgación de los métodos de transmisión y contagio de la enfermedad, de los peligros de la prostitución y el alcoholismo sobre él y su descendencia. Sobre la importancia del examen de sangre de toda madre embarazada, en lo posible antes del quinto mes, sobre el certificado prenupcial.

Considerará, en todo esto, el grado de instrucción, edad, sexo, creencias religiosas etc., para que su labor no sea estéril o mal interpretada. Usará todos los medios a su alcance ya sea charlas para adultos, radio difusiones, material impreso (artículos de prensa, avisos, volantes, affiches, etc.); cine sonoro o mudo, dispositivos explicados.

Aprovechará también la E. S. su visita al domicilio del enfermo, para instruir a los familiares sobre higiene en general, entregándoles folletos de propaganda, y mientras dure la permanencia del paciente en el hospital se efectuará una educación más intensa mediante charlas y cine. Hasta aquí, sólo hemos podido hacerlo en forma más o menos esporádica, por no contar con un local apropiado para este objeto.

b) La falta de E. S. se debe más bien a un factor de índole económica. Sin embargo, estimamos para un servicio de tanta importancia para la salud pública, la creación de ocho cargos de E. S. Secundarían a estas enfermeras un servicio de citadoras las que serían un número de cuatro, cuya labor sería supervigilada por las E. S. respectivas, que le entregaría las citaciones hechas, en lo posible cerradas.

c) En este punto, exponemos nuestra iniciativa en el sentido de que se obligue al sospechoso a concurrir al centro de despistaje, cuando habiendo sido citado por la E. S. no ha cumplido. Dejamos la palabra a la Autoridad Sanitaria correspondiente.

d) A este respecto, ya se ha llegado a un acuerdo de una Lucha Antivenérea Coordinada, entre Sanidad, Seguro Obrero y Beneficencia y Asistencia Social, que espera una situación económica favorable para su realización.

Para demostrar el resultado práctico de nuestras encuestas hemos tomado al azar cien fichas epidemiológicas, que dan una idea de la escasa cooperación que se encuentra en el encuestado:

En las cien encuestas se encontraron:

Domicilio exacto	54
Domicilio falso	32
Sin domicilio fijo (hospederías)	6
Domicilio no comprobado (provincia)	6
Domicilio no comprobado (petición particular)	2
Total	100

Además se encontró:

Fuente de contagio-Infectante.

Datos precisos con resultado positivo	19
Datos precisos con resultado negativo	4
Datos imprecisos (infectante ignorado)	31
Niega datos	46
Total	100

Fuente de contagio. Infectado.

Datos precisos con resultado positivo	25
Datos precisos con resultado negativo	0
Datos imprecisos (contagio ignorado)	4
Niega datos	71
Total	100

Asistentes	34
Controles posteriores	
Inasistentes	66

Total 100

Queremos hacer notar, si, que nuestro trabajo está muy lejos de ser merecedor siquiera de alguna felicitación, sólo nos reporta la felicidad inmensa de cooperar en algo con los mínimos medios que poseemos. Nuestra joven experiencia, nacida junto a los primeros ensayos hechos en el hospital, va aumentando lentamente y creemos que llegará un día en que nos sintamos relativamente satisfechas de nuestra obra, y decimos relativamente satisfechas, porque nuestra condición de humanos nos hace vivir en una eterna e insaciable ansia de renovación.

REFERENCIAS

Boletín Médico Social N.o 93-94-95.

Boletín Médico Social N.o 87-88.

Boletín Médico Social N.o 71-72.

Aspectos Higiénico-Sociales y Clínicos de la Arsenoterapia Masiva,
Dr. E. Haraszty.

Apartado. Revista Médica de Chile N.o 11.

Tratamiento Masivo gota a gota de la sífilis, Drs. Prats e Infante.

Tesis de prueba para optar al título de Médico Cirujano, Dr. H. León.

SUMARIO

	Pág.
Congreso de Enfermeras	V
Países que participaron en el Primer Congreso Panamericano de Enfermería	XIX
Comisión de Honor del Congreso	XXI
Presidium Efectivo	XXII
Comisión organizadora del Congreso	XXIII
Comisiones organizadoras	XXIV
Delegaciones extranjeras	XXV
Programa Oficial	XXVI
Sesión inaugural	XXVII
Sesión de Estudios en el Salón de Conferencias de la Universidad de Chile	XXVIII
Conclusiones	XXX

ESTUDIOS

	Pág.
Revista Panamericana de Enfermería, por Hercilia Rodríguez	1
La Enfermera de cancerología, por el Dr. H. A. Roffo	5
Escuela de Enfermeras de la Obra de la Conservación de la Fe, por María Elena Bruno	11
La Enfermera en la lucha antituberculosa, por Dora Mariángel M.	15
La Tisiocirugía. Razón de su nacimiento y desarrollo, por Berta Schublin P.	27
La Enfermera en la lucha antituberculosa, por Adriana Gamboa, Graciela Valdivia Olga Baeza	33
Medicina Preventiva, por Eliana Salas, Gina Fogliatti y Rita Vásquez	39
La Enfermera y los modernos tratamientos de la sífilis; contenido, por Iris Monárdez Cl., Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S.	47
La Enfermera Visitadora y su papel en la Protección Materno-infantil, por María L. Reyes R.	61
Labor de la Enfermera Sanitaria en un servicio de Neuropsiquiatría Infantil, por Marta Moya Morante	71
Organização de escolares de enfermagem no Brasil, por Haydee e Radcliffe Guanais Dourado	77
Organización de la Escuela de Enfermeras en Quito, por Annie Caccioppo	87
La Enfermería en el Perú, por Camila Herrera	89
Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes del Paraguay, por Inés Baena de Fernández	95
Enfermería en Bolivia, por Mariam Beck	107
Organización de Escuelas, por Alcira Rodríguez de la Torre de Noceti	111
Organización de Escuelas en la República Argentina, por María Elena Ramos M.	115
Síntesis de la Reglamentación de la "Escuela de Nurses Dra. Cecilia Grierson" de la Municipalidad de Buenos Aires, por María A. Olivera y Juana I. Colmero	127
Aporte al estudio comparativo de las Escuelas de Enfermeras, por Iris Tobar G. y María Godoy F.	133
Plan de organización de Escuelas de Enfermeras para la República de Colombia, por Blanca Marti	149
Contribución de la Enfermera en la guerra, por Ignacia Vilares	167
Aporte de la Enfermería en la defensa civil militar, por Marta Moya M. y Olga Baeza	171
Labor de la Enfermera en el campo rural, por Elsa Cifuentes A.	175
Experiencias de una Enfermera en el campo industrial, por Gertrudis Riquelme	179
Ética profesional, por Annie Maud Williams	185
Ética profesional, por Barioleta Hidalgo	191
La Enfermera Visitadora Sanitaria en los Servicios de Sanidad Provincial, por María Arancibia	195
Labor sanitaria como auxiliar de Medicina Preventiva, relacionada con los cardiovascular, por María Oleaga y Consuelo Suárez	201
Actuación de la Enfermera Visitadora en el campo hospitalario, por Luisa Inostroza P.	205
Rol técnico-administrativo de la Enfermera en los servicios hospitalarios, por Marta Lavín	211
La Enfermera en la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva, por Olga Baeza	213

Fe de Erratas

—En la página 39 después del título "Medicina Preventiva", debe leerse: por Eliana Salas, Gina Fogliatti y Rita Vásquez.

—En la página 47 después del título "La Enfermera y los modernos tratamientos de la sífilis.—Contenido", debe leerse: por Iris Monárdez, Victoria Salinas M. y Agripina Contreras S. (Enfermeras Sanitarias).

—En la página 89 después del título "La Enfermería en el Perú", debe leerse: por Camila Herrera.

—En la página 95 después del título "Trabajo presentado por la Directora de la Escuela de Visitadoras Polivalentes del Paraguay en el Primer Congreso de Enfermería realizado en Santiago de Chile", debe leerse: por Inés Baena de Fernández.

1	Revista Panamericana de Enfermería, por Mercedes Rodríguez
2	La enfermería de cancerología, por el Dr. H. A. Koffo
3	Historia de la enfermería de la O.P.R. por María Elena
4	Plan de
5	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
6	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
7	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
8	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
9	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
10	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
11	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
12	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
13	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
14	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
15	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
16	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
17	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
18	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
19	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
20	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
21	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
22	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
23	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
24	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
25	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
26	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
27	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
28	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
29	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
30	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
31	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
32	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
33	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
34	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
35	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
36	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
37	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
38	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
39	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
40	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
41	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
42	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
43	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
44	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
45	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
46	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
47	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
48	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
49	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
50	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
51	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
52	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
53	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
54	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
55	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
56	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
57	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
58	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
59	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
60	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
61	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
62	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
63	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
64	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
65	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
66	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
67	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
68	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
69	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
70	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
71	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
72	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
73	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
74	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
75	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
76	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
77	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
78	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
79	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
80	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
81	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
82	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
83	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
84	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
85	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
86	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
87	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
88	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
89	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
90	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
91	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
92	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
93	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
94	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
95	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
96	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
97	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
98	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
99	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.
100	La enfermería en la lucha antituberculosa, por Dora Martínez M.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA