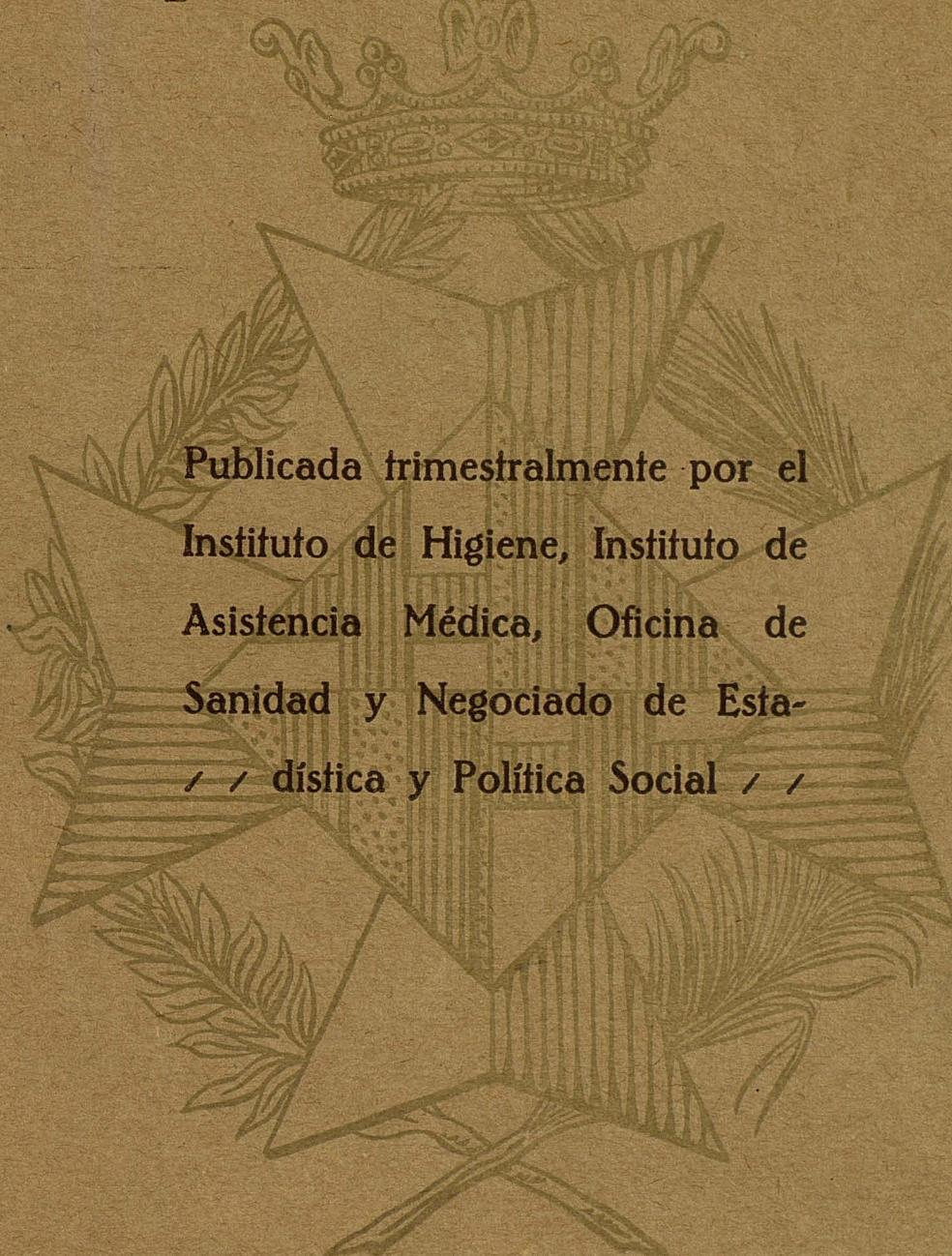


# Revista de los Servicios Sanitarios y Demográficos Municipales de Barcelona



Publicada trimestralmente por el  
Instituto de Higiene, Instituto de  
Asistencia Médica, Oficina de  
Sanidad y Negociado de Esta-

distica y Política Social //

Dirección, redacción y administración: PLAZA LESSEPS, n.º 1

Año II

1930

N.º 5

# COMITÉ DE REDACCIÓN

---

DIRECTOR

DR. F. PONS Y FREIXA

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

DRES. C. SOLER Y DOPFF Y L. TRÍAS DE BES

REDACTORES

DR. L. CLARAMUNT A. CRAMOUSE DR. P. GONZÁLEZ DR. J. M.<sup>A</sup> GRAU  
DR. V. MARQUÉS P. MARTÍ J. M.<sup>A</sup> MARTINO DR. F. ORTÉS DR. C. SIMÓN

CON LA COLABORACIÓN DEL PERSONAL FACULTATIVO Y  
TÉCNICO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y DEMOGRÁFICOS

---

## S U M A R I O

---

### ARTÍCULOS ORIGINALES

POLIÓN BUXÓ IZAGUIRRE.—Niños de pecho Heredo-Luéticos . . . . .	Pág.	1
PABLO MARTÍ FREIXA.—Cómo debe prevenirse la rabia . . . . .	»	14
M. MENACHO.—La aptitud psicovisual de los motoristas . . . . .	»	16
Información estadística . . . . .	»	25
Información general . . . . .	»	45

---

### PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

---

	Año	N. <sup>o</sup> sueldo
España, Portugal y América latina . . . . .	10 ptas.	3 ptas.
Otros países . . . . .	15 »	5 »

Para la inserción de anuncios dirigirse al administrador.

Dirección, redacción y administración: PLAZA LESSEPS, 1 - Teléfono 71463.

DR.  
DR. V.

Dire

ABR

# Revista de los Servicios Sanitarios y Demográficos Municipales de Barcelona

Publicada trimestralmente por el  
Instituto de Higiene, Instituto de  
Asistencia Médica, Oficina de  
Sanidad y Negociado de Esta-  
dística y Política Social //

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### DIRECTOR

DR. F. PONS Y FREIXA

### SECRETARIOS DE REDACCIÓN

DRES. C. SOLER Y DOPFF Y L. TRÍAS DE BES

### REDACTORES

DR. L. CLARAMUNT A. CRAMOUSE DR. P. GONZÁLEZ DR. J. M.<sup>a</sup> GRAU  
DR. V. MARQUÉS P. MARTÍ J. M.<sup>a</sup> MARTINO DR. F. ORTÉS DR. C. SIMÓN

CON LA COLABORACIÓN DEL PERSONAL FACULTATIVO Y  
TÉCNICO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y DEMOGRÁFICOS

N.<sup>o</sup> suelto  
3 ptas.  
5 , Dirección, redacción y administración: PLAZA LESSEPS, n.<sup>o</sup> 1

TOMO I

ABRIL 1929

ENERO 1930

## Indice alfabético de autores (\*)

Páginas		Páginas	
Armstrong (C.)	115	Martínez García (P.)	58
Bertarelli (E.)	267	Mckendrick (A. G.)	49
Blanc (G.)	267	Medrano Laguna (L.)	157
Caminópteros (J.)	267	Mira (E.)	152
Claramunt Furest (L.)	12, 73, 135, 205	Nipperdey (W.)	115
Cramouse (A.)	229	Oliveras (M.)	179
Diènert	189	Pittaluga (G.)	268
Domingo (P.)	91, 231	Plaza García (L.)	239
Etrillard	189	Pons Balmes (J.)	181
Filippini (A.)	187	Pons Freixa (F.)	3, 65, 179, 201
Fiorani Galiota (P. L.)	114	Pergher (G.)	59
Florentino (M.)	59	Rifé Davi (A.)	157
Giroud (P.)	267	Roubaud (E.)	264
González (P.)	148	Salvat Navarro (A.)	183
Haldane (J. S.)	115	Sanarelli (G.)	59
Hassall (A.)	60	Soler Dopff (C.)	65, 179, 190
Hock (R.)	184	Stiles (C. W.)	60
Horno Alcorta (R.)	179	Topacio (T.)	116
Kelser (R.)	116	Trías de Bes (L.)	86, 263
Kuczynski (M. H.)	57	Viola (D.)	116
Lakhowski (G.)	114	Von Bernuth (F.)	59
Marino (V.)	115	Younberg (St.)	116
Marti (P.)	26		

## Indice alfabético de materias (\*\*)

Páginas		Páginas	
Agua (Investigación y numeración directa en medio sólido del B. Coli contenido en un gran volumen de)	189	Demográfico en Francia (El movimiento)	61
Aguas de Barcelona (Esterilización y control de las)	148	Demográfico en Inglaterra (El movimiento)	61
Animales nocivos, en los almacenes de víveres (Contribución al estudio de la destrucción de los pequeños)	184	Demográficos sobre la situación sanitaria de la ciudad de Barcelona (Datos)	3
Aviación sanitaria (El primer Congreso de)	120	Dengue (Experiencias realizadas en Grecia sobre el modo de transmisión del)	267
Boston Psychopathic Hospital (El)	152	Depuración de las aguas de las cloacas con el método de los barros activados.	114
Cáncer en el momento actual (El)	179	Desinsectación y Desratización (Estudio crítico de sus procedimientos)	12, 73, 135 y 205
Caramelización en el café torrefacto molido (Método para la determinación del grado de)	157	Disposiciones legislativas	63, 121, 195 y 270

(\*) Los autores de *trabajos originales* figuran en el índice con cursiva.

(\*\*) Los títulos escritos con cursiva se refieren a *trabajos originales*.

Páginas		Páginas	
Espiroquetosis icterógena (Patogenia de la) ... .. . . . .	59	Ozono en la depuración bacteriana del aire de los ambientes confinados (El).	115
<i>Estadística en relación con la Higiene y Salubridad (La)</i> ... .. . . .	229	Paludismo en las grandes obras hidráulicas (El problema del) ... .. . . .	268
Esterilización del agua al alcance de todos (Un procedimiento de)	114	Paludismo (II Congreso Internacional de) ... .. . . .	119
Ferrán (El doctor) ... .. . . .	263	Parálisis general por la malaria (Contribución al estudio del tratamiento de la) ... .. . . .	181
Fiebre amarilla (Investigaciones biológicas sobre el mosquito de la) ... .. . .	265	Peste bovina (Acerca de una vacuna eficaz para la inmunización contra la) ...	116
Fiebre amarilla (Investigaciones sobre la etiología y la patogenia de la) ... .. . .	57	Población de Berlín (La) ... .. . . .	61
Fiebre amarilla (La conferencia africana de la) ... .. . . . .	53	Premio «Cerrada» ... .. . . .	269
<i>Gambusia, elemento de lucha contra el mosquito (La)</i> ... .. . . .	91	Premios de 100,000 francos para investigaciones sobre el cáncer (Dos) ... ..	117
<i>Gripal de diciembre de 1928 - abril 1929 (Nota sobre el reciente brote)</i> ...	65	<i>Psitacosis</i> ... .. . . .	239
Gripe de 1918. El color de la sangre en los casos mortales (La epidemia de) ...	115	Rabia (Estudio analítico de los trabajos recientemente publicados) ... .. . .	49
Gripe epidémica (El cuadro hematológico en la) ... .. . . .	115	Reclutamiento (El sistema de la normalidad entre la estatura, el perímetro torácico y el peso en las normas para el) ...	116
Gripe (Sobre la etiología de la) ... .. . .	113	Reumáticas (La participación de España en la Liga Internacional contra las enfermedades) ... .. . . .	119
Higiene del trabajo (La) ... .. . . .	183	Rockefeller Foundation. Annual Report 1928 (The) ... .. . . .	263
Higiene industrial ... .. . . . .	179	Ruidos callejeros en Inglaterra (La lucha contra los) ... .. . . .	60
Higiene social (IV Congreso Imperial Británico de) ... .. . . .	62	Sanidad española juzgada por una personalidad sanitaria extranjera (La) ... ..	111
Información estadística ... .. . . .	28, 93, 161 y 241	Sanidad municipal (II Congreso Nacional de) ... .. . . .	117
Insectos de importancia para la salud pública (Clave catálogo de los) ... .. . .	60	Sexual (La educación) ... .. . . .	191
Lana con el cloruro de bario (El problema higiénico del tratamiento de la) ...	267	Sexualidad (II Congreso de la Sociedad Internacional para el estudio de la) ...	195
Luz de Wood en la investigación de las sofisticaciones de las substancias alimenticias (La) ... .. . . .	187	Tos ferina por medio de la vacunación (La profilaxia de la) ... .. . . .	59
Luz terapéutica (Semana internacional de la) ... .. . . .	62	Tuberculosis (La séptima Conferencia de la Unión Internacional contra la) ...	195
Microbiología (I Congreso Internacional de) ... .. . . .	62 y 268	Vacunación antidiftérica ... .. . . .	58
Municipios (Bases para la actuación Sanitaria de los) ... .. . . .	231	Vacunación antivariólica (La técnica de elección en la vacunación antivariólica) ... .. . . .	59
Niños (El sistema de Edimburgo. Organización municipal de supervigilancia de la salud de los) ... .. . . .	192	Vacunación intradérmica ... .. . . .	115
Oposiciones libres para plazas técnicas en el laboratorio municipal de Barcelona.	118	<i>Variolosa inglesa (Comentario a la pasada epidemia)</i> ... .. . . .	86
Organización sanitaria en la ciudad del Vaticano (La) ... .. . . .	194	Ventilación en las escuelas (La) ... .. . .	61
Organización sanitaria en Nueva York (La) ... .. . . .	54	Verdunización de las aguas (La) ... .. . .	190
Organización sanitaria municipal (El estado actual de nuestra) ... .. . . .	201	<i>Veterinaria Moderna</i> ... .. . . .	26
		Viruela, adoptadas en Francia ante la epidemia ocurrida en Inglaterra (Precauciones contra la) ... .. . . .	112

# Revista de los Servicios Sanitarios y Demográficos Municipales de Barcelona

TOMO II

ABRIL DE 1930

N.º 5

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Niños de pecho Heredo-Luéticos

(Casos clínicos del servicio municipal de Puericultura de Barcelona)

por el Dr. POLIÓN BUJÓ IZAGUIRRE

Cada vez resulta más difícil diagnosticar la naturaleza luética de los trastornos específicos que presentan los niños de pecho. La pobreza sintomática es a menudo muy acentuada por lo que respecta a los caracteres específicos, y las lesiones que de esta enfermedad describen los tratados clásicos, apenas si son observadas por el pediatra.

Esta opinión se abre cada día más paso y así es como lo declaran personas de reconocida solvencia científica.

Citaré, por ejemplo, lo que escribe recientemente Müller, quien dice que, a pesar de su larga práctica, se siente en múltiples ocasiones perplejo ante los actuales niños heredoluéticos. La sintomatología se presenta atenuada, la evolución de las manifestaciones está con frecuencia retardada y modificada por la acción de tratamientos específicos diversos durante varias generaciones. Y añade Müller: «Si un niño de pecho es tratado con método y perseverancia, la evolución es tal que todas las lesiones reparables (y lo son casi todas) desaparecen en pocas semanas, para no repetirse ya más». Dicho autor aboga por la multiplicación de las instituciones dedicadas a reunir y tratar regularmente, desde los primeros meses de la vida, a los heredosifilíticos.

Escrito este preámbulo, que consideraba ne-

cesario, dividiré en varios grupos a los niños sospechosos de lues, que he observado en el dispensario municipal de puericultura que tengo a mi cargo.

GRUPO I.—Heredoluéticos con manifestaciones cutáneas específicas.

GRUPO II.—Hijos de padres sifilíticos, sin manifestaciones específicas en la piel.

GRUPO III.—Niños sospechosos de posible heredosifilis.

GRUPO IV.—Rebusca de heredoluéticos entre los restantes niños.

\* \* \*

#### GRUPO I

##### NIÑOS HEREDOSIFILÍTICOS CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ESPECÍFICAS

Son los más fáciles de diagnosticar, si nos los presentan con las manifestaciones cutáneas.

Entre los 330 niños de pechos que han acudido a nuestro servicio oficial de puericultura, hemos observado manifestaciones cutáneas específicas únicamente en cuatro.

*Observación I. — Niño núm. 135. — J. M.,*

nacida en marzo de 1926; tiene cinco meses de edad. La madre confiesa antecedentes de probable sífilis; el padre niega su padecimiento. La madre ha tenido anteriormente un parto a término y un aborto.

En la niña se observan hidrocefalia incipiente, costra láctea, micropoliadenopatía, otitis ligera, laringitis, pápulas húmedas en la

piel, condiloma anal. No tiene fiebre. Su peso es casi normal, pues tiene cinco meses y pesa seis kilos justos.

Rior al primer parto de su mujer. Esta no ha presentado nunca estigmas sifilíticos y apenas si ha sido tratada durante el embarazo del niño que historiamos. El niño nace con rinitis ligera y persistente; hemos de considerarle como heredolútico. Lo vemos por vez primera a los dos meses de edad y pesa 4,500 gramos. Lactancia materna los dos primeros meses,

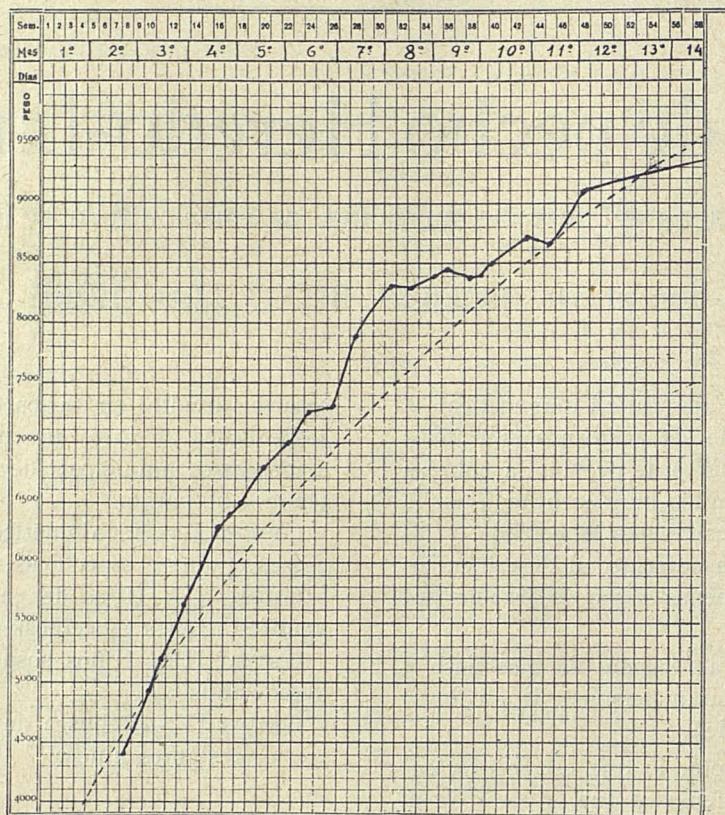


Gráfico ponderal del niño n.º 191 (*Observación II*).

boca y condiloma anal. No tiene fiebre. Su peso es casi normal, pues tiene cinco meses y pesa seis kilos justos.

Esta niña nos la enviaba un compañero para que concretáramos su diagnóstico, por cuyo motivo sólo la vimos una sola vez e ignoramos su evolución ulterior.

*Observación II.*—Niño n.º 191.—F. R., nacido el 13 de noviembre de 1927. Su madre tuvo anteriormente otro parto, habiendo muerto el niño al nacer, por asfixia, en presentación de nalgas. El padre declara su infección sifilítica y afirma con precisión que es poste-

mixta progresiva del segundo al sexto mes, y desde entonces artificial. El peso se desarrolla normalmente, se sostiene en pie a los 6 y medio meses y anda solo a los 11 meses. Entre las manifestaciones patológicas ha presentado una ligera bronquitis a los 2 y medio meses, otra a los 4 meses; dispepsia de hidrocarbonados a los 6 meses, que repite dos meses después.

A los 18 meses tuvo una fiebre euptiva ligera, que pasó sin asistencia médica y que fué probablemente una escarlatina.

A los 19 meses de edad presenta una erup-

ción abundante universal de estrófalo, con sus elementos eruptivos característicos (pápulas acuminadas, blancas en el centro, que producen fuerte picazón).

Simultáneamente comienza a toser y padece una tos ferina, que evoluciona favorablemente mediante las inyecciones de vacunas específicas.

El estrófalo sigue durante dos meses, al ca-

mente son específicas y se han distinguido por su arsenoresistencia. Anteriormente, a los cuatro meses de edad y sin observarse ningún síntoma específico, prescribimos a este niño fricciones diarias de medio gramo de ungüento mercurial al  $\frac{1}{3}$ , que fueron suspendidas después de la tercera por diarrea y substituidas por la ingestión de 0,04 gramos de stovarsol (4 días en la primera semana) y 0,06 gr. de

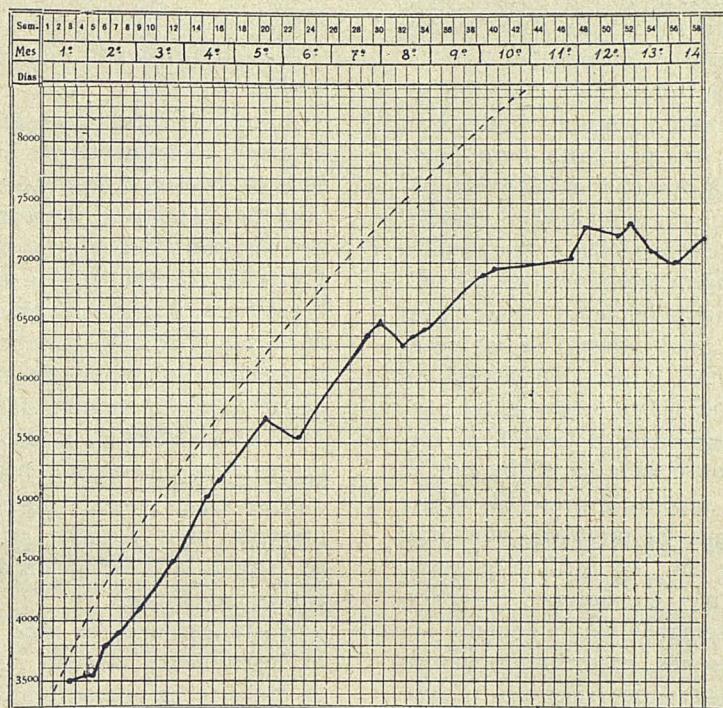


Gráfico ponderal del niño n.º 212 (*Observación III*).

bo de los cuales aparece un infarto subcutáneo periumbilical, que no podemos explicar por ninguna irritación externa y que desaparece a los pocos días, siendo de notar que aparece después de varias inyecciones de acetylarsan. A continuación aparece una ampolla de pénfigo en la planta del pie, y al secarse ésta brotan varias idénticas en las palmas de las manos y seguidamente otras en los pies, las cuales se suceden y alternan durante un mes y medio, a pesar de que estamos siguiendo el tratamiento arsenical indicado, por lo cual lo substituimos por hidróxido de bismuto intramuscular, que reforzamos tres semanas después con fricciones mercuriales, cesando así definitivamente la erupción penfigoidea.

Estas manifestaciones cutáneas indudable-

ídem (4 días de las semanas sucesivas), que cesamos de administrar por la aparición de una dispepsia de hidrocarbonados.

Durante la erupción de estrófalo y antes de que apareciera el pénfigo palmar y plantar, comenzamos a inyectarle 1,5 c. c. de acetylarsan infantil tres veces por semana, que fué bien tolerado pero que no blanqueó las lesiones, por lo cual a partir de la quinta inyección dimos un inyectable entero (2 c. c.), tomando en conjunto nueve inyecciones de acetylarsan, con un total de 18 centígramos de arsénico metálico.

Al ser substituído por las inyecciones intramusculares de hidróxido de bismuto, dimos de éste siete de 0,025 gramos y otras siete de 0,04 gramos, habiendo intentado llegar a 0,05

gramos un día, por la tarde de cuya inyección tuvo un vómito verdadero (no regurgitación de niño de pecho), lo cual motivó que no pasáramos de la dosis de 0,04 gramos, que, como hemos dicho, blanqueó las lesiones específicas.

*Observación III.—Niño núm. 212.*—J. C., nacido el 19 de febrero de 1928. Su madre ha tenido anteriormente un parto a término y un aborto gemelar (de tres meses) homosexual (dos varones); sufre sífilis que data de dos años, contaminada por su marido.

Vemos al niño por vez primera a las dos semanas del nacimiento y presenta pápulas erosivas perianales. A tal propósito haré notar que este niño se halla sometido a lactancia materna exclusiva, por lo cual no es fácil confundir dichas pápulas con aquellas otras banales que aparecen con harta frecuencia en las nalgas de los lactados artificialmente; pues en los criados al pecho la gran mayoría de las veces las deposiciones irritan la vecindad del ano en forma de eritema simple, de mayor extensión, pero de menor profundidad en la piel, no formando pápulas. Confirmada la sífilis por el interrogatorio de la madre, le prescribo veinte fricciones de un gramo de ungüento mercurial al sexto, una por día. La sifilide perianal, tarda cerca de un mes en mejorar, desapareciendo a las cinco semanas de tratamiento.

Siete semanas después, prescribimos nuevamente otra serie de veinte fricciones mercuriales, sin que el niño haya presentado nuevas manifestaciones.

Por la gráfica ponderal se puede apreciar el desarrollo progresivo de este niño, con hipotrofia creciente a partir de los seis meses de edad, la cual se explica, en gran parte, por la salud precaria de la madre, la cual sufre un acceso intenso de anexitis, pierde seis kilos de peso, padece luego una bronquitis, y, más adelante una mastitis, a pesar de todo lo cual se empeña en dar únicamente el pecho a su hijo hasta los siete meses de edad, ayudándose luego con algún biberón y papillas, sucesivamente.

El primer gancho de la gráfica es debido a dos semanas de diarrea; el segundo descenso se debe a una bronquitis, y, el último, a la gripe, que padecen simultáneamente el niño y su madre.

Posteriormente tiene varios trastornos dislépticos y le pongo una serie de inyecciones de cacodilato, adquiriendo entonces el sarampión, después del cual (quince meses de edad), he carecido de noticias del niño.

*Observación IV.—Niño núm. 236.*—M. S., nacido el 12 de agosto de 1928. Su madre ha tenido anteriormente otro hijo y ningún aborto.

Este niño constituye el verdadero tipo del hipotrófico específico, siempre atrasado en peso, a pesar del tratamiento.

A los dos meses de edad padece una dispepsia ligera.

A los tres meses presenta una tumefacción dolorosa, ligeramente por encima del codo derecho y deja de mover dicho brazo, que se halla como paralizado. Deseamos hacer una inspección radiográfica, pero no podemos llevarla a efecto. Sospechamos la existencia de sífilis hereditaria, por lo cual prescribimos una serie de veinte fricciones mercuriales, y ordenamos la práctica del Wassermann en la madre, que da un resultado positivo débil. Para mayor seguridad hacemos un Mantoux en el niño, que proporciona un resultado negativo.

A los cinco meses y medio de edad, el niño, presenta unas pápulas húmedas perianales; reiteramos la prescripción de otras veinte fricciones mercuriales.

Hasta entonces el niño ha estado lactado exclusivamente al seno materno, padeciendo en dicha fecha la madre una apendicitis grave, que obliga a suspender la lactancia materna durante quince días, dándole luego el pecho tres veces diarias, alternando con biberones de leche de vaca.

Dos meses después vuelve a traer regularmente el niño al dispensario, lo cual aprovecho para inyectarle una serie de acetylarsan infantil (dos ampollas por semana), habiendo tomado en conjunto doce inyecciones, con un total de cinco inyectables, ya que, habitualmente, le inyectábamos medio, siendo de notar que fueron peor tolerados los últimos, que le producen vómitos. Terminada esta serie, ordenamos inmediatamente otra de fricciones mercuriales; entonces tiene el niño doce meses de edad.

Como puede verse, el tratamiento ha sido intenso, a pesar de lo cual no logramos modificar el defectuoso metabolismo constitucio-

nal de este niño, que se halla actualmente afecto de acentuada hipotrofia; su aspecto no es, precisamente, el del niño desnutrido, sino

que tengamos que señalar ningún proceso morbos digno de mención.

*Observación VI.—Niño n.º 14.—C. S.*

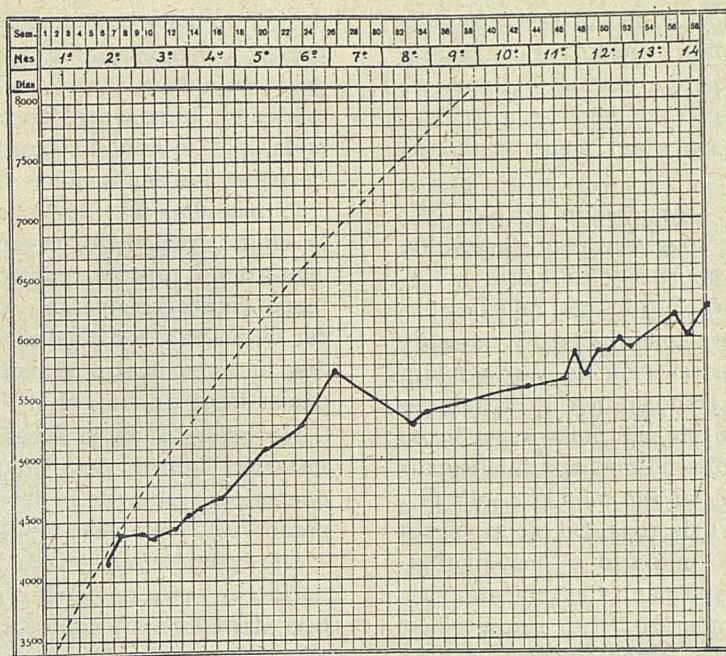


Gráfico ponderal del niño n.º 236 (Observación IV).

el del atrasado: tiene actualmente quince meses y parece que tenga siete u ocho. Pesa siete kilos, y anda solo, con soltura; éste es el primer niño que veo que camina sólo pesando menos de ocho kilos.

\* \* \*

## GRUPO II

### HIJOS DE PADRES SIFILÍTICOS, SIN MANIFESTACIONES EN LA PIEL

En este grupo resumiré, brevemente, la historia clínica de catorce niños de nuestro servicio.

*Observación V.—Niño n.º 11.—J. M.* Su madre es una luética, que ha sido tratada convenientemente durante el embarazo. La niña presenta un peso algo por encima del normal. La hemos observado durante diez meses, sin

Sexta hija; su madre, luética, no ha tenido abortos. La vemos a los dos meses de edad y pesa cinco kilos. Hasta los once meses no la vuelve a traer al dispensario: pesa 8,100 gramos y no presenta nada anormal. Le prescribimos fricciones mercuriales de un gramo, de ungüento napolitano al tercio, que le provoca enseguida intensa estomatitis. La madre afirma que sólo se le han hecho dos fricciones, parando en seguida el tratamiento. Tarda unos días en presentarla de nuevo al dispensario, pero ya la estomatitis ha hecho importantes progresos, habiéndole caído un diente. Aparece la necrosis del maxilar, con gangrena progresiva de las partes blandas de la boca, degenerando, pocos días después, en una bronconeumonía, que termina fatalmente. Le habían caído todas las piezas dentarias.

Este caso resulta sumamente instructivo, cuando menos a mí me ha dejado cohibido para prescribir las unciones mercuriales. Por haber tomado sólo dos fricciones de un gramo de ungüento al tercio, nunca hubiera creído posible la presentación de lesiones destructivas

tan amplias. La afirmación reiterada de la madre de que no ha aplicado sino dos veces la pomada mercurial, ha obrado en mi ánimo en el sentido de limitar la cantidad de mercurio prescrita en los niños de pecho. Desde aquella fecha, formulo siempre medio gramo diario de ungüento napolitano al tercio, vigilando de cerca al niño, y suspendiendo las fricciones inmediatamente después del menor signo de intolerancia.

*Observación VII.*—Niño núm. 34.—J. M., nacido en marzo de 1925. Su madre ha tenido anteriormente dos abortos y un parto a término con feto muerto, por lo cual ha sido considerada clínicamente como luética, a pesar de haber presentado la reacción de Wassermann negativa, tanto ella como su marido. Este niño se va desarrollando sin síntomas específicos, excepto una hipotrofia de mediana intensidad.

*Observación VIII.*—Niño núm. 62.—C. G., nacido en septiembre de 1925. Su madre ha tenido anteriormente un parto y dos abortos, presentando un Wassermann fuertemente positivo durante el embarazo. La seroreacción específica es también intensamente positiva en el padre. El niño no presenta nada anormal al nacer, excepto rinitis vulgar. Está bien constituido, y tiene peso superior al normal. A las pocas visitas deja de acudir a nuestro servicio; suponemos que su madre no lo trae por hallarlo en buen estado general.

*Observación IX.*—Niño núm. 97.—C. C., nacida el 1 de marzo de 1926. Su madre ha tenido anteriormente otro hijo, que ha criado al pecho; no ha sufrido abortos y presenta, durante el embarazo, una reacción de Wassermann fuertemente positiva; la niña recién nacida pesa 3,900 gramos a las tres semanas (peso superior al normal). No vuelve por el dispensario.

*Observación X.*—Niño núm. 139.—A. M., nacida el 28 de enero de 1926. Su madre ha tenido anteriormente un parto a término y ningún aborto. Durante el embarazo ha presentado albúmina en la orina y sufrido una pleuresía seca. Es sifilítica desde hace ocho años, según nos manifiesta concretamente.

Veo, por vez primera a la niña, a los ocho meses de edad, pesando, entonces, solamente, 4,500 gramos; dados los antecedentes maternos, le practico un Mantoux, que da resul-

tado negativo. Asimismo se practica la exploración radiográfica de madre e hija, resultando ambas negativas.

En vista de ello considero su acentuada hipotrofia como una manifestación luética y prescribo diez centígramos de storvarsol por ingesta durante cuatro días de cada semana. El storvarsol le produce ligera diarrea muy pútrida, por lo cual lo suprimimos, haciéndose normales las deposiciones dos días después.

Quince días más tarde intentamos de nuevo la administración de storvarsol, a razón de seis centígramos diarios, cuatro días de cada semana. Simultáneamente ordenamos echar azúcar de malta a los biberones de leche de vaca. Así lo toma cuatro semanas, al final de las cuales tiene un empacho.

No presenta en lo sucesivo ninguna manifestación luética, pero no podemos conseguir que su peso aumente lo debido: a los 21 meses pesaba 8,120 gramos (tres kilos de retraso).

*Observación XI.*—Niño núm. 162.—A. S., nacido el 15 de noviembre de 1926. Es octavo hijo, sin contar tres abortos con feto probablemente macerado. El interrogatorio de la madre nos acentúa las sospechas de que sea luética; sufre dolores osteócopos y malestar general, pero la reacción de Wassermann ha sido negativa durante el embarazo.

Este niño es también un hipotrófico, que su madre cuida mal, pues le ha dado sopas al cumplir un mes de edad, y la ración de leche es demasiado abundante, pese a nuestros consejos. Así es que se vuelve raquíctico. Padece una dispesia grave al comenzar el verano, pero va viviendo.

*Observación XII.*—Niño núm. 175.—L. M., nacida el 4 de abril de 1927, hermana del número 139, prematura de ocho meses. Como ya nos consta la sífilis de los padres podremos considerarla como heredoluética.

Nos la traen a los quince días de su nacimiento y pesa 2,350 gramos. Su pronóstico es, por lo tanto, serio, pero confiamos en la madre, que atiende cuidadosamente nuestras indicaciones. Prescribimos enseguida fricciones mercuriales durante 15 días con un tercio de gramo de ungüento mercurial al 30 por 100. Pero nos vemos obligados a suprimirlas a la segunda fricción, por diarrea.

A los 4 meses y medio de edad y con peso

de 4 kilos justos anotamos que tiene completamente cerrada la fontanela anterior. Repetimos las unciones mercuriales, colocándole una serie completa.

Esta niña sigue creciendo lentamente, pero siempre con acentuada hipotrofia, sin más manifestaciones.

*Observación XIII.*—Niño núm. 195.—J. G., nacido el 2 de junio de 1927. En los antece-

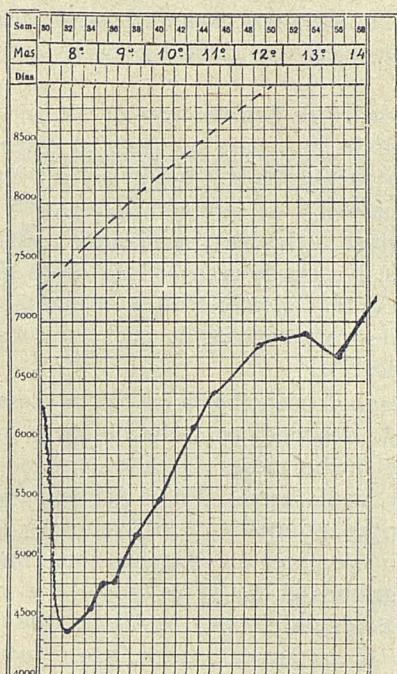


Gráfico ponderal del niño n.º 195 (*Observación XIII*).

dentes de familia no hallamos nada digno de mención. Tiene otros dos hermanos con buen hábito externo.

Veo, por vez primera a este niño a los siete meses de edad, el día 10 de enero de 1929, el cual está convaleciente de una dispesia sub-aguda grave. No obstante, a pesar de una dietética bien dirigida y a pesar de que hace ya tres o cuatro semanas que ha cesado el período agudo de su afección intestinal, el niño no se rehace, sino que su hipotrofia tiende a ir en aumento: peso 4,400 gramos a los siete meses, lo cual significa un retraso de más de dos kilos por debajo del peso normal, y según dice su madre dicho niño estaba bien nutrido antes de su enfermedad.

Debido a tal anomalía ordeno que se practique una reacción de Wassermann a la madre, la cual da un resultado netamente positivo.

El niño es, pues, un heredolúético; como vestigios clínicos sólo hallo una micropoliadenopatía axilar e inguinal. Prescribo enseguida 20 días de fricción mercurial (medio gramo de ungüento mercurial al tercio), notándose enseguida que el peso del niño reacciona favorablemente (gana de 200 a 300 gramos cada semana). Su alimentación consiste en lactancia materna y un biberón con Germinase diaria.

Terminadas las fricciones le doy seis centigramos de stovarsol por ingesta, cuatro días de cada semana.

La mejoría del niño es rápida y progresiva, lo cual demuestra la especificidad de su hipotrofia secundaria.

El niño tiene poco después un absceso caliente del pie, consecutivo a unos sabañones infectados, que cura bien y sin entorpecer la marcha ascendente de su peso.

Dos meses después repetimos la serie de 20 fricciones mercuriales y a continuación le administramos doce centigramos diarios de stovarsol por ingesta. Así llegamos hasta los 13 meses de edad, junio de 1928, en que sufre una bronquitis, que le produce una pérdida de peso de media libra, la cual es en gran parte debida a que se nos había agotado la harina lacteada que hacía tres meses tomaba en substitución de la Germinase y que la madre no le ha comprado.

Este niño sigue desarrollándose bien en lo sucesivo.

*Observación XIV.*—Niño núm. 217.—C. M., nacida el 26 de febrero de 1928. La veo por vez primera el día 22 de marzo siguiente.

Su madre ha tenido anteriormente un aborto de tres meses y seis partos a término, de los cuales sólo le vive un hijo. Los otros cinco han fallecido, tres nacidos muertos macerados, según parece, y dos de atrepsia (a los 2 y 4 meses de edad).

La madre confirma que, como su marido, es sifilítica. El padre apenas si se ha tratado. La madre ha sido suficientemente inyectada durante el embarazo de la niña que historiamos; es, además, una probable tuberculosa curada, según explica de los exámenes que le han he-

cho en el servicio de Asistencia Social a los Tuberculosos.

La niña pesa 4 kilos al mes de edad (peso normal) y se halla bien desarrollada, exceptuando la cara, que presenta un labio leporino con boca de lobo, es decir, con separación completa de ambos maxilares superiores hasta la úvula inclusive, que es doble, y comunicación de las fosas nasales con la boca. La deformidad de la niña ya había obligado a la madre a instituir la lactancia artificial, chupando sin dificultad de la tetina.

Se practica una reacción de Wassermann a la madre, que resulta negativa. (Tengamos presente que hace poco ha sido intensamente tratada).

Establecemos una serie de 20 fricciones mercuriales en la niña. A los dos meses de edad le comienza una ligera bronquitis, que no ha de dejarla hasta los cinco meses de edad, mes de julio de 1928, en cuya fecha da ocasión a una bronconeumonía rápida, que causa la defunción de esta niña en tres días.

Después de las fricciones mercuriales, prescribimos a esta enfermita seis centigramos diarios de storvarsol, descansando tres días cada semana, que al principio es bien tolerado. A los 15 días aparece una dispepsia ligera, que tarda tres semanas en curar. Desde el primer día de la diarrea suprimimos los comprimidos de storvarsol.

Entre tanto no ha cesado la bronquitis, siempre ligera y en junio ha presentado una ligera otitis media. Ambas son indudablemente producidas por la infección local continuada en la cavidad buco-naso-faríngea.

El último peso tomado a esta niña fué de 5,220 gramos el día 21 de junio (cuatro meses de edad).

Desde el comienzo la habíamos enviado a nuestro compañero doctor Roviralta para que la interviniere quirúrgicamente, a cuyo efecto aguardaba una ocasión propicia, que no llegó a presentarse.

*Observación XV.—Niño núm. 282.—F. G.,* que calificamos de heredosifílico porque es hermano del niño que hemos historiado con el núm. 195.

Nacido con buen peso, sufre en 15 días una pérdida de 500 gramos, sin que la madre nos sepa explicar la causa y a pesar de que toma

las fricciones mercuriales que le prescribimos.

Sometido primero a lactancia materna, a los dos meses de edad hay que ponerlo a lactancia artificial, debido a varios días de fiebre alta a 40° de la madre, que agota su secreción láctea.

Como quiera que a los tres meses de edad el peso sólo señala 4,000 gramos, le sometemos a dos inyecciones semanales de acetylarsan infantil, poniéndole cada vez un tercio de inyectable. Toma así seis inyecciones, durante las cuales aumenta 600 gramos de peso, que luego disminuye en 100 gramos por vómitos repetidos.

La madre se despreocupa de su hijo y pre-texta vivir lejos para no venir al dispensario.

*Observación XVI.—Niño núm. 296.—D. C.,* nacido el 5 de septiembre de 1928. Quinto hijo, viven todos sus hermanitos; madre sin abortos. No puedo recoger más datos sino que el Dr. Vidal Colomer trata a la madre con inyecciones intravenosas de 914, por considerar la luética.

Lastado al pecho hasta los cuatro meses y alimentado después con leche de vaca, lo veo a los 6 y medio meses de edad, viéndolo hasta los 9 y medio meses. En la primera fecha pesaba 5,700 gramos (20 de marzo), cuyo peso ha ido siempre en disminución, marcando 4,500 gramos el día 21 de mayo. Casi siempre presenta deposiciones diarréicas, que imposibilitan el tratamiento específico. Aunque no hemos sabido nada de la evolución ulterior de este niño, suponemos que falleció poco después de su última visita a nuestro dispensario.

*Observación XVII.—Niño núm. 319.—C. M.,* nacida en 21 de julio de 1929. Cuarto hijo, viven todos sus hermanos; dos de ellos son los números 139 y 175 de nuestro dispensario. Nos consta, por consiguiente, que es una heredoluética. Durante su embarazo la madre ha tomado tres inyecciones intravenosas de 914.

Aunque afecta de hipotrofia, el peso de esta niña va ascendiendo gradualmente, conservando su retraso inicial de 700 gramos. La prescribimos fricciones mercuriales. Durante los cuatro meses que la hemos visto asiduamente, no ha presentado ningún síntoma que denuncie su heredosifílis.

*Observación XVIII.—Niño núm. 278.—A.*

M., nacida el 5 de abril de 1929. Ha tenido dos hermanos, uno de los cuales ha fallecido a los siete meses de edad por meningitis que duró quince días.

Su nacimiento fué prematuro, sitemesina, aebido a metrorragias catameniales de la madre durante el embarazo.

Vemos a esta niña por vez primera a los once días de edad y pesa 1,700 gramos. Durante los primeros nueve días de su vida extrauterina ha presentado accesos de cianosis, seguidos de palidez, con apnea simultánea, que repiten una o dos veces al día. Su madre la cría al pecho.

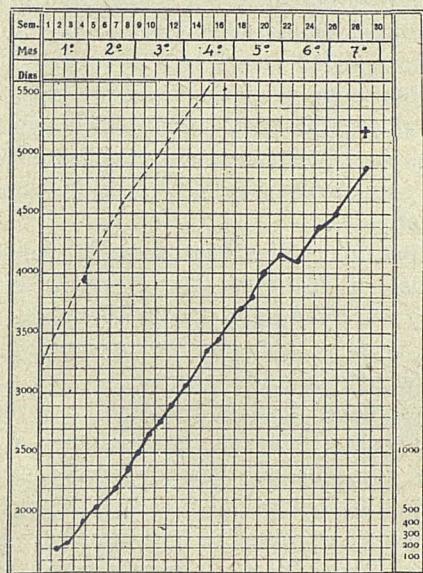


Gráfico ponderal del niño n.º 278 (Observación XVIII).

Por su nacimiento prematuro, su peso sumamente escaso y los accesos de cianosis, seguidos de palidez, formulamos un pronóstico grave.

La similitud de este caso con los presentados por Marfan en el primer tomo de su «Clinique des maladies de la première enfance» por Elizalde y Cervini en los «Archivos latinoamericanos de Pediatría» (mayo 1927) y por Gardère y Mlle. Weill, nos hacen pensar en una etiología parecida. Todos estos autores sospecharon que la sífilis congénita había hecho presa de sus enfermitos y los sometieron al tratamiento específico, habiendo fallecido el de los autores americanos.

En consonancia con esta sospecha mandamos practicar una reacción de Wassermann en la sangre de la madre, por no ser posible hacerlo en la de la niña, habiendo dado un resultado netamente positivo.

Así, pues, prescribí una serie de 20 fricciones mercuriales que de momento dieron buen resultado, pues no se repitieron las crisis de cianosis con apnea y el desarrollo de la niña fué prosperando con regularidad.

Al mes de edad fué preciso transformar la lactancia materna en mixta, por hipogalactia de la madre, que llegó a ser por completo artificial al cumplir la nena tres meses de edad.

Durante este período el peso pasó de 1,700 gramos a 3,450 gramos, y la criatura presentó vómitos habituales, más ostensibles las veces que tomaba el pecho. Para aumentar el valor alimenticio de la leche de vaca le añadían Maltopol (azúcar de malta).

A los tres meses de edad y por conveniencia de los padres, se cambiaron los biberones de leche de vaca de la lactancia mixta por biberones de leche condensada, al establecer por completo la lactancia artificial. El cambio de leche fué lento, para que el estómago se acostumbrara con mayor facilidad, tardando una semana en dar exclusivamente leche condensada (siete cucharadas soperas de agua por dos cucharaditas de leche condensada).

Pocos días después, la niña presenta ataques eclámpicos generalizados, subintrantes, sin fiebre, que duran tres días (20-22 julio), dejando pocos ratos de reposo a la criatura y manteniendo consternados a los padres, que prevén el fin próximo de su hijita. En vista de esto formulo una poción con hidrato de cloral y le pongo la primera inyección de acetylarsan infantil, a la dosis de un c.c., que equivale a un centígramo de arsénico metálico, y que sigo inyectando en igual cantidad en días alternos.

En los días que siguen a la cesación de los ataques eclámpicos, la niña tose y presenta rinitis, por lo cual le prescribo una poción con benjuí y aceite gomenolado con algo de adrenalina para instilarle en las fosas nasales. Se presentan de nuevo vómitos habituales.

Le pongo en conjunto once inyecciones de acetylarsan en cinco semanas. Llevaba ya siete inyecciones de éstas cuando presenta ace-

sos de disnea, sin tos ni cianosis ni contracturas (días 22-23 agosto), volviendo a tener el día 25 de agosto tres ataques eclámpicos. Aunque no presenta los signos de excitación mecánica propios de la tetania, le prescribo una poción con carbonato amónico y pienso ponerle unas inyecciones de sulfato de magnesia concentrado, que por causas ajenas a mi voluntad no llega esta niña a tomar.

El día 3 de septiembre sufre una ligera dispepsia aguda, con diarrea, que se corrige bien. Es en esta fecha cuando se produce un ligero descenso de peso. A este propósito llamaré la atención sobre el hecho insólito de que esta niña aumentó 250 gramos durante los tres días de julio en que padeció los ataques eclámpicos subintrantes graves. Hay que recordar que en esta fecha comenzó a tomar leche condensada.

A partir de la dispepsia ya anotada pareció mejorar el estado de esta criatura, aunque muchas noches presentaba disnea objetiva, sin que la ocasionara apenas molestias subjetivas. Así pasó todo el mes de septiembre y la primera mitad del de octubre, ganando 800 gramos en este mes y medio. La nena tiene entonces 6 y medio meses.

Inopinadamente, el día 19 de octubre, mientras estaba realizando la visita de dispensario, me traen la niña con grandes prisas; me dicen que la noche pasada ha tenido bastante disnea y la entran apneica en el dispensario, teniendo yo sólo tiempo de observar una crisis convulsiva final, que terminó rápidamente por la muerte.

A pesar del Wassermann positivo de la madre y vista la persistencia de la disnea, sin lesiones a la auscultación del torax y la presentación repetida de ataques eclámpicos, pensé que además de la heredolues bien pudiera intervenir en su producción la hipocalcemia característica de la tetania. Por eso tuve mucho interés en practicar una dosificación del calcio sanguíneo, a cuyo fin obtuve de nuestro colega Félix Fornells, máximas facilidades, no llegando a realizarse el análisis por haberse opuesto la familia.

Considero este caso de alto valor instructivo y a pesar de su óbito, juzgo que el tratamiento antisifilítico empleado fué de relativos buenos resultados, ya que impidió seguramen-

te la muerte durante el mes de julio y los dos siguientes.

\* \* \*

Paralelamente a este caso y aunque no encauda con el título de este trabajo, no quiero dejar de resumir la historia de la niña 213, nacida el 17 de febrero de 1928.

Es hija de una tuberculosa fibrosa compensada, según dictamen radiográfico del doctor Seix, por lo cual es lactada artificialmente. No hay antecedentes que hagan pensar en sífilis. Está vacunada con B.C.G. en los primeros días de la vida.

El 21 de marzo, o sea al mes de edad, presenta una cianosis generalizada muy intensa, con normalidad completa a la exploración del corazón, cuya cianosis, de tinte casi negro, dura nueve días, sin cesar y va acompañada de tos seca, corta, continuada. Sostengo a la niña con tónicos cardíacos, por ingesta e inyección.

A los nueve días desaparece la cianosis, le practico un Mantoux, que da resultado negativo y explorada con Rayos X por el doctor Sayé, no se ve nada anormal, excepto una desviación notable de la tráquea.

Tres meses después presenta otra vez algo de cianosis y nuevamente examinada a Rayos X, se sospecha que hay hipertrofia del timo, debido a la sombra que hay en el lugar correspondiente; se prescribe un tratamiento por los propios Rayos X, pero cuando van a aplicarse algunos días después, ya no hay tal sombra (Dres. Figueras-Faixat).

La explicación patogénica de este caso queda ignorada de todos los que hemos intervenido. La niña va creciendo normalmente, sin tropiezo alguno en el peso, y desde luego nunca se nos ha ocurrido a ninguno pensar en la posibilidad de la heredosífilis.

Apunto este caso para que sirva de comparación con el anterior y para poner bien de manifiesto la etiopatogenia variada que pueden tener las cianosis de la primera infancia y no tacharlas a la ligera de malformaciones cardíacas o de heredo sífilis, sin comprobar por todos los medios a nuestro alcance su verdadero origen.

\* \* \*

## GRUPO III

NIÑOS SOSPECHOSOS DE POSIBLE  
HEREDOSÍFILIS

En este apartado reuniremos varios niños que han presentado manifestaciones clínicas diversas, cuya patogenia no nos ha sido posible dilucidar con perfección, siendo aceptable que la sífilis hereditaria hubiera podido tal vez intervenir.

*Observación XIX.*—Niño núm. 283.—F. R., nacido el 20 de noviembre de 1928. Su madre ha tenido anteriormente otros dos partos y cuatro abortos (de 3 ó 4 meses de embarazo).

Dado este crecido número de abortos sospechamos la posibilidad de una sífilis y ordenamos se practique una desviación de complemento, resultando negativos el Wassermann, Meinicke y Sachs-Georgi. El niño se desarrolla bien y no padece nada digno de mención, pesando 10,800 gramos a los once meses de edad, fecha de la última visita.

*Observación XX.*—Niño núm. 289.—J. S., nacido el 14 de enero de 1928, sexto hijo, lactado al pecho materno sólo los tres primeros meses, luego con lactancia mixta hasta los ocho meses; desde entonces con leche de vaca.

Su padre tienetos habitual. Niño muy mal cuidado. Lo veo por vez primera al año de edad; pesa siete kilos. Vomita con frecuencia, a veces después de accesos de tos. Tiene hipertrrofiado el bazo y más aún el hígado. Pero lo que llama más nuestra atención es un tumor esférico, del tamaño de una nuez, que se implanta junto al ángulo extremo del ojo izquierdo, rodadizo bajo la piel, y que pudiera ser un quiste sebáceo, o un goma luética o tuberculoso. Considerando como más fácil la curación si se tratara de un proceso sifilítico, prescribo una serie de 20 fricciones mercuriales y entre tanto se practica un Wassermann-Meinicke-Sachs a la madre, que da un resultado completamente negativo.

A pesar del tratamiento la tumoración conserva el mismo aspecto y un mes y medio después aparece una tumefacción globulosa en el hipogastrio derecho. Este niño es, además, ra-

quítico, con un vientre de batracio característico. Quince días después, nueva tumefacción en un codo, que permite los movimientos articulares. Insistimos con fricciones mercuriales y dos semanas después comenzamos una serie de tres inyecciones semanales de acetylarsan infantil, alguna de las cuales produce vómitos y ligera fiebre.

Las tumefacciones del hipogastrio y del codo han mejorado notablemente y el tumor del ángulo del ojo ha descendido unos dos centímetros de diámetro.

En esta época cesan de traerlo al dispensario y nos enteramos que lo motiva una grave enfermedad de una hermanita.

El conjunto clínico no nos permite, pues, hacernos firmes en un diagnóstico preciso.

\* \* \*

## GRUPO IV

REBUSCA DE HEREDOLUÉTICOS ENTRE LOS  
RESTANTES NIÑOS

La relación que antecede comprende ya una porción de niños heredosifilíticos o sospechosos de tales, por lo cual queda muy reducido mi trabajo en este capítulo.

Por eso lo voy a limitar únicamente a dos aspectos, el de los niños afectados de vómitos habituales y el de los gemelos de igual sexo.

Ha sido Marfan quien ha llamado la atención sobre los niños de pecho que sufren regurgitaciones habituales, síndrome que atribuye a una especial sensibilidad de la mucosa gástrica, producida por causas diversas, entre las cuales incluye, en elevada proporción, la sífilis hereditaria. En los niños de su servicio dice haber hallado síntomas o sospecha de heredosifilis en un 68 por 100 de niños que sufren vómitos habituales. (Marfan. «Les affections des voies digestives dans la première enfance», 1923, pág. 130).

En los 330 niños que comprende el presente trabajo hemos anotado la existencia de la citada enfermedad de Marfan en 48 casos. Y he de llamar de un modo especial la atención sobre el hecho que solamente uno de estos 48

niños se halla comprendido entre los heredolúeticos estudiados más arriba: es la nena fichada con el número 278.

Estos 48 niños que han sufrido vómitos habituales corresponden a las fichas números 19, 25, 30, 60, 74, 86, 90, 93, 95, 111, 142, 146, 152, 160, 163, 165, 184, 199, 200, 201, 202, 215, 216, 219, 227, 234, 240, 241, 245, 246, 247, 254, 255, 256, 262, 277, 278, 284, 294, 295, 299, 312, 314, 317, 321, 328, y 329, que tengo a la disposición de mis colegas.

Entre las madres de estos niños hay trece primigravidas y 35 multiparas. Entre estas últimas hay sólo dos que han sufrido más de un aborto. Este dato habla con bastante elo-  
cuencia en contra de una sífilis hereditaria.

Veamos ahora la cuestión de los gemelos. La proporción de niños gemelos cuya lactancia dirigimos en nuestro servicio es relativamente elevada, lo cual se explica por la mayor necesidad de protección que requieren estos últimos, especialmente los nacidos de familias humildes.

Así es que, aún prescindiendo de los gemelos de distinto sexo, que por ser bivitelinos nos interesan, hemos asistido nueve parejas de gemelos homosexuales.

Sabido es que el hecho de pertenecer al mismo sexo quiere decir que pueden proceder de uno o de dos óvulos, formando una o dos bolsas amnióticas en el claustro materno. Los de dos bolsas o bivitelinos no deben nada patológico a su concepción; en cambio los univitelinos tienen su origen en una conjugación de óvulo y espermatozoo procedentes de individuos tardos la mayoría de las veces por una infección sifilítica.

Así, pues, siempre que se nos presentan gemelos del mismo sexo investigamos si son uno o bivitelinos, a fin de despistar una posible sífilis oculta. Muchas veces fracasamos en nuestro intento, ya que la incultura suele ser bastante acentuada en las mujeres que acuden a nosotros y no nos es fácil aclarar si la bolsa y la placenta que encerraba a los recién nacidos era única o doble.

Por eso podréis comprender que sólo una de ellas nos ha dicho claramente que había dos placetas y dos bolsas. En otra, la reacción de Wassermann fué negativa y el desarrollo

ulterior de los gemelos fué normal; sus hermanitos mayores tampoco presentaban estigmas de sífilis. En estas dos parejas podemos, pues, eliminar las línes hereditarias.

En las restantes siete parejas de gemelos homosexuales no tenemos datos suficientes para juzgar la patogenia de su gemelaridad, ya que la mayoría asistieron poco tiempo al dispensario, pues lo que quieren son biberones y en cuanto se los proporcionamos a diario, no vienen en busca de nuestros consejos, no por afán de rehuirlos, sino porque el trabajo que les dan los pequeñuelos se ha venido a sumar al ya excesivo que suelen tener las madres de la clase obrera en sus hogares.

De todas suertes sabemos que de estos catorce niños han fallecido tres por atrepsia, uno por piohemia a los tres meses de edad, otro hipotrófico aunque ignoramos la causa inmediata de su muerte y otros tres crecen con hipotrofia.

Es decir, que la mortalidad, muy elevada ya en los gemelos de la clase humilde, es aún más elevada entre los pertenecientes al mismo sexo, lo cual acentúa la posibilidad de que alguno de ellos llevara oculta la tara hereditaria de la sífilis de sus padres.

\* \* \*

Por los distintos casos clínicos de sífilis hereditaria aquí resumidos, hemos puesto en evidencia a la vez que la escasez de manifestaciones cutáneas, los largos períodos de ausencia de todo síntoma específico. Esto da lugar a que en muchas ocasiones lleguemos a creer que están sanos muchos niños nacidos de padres que nos consta que son sifilíticos, ya que pasan muchos meses e incluso años hasta que la sífilis hace en los hijos su aparición.

Hasta hace poco tiempo, no era posible explicar este hecho frecuente de la práctica médica. Actualmente, nos sirve para ello la moderna noción del polimorfismo del parásito específico: el treponema pálido se hallaría en las lesiones de la sífilis en actividad y la forma granular, filtrable, correspondería a los períodos de latencia.

Esta teoría ha renovado las discusiones sobre la patogenia de la sífilis del nuevo ser y aumentan hoy día los partidarios de la infec-

ción directa del óvulo por los gránulos ultra-microscópicos filtrables contenidos en el espermatozoo del padre sifíltico.

Asimismo parece ser que se explican mejor los casos de sífilis de segunda generación, es decir, aquellos en que el abuelo es un sifíltico indudable, en el padre no se ha exteriorizado nunca la enfermedad, y el hijo muestra signos de heredo-sífilis, que no provienen de la madre (Höchsinger).

\* \* \*

Concretando todo lo expuesto, creo poder escribir las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Entre 330 niños de pecho he encontrado 18 heredosifílicos y 9 sospechosos de tales.

2.<sup>a</sup> La heredosífilis es, muchas veces, una enfermedad latente; sus manifestaciones cutáneas son poco frecuentes, y, en general, se presenta como paucisintomática.

3.<sup>a</sup> Su variada sintomatología se aparta bastante de las descripciones clásicas, por lo cual resulta, en general, difícil su diagnóstico clínico.

4.<sup>a</sup> Como manifestaciones cutáneas, he observado en el dispensario: pápulas en la boca y perianales, condiloma anal, pénfigo palmar y plantar y pápulas erosivas perianales.

5.<sup>a</sup> He observado además: tumefacciones subcutáneas y óseas, parálisis de Parrot, labio leporino con boca de lobo, esplenomegalia, hepatomegalia, accesos de cianosis, apnea y disnea repetidas, sin manifestaciones a la auscultación, ataques eclámpticos apiréticos. Niños hipotróficos progresivos por especificidad; otros que se desarrollan con peso normal y gozan de aparente buena salud. Nunca hay descensos bruscos de peso ocasionados directamente por la sífilis hereditaria.

6.<sup>a</sup> Las numerosas observaciones de vómitos habituales nos obligan a negar rotundamente su relación con la heredosífilis.

7.<sup>a</sup> Entre los gemelos del mismo sexo, es fácil que, con frecuencia, intervenga la sífilis de los padres en su origen.

8.<sup>a</sup> Casi siempre el pronóstico es benigno de momento, salvo en las lesiones muy precoces; es grave cuando altera intensamente las funciones viscerales, y se producen disnea persistente, cianosis, convulsiones repetidas, etcétera. Si no se tratan, el pronóstico lejano, para nosotros desconocido, hemos de hacerlo reservado. La hipotrofia intensa es también de alta gravedad.

9.<sup>a</sup> El diagnóstico de la heredosífilis es difícil casi siempre. La reacción de Wassermann resulta concluyente cuando es positiva. Las reacciones negativas no tienen apenas valor diagnóstico.

10.<sup>a</sup> Como tratamiento hemos empleado el mercurio en fricciones de medio gramo diario. (A mayores dosis nos ha resultado muy peligroso). Hemos utilizado el arsénico por vía subcutánea o por ingesta, y el bismuto por vía intramuscular. Como preparados arsenicales he empleado el acetylarsan infantil a la dosis máxima de 2 c. c. (medio centígramo de arsénico por kilogramo), en inyección, o bien el stovarsol a la dosis de 0,04 gramos, a 0,06 gramos por cada toma en ingesta (cuatro días por semana). Al intentar dosis mayores de estos productos, el primero nos ha producido vómitos, y el segundo diarrea. He usado, también, inyecciones intramusculares de bismuto, dos por semana, a la dosis de 0,01 gramos a 0,04 gramos, de hidróxido por cada inyección.

11.<sup>a</sup> Para completar nuestras observaciones, hemos notado muchas veces la necesidad de las visitadoras a domicilio, de las cuales carecemos.

# Cómo debe prevenirse la rabia

por PABLO MARTÍ FREIXA

Director del Cuerpo de Veterinaria Municipal

La difusión de esta terrible enfermedad, grave peligro para el hombre y los animales, difusión y peligro que se acentúa ante las dificultades que ofrece el diagnóstico cuando se presenta bajo forma prolongada, epiléptica, y otras fácilmente confundibles con estados patológicos ajenos en absoluto a la acción del virus lísico, nos demuestra cuán interesante y urgente es utilizar *todos* cuantos medios puedan resultar efectivos en el terreno de la práctica, para de tal forma y manera llegar a reducir a su más mínima expresión tan execrable azote.

Prácticamente, la mejor profilaxis para la rabia del hombre radica en el perro. Si posible fuera exterminar dicho animal, seguramente desaparecería el cuadro morboso de la rabia en la especie humana, por cuanto, casi siempre, la rabia en el hombre obedece a mordedura de can rabioso. Al no ser posible, por varias razones, apelar a procedimiento tan radical, los legisladores intentan resolver con leyes tan grave problema. Dictan disposiciones encaminadas a evitar que los perros rabiosos o sospechosos de serlo, puedan llegar a morder al hombre o a los animales domésticos. Medidas de policía sanitaria veterinaria son sancionadas, pero cuya eficacia al depender de la severidad con que son aplicadas, por varias causas y razones, dan resultados tan limitados, que, de hecho, no resuelven nada.

Apelar a procedimientos que ofrezcan más y mejores garantías, es un deber humanitario que no debe olvidar el legislador, y, éstos, son los que la ciencia ofrece, mediante sus productos biológicos, cuya misión consiste en conseguir crear en los animales receptibles, y, por ende, peligrosos, un estado refractario; esto es, crear en ellos la *inmunidad* necesaria para que, cuando de una manera fortuita sufran la mordedura de perro rabioso, no pueda el virus inoculado desarrollar sus efectos por falta de medio adecuado para ello.

La inmunización de los perros contra la rabia es un hecho repetidamente demostrado por los centros científicos de todas partes del mundo civilizado. Prácticamente, millares y más millares de perros de tal manera preparados, son testimonio veraz de tal afirmación y la extraordinaria disminución de casos de rabia, tanto en la especie humana, como en los perros y demás animales domésticos ocurridos en los países y localidades en donde sistemáticamente someten los perros a la vacunación antirrábica, representa la más sabia contestación. Y es en el Japón, Italia, Portugal, Estados Unidos de América, Cuba, etc., etcétera, en donde se practica la vacunación y comprueba su eficacia, con la gran disminución de los casos de rabia, tanto en las personas como en los animales.

Pero la vacunación artirrábica, al igual que lo fueron en los principios de su aplicación otras vacunas admitidas hoy como verdad incontrovertible, tiene sus detractores.

Estos, más atentos a la observación de casos raros ocurridos, que a la génesis de los mismos, adjudicarán a la vacuna antirrábica efectos paralíticos de *índole peligrosa*, cuando, en verdad, son efectos puramente tóxicos, producidos por el uso de substancia nerviosa. En su consecuencia, tales fenómenos son ajenos en absoluto, al germen de la rabia. Demuestra que ello es así, el haber sido imposible, a pesar del interés invertido en conseguirlo, conferir contagio de rabia furiosa por medio de la vacunación: nadie cita este caso. Tampoco han reproducido la rabia en hombres o animales mordidos por perro vacunado. Igualmente resultan negativas las inoculaciones experimentales en animales receptibles, practicadas con material nervioso procedente de perros paralíticos a consecuencia de la vacunación.

Todos esos datos serían más que suficientes

para garantizar la inocuidad de la vacunación a base de virus muerto o debilitado hasta el punto de que sea incapaz de producir la rabia mediante inyección intramuscular, si además no se pudiera añadir que los fenómenos tóxicos que han dado lugar a los escasos detractores de la vacunación antirrábica, pueden igualmente provocarse como lo hemos conseguido repetidas veces experimentalmente, inoculando emulsión nerviosa concentrada como la vacuna Umeno, pero cuya substancia nerviosa procedía de animal sano—conejo—, y, por lo tanto, exento de virus lísico. Los trabajos de M. Finotchio, al eliminar el material nervioso y utilizar los núcleo-proteídos, consiguen la vacunación y evitan aquellos accidentes, esto es, las manifestaciones paralíticas como efectos de intoxicación.

Aceptada por la Conferencia Internacional de la Rabia, celebrada en París en 1927, la vacunación antirrábica de los perros, ¿cómo se explica se pongan dificultades a la difusión del método cuyos resultados prácticos han demostrado ser el más eficaz para luchar ventajosamente contra tan execrable enfermedad?

La eficacia de la vacunación se ha demostrado experimentalmente con la vacuna Umeno, y, últimamente E. Pantereux ha dado a conocer una vacuna antirrábica formolada, inofensiva y de larga conservación. Los animales vacunados con dicha vacuna, han resistido una inoculación intraocular de 0,2 c.c.,

de una emulsión de 1'50º de virus de calle, un mes, dos, tres, seis y diez meses, después de la segunda vacunación; las tres cuartas partes de los animales han resistido la severidad de las inoculaciones de prueba.

Esta vacuna se considera preferible a la fenicada japonesa Umeno y Doi, por su conservación, pero tiene el inconveniente de tener que intervenirse dos veces en cada perro con tres semanas de intervalo, e inyectar en dos sitios distintos en cada sesión, mientras que la Umeno requiere una sola intervención e inoculación.

Recientemente, vistos los magníficos resultados obtenidos en la profilaxis rágica del perro con la vacuna Umeno, se ha establecido, con carácter obligatorio, la vacunación antirrábica en la zona del Protectorado de Marruecos Español. Efectivamente: en dicha zona al vacunar los perros contra la rabia, han logrado la disminución casi completa de personas mordidas, evitándose las molestias del tratamiento antirrábico, en donde en el mes de noviembre de 1928 fueron unas ochenta las personas mordidas por canes rabiosos y sospechosos, comprobándose en muchos de ellos los corpúsculos de Negri en examen histológico.

Pensar sobre ello es interesante, pero es más urgente enfocar, de una vez, el camino práctico para luchar eficazmente contra la rabia.

# La aptitud psicovisual de los motoristas<sup>(1)</sup>

por el Dr. M. MENACHO

La aptitud psicovisual de los conductores de automóviles depende de sus facultades visuales en relación con su psiquismo, que es el factor encargado de valorizarlas.

Es un problema de actualidad, apesar del tiempo que lleva sobre el tapete el que voy a desarrollar en este trabajo; porque cada vez, con mayor imperio, las exigencias de la realidad imponen la promiscuidad de la circulación por la vía pública de diferentes clases de vehículos y de animales, entre los que ha de moverse el viandante, recurriendo a su conocimiento práctico de las características de cada uno de ellos, y la convivencia de elementos de tan varias: forma, dimensiones, velocidad y maniobra, exige una reglamentación severa que permita la utilización de la superficie viable a los nuevos elementos de transporte, sin impedírsela o hacerla demasiado peligrosa a los peatones, que son, sin duda, los que tienen derecho preferente. Afortunadamente el público de las grandes ciudades va adquiriendo, por la fuerza de las circunstancias, un grado tal de habilidad para sortear los obstáculos, que, por derecho propio, le coloca en la categoría de esos *virtuosos* a los que admiramos por su pasmosa agilidad y certero golpe de vista, y sólo así se explica que se habitúe a salvar las dificultades con verdadera maestría y a esquivar los peligros con pasmosa inconsciencia de su gravedad. Compárese la perplegidad y torpeza, tan naturales, de un individuo recién llegado de poblaciones de reducido vecindario, con los ciudadanos de las grandes urbes, y apreciaremos lo que puede dar de sí la práctica, en toda clase de deportes.

Pero este constante trato con el peligro, que acaba por proporcionar al ciudadano el hábito de despreciarlo, constituye la causa remota de casi todos los accidentes de la circula-

ción por la vía pública, unas veces por culpa de los motoristas y otras por culpa de los peatones, aun en el supuesto de que unos y otros conozcan sus respectivos papeles.

Si hubiéramos de defendernos de vehículos de características similares, la misión del peatón quedaría simplificada; pero es que por las vías más céntricas de nuestra ciudad hay motoristas que circulan en pleno día con velocidades de 40 kilómetros (a la salida de los despachos), junto a otros que marchan a velocidades moderadas, y mezclados con ellos, otras clases de vehículos, y necesita el viandante suma atención para calcular los segundos que tardará cada obstáculo móvil en cortarle el camino. Este cálculo, como todos los que tiene que hacer el peatón, ha de ser casi automático, que no permite más la rapidez con que se suceden los obstáculos, y durante su elaboración estamos expuestos a sufrir un error que puede ser de fatales consecuencias, aún más posibles, porque en el accidente intervienen, además del peatón otros factores, como: el motorista, el falible mecanismo de los carruajes, y otros obstáculos que pueden terciarse en el camino. Véase con cuanta razón precisa tomar precauciones para prevenir lo evitable, reglamentando la circulación, pues, aún así, bastante quedará con lo inopinado e inevitable para que continúe abierto ese siniestro balance de accidentes, que constituye la epidemia de la edad presente de los grandes centros de población.

Afortunadamente, no está todo por hacer; pues las Autoridades han dictado disposiciones encaminadas a regular el tránsito, que, si bien lo lentifican, ponen a cubierto de gran número de accidentes, que es lo principal que tenemos derecho a pedir; (las señales automáticas han sido una medida de gran eficacia, a este respecto). Pero si se ha de hacer una obra completa y perfecta para evitar semejantes peligros, sería necesario reunir técnicos

(1) Comunicación presentada en la Real Academia de Medicina.

que precisasen, además de las condiciones exigibles en el funcionamiento del aparato visual, las pertinentes al sistema nervioso, al aparato locomotor, al sentido del oído, etc., de los motoristas, y, aún así, aunque el trabajo resultara completo y perfecto no resultaría adecuado, pues para la vida corriente y para las necesidades de la práctica se ha de simplificar, procurando trazar un límite dentro del cual se clasifique al individuo, sinó como un dechado de perfecciones, como un elemento útil para el manejo del mecanismo que ha de dirigir. Este límite de tolerancia se impone, porque como son muchas las exigencias que se formulan dentro de la racionalización del trabajo en muchas industrias (de precisión, o de otras que exigen excelente mano de obra), irá resultando que se dificultará en alto grado el reclutamiento del personal, y como al fin y al cabo la experiencia demuestra que entre los factores que concurren a determinar la aptitud de un individuo para una labor determinada colaboran diferentes factores, que vienen a completarse y a suplirse dentro de ciertos límites, de ahí que pueda establecerse un cierto margen de tolerancia para facilitar la recluta del personal, sin prescindir de las garantías suficientes para la defensa de los viajantes. El ideal sería que todo motorista poseyera la máxima aptitud para llevar su carroaje por los lugares más difíciles, sin peligro para los demás ni para el suyo propio, pero con el incremento que ha adquirido la tracción mecánica y con el que aún ha de alcanzar, pronto escasearía el personal si la inspección fuera muy exigente, y por esto precisa trazar un límite por bajo del cual resulte imprudente (no ya peligroso), autorizar el ejercicio de la profesión.

La aptitud de un motorista resulta de un complejo de circunstancias o de cualidades, dependientes de distintos sistemas, órganos y aparatos, cuyo estado funcional debe conocerse para apreciar la proporción en que contribuyen a la aptitud del sujeto, porque la experiencia enseña que, según el psiquismo de los individuos, pueden suplir, dentro de ciertos límites, unas aptitudes por otras; por esto debe practicarse el reconocimiento del aparato visual, sin prescindir de las demás condiciones necesarias.

Quiero dejar bien sentado el aprecio que merecen los datos que la Psicotécnica proporciona, porque estimo los trabajos de Lahy («La selection psychophysiologique»), y los de varios conferenciantes nacionales y extranjeros que en nuestros Centros docentes han divulgado las excelencias de la nueva Ciencia, y van siendo cada vez más numerosas las Empresas industriales y comerciales que recurren a la Psicotécnica para establecer la racionalización del trabajo en sus casas, persiguiendo una mayor seguridad y perfección.

Cierto es, que se dirige una máquina más con el cerebro que con los sentidos y los miembros; que el sentimiento de la responsabilidad y el dominio de sí mismo son un poderoso freno contra la imprudencia y la distracción; pero hoy otros elementos, cuales son: la emotividad, la nerviosidad, la poca resistencia orgánica, la distracción y otros factores imponderables, aun para los recursos actuales de la Psicotécnica, que en algunos casos originan serios accidentes y que una valoración de los factores psicológicos hubiese podido evitar; pero en cambio hay otros, como la apreciación de los obstáculos, la de las velocidades, de las distancias y de los contrastes de luz, que requieren, además, la ayuda de un aparato visual, exento de defectos importantes, y esto reclama una especial atención. Así, pues; la visión, la audición, la locomoción, han de someterse a un examen muy ceñido y, de un modo especial, las reacciones psíquicas, aún en los individuos considerados sanos, porque es un hecho que entre éstos unos tienen reacciones más rápidas, otros mayor presencia de ánimo, otros dominan sus movimientos reflejos dentro de un automatismo bien regulado, otros saben apreciar ciertos detalles (distancia, velocidad, masa) que les dan una superioridad para estos menesteres, y de la ponderada proporción en que se den la aptitud física con las cualidades psíquicas, resultarán distintos tipos, aptos para la profesión. Véase con cuanta razón he dicho antes que había de limitar mi tema y por qué me voy a circunscribir a tratar principalmente de las condiciones relativas al aparato visual, determinando dentro de qué límites puede ser apto un individuo para guiar.

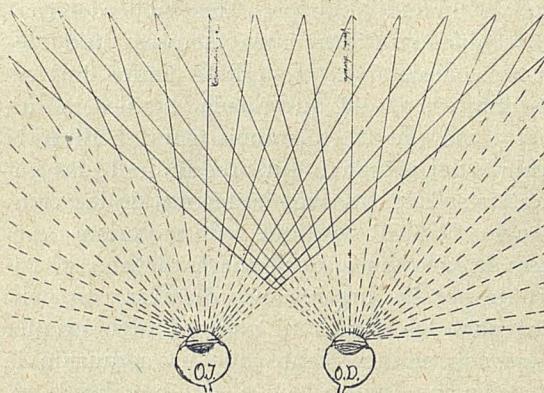
Las disposiciones referentes a lesiones ocasionadas por medio de carruajes de motor, contenidas en el Código Penal de 1928, tienden a acentuar la responsabilidad de los conductores motoristas. Como medida preventiva se muestra más exigente respecto a la aptitud del personal, y en el artículo 575 establece culpabilidad para los funcionarios que expidan certificados de aptitud a los que no la posean. En los artículos 34 y 576 se consideran delitos por imprevisión, imprudencia o impericia graves, los ejecutados por medio de automóviles, en varias circunstancias: (por exceso de carga, de velocidad, contravención a las Ordenanzas pertinentes al tránsito, por falta de vigor físico o de aptitud profesional, etcétera); autoriza al Tribunal para aplicar las penas que señala, hasta la suspensión del ejercicio de la profesión durante el tiempo que se resuelva, pero autorizando, no obstante, para aplicar los beneficios de la condena condicional a los no reincidentes. La aparente rigidez del Código levantó gran revuelo entre los que se consideraban perjudicados, ignorando el criterio con que se aplicaría en la práctica, pero pasada la primera impresión, las aguas han vuelto a sus cauces, aunque en realidad se comprueba que los conductores observan con más esmero las Ordenanzas sobre circulación, y los peatones van atemperándose a lo dispuesto por los reglamentos. Algo se ha ganado!

Para tratar en su totalidad el problema de la circulación, sería precisa otra tribuna en la que, según el aspecto bajo el que quisiera enfocarse, se pudieran situar en diferente plano: las Compañías de seguros, en el de su aspecto comercial, determinando el tanto por ciento a exigir para quedar a cubierto de todo riesgo (sin preocuparse demasiado de la aptitud de los motoristas, ni de las disposiciones dictadas para regular la circulación); los constructores, bajo el aspecto técnico-mecánico; los legistas, redactando Reglamentos para calificar los hechos punibles y ordenar las penas aplicables a los contraventores, y los Médicos, enfocándola bajo el aspecto de la aptitud personal; pero como aún con estas limitaciones resultaría el tema muy extenso para mi propósito, aunque sólo lo limitase al punto de vista médico, me circunscribiré al concepto de

la aptitud del aparato visual, el más importante a este respecto, sin prescindir de la que tienen los factores psíquicos, con aquél relacionados.

### LA APTITUD PSICOVISUAL DE LOS MOTORISTAS

I.—El sentido de la vista en el hombre, está servido por dos órganos periféricos, simétricos, los globos oculares, situados a los lados de la línea media en forma tal, que su campo de visión estático se extiende unos  $140^{\circ}$  en el mayor diámetro horizontal y otros  $110^{\circ}$  en el vertical máximo. De su situación resulta, que



Campos visuales: binocular y monocular.  
Visión directa e indirecta.

los Campos visuales (C. V.) monoculares, dominan exclusivamente la parte de horizonte situada a su extremo temporal, mientras que en sus sectores nasales se superponen ambos en forma de C. V. binocular, (V. el adjunto esquema), en cuyo ámbito la visión resulta más precisa, especialmente en aquella reducida porción que está bajo la dependencia de la fóvea (visión central, visión macular). Aquella (la visión indirecta), que es una visión imprecisa, cumple no obstante un cometido de gran importancia, porque sirve de centinela para delatar la existencia de cuantos objetos

se ponen a su alcance, que así despiertan la atención del sensorio, que enfoca entonces la mirada en el sentido preciso para que reconozca el campo y juzgue de su contenido y resuelva lo que convenga hacer. De ahí la importancia que tiene para la orientación y para la conducción de carreajes rápidos, la *visión binocular*, y por qué opinamos que es indispensable poseerla, por lo menos dentro de ciertos límites, porque en las grandes aglomeraciones urbanas existen lugares de cruce en los que fácilmente se puede causar daño a los demás cuando no se aprecian bien las distancias, y también para esta apreciación sirve de mucho la visión binocular, por lo que ayuda la visión estereoscópica a la sensación de relieve. Es cierto que cabe en lo posible (se dan bastantes casos) que algunos tuertos tengan exaltado el sentido de la ponderación y sepan apreciar las distancias valiéndose de otros datos, v. g., analizando las sombras; apreciando el desplazamiento paraláctico al ladear la cabeza, etc., pero los reglamentos no pueden descender a estos detalles, que además se prestan al favoritismo, y han de señalar reglas fácilmente comprobables. Así, pues, el factor «*ponderación de facultades*» que es un factor de benignidad a tener en cuenta para la fijación de la aptitud, ha de quedar encuadrado dentro de los Reglamentos y no se debe reservar para determinados individuos.

Además, es preciso sentar una afirmación previa, para evitar equívocos, a saber: que no basta poseer una buena visión central si no va acompañada de un buen C. V. que facilite la orientación, pues puedo citar a este propósito el caso de un señor al cual operé de glaucoma crónico simple, y que recuperó V=1, que le permitía leer casi toda la jornada, y que veía desde Centellas la hermita de Tagamanent, situada a unos 5 kilómetros en línea recta, y en cambio se podía pasar junto a él sin ser visto, porque tenía el C. V. reducido a 5° u 8° en la mayor parte de los diámetros. Así es, que por análoga razón que se han de establecer limitaciones de aptitud para los que no poseen aceptable visión en ambos ojos, se han de establecer también para quienes tengan deficientes los campos visuales. Supongamos la falta total de uno de éstos (ceguera monocular, tuerto absoluto), o la falta parcial sis-

tematizada de ambos (hemianopsia: homónima o heterónima), o de uno solo (hemianopsia nasal o temporal), o escotomas (centrales o periféricos) que se pueden presentar, y en tales casos la aptitud del individuo habrá sufrido rudo quebranto. Ciento es que estos casos son consecutivos a enfermedades o lesiones, pero como puede existir un individuo que a pesar de ello aspire a motorista, debe tenerse la precaución de investigarlo, para despistar su *disimulación*.

No hay que esforzarse en acumular argumentos para ponderar la influencia de la pérdida o limitación del campo visual aún en forma de escotoma periférico, en la aptitud del motorista, sobre todo en los primeros tiempos de su profesión, porque el conductor ha de estar en disposición de maniobrar con su máquina a cualquiera velocidad lo mismo en las grandes aglomeraciones que cuando se trate de alinearse con otros carreajes, para no constituir un peligro para los demás, que le siguen o que le rodean; por esta razón sólo podrá ser apto para guiar quien tenga limitaciones muy reducidas del C. V., si el examen psicotécnico demuestra la ponderación de sus restantes facultades.

Pero el C. V. puede sufrir alteración a consecuencia de enfermedades de los centros nerviosos, o de la base del cráneo (hemianopsias, escotomas), o del globo ocular (glaucoma, coroiditis, leucomas, etc.), alteraciones que pueden ser tan importantes para el motorista, que le imposibiliten para el trabajo; de modo que puede resultar que inutilice a un individuo que hizo sus pruebas de aptitud con éxito completo, y esto es debido a un hecho de importancia incontestable, porque como los obstáculos para la circulación surgen a cada momento y por cualquier lado, de ahí la necesidad de poderlos apercibir con tiempo bastante para evitarlos, y esto no puede lograrse cuando el C. V. ha sufrido cierta reducción. En el mismo caso se encuentran los que a consecuencia de enfermedades del aparato visual (o de otras) adquieren enfermedades de las que dificultan o imposibilitan la conducción, dificultades que han de ser motivo para agravar la responsabilidad del conductor si no ha requerido nuevo reconocimiento, porque es una imprudencia

temeraria continuar guiando, cuando se ha perdido la aptitud para ello.

II.—Y ahora es la oportunidad de estudiar lo referente a la *cuota visual* indispensable para conducir un automóvil, problema en el que caben apreciaciones diversas y del que traté en 1917 ante esta Real Academia, trazando un cuadro que he revisado con cuidado con motivo de esta nueva contribución al mismo tema, aportando a su análisis y crítica mi experiencia, que durante estos años se ha enriquecido: con la que he ido adquiriendo en mis excursiones; con la que supone el formidable desarrollo que está tomando en nuestra región el motorismo, y con los adelantos de la Psicotécnica y su empleo en la racionalización del trabajo. Esto explicará las ligerísimas modificaciones que he introducido en la justificación de los valores visuales exigibles a los candidatos a motoristas, aunque las conclusiones sean las mismas.

Para la fijación de la cuota visual necesaria es preciso tener en cuenta la velocidad de los carroajes, la eficacia de los frenos, la variedad y calidad de los obstáculos que se interponen, los imprevistos de toda clase que pueden surgir, la aglomeración de varias circunstancias en un momento dado, en fin, una serie de consideraciones que puestas a estudiar una por una, serían interminables. Por esta razón voy a exponer mi fórmula (deducida de mi experiencia y de la reflexión), que condensaré en pocas líneas:

Todo motorista, para ser declarado apto para conducir un carroaje, debe disfrutar de visión binocular suficiente para abarcar el espacio aproximado que habitualmente se suele dominar, siempre que el diámetro temporal de cada C. V. alcance como mínimo  $70^{\circ}$ .

Para que la visión sea eficaz dentro del C. V. ha de exigirse una cuota visual que definiré en estos términos: Designando por  $z$  la suma de la visión total de ambos ojos, declararemos apto para conducir a todo sujeto que llenando las demás condiciones que señalen los Reglamentos, disponga de una cantidad equivalente a  $1$ , con tal de que el ojo más defectuoso vea  $2/10$ , así es que pueden darse los siguientes casos:

#### Monoculares:

$$\begin{aligned}V = 0'80 + V = 0'20. \text{ total} = 1'00 &\text{ binocular} \\V = 0'70 + V = 0'30. \text{ total} = 1'00 &\text{ " } \\V = 0'60 + V = 0'40. \text{ total} = 1'00 &\text{ " } \\V = 0'50 + V = 0'50. \text{ total} = 1'00 &\text{ " }\end{aligned}$$

El motivo de determinar que el ojo más defectuoso posea por lo menos  $2/10$  de visión, es para asegurar el límite mínimo en que pueda utilmente concurrir a la visión binocular durante la noche, circunstancia muy esencial, porque cuando la pérdida de uno de los ojos no es total, la conservación de cierto grado de visión, que yo he fijado en  $2/10$ , permite al individuo inteligente sacar de ella un partido a veces insospechado, hasta el punto que si el ojo dominante por su mayor agudeza no es perfecto, permite guiar sin peligro merced al concurso de ambos ojos, siempre que se tenga en cuenta que estas concesiones de visión mínima han de ir compensadas por lo bien dotado que se halle el sujeto en otros aspectos del examen psicotécnico, que le permitan conservar su aptitud para maniobrar en las condiciones más difíciles.

III.—Hay individuos que por ser *estrábicos* deben ser considerados inútiles para guiar, porque si el ojo desviado es amblíope por bajo de  $2/10$ , se encuentran en el caso de un individuo tuerto, y si no son amblíopes, si el estrabismo es paralítico, tienen diplopia, y en tal caso son peligrosos porque pueden confundir la imagen falsa con la verdadera, y si saben prescindir de la falsa, entonces quedan reducidos a la visión monocular, que es un motivo de inutilidad, según nuestra opinión. Hay una variedad de estrabismo, el alternante, que para las necesidades habituales de la vida no representa una gran dificultad, pero que los que lo tienen no deben ser aceptados como motoristas, porque aunque poseen la visión simultánea, carecen de la binocular, que es la que da la verdadera garantía de aptitud.

IV.—En términos generales, la *visión nocturna* es función de la diurna, salvo pequeñas diferencias (los miopes suelen ver algo menos de noche, y los hipermetropes se suelen manejar mejor); pero hay individuos que son *hemeralopes*; que de día pueden disfrutar de visión normal, pero en cuanto oscurece, disminuye su agudeza en proporciones extraor-

dinarias, por falta de adaptación de la retina a las bajas intensidades de luz (atribuídas a alteraciones en la producción de las substancias fotoquímicas y a su ritmo de producción y de desgaste), así como se da el caso contrario, el de individuos *nictalopes*, que ven mejor cuando la intensidad luminosa es muy baja, y en cambio, con luz solar pierden su agudeza visiva en proporción notable; pero este último caso ya constituye una enfermedad y no nos ocuparemos de ella.

V.—Debemos llamar la atención, pensando en el porvenir que prepara la generalización de las pautas para la racionalización del trabajo a los futuros trabajadores, sobre las exigencias que se formulan para llenar las condiciones apetecidas para desempeñar con mayor perfección su cometido, procurando que en cuanto sea posible se supriman ciertas exigencias que tienen fácil substitución. Me refiero especialmente al empleo de *señales de color* para indicar si está abierto o cerrado el paso, en la circulación urbana, como viene haciendo desde tiempo inmemorial en las vías férreas; porque conviene hacer notar que existe un crecido número de individuos, en particular del sexo masculino, cuyo sentido cromático es muy deficiente (monocromatas, dicromatas, tricromatas) y fácilmente confunden los colores de las señales. No fijaré el porcentaje (1), porque es una estadística que no se ha hecho en escala bastante grande para que tenga valor absoluto, pero, sometidos a un reconocimiento científico, quedaríamos admirados al comprobar que muchos de los que se precian de conocer bien los colores confunden los que no están bien saturados, y puestos a clasificar un muestrario o bien ante la escala cromática, cometan errores de bulto. Este hecho, y la creciente mecanización de la industria de transportes, cada vez más numerosa y rápida, merece la pena de fijar la atención de todos, autoridades y técnicos, para lograr que se amplíe el círculo de individuos que reúnan aptitud bastante para prestar en ella sus servicios, *sin mengua de su suficiencia* y sin el más ligero peligro para el público.

Las señales de colores tienen la ventaja sobre las de figuras que se emplean en los circuitos automovilistas, de ser visibles, a igualdad de tamaño, desde mayor distancia, durante la noche; pero esta ventaja, que es fácil de compensar dando a las figuras mayor tamaño, queda compensada por la circunstancia de que la apreciación de las señales figuradas es función de la agudeza visual, y como ésta es la cualidad básica que hemos de exigir del conductor, no será otro motivo más de limitación para los aspirantes.

La elección de figuras habría de basarse en su sencillez de líneas y en su reducido número, v. g., para indicar el peligro, un aspa negra sobre fondo blanco; para señalar vía libre, dos líneas paralelas; para recomendar atención, un interrogante; etc.

En el servicio ferroviario podrían asociarse las figuras con ciertos colores, que, como el blanco y el rojo, o bien el blanco y el azul, no pueden confundirse. Pero este es un asunto a determinar después de múltiples ensayos, en los que se determinase el tamaño de las figuras con la saturación de los colores preferibles.

Añadiré, que la menor visibilidad de las figuras respecto a los colores no es un inconveniente de importancia, pues están en uso para el tránsito por carreteras, y aún de noche son vistas por los motoristas gracias a los faros de los mismos automóviles. Esto indica lo que podrían dar de sí, utilizando los medios de alumbrado en uso en las vías férreas.

VI.—*El conductor amétrope* que alcance sin corrección la visión exigida por el Reglamento de circulación, ¿puede usar su corrección óptica? En absoluto, sí, ya que con ella mejora su cuota visual, y por ende, su aptitud para el trabajo. Por una de esas coincidencias tan frecuentes en la práctica, el mismo día que escribo este párrafo viene a consultarme un individuo de 40 años, con ligero astigmatismo de signo contrario en ambos ojos, y visión excelente en el O. D. y algo menor en el O. I., que lleva corregidos con unos lentes (que seleccionaron en una casa de óptica, hace tres años), y se me queja de que hace un año sufre cefaleas cuando trabaja, y que algunas veces, cuando maneja el volante de su auto, se le perturba la vista, y aún a veces tiene dipl-

(1) Se ha dicho que llegan al ocho por ciento en el sexo masculino los individuos de sentido cromático deficiente.

pia, que le obliga a salirse de la circulación para evitar un accidente. Inquiriendo las causas se pudo descubrir que las molestias eran debidas a espasmos de la acomodación del O. I., que llevaba mal corregido. Expongo este caso porque demuestra que la corrección ha de estar bien hecha, para que rinda el aparato visual la utilidad que de él cabe esperar. Este caso, como tantísimos otros, demuestra, que el motorista que alcance la cuota visual que antes hemos señalado con el uso de su corrección óptica, debe usarla, y que no hay motivo fundado para prohibírselo, en especial si se trata de un particular que guíe su auto; pero en nuestra opinión, el profesional debe poseer dicho mínimo, sin corrección, aunque se le puede permitir servirse de ella, si con su ayuda alcanzara mayor visión.

Insisto en el criterio que antes he expuesto, a saber, que a los deportistas se les puede conceder que dicha agudeza sea aceptada como suficiente aunque se alcance con la corrección óptica, pero dentro de ciertos límites, que según mi experiencia ha de ser: de 3 D. para las ametropías de signo — (miopes o astigmáticos) y de 2'50 D. para las de signo + (hipermétropes o astigmáticos). La fijación de un máximo de ametropia tiene su razón de ser, porque si a un amétrope de 3 D. se le caen los lentes, podría guiar aún durante un corto trayecto sin peligro, mas si la ametropia fuera de 6 ó más D. podría ocasionar fácilmente un siniestro. No es que una ametropia fuerte no sea compatible con la conducción de auto, pues yo sé quien siendo miope de unas 10 D. conduce un auto de una Fonda rural, y yo mismo me he confiado a él, porque se trata de un trayecto corto y poco frecuentado, y el motorista es el mismo dueño (pero no me pondría a ir con él por las calles de una ciudad de vivo tránsito).

VII.—Se ha planteado la cuestión de saber si todos los motoristas se han de someter a un mismo reglamento de admisión, o si pueden admitirse excepciones. En realidad predomina el criterio de mostrarse exigentes en el dominio de la técnica del oficio, y usar de un criterio de benevolencia en algunas condiciones físicas del candidato, en particular para los que guían carruajes particulares, de su propiedad. Es evidente que los que llevan carrua-

jes de su propiedad cuidan más de que su funcionamiento sea perfecto, y por lo tanto más agradable de manejar, y que también tienen mayor interés en cuidar aquello que forma parte de su hacienda, pues si bien es cierto que los autos particulares con motores potentes, a menudo abusan de las velocidades, no se quedan rezagados los «Taxis», que van devorando kilómetros con el afán de aumentar la recaudación, con la agravante de que suele actuar casi siempre dentro de las ciudades, que es donde menudean los peligros y los accidentes de la circulación. Además hay otra circunstancia muy atendible; el profesional trabaja con más frecuencia al límite de fatiga, con carruajes en peor estado de conservación, y aún no encontrándose en estado de salud perfecta, en algunos casos, por la necesidad del jornal; y sobre todo y principalmente, porque los profesionales son los que suelen llevar los carruajes de mayor tamaño y de mayor peso (camiones, autobuses, autocarros) que requieren condiciones especiales de energía física, de conocimientos mecánicos, de prudencia, de ponderación de facultades, en relación con la mayor responsabilidad que representa, tener confiada a su pericia la vida de un pasaje numeroso. De aquí se deduce la conveniencia de que exista más de una categoría de conductores, o bien, que si existe una sola, esté basada sobre un mínimo de aptitud suficiente para circular sin peligro en las condiciones más fáciles. No hay que dudar que aquella sería la solución más conveniente, pero, descender en este particular a reglamentaciones tan casuísticas, complica la cuestión sin poner a cubierto de todas las dificultades. Parece natural que si hubiesen de establecerse categorías entre los conductores, habrían de descansar sobre hechos positivos, como v.g., un determinado tiempo de ejercicio sin haber causado accidentes (arbitrando garantías para evitar falsedades) con lo que se reconocería la supremacía de los motoristas hábiles y prudentes sobre la de los acróbatas del volante, y si se exigiera para optar a dicha prueba que hubiesen prestado servicio público, que son los que kilometreen constantemente y están más expuestos a causar accidentes, el resultado habría de ser excelente. Cuando a principios del año 1929 se puso en práctica la

nueva reglamentación de los motoristas para someter a nuevas pruebas a los que aspiraban a ser clasificados como de primera clase, debieron cumplirse las rígidas disposiciones de la Ley, pero parece ser que después se ha adoptado un criterio de mayor benevolencia, y ya no se exigen tantas perfecciones para alcanzar la máxima calificación. Sería de lamentar que la selección no subsistiera, pues la pública opinión le es favorable, y aún opinamos en pro de su agudización.

Sería de la más estricta justicia, que para estimular la selección del personal motorista, se concediera un trato de favor para aquellos individuos que en el examen de aptitud hubiesen merecido el título de conductor de primera, y que así como las Compañías de seguros conceden una reducción de prima según que guíe el propietario o el motorista, se concediese a los que poseyeran la mejor calificación.

VIII.—Y ahora vamos a señalar la existencia de dos tendencias en el asunto de la fijación de la aptitud individual para el ejercicio del motorismo: una, la de los que proponen pautas para la otorgación del permiso, fundadas en la aptitud del aspirante; otra, la de los que se conforman con la declaración del candidato de cumplir las condiciones que exige la Ley, porque creen que así acepta el candidato íntegramente las responsabilidades derivadas del siniestro que pueda causar. Nosotros opinamos que en la vida práctica es preferible aquel procedimiento, aunque no sea el más brillante, porque, desde luego, pone a cubierto de las declaraciones falsas de los candidatos, y porque, bien observado, puede prevenir accidentes; pues no se ha de prescindir del hecho de que no todos somos capaces de reconocer nuestros defectos, y de que, aún conociéndolos, creemos poderlos neutralizar con nuestra pericia, que solemos justipreciar con excesiva benevolencia.

IX.—Como la aptitud del conductor depende de una equilibrada ponderación de sus facultades, sería una medida muy práctica conceder los *permisos provisionales*, por la primera vez, y sólo después de haber guiado efectivamente y sin nota desfavorable durante un año, se concedería el permiso definitivo.

X.—Hemos dicho que la aptitud demo-

trada en el ejercicio de prueba puede perderse con el tiempo a causa de enfermedades o de lesiones, y esto dar motivo a que algunos conductores inútiles para el servicio, continuaran ejerciéndole y constituyendo un peligro para los demás. Para evitar esta contingencia habría de estatuirse, que todo conductor causante de un accidente que hubiese perdido su aptitud psicofísica para guiar, demostrada en el examen de prueba, fuese juzgado como autor de lesiones por imprudencia temeraria, o bien que las Compañías de Seguros les pudiesen discutir su derecho al seguro, por haberse valido de la disimulación de su estado.

*Cuando un conductor se incapacite por enfermedad para continuar ejerciendo su oficio, ¿se puede acoger a un criterio de benevolencia para seguir ejerciéndole?* La respuesta ha de ser negativa, pues el conductor ha de poseer el mínimo de aptitud requerida por el Reglamento vigente, ya que hemos reconocido que, en caso contrario, constituiría un peligro para los demás. Por doloroso que sea, hay que reconocer la justicia de tal disposición, pues en todas las carreras, profesiones u oficios ocurre, que el que pierde su aptitud tiene que sufrir las consecuencias de su desgracia, y para prevenir estos casos existen los seguros de enfermedad y de invalidez. En este caso también el individuo ha de soportar las consecuencias de su desgracia, pues fuera injusto que se le concediera un salvaconducto para circular, con evidente peligro para los demás.

XI.—Algunas enfermedades oculares de carácter crónico, colocan a los que las padecen en condiciones de inferioridad tal, que por bien dotados que estén en los demás aspectos, les colocan en situación desventajosa para guiar. Esto ocurre en el tracoma, la conjuntivitis estacional, el distriquiasis, ectropión, estenosis lagrimal, etc., ya que las molestias que habitualmente ocasionan se acentúan en cuanto se someten a la acción directa del viento, que les producen, por aumento de la secreción de las lágrimas el enturbamiento de la visión. Por lo tanto, los individuos afectos de estas enfermedades deben ser declarados inútiles para motoristas.

Para terminar, y como resumen de lo expuesto, formulo las siguientes conclusiones:

1.º Todo aspirante a conductor de carroaje

automóvil deberá someterse a reconocimiento facultativo, para acreditar suficiencia visual.

2.<sup>º</sup> Representada la suma de la visión normal de ambos ojos por la cifra 2'00, serán considerados aptos aquellos individuos que posean como mínimo 1'00, siempre que la visión del ojo más defectuoso no sea inferior a 0'2; entendiéndose que dicho resultado ha de obtenerse: colocando las escalas a cinco metros, manteniendo los párpados completamente abiertos, y, en los motoristas profesionales, sin el auxilio de corrección óptica. A los motoristas deportivos se les considerará aptos cuando alcancen el mismo grado de visión, mediante lentes, no superiores a tres dioptrias en las ametropías de signo negativo, y a 2'50 en las de signo positivo.

3.<sup>º</sup> No se concederá certificados de aptitud:

- a) A los tuertos.
- b) A los hemeralopes.
- c) Cuando los C. C. V. monoculares, o el binocular, estén reducidos en los límites señalados.
- d) Cuando no exista visión binocular.
- e) A los individuos afectos de conjuntivitis crónicas de forma grave, (tracoma, conjuntivitis folicular, conjuntivitis estacional), o de lagrimeo.

4.<sup>º</sup> La declaración de aptitud deja de producir sus efectos, cuando el motorista deja de llenar los requisitos señalados en la condición 2.<sup>º</sup>, y en tal caso su responsabilidad quedaría agravada en los términos que señale la Ley y el Reglamento sobre circulación de carruajes automóviles.

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

# Cuerpo de Veterinaria

**RESUMEN ESTADÍSTICO**  
de los servicios prestados por el Cuerpo de Veterinaria Municipal durante el primer trimestre de 1930.

**SERVICIO DE ESTACIONES Y FIELATOS**

Reses reconocidas a su arribo a la ciudad :

Ganado vacuno .....	31,792 cabezas
» lanar .....	211,147 »
» cabrío .....	15,368 »
» porcino .....	16,218 »
Equidos .....	82 »
Aves de corral y conejos .....	626,590 »

**DECOMISOS**

Ganado vacuno .....	19 reses
» lanar .....	204 »
» cabrío .....	19 »
» cerda .....	14 »
Aves y conejos .....	386 unidad.

**SERVICIO DEL MATADERO**

Inspección en vivo y en canal de las reses sacrificadas :

Ganado vacuno :	
Bueyes .....	1,421
Vacas .....	4,543
Terneras .....	26,129
Total unidades .....	32,093

Ganado lanar :

Corderos .....	27,404
Ovejas .....	23,023
Corderos .....	120,777
Total unidades .....	171,204

Ganado cabrío :

Machos cabrío .....	1,188
Cabras .....	2,600
Cabritos .....	27,416
Total unidades .....	31,204

Ganado porcino .....	24,195
Equidos .....	422

Además fueron inspeccionadas 232 terneras de procedencia foránea.

**DECOMISOS**

Vacas .....	144
Bueyes .....	3
Terneras .....	27
Total ganado vacuno .....	174
Carneros .....	7
Ovejas .....	333
Corderos .....	145
Total ganado lanar .....	485
Machos cabrío .....	74
Cabras .....	113
Cabritos .....	233
Total ganado cabrío .....	420
Cerdos .....	102
Equidos .....	5

**MERCADO DE GANADOS**

Ganado vacuno .....	5
» lanar .....	14
» cabrío .....	11
Total .....	30

**CAUSAS DE LOS DECOMISOS**

Por enfermedades infecciosas :

VIRUELA.—1 oveja ; 5 corderos .....	6
PROHÉMIA.—1 vaca ; 2 terneras ; 1 carnero ; 24 ovejas ; 3 corderos ; 3 machos ; 5 cabras ; 6 cabritos ; 5 cerdos .....	50

MASTIDITIS GANGRENOSA.—I oveja ; 3 cabras ...	4
SEPTICEMIA HEMORRÁGICA.—6 vacas ; 1 ternera ; 1 carnero ; 2 ovejas ; 2 corderos ; 1 macho ; 2 cabras ; 10 cerdos ...	25
TUBERCULOSIS.—2 bueyes ; 99 vacas ; 14 terneras ; 4 ovejas ; 2 corderos ; 1 macho ; 56 cabras ; 41 corderos ...	199
PERINEUMONÍA.—1 vaca ...	1
PSEUDO-TUBERCULOSIS.—5 carneros ; 18 ovejas ; 1 cordero ; 5 machos ; 11 cabras ...	40
PESTE PORCINA.—5 cerdos ...	5
PNEUMO-ENTERITIS.—1 cerdo ...	1

Por enfermedades parasitarias :

CISTICERCOSIS.—6 cerdos ...	6
TRIQUINOSIS.—II cerdos ...	11

Por enfermedades comunes :

APARATO DIGESTIVO.—3 vacas ; 7 ovejas ; 2 corderos ; 1 cabrito ...	13
APARATO RESPIRATORIO.—3 ovejas ; 2 corderos ; 2 cerdos ; 2 équidos ...	9
APARATO CIRCULATORIO.—1 vaca ; 1 cabrito ...	2
APARATO GÉNITO-URINARIO.—3 vacas ; 1 oveja 5 cabras ...	9
APARATO LOCOMOTOR.—3 terneras ; 1 carnero 16 corderos ...	20
CARNES ICTÉRICAS.—II ovejas ; 6 corderos ; 4 machos ; 2 cabras ; 2 cabritos ; 3 cerdos.	28
CARNES HIDROÉMICAS.—77 ovejas ; 24 corderos ; 24 machos ; 27 cabras ; 13 cabritos.	165
POLIADENITIS.—20 ovejas ; 12 corderos ; 1 cabra ; 2 cabritos ...	35
CAQUEXIA.—1 vaca ; 2 terneras ; 2 carneros ; 151 ovejas ; 60 corderos ; 35 machos ; 30 cabras ; 176 cabritos ; 2 cerdos ...	459
CAUSAS DIVERSAS.—3 terneras ; II ovejas ; 10 corderos ; 1 macho ; 1 cabra ; 15 cabritos 2 équidos ...	43
BAJAS DEPARTAMENTOS NAVES.—1 carnero ; 1 oveja ; 1 macho ; 1 cabra ; 6 cabritos ; 16 cerdos ; 1 équido ...	27
BAJAS MERCADO GANADOS.—2 bueyes ; 2 vacas ; 2 terneras ; 7 carneros ; 5 corderos ; 4 machos ; 4 cabras ; 2 cabritos ...	28
Total ...	1,186

Total ... 1,186

Decomisos parciales :

Fetos vacunos ...	482
» lanar y cabrío ...	6,607
» cerda ...	2,532
Total unidades ...	9,621

Espurgos y despojos ...	42,965 kgs.
Patas glosopedadas (vacuno) ...	160 unid.
Cabezas glosopedadas (vacuno) ...	6 "
» papilomas ...	1 "

#### SERVICIO DE LOS MERCADOS PÚBLICOS DE ABASTOS

Decomisos :

Carnes varias ...	204'650 kgs.
-------------------	--------------

Pescados ...	72,134'950	"
Mariscos ...	513'500	"
Huevos ...	10,350	unid.
Aves de corral ...	93	"
Conejos ...	13	"
Despojos ...	359'850	kgs.
Setas ...	10'600	"
Frutas y verduras ...	15,742	"
Embutidos ...	12'900	"
Substancias varias ...	4'500	"
Conervas ...	30	unid.

#### SERVICIO DE DISTRITOS

Inspecciones en los establecimientos de venta al detal de artículos:

Alimenticios ...	8,625
------------------	-------

#### Substancias decomisadas :

Carnes varias ...	29'100	kgs.
Pescado ...	11'250	"
Huevos ...	215,277	unid.
Aves y conejos ...	8	"
Espurgos ...	15'100	kgs.
Productos lácteos ...	6'700	"
Cerdo en salazón ...	18'100	"
Frutas y verduras ...	2,847'600	"
Embutidos ...	244'550	"
Productos varios ...	43	"
Pesca salada ...	8	"
Conervas ...	300	unid.

#### SERVICIO DE CONTROL DE LECHE

Decomiso de leche por deficiencia de envase y transporte. litros ...	695
Muestras de leche tomadas para análisis. 1,885	
Leches antirreglamentarias según análisis, muestras ...	333

#### REGISTRO NOSOGRAFICO

Acusa las siguientes bajas :

Caballar ...	290
Asnal ...	36
Vacuno ...	236
Cabrío ...	144
Lanar ...	467
Porcino ...	187

Total cabezas ...	1,360
-------------------	-------

# Instituto de Asistencia Médica

## Servicio de ambulancia

	Enero	Feb.	Marzo
Heridos trasladados	92	97	122
Enfermos trasladados	80	78	81
Muertos trasladados al depósito judicial	42	35	37
Total	214	210	240

—o—

ASILO MUNICIPAL DEL PARQUE  
Y  
DISPENSARIO DE ENFERMEDADES  
MENTALES

## MES DE ENERO

Total de servicios (reconocimientos, certificaciones, dictámenes, vacunaciones, visitas, etc.) : Varones, 1439 ; Hembras, 1389 ; total 2828.

Núm. de Alienados existente en 1.<sup>º</sup> de mes ... 295  
Núm. de los ingresados durante el mismo ... 37  
Núm. de los salidos durante el mismo ... 43  
Núm. de los existentes en el día de la fecha ... 289

## MES DE FEBRERO

Total de servicios (reconocimientos, certificaciones, dictámenes, vacunaciones, visitas, etc.) : Varones, 1267 ; Hembras, 1209 ; Total 2476.

Núm. de Alienados existente en 1.<sup>º</sup> de mes ... 289  
Núm. de los ingresados durante el mismo ... 36  
Núm. de los salidos durante el mismo ... 40  
Núm. de los existentes en el día de la fecha ... 285

## MES DE MARZO

Total de servicios (reconocimientos, certificaciones, dictámenes, vacunaciones, visitas, etc.) : Varones, 1454 ; Hembras, 1453. Total 2907.

Núm. de Alienados existente en 1.<sup>º</sup> de mes ... 285  
Núm. de los ingresados durante el mismo ... 45  
Núm. de los salidos durante el mismo ... 40  
Núm. de los existentes en el día de la fecha ... 290

—o—

## Casa de Maternología

Estadística de los servicios efectuados durante el primer trimestre del año 1930

### MES DE ENERO

#### SECCION ADMINISTRATIVA

Comidas servidas	1,709
Litros de leche esterilizada y repartida en biberones	6,685
Número de biberones entregados	38,258
Leche condensada, harinas y otros alimentos (en unidades)	154

#### SECCION DE GINECOLOGIA

##### Dispensario :

Enfermas ingresadas en el mes actual	41
Curaciones	186
Consultas	126
Visitas a domicilio	5
Aplicaciones de diatermia	168
Inyecciones de mercurio y bismuto	30
Inyecciones de salvarsan	25

##### Enfermería :

Enfermas ingresadas durante el mes actual	4
Enfermas ingresadas en meses anteriores	7

##### Operaciones :

Laparotomías	3
Celiotomías vaginales	1
Operaciones plásticas	3
Intervenciones en la glándula mamaria	1
Raspados	1

#### SECCION DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Analisis en productos remitidos por las Secciones	
Analisis en leches de vaca	580

##### Sección de Tocología :

Orina	468
Sangres : Wassermann, 16 ; Reacci. precipitación, 32	48

##### Sección de Ginecología :

Orinas	4
--------	---

Sangres : Wassermann, 7 ; Reacci. precipitación, 14	21
Tumores	3
Sección de Beneficencia :	
Orina, 1 ; sedim. orina, 1	2
Sangres : Wassermann, 51 ; Reacci. precipitación, 102	153
P's uretral	1
Operaciones de análisis practicadas durante el mes	1,280

## SECCION DE PUERICULTURA

Niños inscritos en el día 1.º de este mes	548
Niños ingresados durante el mes	98
Bajas ocurridas por diferentes conceptos	97
Quedan inscritos el día último de mes	549
Vacunaciones practicadas durante el mes	82
Pesadas de niños practicadas durante el mes.	502

## Causas de las bajas

Por destete	30
Por defunción	6
Por otras causas (cambio de residencia, de lactancia, etc.)	61
Total	
	97

## SECCION DE TOCOLOGIA

Trabajos efectuados por los Médicos Tocólogos y Comadronas Municipales

## Asistencia a mujeres embarazadas

Total de mujeres asistidas	401
Servicios prestados en el consultorio	909
Servicios prestados a domicilio :	
Partos eutócicos	132
Partos distócicos y otras asistencias	7
Visitas de los Tocólogos	29
Visitas de las Comadronas	563
Servicios prestados en el Instituto :	
Partos eutócicos	8
Partos distócicos y otras asistencias	6
Curaciones y visitas	67
Total de servicios	1,721

—o—

## MES DE FEBRERO

## SECCION ADMINISTRATIVA

## Restaurant de Maternidad

Comidas servidas	1,693
Litros de leche esterilizada y repartida en biberones	6,190

Número de biberones entregados en el Instituto	27,994
Número de biberones entregados a las dependencias anexas	9,242
Leche condensada, harinas y otros alimentos (en unidades)	189

## SECCION DE GINECOLOGIA

## Dispensario :

Enfermas ingresadas en el mes actual	47
Enfermas ingresadas en meses anteriores	166
Curaciones	288
Consultas	134
Visitas a domicilio	5
Aplicaciones de diatermia	168
Inyecciones de salvarsan	32
Inyecciones de preparados mercuriales y bismúticos	18

## Enfermería :

Enfermas ingresadas durante el mes actual	7
Enfermas ingresadas en meses anteriores	7

## Operaciones :

Laparotomias	4
Operaciones plásticas	1
Intervenciones en la glándula mamaria	1
Raspados	1

## SECCION DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Análisis en productos remitidos por las Secciones	
Análisis de leches de vaca	517

## Sección de Tocología :

Orina	483
Sangres : Wassermann	7
Reac. de precipitación	14

## Sección de Ginecología :

Orinas	7
Sangres : Wassermann	10
Reac. precipitación	20

## Sección de Beneficencia :

Orinas	4
Sedimentos orina	3
Sangres : Wassermann	45
Reacci. precipita.	90
Pus uretral	1

Operaciones de análisis practicadas durante el mes	1,201
--	-------

## SECCION DE PUERICULTURA

Niños inscritos en meses anteriores	549
Niños ingresados durante el mes	71
Bajas ocurridas por diferentes conceptos	83
Quedan inscritos el último día del mes	537
Vacunaciones practicadas durante el mes	52
Pesadas de niños practicadas durante el mes	455

<i>Causas de las bajas</i>	
Por destete .....	13
Por defunción .....	4
Por otras causas (cambio de residencia, de lactancia, etc.) .....	66
Total .....	83

## SECCION DE TOCOLOGIA

*Trabajos efectuados por los Médicos Tocólogos y Comadronas municipales*

*Asistencia a mujeres embarazadas*

Durante el embarazo :

Total de mujeres asistidas .....	565
Servicios prestados en el consultorio .....	1,200

Servicios prestados a domicilio :

Partos eutócicos .....	124
Partos distólicos y otras asistencias .....	5
Visitas de los tocólogos .....	16
» de las comadronas .....	640

*Asistencia en la Casa de Maternología*

Partos eutócicos.....	3
Partos distólicos y otras asistencias .....	8
Total de servicios .....	1,996

—o—

## MES DE MARZO

## SECCION ADMINISTRATIVA

*Restaurant de Maternidad*

Comidas servidas .....	1,862
Litros de leche esterilizada y repartida en biberones .....	7,360
Número de biberones entregados en el Instituto.....	28,884
Número de biberones entregados a las dependencias anexas .....	10,132
Leche condensada, harina y otros alimentos (en unidades) .....	184

## SECCION DE GINECOLOGIA

*Dispensario :*

Enfermas ingresadas en el mes actual .....	30
Enfermas ingresadas en meses anteriores...	92
Curaciones .....	108
Consultas .....	156
Visitas a domicilio .....	6
Aplicaciones de diatermia .....	135
Inyecciones Salvarsan.....	40
Inyecciones de preparados mercuriales y bismáticos .....	48

<i>Enfermería :</i>	
Enfermas ingresadas durante el mes actual.	9
Enfermas ingresadas en meses anteriores...	7
<i>Operaciones :</i>	
Laparotomías .....	6
Raspados .....	3
Intervenciones en la glándula mamaria....	1

## SECCION DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

*Análisis en productos remitidos por las Secciones*

Analisis en leches de vaca .....	609
----------------------------------	-----

*Sección de Tocología :*

Orinas .....	471
Sedimentos orina .....	1
Sangres : Wassermann, 6 ; Reacc. precipitación 18 .....	27

*Sección de Ginecología :*

Orinas .....	6
Sedimentos orina .....	1
Sangres : Wassermann, 6 ; Reacci. precipitación, 12 .....	18
Tumores .....	1

*Sección de Beneficencia :*

Orinas .....	4
Sedimentos orina .....	2
Sangres : Wassermann, 27 ; Reacci. precipitación, 54 .....	81
Espertos .....	1

Operaciones de análisis practicadas durante el mes .....	1,222
--	-------

## SECCION DE PUERICULTURA

Niños inscritos en meses anteriores.....	537
Niños ingresados durante el mes .....	101
Bajas ocurridas por diferentes conceptos .....	81
Quedan inscritos el día último de mes .....	557

Vacunaciones practicadas durante el mes .....	40
Pesadas de niños practicadas durante el mes .....	502

*Causas de las bajas*

Por destete .....	3
Por defunción .....	7
Por otras causas (cambio de residencia, de lactancia, etc.) .....	51

Total .....	81
-------------	----

## SECCION DE TOCOLOGIA

*Asistencia a mujeres embarazadas*

Durante el embarazo :

Total de enfermas .....	454
Servicios prestados en el consultorio .....	988

Servicios prestados a domicilio :	
Partos eutópicos ... .. .. .. ..	145
Partos distópicos y otras asistencias ... .. .. .. ..	7
Visitas de los tocólogos... .. .. .. ..	42
» de las comadronas ... .. .. .. ..	775
Asistencia en la Casa de Maternología :	
Partos eutópicos ... .. .. .. ..	3
Partos distópicos y otras asistencias ... .. .. .. ..	6
Visitas y curaciones ... .. .. .. ..	210
Total de servicios ... .. .. .. ..	2,126

—o—

## Dispensarios de especialidades

### DISPENSARIO DE DERMATOLOGIA, SIFILIOGRAFIA Y VIAS URINARIAS

#### Estadística del mes de enero de 1930

Total de visitas ... .. .. .. ..	3,223
Curaciones ... .. .. .. ..	1,437
Inyecciones ... .. .. .. ..	937
Pequeñas intervenciones ... .. .. .. ..	15
Aplicaciones fisioterápicas ... .. .. .. ..	278
Total de servicios prestados... .. .. .. ..	5,890

#### Estadística del mes de febrero de 1930

Total de visitas ... .. .. .. ..	3,421
Curaciones ... .. .. .. ..	1,317
Inyecciones ... .. .. .. ..	903
Pequeñas intervenciones ... .. .. .. ..	13
Aplicaciones fisioterápicas ... .. .. .. ..	293
Total de servicios prestados... .. .. .. ..	5,947

#### Estadística del mes de marzo de 1930

Total de visitas ... .. .. .. ..	3,322
Curaciones ... .. .. .. ..	1,421
Inyecciones ... .. .. .. ..	874
Aplicaciones fisioterápicas ... .. .. .. ..	312
Pequeñas intervenciones... .. .. .. ..	19
Total de servicios prestados... .. .. .. ..	5,948

—o—

### SERVICIOS DE ODONTOLOGIA PRESTADOS EN LOS DISPENSARIOS Y ESCUELAS NACIONALES

	ENE.	FEB.	MAR.
Inspecciones ... .. .. .. ..	984	1,068	1,422
Operaciones y curaciones... .. .. .. ..	118	123	159

—o—

### DISPENSARIO OFTALMOLOGICO

#### Estadística del mes de enero de 1930

Enfermos en tratamiento del mes anterior...	762
Enfermos ingresados ... .. .. .. ..	39
Total de enfermos tratados ... .. .. .. ..	801
Enfermos dados de alta... .. .. .. ..	41
Enfermos en tratamiento para el mes próximo ... .. .. .. ..	760
Número de visitas practicadas ... .. .. .. ..	2,403
Número de operaciones ... .. .. .. ..	17

#### Estadística del mes de febrero de 1930

Enfermos en tratamiento del mes anterior...	760
Enfermos ingresados ... .. .. .. ..	31
Total de enfermos tratados ... .. .. .. ..	791
Enfermos dados de alta... .. .. .. ..	43
Enfermos en tratamiento para el mes próximo ... .. .. .. ..	748
Número de visitas practicadas ... .. .. .. ..	2,373
Número de operaciones ... .. .. .. ..	16

#### Estadística del mes de marzo de 1930

Enfermos en tratamiento del mes anterior...	748
Enfermos ingresados ... .. .. .. ..	47
Total de enfermos tratados ... .. .. .. ..	795
Enfermos dados de alta... .. .. .. ..	41
Enfermos en tratamiento para el mes próximo ... .. .. .. ..	754
Número de visitas practicadas ... .. .. .. ..	2,385
Número de operaciones ... .. .. .. ..	11

### DISPENSARIO OTORRINOLARINGOLOGICO

ENE.	FEB.	MAR.
------	------	------

Número de enfermos que han asistido al consultorio. ....	1108	1084	1046
Número de enfermos cuya primera visita se ha hecho en este mes ... .. .. .. ..	99	112	109
Número de visitas ... .. .. .. ..	1207	1230	1180
Operaciones ... .. .. .. ..	20	17	19
Estancia en hospitalización... .. .. .. ..	—	2	1
Enfermos del oído asistidos. ....	403	384	389
Enfermos de nariz ... .. .. .. ..	400	382	359
Enfermos de faringe ... .. .. .. ..	214	240	217
Enfermos de laringe... .. .. .. ..	91	78	81
Número de enfermos que han			

—o—

### SERVICIOS PRESTADOS EN LOS DISPENSARIOS MEDICO-QUIRURGICOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 1930

Heridos auxiliados, operaciones practicadas, visitas gratuitas en el local, visitas a domicilio, reconocimientos a personas alienadas, certificaciones, informes, auxilios a embriagados, vacunaciones, servicios varios:

ENE.	FEB.	MAR.
------	------	------

De las Casas Consistoriales ... .. .. .. ..	546	524	409
De la Barceloneta... .. .. .. ..	730	414	680

De Hostafrancs .....	1811	1876	1647
De Santa Madrona .....	2076	2180	2153
De la Universidad .....	2078	2440	2022
De Gracia .....	1070	1422	1061
De San Martín .....	994	1233	1022
Del Taulat .....	347	525	604
De San Andrés .....	715	688	765
De San Gervasio .....	472	452	434
De Casa Antúnez .....	452	588	512
De Horta .....	658	580	602
De Sarriá .....	260	221	196
Totales generales .....	12209	13143	12107

*Accidentes auxiliados en los Dispensarios,  
clasificados por la causa que los produjo*

**MES DE MARZO**

	Fortuitos	A mano	Volun-	Total
		airada	tarlos	
De las Casas Consistoriales .....	75	10	2	87
De la Barceloneta .....	61	7	—	68
De Hostafrancs .....	177	22	1	140
De Santa Madrona .....	121	37	—	158
De la Universidad .....	240	35	3	278
De Gracia .....	111	19	—	130
Del Taulat .....	68	16	—	84
De San Andrés .....	50	10	1	61
De San Gervasio .....	14	1	—	15
De San Martín .....	50	18	—	68
De Casa Antúnez .....	48	9	—	57
De Horta .....	21	3	—	24
De Sarriá .....	19	—	—	19
Totales generales .....	995	187	7	1189

**MES DE ENERO**

	Fortuitos	A mano	Volun-	Total
De las Casas Consistoriales .....	75	20	—	95
De la Barceloneta .....	42	16	—	58
De Hostafrancs .....	114	20	—	134
De Santa Madrona .....	96	27	—	123
De la Universidad .....	212	27	—	239
De Gracia .....	85	15	1	101
Del Taulat .....	51	9	—	60
De San Andrés .....	46	8	—	54
De San Gervasio .....	26	—	—	26
De San Martín .....	33	12	—	45
De Casa Antúnez .....	27	5	—	32
De Horta .....	21	—	—	21
De Sarriá .....	25	4	—	29
Totales generales .....	853	163	1	1017

**MES DE FEBRERO**

	Fortuitos	A mano	Volun-	Total
De las Casas Consistoriales .....	75	13	4	2
De la Barceloneta .....	36	12	—	48
De Hostafrancs .....	95	23	2	120
De Santa Madrona .....	110	24	—	134
De la Universidad .....	229	28	1	258
De Gracia .....	81	20	—	101
De Taulat .....	42	5	—	47
De San Andrés .....	28	8	—	35
De San Gervasio .....	25	1	—	26
De San Martín .....	41	21	—	62
De Casa Antúnez .....	30	4	—	34
De Horta .....	29	—	—	29
De Sarriá .....	20	1	—	21
Totales generales .....	841	160	7	1008

*Servicio de vacunación y revacunación practicados  
en los dispensarios durante el primer trimestre  
del año 1930*

**MES DE ENERO**

	Vacunaciones			Revacunaciones			Certificad. expedidos
	Resultado	Posit.	Negat.	Resultado	Posit.	Negat.	
	Ignod.			Ignod.			
De las Casas Consistoriales .....	22	2	20	67	6	82	76
De la Barceloneta .....	8	—	4	2	2	5	12
De Hostafrancs .....	33	4	8	101	24	32	—
De Santa Madrona .....	21	1	23	16	4	34	139
De la Universidad .....	27	1	16	63	4	104	215
De Gracia .....	24	5	8	24	2	47	135
De San Martín .....	26	4	1	21	12	6	80
Del Taulat .....	4	2	8	10	—	14	22
De San Andrés .....	10	—	6	6	—	26	16
De San Gervasio .....	3	1	4	2	—	4	12
De Horta .....	5	2	3	9	4	2	30
De Casa Antúnez .....	7	—	—	10	—	5	22
De Sarriá .....	1	—	3	6	—	8	18
Casa Maternología. Sección Tocología ..	—	—	—	—	—	119	—
Casa Maternología. Sección Puericultura ..	—	—	82	—	—	—	—
	191	22	186	337	58	488	777

## MES DE FEBRERO

	Vacunaciones			Revacunaciones			Certificado, expedidos
	Resultado	Posit.	Negat.	Resultado	Posit.	Negat.	
	Ignod.	Ignod.			Ignod.	Ignod.	
De las Casas Consistoriales ... ...	20	—	27	31	2	40	46
De la Barceloneta ... ...	13	—	8	2	—	6	15
De Hostafranchs ... ...	46	11	12	132	76	24	301
De Santa Madrona ... ...	28	2	31	19	5	133	338
De la Universidad ... ...	35	—	10	207	7	186	445
De Gracia ... ...	24	4	18	55	2	186	299
De San Martín. ... ...	70	7	4	77	10	3	127
Del Taulat ...	11	1	15	15	1	30	—
De San Andrés ...	16	—	7	16	1	81	29
De San Gervasio ... ...	2	—	3	4	—	4	8
De Horta ... ...	4	—	4	5	—	5	30
De Casa Antúnez ... ...	—	—	—	6	—	11	17
De Sarriá ... ...	5	—	2	12	—	23	42
Casa Maternología. Sección Tocología ..	—	—	—	—	—	134	—
Casa Maternología. Sección Puericultura. .	—	—	52	—	—	—	—
	274	25	193	581	104	866	1697

## MES DE MARZO

	Vacunaciones			Revacunaciones			Certificado, expedidos
	Resultado	Posit.	Negat.	Resultado	Posit.	Negat.	
	Ignod.	Ignod.			Ignod.	Ignod.	
De las Casas Consistoriales ... ...	30	2	39	23	1	21	43
De la Barceloneta ... ...	19	2	9	—	—	—	21
De Hostafranchs ... ...	35	7	16	29	10	14	111
De Santa Madrona ... ...	17	—	44	5	—	32	214
De la Universidad ... ...	—	—	57	22	1	45	142
De Gracia ... ...	25	4	24	11	—	34	107
De San Martín ...	16	4	5	40	5	3	101
Del Taulat ...	27	—	21	4	1	20	33
De San Andrés ...	9	2	6	3	—	11	9
De San Gervasio ... ...	5	—	8	2	—	3	12
De Horta ... ...	25	—	15	1	2	—	30
De Casa Antúnez ... ...	9	—	—	10	—	13	42
De Sarriá ... ...	1	1	1	—	—	4	7
Casa Maternología. Sección Tocología ..	—	—	—	—	—	148	—
Casa Maternología. Sección Puericultura ..	—	—	40	—	—	—	—
	218	22	285	150	20	350	872

# Instituto de Higiene

Servicios practicados por el Instituto Municipal de Higiene durante los meses de enero, febrero y marzo de 1930

	Ene.	Feb.	Mar.
Inspecciones por distintos conceptos...	115	52	137
Reinspecciones ...	191	69	67
Desinfecciones por distintos conceptos ...	1411	1366	1279
Prendas de ropa desinfectadas.	3810	2978	3328
Prendas de ropa lavadas y planchadas ...	5704	5510	5014
Prendas de ropa repasadas... ...	1523	1389	1658

Prendas de ropa destruidas en los hornos crematorios ...	99	79	148
Muebles y otros efectos desinfectados en el propio domicilio ...	689	337	456
Ordenes de vacunación tramitadas ...	1328	1313	1448
Vacunaciones practicadas a domicilio ...	456	—	—
Papeletas de defunción clasificadas ...	1547	1293	1287
Aclaraciones de diagnóstico en papeletas de defunción ...	22	21	15

## MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS EN EL MES DE ENERO

ENFERMEDADES	Existencia anterior		Entradas		Altas		Defunciones		En tratamiento	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicela ...	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Sarampión ...	—	3	—	1	—	—	—	—	—	3
Escarlatina ...	—	1	1	1	—	—	—	—	—	4
Difteria ...	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1 2
Tifus exantemático ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erisipela médica...	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1 2
Infección eberthiana...	2	8	1	1	—	—	1	2	1	1 7
Infecciones endodigestivas no específicas...	12	11	5	10	1	4	1	—	15	17
Disentería ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gripe ...	49	7	11	6	11	—	—	—	49	13
Bronco-pneumonia ...	7	2	9	6	3	2	4	4	9	2
Coqueluche ...	4	2	—	—	—	2	—	—	4	—
Fiebre melitensis ...	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Paludismo ...	2	1	1	—	—	—	—	—	3	1
Fiebre recurrente...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiebre amarilla...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubónica...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cólera morbo asiático ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunclo ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rabia...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lepra...	2	1	1	—	—	—	—	—	3	1
Sarna ...	24	6	5	1	10	1	—	—	19	6
Meningitis cerebro espinal...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tétanos ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielitis infecciosa aguda ...	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
<b>Totales</b> ...	<b>103</b>	<b>44</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>108</b>	<b>55</b>

MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS EN EL MES  
DE FEBRERO

ENFERMEDADES	Existencia anterior		Entradas		Altas		Defunciones		En tratamiento	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicela	3	—	1	—	1	—	—	—	3	—
Sarampión	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4
Escarlatina	1	2	—	—	1	—	—	—	—	2
Difteria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifus exantemático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erisipela médica	1	2	—	—	—	—	—	—	1	2
Infección eberthiana	1	7	1	1	1	—	—	1	1	8
Infecciones endodigestivas no específicas	15	17	2	II	1	2	1	2	15	24
Disentería	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gripe	49	13	8	5	4	—	—	—	53	18
Bronco-pneumonia	9	2	8	5	5	1	5	5	7	1
Coqueluche	4	—	1	1	1	1	—	—	4	—
Fiebre melitensis	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Paludismo	3	1	—	—	—	—	—	—	3	1
Fiebre recurrente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiebre amarilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubónica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cólera morbo asiático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunclo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rabia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lepra	3	1	2	—	1	—	—	—	4	1
Sarna	19	6	2	3	2	1	—	—	19	8
Meningitis cerebro espinal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tétanos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielitis infecciosa aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	108	55	25	27	16	5	7	8	110	69

MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS EN EL MES  
DE MARZO

ENFERMEDADES	Existencia anterior		Entradas		Altas		Defunciones		En tratamiento	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicela	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Sarampión	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4
Escarlatina	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
Difteria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifus exantemático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erisipela médica	1	2	—	2	—	1	—	—	1	3
Infección eberthiana	1	8	—	—	—	1	1	—	—	7
Infecciones endodigestivas no específicas	15	24	3	3	2	7	—	2	16	18
Disentería	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gripe	53	18	20	9	11	5	1	1	61	21
Bronco-pneumonia	7	1	5	5	—	2	4	4	8	—
Coqueluche	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Fiebre melitensis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paludismo	3	1	—	—	—	—	—	—	3	1
Fiebre recurrente	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiebre amarilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubónica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cólera morbo asiático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunclo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rabia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lepra	4	1	—	1	1	—	—	—	3	2
Sarna	19	8	2	3	1	2	—	—	20	9
Meningitis cerebro espinal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tétanos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielitis infecciosa aguda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	110	69	30	23	15	18	6	7	119	67

MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS EN EL  
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 1930

ENFERMEDADES	Existencia anterior		Entradas		Altas		Defunciones		En tratamiento	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.
Viruela.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicela.....	—	—	4	—	I	—	—	—	3	—
Sarampión.....	—	3	—	I	—	—	—	—	—	4
Escarlatina.....	—	I	I	I	I	—	—	—	—	2
Difteria.....	—	—	—	I	—	I	—	—	—	—
Tifus exantemático.....	—	—	—	—	—	—	—	—	I	3
Erisipela médica.....	—	I	—	3	—	I	—	—	—	—
Infeccción eberthiana.....	2	8	2	2	—	2	4	I	—	7
Infecções endodigestivas no específicas.....	12	II	10	24	4	I3	2	4	16	18
Disentería.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gripe.....	49	7	39	20	26	5	I	I	61	21
Bronco-pneumonia.....	—	7	2	22	16	8	5	I3	I3	8
Coqueluche.....	4	2	I	I	I	3	—	—	4	—
Fiebre melitensis.....	—	—	—	2	—	I	—	I	—	—
Paludismo.....	—	2	I	I	—	—	—	—	3	I
Fiebre recurrente.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiebre amarilla.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubónica.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cólera morbo asiático.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunclo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rabia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lepra.....	2	I	3	I	2	—	—	—	3	2
Sarna.....	24	6	9	7	I3	4	—	—	20	9
Meningitis cerebro espinal.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tétanos.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielitis infecciosa aguda.....	—	I	—	—	—	I	—	—	—	—
Total.....	103	44	92	79	56	36	20	20	119	67

# Laboratorio Municipal de Barcelona

*Servicios prestados en el mismo durante el primer trimestre de 1930*

## SECCION DE BACTERIOLOGIA Y VACUNACION

### Departamento de Bacteriología general y Epidemiología

Sero-reacciones de aglutinación : Enero, 117; febrero, 115; marzo, 54.

Sero-reacciones de Wassermann : Enero, 72; febrero, 87; marzo, 93.

Diagnósticos bacteriológicos : Enero, 13; febrero, 9; marzo, 82.

Exámenes de ratas : Enero, 0; febrero, 0; marzo, 0.

Servicios epidemiológicos : Enero, 5; febrero, 14; marzo, 22.

### Departamento de Análisis de aguas y bacteriológico de alimentos

Análisis bacteriológicos de aguas : Enero, 227; febrero, 148; marzo, 225.

Análisis químicos de aguas : Enero, 120; febrero, 124; marzo, 217.

Análisis bacteriológicos de leches : Enero, 40; febrero, 30; marzo, 22.

Análisis bacteriológicos de ostras, mejillones, etcétera. : Enero, 10; febrero, 0; marzo, 0.

Análisis bacteriológicos de embutidos : Enero, 17; febrero, 6; marzo, 4.

Investigaciones de enfermedades infecciosas de los animales : Enero, 8; febrero, 11; marzo, 9.

*Departamento de Seroterapia y Vacunación*

Suero antidióstérico : Enero, 230 tubos ; febrero, 315 ; marzo, 280.  
 Suero antitetánico : Enero, 160 tubos ; febrero, 210 ; marzo, 190.  
 Suero antipestoso : Enero, 0, tubos ; febrero, 0 ; marzo, 0.  
 Suero normal de caballo : Enero, 84 tubos ; febrero, 76 ; marzo, 96.  
 Vacuna antitífica preventiva (vía bucal) : Enero, 2,460 dosis ; febrero, 1,600 ; marzo, 1,350.  
 Vacuna antitífica preventiva (vía hipodérmica) : Enero, 680 dosis ; febrero, 400 ; marzo, 650.  
 Vacuna antipestosa : Enero, 0 dosis ; febrero, 0, marzo, 0.  
 Vacuna antimortalense : Enero, 160 dosis ; febrero, 180 tubos ; marzo, 210.  
 Vacuna antituberculosa preventiva Calmette : Enero, 240 tubos ; febrero, 315 ; marzo, 320.  
 Vacuna antidióstérica Ramón : Enero, 0 tubos ; febrero, 0 ; marzo, 0.  
 Vacuna Jenneriana : Enero, 1,100 tubos ; febrero, 2,500 ; marzo, 2,725.  
 Neuro-vacuna de Levaditi : Enero, 1,000 tubos ; febrero, 4,150 ; marzo, 1,528.  
 Personas vacunadas contra la viruela : Enero, 2 febrero, 7 ; marzo, 13.

*Departamento de Análisis bromatológicos*

Leches y derivados : Enero, 727 ; febrero, 556 ; marzo, 0.  
 Grasas : Enero, 0 ; febrero, 1 ; marzo, 0.  
 Azúcares y productos azucarados : Enero, 10 ; febrero, 25 ; marzo, 10.  
 Harinas : Enero, 4 ; febrero, 0 ; marzo, 2.  
 Alcoholes y vinos : Enero, 8 ; febrero, 4 ; marzo, 5.  
 Especies : Enero, 0 ; febrero, 0 ; marzo, 0.  
 Café tostados : Enero, 16 ; febrero, 0 ; marzo, 0.  
 Chocolates : Enero, 0 ; febrero, 8 ; marzo, 2.  
 Jabón : Enero, 0 ; febrero, 1 ; marzo, 0.  
 Conserva verdura : Enero, 0 ; febrero, 3 ; marzo, 0.  
 Pastas para sopa : Enero, 0 ; febrero, 2 ; marzo, 0.  
 Café torrefactos : Enero, 0 ; febrero, 2 ; marzo, 0.  
 Diversos productos : Enero, 3 ; febrero, 0 ; marzo, 0.

*Departamento antirrábico*

Consultas de personas mordidas por animales : Enero, 78 ; febrero, 66 ; marzo, 82.  
 Personas vacunadas contra la rabia : Enero, 26 ; febrero, 21 ; marzo, 25.  
 Curación de heridas causadas por animales : Enero, 1 ; febrero, 2 ; marzo, 1.  
 Análisis histológicos (rabia) : Enero, 5 ; febrero, 2 ; marzo, 8.  
 Inoculaciones reveladoras (rabia) : Enero, 5 ; febrero, 2 ; marzo, 7.  
 Perros vagabundos cazados en las calles de la ciudad : Enero, 250 ; febrero, 262 ; marzo, 270.  
 Animales conducidos a este Instituto para ser observados : Enero, 76 ; febrero, 78 ; marzo, 84.  
 Perros devueltos a sus dueños pagando el arbitrio : Enero, 71 ; febrero, 250 ; marzo, 83.

Perros asfixiados : Enero, 257 ; febrero, 56 ; marzo, 273.

Perros entregados a la Facultad de Medicina : Enero, 20 ; febrero, 18 ; marzo, 16.

Perros sin pago de arbitrios : Enero, 0 ; febrero, 5 ; marzo, 2.

Perros recluidos : Enero, 0 ; febrero, 1 ; marzo, 0.

—o—

## VACUNACIONES ANTIRRÁBICAS

## Primer trimestre de 1930

Personas sometidas al tratamiento antirrábico	72
Muertes ocurridas	0
Mortalidad proporcional por 100	0
	72

Las personas tratadas corresponden a tres categorías :

## Grupo A

La rabia en el animal mordedor ha sido experimentalmente comprobada en este laboratorio.

Mordeduras en la cabeza	2
Mordeduras en las manos	1
Mordeduras en los miembros	0
	3

## Grupo B

La rabia en el animal mordedor ha sido diagnosticada por un veterinario.

Mordeduras en la cabeza	0
Mordeduras en las manos	2
Mordeduras en los miembros	2
	4

## Grupo C

El animal mordedor es sospechoso de rabia o ha desaparecido.

Mordeduras en la cabeza	0
Mordeduras en las manos	37
Mordeduras en los miembros	28
	65

## Total

Mordeduras en la cabeza	3
Mordeduras en las manos	4
Mordeduras en los miembros	65
	72

ESTADISTICA DEMOGRAFICA  
CORRESPONDIENTE AL 1.<sup>ER</sup> TRIMESTRE DE 1930

## Defunciones por causas, edad y sexo

ENERO

FEBRERO

## Defunciones por causas, edad y sexo

## Defunciones por causas, edad y sexo

# RESUMENES DEL 1.<sup>er</sup> TRIMESTRE DE 1930

Población de Hecho en 31 de diciembre de 1929  
(Por Distrito y sexo)

Movimiento migratorio y rectificación del Padrón  
(1.<sup>er</sup> trimestre)

Distritos	Varones	Hembras	Total	Extensión en hectáreas	Habitantes	ALTAS				BAJAS				Distritos
						Familias	Varones	Hembras	Total	Familias	Varones	Hembras	Total	
I	44462	47729	92191	244	377'8	27	47	55	102	8	6	7	13	I
II	39864	42632	82496	1941	42'5	36	54	63	117	16	12	17	29	II
III	23775	29003	52778	2431	21'7	14	20	25	45	9	9	16	25	III
IV	46503	61419	107922	256	421'6	28	29	42	71	7	11	8	19	IV
V	50922	57234	108156	113	957'1	63	91	13	184	8	8	10	18	V
VI	34421	44797	79218	259	305'9	24	42	36	78	15	10	17	27	VI
VII	46862	50019	96881	403	240'4	58	120	87	207	11	17	14	31	VII
VIII	41317	50349	91666	631	145'3	41	53	81	134	12	12	20	32	VIII
IX	51382	55423	106805	2616	40'8	48	79	86	105	4	6	13	19	IX
X	31090	32072	63162	812	77'8	43	66	78	144	3	3	4	7	X
En la capital	410598	470677	881275	9706	90'8	382	601	646	1247	93	94	126	220	En la capital

## Nacidos vivos y defunciones por días y sexo

Días	ENERO						FEBRERO						MARZO						Días	
	Nacidos vivos			Defunciones			Nacidos vivos			Defunciones			Nacidos vivos			Defunciones				
	V	H	Total	V	H	Total	V	H	Total	V	H	Total	V	H	Total	V	H	Total		
I	37	23	60	20	28	48	30	35	65	17	14	31	28	40	68	25	24	49	I	
2	24	21	45	25	22	47	32	32	64	18	21	39	18	28	46	22	30	52	2	
3	14	17	31	27	20	47	27	20	47	23	23	46	34	26	60	20	24	44	3	
4	31	25	56	32	26	58	28	14	42	21	19	40	36	20	56	26	26	52	4	
5	36	26	62	30	20	50	31	31	62	28	16	44	33	16	51	25	21	46	5	
6	38	28	66	29	32	61	20	27	47	24	29	53	35	16	51	28	18	46	6	
7	26	32	58	25	28	53	27	34	61	20	21	41	27	24	51	28	22	50	7	
8	29	20	49	31	26	57	34	33	67	27	17	44	34	37	71	23	27	50	8	
9	23	23	46	27	24	51	33	36	69	31	26	57	22	23	45	27	15	42	9	
10	22	24	46	23	29	52	28	32	60	28	17	44	22	19	41	23	17	40	10	
11	37	25	62	28	25	53	25	19	44	23	21	45	26	16	42	26	14	40	11	
12	28	34	62	25	33	58	27	31	58	22	19	41	22	25	47	24	17	41	12	
13	28	26	54	31	29	60	31	29	60	20	27	47	32	22	54	21	15	36	13	
14	37	18	55	27	25	52	31	32	63	24	28	52	35	28	63	19	26	45	14	
15	30	25	55	25	29	54	30	39	69	18	18	43	37	30	67	13	23	36	15	
16	25	16	41	28	20	48	39	21	60	21	26	47	24	16	53	19	16	35	16	
17	30	34	64	23	25	48	27	23	50	15	17	32	21	30	51	18	21	39	17	
18	33	40	73	23	18	41	35	24	59	23	25	48	21	18	39	20	18	38	18	
19	33	21	54	32	21	53	19	26	45	28	27	55	40	20	60	20	18	38	19	
20	29	24	53	28	12	40	31	28	59	23	22	45	29	22	51	24	20	44	20	
21	21	28	49	27	16	43	36	26	62	19	28	47	28	17	45	18	19	37	21	
22	14	21	35	22	22	44	42	30	72	30	28	58	21	28	49	22	14	36	22	
23	26	27	53	31	13	44	25	28	53	16	21	37	30	22	52	14	18	32	23	
24	29	20	49	15	29	44	31	29	60	34	38	72	31	30	61	27	20	47	24	
25	23	31	54	26	24	50	31	15	46	23	28	51	29	33	62	14	40	25		
26	27	26	53	29	28	57	19	20	39	31	22	53	27	25	52	15	21	36	26	
27	23	18	41	20	20	40	25	24	49	28	32	60	25	24	49	23	21	44	27	
28	28	31	59	16	16	32	41	32	73	22	12	34	33	22	55	23	27	50	28	
29	22	29	51	20	21	41	—	—	—	—	—	37	40	77	19	20	39	29		
30	20	16	36	16	18	34	—	—	—	—	—	32	26	58	24	17	41	30		
31	24	27	51	27	18	45	—	—	—	—	—	18	27	45	21	20	41	31		
No consta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Totales	847	776	1623	788	717	1505	835	770	1605	664	642	1306	887	785	1672	683	623	1306	Totales	
Media diaria	52	48	57	46												53	42			
En el año anterior	53	70	51	78												48	50			

# Información general

**CONVENIO  
DE LA IV COMISIÓN INTERNACIONAL  
reunida en París el 16 de octubre  
de 1929, para la revisión de las  
nomenclaturas nosológicas.**

La Comisión Internacional compuesta de Delegados oficiales de treinta y cuatro Estados diferentes (\*) y de cinco Instituciones de tipo internacional redactó el siguiente Convenio firmado por todos los Delegados y en representación de España el Doctor Pascual Martínez.

**CONVENIO**

Los Delegados se comprometen a recomendar a sus Gobiernos respectivos la adopción de las nomenclaturas de causas de defunciones y la toma en consideración del voto anejo al presente Convenio a fin de asegurar la uniformidad y comparabilidad de las estadísticas de mortalidad a partir del uno de enero de 1931.

Reconoce que convendría revisar estas nomenclaturas cada diez años debiendo tener lugar la próxima durante el 1939 salvo acuerdo en contrario, el Gobierno de Francia queda encargado de convocar para este objeto y en tal fecha la reunión de una nueva Comisión internacional.

Los países que no han tomado parte en la Comisión o que no han firmado el presente Convenio, podrán hacerlo si así lo desearan.

En fe de lo cual lo firman los Delegados respectivos.

París, a 19 de octubre de 1929.  
(Siguen las firmas).

(\*) Alemania; Estados Unidos de América; Bélgica, Bruselas; Imperios Británicos; Austria; Canadá; Indias Británicas; Chile; China; Cuba; Dinamarca; República Dominicana; España; Francia; Grecia; Hungría; Italia; Japón; Letonia; Luxemburgo; Marruecos; México; Noruega; Holanda; Persia; Polonia; Portugal; Suecia; Suiza; Checoslovaquia; Túnez; Turquía; Uruguay y Venezuela y el Bureau International de Trabajo, la Institución Internacional de Estadística, el Bureau Internacional de Higiene Pública, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.

**NOMENCLATURAS**

*1.º Nomenclatura detallada de las causas de muerte*

Los números de la lista corresponden a divisiones obligatorias.

Las subdivisiones indicadas por las letras a), b), c), etc., son facultativas.

Cuando una causa de defunción esté repartida obligatoriamente entre varios números, es indispensable reservar en las tablas o estados una línea para el total correspondiente a esta causa. Ejemplo: Tubercolosis (todas formas). Números 23 a 32.

*I. Enfermedades infecciosas y parasitarias*

1. Fiebre tifoidea (tifus abdominal).
2. Fiebre paratifoidea (paratifus).
3. Tifus exantemático.
4. Fiebre recurrente.
5. Fiebre de Malta.
6. Viruela.
  - a) variola mayor.
  - b) variola minor, alastrim.
  - c) no especificada.
7. Sarampión.
8. Escarlatina.
9. Tos ferina (coqueluche).
10. Difteria.
11. Gripe o influenza.
  - a) con complicaciones respiratorias indicadas.
  - b) sin complicaciones respiratorias indicadas.
12. Cólera.
13. Disentería.
  - a) amibiana.
  - b) bacilar.
  - c) no especificada o debida a otras causas.
14. Peste :
  - a) bubónica.
  - b) pneumónica.
  - c) septicémica.
  - d) no especificada.
15. Erisipela.
16. Poliomielitis aguda y polioencefalitis aguda.
17. Encefalitis letárgica o epidémica.
18. Meningitis cerebroespinal epidémica.
19. Muermo y lamparón.
20. Pústula maligna o carbunco (bacillus anthracis).
21. Rabia.
22. Tétanos.
23. Tubercolosis del aparato respiratorio.
24. Tubercolosis de las meninges y del sistema nervioso central.
25. Tubercolosis de los intestinos y del perito-

- neo (comprendiendo los ganglios mesentéricos y retroperitoneales).
26. Tuberculosis de la columna vertebral.
  27. Tuberculosis de los huesos y de las articulaciones (excepto la de la columna vertebral).
  28. Tuberculosis de la piel y tejido celular y subcutáneo.
  29. Tuberculosis del sistema linfático (excepto ganglios bronquiales, mesentéricos y retroperitoneales).
  30. Tuberculosis del aparato génitourinario.
  31. Tuberculosis de otras localizaciones.
  32. Tuberculosis diseminadas :
    - a) aguda.
    - b) crónica.
    - c) no especificada.
  33. Lepra.
  34. Sífilis :
    - a) congénita.
    - b) adquirida.
    - c) no especificada.
  35. Gonococia y otras enfermedades vénereas.
  36. Infección purulenta y septicemia no puerperal :
    - a) septicemia.
    - b) piemia o puhoemia.
    - c) gangrena gaseosa.
  37. Fiebre amarilla.
  38. Paludismo.
    - a) fiebre palúdica.
    - b) caquexia palúdica.
  39. Otras enfermedades debidas a protozoarios parásitos.
  40. Anquilostomiasis.
  41. Quiste hidatídico :
    - a) del hígado.
    - b) otras localizaciones.
  43. Micosis.
  42. Otras enfermedades debidas a helmintos.
  44. Otras enfermedades infecciosas o parasitarias.

## II. Cáncer y otros tumores

45. Cáncer y otros tumores malignos de la cavidad bucal y de la faringe.
46. Cáncer y otros tumores malignos del tubo digestivo y del peritoneo.
  - a) esófago.
  - b) estómago y duodeno.
  - c) recto.
  - d) hígado y vías biliares.
  - e) páncreas.
  - f) peritoneo.
  - g) otros.
47. Cáncer y otros tumores malignos del aparato respiratorio.
48. Cáncer y otros tumores malignos del útero.
49. Cáncer y otros tumores malignos de los órganos genitales de la mujer.
50. Cáncer y otros tumores malignos de los senos.
51. Cáncer y otros tumores malignos de los órganos génitourinarios del hombre.
52. Cáncer y otros tumores malignos de la piel.
53. Cáncer y otros tumores malignos de otros órganos o de órganos sin especificar.
54. Tumores no malignos :
  - a) órganos genitales de la mujer.
  - b) otros órganos.

55. Tumores en los cuales el carácter de malignidad no se especifica :
  - a) órganos genitales de la mujer.
  - b) otros órganos.

## III. Enfermedades reumáticas, de la nutrición, de las glándulas endocrinas y otras enfermedades generales

56. Reumatismo articular agudo febril.
57. Reumatismo crónico, ósteoartritis.
58. Gota.
59. Diabetes sacaria.
60. Escorbuto.
  - a) escorbuto infantil (enfermedad de Barlow).
  - b) escorbuto.
61. Beriberi.
62. Pelagra.
63. Raquitismo.
64. Osteomalacia.
65. Enfermedad del cuerpo pituitario (hipófisis).
66. Enfermedades de la glándula tiroides y de las glándulas paratiroides.
  - a) bocio simple.
  - b) bocio exofláltico.
  - c) mixedema y crenitismo.
  - d) tetanía.
  - e) otras.
67. Enfermedades del timo.
68. Enfermedades de las glándulas o cápsulas suprarrenales (enfermedad de Addison), no indica como tuberculosis.
69. Otras enfermedades generales.

## IV. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

70. Estados hemorrágicos.
  - a) púrpuras primitivas.
  - b) hemofilia.
71. Anemias :
  - a) anemia perniciosa progresiva.
  - b) otras.
72. Leucemias y aleucemias :
  - a) leucemias verdaderas.
  - b) aleucemias.
73. Enfermedades del bazo.
74. Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

## V. Envenenamientos crónicos e intoxicaciones

75. Alcoholismo crónico o agudo.
76. Envenenamientos crónicos por substancias minerales :
  - a) profesionales.
  - b). otros.
77. Envenenamientos crónicos por substancias orgánicas.
  - a) profesionales.
  - b). otros.

## VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

78. Encefalitis (no epidémica) :
  - a) absceso cerebral.
  - b) otras.

79. Meningitis simple.
80. Ataxia locomotriz progresiva.
81. Otras enfermedades de la médula espinal.
82. Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebral :
  - a) hemorragia cerebral.
  - b) embolia o trombosis cerebral.
  - c) hemiplejia y causas no especificadas.
83. Parálisis general.
84. Demencia precoz y otras psicosis :
  - a) demencia precoz.
  - b) otras psicosis.
85. Epilepsia.
86. Convulsiones en niños menores de cinco años.
87. Otras enfermedades del sistema nervioso.
88. Enfermedades de los órganos de la visión.
89. Enfermedades del oído y del seno mastoideo ;
  - a) otitis.
  - b) otras.

#### VII. Enfermedades del aparato circulatorio

90. Pericarditis.
91. Endocarditis.
92. Endocarditis crónica comprendiendo las afecciones valvulares.
93. Enfermedades del miocardio :
  - a) miocarditis aguda.
  - b) miocarditis crónica y degeneración miocárdica.
  - c) no especificada.
94. Enfermedades de las arterias coronarias y angina de pecho.
95. Otras enfermedades del corazón :
  - a) enfermedades funcionales del corazón.
  - b) otras y no especificadas.
96. Aneurisma, exceptuándose la aneurisma del corazón.
97. Arteriosclerosis, excepto las enfermedades de las arterias coronarias.
98. Gangrena.
  - a) senil.
  - b) otras.
99. Otras enfermedades de las arterias.
100. Enfermedades de las venas : varices, hemorroides, flebitis, etc.
101. Enfermedades del sistema linfático, linfagitis, etc.
102. Anomalías idiopáticas de la presión sanguínea.
103. Otras enfermedades del aparato circulatorio.

#### VIII. Enfermedades del aparato respiratorio

104. Enfermedades de las fosas nasales y anexos.
105. Enfermedades de la laringe.
106. Bronquitis :
  - a) aguda.
  - b) crónica.
  - c) no especificada.
107. Bronco-pneumonía, comprendiendo la bronquitis capilar.
108. Pneumonía lobar.
109. Pneumonía no especificada.
110. Pleuresía.
111. Congestión, edema, embolia, infarto hemorrágico y trombosis del pulmón.

112. Asma.
113. Enfisema pulmonar.
114. Otras enfermedades del aparato respiratorio, excepto tuberculosis :
  - a) neumonía intersticial crónica, incluyendo las enfermedades profesionales del aparato respiratorio.
  - b) otras, comprendiendo la gangrena del pulmón.

#### IX. Enfermedades del aparato digestivo

115. Enfermedades de la cavidad bucal, de sus anexos, de la faringe y las amigdalas, incluyendo las afecciones adenoides.
116. Afecciones del esófago.
117. Ulcera del estómago o del duodeno :
  - a) estómago.
  - b) duodeno.
118. Otras enfermedades del estómago (excepto el cáncer).
119. Diarrea y enteritis (menores de dos años).
120. Diarrea, enteritis y ulceración intestinal (para los de dos años y más) :
  - a) diarrea, enteritis.
  - b) ulceración intestinal.
121. Apendicitis.
122. Hernia, obstrucción intestinal.
123. Otras enfermedades del intestino.
124. Cirrosis del hígado :
  - a) alcohólica.
  - b) no especificada como alcohólica.
125. Otras enfermedades del hígado (incluyendo la atrofia amarilla).
126. Cálculos biliares.
127. Otras afecciones de la vesícula y de las vías biliares.
128. Enfermedades del páncreas.
129. Peritonitis sin indicación casual.

#### X. Enfermedades del aparato urinario y del aparato genital

130. Nefritis aguda.
131. Nefritis crónica.
132. Nefritis no especificada.
133. Otras enfermedades de los riñones, de la pelvis y de los uréteres (no comprendiendo las enfermedades gravídicas de los riñones) :
  - a) pielitis.
  - b) otras.
134. Cálculos de las vías urinarias :
  - a) cálculos de los riñones y de las vías urinarias superiores.
  - b) cálculos de la vejiga.
135. Enfermedades de la vejiga, excepto tumores
  - a) cistitis.
  - b) otras.
136. Enfermedades de la uretra, absceso urinario, etc. :
  - a) estrechez uretral.
  - b) otras.
137. Enfermedades de la próstata.
138. Enfermedades de los órganos genitales del hombre, no designadas como venéreas.
139. Enfermedades de los órganos genitales de la mujer, no designadas como venéreas :
  - a) ovario, trompa y parametrio.
  - b) útero.

- c) mama.
- d) otras.

#### XI. Enfermedades del embarazo, parto y estado puerperal

- 140. Aborto con condición séptica.
- 141. Aborto sin mención de condición séptica, e incluyendo hemorragias.
- 142. Gestación ectópica.
- 143. Otros accidentes del embarazo (sin incluir las hemorragias).
- 144. Hemorragia puerperal :
  - a) placenta previa.
  - b) otras hemorragias.
- 145. Septicemia e infección puerperales (no especificadas como consecuencia de aborto) :
  - a) septicemia y piemía puerperales.
  - b) tétanos puerperal.
- 146. Albuminuria y esclampsia puerperales.
- 147. Otras formas de toxemia del embarazo.
- 148. «Phlegmatia alba dolens», embolia o muerte súbita puerperal (no especificada como séptica) :
  - a) «phlegmatia alba dolens» y trombosis.
  - b) embolia.
- 149. Otros accidentes del parto.
- 150. Otras enfermedades sin especificación del estado puerperal.

#### XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular

- 151. Forúnculo.
- 152. Flemón, abceso caliente.
- 153. Otras enfermedades de la piel, de sus anexos y del tejido celular.

#### XIII. Enfermedades de los huesos y de los órganos de la locomoción

- 154. Osteomielitis.
- 155. Otras enfermedades de los huesos, exceptuando la tuberculosis.
- 156. Enfermedades de las articulaciones y de los otros órganos de la locomoción :
  - a) articulaciones, excepto la tuberculosis y reumatismo.
  - b) otros órganos de la locomoción.

#### XIV. Vicios de conformación congénita

- 157. Vicios de conformación congénita (excepto los nacidos muertos) :
  - a) hidrocefalia congénita.
  - b) espina bífida y meningocele.
  - c) malformaciones congénitas del corazón.
  - d) monstruosidades.
  - e) otras.

#### XV. Enfermedades de la primera infancia

- 158. Debilidad congénita.
- 159. Nacimiento prematuro.
- 160. Consecuencia del parto :
  - a) con operación cesárea.

- b) sin operación cesárea.
- 161. Otras enfermedades peculiares de la primera infancia :

- a) atelectasia.
- b) ictericia del recién nacido.
- c) esclerema y otras.

#### XVI. Senilidad

- 162. Senilidad :
  - a) con demencia senil.
  - b) sin demencia senil.

#### XVII. Muertes violentas y accidentales (1)

- 163. Suicidio por ingestión de venenos sólidos o líquidos o por absorción de substancias corrosivas.
- 164. Suicidios por gases tóxicos.
- 165. Suicidios por suspensión o estrangulación.
- 166. Suicidios por sumersión.
- 167. Suicidios por arma de fuego.
- 168. Suicidios por instrumento cortante o punzante.
- 169. Suicidios por arrojarse desde un lugar elevado.
- 170. Suicidios por aplastamiento.
- 171. Otros suicidios.
- 172. Infanticidio (en niños de menos de un año) :
  - a) inmediatamente después del nacimiento.
  - b) otros, antes de un año.
- 173. Homicidio por arma de fuego (personas de un año o más).
- 174. Homicidio por instrumento cortante o punzante (personas de un año o más).
- 175. Otros homicidios de personas de un año o más.
- 176. Ataque de animales venenosos.
- 177. Envenenamiento por alimentos.
- 178. Absorción de gases tóxicos.
- 179. Otros envenenamientos accidentales agudos, excepto por gases.
- 180. Consecuencia de incendio.
- 181. Quemaduras accidentales (otras que por incendio).
- 182. Sofocación mecánica accidental.
- 183. Sumersión accidental.
- 184. Traumatismo por arma de fuego, excepto heridas de guerra.

(1) Todas las muertes violentas o accidentales deben ser repartidas entre los números 163 a 198, de modo que la totalidad de defunciones venga dada por las 200 rúbricas de la nomenclatura.

Además, para ciertas defunciones de las comprendidas en los números 176 a 195, es obligatorio hacer en una tabla separada la clasificación siguiente:

1. accidentes en minas y canteras.
2. accidentes causados por maquinaria.
3. accidentes por medios de transportes :
  - a) ferrocarriles y tranvías.
  - b) automóviles, motocicletas.
  - c) otros medios de transporte por tierra.
  - d) transportes por agua.
  - e) transportes aéreos.

- 185. Traumatismo con instrumento cortante o punzante, excepto heridas de guerra.
- 186. Traumatismo por caída, aplastamiento y desmoronamiento.
- 187. Cataclismo (todas las defunciones que sean atribuidas a un cataclismo cualquiera que sea su naturaleza).
- 188. Violencias producidas por animales.
- 189. Hambre o sed.
- 190. Frío excesivo.
- 191. Calor excesivo.
- 192. Rayo.
- 193. Accidentes producidos por corrientes eléctricas.
- 194. Otros accidentes :
  - a) cuerpo extraño.
  - b) otros.
- 195. Muerte violenta, cuya naturaleza (accidente, homicidio, suicidio) es desconocida.
- 196. Heridas de guerra.
- 197. Ejecución en la población civil por los ejércitos beligerantes.
- 198. Ejecución judicial.

#### XVIII. Causas de defunciones indeterminadas

- 199. Muerte repentina.
- 200. Causas no especificadas o mal definidas.

#### 2.º NOMENCLATURA INTERMEDIARIA

(Los números entre paréntesis son los de la nomenclatura detallada)

##### I. Enfermedades infecciosas y parasitarias

- 1. Fiebre tifoidea y paratifoidea (1 y 2).
- 2. Tifus exantemático (3).
- 3. Viruela (6).
- 4. Sarampión (7).
- 5. Escarlatina (8).
- 6. Coqueluche (9).
- 7. Difteria (10).
- 8. Gripe o influenza (11).
- 9. Disentería (13).
- 10. Peste (14).
- 11. Tuberculosis del aparato respiratorio (23).
- 12. Todas las demás tuberculosis (24 a 32).
- 13. Sífilis (34).
- 14. Infección purulenta y septicemia no puerperal (36).
- 15. Paludismo (malaria) (38).
- 16. Enfermedades producidas por protozoarios o helmintos (39 a 42).
- 17. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (1). (4, 5, 12, 15, a 22, 33, 35, 37, 43 y 44).

##### II. Cáncer y otros tumores

- 18. Cáncer y otros tumores malignos (45 a 53).
- 19. Tumores no malignos (o cuando no se especifica el carácter de malignidad) (54 y 55).

(1) Las demás enfermedades infecciosas deben ser especificadas cuando produzcan una mortalidad apreciable, y algunas de ellas (cólera, fiebre amarilla, fiebre recurrente, lepra) cuando causen aun no más de una defunción.

#### III. Enfermedades reumáticas, de la nutrición y de las glándulas endocrinas y otras afecciones generales

- 20. Reumatismo articular agudo febril (56).
- 21. Reumatismo crónico ygota (57 y 58).
- 22. Diabetes sacarina (59).
- 23. Avitaminosis (60 a 64).
- 24. Enfermedades del tiroides y de las glándulas paratiroides (66).
- 25. Otras enfermedades generales (65, 67 a 69).

#### IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

- 26. Anemias perniciosas y otras (71).
- 27. Leucemia, aleucemia, y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (70, 72 a 74).

#### V. Envenenamientos crónicos e intoxicaciones

- 28. Alcoholismo crónico o agudo (75).
- 29. Envenenamientos crónicos (76 y 77).

#### VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

- 30. Meningitis simple (79).
- 31. Ataxia locomotriz progresiva (80).
- 32. Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales (82).
- 33. Parálisis general (83).
- 34. Demencia precoz y otras psicosis (84).
- 35. Epilepsia (85).
- 36. Otras enfermedades del sistema nervioso (78, 81, 86 y 87).
- 37. Enfermedades de los ojos, del oído y de sus anexos (88 y 89).

#### VII. Enfermedades del aparato circulatorio

- 38. Pericarditis (90).
- 39. Endocarditis aguda (91).
- 40. Endocarditis crónica y afecciones valvulares (92).
- 41. Enfermedades del miocardio (93).
- 42. Enfermedades de las arterias coronarias y angina de pecho (94).
- 43. Otras enfermedades del corazón (95).
- 44. Aneurisma, excepto aneurisma del corazón (96).
- 45. Arterioesclerosis y gangrena (97 y 98).
- 46. Otras enfermedades del aparato circulatorio (99 a 103).

#### VIII. Enfermedades del aparato respiratorio

- 47. Bronquitis (106).
- 48. Pneumonía (107 a 109).
- 49. Pleuresía (110).
- 50. Otras enfermedades del aparato respiratorio, excepto la tuberculosis (104, 105, 111 a 114).

*XI. Enfermedades del aparato digestivo*

51. Ulcera del estómago o del duodeno (117).
52. Diarrea y enteritis en menores de dos años (119).
53. Diarrea, enteritis y ulceración intestinal en mayores de dos años (120).
54. Apendicitis (121).
55. Hernia, obstrucción intestinal (122).
56. Cirrosis del hígado (124).
57. Otras enfermedades del hígado y de las vías biliares, incluyendo los cálculos biliares (125 a 127).
58. Otras enfermedades del aparato digestivo (115, 116, 118, 123, 128 y 129).

*XII. Enfermedades del aparato urinario y del aparato genital*

59. Nefritis (130 a 132).
60. Otras enfermedades de los riñones, de la pelvis y de los uréteres (133).
61. Cálculos de las vías urinarias (134).
62. Enfermedades de la vejiga, excepto tumores (135).
63. Enfermedades de la uretra, absceso urinoso, etcétera (136).
64. Enfermedades de la próstata (137).
65. Enfermedades de los órganos genitales no especificadas como venéreas (138 y 139).

*XIII. Enfermedades del embarazo, parto y estado puerperal.*

66. Accidentes del embarazo (141, 142 y 143).
67. Hemorragia puerperal (144).
68. Septicemia e infección puerperales (145).
69. Toxemia del embarazo (albuminuria o eclampsia) (146 y 147).
70. Otras enfermedades puerperales (148 a 150).

*XIV. Enfermedades de la piel y tejido celular*

71. Enfermedades de la piel y del tejido celular (151 a 153).

*XV. Enfermedades de los huesos y de los órganos de la locomoción*

72. Enfermedades de los huesos y de los órganos de la locomoción, excepto tuberculosis y reumatismo (154 a 156).

*XVI. Vicios de conformación congénita*

73. Vicios de conformación congénita (no comprendiendo los nacidos muertos) (157).

*XVII. Enfermedades de la primera infancia*

74. Debilidad congénita (158).
75. Nacimiento prematuro (159).
76. Consecuencia del parto (160).
77. Otras enfermedades especiales de la primera infancia (161).

*XVIII. Senilidad*

78. Senilidad (172).

*XIX. Muertes violentas o accidentales*

79. Suicidio (163 a 171).
80. Homicidio (172 a 175).
81. Accidentes (176 a 194).
82. Otras muertes violentas, cuya naturaleza (suicidio, homicidio o accidente) sea desconocida (195).
83. Heridas de guerra, incluyendo ejecuciones de la población civil por los beligerantes (196 y 197).
84. Ejecuciones judiciales (198).

*XX. Causas de defunción indeterminadas*

85. Causas no especificadas o mal definidas (199 y 200).

*XXI. NOMENCLATURA ABREVIADA*

(Los números entre paréntesis son los de la nomenclatura detallada).

**I**

1. Fiebre tifoidea y paratifoidea (1 y 2).
2. Tifus exantemático (3).
3. Viruela (6).
4. Sarampión (7).
5. Escarlatina (8).
6. Coqueluche (9).
7. Difteria (10).
8. Gripe o influenza (11).
9. Peste (14).
10. Tuberculosis del aparato respiratorio (23).
11. Todas las demás tuberculosis (24 a 32).
12. Sífilis (34).
13. Paludismo (malaria) (38) :
14. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (1) (4, 5, 12, 13, 15 a 22; 33, 35 a 37; 39 a 44).

**II**

15. Todos los tumores malignos (45 a 53).
16. Tumores no malignos o en los cuales el carácter de malignidad no se especifica (54 y 55).

*III, IV y V*

17. Reumatismo crónico ygota (57 y 58).
18. Diabetes sacarina (59).
19. Alcoholismo crónico o agudo (75).
20. Otras enfermedades generales y envenenamientos crónicos.

(1) Las demás enfermedades infecciosas deben ser especificadas cuando produzcan una mortalidad apreciable, y algunas de ellas (cólera, fiebre amarilla, fiebre recurrente, lepra) aun cuando no causen más de una defunción (56, 60 a 74; 76 y 77).

## VI

21. Ataxia locomotriz progresiva y parálisis general (80 y 83).  
 22. Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales (82).  
 23. Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (78, 79, 81, 84 a 89).

## VII

24. Enfermedades del corazón (90 a 95).  
 25. Otras enfermedades del aparato circulatorio (96 a 103).

## VIII

26. Bronquitis (106).  
 27. Pneumonía (107 a 109).  
 28. Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto tuberculosis) (104 y 105; 110 a 114).

## IX y X

29. Diarrea y enteritis (119 y 120).  
 30. Apendicitis (121).  
 31. Enfermedades del hígado y de las vías biliares (124 a 127).  
 32. Otras enfermedades del aparato digestivo (115 a 118; 122, 123, 128 y 129).  
 33. Nefritis (130 a 132).  
 34. Otras enfermedades del aparato urinario y del aparato genital (133 a 139).

## XI

35. Septicemia en infección puerperal (140 y 145).  
 36. Otras enfermedades del embarazo, del parto y del estado puerperal (141 a 144; 146 a 150).

## XII y XIII

37. Enfermedades de la piel, del tejido celular, de los huesos y de los órganos de la locomoción (151 a 156).

## XIV y XV

38. Debilidad congénita, vicios de conformación congénitos, nacimiento prematuro, etc. (157 a 161).

## XVI

39. Senilidad (162).

## XVII

40. Suicidio (163 a 171).  
 41. Homicidio (172 a 175).  
 42. Muertes violentas o accidentales (excepto suicidio y homicidio) (176 a 198).

## XVIII

43. Causas no especificadas o mal definidas (199 y 200).

4.<sup>0</sup> NOMENCLATURA DE CAUSAS DE MUERTE Y NATALIDAD

## I. Mortalidad fetal durante la gestación

1. Sífilis y otras afecciones crónicas.  
 2. Toxemia gravídica (eclampsia, albuminuria, hemorragia retroplacentaria, etc.).  
 3. Malformaciones incompatibles con la vida.  
 4. Otras causas y causas no especificadas.

## II. Mortalidad por expulsión prematura

5. Exceso de trabajo materno.  
 6. Traumatismo que provoca el parto prematuro.  
 7. Inserción viciosa.  
 8. Infección aguda.  
 9. Infección crónica en particular sífilis.  
 10. Otras causas y causas no especificadas.

## III. Mortalidad fetal en el curso del parto

11. Presentación viciosa y procedencia del cordón.  
 12. Obstáculos a la expulsión del niño.  
 13. Otras causas y causas no especificadas.

5.<sup>0</sup> NOMENCLATURA DE ENFERMEDADES

La nomenclatura de enfermedades no difiere de la nomenclatura de causas de defunciones más que por la subdivisión de algunas rúbricas designadas por las letras mayúsculas A, B, C, etc.

No se reproducen a continuación más que las rúbricas así subdivididas.

34. Sífilis.  
 A. congénita.  
 B. adquirida.  
   1. primaria.  
   2. secundaria.  
   3. terciaria.  
 C. no especificada.  
 35. Gonococia y otras enfermedades venéreas.  
 A. infección gonoócica (excepto oftalmia).  
 B. oftalmia gonoócica.  
 C. otras enfermedades venéreas.  
 43. Micosis.  
 A. tiñas, tricofias y favus.  
 B. otras micosis.  
 88. Enfermedades de los órganos de la visión.  
 A. conjuntivitis.  
 B. queratitis.  
 C. iritis.  
 D. catarata.  
 E. retinitis.  
 F. glaucoma.  
 G. otras.  
 115. Enfermedades de la cavidad bucal.  
 A. enfermedades de los dientes o de las encías.  
 B. otras.  
 149. Otros accidentes del parto :  
 Aunque no se trate de una enfermedad, un número especial «parto normal», es necesario para las estadísticas de personas que están en Hospitales Maternidades, etc.

- A. parto normal.
  - B. Accidentes del parto.
153. Otras enfermedades de la piel, de sus anexos y del tejido celular.
- A. pelada.
  - B. otras enfermedades.
158. Debilidad congénita.
- Aunque no se trate propiamente de enfermos de las rúbricas recién nacidos, salidos del hospital o de la maternidad sin haber estado enfermos, es necesario para la estadística de personas que están en hospitales, maternidades, etc.
- A. niños de pecho salidos del hospital sin haber estado enfermos.
  - B. debilidad congénita.
194. Otros accidentes :
- A. cuerpos extraños.
  - B. luxación.
  - C. entorsis.
  - D. fractura (sin otra indicación).
  - E. heridas.
  - F. otras.
200. Causas no especificadas o mal definidas.
- A. causas no especificadas o mal definidas.
  - B. surmenage.
  - C. simulación, enfermos en observación.

Aunque no se trate propiamente de una enfermedad, la rúbrica simulación, es necesaria para la estadística de personas que hayan estado en hospitales, casas de salud, etc.

#### RECOMENDACIONES

##### *I. Comparabilidad de las estadísticas*

La Comisión, adoptando el parecer de la Comisión mixta de 9 a 12 de abril de 1929, recomienda que para mantener la comparabilidad de las estadísticas durante el período transitorio de paso de las antiguas nomenclaturas internacionales revisadas en 1920 a las nuevas de 1929, se establezcan las estadísticas de causas de defunción durante uno o más años simultáneamente según las antiguas y las nuevas.

##### *II. Grupos de edades*

La Comisión recomienda que la estadística de causas de defunción sea establecida siempre separadamente para cada sexo y por grupos de edades de 5 años, distinguiéndose asimismo los niños de menos de un año (menos de un año, uno a 4 años; 5 a 9; 10 a 14, etc., 65 años y más).

Para aquellos países que no pudieran hacer una repartición tan detallada, se recomienda adopten grupos de edades de 10 años según el esquema siguiente : Menos de 1 año, de 1 a 4 años, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34, etc., 65 y más.

Si no fuera posible verificar una distribución por edades deberá siempre contarse aparte, por lo menos, los fallecidos de menos de 1 año de edad.

##### *III. Instrucción a Médicos en ejercicio y a estudiantes de medicina en lo concerniente a los certificados de defunción*

Piensa la Comisión que es de gran importancia se hagan serios esfuerzos en cada país para dar a los

Médicos y estudiantes de Medicina una enseñanza particular sobre los principios según los cuales deben establecerse los certificados de defunción.

#### *IV. Certificados de defunción*

La Comisión estima que es de la más grande importancia se dé una forma a los certificados de defunción, que haga resaltar con el máximo de precisión la opinión del médico que tuvo a su cargo el enfermo sobre la causa o las causas de defunción en cada caso individual y delimitar lo más posible la elección del servicio central encargado de la clasificación de causas de defunción.

En consecuencia, la Comisión nota con interés la recomendación hecha en el informe del Instituto Internacional de Estadística del Cairo de un programa mínimo para el certificado de defunción.

Más teniendo en cuenta que ciertos estados han adoptado recientemente formas de certificaciones diferentes, la Comisión cree que debe esperarse a obtener una experiencia más completa de los certificados actualmente en uso antes de ensayar la formulación de conclusiones precisas sobre la mejor forma que éstas deben tener.

#### *V. Causas conjuntas*

A medida que las indicaciones suministradas por los Médicos en ejercicio en los certificados de defunción van siendo más completas es más fácil elegir para cada defunción la causa particular con la cual aquélla ha de ser clasificada en la estadística nacional. Y por tanto se hace sentir cada vez menos la necesidad de establecer una clave con reglas rígidas que märque a las oficinas de estadística la elección de una causa. E incluso se considera en algunos países de los representados en la Comisión que la fijación de tales reglas por mucho cuidado que en ellas se pusiera podría retardar el progreso en la mejora de las indicaciones de los certificados. Desde este punto de vista, por tanto no parece deseable la elaboración de dicha clave.

Por otra parte ya se ha elaborado en algunos países una clave para la clasificación de causas conjuntas reconociéndose que su objeto principal es el de obviar los malos efectos de los certificados de defunción insuficientes o ambiguos.

En estas condiciones aunque la Comisión no recomienda para la clasificación de causas conjuntas el establecimiento de una clave general que sería adoptada por todos los países que utilicen las nomenclaturas internacionales, estima, no obstante, como deseable se asegure lo más posible la uniformidad de las diversas normas que los países interesados considerarán como elementos indispensables en su funcionamiento actual.

Como primer paso para realizar esta tan deseable uniformidad es muy importante se coleccionen los formularios relativos a causas conjuntas y se les haga estudiar y comparar por un Comité técnico competente. La Comisión recomienda se requiera al Gobierno de los estados Unidos que ha llevado hasta un punto ya muy avanzado la codificación de causas conjuntas tome las medidas necesarias para la realización de este proyecto.

*VI. Empleo de las nomenclaturas*

Teniendo en cuenta que algunos países no podrían aplicar inmediatamente la nomenclatura detallada con todas sus subdivisiones sino sólo a medida que las instituciones encargadas de hacer las declaraciones de causas de defunción se hayan habituado a su empleo, la Comisión estima que estos países pueden adherirse al Convenio con la reserva de comprometerse a suministrar sus datos numéricos por grupos de causas de defunción que no sean más abreviadas que las de la nomenclatura intermedia.

*VII. Defunciones ocurridas después de una operación*

La Comisión recomienda que para las defunciones ocurridas después de una operación se indique en el Boletín de defunciones, la enfermedad que motivó la intervención quirúrgica y la operación practicada.

*VIII. Defunciones a consecuencia de accidentes de trabajo*

La Comisión, vista la grande importancia social de las muertes accidentales que pueden ser atribuidas a causas profesionales, recomienda:

1.<sup>º</sup> Que se indique en el Boletín de defunciones de una manera tan precisa como sea posible la última profesión ejercida por el difunto.

2.<sup>º</sup> Que se invite a los Gobiernos a que consideren la posibilidad de que—aparte de otros datos que deben obtenerse sobre las circunstancias que precedieron y acompañaron al accidente—el certificado de defunciones indique al menos para las principales causas de muerte de esta naturaleza que el accidente debe o no ser considerado como profesional.

*IX. Nomenclatura de enfermedades*

La Comisión opina que esta importante cuestión, podría ser tratada fructuosamente por una Conferencia especial cuando las estadísticas de morbilidad hayan alcanzado un desarrollo más completo en un número mayor de países.

## PROTOCOLO

A.—Los Delegados que suscriben recomiendan que los Gobiernos representantes en la Comisión tomen en consideración inmediatamente las nomenclaturas internacionales a fin de llegar a un Convenio entre los Gobiernos.

Se ruega al Gobierno francés solicite de los demás Gobiernos le haga saber en el plazo de un año si estarían dispuestos a participar en una Conferencia para la adopción de dicho Convenio.

El Gobierno francés notificará las respuestas recibidas a los Gobiernos interesados y tomará todas las medidas adecuadas para la conclusión eventual de dicho Convenio.

B.—Los Delegados recomiendan de otra parte, que este Gobierno incluya disposiciones para la revisión periódica de las nomenclaturas y que el estudio de las cuestiones relativas a las nomenclaturas y su revisión periódica sea continuado por la Comisión mixta del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones con la reserva de otros arreglos que pudieran ser adoptados de acuerdo con las disposiciones del Convenio antes refrendado.

C.—Los Delegados que no han firmado este Protocolo, pueden hacerlo ulteriormente si así lo solicitan.

París, 19 octubre de 1929.

## Disposiciones legislativas

## GACETA DE MADRID

## REGLAMENTO GENERAL DEL REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO DE MATERNIDAD

## CAPITULO PRIMERO

## FIJES

Artículo 1.<sup>º</sup> El Seguro de Maternidad establecido por Real decreto-ley número 938, de 22 de marzo de 1929, es un Seguro social obligatorio que tiene los fines siguientes :

a) Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, y cuando con ocasión de uno u otro lo necesitare;

b) Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo antes y después del parto, y

c) Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia.

## CAPITULO II

## BENEFICIARIAS DEL SEGURO

Art. 2.<sup>º</sup> Serán obligatoriamente afiliadas, con derecho a los beneficios de este Seguro, cualesquiera que sean su nacionalidad y estado civil, las mujeres que reúnan las condiciones siguientes :

1.<sup>a</sup> Estar inscritas en el régimen obligatorio de Retiro obrero, o sujetas al mismo conforme a sus disposiciones ; y, por consiguiente :

a) Ser asalariadas, y

b) Tener por remuneración de trabajo un ingreso que por todos conceptos no exceda de la cantidad requerida para ser inscrita en el Régimen obligatorio de Retiro obrero.

2.<sup>a</sup> Tener cumplidos los diez y seis años y no haber cumplido los cincuenta.

Art. 3.<sup>º</sup> Se entiende por asalariadas, para los efectos de este Reglamento, las que trabajan por salario o sueldo ; y, por lo tanto :

1.<sup>a</sup> Todas las obreras y empleadas, cualquiera que sea la clase de su trabajo en establecimiento

industrial, sanitario, mercantil o agrícola, y la forma de su remuneración, con excepción de las del servicio exclusivamente doméstico.

2.<sup>º</sup> Las trabajadoras a domicilio y las destajistas.

3.<sup>º</sup> Las obreras y empleadas en despachos y oficinas de las Asociaciones y Sociedades y entidades de todo orden, aunque el objeto de su actividad total o parcial no sea la obtención de un lucro, sino la prestación de un servicio público, benéfico o social.

4.<sup>º</sup> Las obreras y empleadas de Diputaciones, Ayuntamientos o instituciones oficialmente autónomas, sujetas al Régimen obligatorio del Retiro obrero.

5.<sup>º</sup> Las que sin ser propiamente obreras ni empleadas, prestan en cualquiera de los grupos anteriores un servicio habitual de carácter intelectual por obligación contraída por nombramiento o por contrato escrito o verbal.

4.<sup>º</sup> El Instituto Nacional de Previsión y las Cajas colaboradoras cuidarán de la formación y conservación del censo de las obreras y empleadas inscritas en el régimen legal de Retiro obrero obligatorio, y, por lo tanto, de las posibles beneficiarias de este seguro. Igualmente procurarán tener el censo de las que por razón de edad no tienen obligación de cotizar, pero sí derecho a los beneficios del Seguro.

Art. 5.<sup>º</sup> A cada una de las aseguradas se le entregará gratuitamente por la entidad aseguradora una libreta, que tendrá el carácter de documento de identidad para el Seguro, según modelo aprobado por el Instituto y que pueda comprender:

1.<sup>º</sup> La expresión de sus derechos en el Seguro de maternidad.

2.<sup>º</sup> La enumeración de sus deberes.

3.<sup>º</sup> La mención de los servicios que se le presenten.

4.<sup>º</sup> Las observaciones de las Visitadoras y de los Inspectores.

Cuando por cualquier causa haya de expedirse un duplicado de la libreta, la interesada abonará su importe.

### CAPITULO III

#### BENEFICIOS

Art. 6.<sup>º</sup> Las inscriptas en este Seguro tendrán derecho a los siguientes beneficios conforme a las condiciones establecidas en este Reglamento:

1.<sup>º</sup> A asistencia gratuita de Matrona, Médico y farmacia.

2.<sup>º</sup> A la indemnización que corresponde por razón del descanso.

3.<sup>º</sup> A la utilización gratuita de las Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia que puedan ponerse a su disposición.

4.<sup>º</sup> A un subsidio cuando lacte a su hijo.

5.<sup>º</sup> A una indemnización extraordinaria en casos especiales como el de una enfermedad persistente del hijo, una operación quirúrgica a la madre o de enfermedad derivada del parto, un parto múltiple o un paro forzoso de la madre que exceda de las seis semanas de descanso legal, y al que el parto dió ocasión.

#### I.—Servicio de carácter sanitario

Art. 7.<sup>º</sup> En armonía con el Decreto-ley de 22 de Marzo de 1929, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4.<sup>º</sup> del mismo, se reconoce a las beneficiarias de este Seguro derecho a los siguientes servicios facultativos:

*De la Matrona.*—Tendrán derecho: a) A su asistencia en los partos normales, incluyendo en ella la aplicación gratuita de inyecciones y demás servicios que el Médico le encomienda; b) A que sirva de auxiliar al médico en los partos anormales o distóxicos, y c) A todos los servicios normales de asistencia, consejo y vigilancia que se le encomiendan.

*Del Médico.*—Tendrán derecho: a) Al reconocimiento durante la gestación; b) A su asistencia en los partos distóxicos; c) A su asistencia en las incidencias patológicas a que diese lugar la gestación; d) A su asistencia en las incidencias patológicas que durante las seis semanas de descanso obligatorio posteriores al parto sufrieran la madre y el hijo; e) a los asesoramientos o consejos que crea necesarios o convenientes para conservar la vida y la salud de la madre y del hijo, y f) Eventualmente, cuando exista el Fondo de Indemnizaciones especiales y su cuantía lo consienta, a que sea asistido el hijo de la beneficiaria del Seguro en las enfermedades que persistieran, pasadas las seis semanas del descanso, hasta los seis meses después del parto; y a las operaciones quirúrgicas a la madre por enfermedades derivadas del mismo.

*Del farmacéutico.*—Tendrán derecho: a) Al material de asistencia que suele emplearse como necesario de previsión razonable en los partos; b) A las medicinas que mediante receta (quedan excluidos los específicos) prescriba el Médico al asistir a la beneficiaria en la gestación, parto y puerperio, y c) A los análisis corrientes.

Art. 8.<sup>º</sup> La simple presentación de la libreta a la Matrona o al Médico, o la de la receta en la farmacia igualmente designada, bastará para la prestación de estos servicios.

Art. 9.<sup>º</sup> Para hacer efectivos estos derechos, basta a la beneficiaria: a) Haber sido reconocida y asesorada facultativamente, a ser posible, por un Médico especializado, al sentirse encinta, o al menos dentro de los dos meses anteriores al parto; b) Haber pagado la cuota o cuotas correspondientes al trimestre o trimestres en que hubiere trabajado, y c) No trabajar en los días de descanso reglamentario.

Art. 10. 1.<sup>º</sup> Para facilitar la asistencia facultativa a que se refieren los artículos anteriores y precisar el procedimiento de prestarla, el Instituto Nacional de Previsión y sus Cajas colaboradoras procurarán concertar estos servicios con los Colegios Médicos y Farmacéuticos y con las Organizaciones de Matronas.

2.<sup>º</sup> Si por cualquier motivo el concierto con los Colegios de Médicos no fuera posible, las mismas entidades aseguradoras procurarán utilizar los servicios de los Tocólogos municipales, a que se refiere la Real orden de 11 de Diciembre de 1928.

3.<sup>º</sup> Si no fuera posible establecer estos conciertos, dichas entidades concertarán individualmente el servicio, designarán así el personal facultativo suficiente y publicarán las condiciones en que habrán de prestar esa asistencia.

4.<sup>º</sup> En todas las localidades donde los facultativos de cada clase con los cuales se haya concertado sean varios, la beneficiaria podrá elegir entre

ellos. Sólo cuando esta libre elección fruste los fines del Seguro despreciando o perturbando los servicios, podrá ser limitada o suprimida mediante la oportuna modificación del concierto con los facultativos a que se refiera. Pero esta limitación o supresión no podrá ser acordada sino por el órgano adecuado del Instituto, previo informe de la Caja colaboradora respectiva.

Art. 11. En los conciertos que las entidades aseguradoras celebren con las organizaciones de facultativos o con éstos individualmente, se determinará con toda claridad posible:

1.<sup>o</sup> Las clases y el procedimiento de la asistencia que han de prestar que no esté ya determinada en este Reglamento.

2.<sup>o</sup> Las diversas tarifas de remuneración, según el número de servicios y la densidad de la población.

3.<sup>o</sup> El procedimiento de remuneración al personal que preste estos servicios, sobre la base de que la obligación de pagarlo cae sobre las entidades aseguradoras o, en su caso, sobre las Mutualidades, Sociedades de Socorros Mutuos o demás entidades declaradas coadyuvantes del Seguro de maternidad.

Art. 12. Cuando sea la entidad aseguradora la que pague estos servicios, podrá hacerlo directamente o por medio de la entidad cooperadora local de este Seguro, mediante las formalidades que se establezcan.

Art. 13. La Matrona cobrará lo mismo en los partos normales de su exclusiva asistencia que en los distólicos, en que sólo será un mero auxiliar del Médico, incluso en los casos en los que el parto distólico sea tratado en una clínica y, en general, fuera del domicilio de la parturienta.

Art. 14. La Matrona reclamará la asistencia del Médico, no sólo cuando se presente anormal o distólico el parto, sino cuando al reconocer a la gestante vea seguridad o posibilidad de una anomalía cualquiera. En todo caso comunicará al Médico las observaciones que hasta el momento hubiere hecho. El Médico, a su vez, le dará las instrucciones que puedan ayudarla al mayor acierto en la función que le corresponde.

Art. 15. Las entidades aseguradoras deberán oír a los Médicos acerca de las condiciones de capacidad, moralidad y diligencia de las Matronas que han de prestar sus servicios a las beneficiarias de este seguro.

Art. 16. El Seguro de maternidad garantiza para sus beneficiarias la asistencia del Médico durante la gestación y el puerperio, pero sólo en aquellos casos en los que la indisposición de la asegurada sea una incidencia o una consecuencia de esta gestación o puerperio. En las que no tengan ese origen, ni las beneficiarias podrán solicitar su asistencia, sino pagándola ellas, ni el médico estará obligado a prestársela en virtud del compromiso que tenga con la entidad aseguradora. Esta, por su parte, no estará obligada a pagarlo.

Art. 17. 1.<sup>o</sup> Reducida de ese modo la asistencia médica, al determinarse las tarifas de remuneración de ese servicio podrá englobarse en la remuneración del parto distólico la que pudiere corresponder por la asistencia a la beneficiaria durante la gestación y el puerperio en los casos concretos a que el artículo anterior se refiere.

2.<sup>o</sup> Cuando exista el *Fondo de indemnizaciones especiales*, a que se refiere el artículo 12 del Real decreto de 22 de Marzo de 1929, aumentarán las funciones del Médico y se determinará por el pro-

cedimiento reglamentario el aumento de su remuneración.

Art. 18. En las grandes poblaciones, y especialmente donde haya gran número de beneficiarias, los Médicos que presten la asistencia, de acuerdo con la entidad aseguradora, podrán separar la función de asistir al parto distólico de todas las demás formas de asistencia médica previstas en este Reglamento. En ese caso se encargará del tratamiento del parto distólico a un especialista calificado. En el concierto indicado se determinará la remuneración que a cada uno le corresponda.

2.<sup>o</sup> No se utilizará una clínica, sala de partos distólicos o Maternidad que los Ayuntamientos, Diputaciones o Cabildos insulares y sus Mancomunidades puedan poner a disposición de las obreras beneficiarias de este Seguro, sino previo informe de la Inspección médica de la entidad aseguradora.

3.<sup>o</sup> Mientras el régimen de Seguro de maternidad no tenga estos servicios o no los reciba de los Ayuntamientos, Diputaciones, Cabildos insulares o Beneficencia pública o particular, la entidad aseguradora podrá concertarlo con clínicas de partos e instituciones análogas en la medida en que los recursos a esto destinados lo consentan, y en los casos en los que, a juicio de los Médicos del seguro, sea temerario tratar el parto distólico en el domicilio de la paciente, dada su especial gravedad.

Art. 19. 1.<sup>o</sup> Los farmacéuticos que presten el servicio de farmacia a las beneficiarias de este seguro lo dispensarán únicamente mediante receta del Médico del Seguro.

2.<sup>o</sup> La determinación del material farmacéutico necesario para el parto se hará previo informe de la Sociedad Ginecológica Española y la Real Academia de Medicina; y el Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con sus Cajas colaboradoras, decidirá si el interés de las beneficiarias del Seguro aconseja dejar la provisión de dicho material a la libre concurrencia o a una centralización nacional o por territorios de Cajas.

El material farmacéutico sobrante en cada parto será recogido por el facultativo correspondiente, en la forma y condiciones que se pacten.

Art. 20. Cuando el Médico, la Matrona o el Farmacéutico presten a la beneficiaria un servicio que estén obligados a prestarlo, o por pertenecer ella a la Beneficencia municipal, o por haberlo pagado ya, según el sistema de «igualas», la interesada o el Médico lo declarará así a la entidad cooperadora local, y, en su defecto, a la entidad aseguradora correspondiente. En esos casos, la cantidad asignada por dicho servicio será atribuida y entregada a la beneficiaria para aumentar su indemnización o para que descansen mayor número de días.

La entidad cooperadora llevará un Registro de las beneficiarias que se encuentren en este caso.

Art. 21. Cualquier que sea el pacto que se concierte con las organizaciones o con los individuos de las profesiones sanitarias, será entidad aseguradora la que haga los nombramientos y la que responda del pago de sus honorarios, salvo la excepción prevista en el apartado 3.<sup>o</sup> del artículo 11.

Art. 22. Mientras la entidad aseguradora no tenga organizado por sí misma el servicio, podrá prestarlo por medio de las entidades cooperadoras, que cuidarán de sufragarlo, respetando los convenios con las entidades facultativas.

La entidad aseguradora, abonará lo gastado, según esté pactado, a la entidad cooperadora.

## II.—De la indemnización por descanso

Art. 23. 1.<sup>º</sup> Además de la asistencia sanitaria a que los artículos anteriores se refieren, durante el reposo legal anterior y posterior al parto que se prescribe en el artículo 27, la beneficiaria recibirá una indemnización por interrupción en el trabajo y para atender a su manutención y a la de su hijo.

2.<sup>º</sup> La indemnización en cada parto estará constituida por la cantidad de 15 pesetas por cada cuota trimestral del Seguro de maternidad que por la beneficiaria se haya satisfecho dentro de los tres años anteriores a su primera semana de reposo, cualquiera que sea el número de partos de la asegurada durante ese período de tiempo.

Art. 24. 1.<sup>º</sup> No obstante lo dicho en el artículo anterior, en el período de transición de los tres años que sigan a la implantación de este seguro, el Estado contribuirá en cada caso, con carácter extraordinario, con la cantidad indispensable para que cada beneficiaria reciba, hasta completar en conjunto una indemnización correspondiente al pago de seis cuotas trimestrales, cualquiera que sea el número de ellas que la beneficiaria hubiere satisfecho.

2.<sup>º</sup> La concesión de esta bonificación suplementaria está condicionada por las siguientes normas :

1.<sup>a</sup> Que la asegurada reúna las condiciones reglamentarias para ser beneficiaria.

2.<sup>a</sup> Que la asegurada no haya llegado a satisfacer un mínimo de seis cuotas a causa de no haber trabajado el tiempo necesario para satisfacerlas.

3.<sup>a</sup> Que la asegurada no tendrá derecho a esta bonificación supletoria si la insuficiencia de cotización fuere debida a incumplimiento de la obligación de cotizar.

4.<sup>a</sup> Que el gasto para esta aportación complementaria y transitoria no pueda pasar de 500,000 pesetas en el primer año de la implantación del Seguro.

La cifra máxima de este gasto en el segundo y tercer año se fijará por el Gobierno en vista de la experiencia del año anterior.

Art. 25. Para tener derecho a dicha indemnización por el descanso legal se requiere :

a) Que la asegurada haya sido inscrita en el Seguro de maternidad, por lo menos, diez y ocho meses antes del parto;

b) Que esté al corriente de sus cotas del Seguro de maternidad, o sea que haya pagado las cuotas correspondientes a los trimestres en que haya trabajado;

c) Que, a ser posible, al sentirse encinta, o al menos dentro de los dos meses anteriores al parto, sea reconocida y asesorada facultativamente. No será obligatoria esta condición si para la omisión del reconocimiento hubo imposibilidad razonable no atribuible a las beneficiarias, a juicio de la entidad cooperadora o de quien haga sus veces;

d) Que justifique que utilizó la asistencia facultativa que hubiere tenido a su disposición, que descansó en el período de reposo legal y que veló por la vida de su hijo. Esta justificación se hará semanalmente, mediante certificación de la Visitadora, y, en su defecto, de la Matrona con el visto bueno del Presidente de la entidad cooperadora local, y en su defecto, por el Alcalde o Párroco, dejando siempre a salvo los deberes y derechos de la inspección médica.

Art. 26. La obrera inscrita en el régimen de Retiro obrero obligatorio al entrar en vigor el Se-

guro de maternidad, y para la cual se haya cotizado normalmente, tendrá derecho a que se le compute el tiempo de su inscripción en el régimen de Retiro obrero anterior a la implantación del Seguro de maternidad como tiempo de inscripción en este seguro, a los efectos de poder obtener los beneficios de indemnización por descanso legal.

Art. 27. 1.<sup>º</sup> La beneficiaria tiene obligación de descansar las seis semanas posteriores al parto. Tiene igualmente el derecho a descansar hasta seis semanas inmediatamente antes del parto. En uno y otro caso tendrá derecho a la indemnización reglamentaria.

2.<sup>º</sup> Para reconocerle el derecho a descansar antes del parto y a su correspondiente indemnización, bastará una certificación del Médico o de la Matrona del Seguro de maternidad, avalada con arreglo al art. 49, en el que declare que prevé que el parto sobrevendrá probablemente dentro de ese período.

La equivocación del Médico o de la Matrona en esa previsión no dará lugar a restitución de las cantidades indebidamente satisfechas, a no ser que se pruebe que en la certificación se hubiera cometido falsedad.

Art. 28. Se entenderá por descanso legal la cesación, durante el plazo a que se refiere el artículo anterior, de todo trabajo que, a juicio del Médico o de la Matrona, pueda ejercer influencia nociva sobre el parto, sobre la madre o el hijo, y desde luego :

a) La cesación temporal en el trabajo a que habitualmente se dedicaba en el establecimiento industrial, mercantil o agrícola, en la oficina o en su propio domicilio;

b) La cesación, igualmente temporal, de trabajos y esfuerzos análogamente nocivos en otro establecimiento o de índole distinta a la habitual.

Art. 29. 1.<sup>º</sup> La indemnización será proporcional al número de cuotas trimestrales satisfechas en los tres años anteriores a la primera semana de reposo legal próxima al parto; es una cantidad fija en cada caso, y, por tanto, será mayor o menor, según sea mayor o menor el número de semanas en que la beneficiaria descansó antes del parto.

2.<sup>º</sup> Siendo el peligro del trabajo tanto mayor cuanto más próximo está al parto, la beneficiaria no podrá descansar antes de él la semana o semanas que quiera, dentro de las seis a que tiene derecho, sino que, en el caso de optar por no descansar todo el período de las seis semanas, deberá elegir para su descanso las más próximas al parto. Una vez comenzado el descanso, no podrá volver al trabajo hasta que esté terminado el reposo legal.

Art. 30. En virtud de lo dispuesto en el artículo 24, número primero, durante el primer trienio de este Seguro la beneficiaria recibirá del Estado una bonificación que le asegure hasta 90 pesetas para indemnización por descanso, cualquiera que sea el número de las cuotas que hubiese satisfecho y con las condiciones en dicho artículo determinadas.

Por el decenso durante las seis semanas de plazo obligatorio, recibirá por cada día, como indemnización por vía de trabajo perdido, 2,50 pesetas. Durante el primer trienio esa cantidad señalara el mínimo de indemnización por descanso y día de trabajo. Si por prescripción médica descansa una o dos semanas inmediatamente anteriores al parto, en esa misma proporción podrá reducirse el descanso obligatorio posterior al alumbramiento, a fin

de que reciba el indicado mínimo de indemnización al menos en los días laborables de seis semanas.

Art. 31. Las beneficiarias que, por tener buen salario o sueldo, o por otro motivo cualquiera, puedan y deseen aumentar la cuantía de su indemnización, pueden hacerlo mediante imposiciones voluntarias o ingresando o continuando, a este fin, en una Sociedad de socorros mutuos o Mutualidad.

(Continuará)

—o—

*Aceites de oliva* que extremen su celo y diligencia exigiendo que los envases y vasijas destinados a contener el mencionado producto, reúnan las condiciones de limpieza e higiene que son necesarias para que no se altere su composición y pureza, y que los envases que, al efecto, se utilicen, estén fabricados con material adecuado. (R. O. recordando a los funcionarios técnico-sanitarios que intervienen en la inspección de substancias alimenticias, señaladamente por lo que se refiere a los).—*Gaceta número 11 del 11 de enero de 1930* (pág. 302).

*Cuarentenario*.—(*Administración central*.—Secretaría general de asuntos exteriores; Sección de política.—Abriendo concurso para proveer el cargo de subdirector médico en el servicio).—*Gaceta número 52 del 1 febrero de 1930* (pág. 854).

*Desinfección, desinsectación y desratización* a las Empresas que se indican, (R. O. concediendo y denegando autorizaciones para realizar las prácticas de).—*Gaceta número 4 del 4 de enero de 1930* (pág. 151).

*Desratización y desinsectación*, el empleo de la mezcla gaseosa de cloruro de cianógeno, según la técnica ideada por los doctores Bellogín y Viciano, director i subdirector de la Estación sanitaria del puerto de Valencia. (R. O. declarando procedimiento oficial y preferente en las prácticas de).—*Gaceta número 30 del 30 de enero de 1930* (pág. 752).

*Desratización y desinfección* de buques en nuestros puertos.—*Administración general*.—Gobernación. Dirección general de Sanidad. Resolviendo consultas relativas a la interpretación que debe darse al apartado quinto, de las normas para la).—*Gaceta número 35 del 4 de febrero de 1930* (pág. 941).

*Dirección general de Sanidad*, con la categoría de jefe superior de administración civil, a don José Alberto Palanca y Martínez Fortun, doctor en Medicina e inspector de Sanidad de la Provincia de Madrid. (*Ministerio de la Gobernación*.—R. D. nombrando).—*Gaceta número 57 del 26 de febrero de 1930* (pág. número 1,348).

*Desinfección, desinsectación y desratización* que comprende el Reglamento de 22 de mayo de 1929, quedan limitados a los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público que se indican (*Ministerio de la Gobernación*.—R. O. disponiendo que los servicios de inspección sanitaria y las prácticas de).—*Gaceta número 72 del 13 de marzo de 1930* (página número 1,639).

*Desinfección de vagones y material de embarque y transporte de ganados*. (*Ministerio de Economía Nacional*.—R. O. recordando a los directores de las Compañías de ferrocarriles el exacto cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 83 y siguientes del Reglamento de Epizootias, relacionadas con la).—*Gaceta número 84 del 25 de marzo de 1930* (pág. 1,885).

*Escuela Nacional de Sanidad*. (R. O. disponiendo se constituya en la forma que se indica, una Comisión encargada de formular el plan de estudios y el Reglamento de la).—*Gaceta número 2 del 2 de enero de 1930* (pág. 49 y 50).

*Especialidades y productos sometidos a inscripción*, a que se refiere la R. O. de 17 de febrero del año actual, deberán realizarse solamente cuando cambien la composición o el nombre de los preparados. (*Ministerio de la Gobernación*.—R. O. disponiendo que los nuevos registros de).—*Gaceta número 81 del 22 de marzo de 1930* (pág. 1,823).

*Estadística Sanitaria* de la Dirección general de Sanidad. (R. O. disponiendo que, a partir del domingo 1 de junio de 1930, comience a instituirse en la forma que se indica el servicio de).—*Gaceta número 88 del 29 de marzo de 1930* (pág. 1,972).

«*Fumigaciones Sanitarias*» para practicar las operaciones sanitarias a que hace referencia el Reglamento de 22 de mayo de 1929, en las provincias o localidades donde no se haya otorgado preferencia a los Institutos provinciales de Higiene o a los Ayuntamientos. (R. O. autorizando a la Sociedad Anónima).—*Gaceta número 29 del 29 de enero de 1930* (pág. 703).

*Higiene Pública*, de París, sea desempeñado personalmente por el Director general de Sanidad, y declarando disuelta la Comisión a que se refiere la R. O. de este Ministerio de 22 de abril de 1929. (R. O. disponiendo que el cargo de delegado de España en la Oficina Internacional de).—*Gaceta número 88 del 29 de marzo de 1930* (pág. 1,971).

*Inspectores provinciales de Sanidad* de Valencia y Alicante, y sus resultas. (*Ministerio de la Gobernación*.—R. O. resolviendo el concurso anunciado para proveer las plazas vacantes de).—*Gaceta número 40 del 9 de febrero de 1930* (pág. 1,084 y 1,085).

*Inspectores Municipales de Sanidad*. (*Ministerio de la Gobernación*.—R. O. disponiendo que las Corporaciones municipales comuniquen a los Inspectores provinciales de Sanidad de las respectivas provincias, los nombramientos, posesiones y ceses de los médicos titulares).—*Gaceta número 38 del 7 de febrero de 1930* (pág. 1,029).

*Inspectores generales de Sanidad Interior*, Instituciones sanitarias, de Sanidad Exterior, don Francisco Bécares Fernández; don Víctor M. Cortezo y Collantes, y don Eduardo Pascual López, y disponiendo se anuncie en este periódico oficial la convocatoria para la provisión de las tres mencionadas plazas. (*Ministerio de la Gobernación*.—R. O. disponiendo cesen en sus cargos de).—*Gaceta número 64 del 5 de marzo de 1930* (pág. 1,492).

*Inspectores generales de Sanidad Exterior, Sanidad interior e Instituciones sanitarias. (Administración central).—Gobernación. Dirección general de Sanidad. Convocando a concurso para proveer los cargos de).—Gaceta número 64 del 5 de marzo de 1930. (pág. 1,504).*

*Inspectores Municipales de Sanidad y disponiendo lo se consideren ingresados a todos los aprobados que figuran en la relación que se inserta. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. aprobando las oposiciones para ingreso en el Cuerpo de).—Gaceta número 70 del 11 de marzo de 1930 (págs. 1,605 y 1,610).*

*Inspección sanitaria y las prácticas de desinfección, desinsectación y desratización que comprende el Reglamento de 22 de mayo de 1929, queden limitados a los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público que se indican. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. disponiendo que los servicios de).—Gaceta número 72 del 13 de marzo de 1930 (página número 1,639).*

*Inspección General de Sanidad Exterior. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. disponiendo quede anulada y sin efecto alguno la convocatoria para la provisión de la plaza de jefe médico de la).—Gaceta número 74 del 15 de marzo de 1930 (pág. 1,687).*

*Inspección general.—Ministerio de la Gobernación.—R. O. disponiendo que al cesar en el cargo de Inspector general de Sanidad Exterior, don Eduardo Pascual López, se reintegre a su anterior destino de jefe-médico de la).—Gaceta número 74 del 15 de marzo de 1930 (pág. 1,687).*

*Inspectores Provinciales de Sanidad, de Madrid, Tarragona y sus resultantes entre médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional. (Gobernación.—Dirección general de Sanidad. Convocando a concurso reglamentario para la provisión de las plazas vacantes de).—Gaceta número 90 del 31 de marzo de 1930 (pág. 1,995).*

*Morfina. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. disponiendo se incluyan en el apartado A) del artículo 1.º del Real-Decreto-Ley de 13 de noviembre de 1928, los productos benzoilmorfina y demás éteres de la).—Gaceta número 58 del 27 de febrero de 1930 (pág. 1,367).*

*Pecuarias. (Ministerio de Economía Nacional.—R. O. distando reglas para optar, en lo sucesivo, al cargo de Inspector Municipal de Higiene y Sanidad).—Gaceta número 26 del 26 de enero de 1930. (pág. 649).*

*Pecuarias, se proceda con la mayor urgencia al estudio y recopilación de datos que puedan servir de base para redactar un proyecto de clasificación de partidos pecuarios municipales e inspecciones municipales de Higiene y Sanidad pecuarias en cada provincia. (Economía Nacional.—Dirección general de Agricultura. Circular disponiendo que por los Inspectores provinciales de Higiene y Sanidad).—Gaceta número 34 del 3 de febrero de 1930 (pág. 903).*

*Psitacosis. (Ministerio de Economía Nacional.—R. O. prohibiendo temporalmente la importación en España de loros y otras aves de la misma familia receptibles a la).—Gaceta número 56 del 25 de febrero de 1930 (pág. 1,333).*

*Practicantes en medicina y cirugía que ejerzan la profesión. (Ministerio de la Gobernación).—R. O. creando un carnet de indentidad, ajustado al modelo que se inserta, del que deberán estar provistos todos los).—Gaceta número 77 del 18 de marzo de 1930 (pág. 1,761).*

*Sanidad Exterior y confirmándole con la misma categoría y clase en el de jefe del Parque Central de Sanidad. (R. D. disponiendo que don Federico Mestre Peón, cese en el cargo de inspector general de).—Gaceta número 22 del 22 de enero de 1930 (pág. 515).*

*Sanidad Exterior, a don Eduardo Pascual López. R. O. nombrando Inspector General de).—Gaceta número 22 del 22 de enero de 1930 (pág. 515).*

*Seguro de Maternidad. (R. D. aprobando el Reglamento, que se inserta, del régimen obligatorio del).—Gaceta número 32 del 1 de febrero de 1930 (páginas 827 a 835).*

*Sanidad Exterior. (Dirección General de Sanidad.—Convocando a concurso para proveer la plaza de jefe médico a las inmediatas órdenes del Inspector general de).—Gaceta número 44 del 13 de febrero de 1930 (pág. 1,168).*

*Subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria; las de médicos epidemiólogos, químicos y veterinarios, auxiliares técnicos de los Institutos Provinciales de Higiene y las plazas de médicos y practicantes adscritos a los servicios de profilaxia pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas, eu dispensarios, sifilicomios, etc. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. suspendiendo la provisión en propiedad de las plazas de).—Gaceta número 64 del 5 marzo de 1930 (pág. 1,494).*

*Tifoidea en España y para auxiliar a los pequeños Municipios que a tal fin solicitan la protección del Estado», sea requisito indispensable que a las instancias solicitando dichas subvenciones, se acompañen los documentos que se indican. (R. O. disponiendo que para la concesión de las subvenciones que figuran en el capítulo 7.º, artículo 2.º del Presupuesto vigente, con el epígrafe «Para combatir o remediar la endemia).—Gaceta número 30 del 30 de enero de 1930 (págs. 751 y 752).*

*Trapos. (Gobernación.—Dirección general de Sanidad. Relación nominal de los comerciantes e industriales autorizados por los Inspectores de Sanidad de las provincias que se indican, para la exportación importación y manipulación de).—Gaceta número 71 del 12 de marzo de 1930 (pág. 1,629).*

*Veterinaria española. (Ministerio de la Gobernación.—R. O. disponiendo sea integrada a su vida profesional, la Asociación Nacional de).—Gaceta número 46 del 15 de febrero de 1930 (págs. 1,189 y 1,190).*