

ARCHIVOS DE HIGIENE Y SANIDAD PÚBLICA :

REVISTA MENSUAL

AÑO I

ENERO DE 1925

NÚM. 1



SALUDO

Para nuestra satisfacción y en cumplimiento de un deber gratisimo, sancionado por la costumbre, sean las primeras líneas de Archivos de Higiene y Sanidad Pública destinados a enviar un saludo cordial, efusivo y sincero, a sus colegas las revistas profesionales.

Sin timideces, pero sin audacias, damos comienzo a la obra de divulgación y de defensa, cultural y pedagógica, que es, o debe ser, una revista sanitaria. Permaneceremos atentos a los progresos de la Higiene y la Sanidad pública y solícitos del perfeccionamiento de las clases sanitarias nacionales, dando a la palabra sanitario la especialización profesional que le corresponde. No serviremos jamás ambiciones de bandería, aspiraciones personales ni bastardos intereses, sino los soberanos de la ciencia y de la justicia. Y si para hacer perdurable esta obra nuestra, engendrada por una feliz comunidad de ideas y optimismos, fuera preciso variar una tilde de su programa, Archivos de Higiene y Sanidad Pública no habrán sido más que un generoso intento malogrado.

EL COMITÉ DIRECTIVO

SECCIÓN CIENTÍFICA

UN ENEMIGO DEL B. DE KOCH

por el Dr. F. MURILLO

Es antigua en mí la idea de aprovechar en beneficio de la medicina preventiva y curativa, las aversiones naturales existentes entre las especies microscópicas, y no deja de extrañarme la ausencia de estudios encaminados a investigar sistemáticamente las incompatibilidades biológicas de bacterias, hongos, algas, protozoarios y levaduras, y la manera de utilizarlos en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Sin duda, no ha sonado la hora del impulso inicial, aunque yo presumo que no debe estar lejana, siquiera sea por hallarse en trance de agotamiento otros filones más ricos o más accesibles a la explotación de los investigadores.

La observación del mundo viviente, en todos sus reinos y clases, pone de manifiesto que no hay especie libre de enemigos, y que, lo mismo entre los macrobios que entre los microbios, existen afinidades y repulsiones, alianzas y hostilidades, que sería hábil utilizar en defensa de los seres superiores.

Las bacterias no forman excepción a esta ley universal e implacable. Lo que sucede es que desconocemos sus manifestaciones. Si algo han hecho los bacteriólogos en este terreno, hasta ahora, ha sido estudiar, o mejor dicho apuntar fenómenos de asociación y convivencia, dando de lado a la fase contraria, que es la que tendría mayores aplicaciones a la medicina y a la higiene.

Sabemos, por ejemplo, que ciertos estreptococos gustan de la compañía e intensifican la virulencia del bacilo diftérico, y que las mismas u otras razas estreptocócicas, constituídas en colonias, sirven de *nodrizas* a los bacilos de Pfeiffer. Sabemos, también, que en los medios de cultivo ordinarios, al igual que en el organismo, determinadas especies microbianas se buscan con predilección, y juntas viven largo tiempo si no en en simbiosis, por lo menos en utilitaria comunidad.

Algunas bacterias vinculan su existencia en la de organismos pertenecientes a clase distinta. Así, es bien conocida la importante simbiosis del *B. radicola* con las leguminosas, las mutualistas de hongos y algas, las del vibrión colerígeno con el *Amoeba lobulosa* y otras.

En cambio, rara vez aparecen observaciones y aportaciones relativas al antagonismo entre los microbios, aun extendiendo el concepto, como yo pretendo, no sólo al hecho material del vis a vis, del contacto entre colonias y colonias, sino también a la utilización natural o artificial de los productos de secreción, las toxinas, los fermentos y en fin, a toda suerte de armas y recursos que los organismos elementales poseen y pueden esgrimir en la lucha por la existencia.

En este terreno, he dado yo ejemplo utilizando la toxina diftérica para obtener razas especiales del *B. anthracis*, suficientemente atenuadas y suficientemente enérgicas, para constituir vacunas de uso generalizado en España. El *B. anthracis*, al cabo de habituarse con alguna dificultad al terreno—toxina diftérica filtrada por bujía—pierde parte de su virulencia nativa, sin perder la facultad de esporular, y se comporta en la practica como una raza nueva dotada de propiedades antigénicas. El veneno de una bacteria sirve aquí de atenuante y modificador de otra.

Pocos imitadores ha tenido esta orientación, aunque hay autores que han registrado hechos semejantes. Tal, por citar algunos, Schiller en sus experimentos de antagonismo provocado entre bacterias proteolíticas y peptolíticas, determinando la digestión de las segundas por las primeras; tal, Metchnikoff con las bacterias acidogénicas inhibidoras de la putrefacción, y tal, recientemente, Sartorius que anuncia su propósito de utilizar en el tratamiento de las infecciones, la enérgica lisina del *B. mycoides*, cuya propiedad saliente es la de provocar una rápida y completa disolución del bacilo Eberth, los paratíficos, el coli, el Flexner y los estafilococos.

No hablo de los bacteriofagos d'Herelle porque la mayoría de los autores se inclinan a pensar que el fenómeno se produce por la acción de enzimas liberados por las propias bacterias, no por lucha o contraposición de especies.

Insisto en que el estudio de los antagonismos biológicos y quí-

micos de los microorganismos y sus productos, ha de traer algún día soluciones inesperadas, por cuyo motivo, considero que es obligación de los bacteriólogos dar a la publicidad cuantas observaciones pertinentes a la materia, pueden recoger.

La que voy a exponer data de una época, años atrás, en que me ocupaba del cultivo y estudio diferencial de las distintas estirpes que integran la familia del bacilo tuberculígeno. Llevaba cultivos en patata, agar, huevo, etc., y en caldo, y estaba acostumbrado a ver, sobre todo en los cultivos de alguna fecha, en medios sólidos, impurificaciones producidas por hongos y, menos frecuentemente, por saprófitos esporulados. Rara vez sufrí la impurificación de los cultivos en caldo glicerinado, y caso de presentarse, era siempre a los pocos días de verificada la siembra.

Necesitando por aquél entonces, preparar una tanda de tuberculina, de entre los varios matraces que tenía dispuestos, bien crecidos los cultivos al cabo de semanas de permanencia en la estufa, separé uno por sobrante, y lo guardé, para otra tanda, en un armario donde iba almacenando, en vasos y cestillos, los tubos de simiente y otros de reserva, tanto de la variedad humana como de la bovina y la aviaria. Pasados un par de meses, volví a requerir el matraz sobrante, que era grande, de 4 litros, lleno hasta la mitad de caldo y cubierto, cuando lo abandoné en el armario, de un recio micoderma típico y continuo que ocupaba enteramente la superficie del medio, hasta escalar las paredes de la vasija en su total circunferencia. Visto a buena luz, noté que presentaba sobre el micoderma varias manchas rojas, a manera de islotes, dos de ellas mayores, del diámetro aproximado de un duro, y varias pequeñas como monedas de peseta o algo menos. Entre los islotes, el velo conservaba sus caracteres normales: era rugoso, blanquecino, coherente y espeso, y el caldo sobre el cual flotaba, ofrecía el color y la nítida transparencia de los cultivos puros. Este carácter atrajo mi atención desde el primer momento, porque si la impurificación, a juzgar por las muestras, había sido profusa (numerosos islotes) ¿cómo explicar la limitación al micoderma, dejando intacto el medio líquido? A fin de corroborar este extremo, con mucho cuidado para no agitar el contenido, trasladé el matraz a su puesto con intención de examinarlo al cabo de unos días. Transcurridos 15, renové la observación, encontrando

que el caldo continuaba transparente, sin el menor asomo de turbidez, y que las manchas se conservaban, al parecer, iguales en número y tamaño.

De las colonias rojas, practiqué siembras a caldo, suero y agar, y con una espátula ancha, extraje varios trozos de micoderma con colonias superpuestas, montando alguna, sobre una lámina de cristal y unas gotas de xilol y bálsamo del Canadá. Examinadas las preparaciones con lupa, y a un a simple vista, escarbando ligeramente con lanceta los bordes de las colonias rojas, pude apreciar que no estaban superpuestas, es decir, colocadas sobre la superficie del velo, sino que habían socavado las capas superiores del mismo y, formando mortaja, se alojaban en ella, sin llegar a taladrar las capas inferiores. La excavación practicada por la colonia en el espesor del micoderma, supone una acción digestiva de la bacteria roja sobre el bacilo de la tuberculosis mediante un fermento análogo al que la oruga de las colmenas (*Galleria mellonella*) pone en juego, según Metanikoff, para destruir el citado germen.

Esto es lo particular del caso. Que una bacteria impurifique un cultivo de tuberculosis disputándole el terreno, no tiene nada de extraordinario; pero que una bacteria ataque cultivos puros del bacilo de Koch, arraigue sobre ellos y los destruya y utilice para su nutrición, representa una propiedad poco común, digna de estudio.

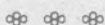
Podría suponerse que el invasor se nutre, por inhibición capilar a través del micoderma que lo separa del caldo. No se explicaría entonces la pérdida de substancia, la muesca que ocupa y rellena la colonia roja y que, indudablemente, descubre la existencia de un proceso de destrucción de las primeras capas o estratos bacilares.

La investigación ulterior demostró, conforme habíamos supuesto, que el germen constitutivo de las colonias rojas, era el *B. prodigiosus*, que ya alguna vez le habíamos visto aparecer en cultivos viejos de tuberculosis sobre patata glicerizada, sin reparar en otros detalles.

Dicho germen produce en gran abundancia una proteasa que por cierto tiene la propiedad, poco frecuente, de inactivarse en 30 minutos a 56°, la cual, en mi opinión digiere los bacilos de la tuberculosis y fragua lugar y nutrimento al prodigiosus en la trama del micoderma.

Sería, pues, un enemigo del fimógeno, que a más de entrar con él en concurrencia saprófita dentro de los medios de cultivo, posee armas para destruirlo.

Falta ahora aislar la proteasa y estudiar su comportamiento frente al báculo de Koch, comparándola con las proteasas de otras bacterias, para determinar si su acción tiene algo de especial y algo aprovechable en el sentido que motiva esta nota.



EL PROBLEMA SANITARIO PALÚDICO

por el Dr. CARLOS VILAPLANA

(Comandante médico)

Dos comunicaciones y una ponencia sobre paludismo fué todo lo presentado sobre el particular en el Congreso médico de Sevilla; en realidad bien poco, si se tiene en cuenta de qué modo el paludismo gravita sobre nuestra enfermería nacional. Las comunicaciones, presentadas ambas en la Sección II del Congreso, fueron una del Dr. Palanca, con el título de «El paludismo en la provincia de Madrid»; la otra, que versaba sobre «Errores de diagnóstico en el paludismo maligno», de los Dres. C. W. Huyssen y Buendía. La ponencia, «Paludismo y servicios palúdicos», estaba dedicada a la Sección XV del Congreso, medicina militar y naval.

En ambas secciones se discutió largamente el paludismo, pero sobre todo en la Sección II, donde no pudiendo dar por terminado el tema el mismo día de iniciado, hubo de continuarse la discusión al siguiente, último también del Congreso. En la discusión intervinieron, entre otros señores cuyos nombres sentimos no recordar, los Dres. Salvat, catedrático de Higiene; Palanca, actualmente inspector de Sanidad de Madrid; Coca, bacteriólogo; Buendía, de Huelva; los doctores argentinos Signiers y Caside y el que escribe estas impresiones. Por cierto que el Dr. Caside, de la Universidad de Córdoba, prometió que uno de los temas a que más atención se prestaría en el futuro Congreso Hispano-Americano de Buenos

Aires, sería el paludismo: tales vuelos tomó la discusión sobre dicho tema en el de Sevilla.

Hablóse en ella de la poca eficacia, en general, de las campañas antipalúdicas, por lo muy complejo del problema y exigir, además del factor tiempo, cuando se trata de campañas nacionales, los grandes territorios, el concurso no sólo del Estado, sino de los terratenientes en mayor o menor escala, obligándoles, conjuntamente con el Estado, al saneamiento de los terrenos de su propiedad. Uno de los puntos más discutidos fué el de la curación, mediante tratamiento, de las palúdicas crónicas, imposible con las cantidades ínfimas de quinina que a ellas se dedican en tales campañas antipalúdicas, quedándose la inmensa mayoría de ellas, si no todas, en igual situación que estaban. Se insistió en cómo el problema Sanitario palúdico de la Península viene agravándose en proporciones insospechadas con los numerosos palúdicos que nos llegan de Africa todos los años con licencia temporal y definitiva, al término de los reemplazos; número tan grande que se cuenta por cientos de miles de palúdicos desde el año 1909 en que comenzó la penetración a tiros en Marruecos. Y es así como se explica que vayan apareciendo con más frecuencia cada vez, muchos casos de paludismo maligno que no se veían antes en nuestras comarcas palúdicas; porque la característica del paludismo africano, transportado de ese modo a España, es su mayor gravedad con relación al nuestro. Se habló también de cómo la enfermería palúdica en Africa crecía a medida que nos internábamos en la Zona del Protectorado y se iban sembrando por el territorio, posiciones de infinito número y calidad, subordinando la Sanidad a la estrategia: posiciones en que todos los soldados concluían por hacerse palúdicos y todos los relevos que a ellos llegaban. De cómo Sanidad militar era impotente para remediar un estado de cosas advertido y previsto por sus compañeros de Africa y los de aquí, sin que quedase otro remedio que someterse fatalmente al plan militar que se seguía. De cómo toda la competencia y toda la buena voluntad de los médicos de Africa se estrellaba contra aquellas posiciones, muchas de ellas sin médico y sin poder, por tanto, asistir a los palúdicos que en ellas surgían en los primeros días de la enfermedad, cuando tantas son las seguridades de hacer una limpieza perfecta de parásitos mediante una quini-

zación, un tratamiento intensivo y enérgico. Una Comisión antipalúdica constituida por médicos militares competentísimos en la materia había ido a Africa el año 1920; había recorrido todo el territorio y a su final escrito una memoria dando normas y procedimientos para atenuar el morbo palúdico entre nuestras tropas. Comisiones, artículos en la Prensa militar, trabajos en la Revista del Cuerpo; a todo había subvenido y previsto Sanidad militar y, sin embargo, nuestra enfermería palúdica en Africa era cada vez mayor, cuanto más avanzábamos y más posiciones se iban levantando aquí y allá, hasta sembrar de ellas el territorio ocupado. De todo, en fin, se habló en aquella Sección II del Congreso de Sevilla; de el paludismo civil y militar, del de España y del de Africa, de la suma de los dos en la Península; de los medios y procedimientos por combatirlo de una y de otra parte, y tanta importancia hubo de reconocerse a este problema Sanitario palúdico, que con la tuberculosis y las enfermedades venéreas constituye la triada esencialmente morbosa de nuestro país, que uno de los acuerdos del Congreso de Sevilla culminó en pedir a los Poderes públicos la celebración de una conferencia en Madrid (sin derecho a dietas naturalmente), para tratar en ella el paludismo en sus múltiples aspectos y desde el doble punto de vista civil y militar.



ORGANIZACIÓN ANTIVENÉREA DE MADRID

por el Dr. J. FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA

En la ponencia que en colaboración con mi fraternal colega Julio Bravo acabo de presentar al Congreso de Sevilla, exponemos nuestro firme convencimiento de la eficaz influencia que la Sanidad Oficial ejerce en la lucha antivenérea, y a su texto remitimos al lector en demostración de que la mediocridad de nuestra cultura sanitaria social exige todavía la tutela del Estado—por no decir la dictadura—sobre quienes pueda ejercerse.

Varios son los deberes que la organización oficial tiene que cumplir a este respecto, pero entre ellos destacan con rasgos vigorosos la vigi-

lancia médica de la prostitución y la multiplicación de dispensarios, dotados éstos de personal competente y de material clínico, de laboratorio y terapéutico, que permita actuar de acuerdo con el momento científico-

Es corriente en la mayor parte de los comentaristas, sobre todo si son españoles y hablan de España, señalar desafortunadamente los defectos y las ausencias, pasando en silencio las virtudes y las presencias. Estas líneas están informadas en un criterio distinto, puesto que vamos a pasar revista, con cierto orgullo, a lo que en relación con el asunto que nos ocupa hay hecho en Madrid; que no es todo, ni siquiera mucho, pero que es bueno, de sólida base, y que ofrece la sensación de que estamos en camino de próximas realidades. Naturalmente que también indicamos lo que falta por hacer, añadiendo nuestra optimista creencia de que se hará, y se hará pronto y bien.

No es necesario recordar las dificultades que hubimos de vencer los médicos del Cuerpo de Profilaxis desde que terminamos nuestras oposiciones en abril de 1921, hasta que pudimos comenzar nuestros trabajos dos años más tarde.

En el mes de abril de 1923 se inauguró el Dispensario de la calle de Luisa Fernanda, y durante un año largo hemos trabajado en él los nueve médicos del servicio clínico, y los dos de laboratorio, realizando la copiosa labor detallada en los datos estadísticos que insertamos.

La casa en que dicho Dispensario está instalado, vieja y estropeada, es susceptible de una reforma que haga de él un centro modelo, como lo es el Dispensario Azúa. Adviértase la utilidad de su amplio y hermoso jardín, las condiciones de independencia y situación en que se encuentra, y que tan interesantes son para el objeto que se destina, las facilidades y aun baratura que para su adquisición existen, y con estos datos a la vista comprendamos la urgencia de adquirirla, convirtiéndola en un Dispensario digno de Madrid y un poco más en armonía con la verdadera suntuosidad del Dispensario Azúa.

Cuando éste se inauguró, en junio del año actual, hubimos de repartir el trabajo, quedando en Luisa Fernanda cuatro médicos clínicos y uno de Laboratorio, ayudados por un alumno interno y un practicante. La dependencia está compuesta de un mozo, un conserje-escribiente y una mujer para la limpieza.

Continúan en Luisa Fernanda las consultas durante todo el día, facilitando el acceso a ellas a cuantas personas deseen ser aconsejadas o tratadas en relación con las enfermedades venéreas o su profilaxis; pero la misión fundamental de este Dispensario consiste en la vigilancia médica de la prostitución.

Suficientemente razonada queda también en la ponencia de Sevilla, nuestra convicción de que por ahora la vigilancia oficial de la prostitución, desde el punto de vista sanitario, no puede abandonarse, ya que habida cuenta de su presencia efectiva y del peligro que para la salud pública representa, corresponde al Estado la obligación de vigilarla y el derecho de evitar la posible difusión de aquel peligro.

Igualmente queda comentado de qué modo el reconocimiento bise-manal de las prostitutas no puede ofrecer una garantía absoluta, sino relativa; pero añadimos, que es por hoy el único medio eficaz de familiarizar a las prostitutas con la asistencia y ambiente del Dispensario moderno, tan distinto de lo que fué y en el que han de ser objeto, tanto de enseñanzas que redunden en la adquisición del amor a la salud, cuanto de tratamientos que curen y prevengan en ellas y en sus clientes, y que en definitiva, evitando recidivas de lesiones contagiosas, o haciendo que éstas duren un tiempo mínimo, constituyen por hoy la manera más práctica y verdadera de hacer medicina social en venereología.

No es hoy—y sépanlo cuántos en el asunto se interesan—el reconocimiento de las prostitutas, aquel que se limitaba a certificar el estado clínico macroscópico de ellas en el momento del examen, que ésto ya sabemos que no tuvo ni tendrá jamás eficacia, sino la vigilancia científica y continuada, por un venereólogo competente, de la persona que realiza un comercio insano, el consejo continuo de la manera de prevenir, la indicación especial para cada caso, el examen serológico repetido, y el tratamiento perseverante, en la disciplina del cual—como escribimos en el trabajo aludido—está la única medida capaz de tasar la garantía de la acción sanitaria.

Todo ello apuntado, historiado, convenientemente coleccionado y transcrito en esquema al carnet de que la mujer es portadora y que lleva su retrato.

Sepan por tanto los que aceptan el trato carnal con las prostitutas, que es preciso informarse en los carnets de la salud de las meretrices, pero que conformarse con leer el resultado del último reconocimiento, por muy próximo que esté, no tiene ninguna utilidad, y en cambio la tiene grande y positiva el repasar en un golpe de vista la frecuencia, asiduidad y regularidad con que la mujer se somete al examen médico, y las sucesivas impresiones clínicas que sus visitas ocasionen. Aunque no fuera más que por este detalle, ya se comprende la distancia que separa el volante aislado y extraoficial de antes de el carnet sanitario oficial de hoy.

Se inauguró el Dispensario Azúa, y de él podemos decir que consti-

tuye un motivo de legítimo orgullo para cuantos a su formación hemos llevado nuestro grano de arena. Perfectamente situado, no lejos del centro pero con el apartamiento que la discreción impone, es ya visto por fuera algo que positivamente interesa y atrae.

Un piso bajo con entrada independiente, destinado a la Consulta de hombres y terapéutica física; otro principal, para la de mujeres y Terapéutica quirúrgica, y otro segundo, para las funciones didácticas; espléndida instalación de Laboratorio y Enfermería, constituyen a grandes rasgos la descripción total del edificio.

Todo cuanto de moderno, útil y efectivo se conoce en relación al diagnóstico, exploración y tratamiento de las enfermedades venéreas, constituye la soberbia dotación del Dispensario Azúa, en el que nada se ha escatimado por las autoridades sanitarias hasta conseguir el ideal de convertirlo en un centro modelo del que legítimamente pueden vanagloriarse Madrid y España.

Hasta los animales de experimentación están lujosamente instalados en pequeño y caprichoso edificio integrado por el conjunto de jaulas que ocupan uno de los patios.

En unión del material clínico y de laboratorio, está dotado el Dispensario de cuantos elementos son precisos para la enseñanza, demostración y divulgación de los métodos de higiene y terapéutica venereológica (cinematógrafo, aparato de proyección, fotografía, microfotografía, etcétera). En suma, no conocemos las instituciones similares de América, pero sí las más importantes de Europa, y podemos decir que ninguna de estas es comparable a la que poseemos.

Cinco médicos clínicos y uno de laboratorio componen el personal facultativo, que es ayudado en su actuación por el subalterno, integrado por tres alumnos internos y dos practicantes, todos ellos ingresados por oposición.

La dependencia está formada por un Auxiliar de la Administración, un conserje, un practicante instrumentista, un mozo y dos mujeres para la limpieza.

De todo este personal es jefe el Administrador general de los Dispensarios, nombrado por el Ministerio de la Gobernación.

Los servicios de consulta no se interrumpen en todo el día y durante gran parte del mismo funciona también el laboratorio, en el que aparte de los análisis en relación con la clínica, se verifican continuos estudios de investigación experimental.

Las puertas del Dispensario Azúa—¡nombre sin sucesión en la venereología española!—están abiertas para cuantos se interesen en estos es-

tudios, y un plantel de médicos jóvenes y estudiantes aficionados nos honran con su constante asistencia y colaboración, alentándonos con ellas en la perseverante labor.

La organización de ficheros, clasificación de enfermos, consejos e instrucciones para los mismos, cartillas sanitarias, etc., están orientados en el más moderno sentido. Y así de este modo, y cada vez en mayor escala, se va realizando la función social para que el Dispensario fué creado.

Recientemente, y vistas las deficiencias actuales del Dispensario de la prostitución, se ha trasladado al de Azúa el reconocimiento de algunas prostitutas distinguidas. El día—¡que ojalá esté muy próximo!—en que aquellas deficiencias hayan desaparecido, se realizarán de nuevo todos los reconocimientos en un solo centro, puesto que la presencia de las prostitutas, resta libertad de acceso a las mujeres que no lo son, y aun a los hombres, y ello redundará en perjuicio de la concurrencia y por tanto de la eficacia social del Dispensario.

En cambio, debe imprimirse una mayor actividad a la función educadora que formaba parte del programa a realizar. El Congreso de Sevilla ha impedido que se organicen los cursos oficiales para médicos en este primer trimestre del año académico. No obstante, se está desarrollando un curso de laboratorio que ya toca a su fin, y a él han de seguir otros con regularidad e intensidad cada vez creciente, y ello unido a la labor de divulgación social, mediante proyecciones, cinematógrafo, conferencias en los centros obreros, escuelas, y aun en el mismo Dispensario, constituirá un positivo y eficaz complemento de la interesante campaña en la que tenemos el honor de intervenir.

En estos días (escribo este artículo a mediados de diciembre), se está llevando a la práctica una innovación de la que esperamos felices resultados. Ello consistirá en la colocación en todas las habitaciones de los prostíbulos y casas de recibir de unos carteles, en los que en lenguaje sencillo se recuerda el peligro venéreo y la manera de evitarlo, al mismo tiempo que se dan instrucciones para la aplicación de un profiláctico de fórmula conocida y sancionada, del que estarán obligatoriamente provistas todas las casas para ponerlo a disposición de quien lo necesite, mediante un precio mínimo que esté al alcance de todos.

No podemos entrar en detalles que prolonguen la extensión de este artículo, pero tampoco dejar de decir que la desinfección individual, pese a sus detractores, constituye por hoy una de las más poderosas armas de combate en la lucha antivenérea.

Por último, nos proponemos comenzar en estos días la penosa labor

de una visita de inspección en todas las casas, con objeto de proponer la inmediata clausura de aquellas que por su disposición, capacidad, o falta de medios, no se ajusten a un mínimo de garantías higiénicas.

Citamos a continuación algunos datos estadísticos demostrativos de lo actuado en ambos Dispensarios desde su reciente fundación. Por ellos y por las palabras escritas, se verá como Madrid, sin bombos ni platillos, sin sueltos de prensa, calladamente, como se hacen las obras serias, se ha puesto en poco más de un año a la cabeza de las poblaciones en las que la organización oficial antivenérea es una realidad.

Seríamos injustos si no escribiéramos a continuación los nombres del actual Subsecretario de Gobernación, general Martínez Anido; del Director general de Sanidad, Sr. Murillo; del ex Director Sr. Martín Salazar (bajo cuya actuación se realizó la obra del Dispensario Azúa); del siempre bien orientado Sr. García Durán, Inspector general de Sanidad Interior, y por último, del actual Inspector provincial, Sr. Palanca, nuestro jefe y amigo, al que tanto debe la salud pública de Madrid.

Siendo ésta la primera vez que hablamos de nosotros mismos, después de tantas incitaciones que para ello hemos recibido, es justo consignar nuestra gratitud a la prensa profesional, con cuyo apoyo siempre hemos contado, y excluyéndome a mí—el más modesto de todos—es también justo ponderar la perseverancia, entusiasmo y vocación, a tantas pruebas sometida, de mis compañeros, los médicos del Cuerpo Oficial de profilaxis antivenérea de Madrid.

He aquí las estadísticas de los servicios prestados:

DISPENSARIO LUISA FERNANDA

AÑOS	MESES	MUJERES					HOMBRES	AMPOLLAS						ANÁLISIS			Investigación de gonorreos...
		Que trajo la policia	Inyectadas	Reconocidas.....	Hospitalizadas...	Tratadas..	Tratados..	Neo-sal-Varshin..	Neotropol.	Acete gris	Cianuro de mercurio.....	Benzoato.	Calometanos.....	Sangre...	Orina....	Pelosi-camas...	
1923..	Abril....	87	646	2.231	50	56	33	47	12	2	—	62	—	64	8	2	—
	Mayo....	88	213	1.872	34	218	111	134	72	2	—	45	—	72	12	9	—
	Junio....	61	124	2.055	27	364	336	184	132	8	1	33	—	78	6	4	—
	Julio....	62	92	1.588	40	152	591	182	90	6	3	41	—	65	21	6	—
	Agosto..	69	72	1.517	39	141	865	197	96	10	—	32	—	76	21	10	—
	Septiem..	44	76	1.417	33	239	1.289	311	132	8	24	19	200	107	16	22	—
	Octubre..	108	116	1.752	43	232	2.084	357	282	10	—	20	—	130	30	21	—
	Novbre..	55	75	1.758	44	253	2.136	402	144	5	3	23	—	140	22	9	—
	Dicbre...	19	36	1.338	35	236	2.212	330	303	14	1	22	—	96	20	16	—
	Enero....	61	105	2.055	42	293	2.489	420	438	8	6	18	—	190	30	12	—
1924..	Febrero..	34	72	2.043	34	420	2.997	506	625	—	4	24	—	147	20	35	—
	Marzo...	65	81	1.961	40	430	2.856	487	678	2	2	42	—	120	35	22	—
	Abril....	81	83	2.149	48	446	3.440	561	693	3	1	60	—	150	30	76	—
	Mayo....	106	63	2.076	40	478	3.539	521	498	8	5	100	—	96	12	44	—
	Junio....	93	73	1.788	37	362	2.873	322	353	5	—	60	—	67	31	36	—
	Julio....	90	58	1.811	37	173	453	64	48	1	—	20	—	20	4	2	6
	Agosto..	123	71	2.083	25	180	501	32	60	—	—	20	—	32	14	46	18
	Septbre..	236	120	2.389	38	154	534	34	72	1	10	70	—	17	3	9	5
	Octubre..	134	65	2.589	20	137	424	6	24	—	—	40	—	35	14	58	4
	Novbre..	76	69	2.273	17	233	361	25	48	—	6	60	—	33	4	25	2
Totales.....		1.692	2.305	38.745	733	5.197	30.124	5.122	4.800	93	66	811	200	1.735	353	464	35

DISPENSARIO AZÚA

AÑO 1924 — MESES	MUJERES		HOMBRES	AMPOLLAS					ANÁLISIS				
	Reconocidas..	Tratadas.....	Tratados.....	Neosalvarsán.	Neotepol....	Acetle gris....	Cianuro de mercurio....	Benzoato.....	Sangre.....	Orina.....	Escamas y otros.....	Frotis gonocócicos.....	Céfalio taquídeo.....
Julio.....	21	367	2,932	225	252	9	—	50	250	7	—	20	5
Agosto.....	—	587	3,393	262	216	10	—	40	245	8	4	26	6
Septiembre.....	—	727	3,983	251	336	11	—	120	230	22	7	32	4
Octubre.....	—	904	4,422	206	389	10	10	60	258	25	8	30	8
Noviembre.....	105	857	4,305	220	461	9	10	10	248	34	4	36	12
<i>Total.....</i>	126	3,442	19,035	1,164	1,754	49	20	280	1,231	96	23	144	35

Tales cifras nos dispensan de todo comentario.

* * *

Visto lo hecho, digamos brevemente lo que falta por hacer:

Adquirir la casa de Luisa Fernanda, u otra, para dotar a Madrid de un Dispensario especial para la prostitución que sea digno de la categoría actual del Servicio, que esté en armonía con el otro Dispensario, y que sea capaz para que en él puedan ser atendidas todas las prostitutas, determinación cuyas ventajas no es necesario ponderar.

Si en el ánimo del Sr. Martínez Anido está el convenir rápidamente en realidad la promesa que hizo en la inauguración del Dispensario Azúa, de la pronta dotación de un sifilocomio, es evidente que con menor gasto y en el mismo sitio podrían hacerse ambas cosas a la vez—Dispensario y Sifilocomio—con la ventaja, además, de satisfacer uno de nuestros más vivos anhelos, en bien del servicio, y de dar cumplimiento a la conclusión votada por el reciente Congreso de Sevilla, que dice así: «El tratamiento de las prostitutas hospitalizadas estará a cargo de los Profesores del Servicio Profiláctico».

Mientras ésto no se haga así, adolecemos de los efectos que la duplicidad de criterios y de mandos originan siempre.

Otra de las medidas a adoptar, y que ya tácitamente queda comentada, consiste en la urgencia de intensificar la divulgación antivenérea social y la actuación didáctica del Dispensario Azúa.

Hablando de sanidad de Madrid, de lucha antivenérea del pueblo de Madrid, es evidente que la representación del pueblo, que es el Municipio, no puede ni debe seguir un momento ausente de esta campaña. No queremos imposibles, ni pretendemos que el Ayuntamiento incorpore a sus presupuestos cantidades de las que no disponga, pero cuando menos, debe aprovechar sus organizaciones de servicios de guardia en las Casas de Socorro para crear, con la rapidez que el caso requiere, las llamadas «Cabinas sanitarias de urgencia», con lo cual quedaría cumplida la 5.^a conclusión del reciente Congreso aludido y adoptada una de las medidas de las que nosotros esperamos positiva utilidad. Estamos a la disposición de la Comisión Municipal de Beneficencia para cuantos detalles informativos la interesen en este asunto.

Otras dos conclusiones del Congreso, la relativa a la presencia de técnicos en la Comisión Permanente de la Junta Provincial, y la que se refiere a la supresión de los reconocimientos domiciliarios, no nos afectan en Madrid, puesto que son perfecciones de las que ya disfrutamos.

Quédanos únicamente por comentar la primera conclusión, en la que se solicita la creación de un Cuerpo de Investigación especial antivenérea a las órdenes del Director técnico del Servicio.

En efecto: la Policía es la que tiene que definir la condición de prostituta, es la que tiene que velar por el cumplimiento de las prescripciones sanitarias, es en fin, el complemento obligado e imprescindible de nuestra acción, y como con la Policía general vemos que de las 6 o 7.000 prostitutas que ejercen en Madrid no se han inscrito en año y medio más que 2.300 y no concurren al Dispensario ni siquiera 900, nos parece que es llegado el momento de cambiar de sistema.

Reproducimos a continuación el texto íntegro de las conclusiones que nos han servido de pauta para estos últimos comentarios, y que fueron discutidos y aprobados en Sevilla como síntesis de la discusión entablada en el pasado Congreso con motivo de la ponencia oficial «Cómo debe organizarse en España la lucha antivenérea»:

1.^a Creación de un Cuerpo de Investigación especial antivenérea, a las órdenes del Director técnico del Servicio.

2.^a Supresión inmediata del reconocimiento domiciliario.

3.^a Modificar la Comisión Permanente con una Subcomisión a los fines de la lucha antivenérea.

4.^a Creación de dispensarios y sifilocomios con todos los elementos precisos y necesarios.

5.^a Creación de las cabinas sanitarias de urgencia.

6.^a El tratamiento de las prostitutas hospitalizadas estará a cargo de los Profesores del Servicio Profiláctico.

* * *

He aquí una impresión sintética de lo que fué, de lo que es y de lo que será, la organización oficial antivenérea de Madrid.

A las ventajas materiales que proporciona el progreso, se une en cada caso, el consolador optimismo que comunica al espíritu.

Madrid, diciembre 1924.

SECCIÓN PROFESIONAL

PARA LOS SUBDELEGADOS DE MEDICINA

LAS INSPECCIONES MUNICIPALES DE SANIDAD

por el Dr. JULIO ORTEGA

En el Congreso de Sevilla, al que me llevó mi interés por las Subdelegaciones de Medicina, tuve ocasión de comprobar lo que ha tiempo venía sospechando respecto al funcionamiento de estos órganos esenciales hoy, a mi juicio, en la organización sanitaria española. El reducido número de Subdelegados de Medicina que asistió a la Sección XIV del Congreso y el más nutrido y compacto grupo de Inspectores Provinciales de Sanidad que él reunió, llevaron los ecos de las organizaciones sanitarias provinciales y en ellos encontré la comprobación de mis sospechas respecto al estado actual, al lamentable estado actual, de las Subdelegaciones de Medicina o Inspecciones sanitarias municipales en no pocas capitales de provincias y cabezas de partido judicial.

A la manera de un *leit-motif* he repetido tercamente en mi campaña pro Subdelegados de Medicina que nuestro presente y nuestro porvenir están ligados a nuestra función sanitaria de tal modo que al no ejercitar esta función, primordial entre todas, el peligro de desaparecer nos amenazaría. Parodiando al personaje de la tragedia clásica he sintetizado el problema en estos términos: Ser o no ser, es decir, ser sanitario o no ser nada. Es indudable que la función sanitaria de los Subdelegados de Medicina, tradicional desde remotos tiempos, fué la característica del cargo hasta la malhadada reglamentación de 1848; y los es también, sin duda, que la Instrucción de Sanidad de 1904 les reintegró en ella al asignarles las Inspecciones municipales de Sanidad de mayor importancia. Pero esta asignación, ratificada de Real orden en 1905 y 1907, reconocida nuevamente por Real decreto en 20 de septiembre de 1919 y generalizada y vuelta a ratificar en el de 25 de febrero último, no ha constituido en todas partes un hecho real y positivo, fecundo en beneficios para la higiene pública y para los propios Subdelegados de Medicina.

Por desgracia, los municipios españoles no han prestado a sus problemas sanitarios locales toda la atención que debieran merecerles. El desconocimiento de su transcendencia ha asemejado a gran número de los de mayor importancia con los Ayuntamientos rurales, así como unos y otros han sido pacto de parecidos e igualmente vituperables caciquismos. Justo es reconocer que algunos han realiza-

do importantes obras sanitarias, cómo la creación de admirables laboratorios y otros provechosos servicios de higiene y profilaxis; pero no es menos cierto que en esas obras se advierte con frecuencia la labor personal de un técnico, dotado de excepcional paciencia y perseverancia. De otra parte, la relativa independencia que los Subdelegados de Medicina podían ostentar como agentes sanitarios municipales frente a las asechanzas del caciquismo, absorbente y tiránico, les hacía indeseables para aquellas Corporaciones, mediatizadas por él. Añádase a todo ello la apatía, el desinterés de algunos Subdelegados de Medicina por la total consecución de la función sanitaria que la ley les encomendaba y se tendrán esquemáticamente enunciadas las causas de su incumplimiento.

Y, sin embargo, el problema de la Sanidad municipal de los municipios de las capitales y de las cabezas de partido en lo que a las Inspecciones se refiere, está satisfactoriamente resuelto en la ley. Ella exime a dichos Ayuntamientos de la retribución de los Inspectores y garantiza por la oposición su competencia sanitaria. No les sustrae a la autoridad de los municipios, pero consecuente con el concepto moderno de la Sanidad pública, les otorga la necesaria independencia en su función y les engrana en la organización sanitaria nacional, otorgándoles atribuciones y derechos en beneficio de ella y de los mismos Ayuntamientos.

Empero la ley no se cumple sin excepción, como debiera, por los municipios a los que afecta, mientras en todas las provincias para ser Subdelegado de Medicina se exige ganar una oposición que lo es al mismo tiempo, y principalmente, para ser Inspector municipal de Sanidad, a juzgar por lo que dice su Reglamento y por el contenido de su cuestionario. El término a semejante anómala situación lo ha de poner, sin duda, el Reglamento sanitario del Estatuto municipal para bien de los Ayuntamientos, de los Subdelegados y, sobre todo, de la salud pública.



PUNTOS ESENCIALES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ENSEÑANZA SANITARIA NACIONAL

por el Dr. PALANCA

En nuestro país como en otros varios del extranjero hay, en los momentos actuales, una verdadera preocupación acerca de los medios más a propósito para mejorar la enseñanza de los conocimientos higiénicos entre los técnicos. En el último Congreso de Higiene celebrado en París, el tema a que más importancia se concedió, el que dominó de una manera decidida fué éste, y en España el reciente Real decreto, creando la Escuela Nacional de Sanidad, da a la cuestión un tinte de actualidad que nos incita a exponer algunas reflexiones acerca del problema.

Cinco puntos esenciales trataremos en este artículo, dejando para más adelante otros aspectos no tan importantes, pero muy dignos de tenerse en cuenta. Estos cinco puntos son los siguientes: *Emplazamiento de la Escuela; medios económicos necesarios; elección del personal docente; materias que debe abarcar la enseñanza; reorganización de los cuerpos sanitarios, y emplazamiento de la Escuela.* Nuestra permanencia durante muchos años en el Hospital militar de Madrid nos ha enseñado prácticamente los inconvenientes para el servicio que tienen los establecimientos situados demasiado lejos del centro de la población y sin fáciles comunicaciones con él. Los médicos en los Hospitales y los profesores en las Escuelas, tienen muchas ocupaciones y no pueden estar pendientes de la hora fija a que sale el automóvil encargado del transporte. La necesidad de acudir a una hora fija es un obstáculo para que dentro del establecimiento se dedique la atención debida a los servicios y para que la enseñanza se efectúe con la calma necesaria. Aquellos médicos a los que su posición económica o su trabajo consientan poseer un automóvil privado serán los únicos que puedan atender debidamente sus deberes, los restantes vivirán siempre preocupados con la necesidad de estar pendientes de un horario no siempre compatible con la buena marcha del Hospital.

Únicamente un director de aptitudes excepcionales y de un formidable amor al trabajo, será capaz convertir el Hospital de epidemias en una buena escuela sanitaria. A poco que su voluntad flaqueé, el Hospital estará destinado irremisiblemente a quedar en manos de los médicos de guardia, únicos que por su especial misión no podrán faltar. Es por

eso por lo que la Escuela sanitaria no puede estar en su totalidad en el Hospital del Rey; la mayor parte de las enseñanzas tendrán que darse en el Instituto de Alfonso XIII, apesar del grave inconveniente que para los alumnos representa el tener que acudir a puntos tan distantes entre sí; se hará, pues, necesario estudiar una distribución favorable para la enseñanza de las materias diversas que integren el plan de estudios para que sea factible acudir a sitios tan lejanos. Un emplazamiento del Hospital del Rey más cercano a Madrid y con mejores comunicaciones hubiera permitido llevar a él todas las enseñanzas con ventajas innegables para profesores y alumnos.

Medios económicos necesarios.—Pretender que la enseñanza de la Higiene a los futuros funcionarios de la Sanidad pública no cueste dinero al Estado es pretender yn imposible, si la enseñanza ha de ser algo más que una ficción. Hacen falta recursos para pagar al profesorado competente ya que no es posible hoy día imponer deberes tan árduos como el que nos ocupa sin cómpensarlos de manera conveniente. Por otra parte, la primera condición para exigir el cumplimiento de un deber es pagarlo debidamente, ya que las cosas que se hacen gratuitamente ni suelen ser buenas, ni suelen ser tan gratuitas como pudiera parecer a primera vista.

Hacen falta recursos, y no en escasa cantidad, para material de enseñanza y para la fundación de un Museo de Higiene, con destino a la enseñanza también. Hacen falta recursos para enseñar a los alumnos lo que hay en España en cuestiones sanitarias y en instalaciones de saneamiento; y si esos recursos permitieran a los alumnos dar un vistazo por algún sitio del extranjero mejor aún. La instalación de laboratorios para la enseñanza, aparatos de proyecciones, etc. son también necesarios; y no lo es menos disponer de personal auxiliar capacitado para secundar las iniciativas de los profesores.

Lo mismo en la guerra contra los pueblos que en la lucha contra las enfermedades, el dinero sigue siendo lo primero que se necesita.

Elección del personal docente.—El ejemplo de lo que ocurre en nuestras Universidades debe estar muy presente en el ánimo de los que organicen la Escuela de Sanidad, que deberán huír de dos escollos igualmente peligrosos.

Uno de estos escollos es el de los derechos adquiridos. Entre nosotros se admiten toda clase de derechos individuales, pero todavía no está muy admitido el que esos derechos no puedan llegar a constituir un obstáculo para el bienestar social. No se tolera que un funcionario vea cercenados los derechos adquiridos en una oposición, no siempre afor-

tunada; pero que este mismo funcionario con su pasividad o con su proceder sea un obstáculo al progreso de la sociedad, no parece anómalo a nadie.

Así, pues, para la elección de los futuros profesores de la escuela sanitaria no debe haber derechos adquiridos de ninguna clase. Su historia, sus condiciones y los beneficios que puedan reportar son las únicas consideraciones que deben pesar en el ánimo de los que deban efectuar el nombramiento.

El otro inconveniente es el del sistema de oposición, tal como se entiende entre nosotros. No se puede admitir de ninguna manera que cierto grado de elocuencia combinado con un cuarto de hora afortunado sean suficientes para dar libertad omnimoda a un profesor durante su vida entera.

Es, pues, necesario, primero buscar los profesores donde se encuentren, sea cual sea su casillero profesional, pagarlos bien después y, por último, someterlos a un verdadero contrato sobre tiempo a enseñar, número de lecciones, trabajos prácticos, etc.; y, de vez en vez, revisar la forma en que se da la enseñanza, de modo que sirva de estímulo al profesor y a los discípulos.

Materias que debe abarcar la enseñanza.—Cuatro materias fundamentales tienen que servir de base a la enseñanza sanitaria: bacteriología con su técnica aplicada, epidemiología con su clínica, higiene general y legislación y servicios de desinfección. Las cuatro materias son esencialmente prácticas, aun teniendo parte teórica importante. La enseñanza de la bacteriología debe, por otra parte, ir íntimamente ligada a la de la epidemiología, de manera tal que aquélla deje de ser una ciencia abstracta y se transforme en ciencia de aplicación inmediata, y con ello se salve el inconveniente de muchos de nuestros bacteriólogos, que con conocimientos extraordinarios en la parte teórica de su ciencia los separan de tal manera de la práctica que la realización de trabajos de investigación se les hace muy difícil. La higiene tiene también su parte práctica muy descuidada entre nosotros y es fácil convencerse de ello visitando nuestros primeros establecimientos y comprobando que mientras la instalación de laboratorios bacteriológicos y químicos está bastante cuidada, la de los medios físicos aplicados a la higiene apenas si tienen una tímida representación. Los problemas de ventilación, calefacción, iluminación, evacuación de inmundicias, depuración de aguas, etc., no pueden estudiarse solamente en teoría.

Estas cuatro materias fundamentales tienen que ser completadas por otras, si bien accesorias en relación con las primeras, muy importantes

para la formación del sanitario. Hay problemas de veterinaria y de farmacia que necesitarán profesores especializados, como los necesitarán también los asuntos de ingeniería sanitaria. Un buen profesor de idiomas podría completar la enseñanza en la cual hemos dejado para el final una materia importantísima, un curso amplio y completo de moral profesional que muchas veces hará más falta al sanitario que la higiene y la epidemiología.

La distribución de estas materias en el tiempo destinado a los cursos debe ser muy meditada, pero indudablemente las cuatro primeras enseñanzas serán las que predominen, y entre las restantes debe distribuirse el tiempo que resta.

Un viaje final por España y por algunos sitios del extranjero, bien elegidos, puede completar el plan de enseñanzas; y mejor aún que este viaje, elegir entre los mejores alumnos, un número prudencial de ellos que permanezcan una larga temporada en un país cuya sanidad sea más eficiente que la nuestra.

Reorganización de los cuerpos sanitarios.—Una buena enseñanza sanitaria debe ser complementada por una total reorganización de los Cuerpos de Sanidad del Reino, empresa difícil porque es más fácil crear lo que no existe que corregir lo que está creado.

Muy difícil es implantar un sistema nuevo que tropezaría, en primer término, con los derechos adquiridos actuales; pero salvado este obstáculo—nada pequeño—podrían servir de base a la reorganización los siguientes extremos:

1.º Creación de un Cuerpo de Sanidad único, del cual saliesen los destinos equivalentes a los que en la actualidad desempeñan los inspectores de Sanidad, Sanidad exterior, Instituciones sanitarias y subdelegados, por lo menos en las capitales.

2.º Jefatura única en cada capital de provincia, es decir, un solo jefe sanitario municipal y provincial perteneciente al Cuerpo de Sanidad del Reino, y dependiente del organismo sanitario central, con lo cual desaparecerían enojosas cuestiones de competencia y duplicidades del servicio que no redundan ciertamente en beneficio de la salud pública ni de la economía nacional.

3.º El punto anterior tiene que estar unido estrechamente a un sistema bien estudiado de provisión de vacantes, que, garantizados los derechos del personal, permita emplear a cada sanitario en aquella función para que sea más apto y esté más capacitado.

Finalmente, un reglamento a cuyo amparo se recompense a los funcionarios trabajadores y entusiastas y que permita imponer alguna sanción al que no lo sea sería el complemento de la organización.

Estos tres puntos contienen sólo indicaciones muy generales acerca de un sistema cuyo desarrollo nos llevaría a una organización muy diferente de la actual, que no es en realidad un modelo digno de imitación. Este cambio radical hace parecer como difícil o imposible lo que en realidad no tiene más escollo que los derechos adquiridos por el personal actual, que podría orillarse con buena voluntad y, sobre todo, no implantando la reforma en su totalidad, sino lentamente y aprovechando las vacantes que fuesen quedando desiertas en los concursos.

Otros puntos importantes ofrece también el tema de la enseñanza sanitaria, pero el temor a prolongar demasiado este artículo nos impide tratar de ello. Aun limitándonos a la enseñanza de los técnicos conven-
dría detenernos en alguno que otro extremo, y ello podría ser objeto de un nuevo artículo.



LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

COMENTARIOS A UN DISCURSO

por L. LAMAS

Decía Don Quijote al Gobernador de la Insula Bárataria *«Has de procurar la abundancia de los mantenimientos, que no hay cosa que más fatigue el corazón de los pobres que la hambre y la carestía.»*

«A medida que la miseria de un pueblo crece, peor y más deficiente es su alimentación, y a esta insuficiencia nutritiva, sigue inmediatamente, el aumento proporcional de la tuberculosis.»

Palabras son estas que, pronunciadas por el Director general de Sanidad, en el discurso de apertura del curso de la Sociedad Española de Higiene, que en el año actual comienza, deben conmover profundamente a todos los españoles; pregón valiente y grave que nadie puede evadirse de escuchar y meditar.

El estudio científico de la tuberculosis es uno de los que en el amplio y fértil campo de la medicina preventiva ha sido objeto de la mayor atención de los investigadores: Conocido el germen de Koch, es natural que la inmunología le llevase inmediatamente a sus dominios para tratar de aplicarle sus principios, para someterle a sus reglas, para hacerle cumplir las leyes que otros gérmenes microbianos dóciles *admitieron y acataron*, convirtiéndose de feroces invasores del organismo de los animales superiores en panacea que, traicionando a sus mismos *compañeros microbianos*, les presentan indirecta batalla al proteger al organismo atacado, enseñándole la *adecuada defensa* contra el *hermano invasor*. Vano empeño ha sido, sin embargo, hasta el presente, el de la tan admirada y profunda rama de la medicina. La inmunología no ha logrado someter, no ha conseguido domar, no ha podido obligar al bacilo tuberculoso a cumplir los principios científicos, las leyes, los

supuestos axiomas que Pasteur, en un principio instituyó y que, como antes decimos, otros gérmenes microbianos acataron dóciles, *sentando jurisprudencia* en estas cuestiones. Y al cabo de muchos años de incasantes trabajos, de constantes investigaciones, de asiduidad cartuja y benedictina paciencia, Neufeld (1) escribe: «Persiguen un fantasma los que intentan provocar en la tuberculosis inmunidad semejante a la clásica de la viruela»; y Murillo añade: «Y tiene razón. La terapéutica específica de la tuberculosis vive de ilusiones y quimeras, porque es empeño inútil pedir al arte lo que la Naturaleza niega.» En efecto, en el curso de la disertación del Director general de Sanidad, éste nos demuestra, internándose en el intrincado campo de la inmunología y en el estudio detenido, consciente e imparcial, de los trabajos recientemente publicados que lo «único que la Naturaleza concede a la tuberculosis es la inmunidad contra la reinfección. Mientras un enfermo tuberculoso continúe siéndolo, mientras un individuo al parecer sano oculte algún foco latente, las reinfecciones no prosperan ni arraigan». «Tremenda paradoja—añade—de la que se deduce que, para no adquirir la tuberculosis, para evitarla, hay que ser tuberculoso. Y a esto—continúa—los sabios llaman, abusando del concepto y del vocablo, inmunidad anti-tuberculosa.»

No es posible que entremos en esta ligera reseña a indicar una por una las numerosas razones que conducen al autor a las conclusiones apuntadas—tal empeño significaría transcribir íntegra la disertación aludida, con lo que, sin duda alguna, holgarían estas líneas, tal vez a beneficio de los lectores—, pero sí hemos de consignar un reverso optimista que contrasta con el pesimismo anotado. Si por los caminos de la inmunología no hemos encontrado armas para combatir de una manera eficaz la endemia tuberculosa, si no poseemos elementos biológicos que aquella acierte a proporcionarnos, ¿estamos indefensos ante tan extendida y grave infección? ¿es preciso capitular frente a tan terrible asedio microbiano que arrebatara anualmente tantos ciudadanos que constituyen macabra sarta de esqueletos, cuya cifra por lo conocida no necesitamos consignar?

Hay desde luego una faceta optimista y a ella es necesario acogerse para combatir la tuberculosis, y esta faceta salvadora está genialmente consignada en principio por el inmortal Cervantes en frase que el Dj-

(1) Citado por el Dr. Murillo.

rector general de Sanidad recuerda y que el sin par *Alonso de Quijano* dirigía al no menos singular *Sancho Panza* «*Has de procurar la abundancia de los mantenimientos, que no hay cosa que más fatigue al corazón de los pobres que la hambre y la carestía*».

Cervantes con su ingenio de oro *preveía* la ley del cuadrado de la tuberculosis de Hersch, establecida sobre estudios estadísticos de mortalidad por tuberculosis y medios de vida.

La lucha contra la tuberculosis es una obra social a la que todo ciudadano debe cooperar dentro de la esfera que le incumba, pero cuya dirección corresponde esencialmente a las autoridades; porque, además de la causa anotada, a la miseria, a la deficiente alimentación se añaden otras inseparables compañeras, como el hacinamiento, la suciedad, el vicio, la degradación en los distintos órdenes de la vida, que colaboran muy frecuentemente con aquellas primeras causas.

Es la misión de los Gobiernos en la lucha contra la tuberculosis tan importante que puede considerarse como esencial. Dictando disposiciones que tiendan a disminuir las causas apuntadas, protegiendo al pobre contra la carestía de las subsistencias, librándole de la vivienda insalubre, proporcionándole talleres sanos y bien protegidos, regulando la jornada de trabajo para buscar el mayor rendimiento útil sin entrar en la fatiga diaria y continuada, instituyendo seguros obreros y de maternidad, gotas de leche y dispensarios infantiles, escuelas de maternología, escuelas higiénicas de enseñanza y de educación moral sana y bien orientada en las que a los futuros hombres y mujeres de las siguientes décadas se les haga saber que la higiene les prolongará los años de vida al librarles de una muerte prematura, orientándoles en el camino del trabajo y sano descanso y regocijo, es como un Gobierno verá disminuir la cifra de mortalidad en una nación, con la ventaja de que no será únicamente por tuberculosis sí que también por disminución del número de defunciones por otras enfermedades.

La lucha contra la tuberculosis es un problema de higiene y de dinero como secuela obligada, es un problema de protección oficial y de caridad; pero como problema de higiene, a los médicos, a las autoridades sanitarias compete dirigirla en la parte técnica, encauzando la caridad y filantropía de los ciudadanos y organismos que con tanto entusiasmo se ocupan de estos asuntos y asesorando a los Gobiernos en el dictado de las disposiciones que a tan patriótico fin se inclinen.

No falta en España base para llevar a cabo una enérgica y bien orientada campaña antituberculosa; egregios e ilustres ciudadanos atienden diariamente a esta empresa; los médicos conocen bien la cuestión,

el Gobierno y la Sanidad oficial se ocupan de ella con singular cariño, del que han dado buena prueba al inaugurar el Sanatorio Lago, del que otro día nos ocuparemos. Pongamos todos nuestro grano de arena para el monumental edificio, ya que lo mismo se lucha esencialmente contra la tuberculosis haciendo propaganda y enseñanza sanitaria que como médico en un Sanatorio antituberculoso.



REVISTA DE REVISTAS

1. BUZELLO Y RAHMEI.—Existencia del bacilo tetánico en el intestino del hombre sano. (*Archiv Fur XX Klinische Chirurgie, tome CXXX, núm. IV, 15 septiembre de 1924*).

Se sabe que el bacilo tetánico se encuentra frecuentemente en las deyecciones de los bóvidos y de los equidos y se suponía que el hombre podía ingerirlos por la boca y accidentalmente albergarlos en su tubo digestivo. Es muy difícil aislar de una masa tan rica en gérmenes como la fecal un germen tan poco abundante como el bacilo tetánico, y Buzello y Rahmel lo han conseguido de la siguiente forma: calentando durante una hora, a 80°, un tubo de caldo en el que se ha sembrado las materias fecales, mediante un asa de platino, de tal manera que solo queda con vitalidad los esporos; inmediatamente despues, se le coloca durante cinco días en la estufa a 37°, y transcurido este tiempo se procede, por una parte, a la investigación directa, y por otra parte, a la inoculación animal. Siguiendo esta técnica, de 50 personas sometidas al análisis, pertenecientes a la población rural, 20 contenían esporo tetánico, y 13 bacilos esporulados, lo que da una proporción de 40 por 100; los autores creen poder sentar la conclusión de que todo hombre puede albergar por lo menos, pasajeramente, gérmenes tetánicos. El hecho tiene una gran importancia en lo que atañe a la transmisión de la enfermedad.

2. DIENERT.—La depuración de las aguas de alcantarilla en Francia en 1924. (*Comunicación presentada al XI Congreso de Higiene celebrado en Paris en 1924*).

Dienert hace constar los resultados defectuosos que han obtenido la mayor parte de las ciudades de Francia que, teniendo una red de alcantarilla, han adoptado un procedimiento de depuración, construyendo para lograrlo las instalaciones necesarias. Indica la necesidad de modificarla, pero duda que pueda lograrse, dados los gastos que originarían. Hace notar que la mayor parte de estas instalaciones no son suficientemente vigiladas. Dienert hace un resumen de los diferentes sistemas de depuración utilizados en Francia con sus ventajas e inconvenientes, llegando a la conclusión de que el problema está aún en período embrionario. En cuanto a la cuestión de los sedimentos recogidos en las instalaciones que existen hoy día, a excepción de París y de algunas localidades del Departamento del Sena, no ha llegado todavía a llamar la atención de las autoridades en el sentido de proponer soluciones al problema.

3. FOUARD.—Un dispositivo práctico de ultrafiltro con membrana de colodión, para la esterilización del agua destinada al consumo.

M. Fouard ha presentado al XI Congreso de Higiene celebrado en París, un dispositivo de ultrafiltro con membrana de colodión, aplicable a la esterilización absoluta del agua y de las soluciones acuosas y funcionando regularmente con presión sin ninguna alteración de sus propiedades.

El órgano ultrafiltrante descansa sobre un mandril metálico y forma una película adosada a todos los puntos de la superficie del soporte, lo que le da resistencia suficiente, para no deformarse, a presiones de 400 metros de agua.

4. W. HOFFMAN.—Nuevos procedimientos de diagnóstico de la viruela. (*Seuchebekämpfung*, t 1, 1924).

La dificultad de un diagnóstico exacto en los primeros casos puede intentarse resolverla acudiendo a uno de los siguientes procedimientos, buenos sobre todo para diferenciar la viruela del alastrim o de la varicela. Entre estos procedimientos da muy buen resultado el de Paul, escarificación de la cornea del conejo y extensión sobre ellas del virus de las pústulas que solo por excepción ha dado un resultado falso entre las manos de Hoffman.

En la viruela hay un gran aumento en el número de glóbulos blancos, y según Hoffman, desde 4 a 6.000 por milímetro cúbico que existen los primeros días, pueden subir desde el cuarto al noveno día a 17.000 y en algunos casos hasta 40.000. Disminuye el número de leucocitos durante la tercera semana, pero siempre sin ser inferiores a 10 o 12.000, continuando la hiperleucocitos hasta la sexta semana del principio de la enfermedad. En la varicela la leucopenia es la regla, y cuando más, en los alrededores del décimo día puede observarse un aumento muy pasajero de 10 o 12 leucocitos por mm. cúbico.

En la viruela la fórmula leucocitaria es casi siempre muy distinta de la normal y los linfocitos llegan a un 45 por 100 a fin de la primera semana y hasta un 75 por 100 en la tercera. En general se observa una fuerte eosinofilia que sube desde un 3 por 100 a fin de la primera semana; hasta un 39 por 100 a fin de la cuarta. Hay también aumento de grandes mononucleares y en ocasiones se encuentran mielocitos. La fórmula leucocitaria en la varicela, siendo semejante, no es tan pronunciada en las particularidades mencionadas.

5. HIESER, LEAKE Y FORCE.—Vacuna e higiene. (*Bulletin de L'Institute Pasteur t. XXII*).

A propósito de la epidemia de viruela que ha matado 50.000 personas en las Islas Filipinas en 1922, los A. A. recuerdan las relaciones que existen entre las vacunación y los preceptos generales de Higiene, lamentando que en los Estados Unidos del Norte de América, prejuicios y condescencias hayan privado a la so-

ciudad de un bien colectivo tan importante como el que se deriva de las prácticas de vacunación. Hay estados como el de Minnessota en que no es obligatoria la vacuna, y los A. A. hacen notar que en estos sitios no solo aumenta la frecuencia de la enfermedad, sino su virulencia.

Tratan después del alastrim que, aunque es una enfermedad benigna en la mayor parte de los casos, ha dado una mortalidad de un 4 por 100.

6. BREGER.—La viruela después de la guerra. (*Klinisch Mediz. Wochenschrift-3, 1924*).

Los grandes movimientos de población ocasionados por la post-guerra son los responsables de recrudescimiento de la viruela que se viene observando en Europa en estos últimos años. En Alemania ha sido importada la viruela de la Volinya al Este, durante el verano de 1916, llegando hasta el Schleswing-Holstein, pero después de este episodio se llegó a la cifra de 14 invadidos durante el año 1923, cifra la más baja registrada hasta ahora, ya que la sedía de las invasiones entre los años 1911 a 1915 ha sido de 208 y en los años siguientes la marcha ha sido así:

1916.....	685
1917.....	3.028
1918.....	413
1919.....	5.012
1920.....	2.042
1921.....	689
1922.....	315
Total, de 1916 a 1921 (incluidos).....	11.889

Mortalidad en este período: de 13,58 a 17,34 por 100.

En Austria se descuidó mucho la vacunación durante la guerra, y de 1915 a 1918, hubo las siguientes invasiones:

1915.....	23.350
1916.....	24.120
1917.....	1.752
1918.....	1.641

Inmediatamente después de las vacunaciones y revacunaciones emprendidas en 1921, las invasiones fueron 17 casos, y en 1922, la cifra quedó reducida a cuatro casos.

En Tchecoeslovaquia la enfermedad se ha resistido más y las cifras han sido las siguientes:

1919.....	11.209
1920.....	4.529
1921.....	1.642
1922.....	82

Las vacunaciones y las revacunaciones son obligatorias a los siete y a los catorce años, aparte de las vacunaciones generales en casos de epidemias.

Las invasiones en Polonia han sido las siguientes:

1919.....	1.864
1920.....	3.948
1921.....	5.978
1922.....	2.399

Las cifras de Rusia no pueden ser consideradas como exactas, y el año de menos invasiones, entre 1915 y 1922, ha dado un contingente de 55.000 variolosos, y en ocasiones, la cifra ha alcanzado el formidable número de 172.615 variolosos.

Para la Lituania pueden admitirse las siguientes cifras:

1919.....	905
1920.....	1.213
1921.....	1.035
1922.....	345

La situación de Letonia, Yuyoeslavia y Estonia es semejante.

Francia, en el período que estamos señalando, sólo tuvo muy raros casos. En Italia ha habido grandes epidemias en 1911, en el que se presentaron más de 17.000 casos, en 1912 más de 13.000 casos, pero después de estas incidencias, en el período entre 1913 y 1917, la media de invasiones había descendido a 967, pero después de la guerra han vuelto a presentarse epidemias de 4.519 casos en 1918, de 34.365 en 1919, de 26.553 en 1920, y de 4.644 casos en 1921. Estos datos pueden completarse con los que publicamos en otro lugar acerca de la viruela en Suiza, Inglaterra y Estados Unidos.

7. TANON Y CAMBE SEDES.—El **alastrim**. (*Annales d'Hygiene Publique, Industrielle et Sociale, no 9, Set 1924*).

Después de una extensa bibliografía en la que los autores hacen notar que el Alastrim no es una enfermedad nueva, estudian detenidamente la enfermedad en su aspecto clínico y epidemiológico, llegando a la conclusión de que se trata de una viruela benigna.

Crean que se puede dar una idea bastante exacta de la enfermedad diciendo que tiene de la viruela los caracteres propios de la erupción, y de la varicela la benignidad del estado general.

8. CHAUVET.—¿Una nueva fiebre eruptiva? El **alastrim**. (*Revue pratique des maladies des pays chauds, t. III, 1923*).

Como consecuencia de una observación personal, Chauvet da una descripción completa del **alastrim**, resumiendo en un cuadro los caracteres que separan la vi-

ruela, la varicela y el alastrim. Para Chauvet el alastrim comenzaría por pápulas numerosas pero muy pequeñas, sin *rash* premonitorio. A los dos o tres días llega el período de versículas de aspecto lechoso, que no tardan en convertirse en pústulas que rara vez son umbilicadas. No hay fenómenos generales durante la supuración y después de ello viene la desecación de las pústulas y la descamación, subsistiendo manchas a veces blanquecinas por el centro y muy pigmentadas en la periferia. Las cicatrices son muy raras.

La erupción suele ser más intensa en la cara, alrededor de la nariz y de la boca; en la cara posterior del tronco, entre los omoplatos y la pelvis, y en la extremidad distal de los cuatro miembros, así como también en las nalgas. No es difícil comprobar que los elementos eruptivos siguen el trayecto de distribución de alguna rama nerviosa.

Chauvet no se atreve a sentar definitivamente, si el alastrim y la viruela son enfermedades completamente distintas, aunque se inclina a ello. De todas maneras él hace notar que puede presentarse el alastrim en un antiguo varioloso; que la vacuna prende perfectamente sobre un enfermo de alastrim, y que esta misma vacuna efectuada en los primeros días de la enfermedad, la atenúa considerablemente.

9. H. WAGENALS.—El tratamiento de las aguas de alcantarilla en los Estados Unidos. (*Public health bulletin* núm. 132).

La atención que desde hace treinta años viene concediéndose al problema de la depuración de las aguas de alcantarilla se ha traducido en un desarrollo considerable de métodos y procedimientos de depuración, que por lo demás no están libres de defectos y de inconvenientes. Hay que hacer notar que se está ya lejos de los primeros tiempos de la depuración de aguas de alcantarilla, operación en la que se quería llegar hasta la obtención poco menos que de agua potable. Hoy día nos damos por muy satisfechos al hacer que desaparezcan los peligros que encierran dichas aguas desde el punto de vista de la transmisión de enfermedades infecciosas. Hay, sin embargo, algo muy importante que queda por esclarecer: la eficacia de los múltiples métodos que hoy día se emplean para la depuración de las aguas residuales. De aquí el interés de la información abierta en el verano de 1920 por *Surgeon (General U S Public Health Service)*, sobre 15 instalaciones que utilizaban estaciones diferentes de depuración. Entre estas estaciones había filtros de contacto, filtros finos interminentes, Fosas Imhoff, sedimentos activos, etc.

Las conclusiones de esta investigación son las siguientes: 1.º La necesidad de estudiar experimentalmente los resultados obtenidos en cada estación durante mucho tiempo para corregirlas y perfeccionarlas, partiendo de una base científica. 2.º Que no hay ningún procedimiento perfecto, y que cada uno de ellos tiene ciertas ventajas y ciertos inconvenientes que no podrían remediarse más que con un estudio muy detenido de cada caso particular.

10. BOHME Y RIEBOLD.—Un procedimiento para la inmunización activa contra la difteria. (*Munch. Medicine. Woch.* 1924).

Los autores tratan de aplicar a la difteria algo semejante a lo que Jenner aplicó a la viruela. Utilizan para ello cultivos virulentos y toxígenos de veinticuatro horas de bacilos diftéricos recién aislados del organismo humano y previamente titulados por inoculación al conejillo, en forma no bien especificada por los autores. Se hacen sobre la piel del sujeto a vacunar diez o quince escarificaciones y sobre ellas se extiende la vacuna, dejando después que se seque y siendo inútil el colocar un vendaje protector.

La reacción general casi siempre es nula; a lo más hay unas décimas de fiebre. Localmente suele haber un enrojecimiento que desaparece a los dos o tres días, con más rareza hay un enrojecimiento más intenso y una pequeña induración. No se presentan nunca complicaciones infecciosas de ninguna clase si se han guardado las necesarias precauciones de limpieza.

En el cobayo sube rápidamente el poder antitóxico de la sangre, pudiendo alcanzar a 5 o 10 unidades al cabo de los tres o cuatro días. En el hombre también se han conseguido resultados semejantes, pero no en todos los vacunados; por los exámenes practicados hasta ahora parece ser que este aumento en unidades antitóxicas dura de un año a dos.

11. MARIE Y KOEN.—La parálisis general no disminuye. (*Bulletin de la Academie de Medecine, t. XCI, núm. 18*).

Estudiando las estadísticas del Departamento del Sena y las de New York; puede comprobarse que ni en una ni en otra hay disminución de los casos de parálisis general. Según las antiguas estadísticas de los autores y de Bonet, estadísticas confirmadas por treinta años de observaciones, la evolución de la sífilis hasta llegar a lo que se llama parasífilis dura de doce a quince años en tiempo corriente (aparte guerras, grandes fatigas, etc.).

Será por tanto, necesario, esperar de doce a quince años para comprobar en la parálisis general la disminución que los especialistas señalan hoy día en la sífilis.

12. Sobre los resultados obtenidos hasta el día por los asilos Welander en la lucha contra la sífilis hereditaria. (*Klinische Mediz. Wochens, 1924, pág. 326*).

El primer asilo creado en Stokolmo para niños heredo-sifilíticos, lo ha sido por Welander, en 1900, y estaba destinado a niños pobres sifilíticos, pero sin lesiones irreversibles, debiendo ingresar en el establecimiento lo más pronto posible después de su nacimiento y permanecer en él durante cuatro años sometido a un tratamiento serio. La obra que comenzó admitiendo solamente cuatro niños, se fué desarrollando poco a poco y en la actualidad tiene más de cuarenta. De su eficacia

puede juzgarse sabiendo que, entre 68 niños asistidos solo tres han muerto, cuando entre la clase pobre puede asegurarse que la mortalidad de los heredo-sifilíticos es casi de un 100 por 100. A semejanza de este asilo se han fundado otros dos en Suecia: uno en Goteberg y otro en Malmö.

Dinamarca tiene dos asilos Welander: uno en Taastrup y otro en Helsingor. Noruega tiene tres, en Cristianía, Bergen y Trondhjen. Alemania ha creado un asilo en Berlín.

En todos ellos, el criterio para dar por terminado el tratamiento es una reacción de Wassermann permanentemente negativa, resultado que se suele obtener en dos o tres años, no olvidando que en los heredo-sifilíticos es más difícil que en los sifilíticos ordinarios lograr este resultado, y hay que considerar que cuatro años no es en la mayoría de los casos un plazo muy largo para conseguirlo...

El estado sanitario general.

Peste.—Durante el último mes de septiembre se han presentado casos esporádicos de peste en el Pireo y en las islas de Chios, y Lesbos. En octubre han continuado las invasiones en Salónica y en el Pireo. En la India, la peste ha tomado nuevo incremento durante el mes de agosto y, sobre todo, en las provincias centrales han ocurrido numerosas invasiones.

Existe una verdadera epidemia pestosa en Nigéria, y en los Estados Unidos se han declarado 29 casos con 25 defunciones en Los Angeles.

En cambio, no han tenido invasiones durante el mes de septiembre, ni en las dos semanas primeras de octubre, Egipto ni la Unión del Africa del Sur. En Hong Kong, hace un año no se ha declarado ningún caso de peste, circunstancia que hacía veinte años no se presentaba.

Tifus exantemático.—No ha variado la situación de Europa occidental en lo referente al tifus exantemático. Aumentaron las invasiones en la Unión de Estados de Africa del Sur. Los Estados Unidos de América del Norte han tenido que lamentar epidemias locales en Kansas y en Texas; en total, 78 casos hasta el 18 de octubre.

Viruela.—La situación parece más favorable en la mayor parte de Europa. Hay, sin embargo, casos esporádicos en Suiza, y aumenta algo el número de invadidos en Inglaterra, que ha tenido 239 casos en cuatro semanas, con un aumento considerable en relación con el mismo período del año anterior. Argelia y Túnez han tenido también pequeñas epidemias variolosas.

Continúa el descenso de las invasiones en los Estados Unidos durante el verano, pero en el mes de septiembre se ha recrudecido nuevamente la epidemia en algunos estados. El siguiente cuadro indica el número de invasiones ocurridas en los países que se indican hasta el primero de Noviembre.

Inglaterra.....	3.096
Suiza.....	1.213
Estados Unidos	32.584
Rusia, hasta Junio.....	12.869
Japón.....	1.692
Canadá, hasta Octubre.....	2.281

España hasta final de Agosto ha tenido 408 defunciones, ignorándose el número de invasiones por hacerse mal e incompletamente las declaraciones de la enfermedad.

Fiebre tifoidea.—Todos los países situados en las inmediaciones del Mar Báltico han aumentado considerablemente sus invasiones de fiebre tifoidea. Suecia ha duplicado el número de sus invadidos por fiebre tifoidea en los meses de verano en relación con el mismo período del año anterior. También aumentó considerablemente la enfermedad durante el mismo mes en Polonia, y en Alemania casi ha tenido ocasiones en que ha seguido una marcha epidémica. Casi toda Europa ha sufrido el recrudescimiento otoñal de la fiebre tifoidea, en especial Checoslovaquia, Bulgaria y Hungría. La única excepción ha sido Italia, en que las invasiones han sido muy inferiores en número a la de los dos años precedentes.

Disenteria.—Han sido muy poco frecuentes los casos de disentería presentados en el Norte y Oeste de Europa, mientras han seguido presentándose con frecuencia en la parte oriental. Ha mejorado la situación en Alemania, Italia y Checoslovaquia, continuando en la misma situación Polonia.

Escarlatina.—Durante los meses de septiembre y octubre ha continuado el aumento en el número de casos de escarlatina, y sobre todo en Inglaterra, Holanda y Alemania indican una mayor rapidez en la difusión de la enfermedad. La declaración ha aumentado rápidamente en los Estados Unidos de 580 casos en el mes de agosto por 1.426 en el de septiembre.

Difteria.—Es digna de anotarse una baja importante en los casos de difteria en América del Norte, en donde la enfermedad disminuye constantemente a partir de 1921, baja que ha continuado en el mes de septiembre último en relación con el mismo período del año precedente.

Cólera.—Los brotes epidémicos más importantes ocurridos en estos últimos meses han sido en la India Británica con 15 670 casos y 9.234 defunciones en agosto, y 10.431 casos y 6.249 defunciones en septiembre. Casos esporádicos han ocurrido en Ceylan, Las Filipinas, Shanghai, Siam y Cochinchina.

Las enfermedades infecciosas declaradas en Madrid durante el mes de noviembre de 1924.

Entre las enfermedades infecciosas han ocupado los primeros lugares durante el pasado mes de noviembre la viruela y la escarlatina. La viruela en disminución franca, pues sólo ha ocasionado en la capital 79 invasiones, número considerable-

mente inferior (casi la tercera parte) que el mes precedente y de las cuales han terminado por muerte 14 casos. En la provincia la disminución es también considerable: 40 casos en Vallecas, 4 en Tetuán de las Victorias, 1 en Aranjuez, 1 en Alcalá de Henares y 1 en Belmonte de Tajo.

Continúa la campaña de vacunación que hasta 30 de noviembre había comprendido a 253.900 personas. Las defunciones por viruela en la provincia han sido seis. La mortalidad entre los invadidos por la viruela ha sido de 15,87.

La escarlatina ha continuado en progresión creciente, originando 67 casos en la capital y focos muy importantes en San Martín de Valdeiglesias, Vallecas y Pozuelo de Alarcón.

La fiebre tifoidea ha iniciado un descenso considerable y las declaraciones efectuadas son muy inferiores al del mismo mes de 1923. En Madrid 23 y en la provincia en Chamartín, Vallecas, Los Santos de la Humosa y algunos pueblos de la ribera del Tajuña, sobre todo Tielmes. El sarampión se ha presentado en casi todos los pueblos de la provincia, pero con más intensidad en San Lorenzo del Escorial y Ajalvir. En la capital sólo se han denunciado 19 casos. Las demás enfermedades infecciosas denunciadas han sido:

Difteria.....	16 casos en la capital.
Meningitis cerebro-espinal.....	8 »
Infecciones paratíficas.....	4 »
Encefalitis letárgica.....	1 »

Han fallecido por tuberculosis 140 personas, por fiebre tifoidea 3 y por cáncer 7.



SECCIÓN LEGISLATIVA

LA LEGISLACION SANITARIA EN 1924

por S. CARRO

Si bien es cierto que seguimos aún sin una Ley de Sanidad, que responda cumplidamente a las necesidades actuales y recoja los justos anhelos de la opinión pública (más concretamente, de la opinión de las personas conscientes de lo que la Sanidad representa en el progreso de una nación), no lo es menos de que desde el advenimiento del Directorio se ha operado una honda transformación legislativa a este respecto y de que se siguen dictando acertadas disposiciones que tienden a ampliar y perfeccionar los servicios de la Higiene y la Sanidad públicas.

La mayor parte de este impulso se debe al ilustre Dr. Murillo, que con tanto acierto y prestigio se halla al frente de la Sanidad nacional, a la que sirve con el desinterés y alteza de miras que siempre fueron norma de su vida. Con una admirable preparación técnica y con una voluntad bien disciplinada, es el hombre que hacia falta en el momento crítico en que había que introducir tan hondas transformaciones y tan radicales reformas.

Ahora mismo, el Dr. Murillo, que ha prestado su colaboración valiosa a la elaboración del Estatuto, mantiene hondas discrepancias con los ponentes de la redacción del Reglamento municipal, en la parte que a Sanidad respecta. Movido sólo por el estímulo de sus convicciones, prefiere abandonar el puesto que ocupa a transigir con las modalidades de una reforma que reputa perjudicial para la Sanidad pública. Y la clase médica, que comparte su criterio, espera que el Dr. Murillo, como técnico de insuperable prestigio, sea escuchado allí donde debe resolverse el pleito en última instancia.

Por no citar sino algunas de las medidas legislativas más importantes de esta última etapa, recordemos la reorganización del Cuerpo de Médicos de Baños, las de higiene en los ferrocarriles, la campaña sobre paludismo, la creación de las Comisiones sanitarias central y provinciales, la Real Orden sobre especialidades farmacéuticas, la creación de la Escuela de Sanidad y el Real Decreto confirmando a los Subdelegados de Medicina en las inspecciones sanitarias de distrito. Y, próximas a dictarse, el Reglamento de la Escuela de Sanidad, el Reglamento de Inspectores provinciales y el de Inspectores de distrito, las nuevas Tarifas sanitarias, etc., etc.

Como se ve, el año que acaba de transcurrir ha sido bien aprovechado en lo que a Sanidad se refiere. Esperemos que el actual complemente la labor inaugurada bajo tan felices auspicios.

La Escuela Nacional de Sanidad.

La creación de la Escuela Nacional de Sanidad responde cumplidamente a los deseos de la clase sanitaria española, ávida de tener un organismo en que se forme y discipline el personal sanitario. Justo es decir que esta honda preocupación no es de ahora, puesto que ya el anterior Director general de Sanidad, Dr. Salazar, perseguía el mismo empeño que el Dr. Murillo, que tuvo la legítima satisfacción de ver realizado.

La enseñanza de nuestras Facultades no es suficiente para dotar a la clase médica de aquellos conocimientos que importan e interesan a los que han de consagrarse a la labor sanitaria. Tampoco lo es la del Instituto de Alfonso XIII, aunque en él estén los elementos que, debidamente organizados, nutran el profesorado de la futura Escuela de Sanidad. Y ésta, por su especial cometido, puede y debe su-peditarlo todo a preparar a la nueva generación médica en el cultivo de aquellos conocimientos que a Sanidad se refieren y completar la cultura sanitaria de los que hoy tienen a su cargo funciones que con aquélla se relacionan.

Aunque el Directorio no lo haya pretendido, con la obsesión de no aumentar los gastos, respondiendo así a una rígida política financiera, la Escuela de Sanidad está llamada a adquirir un desenvolvimiento extraordinario. Y cualquier gasto que represente, si su labor es la que de ella esperamos, podrá reputarse altamente beneficioso, que nada hay que importe a los pueblos como la salud de sus ciudadanos.

A continuación damos la parte dispositiva del Real Decreto de creación, publicado en la Gaceta del 12 de Diciembre, que dice así:

Real decreto sobre Escuela de Sanidad.

«Artículo 1.º A base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, se crea la Escuela Nacional de Sanidad, cuya misión será la siguiente:

a) Instruir y formar el Cuerpo de Funcionarios médicos que en lo sucesivo hayan de pertenecer a los organismos dependientes de la Dirección General de Sanidad.

b) Dar la enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los practicantes, las enfermeras sanitarias, los desinfectores y el personal subalterno utilizable en la profilaxis antipalúdica y antipestosa.

c) Establecer cursos especiales de enseñanza higiénicosanitaria para arquitectos, ingenieros, médicos libres, farmacéuticos y veterinarios.

d) Iniciar la fundación de un Museo de Higiene y atenderlo y gobernarlo, por ser institución indispensable para el mejor éxito de la Escuela.

e) Difundir los principios de higiene y divulgar sus prácticas, organizando

sistemáticamente la propaganda con auxilio de las artes y recursos que la industria científica ofrece en la actualidad.

f) Dar la instrucción conveniente a los inspectores municipales de Sanidad para el desempeño de las funciones que se especificarán en el reglamento de Estatuto.

Art. 2.º El personal técnico que señala el apartado a) del preinserto artículo ingresará en la Escuela previa convocatoria y mediante los ejercicios de concurso-oposición que el Tribunal competente acuerde para cubrir el número de plazas anunciadas. Los opositores que obtengan calificación aprobatoria en correspondencia con el número de plazas vacantes pasarán a ser alumnos oficiales de la Escuela y entrarán a formar parte del personal facultativo de la Dirección General de Sanidad.

Art. 3.º Las plazas de alumnos antedichas estarán dotadas con el haber anual de 3.500 pesetas, y al finalizar el ciclo de estudios, si éstos se realizan y terminan con sujeción a las condiciones que establezca el oportuno reglamento, los aprobados pasarán a desempeñar indistintamente las plazas vacantes de Sanidad interior, Sanidad exterior e instituciones sanitarias, con el sueldo correspondiente a la categoría de ingreso en los citados Cuerpos. Los no aprobados serán baja en la Escuela y en el escalafón de funcionarios.

Art. 4.º El personal a que se refiere el apartado b) del artículo 1.º ingresará también previo cumplimiento de las condiciones que se especifiquen para cada profesión u oficio, y una vez completada la enseñanza y obtenida la aprobación tendrá derecho preferente a ocupar los cargos de Sanidad central, provincial y municipal que correspondan a su clase.

Art. 5.º Por el Ministerio de la Gobernación se nombrará una Comisión de personas peritas y calificadas que formule el oportuno reglamento de constitución y funcionamiento de la Escuela y redacte el plan de estudios pertinente a cada uno de los grupos facultativos y auxiliares. Dicha Comisión designará las materias y fijará las líneas generales de los programas que han de adoptarse, propondrá el cuadro docente, dictará las bases para la organización del Museo y de la propaganda y hará constar en el reglamento las cantidades que los alumnos habrán de satisfacer en concepto de matrículas y demás derechos.»

Las nuevas Tarifas sanitarias.

Varios suscriptores nos preguntan si conocemos las dificultades que hayan podido surgir para no haber cumplido lo que dispone el art. 4.º del Real decreto de 25 de Febrero de 1924, es decir, que «en el plazo improrrogable de seis meses, el Real Consejo de Sanidad ampliará y revisará las tarifas de honorarios y derechos sanitarios de 24 de Febrero de 1908».

Las nuevas Tarifas sanitarias están ya redactadas, en forma de que el Real Consejo de Sanidad creemos que las estudiará y dará su aprobación en plazo muy breve. No otra cosa puede esperarse de la actividad del ilustre Director General

de Sanidad y del Subsecretario de la Gobernación, que con tanto celo e interés atienden las legítimas aspiraciones de los sanitarios españoles.

En el próximo número informaremos nuevamente a nuestros lectores de la tramitación que lleve la ponencia sobre Tarifas sanitarias.

La lucha antipalúdica.

La *Gaceta* del 19 de Diciembre último inserta un Real decreto encargando de la dirección, organización y administración de cuanto afecte a la lucha antipalúdica a la Comisión central creada por el de 14 de Junio del corriente año.

En dicho Real decreto se marcan las atribuciones de las Comisiones, se determinan las obligaciones de los habitantes de las zonas palúdicas, se detalla la organización y acción de los Dispensarios y se establecen premios y sanciones para los que colaboren a la campaña o la dificulten.

Por su importancia, pensamos dar íntegro dicho R. D. en nuestro próximo número, ya que su extensión nos impide hacerlo en el presente.

Real decreto sobre las inspecciones de distrito.

Por su importancia reproducimos el Real decreto de 25 de febrero de 1924, que adjudica a los subdelegados de Medicina las Inspecciones sanitarias de distrito y confirma en propiedad a los numerosos subdelegados que habían sido nombrados interinos con posterioridad al Real decreto de 31 de enero de 1919:

EXPOSICIÓN

Señor: La función sanitaria de los subdelegados crece en extensión y adquiere mayor importancia a medida que el progreso de la Higiene multiplica sus intervenciones e incorpora nuevos sectores al antes limitado campo de la Medicina preventiva.

El subdelegado no puede limitarse al papel fiscalizador de otros tiempos ni a actuar sólo como representante de la autoridad central para vigilar e imponer la aplicación de las leyes y preceptos que regulan las relaciones de la Sanidad con la Administración pública. Es indispensable que, sin perjuicio de esta misión original y antigua, los subdelegados ejerzan funciones genuinamente sanitarias que se traducen en la ordenación régimen y defensa de la salud pública dentro de las demarcaciones o distritos asignados a las Subdelegaciones respectivas. En una palabra, debe constituirse el nexo indispensable jurídico y sanitario entre la Autoridad suprema de la provincia y el Inspector municipal, formando así el engranaje intermediario que facilita y refuerza el fin común de ambas constituciones.

El decreto de 31 de enero de 1919 llegó a prever la necesidad de estatuir esta ampliación de poderes y funciones, para lo cual transformaba las Subdelegacio-

nes en Inspecciones de distrito; pero en vista de que la política económica del actual Gobierno no consiente el menor aumento en los presupuestos, y en vista también de que el estado sanitario del país tampoco consiente el aplazamiento indefinido de reformas que han de ser de éxito inmediato, parece natural procurar la conciliación de ambos intereses, encomendando a los Subdelegados la vigilancia y cuidado sanitario de los respectivos distritos y dándoles en compensación los emolumentos que resulten de una revisión de tarifas, en espera de que la situación económica del país permita crear de una vez y dotar decorosamente las Inspecciones de distrito.

En consonancia con los nuevos deberes es indispensable que la preparación técnica del personal de Subdelegados adquiera mayor especialización en materia higiénico-sanitaria, a cuya aspiración se atiende en el presente proyecto de decreto, lo mismo que a las numerosas peticiones que solicitan la anulación de la desigualdad promovida por el antes citado Real decreto entre Subdelegados propietarios e interinos.

En virtud de lo expuesto, el Jefe del Gobierno, Presidente del Directorio Militar, tiene el honor de someter a la firma de V. M. el siguiente proyecto de Real decreto.

Madrid, 25 de febrero de 1924.—SEÑOR: A. L. R. P. de V. M.—*Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*.

REAL DECRETO

A propuesta del Jefe de Gobierno, Presidente del Directorio Militar, y de acuerdo con el mismo,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º A más de desempeñar en las capitales de provincia y en los Municipios cabeza de partido el cargo de Inspectores municipales de Sanidad, los Subdelegados de Medicina ejercerán, dentro de la jurisdicción territorial que les corresponda, funciones inspectoras en relación siempre con la autoridad sanitaria provincial, sin perjuicio de las que actualmente les asignan las disposiciones vigentes.

Art. 2.º Los subdelegados de Medicina, nombrados con carácter interino, que hayan desempeñado el cargo con celo y competencia y cuya interinidad haya excedido del tiempo que señala la Instrucción general de Sanidad, serán confirmados en sus cargos, con la antigüedad que les corresponda, previa revisión de los expedientes por las Juntas provinciales de Sanidad. Los que por virtud de esta revisión se señalen con nota desfavorable en el desempeño del cargo necesitarán informe razonado de las respectivas Juntas provinciales, que pasará a resolución definitiva de la Dirección general de Sanidad. En las capitales de provincia en que hubiere dos o más Subdelegaciones, los que desempeñen las de Medicina en propiedad tendrán derecho preferente, por riguroso orden de antigüedad, a cambiar de distrito, ocupando el que estuviere vacante o servido interinamente.

Art. 3.º A partir de la promulgación de este decreto, los Subdelegados de

Medicina ingresarán en el Cuerpo por concurso-oposición ante el Tribunal formado por miembros idóneos de las Juntas provinciales, que exigirán pruebas de actividad en materias de Higiene general y saneamiento urbano y rural, Clínica de Epidemiología y Legislación Sanitaria, con arreglo a las normas que establezca el Real Consejo de Sanidad.

Art. 4.º En el plazo improrrogable de seis meses, el Real Consejo de Sanidad ampliará y revisará las tarifas de honorarios y derechos sanitarios de 24 de febrero de 1908.

Art. 5.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al presente Real decreto.

Dado en Palacio a 25 de febrero de 1924.—ALFONSO.—El Presidente del Directorio Militar, *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*.

(De la *Gaceta* del 27 de febrero de 1924).

Ordenanzas reglamentando los servicios de profilaxis de las enfermedades contagiosas y de desinfección.

PARTE DISPOSITIVA

Primera. Las enfermedades transmisibles que deben ser objeto de declaración obligatoria y desinfección conforme las disposiciones vigentes, son:

Grupo A.—*Exóticas o pestilenciales*.—Peste, cólera y fiebre amarilla.

Grupo B.—*Infecciosas comunes*.—Tifus exantemático, disentería, fiebre tifoidea, viruela, varioloide y varicela, difteria, escarlatina, sarampión, meningitis cerebro-espinal, encefalitis epidémica, parálisis infantil, septicemias y especialmente la puerperal, tos ferina, gripe, tuberculosis, lepra y tracoma; además las escolares de origen parasitario.

Segunda. Siempre que una persona sea atacada por cualquiera de las enfermedades contagiosas que aparecen en la relación anterior, deberá el médico de asistencia notificar por escrito a la Inspección Provincial o al Inspector municipal de Sanidad el caso asistido por él, y en igual forma, y lo más rápidamente posible, al Laboratorio Municipal, pudiendo utilizar a este fin las tarjetas libres de franqueo que se facilitan en dicho Centro; quedan, por lo tanto, prohibidos los avisos telefónicos y los verbales.

Tercera. El Laboratorio Municipal desatenderá avisos que no procedan y sean hechos como se establece en la base segunda, con la sola excepción de los que se reciban de las autoridades.

Cuarta. Apesar de lo prevenido en las bases segunda y tercera, los jefes de familia o quien le represente, los dueños o gerentes de fábricas y talleres, hoteles, fondas, posadas, casas de dormir o establecimientos de cualquier clase donde se encuentren los enfermos, podrán dar cuenta por escrito de su existencia; y si se comprobare no haberlo hecho el médico de cabecera, se notificará de ello a la Inspección Provincial de Sanidad, a los efectos que procedan.

Quinta. La Oficina de Profilaxis y Policía Sanitaria del Laboratorio recibirá diariamente los partes de existencia de casos comprobados o sospechosos de enfermedades infecciosas que hayan sido comunicados y la relación de inhumaciones autorizadas por el Negociado de Cementerios.

Procederá a distribuir por distritos el servicio de comprobación, para que los respectivos Inspectores Médicos, auxiliados por el personal de Policía Sanitaria realicen las comprobaciones e investigaciones precisas, devolviendo a la Oficina, en las veinticuatro horas siguientes o antes si la índole del caso lo requiriese, las relaciones diligenciadas que autorizarán con su firma.

Si para contribuir al diagnóstico precisara la práctica de análisis o investigaciones de Laboratorio, a juicio de los Inspectores médicos, la Oficina podrá solicitar el auxilio de las secciones de aquél y cursar los informes que éstos emitan a los Inspectores que los interesen.

Asimismo dispondrá la Oficina que los Médicos vacunadores realicen las inmunizaciones que se precisen tanto por lo que respecta a vacunaciones obligatorias reglamentarias, como a las extraordinarias para evitar contagios o extinguir focos epidémicos; de todos los casos denunciados se dará cuenta por a Oficina al servicio de desinfección para que por éste se proceda como corresponda.

Sexta. Será también obligación de la Oficina de Profilaxis:

Rendir mensualmente la estadística de morbosidad y mortalidad por enfermedades infecciosas que hayan requerido su intervención.

Resumir las estadísticas de vacunaciones y revacunaciones que haya dispuesto.

Estudiar los progresos de ciertas enfermedades como el cáncer, la tuberculosis y otras que por su gran importancia requieran campañas especiales.

Informar siempre que se ordene sobre casos concretos de profilaxis.

Poner en conocimiento del Director Jefe del Laboratorio cualquier novedad sanitaria de que tenga noticia que pueda influir en la salud del vecindario y promover cuanto estime pertinente a mejorar el estado sanitario de los habitantes de Madrid.

Séptima. El médico de cabecera en el parte del Laboratorio consignará si desea que por el servicio municipal se realice la desinfección final y global, en la forma que reclame la naturaleza de la enfermedad denunciada, y además si procede el traslado del enfermo o nada más que aquélla por término de enfermedad debido a la causa que sea. El traslado del enfermo se realizará por las ambulancias sanitarias del Laboratorio, siempre que el Médico asistente considere puede llevarse a cabo sin el menor daño para el paciente.

Octava. Las desinfecciones en curso de enfermedad se practicarán por la familia o personas encargadas de la asistencia bajo la dirección y responsabilidad del Médico de cabecera, el cual podrá disponer que por el servicio del Laboratorio se faciliten los desinfectantes necesarios, siempre que se trate de personas pobres o de escasos recursos; también será de su responsabilidad la adopción de las medidas conducentes al aislamiento del enfermo.

Novena. Sin perjuicio de lo establecido en la base octava, el servicio municipal deberá, en casos excepcionales que estén bien justificados, encargarse de la desinfección en curso de enfermedad y del aislamiento del enfermo en las condiciones que sea posible realizarle.

Décima. El servicio de desinfección, una vez recibido un aviso, deberá proceder inmediatamente a la adopción de las medidas que sean necesarias: traslado del enfermo al hospital, recogida de ropas y efectos y desinfección de locales, utilizando los medios que permitan sus condiciones.

Undécima. Por el servicio de desinfección se entregarán en las casas donde se denuncie la existencia de todo enfermo infeccioso unas instrucciones para uso de las familias y personas que cuiden del mismo, conteniendo indicaciones claras y concretas sobre las precauciones que deben adoptarse para evitar el contagio,

así como sobre el uso de los desinfectantes, como complemento de las que deben dar los médicos de asistencia.

Duodécima. Se hará asimismo cargo el servicio de desinfección del traslado al parque de aislamiento de aquellas personas que habiendo sido expuestas al contagio sean capaces de llevar la enfermedad en período de incubación y no puedan ser aisladas en los domicilios o locales donde se haya registrado la existencia de la enfermedad.

Décimatercera. Las personas encargadas del cuidado de los enfermos contagiosos, así como los portadores de gérmenes, serán objeto de medidas especiales con el fin de evitar la transmisión de la enfermedad; asimismo se establecerá una estrecha vigilancia en las personas procedentes de lugares epidemiados.

Décimacuarta. La acción del servicio estará limitada al término municipal, pudiendo ampliarse al de los pueblos próximos cuando así lo reclame su estado sanitario y estime de necesidad el Inspector provincial. Los gastos que ocasione la movilización del servicio, serán satisfechos por quien corresponda.

Décimaquinta. Independientemente de las desinfecciones motivadas por la existencia de casos denunciados, el servicio de desinfección atenderá:

1.º A la realización de toda clase de medidas que sea necesario adoptar en previsión de epidemias.

2.º A la desinfección de viviendas desalquiladas antes de ser ocupadas nuevamente.

3.º A la desinfección de calzado y ropas usadas destinadas a ser vendidas.

Décimasexta. En los parques de desinfección se practicarán:

Las operaciones de desinfección de las personas que necesiten de ellas.

Las de desinfección de ropas y efectos procedentes de las casas de enfermos o de aquellas otras que motiven la adopción de medidas sanitarias.

La desinfección de ropas y calzado usado destinadas a ser vendidas.

Décimaséptima. Como garantía de desinfección de los locales, se colocará en sitio visible de los mismos, una etiqueta con la fecha en que se practicó, y de la ropa y efectos y calzado un sello o un marchamo, según lo que permita sus condiciones.

Décimoa octava. Será también obligatorio para el servicio de desinfección:

Comprobar y vigilar la práctica de desinfección que se realicen en los almacenes de trapos.

Comprobar y vigilar la práctica de desinfección que se realicen en los depósitos de Pompas fúnebres, paños, túmulos y demás efectos.

Décimanovena. Los servicios de desinfección y traslados de enfermos infecciosos serán gratuitos, siempre que se soliciten para las enfermedades cuya relación aparece en la base primera; la desinfección de edificios oficiales y de establecimientos de Beneficencia y Caridad, así como la de cuartos desalquilados y de las ropas y calzado usado destinadas a la venta será también gratuita. No tratándose de enfermedades cuya declaración y desinfección es obligatoria, serán de pago todas las operaciones de desinfección que se soliciten por el vecindario, re-

gulándose el mismo con arreglo a la tarifa de derechos aprobada por el Ayuntamiento.

Vigésima. El régimen interno de los servicios y en sus relaciones con el vecindario, así como el funcionamiento de los parques, sección móvil y fija, se regulará por reglamentos que redactará la Dirección del Laboratorio Municipal.

De su exacto cumplimiento, así como de la instrucción y comportamiento del personal subalterno, cuidarán los Jefes del servicio, bajo su más estrecha responsabilidad.

Estas Ordenanzas fueron aprobadas por la Junta provincial de Sanidad en 18 de junio de 1924; por la Comisión municipal permanente en sesión pública ordinaria de 23 de Julio, y en sesión pública ordinaria de Ayuntamiento Pleno de 20 de octubre, con agregación del siguiente:

ARTICULO ADICIONAL

«El Alcalde Presidente ejercerá directamente su jurisdicción propia, siempre que lo estime oportuno, e intervendrá en el uso que de la delegación hicieran los Inspectores municipales de Sanidad en cuanto haga referencia a la penalidad por ocultación de casos de enfermedades infecciosas e imponiendo las correcciones disciplinarias que estime de justicia y dentro de los límites consentidos por las disposiciones vigentes.»

Varios acuerdos de la Junta provincial de Sanidad.

La última sesión celebrada, fué dedicada casi por completo al estudio y resolución de importantes problemas sanitarios municipales con el concurso y la absoluta conformidad del Alcalde de Madrid. Se adoptaron los siguientes interesantes acuerdos:

1.º Que el Ayuntamiento de Madrid exija a los particulares, en determinado plazo, la depuración de las aguas residuales antes de utilizarlas para el riego, con lo cual se pone término al asunto, ya discutido, del aprovechamiento de las aguas del Abroñigal, obligándose el propio Ayuntamiento a la depuración de las aguas negras de los colectores antes de verter en el Manzanares.

2.º Fué muy bien acogida, y se aprobó, por consecuencia, la resolución adoptada por el Alcalde para evitar la acumulación de basuras y detritus en las proximidades de los paseos públicos.

3.º Se acordó, que en breve plazo la Comisión encargada por la Junta de redactar un proyecto de reorganización benéfico-sanitaria del Ayuntamiento de

Madrid entregue dicho proyecto al Alcalde, que se mostró dispuesto a llevarlo a la práctica.

4.º Se acordó, por último, prestar al Alcalde el apoyo necesario para la resolución del problema del abastecimiento de aguas de Madrid, solicitando a los Poderes públicos que se conceda al Ayuntamiento intervención constante en la administración de las aguas de Santillana y del Canal.

