

12(639-ta)

# BOLETIN MÉDICO

## SOCIAL



REPUBLICA

### CAJA DE SEGURO

### BLIGATORIO

SANTIAGO DE CHILE

Febrero de 1937.-- N.º 33

# SUMARIO

	Pág.
<b>EDITORIAL.— Congresos Médicos y Organización Gremial</b> . . . . .	27
<b>Dr. A. ZAPATA.— Evacuación extemporánea del útero por el método de Delmas</b> . . . . .	29
<b>Dr. G. BURGOS.— Estudio comparativo y crítico de la Reacción de Wassermann y Kahn</b> . . . . .	31
<b>Dr. H. HERRERA.— Tifus exantemático</b> . . . . .	33
<b>Dr. H. RUBIO.— Tuberculosis laríngea</b> . . . . .	34
<b>Dr. H. LAGOS.— Causas y patogenia del cáncer</b> . . . . .	35
<b>REUNIONES CLINICAS.— Ovalle:</b> Enfermedad de Parkinson (Dr. Biondi); Síndrome Piramidal (Dr. G. Durruty); Aortitis y bradicardia (Dr. R. Gallardo) . . . . .	37
<b>La Serena.—</b> Caso clínico de difícil interpretación (Dr. Peña Vega).— Tifus exantemático (Dr. R. Herrera) . . . . .	39
<b>Talca.—</b> Cisticercosis subcutánea, cerebral y ocular (Dr. Rayo).—Accidente del Trabajo (Dr. Quintana).—Sinovitis tuberculosa (Dr. Daudet) Chillán.—Corea de Sydenham (Dr. Blasser).—Embarazo tubario (Dr. Wildner).—Museo Bio-Social (Circular de la Dirección) . . . . .	40
<b>NUESTRO MEDIO.— 101.— Conclusiones de la IX Conferencia Anual de la Federación Internacional de Asociaciones de Maestros.</b>	40
<b>102.— Conclusiones del Segundo Congreso Nacional de Pediatría de Chile</b> . . . . .	41.
<b>CONGRESOS.— CURSOS.—</b> Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil (Francia).—Quinto Congreso Internacional de los Hospitales (Francia).—Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico (Chile).—Primer Congreso de Médicos de Hospitales (Chile).—Segundas Jornadas Sanitarias (Chile) . . . . .	43
<b>BIBLIOGRAFIA.— La Seguridad Social.—</b> Por el Dr. Julio Bustos - 1936.	43
<b>NOTICARIO.—</b> Chile: El médico en Chiloé.—Creación del Consejo de Alimentación.—Venezuela: El Consejo Venezolano del Niño.—Estados Unidos: Movimiento de la población según el último censo.—Francia: Declaraciones del Ministro de Salud Pública, Henry Sellier, sobre la lucha contra las plagas sociales.—Alemania: Cincuenta años de aplicación del Seguro de Enfermedad.—Italia: Algunos resultados de la política sanitaria de los últimos años . . . . .	44
<b>ANEXO: CUARTILLA N.º 4.—</b> Reglamento del Servicio Asistencial de la Madre y el Niño.	

# BOLETIN MEDICO - SOCIAL

DE LA

## CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

AÑO III.

SANTIAGO, FEBRERO DE 1937

Núm. 33

### Congresos Médicos y Organización Gremial

Los últimos meses han sido fértiles en Congresos Médicos.

Las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, el Congreso de Médicos de Hospitales, el Segundo Congreso de Pediatría, son los más recientes.

Todos ellos han superado las expectativas de los organizadores y han sido, indiscutiblemente acontecimientos de importancia que permitieron congregar a numerosísimos médicos del país y del extranjero en un común anhelo de intercambiar su experiencia científica y de encontrar nuevos horizontes a la investigación.

Y apenas apagado el eco de esas reuniones que tan gratas impresiones dejaron en sus participantes, se anuncian otras: las Segundas Jornadas Sanitarias, organizadas por el personal técnico de la Dirección General de Sanidad, y el Cuarto Congreso Pan-Americano de la Tuberculosis, organizado por la ULAST (Unión Latino-Americana de Sociedades de Fisiología).

Los Congresos Médicos han contribuído, evidentemente, en todas las épocas, al progreso de la Ciencia y del Arte médico, por la revisión y crítica de los conocimientos hasta ese momento elaborados y por la exposición de nuevas teorías y de hechos nuevos.

Pero los programas de las reuniones que comentamos, así como los de otras realizadas anteriormente en Chile y en diversos países del globo, ofrecen características y modalidades que hace apenas diez años era muy difícil encontrar en ellos.

Nos referimos al aspecto social de muchos de los temas debatidos, que rebalsa el marco de los programas acostumbrados en esta clase de reuniones científicas. Ya no se trata sólo de investigar acuciosamente los más intrincados problemas de la Fisis-Histo-Patología, de la Clínica o de la Terapéutica. Un nuevo factor, minorizado antes,— las condiciones del mundo ambiental— capta con fuerza, el espíritu del investigador que aspira a encontrar en él la explicación de más de algún oscuro problema de su especialidad.

Y esto ha cambiado radicalmente la fisionomía de muchos Congresos Médicos. Las reuniones, graves unas, apasionadas otras, en que se debatía largas horas sobre la mayor o menor importancia del microbio o del terreno en la producción de una enfermedad infecciosa, por ejemplo, han sido reemplazados, en muchos casos, por reuniones igualmente graves o apasionadas en que junto con las expresiones más escogidas del léxico médico, vibran otras como standard de vida, índice de precios, política de salarios, moneda, crédito, deflación, organización de la producción, legislación social, etc.

Se tiene, a veces, la impresión de asistir a una reunión de economistas o de sociólogos noveles, más que a una reunión de médicos.

El hecho es interesante y de profundas consecuencias para el progreso de la Medicina, para la sociedad, y para el cuerpo médico mismo.

En más de alguna ocasión nos hemos referido ya a la verdadera revolución técnica que implica el hecho de que la Medicina se aboque en nuestro tiempo al estudio del hombre integral, esto es, del hombre como individuo y como ser social. Y hemos destacado igualmente la trascendencia que tiene para el progreso de la cultura social la discusión pública en los Congresos Médicos, de problemas fundamentales de la sociedad.

Hoy sólo queremos señalar, brevemente, la influencia que estos Congresos tienen sobre la estructuración del "cuerpo médico", sobre la organización gremial.

Justaposición de elementos vivos, no es organización; cuando más puede merecer el nombre de "conglomerado".

**Organización** es integración de elementos vivos, "diferenciados", en una UNIDAD superior, en la cual hay intercambio ininterrumpido entre las partes y el todo y sinergia funcional.

Esas son, justamente, las características que lentamente va adquiriendo el hasta ahora metafóricamente llamado "cuerpo médico", bajo la influencia

de las condiciones sociales creadas por la Técnica y de los estudios y trabajos realizados por los Congresos Médicos Sociales.

Los gremios fueron originalmente asociaciones de individuos poseedores de una misma técnica de trabajo y unidos por aspiraciones semejantes, casi siempre de carácter económico, que sólo podían satisfacerse por la acción coordinada en el campo social. Aun ahora, a pesar del enorme impulso que el siglo XIX dió a las asociaciones de esa índole, y a pesar del reconocimiento de los gremios en muchos países, como instituciones de derecho público, conservan todavía las características predominantes originales.

Entre los médicos, sin embargo, las condiciones necesarias para la constitución del gremio, no empieza a aparecer sino en nuestro siglo. A pesar de poseer una misma técnica de trabajo, carecían de aspiraciones comunes suficientemente fuertes para unirlos; ni siquiera tenían el nexo de las reivindicaciones económicas, y estaban poseídos por el espíritu absolutamente individualista de la época.

El gremio, eminentemente social por su origen y por su destino, no podía nacer entre los médicos.

Pero en los últimos años las condiciones necesarias para su constitución se han hecho presentes con fuerza irresistible. El progreso técnico ha hecho saltar lo social al primer plano de las preocupaciones de estadistas, sociólogos y hombres de ciencia. Por otra parte el desarrollo de ciertas actividades, reservadas antes a la iniciativa individual, se encamina con rapidez a la transformación en servicio público o semi público.

Y todo esto exige perentoriamente la organización adecuada de los individuos encargados de desempeñar dichas actividades. En el futuro, mucho más que en el pasado, el progreso y el bienestar colectivo dependerán del grado de perfección que se alcance en la organización de los diversos grupos de individuos que integran la sociedad.

Así, aunque parezca extraño, **la Medicina Social va camino de identificarse con la organización gremial, sin la cual no es posible.**

En este sentido, los Congresos Médico-Sociales frecuentes que examinan la lucha contra las enfermedades, las condiciones sociales de los enfermos y el ejercicio profesional desde ángulos nuevos, van uniformando el criterio de los médicos y estableciendo el nexo espiritual del gremio.

Dr. A. Zapata.—

RANCAGUA.

## EVACUACION EXTEMPORANEA DEL UTERO POR EL METODO DE DELMAS (1)

La interrupción del embarazo en los últimos meses es una determinación que el tocólogo se ve obligado a tomar en ciertos casos, a fin de prevenir males irremediables y, en no pocas ocasiones, para salvar la vida de la madre y del niño.

Tratándose de una época del embarazo en que los órganos genitales no han alcanzado aún ese resblandecimiento y relajación propias del último mes, no son pocas las dificultades que haya que vencer para llevar a feliz término la intervención acordada.

Se inicia con la dilatación del canal cervical por medio de bujías de tamaños crecientes, de laminarias, (procedimiento hoy día puesto nuevamente en práctica), para continuar, según los casos, con el balón lleno de agua y de diámetros adecuados al tamaño de la cabeza del feto que se va a extraer; o se usa el dilatador Pozzi, instrumento peligroso para quien no tiene mucha práctica en su manejo.

Todas estas manipulaciones, si no se ejecutan con paciencia y suavidad, son peligrosas, por las grietas, dislaceraciones y ruptura del cuello y por constituir otras tantas puertas de entrada a los gérmenes infecciosos.

Por lo que respecta al balón, con ser buen ayudante en estos casos, su uso suele darnos la sorpresa de franquear el cuello, encontrándolo en la vagina, habiéndose producido de nuevo las retracciones de aquél y la calma completa de las contracciones.

Mientras tanto, el caso nos apremia y debemos cumplir nuestro propósito valiéndonos para ello del llamado parto metódicamente acelerado, necesitamos anestesia general con cloroformo o éter, anestesia profunda que nos dé la relajación de las fibras circulares del cuello y, desgraciadamente, anestesia de muy larga duración: 1-2 horas o más.

Al inconveniente ya indicado de las violentas manipulaciones dentro del canal genital con sus grietas y dislaceraciones, se suma este otro, también grave, de la gran intoxicación por el anestésico, con lo cual disminuyen las resistencias orgánicas ante una invasión microbiana y crea un nuevo peligro: el de las grandes hemorragias tardías por la inercia uterina.

Refiere el profesor Delmas, de Montpellier, que su práctica de la raquí-anestesia en la cirugía general durante la gran guerra mundial y la constatación del llamado silencio abdominal, lo indujeron a emplearla en la obtetricia, buscando, junto con la anestesia misma, la paralización de la musculatura lisa del útero, especialmente la del cuello.

Así nació este método, que fué dado a conocer por su autor en 1928 y que, con justa razón, lleva su nombre. Desde ese año ha sido usado en miles de casos. Los defensores fervorosos y los detractores impecables, han llenado muchas columnas en los periódicos de todos los países.

La evacuación extemporánea del útero por el método Delmas, es, ante todo, y como lo sostiene su autor, un procedimiento de excepción con sus indicaciones precisas, sus contraindicaciones formales y sus fracasos inevitables, como todo en medicina; pero, ateniéndonos a una técnica correcta y a una elección precisa de los casos, nos da un porcentaje muy subido de éxitos y nos proporciona la satisfacción de desocupar un útero en un tiempo mucho menor que con el parto metódicamente acelerado. La enferma no sufre la influencia perniciosa del anestésico general, la interven-

ción ha sido acortada, el canal genital escapa generalmente indemne y el cuerpo del útero se retrae energicamente, evitando así las hemorragias.

Al llamar Delmas el suyo un método de excepción, aclara en forma perentoria que sólo se use con fines terapéuticos bien definidos con honradez y condena la complacencia de quienes lo practican con vistas a evitar dolores y molestias, contrariando las leyes naturales.

Entre las indicaciones de este método, ocupa un lugar preferente la placenta previa, complicación que requiere proceder con rapidez y contar con cuello blando y dilatado; la eclampsia, el eclamismo y las toxinas del embarazo. Entre las buenas indicaciones podemos agregar la proscindencia del cordón, la infección amniótica, la rotura prematura de las membranas; las estrecheces pelvianas ligeras, siempre que una correcta medición nos asegure la posibilidad de extraer un niño vivo.

Complicaciones que, sin ser propiamente obtétricas, amenazan la vida de la madre o del niño, encuentran también una justificación de aplicar este método; tales son las cardiopatías, nefropatías y la pielonefritis gravídica, que ordena en forma imperiosa la terminación del embarazo.

Como único anestésico exige Delmas que se use la escurocaina a la dosis de 0.10 grs., en solución extemporánea, preparada en la ampolleta misma en que es expedida la sustancia, usando para ello el líquido cefaloraquídeo extraído por la punción en el espacio lumbo-sacro. Practicada la inyección, la insensibilidad del periné, del abdomen inferior y de los miembros no se hace esperar más de tres a cinco minutos; la relajación de los músculos extrínsecos y de los del útero viene en seguida.

En la mayoría de los casos, la dilatación del cuello no ofrece gran resistencia, y podemos sentir que, como obedeciendo al llamado de la mano al tratar de expandirse, desaparecieran las fibras circulares que un momento antes semejaban cuerdas tensas.

En otros casos este ideal se nos torna adverso y la experiencia aconseja no insistir, procurando obtener lo deseado por otro procedimiento.

Completada la dilatación, se termina el parto en la forma acordada de antemano, según las circunstancias: versión a forceps. Si las membranas no están rotas y la cabeza alta procede efectuar una versión por sorpresa, que seguramente no ofrecerá dificultades, por cuanto aun no se inicia la retracción del órgano ni la tonicidad se ha exagerado. Si hay encajamiento, haremos una aplicación de forceps.

Pero, por desgracia, los hechos no siempre revisitan este desiderátum de comodidad, y así suele acontecer que el cuello no se distiende, ni después de tenaz empuje; o bien nos encontramos con una retracción del cuerpo que impide las maniobras de la versión y amenaza una ruptura uterina; o con una tenaz y enérgica retracción del anillo de Bandl.

Según nuestra experiencia, esos casos constituyen raras excepciones, debiendo reconocer nuestro error, de haber usado el anestésico en dosis muy por debajo de la recomendada por Delmas y emplear la tutocaina en vez de la escurocaina.

(1) Trabajo presentado a la reunión clínica del Consultorio, de 28-X-36.

Como contraindicaciones de la raqui-anestesia en la evacuación extemporánea del útero, figuran, en primer lugar, las modificaciones patológicas del cuello: neoplasmas, cicatrices de antiguas cauterizaciones o suturas, los edemas y engruesamientos inflamatorios del mismo. En los primeros casos la dilatación no se obtiene, y tratándose de cuello edematoso, se corre el riesgo de romperlo hasta comprometer el segmento inferior. Más aun, libre de esas modificaciones patológicas, un cuello sano opone una resistencia invencible cuando, por encontrarse lejano de la época del parto, no ha adquirido la blandura de que se ha hecho mención.

Con justa razón Delmas reprueba la aplicación de su método antes de la segunda mitad del tercer trimestre, como tendremos ocasión de atestiguarlo con uno de nuestros casos, en el que, tras un completo fracaso, nos vimos precisados a usar anestesia general. Se trataba de una embarazada del 6.º mes afectada de pielonefritis.

Sabido es que la raqui-anestesia produce un descenso de la tensión arterial, lo que teóricamente debería proscribirla tratándose de enfermas con placenta previa. Sin embargo, la práctica pone de manifiesto un hecho paradójico: la gran resistencia y el poder de adaptación que a este respecto ofrece la mujer embarazada.

Por lo que a las eclámpticas, las toxémicas e hipertensas se refiere, este método está hecho para ellas, desde el momento que la baja de tensión las colocará en estado de normalidad.

El estudio de la anatomía y fisiología de la inversión uterina han sido objeto de especial dedicación por muchos investigadores, a fin de explicar el mecanismo del método y algunos hechos en cierto modo contradictorios, observados por los que lo han puesto en práctica; pero, a pesar de todo, no se logra aún esclarecer en forma precisa lo que a la fisiología se refiere, pudiendo decirse, con respecto a la innervación del útero, que hay tres sistemas nerviosos de acción a veces contrapuestas: medular, simpática e innervación propia de la musculatura uterina, de acción independiente del sistema nervioso central regida por sus ganglios propios situados en el espesor mismo del órgano.

La raqui-anestesia en la mujer embarazada pone de manifiesto, al lado de una insensibilidad de la región, una calma más o menos completa en el trabajo del parto, es decir, en contracciones rítmicas un aumento de la tonicidad propia del útero y retractibilidad del mismo, contrastando con una flacidez y blandura del segmento inferior y del cuello.

Parece que al suprimir la acción reguladora del sistema nervioso central, lo que logra cumplidamente la anestesia raquídea, quedará el simpático obrando sin contrapeso sobre el tonus y la retractilidad, y así se explica el aumento exagerado de ambos, que se traduce por dificultades que suelen presentarse al efectuar la versión, en contraste todo esto con la facilidad que da el cuello para dejarse dilatar, en la mayoría de los casos.

El aumento de la tonicidad continúa después del parto y se traduce por la rápida expulsión de la placenta y la dureza del útero vacío. Por lo que respecta al periné, casi siempre escapa indemne, ya que, participando de la anestesia y relajación generales se deja distender con suavidad y sin oponer resistencia.

#### OBSERVACIONES

Nuestra experiencia en el método Delmas se funda en nueve casos operados, en unión del Dr. Chiorrini, que en todos ellos practicó anestesia raquídea. Sucintamente citados, se distribuyen de la manera siguiente:

##### 1.—Placenta previa: 1 caso.

Multipara con membranas intactas, embarazo a término, cuello blando, dilatación de 2 cm. Prac-

ticada la anestesia raquídea, en pocos minutos se obtiene anestesia completa, relajación del periné, y con facilidad se completa la dilatación, pudiendo extraer por versión de sorpresa un niño vivo. No hubo desgarro de ninguna especie y la enferma salió de alta ocho días después de su ingreso en la Maternidad.

##### 2.—Inercia uterina: 2 casos.

En el primer caso se trata de una multipara, embarazada a término, presentación de vértice, encajada en oblicua, cuello duro con 4 cm., membranas rotas muchas horas antes, y falta completa de contracciones. La dilatación se obtiene con alguna dificultad y se extrae con forceps un niño en asfixia pálida, que no reaccionó.

El segundo caso es uno de los más alentadores de nuestra práctica, y se refiere a una primigesta, que, después de largas horas de estar con dolores, sólo se ha obtenido un borramiento incompleto del cuello, falta total de contracciones, desmoralización y signos ligeros de sufrimiento fetal.

La raquídea con tuotocaína dió una anestesia y relajación completa, el cuello se dejó dilatar de inmediato y cinco minutos después de colocar la inyección fué extraído por versión un niño vivo. Alumbramiento y retracciones del útero, sin incidencias, periné intacto.

##### 3.—Pielonefritis: 2 casos.

El primer caso es el de una multipara, en el último mes del embarazo; membranas completas, niño vivo, temperaturas de 39.5 y 40 grados, con bajas hasta 36 grados, grandes escalofríos, orinas purulentas, en la región renal hay dolor intenso a la más leve palpación, y por la región abdominal puede tocarse una tumoración en contacto con la zona renal.

El parto no estaba iniciado, pero con la anestesia raquídea se obtuvo con bastante facilidad una dilatación suficiente para extraer, por versión, un niño vivo. No hubo desgarro del periné ni del cuello, y la enferma salió de alta dos semanas después.

La segunda enferma de pielonefritis constituyó un rotundo fracaso, pues la dilatación del cuello no pudimos alcanzarla, y fué preciso recurrir a la anestesia general y terminar la intervención por un parto metódicamente acelerado. Se trataba de una primigesta muy joven, con pielonefritis grave, compromiso del miocardio y en el 6.º mes del embarazo.

Se cumplió fielmente el aforismo de Delmas, que excluye la aplicación de su método en los embarazos antes de la segunda mitad del tercer trimestre, siendo de notar en nuestra enferma la imposibilidad de practicar siquiera una versión mixta, apesar de la pequeñez del feto.

##### 4.—Infección amniótica: 1 caso.

Esta enferma, con pelvis uniformemente estrecha, había tenido dos años antes un parto difícil, terminado por aplicación de forceps, niño muerto, infección puerperal que duró dos meses. Se presenta ahora con membranas rotas, niño muerto, temperatura de 39 grado, líquido amniótico de mal olor, cabeza en la excavación, cuello duro y resistente, falta absoluta de contracciones. La raqui-anestesia permitió completar la dilatación con alguna dificultad y extraer con forceps el niño sin necesidad de perforar. Sobrevino una para-metritis y flebitis puerperales que duraron un mes.

##### 5.—Toxemia gravídica:

Multipara con 7.º mes de embarazo, con albuminuria abundante, grandes trastornos visuales, presión 29 al Pachon, no se sienten ruidos fetales. Es-

Dr. G. Burgos.—

LA SERENA.

## ESTUDIO COMPARATIVO Y CRITICO DE LA REACCION DE WASSERMANN Y KAHN (1)

Me propongo en este pequeño trabajo exponer, en forma sucinta y resumida, el estudio crítico y comparativo de las reacciones más interesantes para el diagnóstico de la sífilis, la reacción de Wassermann y de Kahn. Explicaré someramente lo que es la reacción de Wassermann y la crítica de que ha sido objeto:

Para hacer una reacción de Wassermann, se necesitan los siguientes elementos: 1.º Antígeno; 2.º Complemento; 3.º Hemolisina; 4.º Glóbulos rojos; 5.º Suero fisiológico; y 6.º Suero del enfermo. Calentados previamente los sueros a 56 grados, con el objeto de destruir el complemento, la reacción se dispone de la siguiente forma: En 3 o más tubos se reparten en dosis establecidas, suero del enfermo, antígeno y complemento. Se colocan estos tubos en un baño maría, a 37 grados, durante media hora, a los que, finalmente, se le agregan hemolisina y glóbulos rojos; 5 minutos después se lee la reacción; en caso positivo, los tubos permanecen opacos, si es negativa, el tubo se ve transparente.

El mecanismo íntimo de la reacción sería el siguiente:

**Caso positivo.**—Antígeno complemento, anticuerpos se reúnen, quedando la hemolisina sola frente a los glóbulos rojos, la que no podría actuar sin el concurso del complemento que se ha unido al antígeno sífilítico; el tubo se ve opaco.

**Caso Negativo.**—Falta el anticuerpo sífilítico, el complemento se une a la hemolisina, destruyendo los glóbulos rojos. El tubo se ve transparente.

Veamos ahora las críticas más importantes que se le hacen a la reacción que se pueden sintetizar en 3: 1.º Resultados distintos en manos de diversos operadores; 2.º Existencia de resultados positivos falsos; 3.º Sensibilidad insuficiente.

El primer punto tiene su fundamento en la fal-

ta de uniformidad de los resultados en manos de distintos operadores. Se ha comprobado que haciendo el examen de suero sífilítico y no sífilítico en distintos laboratorios de reconocida seriedad, los resultados no son todos uniformes y aun contradictorios. Con estas mismas experiencias comprueban la existencia de resultados positivos falsos, es decir, no específicos.

Para reparar estos inconvenientes, se celebraron en Copenhague dos Congresos Serológicos el año 23 y 28, en que estuvieron representados los principales Laboratorios Serológicos del mundo. Se trabajó en estos torneos con suero de la misma ciudad y otros venidos de fuera, en que cada operador empleó su propio método; algunos de ellos obtuvieron resultados positivos falsos. De cierta cantidad de sueros empleados, la sensibilidad varió desde el 28 por ciento al 53 por ciento; y los resultados Positivos falsos, desde 0 hasta el 10.4%. Como puede observarse, los resultados obtenidos no fueron concluyentes, a pesar de la técnica rigurosa que siguió cada operador.

En el último Congreso Serológico celebrado en Montevideo, se llegó a las mismas conclusiones de los anteriores, es decir, con diversos operadores y diversas técnicas. Los casos positivos de la reacción Wassermann fluctuaron del 54.9% al 65.1%, y los falsos positivos en individuos no sífilíticos de 0 a 15%.

Estos inconvenientes a que me refiero, se ha intentado subsanarlos, buscando un método standard de reacción Wassermann. Algunos países implantaron esta standarización, pero fracasaron por la falta de sensibilidad y especificidad de la reacción. El problema hasta nuestro días ha quedado sin so-

(1) Trabajo presentado a la 10.ª R. Clínica 30-X-36.

te era un caso ideal para el parto de Delmas, tomando en cuenta la enorme hipertensión que, forzosamente, habría de beneficiarse con la descompresión que acompaña a la salida del líquido céfalo raquídeo. La dilatación del cuello después de la anestesia fué fácil, como asimismo la versión, por medio de la cual fué extraído un feto muerto; la enferma cayó en un coma que creímos mortal. Reaccionó, sin embargo; no hubo complicaciones infecciosas, hizo un puerperio largo y accidentado por persistencia de los fenómenos renales y de la hipertensión, y salió sana un mes después del parto.

## 6.—Eclamsia:

En Julio del presente año ingresa a la maternidad una primigesta joven, con embarazo de 8.º mes, membranas intactas dilatación apenas iniciada y habiendo tenido cinco ataques de eclamsia antes de llegar. La anestesia raquídea con tutocaina permitió con bastante facilidad extraer por versión un feto muerto y en seguida otro vivo, que falleció un día después por falta de desarrollo. La intoxicación era tan grande, que al día siguiente la orina se coagulaba por calentamiento en el tubo de ensayo; la enferma continuó en estado de coma un día más; siguió después un trastorno mental agitado durante una semana y, por fin, dada de alta sana cerca de un mes después de la operación.

## 7.—Cardiopatía grave.

Enferma joven, múltipara, en 6.º mes de embarazo, con insuficiencia cardíaca, taquicardia, arritmia y estado angustioso permanente. En junta de médicos se decide interrumpir el embarazo con fines terapéuticos. La dilatación bajo la raqui-anestesia fué algo laboriosa, pero, con todo, se consiguió sin dislaceraciones del cuello extraer, por versión, un feto no viable. Hubo un puerperio sin incidencias y una mejoría franca del estado cardíaco.

Nuestra experiencia nos obliga a ser cada día más partidarios del método Delmas, debiendo reconocer el error de usarlo fuera de tiempo fijado por su autor y emplear dosis pequeñas de anestésico.

Este último detalle tiene, según recientes investigaciones, una importancia decisiva, pues las dosis pequeñas, con ser suficientes para influenciar las raíces posteriores sensitivas de la médula, dando una anestesia suficiente para operar sin dolor, no alcanzan la paralización de la musculatura uterina en sus fibras circulares y longitudinales.

Se sabe que las raíces anteriores son más resistentes a la acción del anestésico, y de aquí la importancia de la cantidad de éste que debe ser usada en el parto Delmas.

lución, complicándose más todavía por la multiplicidad de técnicas que se emplean.

La explicación del por qué la reacción varía según el operador; la encontramos en la variabilidad de los elementos diferentes que entran en la reacción, agregando la influencia personal de cada uno para interpretar los resultados.

Los reactivos que intervienen en la reacción Wassermann son los siguientes: Complemento, hemolisina, glóbulos rojos, antígeno, suero del enfermo y suero fisiológico. De todos estos reactivos el único fijo e invariable es el suero fisiológico (Sol de ClNa al 90 o/oo), los demás cambian con mucha facilidad, como lo veremos en seguida.

**Complemento.**—Se extrae de la sangre del cuy; su actividad es diferente de un animal a otro. Además, su potencia disminuye desde el momento que se extrae la sangre; rápidamente al principio y lentamente después; por lo general, se emplea después de algunas horas cuando su estabilidad se estabiliza. Pero no es posible, por ningún medio, mantener el reactivo fijo.

**Hemolisina.**—La hemolisina podría considerarse más o menos fija para una misma cosecha, pero no es igual cuando se trata de diferentes cosechas. En todo caso, sus relaciones con los glóbulos rojos y complementos, la hacen cambiar en intensidad y rapidez.

**Glóbulos rojos.**—También es un factor variable y en idénticas condiciones no se puede obtener una masa hemolisable uniforme, y aunque así fuera, la sensibilización es diferente en los distintos glóbulos rojos, de manera entonces que tampoco es un valor fijo.

**Antígeno.**—Es el más importante de la reacción. Un antígeno no es nunca igual a otro, aunque se haga en iguales condiciones; esto se debe a la cantidad y calidad del lipóide que contiene el órgano animal de donde se extrae, que es diferente de un animal a otro, y aunque fuera invariable, tampoco podría ser fijo, porque al hacer la suspensión en suero fisiológico, se obtienen diferentes valores, según sea la rapidez con que se coloca el suero fisiológico. Resultan antígenos de sensibilidad diferente.

**Suero del enfermo.**—Es un factor variable, es la incógnita que tratamos de resolver.

Por lo que acabo de exponer, se comprenderán las grandes dificultades que existen para standarizar la reacción de Wassermann. Los resultados contradictorios y no específicos en manos de distintas personas, serán inevitables. En Chile la Sociedad de Microbiología y de Higiene ha estudiado este problema y ha llegado a la conclusión que no es posible exigir que todos los laboratorios sigan la misma técnica; lo que se ha hecho es indicar una serie de reglas generales para obtener y usar los reactivos.

Ya hemos hablado de la reacción de Wassermann; ahora trataremos, en forma breve, en qué consiste la reacción de Kahn y sus ventajas sobre la de Wassermann.

#### REACCION DE KAHN

La reacción de Kahn se basa en un fenómeno coloidal, estado físico-químico de los lipóides del antígeno que se encuentran en el más alto grado de dispersión, formando una solución coloidal.

Cuando se mezcla el antígeno con suero fisiológico en forma brusca, se forman grandes partículas que quedan en suspensión. Al agregar suero sanguíneo a la suspensión anterior de antígeno, se transforman en un líquido opalescente, uniforme, a causa de la disgregación total de las partículas formadas por los conglomerados lipídicos. Si el suero sanguíneo agregado no es sífilítico, las suspensiones quedan igual que en el caso anterior, pero si es sífilítico, se forma un nuevo

y definitivo conglomerado de lipóides formado de partículas grandes visibles a simple vista, indicándonos una reacción positiva.

#### ELEMENTOS Y COMO SE HACE UNA REACCION DE KAHN

En la reacción de Kahn intervienen los siguientes elementos: 1.º Antígeno; 2.º Suero fisiológico; y 3.º Suero del enfermo.

Para hacer una reacción de Kahn se disponen de 3 tubos en que se coloca antígeno en proporciones variables disueltos en suero fisiológico, según el título conocido de antemano. A continuación se agrega a cada tubo una cantidad determinada de suero del enfermo; se lleva al agitador de Kahn, que es un aparato eléctrico que tiene por objeto mezclar y dispersar el antígeno con el suero. El tiempo de agitación es de 3 minutos.

Al término de la agitación, se le agrega a cada tubo suero fisiológico, 1 cc. para el 1.º y 0.5 cc. para los dos restantes. Se leen los resultados. Si la reacción es negativa, el contenido de los tubos queda opalescente. Si es positiva, aparecen en el tubo pequeñísimos grumos en suspensión.

Como puede verse, la técnica de la reacción de Kahn es sencillísima y sin los inconvenientes del Wassermann. Se debe esto al hecho de que en la reacción intervienen sólo 3 reactivos: 1.º El antígeno, que es controlable y hasta cierto punto manejable a voluntad y existe posibilidad de standarizarlo. Podemos considerarlo como factor fijo. 2.º Suero fisiológico, factor fijo e invariable; y 3.º Suero del enfermo, factor variable, pero que representa la incógnita.

Como puede verse en la reacción de Wassermann, intervienen una serie de elementos y todos variables, a excepción del suero fisiológico, mientras que en la reacción de Kahn entran 3 elementos y sólo uno variable: el suero del enfermo. Se comprenderá fácilmente la enorme ventaja en la especificidad y sencillez que tiene la reacción Kahn.

Estudios comparativos de los resultados de la reacción Wassermann y Kahn.

Se ha hecho el estudio comparativo de la reacción Wassermann y Kahn en los distintos periodos de la sífilis, y quedó demostrado que la sensibilidad del Kahn es muy superior a la del Wassermann y su especificidad casi absoluta.

**Sífilis primaria.**—En las sífilis primaria con lesiones iniciales específicas, la estadística demuestra que la reacción Kahn es más sensible y de aparición precoz que la reacción de Wassermann. En el periodo preserológico, el ultramicroscópico es irremplazable y permite hacer el diagnóstico desde el primer momento.

**Sífilis secundaria.**—En los enfermos de sífilis secundaria que no han recibido tratamiento de ninguna especie, la reacción de Kahn da resultados positivos en el 100 por ciento de los casos. La reacción de Wassermann sólo es positiva en el 92 por ciento. Siendo la reacción de Kahn de una especificidad casi absoluta, podemos concluir que en este periodo de la sífilis da una seguridad completa que no se observa con las otras reacciones.

**Sífilis terciaria.**—La estadística de los casos de sífilis terciaria demuestra que la sensibilidad de la reacción Kahn es muy superior al Wassermann. Con el Kahn se obtuvieron resultados positivos de 69,8 o/o, mientras que el Wassermann da un 52,5 por ciento.

**Sífilis latente.**—Se trata de enfermos con antecedentes de afección sífilítica, pero sin manifestaciones de sífilis en actividad; la estadística demuestra que la sensibilidad del Kahn en la Lues latente es muy alta. Positivos 86,6 o/o. En el Wassermann los casos positivos fueron de 65,7 o/o.

**Sífilis congénita.**—Es el único grupo de enfermos que a la sensibilidad de ambas reacciones es comparable. Tanto el Wassermann y el Kahn dan el mismo porcentaje.

**Individuos no-sifilíticos.**—Se refiere a personas

Dr. H. Herrera.—

LA SERENA

## TIFUS EXANTEMATICO (1)

Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, y es un hecho que casi no admite dudas, que la peste que azotó a Cartago, el año 253 de nuestra era, fué tifus exantemático.

Enfermedad infecciosa aguda, caracterizada por invasión súbita y fiebre continua, de unos 15 días de duración, exantema que se presenta en el quinto día y una defervescencia rápida. El enfermo está profundamente intoxicado.

Etiología.—Las causas predisponentes son las aglomeraciones de gente, el agotamiento físico, el hambre, etc., agentes todos que disminuyen la resistencia orgánica.

El tifus es una enfermedad transmitida por el piojo. El piojo se contamina durante el período febril, después del cuarto día y principalmente entre el 5.º y el 7.º día y retiene el virus en estado activo más de 25 días.

El piojo recién infectado no contagia; el virus necesita sufrir cierto desarrollo, el intestino del piojo, para producir la infección.

El germen no se transmite de hombre a hombre, sino del hombre al piojo y del piojo al hombre. El piojo es un huésped intermediario en el que el micro-organismo sufre una transformación.

Síntomas.—El período de incubación es comúnmente de unos 10 días, pero puede variar, desde un cuarto de hora a más de 3 semanas.

El comienzo de la enfermedad suele ser repentina, y su primer síntoma es un escalofrío o sensación de enfriamiento general. La temperatura llega a 39 grado en las 24 horas. El paciente experimenta gran postración y se queja de fuerte dolor de cabeza. El rostro está congestionado, las conjuntivas aparecen inyectadas. La lengua es saburral, y después se pone seca y pardo-obscura. Hay casi siempre constipación. El número de pulsaciones es de 100 a 120 y la respiración de 30 a 35. Sobreviene tos debido a la bronquitis.

La orina, en general, contiene indicios de albúmina; los cloruros están muy disminuídos. La erupción aparece entre los días cuarto y séptimo. Comúnmente se la descubre por primera vez en el tronco, invadiendo después los miembros; primeramente se compone de manchas de color sonrosado obscuro, de perfil irregular, que después toma otras coloraciones. Durante la segunda semana se presentan, con más o menos intensidad, los fenómenos nerviosos de excitación, que después cede en lugar a la postración y estúpido. La convale-

encia es, por lo general, lenta. Las recaídas son raras.

En los niños es frecuente observar formas atenuadas, en que faltan los síntomas nerviosos y hasta puede faltar la erupción.

La enfermedad puede seguir, también, un curso fulminante y tener un desenlace fatal en 2 o 3 días.

Complicaciones.—El catarro de la tráquea y bronquios es casi constante.

La miocarditis es la complicación cardíaca más frecuente.

El sistema nervioso está gravemente afectado. La otitis media es una complicación frecuente, que desaparece con rapidez.

Lesiones oculares son también frecuentes.

Diagnóstico.—Se reconoce un valor específico a la reacción de Weil Felix. El punto fundamental de la reacción consiste en que el suero de un enfermo de tifus exantemático aglutina al bacilo x-19, micro-organismo del grupo proteus, aislado de la orina. La aglutinación aparece, en general, después del quinto día de la enfermedad. Se hace notar que hay casos graves, comprobados, en que la reacción no aparece. La reacción se considera positiva cuando la aglutinación se efectúa en diluciones que pasan de 1 x 100. También se registran casos de aglutinación después de dos días de la enfermedad.

La aglutinación que se produce en diluciones 25x100 o 50x100, se considera sólo como sospechosa, pero no permite afirmar nada.

El líquido céfalo-raquídeo sólo posee un débil poder aglutinante.

Pronóstico.—La edad es quizás el factor más importante para formular el pronóstico de la enfermedad. Cuanto más joven sea el paciente, mejor será el pronóstico y mas breve el curso de la enfermedad. La mortalidad, hasta los veinte años, apenas llega al 5x100, y al contrario, el peligro de la vida crece rápidamente con la edad; de suerte que entre personas mayores de 50 años la mortalidad se eleva de 60 o/o al 70 o/o.

La mortalidad es mayor entre los dedicados a trabajos intelectuales que entre los individuos sin cultura.

Los alcohólicos corren especial riesgo.

En cuanto al valor pronóstico de los síntomas, el estado del sistema nervioso es de mayor importancia que la temperatura. El aumento progresivo de las pulsaciones es un signo grave. Una leucocitosis que pase de 20,000 es de mal augurio. En general, la gravedad de la afección guarda relación también con la abundancia y carácter del exantema.

## DATOS GENERALES

sin ningún antecedente específico y otras con diversas afecciones. En estos casos da un porcentaje de 0.8 de reacciones positivas falsas para el Kahn y 2.5 o/o para el Wassermann.

Resumiendo, podemos decir que la reacción de Kahn es más sensible que la reacción Wassermann en todos los períodos de la sífilis y su especificidad casi absoluta.

Esta ligera revista que hemos pasado de las ventajas que la reacción de Kahn tiene sobre el Wassermann, algunos autores deducen la conveniencia que habría en reemplazar con ventajas el Kahn por el Wassermann. En algunos estados americanos ya se ha hecho esto en forma oficial. Esto se considera algo exagerado y el Congreso Serológico de Copenhague aconsejó el empleo simultáneo de ambas reacciones, pues estos procedimientos no deben excluirse, sino completarse.

(1) Trabajo presentado a la 11.ª R. Clínica de Cons. de la Serena, del 27-XI-36.

Dr. H. Rubio.—

CHILLAN

## TUBERCULOSIS LARINGEA (1)

Distinguidos colegas:

Voy a abordar un problema de la especialidad, que se presenta como complicación relativamente frecuente de una de las afecciones más difundidas entre nosotros; me refiero a la tuberculosis laringea.

Empezaré por hacer un recuerdo de la clasificación y síntomas de la afección, para detenerme especialmente en el tratamiento y en lo que está al alcance de los especialistas en estos casos.

En general, las tuberculosis laringeas las podemos clasificar, en cuanto a la forma del cuadro clínico, en agudas y crónicas; unas y otras pueden ser primitivas o secundarias al cuadro pulmonar.

La tuberculosis aguda de la laringe es una infección generalmente primitiva, más frecuente en la mujer que en el hombre y que va pronto seguida de un cuadro de granula. Para que esto suceda, es necesario que el organismo afecto se encuentre en un estado de receptibilidad pronunciado. Son cuadros violentos, caracterizados por la presencia de tubérculos en la faringe y laringe, de pronóstico fatal y marcha muy rápida, que no pasa más allá de unas cuantas semanas, sucumbiendo los enfermos no por las lesiones laringeas, pues an-

tes que éstas alcancen grandes proporciones, los pulmones se hallan repletos de granulaciones miliares.

El diagnóstico diferencial de la tuberculosis aguda faringo-laringea, es fácil de hacer con respecto a otras lesiones: como lúes, muguet, faringitis pseudo-membranosa, edema agudo de la laringe, por los tubérculos que son característicos.

Pasamos entonces a la tuberculosis laringea crónica, la más frecuente y que se presenta casi siempre como secundaria a la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, hay observaciones aisladas en que se ha observado que esta lesión laringea crónica es primitiva, es decir, que existe sin concomitancia con una lesión pulmonar. La tuberculosis laringea crónica es más frecuente en el hombre que en la mujer.

¿Cómo se hace en estos casos la infección de la laringe? Según algunos autores, entre ellos Louis, el contacto del desgarro de un pulmón enfermo con la mucosa laringea irritaría esta mucosa, produciendo las lesiones. Sin embargo, esta teoría es

(1) Trabajo presentado a la 15.ª Reunión Clínica del Cons. de Chillán (27-VI-36).

## ALGUNAS CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA EPIDEMIA DESARROLLADA EN LA PROVINCIA DE COQUIMBO Y MEDIOS QUE SE HAN EMPLEADO PARA COMBATIRLO

El primer caso de tífus exantemático se presentó en Coquimbo, en los primeros días de Enero del presente año, sin que se haya podido comprobar el origen del contagio. Se supone que se trate de un portador en tránsito. A los pocos días apareció en Andacollo y meses después, en Julio, apareció un caso en La Serena.

En Coquimbo y en Andacollo se han presentado casos diseminados, en la población. En La Serena, se ha podido establecer tres focos: El Albergue, la Chacra Charpentier y la casa N.º 20 de la calle Benavente.

En los casos tratados en el Hospital, se ha podido establecer: a) que la más alta mortalidad ha correspondido a personas de una edad más o menos avanzada; b) que no se han presentado complicaciones graves; c) que la convalecencia ha sido generalmente muy larga, de tal manera que la mayor parte de los enfermos han quedado con un agotamiento profundo; y d) que los casos observados han presentado síntomas típicos de la enfermedad.

## DATOS ESTADISTICOS DE LA EPIDEMIA EN LA PROVINCIA DE COQUIMBO

## LA SERENA:

Comprobados serológicamente ... ..	58
Comprobados clínicamente ... ..	2
Comprobados sospechosos ... ..	2
Total ... ..	62
Dados de alta ... ..	46
Fallecidos ... ..	12

## COQUIMBO Y ANDACOLLO:

Comprobados serológicamente ... ..	26
Comprobados clínicamente ... ..	3
Total ... ..	29
Dados de alta ... ..	21
Fallecidos ... ..	0

## OVALLE:

Comprobados serológicamente ... ..	1
------------------------------------	---

## VICUÑA:

Comprobados serológicamente ... ..	1
------------------------------------	---

## MEDIOS QUE SE HAN EMPLEADO PARA COMBATIR LA EPIDEMIA

La base de la profilaxis es la lucha contra el piojo (pediculi vestimenti).

Se han establecido Brigadas Sanitarias ambulantes y fijas, en La Serena, Coquimbo y Andacollo.

La desinfección de la ropa se ha hecho por dos procedimientos: a) por el calor seco a 80 grados, con el aparato de Labina y por el gas cianídrico. Las brigadas ambulantes cuentan con servicios de baños tibios, portátiles.

El aseo de los individuos se ha hecho mediante baños repetidos, cortando el cabello a máquina y afeitando la barba.

Se ha procedido también a la desinfección de los locales infectados y se ha exigido certificado de limpieza a los vendedores ambulantes.

En los sitios en que se han presentado un caso, se ha aislado la familia y se la ha dejado en observación durante 12 a 14 días.

Tratamiento que se ha seguido: Sintomático, aceite alcanforado, cafeína, estricnina, extracto hepático y suero glucosado.

Dr. H. Lagos.—

CHILLAN

## CAUSAS Y PATOGENIA DEL CANCER (1)

Quiero llamar la atención a los colegas de Nú- ble sobre el trabajo que se desarrolla en el Instituto del Radium, trabajo tal vez desconocido para la mayoría de los Médicos del país. Una organización y labor admirable, un éxito muy halagador en sus tratamientos y su divulgación científica ante los Médicos y ante el público que hacen alto honor a su personal, que con una verdadera preparación técnica se entrega por entero a su labor diaria.

Me sería casi imposible exponer ante Uds.,

quiera un extracto de las muchas e interesantes conferencias allí dictadas en esa Semana.

Quiero sólo referir algo sobre las causas y patogenia del Cáncer y en seguida presentarles en

(1) Extracto de la Conferencia dictada por el Dr. L. Guzmán en la Semana del Cáncer. — Trabajo leído en la 179 Reunión Clínica del Consultorio, de fecha 5-IX-36.

sólo aplicable a un número determinado de casos, pues se observan a veces que existen enfermos con lesiones laringeas numerosas y lesiones pulmonares insignificantes y aun desgarró negativo respecto del bacilo de Koch. Según Heinze, estando corrientemente el folículo tuberculoso alrededor de un vaso, las lesiones arteriales son frecuentes, y éstas infectan los tejidos.

Desde el punto de vista de su sintomatología, se distinguen diversas formas de tuberculosis laringea crónica, que se pueden agrupar en las siguientes: tuberculosis laringea vulgar, tuberculosis laringea vegetante y estenosis neuropáticas de la fímia laringea. En realidad, la sintomatología subjetiva recorre una verdadera gama, según la intensidad de las lesiones. El examen laringoscópico permite, a veces, por las diferentes imágenes que presenta hacer esta clasificación.

Los síntomas subjetivos en general se reducen: a la odinfagia, a la disfagia, a la disfonía o afonía, a la salivación; tos, expectoración, alteraciones de la respiración, alteraciones del estado general, síntomas estos últimos directamente influenciados por las variaciones del estado pulmonar.

El examen larincoscópico presenta imágenes diferentes, según la localización de las lesiones, según el periodo de la afección y según la forma de laringitis tuberculosa de que se trata.

Me he permitido traer la copia de diversas imágenes laringoscópicas, que permitirán a mis colegas apreciar mejor las diversas formas y localizaciones.

Así tenemos en la fig. N.º 1 una infiltración interaritenoidia, característica de la tuberculosis laringea incipiente. Fig. N.º 2, infiltración tuberculosa de las bandas ventriculares. Fig. N.º 3, infiltración tuberculosa de los aritenoides y de los cartílagos de Santorini y Wisberg. Figura número 4, infiltración de los repliegues ariteno-epilóticos. Figura N.º 5, infiltración tuberculosa de la epiglotis. Fig. N.º 6, úlcera tuberculosa de la región interaritenoidia en forma de cráter. Fig. N.º 7, ulceraciones de las cuerdas vocales, de las bandas ventriculares y de los aritenoides. Estas son las diversas imágenes laringoscópicas de la tuberculosis laringea vulgar.

En la tuberculosis vegetante tenemos la forma polipidia, como muestra la fig. N.º 9, que presenta una tuberculosis vegetante de la laringe, localizada en el espacio interaritenoidio y en la comisura anterior. Y la forma hipertrófica que muestra la fig. N.º 10, en que se observa una tuberculosis laringea hipertrófica localizada en las cuerdas vocales y aritenoides.

En las estenosis neuropáticas de la fímia laringea, se observan parálisis o contractura de los músculos laringeos, ya sea por excitación e infiltración de los recurrentes o por destrucción anatómica o funcional de ellos.

El diagnóstico diferencial de la tuberculosis laringea crónica, cabe hacerlo con la sífilis, el cáncer, los pólipos, la laringitis crónica.

Hoy día este diagnóstico diferencial se ha simplificado mucho, pues cuando cabe alguna duda, ésta se despeja por medio de la biopsia efectuada en laringoscopia directa.

**TRATAMIENTO.**—En realidad, la aparición de la laringitis tuberculosa ensombrece enormemente el pronóstico de un cuadro pulmonar. Sin embargo, se han dado pruebas funcionales, anatómicas e histológicas de la curabilidad de la tuberculosis laringea.

El tratamiento lo podemos dividir en: Tratamiento general, que es el que corresponde a los tuberculosos pulmonares; tratamiento local de las lesiones laringeas, y tratamiento de un síntoma capital, como es la disfagia.

El tratamiento local consiste en la aplicación de medicamentos, siendo los más usados el ácido láctico y el ácido fócnico a diversas concentraciones, o mezclas de ambos: el lactofenol.

La destrucción de las partes enfermas, especialmente en las formas vegetantes, lo que se consigue por medio de raspados, de galvano-puntura o electro-coagulación, previa coagulación. Hoy día se emplean también las aplicaciones locales de luz ultravioleta, lo que se consigue ya sea por medio de la helioterapia aplicada a través de dispositivos especiales de espejos, como el de Alexandre u otros, o directamente por medio de lámparas de luz ultravioleta que se han fabricado adaptables a la laringe.

El tratamiento de la disfagia tiene un valor enorme, pues es un síntoma muy frecuente de la tisis laringea, haciendo sufrir enormemente al enfermo y dificultando su alimentación.

La odinfagia o disfagia dolorosa se trata con pulverizaciones de soluciones de cocaína o anestésica antes de las comidas; en otros casos, cuando este síntoma es muy molesto, es necesario llegar a la anestesia de los laringeos superiores por medio de inyecciones de novocaína seguidas o no de la alcoholización. En estos casos, el peligro que existe es el de la neumonía ab-ingesto por la parálisis de los músculos laringeos; para evitar esto, se localizan primero las lesiones, que generalmente son unilaterales y se hace entonces la anestesia del laringeo correspondiente.

Esta anestesia seguida de la alcoholización dura a veces semanas.

La disfagia mecánica se trata con la galvano-puntura, los raspados o la electro-coagulación.

He aquí resumido lo que se ha conseguido en los últimos años en el tratamiento de esta afección.

una sesión próxima, una esquemática exposición sobre tratamientos.

El la mayoría de los casos de cáncer, lo han dicho Perceval, Pott, Virchow y todos los que han estudiado esta materia, existe una lesión local que muchos consideran como el punto básico y esencial de toda la producción del cáncer. Los Mayo aun piensan que en todos los casos hay lesión local. ¿Cuáles son las causas de esta lesión local? Muy numerosas: entre ellas citaremos a los agentes físicos, como las radiaciones alfa, beta y gama; los rayos ultra violetas, el calor, el frío con sus modificaciones de los tejidos, traumatismos repetidos y aun el traumatismo único y violento.

Hay causas biológicas: con frecuencia se ve en la mesa de Ginecología y con cáncer uterino a la mujer que ha sido muchas veces madre y que ha tenido numerosas dislaceraciones del cuello, con sus cicatrices consecutivas; otras que no han tenido hijos pero han sufrido un estado catarral prolongado no curado, también presentan el mismo proceso. Se ve también injertarse un cáncer de gran malignidad sobre una placa de cualquier mucosa, especialmente bucal, en un terreno sífilítico y aun se ha visto desarrollarse un cáncer sobre una lesión tuberculosa de la cara o del pulmón.

Citaremos también los agentes químicos capaces de provocar cáncer en el hombre y animales: el hollín, la brea, los aceites de petróleo, la parafina, los derivados de anilina, el indol, el sudan III y los hidrocarburos.

La gran variedad de estos agentes que pueden provocar un cáncer nos hace pensar que todos ellos deben concurrir para producir una **alteración biológica común** cuyo producto final es la **célula cancerosa**. Además pensemos que así como el organismo responde a un proceso infeccioso, originado por cualquier flora microbiana con una polinucleosis, así responde ante tanto agente perturbador de la biología celular por esta modificación que va desde la simple disqueratosis hasta el cáncer capaz de destruir piel y esqueleto o que varía desde la simple hipertrofia de la mucosa gástrica o uterina hasta el cáncer vejetante. Esto se ha visto en el cáncer experimental que produjeron en el año 1914 los japoneses **Iamagiwa e Itchikawa** y mejor aun siguiendo las distintas fases de las lesiones que han sufrido en sus manos los radiólogos **Bergonié y Bécclere** en los cuales se observó desde una pequeña hipertrofia de las papilas de la epidermis y de la capa de queratina, hasta la ruptura de todos los límites que deslindan los tejidos entre sí y el vaciamiento de las células de la epidermis en el dermis y en los tejidos más profundos, **hecho que caracteriza el cáncer**.

Es importante conocer la diferencia que existe entre una célula normal y una célula cancerosa. El tamaño de la célula cancerosa es mayor; su núcleo se hace más rico en cromatina; las mitosis son más frecuentes y muchas veces monstruosas. Mucho más que la célula misma, se altera la disposición de los grupos celulares que a medida que se van haciendo mas malignos van perdiendo la apariencia del órgano del cual nacieron, de tal manera que muchas veces es difícil determinar que un cáncer nazca de una glándula, o de un epitelio de revestimiento porque las células se presentan en sábanas en que no hay ninguna arquitectura ni orden alguno. Y junto a la arquitectura, la energética misma de la célula se modifica. La célula cancerosa respira mal, no oxida la glucosa para utilizarla.

Por otra parte la célula cancerosa se parece a la célula embrionaria que tiene que multiplicarse constantemente; pero los tejidos embrionarios también hacen uso de la glicolisis

pero siendo capaz de resintetizar el ácido láctico en glucosa y en glicógeno por medio del oxígeno; en cambio, la célula cancerosa es incapaz de hacer algo semejante.

Ahora se ha visto que los llamados hidrocarburos cancerígenos, como el benzopireno, disminuyen el poder de absorción del oxígeno de las células vivas, hecho que contribuye a esplincarnos la cancerización. Sabemos que se ha visto el cáncer de los limpiadores de chimeneas; el cáncer de los elaboradores de esquistos bituminosos; el cáncer de los trabajadores de hilanderías que mantienen sus ropas empapadas en aceite lubricante de las máquinas. Estas sustancias que se han analizado y visto ser todas de un mismo origen, se llaman sustancias **carcinogénicas**. Toda estas sustancias tienen una arquitectura química semejante a la de tres sustancias que son preparadas en el organismo: el colesterol, la foliculina y la equilenina.

En la materia seca de los tejidos neoplásicos la colesteroína se encuentra en proporción de 3 grs. hasta 10 grs. por ciento; en tejido sano se halla sólo 1½ gramo %. Respecto a la foliculina, se ha llegado a provocar el cáncer de la mama por inyecciones de foliculina, aun en machos.

**CONCLUSIONES.** La producción del cáncer depende de 2 factores: un factor local, que en la mayoría de los casos es un estado de permanente regeneración celular provocado por múltiples causas, y un factor general que es la receptividad del organismo frente a aquella causa local.

Estas dos condiciones se llenan en el cáncer experimental irritando, alterando localmente la epidermis o un tejido celular de animal en el que se trata de provocar cáncer, y agregando la sustancia que ha de darle al organismo la capacidad de recibir o de permitir que proliferen la célula en que ha aparecido una mitosis defectuosa; de esta célula se derivarán todas las nuevas células y sus nuevas divisiones que darán origen a una raza celular anárquica, a una verdadera **mutación celular**. Así **Murphy** y **Mis Linch** han provocado cáncer del pulmón, pincelando con alquitran en diversos sitios de la piel de las lauchas. Y así también se ha visto que aquellos animales de experimentación que más se intoxican en el curso de las pincelaciones con alquitran, son los que dan el cáncer más precoz y más maligno. De estas experimentaciones se ha deducido que la intoxicación general de nuestro organismo es tan capaz de predisponer al cáncer como la irritación local.

A los Médicos de Institutos que viven diariamente entre cancerosos, les ha llamado la atención ver gente que bruscamente ha sufrido mucho, lo que trae una alteración somática, presentando cáncer; y al gran vividor, el que se ha intoxicado a través de su tubo digestivo, comiendo en exceso sustancias ricas en lipoides, viviendo sedentariamente, sin quemar esas sustancias, hacerse obeso primero, diabético después y canceroso en seguida. Son los que rápidamente pierden 20, 50, 60 kilos de peso.

Este estado de receptividad orgánica al cáncer, los biólogos dicen que se manifiesta por una alcalosis; por una disminución del calcio y aumento del potasio en el plasma sanguíneo; por un aumento de la colesteroína; por una inestabilidad coloidal. Sus células respiran mal, hay aumento del ácido láctico porque hay una profunda perturbación del mecanismo glicoregulador. Aun más se ha comprobado que si en animales de experimentaciones se inyecta indol y escatol, los injertos cancerosos o los tumores en evolución, proliferan con mayor facilidad y más rápidamente. Todos estos hechos hacen

## Reuniones Clínicas

O V A L L E. —

## 1.a REUNION: 12-XI-36

Se lleva a efecto con asistencia del Médico Director, Dr. Alfredo Biondi, y de los Médicos del servicio, Dr. Ramón Gallardo, Dr. Gmo. Durruty y Dr. Hugo Enriquez.

El Dr. Biondi presenta un caso clínico de enfermedad de Parkinson, cuyos antecedentes se resumen:

**ENFERMA DE 32 AÑOS.**— Soltera; profesión: cocinera.

**Antecedentes familiares:** Padres fallecidos; ignora la causa. Nueve hermanos de los cuales 5 viven y son sanos; dos mueren en la primera infancia y dos ya adultos.

**Antecedentes personales:** Ha tenido 2 hijos, que actualmente tienen 10 y 7 años, respectivamente; ambos son sanos. Desde hace 7 años viene consultando médicos para la "debilidad", habiendo sido hospitalizada en diversas oportunidades con el diagnóstico de Tbc. pulmonar incipiente.

**Enfermedad actual:** Hace un año, a raíz de un aborto de dos meses de edad, sufre una fuerte hemorragia, a raíz de la cual se le presenta un temblor de los labios que después de 3 meses interesa ambas manos, la región inferior de la cara y en los últimos días toma la pierna derecha. Al mismo tiempo, ha notado dificultad en los movimientos de la nuca, de la cara y de la lengua.

**El examen físico:** Denota una enferma en posición activa inclinada hacia adelante, cuya expresión llama inmediatamente la atención, pues al hablar no acompaña sus palabras con ninguna clase de movimientos faciales. La marcha de la enferma es lenta pero no vacilante. La posición de sus brazos está en media flexión apoyados en los flancos del tórax. Los ojos siguen los movimientos de lo que la rodea sin ir acompañados de los giros habituales de la cabeza. La palabra es arrastrada, notándose un esbozo de disartria. El estado mental no acusa alteraciones apreciables, estando la memoria y la atención conservadas.

Los reflejos pupilares y acomodación son flojos. El reflejo rotuliano muy vivo. Romberg, negativo. No hay clonus. La sensibilidad, superficial y profunda, está conservada.

Lo que llama más la atención, además de su inmovilidad facial, es un temblor de pequeñas oscilaciones de ambas manos que no aumenta con los movimientos voluntarios y que persiste durante el reposo. El Wasserman de la enferma es negativo, como también su examen cardiovascular. El examen pulmonar da una respiración sopiante del vértice

derecho; resto nada especial. Presión: 12 y 7 al Vaquez.

El diagnóstico diferencial entre el Parkinson y la Esclerosis en focos múltiples, lo hacemos por el carácter del temblor que en nuestra enferma tiene todo el carácter del Parkinson. Charcot negaba la participación del temblor facial en este síndrome, pero los autores posteriores han descrito la relativa frecuencia de este sintoma que presenta nuestra enferma. Los temblores del bocio exoftálmico rápido y vibratorio localizado en los dedos, lo podemos eliminar, como también el temblor alcohólico y senil por falta de antecedentes. Tampoco podemos pensar en un Parkinsonismo consecutivo a una encefalitis epidémica, que siempre va acompañada de alteraciones psíquicas apreciables. La incapacidad para el trabajo de esta enferma es evidente y su pronóstico en cuanto a la evolución misma de su afección, es reservado

A continuación el Dr. Ramón Gallardo presenta una enferma con el diagnóstico probable de Aortitis; y el Dr. Gmo. Durruty un enfermo con una afección Piramidal.

En la discusión clínica del caso presentado por el Dr. Biondi, se estuvo de acuerdo en las conclusiones a que dicho médico llegó.

En cuanto al caso clínico presentado por el Dr. Ramón Gallardo, se le dejó en observación, pues no hubo unanimidad de pareceres para considerar una incapacidad completa para el trabajo.

El Síndrome Piramidal presentado por el Dr. Gmo. Durruty, fué considerado como tal, pues una larga estada en el Hospital había hecho posible el estudio minucioso de dicho enfermo, lográndose el diagnóstico en forma casi indiscutible.

## SINDROMA PIRAMIDAL

## Resumen del caso relatado por el Dr. Gmo. Durruty

Pedro A., de 64 años, comerciante.— Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: dos traumatismos del cráneo de mediana gravedad en su juventud. Antecedentes sífilíticos, negativos. Enfermedad actual: se inició hace dos años con adormecimientos y dificultad de los movimientos de las extremidades. Estos síntomas han progresado de tal modo que en la época presente la deambulacion y todos los movimientos de los miembros son sumamente difíciles.

**Examen del sistema nervioso:** Fascies, normal; decúbito, de preferencia dorsal. Las facultades mentales se muestran normales en su totalidad. La sensibilidad superficial (táctil, dolorosa, térmica) se

pensar que la causa precisa que origina la primera mitosis defectuosa, de la que se derivan todas las células que van a constituir el cáncer, esa causa reside en un desequilibrio, en una alteración de nuestro metabolismo.

Así se explica lo que vemos en la vida diaria. ¿Por qué no llegan a tener cáncer todos los que trabajan en la hulla o en el alquitrán o todos los que manejan sustancias radio activas? ¿Cómo explicarse la latencia de células cancerosas por 8 o 10 años, después de una extirpación de mama, y bruscamente empiezan a proliferar y constituyen masas metastásicas que terminan con la vida del paciente? Todo esto no puede explicarse sino aceptando este doble concepto: la necesidad de una causa local, acompañada de un estado orgánico general capaz de permitir el desarrollo del cáncer.

Este estado orgánico no tendría nada que ver con un estado general floreciente: las recidivas que se han observado con más frecuencia se presentan en individuos que han engordado rápidamente después de un tratamiento. De modo que debe llamar la atención el aumento de peso exagerado después de haber obtenido una curación local del cáncer, porque ese aumento brusco revela una alteración del metabolismo que predispone a la recidiva. Esta alteración general nos explicará la herencia del cáncer. Esta herencia sería más bien la herencia de una perturbación del metabolismo capaz de producir sustancias cancerígenas así como se heredan la diabetes y la obesidad. No se heredaría por lo tanto el cáncer mismo sino esta alteración que espera o un traumatismo o cualquiera causa externa para revelarse.

conserva íntegramente. La sensibilidad profunda es asimismo normal en todas sus formas, con excepción del sentido estereognóstico que aparece casi totalmente abolido. Sensibilidades especiales, normales. Motricidad: las funciones motrices se manifiestan profundamente alteradas. Los movimientos de las cuatro extremidades se ejecutan lentamente y con evidente pesadez y torpeza, apareciendo además cierto grado de incoordinación o Ataxia que se comprueba fácilmente mediante las pruebas del índice y la nariz y del talón y de la rodilla. En la bipedestación, se observa que el enfermo para conservar su equilibrio mantiene separadas las piernas, ampliando así el polígono de sustentación. Si en estas condiciones se ordena al enfermo cerrar los ojos, la pérdida del equilibrio es inmediata, lo que constituye un Romberg positivo. Pero este desequilibrio persiste aún cuando el sujeto conserva los ojos abiertos, lo que indica que en la determinación de este síntoma participa un componente cerebeloso que se explica en razón de la pérdida del sentido estereognóstico, cuyas vías de conducción están constituidas en parte por los haces espino-cerebelosos. En la deambulación aparece también frecuentemente una tendencia a perder el equilibrio, al mismo tiempo que ella se verifica con las piernas semi-rígidas y con claros signos atáxicos. Este estado parético acompañado de rigidez muscular apreciable fácilmente, determina la producción de la deambulación especial del enfermo, que constituye el tipo de las marchas espástico-paréticas. La musculatura inervada por los nervios craneales se encuentra indemne. Los reflejos de las mucosas, lo mismo que los cutáneos, están normales con excepción de la abdominal que aparece abolido y del plantar que origina un Babinsky claro y franco. Al mismo tiempo, los reflejos tendinosos, tanto del miembro superior como del inferior, se muestran sumamente exagerados, siendo además fácil obtener la trepidación epileptoidea o clonus del pie, la que se verifica prolongada, rítmica y a sacudidas iguales. Es decir, que se acusan claramente todos los signos de la serie piramidal. Las pupilas son iguales y reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación. En resumen, nos encontramos en presencia de una parálisis espasmódica, dependiente de lesiones del sistema piramidal, y que reviste el aspecto de las lesiones sistematizadas de la médula.

Las reacciones de Wasserman y Kahn en la sangre son negativas. El líquido céfalo-raquídeo es completamente normal.

En cuanto al diagnóstico, debemos decir que el cuadro descrito corresponde al de la Parálisis Espinal Espástica, también llamada Síndrome Espástico Endógeno, afección bastante rara, que se caracteriza por paresia de las extremidades con incoordinación de los movimientos, marcha espástico-parética, signo de Babinsky positivo y reflejos tendinosos exaltados.

Se ha dicho que esta enfermedad constituye el núcleo de la enfermedad de Friedreich y de la Esclerosis en Placas, y es principalmente con estas afecciones que debemos establecer el diagnóstico diferencial. Se diferencia de la enfermedad de Friedreich en que ésta es una afección de la época juvenil, en la cual los reflejos tendinosos están abolidos, no falta nunca la participación de los nervios motores oculares y existen, además, deformaciones óseas como pie Varo-equino y Xifoescoliosis.

Resulta más difícil confundirla con la Esclerosis en Placas, en la cual aparecen como características la palabra escandida, el temblor intencional y la participación casi infalible de los nervios craneales, especialmente de los motores del globo ocular.

Es posible también confundirla con la Tabes dorsal, pero en nuestro enfermo faltan los principales signos tabéticos como son el Argyl-Robertson, la abolición del rotuliano, del mismo modo que falta la flacidez articular, que en este caso está reemplazada por rigidez derivada de la hipertonia cerebelosa, pero en esta afección es característica

la Atonía muscular, justamente lo contrario de lo que ocurre en el caso observado.

Por último, aunque más remotamente, se semeja por algunos síntomas a la Esclerosis lateral Amiotrófica, pero en esta afección aparece precozmente la atrofia muscular que empieza generalmente por la mano derecha y que afecta de preferencia el cinturón escapular, manifestándose pronto los síntomas de la parálisis bulbar.

## AORTITIS Y BRADICARDIA

Resumen del caso relatado por el Dr. R. Gallardo C.

Ramón Salinas O., 47 años, viudo. Inscripción N.º 47968, Iquique.

**Antecedentes hereditarios:** Padre muerto a los 67 años de una afección cardíaca indeterminada. Madre muerta de 70 años, de una hemiplejía que duró tres años. Se encuentra viudo. Quedó con seis hijos, de los cuales uno es enfermizo, (¿Asma cardíaca?); los otros son sanos.

**Antecedentes personales:** Fué muy fumador hasta los 25 años; desde entonces no fuma. Ha sido muy bebedor hasta la fecha. Estuvo en el Norte desde 1906 hasta 1930, trabajando de barretero. En 1908 tuvo un chanero sifilítico que sólo lo trató localmente. En 1918 tuvo una neumonía izquierda. En 1925 estuvo hospitalizado en Antofagasta, diagnosticándosele Aortitis, pues ya sentía los primeros síntomas de su enfermedad actual; se colocó una serie de Neosalvarsán, yodo bismuto y yoduro de sodio. En 1928 tuvo una neumonía derecha. A mediados de 1935 se viene al Tranque de Cogotí, en donde ha permanecido hasta Septiembre de 1936; en los primeros meses estuvo de perforista, pero luego después quedó de capataz.

**Enfermedad que lo trae al servicio:** Sus primeros síntomas datan del año 1912, fecha en la que sintió ligeras clavadas precordiales, angustia y decaimiento; estas molestias pasaron rápidamente. Desde 1925, y estando en Antofagasta, las puntadas precordiales se intensificaron, aparecieron dolores articulares, a menudo cefálea, angustia, aflixión, sensación de frío y temblor en el cuerpo. En 1929 se agregaron dolores de cintura y disnea de esfuerzo. Estando en Cogotí (año de 1935), el decaimiento se hace más grande, y a pesar de que no tiene trabajos forzados, se agregan desvanecimientos hasta el extremo de tener que afirmarse para no caer, temblor generalizado durante sus crisis, que recuerdan ataques histeriformes, sin perder el conocimiento, obnubilación pasajera, disnea, enfriamiento del cuerpo y malestar general. Pasadas estas crisis, quedaba con pies y manos heladas, sed abundante, transpiraciones profusas, eructos, acidez gástrica y sialorrea. Agrega que él conocía cuando le iban a dar estos desvanecimientos, pues sentía en su cuerpo una sensación de corriente eléctrica.

En aquel tiempo fué observado en el Tranque de Cogotí por el Dr. Galleguillos Cristí, de cuya observación saco lo más importante para nuestro estudio; en los meses de Junio a Octubre de 1935 el enfermo se quejó de las diferentes molestias anotadas anteriormente, sin que al examen el colega encontrara nada de particular. En Marzo de 1936 tuvo nuevamente molestias precordiales que pasaron rápidamente, pero a partir del 14 de Septiembre de 1936 todos sus síntomas se intensificaron, produciéndose disnea de esfuerzo, ahogos y gran decaimiento, llamándole la atención que el número de pulsaciones era de sólo 45 al minuto, presión máx. 12 1/2, mín. 9, primer tono cardíaco fuerte. Nueve días más tarde las pulsaciones eran de 60 al minuto, para bajar a 54 el día 26, a 48 el 28 y a 42 pulsaciones por minuto el día 30 de Octubre. Con reposo y esparteína subieron las pulsaciones de 48 a 58 el día 3 de Octubre para bajar nuevamente a 50 el día 5. El enfermo se siente con muchos desvanecimientos y muchas fatigas, por lo cual el colega lo envía a nuestra ciudad, a fin de observarlo minuciosamente. Así las cosas, lo tenemos el

7 de Octubre con el siguiente examen físico: Edad, 47 años. Peso, 59 kilos. Pulso: 70 al minuto, regular. blando. Presión máx. 13, mín. 9 al Vaquez. Respiraciones: 22 al minuto. Conjuntivas, normales. pupilas contraídas. Visión, normal. Reflejo corneal, disminuido en ambos ojos. Pupilas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Oídos y fosas nasales, normales. Lengua, húmeda. Dentadura, en mal estado; tres raíces en muy mal estado. Reflejo faríngeo, totalmente abolido. Cuello, nada de particular; en la fosa supraesternal se palpa la aorta. Pulmones, nada de especial. Corazón: primer tono fuerte y zumbante. Reforzamiento del segundo tono aórtico. La punta cardíaca se palpa en el quinto espacio intercostal, línea mamilar. Abdomen, nada de especial. Reflejos tendinosos normales. Sistema ganglionar, normal.

Examen de orina: Urea 12,06%; lo demás está normal.

Wasserman y Kahn, negativa.

Examen radioscópico. Aorta gruesa y ancha.

Desde el 7 al 13 de Octubre se le deja con yodo-bismuto día por medio, valeriana con digital y reposo en cama. El enfermo se siente mejor y llama la atención que sus pulsaciones no varían de 70 al minuto y su presión normal. Desde el 13 al 26 pasa con tratamiento específico en vista de sus antecedentes y de su franca aortitis clínica y radiológica. Se le deja levantarse, a fin de que ayude en algunas cosas del servicio y con el fin exclusivo de observarlo sin que él se dé cuenta. El enfermo dice sentir siempre desvanecimientos e insomnios. El 27 de Octubre se le hace un nuevo examen, extractando lo más importante: pulso, 76 al minuto. Después de 10 flexiones sube a 88 para descender al número inicial en 45 segundos. Temblor de la mano durante la prueba. Reflejo óculo cardíaco no hay. Prueba de la atropina: 5 minutos después de colocada la inyección baja el pulso a 72, cinco minutos después a 60 para subir a 76 diez minutos después. La presión y el estado general no variaron.

Este enfermo se presenta a la reunión clínica con el diagnóstico de aortitis y con un síndrome cardíaco indeterminado desarrollado en terreno luético e histérico. Se hace notar lo interesante de la evolución desarrollada en poco tiempo, cuya bradicardia puede haber sido transitoria o bien un síndrome de Adams Stokes en evolución y detenida por el tratamiento específico a que se le sometió. En todo caso, el electrocardiograma no puede hacerse en nuestro servicio. Después de diversos considerandos se acordó enviarlo nuevamente al Tranque de Cogotí para que sea observado algún tiempo más, a pesar de que el enfermo dice sentirse completamente incapacitado para el trabajo, aún por pequeño que sea. Si volviera a observarse una nueva bradicardia, se acordó someterlo a la consideración de algún especialista con el fin de obtener el respectivo electrocardiograma que será lo único que puede decidirnos a un diagnóstico más serio.

L A S E R E N A . —

#### 11.a REUNION CLINICA: 27-XI-36

Con fecha 27 de Noviembre se llevó a efecto la 11.a Reunión Clínica. Asistieron a ella los doctores Peña Vega, Herrera, Burgos, Sapiain y Carvajal que la presidió. No asistieron el Dr. Pizarro y Dr. Mesa. Excusó su inasistencia el Dr. Zavala, por encontrarse enfermo.

Acto continuo el Dr. Peña Vega presenta su caso clínico, leyendo la siguiente historia clínica:

L. A. A.,—Inscripción 14991.—La Serena.—20 años de edad. Soltera. Empleada Lavandería del Hospital.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre muerto; ignora la causa. Madre vive y dice que es enferma del corazón. Dos hermanos muertos antes del año.

Antecedentes personales: Regló a los 14 años, regular hasta la fecha. No ha tenido hijos ni abor-

tos. A los siete años eritema nudoso de las piernas. En Febrero de este año amigdalitis aguda.

Enfermedad actual: Hace 15 días siente dolor en la región escapular izquierda, dolor sin irradiación, disnea de esfuerzo, tos seca y escasa. No ha dejado de trabajar.

Examen físico: Estado general bueno. Pesa 43 kilos. Cabeza simétrica. Ojos con pupilas iguales y de buenas reacciones. Dentadura incompleta. Lengua limpia. Faringe nada de especial. Cuello, nada de especial. Tórax, de forma normal. Corazón: aumentado de tamaño. Punta sexto espacio en la línea axilar anterior. Soplos sitólicos suave de la punta. Reforzamiento y timbre metálico del tono valvular aórtico. Pulso: 88, regular. Máxima, 15 y mínima, 8.

Pulmones, nada de anormal.

Abdomen, nada de especial.

Extremidades, nada de especial.

Exámenes de laboratorio: Reacción de Wasserman y Kahn, negativas. Examen de orina: Densidad 1014. Ácida. Indican, acetona, ácido diacético, glucosa, urobilina, pigmentos y ácidos biliares, no hay. Albúmina, indicios. Urobilina, abundante. Cloruros, 12 por mil. Urea, 12,24 por mil. Examen microscópico, escasos glóbulos blancos y células epiteliales. Abundantes bacterios.

Radioscopia tórax: Areas pulmonares libres. Aorta alta, ancha y oscura. Corazón aumentado de volumen en especial ventrículo izquierdo.

Orto-diagrama: Aumento de los diámetros longitudinal y horizontal. Aumento de los diámetros transversal de la aorta y de la aorta ascendente.

Se presenta también una tele-radiografía, que no es instantánea, pues sirve para demostrar que el otro diagrama está bien tomado, pues las dimensiones tomadas son sensiblemente iguales, mayores las de la tele-radiografía.

Discusión diagnóstica: Con estos antecedentes se inicia la discusión del caso presentado por el Dr. Peña, quien piensa que el caso es un tanto complejo, pues los síntomas y exámenes practicados no permiten sentar un diagnóstico claro. El piensa que se trata de una insuficiencia mitral con aortitis.

El Dr. Burgos, después de examinar a la enferma y estudiar los exámenes de laboratorio, cree que el soplo es de la aorta, pero que la presión diferencial no permite sentar el diagnóstico de insuficiencia aórtica y que el soplo sistólico de la punta que encontró el Dr. Peña puede haber existido y haberse tratado de una insuficiencia funcional de la mitral y que ahora no se encuentra debido a que la paciente está ya 15 días en reposo.

Respecto a la etiología de la lesión, se estudia la posibilidad de que sea de origen reumático, ya que la enferma tuvo un eritema nudoso, lesión que se le ha achacado tal origen, como también hay los antecedentes que dos hermanos murieron antes del año y que su madre, siendo aun joven, padece afección cardíaca, se trate de una lesión luética. En este sentido, se acuerda hacer un tratamiento específico y volver a repetir la reacción de Wasserman y Kahn y que sirva además de tratamiento de prueba.

A continuación el Dr. Ramón Herrera lee un trabajo sobre Tifus Exantemático.

Antes de levantarse la sesión se acordó que la próxima Reunión Clínica se llevara a efecto el 30 de Diciembre y el tema oficial estaría a cargo de los doctores Sapiain y Pizarro Peña.

T A L C A . —

#### 15.a REUNION CLINICA: 20-XI-36

Presidida por el Médico-Director Provincial Dr. González, y haciendo las veces de Secretario el titular Dr. Pérez, con asistencia de los doctores Etchebarne, Daudet, Rayo, Cid, Quintana y Santander, del Consultorio, y los doctores Planella y Yahneke,

## NUESTRO MEDIO.—

DOCUMENTOS

## 101 —IX CONFERENCIA ANUAL DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES DE MAESTROS

(Ginebra: 9 al 11 de Agosto de 1936)

## CONCLUSIONES

## EL ESTADO Y EL MAESTRO

1.— La Conferencia de la F. I. A. M. estima que si a la población se le aseguran por medio de un contralor particular de la profesión magisterial, las garantías exigidas por la protección a la infancia, también es de importancia en interés del niño, que el personal beneficie de garantías contra la arbitrariedad, ya sea en el reclutamiento y nombramiento, en el ascenso, en la seguridad en el empleo, en el régimen de jubilaciones, en el sistema disciplinario.

2.— Es también importante para que el maestro cumpla plenamente su tarea educadora, sea sometido mientras enseña a la vigilancia de las

autoridades pedagógicas, y no de una autoridad que tienda a convertir al maestro en propagandista.

3.— También es necesario para el buen funcionamiento del servicio que la reglamentación de la práctica y la institución de suplentes especiales, mal pagados y sin diploma, no llegue a ser una simple medida de economía destinada a reclutar, con menos sueldo, un personal no calificado y a quien se pueda licenciar en cualquier momento.

4.— Las garantías indispensables para el cumplimiento de la misión de la escuela, parecen estar establecidas desde el momento en que un Consejo escolar formado por representantes de la administración, de la colectividad y del personal, está encargado de instruir y de preparar

como invitados, se llevó a efecto la 15.ª Reunión Clínica.

Otrecida la palabra al Dr. Rayo, presenta un interesantísimo caso de Cisticercosis, haciendo la relación completa con comentarios y llegando, finalmente, a la conclusión diagnóstica de "Cisticercosis sub-cutánea, cerebral y probablemente ocular".

El Médico-Director, después de comentar el caso, llegó a las mismas conclusiones, llamando la atención sobre la importancia de este caso, y terminó felicitando al Dr. Rayo.

El Dr. Cid, oculista, interviene en la discusión y cree que el desprendimiento de la retina encontrado en el ojo derecho sea probablemente de origen cisticercótico, pero duda del origen cierto de la formación tumoral pequeña del mismo ojo. El Dr. Yahncke cree que la enorme cantidad de nódulos buscutáneos que presenta la enferma se debería a regurgitaciones de proglótidas al estómago. Sigue la discusión, recordándose la acción tóxica a distancia producida por los helmintos, y citándose casos claros al respecto.

El Dr. Quintana presenta un caso clínico muy discutido respecto a si es o no accidente del trabajo. Intervienen en la discusión todos los médicos, dividiéndose las opiniones, afirmando algunos que se trata de una Enfermedad de Dupuytren y otros negándola por el hecho de existir un traumatismo. El Dr. Daudet, al referirse al caso, concluye, en que deberíamos trabajar porque las dos leyes 4054 y 4055 se fusionaran en beneficio de los asegurados.

Finalmente, el Dr. Daudet lee un trabajo sobre "Sinovitis Tbs."

Se levantó la sesión a las 9 P. M.

## CHILLAN.—

## 18.ª REUNION CLINICA: 3-X-36

Presidió el Médico Director Provincial, Dr. González Laura. Asistieron los médicos de la Caja, señores Dra. Gatica, Rouret, Rubio, Prado, Lagos, Blasser, Wildner, Hurtado, Letelier, Pedreros, Torres, Taricco, Sepúlveda, y Necochea. Actúa de Secretario

el Dr. Larraguibel. Asistieron también los doctores Binimelis y Vera Solano.

Se inicia esta reunión con el trabajo del Dr. Blasser, "COREA DE SYDENHAM". Antes de iniciar la lectura de su trabajo el Dr. Blasser pide a los asistentes le excusen de no haber alcanzado a redactar en forma completa este trabajo por motivos particulares. Terminada la muy bien documentada exposición que hizo el Dr. Blasser sobre esta entidad mórbida, fué ofrecida la palabra a los asistentes, quienes no tuvieron nada nuevo que agregar, se pasó al segundo lugar de la tabla: el Doctor Wildner, quien diserta sobre "EMBARAZO TUBARIO". Iniciada la discusión del tema del Dr. Wildner, pide la palabra el Dr. Vera, quien cree que también el diagnóstico diferencial puede hacerse con un quiste de un ovario torcido, agregando que considera el de interés puncionar el fondo de saco correspondiente para comprobar la existencia de sangre; en caso positivo, este medio sería una ayuda de interés para afirmar el diagnóstico de algunos enfermos dudosos.

Sigue en tercer lugar de la tabla el comentario sobre la creación del Museo-Bio-Social.

Inicia esta charla el Médico-Director, instruyendo a los que no hubieran podido imponerse de la circular sobre el origen de este museo y sus posibles beneficios, tanto para el personal médico de la Caja como para aquellos que se interesen por conocer o mejorar el standard social chileno, ya que encontrarán en esta repartición todos los elementos que le permitan, una orientación gráfica de este problema.

Iniciada la discusión, participan en ella varios de los asistentes, quienes estando de acuerdo en que este servicio puede ser de alguna utilidad, especialmente para aquellos que desconocen nuestras características raciales o sociales, no tendría para el gremio médico de la Caja interés alguno, ya que ellos particularmente conocen a fondo el aspecto social de nuestra clase proletaria, y consideran más interesante mejorar algunas condiciones generales del asegurado, mejora que indirectamente iría en beneficio de la Caja.

En vista de lo avanzado de la hora, 9.40, se da por terminada esta sesión.

a la manera de la autoridad ejecutiva, las proposiciones relativas a la vida administrativa del personal (nombramientos, ascensos, traslados, jubilaciones, etc.), y de juzgar las faltas profesionales según reglas flexibles que tiene en cuenta la proporción de la pena con la infracción cometida, y las nociones de suspensión de pena y de sobreesimiento.

5.— Estas garantías son favorecidas y mantenidas por la libertad de asociación, proclamada por la F. I. A. M., como derecho imprescriptible del educador.

### EL ESTADO Y LA ESCUELA

1.— Entre las funciones mas importantes del Estado figuran la creación y mantenimiento de una atmósfera propicia a la cultura, función que no podrá llenar, sino se asegura la colaboración libre y espontánea de los espíritus creadores y la colaboración confiada y leal de los educadores, que no podrá obtenerse sino bajo un régimen de pensamiento libre, es decir, de expresión libre del pensamiento y de respeto por la conciencia humana.

2.— El estado no debe economizar nada para que la formación general y profesional de los educadores los haga más dignos de enseñar a los demás. Después de asegurar que los maestros

ejercen su profesión con la probidad, el celo y el desinterés necesario, hay que confiar en ellos y dejar que despierten en las conciencias infantiles el sentimiento de la dignidad humana y de las responsabilidades sociales.

3.— Enseñando a los niños a razonar, los maestros preparan y aseguran la evolución de la estructura social, lo obligan a ser más humano, más razonable y más justo.

4.— Los maestros presentarán a la nación como la obra colectiva de las generaciones pasadas, obra indefinidamente perfectible. Destacará el largo pasado de esfuerzos, de sacrificios y de dedicación que ello representa. Harán resaltar el carácter profundamente humano, asignándole el ideal más elevado, y se dedicarán a crear una conciencia nacional más elevada, libre de todo misticismo y patriotería.

5.— Los maestros demostrarán que la nación y la humanidad no se oponen, sino que son aliados e inseparables; que el internacionalismo lejos de negar la nación se apoya en ella. Destacarán la interdependencia de las naciones, la fragilidad de la economía nacional, el peligro de los antagonismos nacionales, deduciendo de todo esto que ha llegado el momento de la organización internacional de la paz y por la paz. (Bol. Int. Inter. Amer. Protecc. Infancia. 1-37).

## 102 — SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA (CHILE)

En el local de la Sociedad Médica de Valparaíso se clausuró, solemnemente, el 7-II-37, el Segundo Congreso Nacional de Pediatría, que fué inaugurado dos días antes con asistencia de congresales de ese puerto, la capital y otras ciudades del país.

Presidió la sesión de clausura el profesor doctor Alfredo Callejas y actuó como secretario el doctor Eliecer Lara H. A este acto concurrieron la totalidad de los congresales que siguieron atentamente todos los detalles de la reunión.

### LAS CONCLUSIONES

1. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría insiste en la necesidad absoluta de la oportuna declaración de las enfermedades infecto-contagiosas, cumpliendo así lo prescrito en el Código Sanitario, como base de la Profilaxis General.

2. — El II Congreso Nacional de Pediatría en cuanto a la Profilaxis de la escarlatina y coqueluche, recomienda las medidas comunes de profilaxis conocida. Respecto a vacunación antiescarlatinosa y anticoqueluche, declara que los medios específicos mediante vacunación preventiva están aún en período de estudio que prometen una solución próxima.

En cuanto a la difteria, recomienda el estudio de las modalidades bacterianas y aspectos clínicos de la enfermedad de nuestro medio, con el fin de apreciar la necesidad de efectuar la vacunación.

En lo que se refiere al sarampión, reconoce la eficacia de suero y sangre de convalecientes y de los extractos placentarios en la prevención y atenuación de la enfermedad y recomienda su empleo en los niños que requieren esta profilaxis.

Respecto a la poliomeilitis, recomienda a los médicos la necesidad de emplear todos los medios a su alcance para el oportuno diagnóstico de la afección, aun en los casos frustrados y en el período prodromico de la enfermedad, para la oportuna adopción de las medidas profilácticas adecuadas.

### SEGUNDO TEMA: "TUBERCULOSIS INFANTIL" Y VI. TEMAS LIBRES

El Segundo Congreso Nacional de Pediatría esti-

ma que, siendo los diferentes trabajos de índole clínica o de investigación, sus conclusiones son de exclusiva responsabilidad de esos autores y se remiten a la publicación de las actas y trabajos del Congreso.

En el Tema Libre, "El Lactario", el II Congreso Nacional de Pediatría, teniendo en cuenta el alcance médico-social de esta institución, sobre todo en cuanto atañe a la lactancia mercenaria y sus inconvenientes, recomienda la creación de estos servicios dependientes de los organismos de Asistencia Infantil.

### TERCER TEMA: "ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE EN ORGANISMOS DE PROTECCION ABIERTA"

1. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría reconoce que la defensa del Niño constituye sólo una parte del problema de la salubridad general y debe tener, por lo tanto, como objetivos básicos, la lucha contra la miseria y la ignorancia.

2. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría reitera, una vez más, conforme a lo insistentemente aprobado en los Congresos Nacionales e Internacionales que han tratado el Problema de la Infancia, sus deseos de que Chile dé cumplimiento a aquellos acuerdos, creando un organismo técnico dependiente del Ministerio de Salubridad, que coordine las diversas actividades públicas y privadas en favor del niño y haga de su defensa integral una función social.

3. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría estima que, siendo inseparables en la Asistencia Médico-Social, las entidades Maternidad e Infancia, esa vinculación debe llegar a su realización práctica por medio de los Institutos "Madre e Hijo", o sea organizando las Maternidades en forma que constituyan un solo block con los Hospitales de Niños. La acción de estos Institutos debe encauzarse hacia una actividad primordialmente preventiva.

4. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría considera la necesidad de instituir la ficha única e individual que se inicie con el nacimiento de todo niño de la República y que lo acompa-

ñe hasta los 12 años a través de todos los servicios de asistencia del país.

5. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría insinúa la necesidad de transformar los actuales servicios de Maternidad e Infancia, en centros de atención donde ésta sea de preferencia ambulatoria y domiciliaria, con el fin de restringir la hospitalización sólo a casos muy calificados y por el tiempo estricto que esa hospitalización circunstancial exija.

6. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría, recomienda a la Facultad de Medicina la creación de la cátedra de Medicina Social.

#### VOTOS APROBADOS

En su sesión de clausura el Segundo Congreso Nacional de Pediatría, aprobó los siguientes votos:

Saludo a pediatras argentinos.—El Segundo Congreso Nacional de Pediatría, por intermedio del Dr. Saúl Bettinotti, que en forma tan brillante ha colaborado en sus deliberaciones, envía a los pediatras argentinos un mensaje de simpatía y confraternidad profesional.

Investigaciones técnicas.—Considerando las pro-

yecciones que parecen derivarse de la técnica de Mafusi, el Congreso acuerda recomendar la investigación y ampliación de tales experiencias en el país.

La lactancia mercenaria. — El Segundo Congreso Nacional de Pediatría considera que el mejor medio de proveerse de leche de mujeres, es en los lactarios en la alimentación complementaria o total de los niños y recomienda a los médicos especialistas prohibir, en lo posible, la alimentación mercenaria.

Con el objeto de llevar a la práctica esta última finalidad, se acuerda solicitar de los señores jefes de Maternidad, se sirvan dictar las normas conducentes a prohibir de que en lo sucesivo se contraten "amas".

Por aclamación de los asistentes a la sesión de clausura, se acordó que el tercer Congreso Nacional de pediatría se celebre en la ciudad de Viña del Mar.

Este torneo se celebrará a contar desde el primer viernes del mes de Febrero de 1940, y tendrá una duración de tres días, o sea el mismo tiempo del que se caba de clausurar. ("El Mercurio", Santiago de Chile, 8-II-37).

## CONGRESOS. — CURSOS

### FRANCIA

Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil. — Se verificará en París, del 24 al 28 de Julio del presente año. Los temas de la orden del día son los siguientes:

1. — Psiquiatría general: Los reflejos condicionados en psiquiatría infantil.

2. — Psiquiatría escolar. Los métodos de educación según las alteraciones de la inteligencia y del carácter del niño.

3. — Psiquiatría jurídica: La debilidad mental como causa de delincuencia infantil.

Presidente del Comité de organización es el profesor GEORGES HEUYER. (Semana Médica. Buenos Aires).

Quinto Congreso Internacional de los Hospitales.— Auspiciado por la Asociación Internacional de Hospitales (Secretaría: Av. Victoria, 13. — París IV) se reunirá en París, desde el 6 hasta el 11 de Julio de 1937, completando sus sesiones con visitas técnicas a los hospitales de París. Instituto del Cáncer de Villejuif y a otros establecimientos importantes que luchan por la salud pública. Se organizarán, además, viajes técnicos y turísticos por las diversas regiones de Francia, dando a los congresales toda clase de facilidades y reducciones importantes en los pasajes (Semana Médica. Buenos Aires).

### CHILE

Jornada Neuro-Psiquiátricas del Pacífico. (Primera reunión). — De acuerdo con el programa que anunciábamos en nuestro Boletín de Noviembre del año pasado, este interesante torneo de Neuro-Psiquiatría se realizó entre los días 4 y 12 de Enero pasado. El Congreso permitió congregarse y valorizar a las más altas autoridades científicas, en dichas materias, de Colombia, Perú, Argentina, Uruguay y Chile.

A pesar del intenso trabajo desarrollado en las sesiones de estudio, los delegados se dieron tiempo para visitar diversos establecimientos hospitalarios y asistenciales de la Dirección General de Beneficencia y de la Caja de Seguro Obligatorio. Entre estos últimos llamó especialmente la atención de los delegados extranjeros el edificio del POLICLINICO N.º 1 de la Caja, que en esos días estaba próximo a inaugurarse, y que por la admirable distribución funcional de los servicios, lo completo de sus instalaciones y el cuidado puesto en los detalles técnicos, les dejó la impresión de que era el mejor Instituto de Salud de Sudamérica.

Primer Congreso de Médicos de Hospitales.—En conformidad al programa que anunciábamos en nuestro número de Noviembre del año pasado, se realizó entre los días 31 de Enero y 5 de Febrero del presente. Presidente del Congreso fué elegido el Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Dr. Eduardo Cruz Coke. El programa se cumplió fielmente y el número y seriedad de los trabajos presentados, así como la concurrencia de delegados de todas las organizaciones mé-

dicas del país dieron a este Congreso un interés extraordinario.

Segunda Jornada Sanitaria.—En el mes de Abril próximo, organizada por la Federación del Personal Técnico Sanitario, se efectuará en nuestra ciudad la Segunda Jornada Sanitaria, bajo los auspicios de la Dirección General de Sanidad.

Con el objeto de que concurra a este torneo el mayor número de miembros de esa institución, la dirección de los servicios sanitarios dará toda clase de facilidades al personal a sus órdenes.

#### EL PROGRAMA

El programa que se desarrollará en esta oportunidad es el siguiente:

1.º— ALIMENTACION. — 1) Producción, distribución y conservación de los alimentos. 2) Factores económicos-sociales que influyen sobre la alimentación en Chile. 3) Leche.

2.º— ENFERMEDADES PROFESIONALES. — 1) Saturnismo, neumoconiosis, dermatosis, etc. 2) Accidentes del trabajo y medicina preventiva.

3.º— SANEAMIENTO. — 1) Higienización de los conventillos; 2) Rat-Proofing; 3) Servicios de alcantarillado y agua potable. Estudio crítico y plan de mejoramiento por ciudades; 4) Poblaciones obreras; 5) Urbanización.

4.º — ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. — 1) Epidemiología regional; 2) Climatogeografía de las enfermedades en Chile; 3) Enferme-

dades parasitarias; 4) Enfermedades por virus filtrables; 5) Epidemiología y control del tífus exantemático; 6) Hospitalización de los infecto contagiosos; 7) Estado actual del problema de la desinfección; 8) Enfermedades infecto contagiosas de la infancia.

5.o— PROBLEMAS DE TRASCENDENCIA SOCIAL. — 1) Lucha antivenérea; 2) Lucha anti-tuberculosa; 3) Lucha anticancerosa; 4) Toxicomanías; 5) Higiene mental.

6.o— BIODEMOGRAFIA. — 1) Organización de un Servicio de Estadística Sanitaria para Chile; 2) Papel del Estadístico de los Servicios Provinciales de Sanidad; 3) Calificación para estadísticos; 4) Aumento de la población y factores que influyen en Chile; 5) Estadísticas especializadas. Su aplicación a las ciencias biológicas a la epidemiología y a la investigación de problemas sanitarios; 6) Estudio estadístico sobre la significación de las enfermedades crónicas, (tuberculosis, cáncer, diabetes, cardiopatías, etc., en nuestro país.

7.o— ORGANIZACION SANITARIA. — 1) Reglamentos de ingresos, ascensos y califica-

ciones; 2) Centralización versus descentralización en los servicios de sanidad; 3) Coordinación de los servicios médicos sociales, preventivos y curativos; 4) Régimen económico y administrativo del personal sanitario, (obligaciones y deberes, prerrogativas legales y financieras); 5) Consolidación gremial de los funcionarios sanitarios; 6) Estudio sanitario da cada provincia y plan de reorganización. (Tema obligatorio para los Jefes Sanitarios Provinciales según circular de la Dirección General de Sanidad).

8.o— PROPAGANDA Y EDUCACION SANITARIA. — 1) Educación sanitaria en la escuela y el público. Métodos prácticos aplicables en Chile; a) El escolar; b) El Magisterio en general; c) Los Gobernantes; 2) Importancia del rol de las enfermedades sanitarias.

9.o— SERVICIO DENTAL OBLIGATORIO. — 1) Caries dentarias. Etiología, tratamiento preventivo; 2) Educación dental de los distintos medios sociales; 3) Tratamiento preventivo de la piorrea; 4) Defectos dentarios. Prevención de los trastornos que originan.

Además se tratarán algunos temas libres.

## BIBLIOGRAFIA

La Seguridad Social. — Dr. Julio Bustos A. — 1 vol. 266 págs. — Talleres Gráficos Gutenberg, Santiago de Chile, 1936.

JULIO BUSTOS A., Jefe del Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, ha prestado un valioso servicio a los estudiosos e investigadores de la Medicina Social en Chile, al reunir en su obra "Seguridad Social", en forma ordenada y sintética, gran parte de la interesantísima documentación de su departamento sobre las instituciones de Seguros Sociales de Chile, y al exponer con absoluta honradez y sinceridad su ya larga experiencia en materias de tan alta trascendencia colectiva.

La obra consta de tres partes. En la **primera parte** "define los fundamentos básicos de la Previsión Social y sus funciones; expone antecedentes estadísticos ilustrados con gráficos, sobre la demografía general del país, que ponen de relieve nuestro deplorable estado sanitario, las precarias condiciones de la capacidad de trabajo de nuestro pueblo y la influencia preponderante que la tuberculosis, la sífilis y demás enfermedades infecciosas, ejercen en su aniquilamiento, así como la enorme mortalidad infantil, determinada en un alto porcentaje por estos mismos factores etiológicos, que tan honda repercusión tienen para el desarrollo y progreso de nuestra población".

En el examen de estos antecedentes el Dr. J. Bustos se manifiesta profundamente escéptico sobre la capacidad de cada individuo de la gran masa de la población para ponerse a cubierto de los "riesgos naturales o fisiológicos, de los riesgos del trabajo y de los riesgos sociales".

"Basta detener la mirada, dice, en la escala de sueldos y en la cuantía del fondo de retiro acumulado en la cuenta individual de los empleados particulares para comprender que el ahorro individual no es suficiente para reemplazar el salario arrebatado por los siniestros de orden fisiológico y de accidentes que aniquilan la capacidad de trabajo".

"Este mismo fenómeno lo observa el autor en los obreros, lo que le obliga a exclamar: "Muy pronto se ha visto que la inmensa mayoría de los asalariados no puede ahorrar, puesto que apenas gana para vivir". Esto le obliga a transformarse en un ardiente defensor de la **capitalización colectiva** y de la **obligatoriedad** de Seguro Social.

En la **segunda parte** se hace "un análisis de los resultados de la aplicación de la legislación chilena sobre Previsión Social, de la situación financiera de los distintos organismos, su campo de aplicación, los sueldos que ganan sus afiliados, el monto anual de sus entradas por imposiciones, el porcentaje que estas representan sobre los sueldos que ganan los asegurados, los intereses de los capitales acumulados, los riesgos que cubren y los beneficios que otorgan, la política inversionista que han adoptado, la influencia que ejercen las reservas en la economía general del país y en el mercado de valores, en las condiciones económicas de los asegurados, en la conservación de la capacidad de trabajo y en la salud física y mental de éstos y el resultado final en la salud pública nacional".

Un fenómeno que destaca fuertemente el autor es la diversidad y heterogeneidad de los regímenes de capitalización y de beneficios de los distintos organismos o Cajas de Previsión, fenómeno que tiende a mantener una situación, en general, poco favorable para los afiliados.

En la **tercera parte**, finalmente, "se propone un plan metódico y sistemático para organizar la "Seguridad Social" de nuestras clases trabajadoras sobre la base de la unificación de los diferentes sistemas de previsión en vigencia".

El autor no ve otro medio de cubrir los riesgos naturales, profesionales y sociales de las masas paupérrimas que el Seguro, que debe ser social y obligatorio. Pero el Seguro Social y Obligatorio que el autor propugna no es aquél que considera satisfechas sus finalidades cuando ha logrado dar al imponente beneficiario pecuniarios, pensiones, montepíos, seguros de vida, etc. No. Esto sería sólo la "**finalidad inmediata**" de los Seguros Sociales: reparar el daño económico de los asalariados cuando llegan a perder su remuneración. La "**finalidad esencial**" es la **prevención o profilaxis de los riesgos** que constituyen el objeto de los seguros sociales, especialmente de los riesgos que el autor llama naturales o fisiológicos.

"Es menester insistir, dice, en que las Cajas de Previsión Social, que comprenden entre sus afiliados a UN MILLON DE INDIVIDUOS tienen el **deber ineludible**, tanto por caer dentro de sus posibilidades cuanto por ser esta precisamente la principal razón de su existencia, de dedicar sus mejores esfuerzos y el maximum

de los capitales de que puedan disponer, a mejorar las condiciones biológicas, sanitarias, higiénicas y demográficas del país, empezando por atender en tal sentido a sus propios impo- nentes. Es lo menos que estos y la sociedad, que entregan anualmente cuantiosas sumas de dinero a esas Cajas, pueden exigir de ellas".

Para el autor es indispensable ir a la unifi- cación de los servicios y de los regímenes de capitalización y beneficios de las diversas insti- tuciones de previsión y a exigir, como base ne- cesaria, el seguro social de enfermedad, invali- dez y vejez, tal como es aceptado y realizado por la Caja de Seguro Obligatorio que com- prende a más o menos 800,000 obreros.

Esta forma de apreciar las tendencias mo- dernas de los Seguros Sociales concuerda con las expresadas por todos los tratadistas. El Se- guro Social ya no es, de hecho, una institución simplemente reparadora de riesgos sino una institución cuya finalidad esencial es mantener al hombre en estado de salud y esto significa acción preventiva, profiláctica de los riesgos.

La obra del Dr. Julio Bustos es una obra ma- ciza, sincera, realista. Sujeta a plan, hay méto- do en la exposición y claridad en el pensa- miento. Nos place hacerla figurar en nuestras notas biográficas de selección.

EMS.

## NOTICIARIO

### CHILE

## SE HA CREADO EL CONSEJO NACIONAL DE LA ALIMENTACION

### PLAN DEL GOBIERNO

El Presidente de la República, Excmo. señor Alessandri, que se ha preocupado constantemente por el mejoramiento de la alimentación del pueblo, ha firmado un decreto por el cual se crea el Consejo Nacional de Alimentación.

Al crearse este organismo, se han tenido presen- tes los estudios hechos sobre el problema de la alimen- tación, por parte de los organismos del Estado, por iniciativa particular, como asimismo por el in- forme evacuado sobre la materia, a pedido del Go- bierno, por la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones, de acuerdo con los estudios efectua- dos en nuestro país durante 1935, por los profes- ores miembros de ese organismo internacional, doctores Dragoni y Burnet.

### TEXTO DEL DECRETO

"(1) Créase un Consejo Nacional de Alimenta- ción, formado por nueve miembros elegidos por el Presidente de la República, de los cuales uno será miembro de la Facultad de Medicina, uno de la Junta de Exportación Agrícola, uno del Comisa- riato General de Subsistencia y Precios, y seis se- rán de libre elección, uno de los cuales desempe- ñará el cargo de secretario del Consejo.

El Ministro de Salubridad, Previsión y Asisten- cia Social presidirá las sesiones cuando asista.

2) El Consejo elegirá de su seno o fuera de él

### EL MEDICO EN CHILOE

Seguramente es interesante dar a conocer las condiciones en que el médico ejerce la profesión en esta región; región que ofrece características sui generis, ya sea por su clima o bien por las condiciones geográficas y, justamente, estas par- ticularidades son las que hacen que el médico adquiera un rico arsenal anecdótico y más de alguna vez sienta mellado su espíritu ante lo escasamente frutífera que es su labor.

El Consultorio tiene como dependencia una Posta en Queilén, pueblecito que está situado más o menos a treinta millas (50 kilómetros por tierra), con atención dos veces al mes; en tiempo normal, es decir en primavera, el movi- miento de vapores se hace con regularidad y la belleza misma de la naturaleza hace agradable estas visitas. Pero Chiloé es egoísta y nos da solamente Primavera e Invierno, siendo justame- nte este último el que abarca casi diez me- ses del año; en este tiempo los vapores, hacen su carrera con mucha irregularidad, debido se- guramente a las inclemencias del tiempo y el médico debe trasladarse a Queilén, donde per- manece seis o más días en espera de vapor o bien se resuelve a aventurarse a hacer el viaje por tierra, demorando seis horas y éste debe hacerlo ciñéndose al horario que le indiquen las

un presidente, que deberá ser nombrado por el Presidente de la República.

El Consejo tendrá a su cargo el estudio de los asuntos que se relacionen con la alimentación, y deberá proponer a las reparticiones públicas co- rrespondientes las medidas que es necesario tomar para obtener un mejoramiento de las condiciones de nutrición de los habitantes del país.

Tómese razón, comuníquese y publíquese. — (Fdos.)—Alessandri. — E. Cruz Coke".

### PERSONAS QUE FORMAN EL CONSEJO

Las personas que forman el Consejo recién crea- do y que representan a todas las actividades na- cionales que tienen relación con la alimentación, son las siguientes:

Dr. Arturo Scrogie Vergara, profesor de Pedia- tría de la Universidad; Dr. Luis Calvo Mackenna, presidente del Patronato Nacional de la Infancia; Dr. Arturo Mardones, profesor de Nutrición de la Escuela de Medicina; Dr. Jorge Mardones Restat, profesor de Nutrición del Instituto de Educación Física; don Enrique Pérez Riesco, de la Junta de Exportación Agrícola; don Tomás Lawrence, Comi- sario General de Subsistencias y Precios; don Ben- jamin Matte Larraín, de la Sociedad Nacional de Agricultura; don Armando Hamel, y don Agustín Gómez Aránguiz, de la Cooperativa de los Ferro- carriles del Estado.—"El Mercurio".—Santiago de Chile, 12-II-37.

mareas, pues a horas determinadas imposibili- tan el paso; como si esto no bastara para per- turbar la tranquilidad del más paciente espíritu, debe luchar con el mal estado de los caminos, que ya no son caminos, sino senderos pantanosos, donde corre el riesgo de quedar, pues el caballo es impotente para salir del barro.

Se atiende también dos veces al mes la E. M. R. de Puqueldón, situada en la isla de Lami; bien es cierto que en estas visitas no debe espe- rarse vapor ni pueden hacerse a caballo; sino que debe aventurarse en bote, demorando hora y media; más el viento es caprichoso y en más de una ocasión le juega con malas artes, ha- ciendo impotente el esfuerzo de los bogadores para avanzar. En pleno invierno no se encuen- tra quien se arriesgue a atravesar el canal, de- biendo quedar la E. M. R. sin atención.

Tengo el convencimiento de que es necesario tener un gran espíritu de sacrificio en el ejer- cicio de la profesión, pero no es menos cierto que la Caja debe preocuparse en remediar esta situación de una manera definitiva, pues así como lo relatado es una pálida imagen de la realidad en este Consultorio, tenemos en Chiloé insular Consultorios en Castro, Achao, Queilón, etc., cuyos médicos tienen que afrontar idénticos o más grandes sacrificios. (Dr. A. Zumaeta. — Chonchi: 24-XI-36).

## FRANCIA

Declaraciones del Ministro de Salud Pública,  
Henry SELLIER, sobre la lucha contra las  
plagas sociales

Por tradición, el personal directivo de la Salud Pública era escogido únicamente con miras a satisfacer preocupaciones subjetivas, con ausencia de toda noción de competencia y de capacitación técnica. Un nepotismo inverosímil ha dominado sistemáticamente en la elección de las personas; la incoherencia y la arbitrariedad han caracterizado la distribución de los mezquinos créditos del presupuesto del Estado sin que jamás se haya elaborado un plan racional para el armamento sanitario de la Nación.

Y sin embargo, si las millardas gastadas en la defensa armada cubren el país contra un riesgo que es a pesar de todo aleatorio — el de la guerra — no es acaso, más urgente defender la raza contra la certidumbre de la degeneración y de la destrucción que las lamentables estadísticas de natalidad, morbilidad y mortalidad dejan entrever?

Un país muere fatalmente cuando se fabrican menos cunas que sarcófagos. Entonces, dos problemas son esenciales: el desarrollo de la natalidad, y la lucha contra la enfermedad y la muerte.

Y cuando evoco la natalidad, me refiero a la natalidad deseable.

Francia tiene demasiado heredado sífilíticos, raquíuticos, retrasados y anormales cuya existencia, tan penosa para ellos como para los otros, rellena los hospitales, los asilos y las prisiones.

Queremos niños robustos, nacidos de padres sanos. **CONDENAMOS LA MATERNIDAD A REPETICION PARA LA CONQUISTA DEL PREMIO QUE MATA A LA MADRE Y DEBILITA EL NIVEL FISICO E INTELECTUAL DEL PAIS.**

Debemos hacer en seguida lo necesario para que el niño viva bajo la protección de una red de instituciones públicas donde el esfuerzo privado tendrá su parte si aporta un concurso material efectivo y se somete a las reglas de coordinación convenientes.

Crearemos el Servicio Social que, desde la cuna a la tumba, asegurará al individuo y la familia, la solidaridad moral y material de la sociedad. Nos bastará para esto adaptar a nuestro país los métodos que América nos ha enseñado y de los cuales los obreros suecos y daneses, que gobiernan su país, han obtenido tan admirable provecho.

Cuando siguiendo esos ejemplos hayamos reducido a la mitad la mortalidad tuberculosa, a los tres quintos la de los lactantes, una gran parte de nuestra tarea se habrá realizado. Nos restará crear paralelamente todo un sistema de educación física coherente, que substituido a la anarquía de las fórmulas del pasado, permita crear hombres sanos.

Debo recordar igualmente aunque parezca superfluo, la necesidad imperiosa de la destrucción de los tugurios y del mejoramiento de la vivienda como condiciones rigurosamente indispensables del éxito en la ruda batalla que proseguiremos.

Bien entendido, que la situación inquietante de la vivienda rural, una de las causas seguras del despoblamiento de los campos y de la tasa excesiva de la mortalidad en nuestras provincias francesas cuya salubridad climatérica es excepcional, debe retener la atención de aquellos que consideran que la salvaguardia del robusto campesinado nacional es una de las condiciones esenciales de la prosperidad de Francia. (Le Musée Social. — XII-36).

## ALEMANIA

CINCUENTA AÑOS DE APLICACION DEL SE-  
GURO DE ENFERMEDAD EN ALEMANIA

En 1934 se ha celebrado el cincuentenario del sistema de Seguro de enfermedad alemán. Habiendo sido dadas a conocer recientemente las estadísticas de aplicación correspondientes a este año, el periódico "Wirtschaft und Statistik" publica un estudio de conjunto sobre la evolución de dicha rama del Seguro durante su primer medio siglo de existencia.

El estudio contiene, entre otros, los siguientes datos:

**Número de Cajas de enfermedad.** — En 1885, el número de Cajas de enfermedad era de 17,700. Este número ha ido en aumento hasta 1909, en que alcanza su máximo (23,400). La introducción, el 1.º de Enero de 1914, del Código de Seguros, tuvo por efecto la supresión de numerosas pequeñas Cajas, en forma que, a fines de 1914, el número de ellas en actividad se encontraba reducido a 10,000. En 1934 no había más que 6,282 Cajas de enfermedad.

**Número de asegurados.** — De 4,7 millones en 1885, el número de asegurados había duplicado en 1889, alcanzando 9,4 millones, triplicado en 1910 (14,1 millones), cuadruplicado en 1921 (18,8 millones). En 1929, el número de asegurados alcanza, con sus 22,1 millones, el punto culminante, para acusar una cierta disminución en los años de crisis. En 1934, en que era de 18 millones, comienza a aumentar de nuevo.

En 1885 estaban asegurados el 10 por ciento de los habitantes de Alemania, en 1934, esta proporción era de 30,4 por 100. Los miembros de la familia de los asegurados, que obtenían igualmente el beneficio de las prestaciones, no están comprendidos en este porcentaje.

**El efectivo de las Cajas ha crecido de una manera considerable.** En 1885 era de 246, en 1933, de 685, en 1914, de 1,662, y en 1934, de 3,222 miembros.

**Número y duración de los casos de enfermedad.** — La relación existente entre el número de casos de enfermedad que han dado origen a incapacidad para el trabajo y el número de asegurados, ofrece un interés especial, porque hace resaltar la frecuencia relativa de los casos en que ha sido necesaria la intervención del Seguro. Este número se expresa generalmente en forma de porcentaje. Ahora bien, en el transcurso del primer ejercicio (1885) han debido recurrir a las prestaciones del Seguro el 42 por ciento de los asegurados. En los ejercicios siguientes, este porcentaje tan pronto ha aumentado como ha disminuido. Pero, a partir del final del siglo último, ha acusado claramente la tendencia a aumentar. En 1929 alcanza su apogeo (59 por ciento). En 1933 y 1934, ese porcentaje no ha rebasado el de los primeros años del Seguro (42 por ciento).

La duración media de los casos de enfermedad ha aumentado contantemente desde que fué introducido el Seguro. Ha sido, en 1885, de 42,2 y en 1913, de 22,2 días. El ritmo de esta evolución se ha acelerado todavía en el período de post-guerra. La duración media de los casos de enfermedad se ha elevado, de 1924 a 24,6; en 1933, a 25,6, y en 1934, a 24,6 días.

Durante el período quinquenal que va de 1883 a 1889 se han contado, por cada 100 asegurados, 571 días de enfermedad; de 1904 a 1906, esta proporción ha sido de 781; de 1930 a 1932, de 1,052, y de 1933 a 1934, de 902.

**Gastos del Seguro de enfermedad.** — Los gastos del Seguro han aumentado con un ritmo mucho más rápido que el número de asegurados y el de jornadas de seguro. Así, en 1885, el gasto total de las Cajas de enfermedad se elevó a 58

millones de marcos; en 1914, a 548 millones de marcos; en 1929, a 2,008 millones, y en 1934, a 1,128 millones.

El gasto de las Cajas por cabeza de asegurados (tomando como 100 el gasto realizado en 1885) se ha elevado a 264 en 1913, a 773 en 1929 y a 509 en 1934. Esta evolución es debida a la mejora de prestaciones, al aumento de los gastos necesarios para el servicio de las prestaciones en especie y al alza general del nivel de los salarios, del cual depende el importe de las

prestaciones en metálico. Es de notar, sin embargo, la baja que caracteriza a los últimos años, y que se explica por la política de deflación.

La importancia de las diferentes prestaciones, con relación al conjunto de los gastos, ha sufrido, en el transcurso de los cincuenta años considerados, ciertos cambios, indicados en el cuadro que sigue, en el que señalan los porcentajes de las diversas categorías de gastos:

	1885	1899	1914	1924	1929	1934
Tratamiento médico, comprendiendo la asistencia farmacéutica y la hospitalización . . . . .	40,1	46,7	47,4	52,2	50,6	60,8
Prestaciones en metálico . . . . .	49,8	44,2	39,3	35,6	37,2	20,6
Item de maternidad . . . . .	1,2	1,4	2,3	4,2	4,4	7,7
Gastos de Administración . . . . .	6,3	5,4	9,0	7,2	6,5	9,5
Otros Gastos . . . . .	2,6	2,3	2,0	1,8	1,3	1,4

Como puede verse, los gastos referentes a las prestaciones en especie han aumentado constantemente, mientras que los relativos a las prestaciones en metálico — que en 1885 constituían, sobre poco más o menos, la mitad del gasto total — no han constituido más que un quinto en 1934. El aumento de la parte correspondiente al Seguro de maternidad procede, por un lado, de las mejoras introducidas en esta rama del Seguro, y, por otro, de la supresión del suplemento que el Reich concedía a las Cajas por este concepto.

**Ingresos del Seguro de enfermedad.** — El aumento natural de ingresos, debido al aumento del número de asegurados y de los salarios individuales, no ha sido suficiente para permitir cubrir los gastos, que han evolucionado rápidamente. Así, pues, ha debido aumentar progresivamente el importe de las cotizaciones. De ahí que la media, que en 1885 se elevaba a 1,92 por ciento del salario de base, haya llegado a 3,35 por ciento en 1914. En 1929, esta proporción alcanzaba a 6,43 por ciento, y se ha visto reducida, en 1934, a 5,10 por ciento del salario aludido. El ingreso por cabeza de asegurado (13,38 marcos en 1885) ha sido de 98,23 marcos en 1929 y de 59,02 marcos únicamente en 1934.

**Patrimonio del Seguro de enfermedad.** — El patrimonio del Seguro de enfermedad, que no era en 1885 más que de 32 millones de marcos, ha aumentado (abstracción hecha del período de

inflación) de año en año, hasta 1930 que alcanza la cifra de 925,8 millones de marcos. Al finalizar el año 1934, ese patrimonio se eleva a 819 millones, es decir, a 43,30 marcos por cabeza de asegurado. (Anales del Inst. Nac. de Prev. — Madrid, N.º 139. — 1936).

#### ITALIA

**Algunos resultados de la política sanitaria de los últimos años.** — La Obra de Protección a la Maternidad y a la Infancia ha obtenido que la mortalidad infantil que en 1922—1925 era de 125,7 por mil se redujera a 119,5 por mil en el período 1926—1930 y a 95 por mil en 1934—35.

La lucha antimalárica ha permitido reducir la cifra de defunciones de 4.085 que alcanzó en 1922, a 2.781 en 1930; a 1956 en 1933 y desde hace dos años no se registra un solo caso mortal en las antiguas zonas palúdicas de los lagos Pontinos (Littoria y Sabaudia).

La lucha antituberculosa ha elevado el número de camas para esta clase de enfermos de 5.000 a 15.000 en los sanatorios públicos. Las defunciones por tuberculosis en todas sus formas que en 1927 alcanzaban a 54.267, no sobrepasaron de 38.000 en 1935. La tuberculosis pulmonar que provocaba 40.028 defunciones en 1927, descendió a 29.367, en 1934.

La mortalidad general que en 1923 alcanzaba a 17,1 por mil ha descendido lentamente (salvo en 1929) hasta llegar a 13,1 en 1935 (Agence Transalpine).

han de formar el Consejo Venezolano del Niño. (Bol. Insto. Int. Amer. Prot. Infancia).

#### VENEZUELA

**Consejo Venezolano del niño.** — El Presidente de los Estados Unidos de Venezuela, señor Eleazar López Contreras, por decreto del 6 de Agosto de 1936, creó el referido Consejo en los términos siguientes:

ART. 1. — Por cuanto la mortalidad infantil es alarmante en el país, y el problema del niño abandonado, aun no se ha estudiado con claridad, se crea un organismo ad honorem llamado Consejo Venezolano del Niño, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y que tendrá con el carácter consultivo técnico de dicho Ministerio, la vigilancia y coordinación de los organismos oficiales y privados dedicados a la madre y el niño, o sea a los centros de protección materno—infantil, y se encargará del estudio del problema médico social de la madre y el niño en Venezuela.

ART. 2. — Este organismo estará compuesto por dos pediatras, dos parteros, un abogado, un profesor de educación física, un ingeniero, un pedagogo, un psiquiatra, y dos damas.

ART. 3. — Por resolución especial del Ministerio del Ramo, se designarán las personas que

#### ESTADOS UNIDOS

**Movimiento de la población según el último censo.** — El último censo verificado en 1933, ha dado un total de población de 125.693.000 habitantes.

El excedente de los nacimientos sobre las defunciones en el curso del año 1933, ha sido más o menos de 740.000, o sea, una proporción de 5,9 por mil.

La natalidad ha alcanzado en el curso del mismo año a 16,6 por mil, cifra muy vecina a la de Francia en el mismo período.

La mortalidad, por el contrario, fué solamente de 10,7 por mil.

El número de nacimientos es más elevado en la población de color (20 por mil) que en la población blanca (16,1 por mil).

La mortalidad ha sido de 13,5 por mil en la población negra y de 10,3 en la blanca.

El número de defunciones de niños menores de un año, se ha elevado para el conjunto de los Estados a 120.887, lo que da una mortalidad de 5,8 por mil, esta proporción se eleva a 8,5 en la población negra y a 12,8 en los otros elementos de color. Para la población blanca es solamente de 5,3 por mil. (Le Musée Social).



D. Juan B. Reyes.  
Valdivia.

## MEDITEMOS

### CREDO DEL SOCIOLOGO MEDICO

**Creo:** que el médico moderno debe extender sus horizontes y mostrarse tan interesado en los males de una sociedad enferma como en los de la célula o el sujeto enfermo; que debe considerar a cada enfermo como unidad social, parte integrante de un todo mayor y no meramente como "un caso";

**que** la medicina sociológica debe considerar a la enfermedad fundamentalmente como proceso que ajusta a un individuo a un medio desfavorable, y que a fin de poder dominar ese proceso, debemos familiarizarnos con todos los factores que en él intervienen, tanto relativos al huésped como a la enfermedad;

**que** todo médico está obligado a investigar y a familiarizarse con la anatomía y estructura de la sociedad, así como de los distintos órganos, pues ningún médico se pondría a estudiar fisiología sin conocer antes anatomía;

**que** la patología social, con el dolor, síntomas y males que la integran puede ser tan mortífera para una nación como la peste negra, y que a la profesión médica corresponde la principal responsabilidad en lo tocante a corregir esas condiciones;

**que** el saber médico es un bien social, cuyos objetivos definitivos deben ser también sociales;

**que** desde el punto de vista de la sociedad, la medicina preventiva es más barata, más sencilla y más eficaz que la curativa;

**que** en una democracia la educación sanitaria es una necesidad nacional, universal y permanente, que no debe ser considerada como artículo de lujo reservado para algunos sujetos privilegiados;

**que** el estudio del comportamiento humano es tan necesario para el médico como el del bacilo tifoso para el bacteriólogo, pues más bien que castigar a un delincuente el sociólogo médico preferirá hacerlo inocuo y si es posible, útil para la sociedad;

**que** la civilización y el verdadero adelanto se aquilatan a la luz de la economía humana y no de la economía de las finanzas y los negocios, puesto que la supremacía de los valores económicos sobre los humanos ha culminado en una crisis en la cual vemos la pobreza reinar en medio de riquezas potenciales;

**que** el servicio social jamás constituye un gravamen, pues por el contrario la prevención de la pobreza y la ignorancia, procreadores del crimen y la enfermedad, cuesta menos que mantener prisiones y hospitales;

**que** el capital viviente de una nación representa la única riqueza verdadera, pues las reservas humanas son tan necesarias y más valiosas que las materiales;

**y por fin,** que los médicos deben hallarse tan interesados en mejorar la vida como en salvarla. (The Health Officer — VIII — 36).