



**BOLETÍN DEL**  
**INSTITUTO**  
**PROVINCIAL**  
**DE HIGIENE**

**ALMERÍA • FEBRERO 1933**





# BOLETÍN

DEL



## INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE

PUBLICACIÓN SANITARIA MENSUAL GRATUITA

AÑO VII

ALMERÍA, FEBRERO 1933

NÚM. 68

---

SEGUNDA ÉPOCA

---

### ¿Cómo se contrae el Kala-azar?

POR PAUL GIRAUD (MARSELLA)

La difusión de la leishmaniosis interna en el sudeste de Francia y la posibilidad para los niños de infectarse durante una breve permanencia en nuestra región, es un hecho desgraciadamente demasiado bien establecido a la hora actual.

Esta molesta eventualidad por rara que sea ha levantado aprehensión legítima entre el público médico y no médico.

Era pues útil poner al día esta cuestión de la transmisión del Kala-azar de manera tan clara como sea posible, para precisar la importancia del peligro, las modalidades de la contaminación y las medidas propias para evitarlo.

Tal estudio podrá parecer a algunos un poco prematuro por continuar todavía desconoci-

dos, bastantes puntos en la epidemiología de la enfermedad.

Sin embargo numerosos trabajos recientes, nuestros propios estudios de los focos marseleses permiten fijar las líneas esenciales de la cuestión. Se puede también, reserva hecha del carácter provisional de algunos de entre ellos, proponer una serie de medidas profilácticas sin duda eficaces para evitar la enfermedad.

Nos proponemos por otra parte en este estudio esencialmente práctico, referirnos sobre todo a hechos bien observados e indiscutibles, no citando las hipótesis de trabajo sino como jalones y anuncio de otros ulteriores sobre esta cuestión.

## I. Consideraciones generales del contagio.

*Reparto topográfico:* (No lo consideramos de aplicación en nuestras latitudes.)

*Frecuencia:* El Kala-azar no es ya raro en nuestro país, pero tampoco todavía de frecuencia extrema. Sin duda a medida que la afección va siendo mejor conocida, se diagnostica mayor número de casos, pero no obstante, un aumento tan rápido como el observado tampoco puede explicarse únicamente por esta hipótesis.

*Edad:* Los niños parecen sobre todo sensibles a la infección entre uno y dos años, más de la mitad de nuestros casos se refieren a pequeños de esta edad. Antes del año la enfermedad es rara, después de los dos años la frecuencia decrece progresivamente.

Sin embargo, la leishmaniosis no es excepcional en niños mayores y los casos en el adulto se multiplican y ya se conocen una docena de autóctonos en Francia.

*Habitación:* Las clases más populares parecen más atacadas que los medios pudientes si nos atenemos a las estadísticas. Pero como estas clases no atendidas representan en nuestra ciudad una minoría pequeña, puede decirse que el Kala-azar ataca aproximadamente por igual a todas las clases sociales.

Un detalle de la habitación

nos ha aparecido sin embargo capital. *la leishmaniosis es enfermedad de personas que tienen jardín o casa de campo próxima a la población.*

Si observamos en efecto, sobre un plano de la población el lugar donde radican la habitación de nuestros enfermos se observa el predominio de ellos en el extrarradio y en la zona marítima en la que se encuentran numerosas villas con jardines.

Este hecho es absolutamente claro en nuestras observaciones y ha sido referido por otros autores, el profesor Jemma en particular.

Tales son las condiciones generales de la endemia en nuestra región. Veamos ahora lo que nos enseñan las investigaciones experimentales.

## II. El peligro canino.

Desde los trabajos de Nicolle el perro se ha mirado siempre como un importante reservorio de virus por razones que a primera vista parecen extremadamente sólidas.

*Existe una leishmaniosis espontánea del perro por un germen morfológicamente idéntico al del Kala-Azar humano.*

Esta enfermedad puede tomar en los animales jóvenes una forma aguda que nosotros no hemos observado nunca.

Afecta sobre todo una marcha crónica y se caracteriza entonces:

Por trastornos generales que

conducen progresivamente a la caquexia.

Por tumefacción de bazo y de los ganglios linfáticos.

Por lesiones cutáneas en fin: sea ulceraciones de la cara, sea dermatitis seca furfurácea asentando en la cara también o al nivel de la región dorsal.

En ciertos casos frustrados sin embargo, el perro puede parecer absolutamente normal y su parasitación ser hallazgo de autopsia. Tal fué el caso de un Fox de pelo corto que convivía con uno de nuestros enfermos y que sus propietarios consideraban perfectamente sano.

Ahora bien, aunque los parásitos eran muy raros o no se encontraban en los frotis del hígado y del bazo se mostraron muy abundantes en la médula ósea.

El diagnóstico de esta leishmaniosis canina puede a menudo ser muy difícil si no existen lesiones cutáneas y si nos limitamos a hacer frotis únicamente de hígado o de bazo y esto explica el fracaso de nuestras primeras investigaciones hechas en tales condiciones.

Podemos utilizar también en el perro, como en el hombre la formol-reacción que se nos ha parecido bastante fiel sin que se pueda, no obstante, atribuirle un valor absoluto. Por último, si existen lesiones cutáneas y sobre todo placas de dermatitis secas, es en ellas donde debemos buscar los pa-

rásitos que allí a veces son muy abundantes.

Esta parasitación de la piel del perro que hemos podido comprobar en muchas ocasiones, debemos retenerla para las posibilidades de transmisión de la enfermedad.

*El reparto de esta leishmaniosis canina es idéntico al de la enfermedad humana.*

Efectivamente, allí donde ha sido señalado el Kala-azar se ha encontrado una parasitación similar del perro.

A veces, como en Marsella, el descubrimiento de la enfermedad en el perro, precedió a la de los casos humanos.

Actualmente, la leishmaniosis canina está muy extendida en nuestra ciudad y los focos principales de tal afección coinciden con las zonas donde hemos tenido mayor número de niños con Kala-azar. A extra-muros y la zona marítima son también los lugares de predilección para la leishmaniosis del perro.

*Se ha conseguido inocular al perro la leishmaniosis humana.*

Nicolle, en particular, ha logrado esta inoculación y obtenido pases en serie de perro a perro, y esta enfermedad experimental reproduce el cuadro clínico de la leishmaniosis espontánea.

No obstante, las lesiones cutáneas, que, en nuestro sentir corresponden a la puerta de entrada del parásito, faltan siem-

pre en los casos experimentales.

Algunos de los animales, del mismo modo que por la enfermedad espontánea, no parecen sufrir en manera alguna con su infestación y sin embargo sus órganos se muestran a veces fuertemente parasitados.

Este conjunto de pruebas parecen demostrar de manera casi cierta el papel del perro en la propagación de Kala azar humano. Y no obstante la observación clínica no ha permitido encontrar el origen de este contagio en la gran mayoría de los casos.

*Nuestras propias observaciones nos permiten afirmar que el contacto directo con los perros no es necesario para la transmisión de la enfermedad.*

Si investigamos, en efecto en la historia de nuestros enfermos lo que hace referencia a la etiología canina, veremos que no resulta nada claro de los datos recogidos.

Algunos de nuestros enfermos han estado en contacto con perros enfermos y muy sospechosos de leishmaniosis pero esto es la minoría. La mayor parte ha convivido más o menos íntimamente con animales cuyo aspecto exterior es de salud perfecta. Verdad es, que la forma frustrada de la leishmaniosis canina es frecuente y su diagnóstico difícil a veces.

Esto explica el que no hayamos encontrado el parásito en los animales que habían vivido

en contacto con nuestros enfermos y que sus padres sometieron a nuestro examen. Tanto más cuanto que, en un caso reciente, hemos encontrado el parásito empleando mejor técnica, según dijimos antes, pero *cuatro de nuestros enfermitos no habían estado jamás en contacto con perro*, ni siquiera de modo transitorio. Los padres de estos niños, todos ellos de clase acomodada, nos aseguraron que no habían tenido jamás contacto alguno con perros y hemos considerado de valor su afirmación por tratarse de bebés de uno a dos años en los cuales la vigilancia en tales medios se mantiene estrechamente.

Los padres del niño de la observación 56, teniendo la vecindad de los animales, habían tenido la precaución de alejar un perro antes de venir el niño al pueblo donde iban a veranear.

El Profesor Jemma cita una historia semejante en su trabajo. Se trataba de un hombre de un alto rango social que, habiendo perdido un hijo de K a l a - a z a r, había tomado horror a los perros y los ahuyentaba de su casa; pues bien, un segundo niño nacido después de la muerte del primero, contrajo también la leishmaniosis.

Tales hechos, bien observados, tienen un valor absoluto superior a todas las estadísticas. Es preciso pues reconocer que, si los perros parecen peli-

grosos portadores de virus, el contacto directo con los animales no parece absolutamente necesario para la transmisión de la enfermedad.

### III. El papel de los insectos picadores.

Para explicar la transmisión del Kala-azar además de por contacto directo, se ha supuesto, por analogía con otras parasitosis que el virus podría ser vehiculado por un insecto picador.

Diversos insectos han sido sucesivamente incriminados, después reconocidos inaptos para asegurar este transporte.

Así las chinches, los mosquitos, las moscas, fueron estudiados sin éxito. Recientes investigaciones de Nicolle permiten eliminar también a la pulga que había sido mucho tiempo considerada como el agente elector de la leishmaniosis canina.

Los *flebotomus* han sido sobre todo estudiados desde ese punto de vista por los autores ingleses que estudian el Kala-azar indio. Han conseguido infectar estos insectos y observado el desarrollo del parásito en su organismo; pero no han podido lograr hacerle infectar al animal. La prueba de su papel no está pues hecha de una manera absoluta.

El papel de las garrapatas ha sido evidenciado por los trabajos de una precisión notable de Blanc y Caminopetros.

Éstos autores utilizaron en sus investigaciones un animal reactivo de muy gran sensibilidad; el espermofilo de Macedonia. Consiguieron infectar garrapatas por picaduras del espermofilo o del perro parasitado.

Estas garrapatas infectadas, fueron trituradas y reinyectadas a espermofilos los cuales se contagiaron casi siempre. Garrapatas infectadas en estado de larva conservaron su virulencia después de su transformación en ninfas y aun luego de su segunda muda que los lleva al estado de insecto perfecto.

Pero no se ha logrado obtener la infestación del perro por picadura directa de la garrapata.

A pesar de ello se puede decir actualmente que, la garrapata constituye muy verosimilmente el vector de la leishmaniosis de perro a perro.

Nuestras propias observaciones en el medio marsellés son muy en favor de esta hipótesis. En efecto la leishmaniosis canina hace estragos en regiones muy secas, pinares en particular donde los *flebotomus* son muy raros y solo aparecen durante un periodo muy limitado del año.

Por el contrario, las garrapatas pululan allí de modo verdaderamente extraordinario y es necesario desembarazar a los animales a diario si no se quiere verlos cubiertos de tales

insectos en muy poco tiempo.

Perros jóvenes que dejamos a merced de las garrapatas con un fin experimental murieron en quince días a tres semanas de anemia aguda debido a la picadura de millares de parásitos.

Esta verdadera invasión de las garrapatas tiene lugar sobre todo en lugares en que se han criado perros, los jardines de la vecindad permanecen relativamente indemnes y en ellos no se han guardado nunca animales. Sin embargo se encuentran en abundancia en las cehinas más desiertas y los conejos salvajes y los rebaños de cabras y de ovejas pueden servir también para la conservación de estos insectos a falta de perro que queda no obstante su animal de elección.

#### IV. Vías de penetración del virus en el hombre.

Si sabemos aproximadamente como tiene lugar la contaminación en el perro, tenemos muy pocos datos precisos sobre la manera como el virus penetra en el organismo humano.

*La vía digestiva* no es, a priori imposible. En efecto sabemos con qué frecuencia los niños llevan a la boca los objetos más diversos y hasta sucios.

Uno de nuestros enfermitos había sido sorprendido en trance de deglutir excremento de perro, algunos meses antes del

comienzo clínico de sus accidentes.

Este hecho permitiría explicar el predominio verdaderamente muy notable de la enfermedad en los niños de 1 a 2 años, edad de tocarlo todo por excelencia.

La presencia del leishmania en gran abundancia en la piel de los perros infectados convendría bastante bien con esta teoría.

Desgraciadamente los hechos experimentales no son apenas en favor de esta hipótesis. En efecto muy rara vez se ha obtenido la infestación de animales por vía digestiva. Por otra parte las heces de enfermos y de perros infectados contiene muy raramente parásitos. Personalmente no hemos podido jamás encontrarlos en ellas.

Es verdad que un resultado negativo no vale apenas en semejante materia. La experiencia de otras parasitosis, de la amibiasis en particular, nos muestra resultados a menudo también negativos y sin embargo la infestación por vía digestiva es bien evidente para esta enfermedad. En resumen la contaminación podría hacerse por vía digestiva, pero no poseemos prueba alguna absoluta de la realidad de este modo de infección.

*La vía cutánea* por picadura de un insecto goza de gran favor a la hora actual, pero no aparece mucho más probada si se la mira de cerca. El gran argumento es la analogía con la

leishmaniosis del perro. Se puede responder a esto que la enfermedad canina presenta diferencias notables con la enfermedad humana.

Aquella es una afección lo más a menudo crónica de predominio cutáneo, los parásitos pululan en la piel mientras que son relativamente raros en los órganos internos.

En el niño, en nuestros climas, al contrario, las lesiones cutáneas son raras y no específicas y la parasitación de los órganos internos es intensa, lo que podría corresponder a diferente vía en la penetración del virus: cutánea para los perros y digestiva para el hombre.

Lo que tendería a creerlo es que en la India donde el Kala-azar está muy extendido aún en los adultos, las lesiones cutáneas predominan también. Quizá los indios que viven en la tierra misma son contaminados también por vía cutánea y a menudo por intermedio de los insectos. Esto demostraría la forma clínica especial de su enfermedad.

En cuanto a los insectos picadores su papel es bien difícil de establecer.

La picadura de flebotomus es cosa tan banal que es imposible encontrar rastro en la historia de nuestros pequeños enfermos.

La picadura de la garrapata más rara, más dolorosa, debería ser más fácil de buscar. Es frecuentemente señalada como

origen de la fiebre exantemática marsellesa (enfermedad de Olmer). Pero la leishmaniosis es una afección subaguda o crónica de muy larga incubación, (varios meses) y cuando comienzan clínicamente los accidentes, es difícil hacer precisar a los padres un pequeño incidente que ha podido perfectamente olvidarse.

En alguno de nuestros casos no hemos podido obtener estos datos de manera suficientemente clara.

Se ve que estamos aquí sobre el terreno movedizo de las suposiciones y que a la hora actual no se puede saber si los niños contraen la leishmaniosis por vía cutánea o por vía digestiva.

No es imposible además, que las dos vías sean utilizadas por el virus según los azares de la contaminación.

## V. Conclusiones prácticas.

Si queremos trasladar al terreno práctico de la profilaxis, los datos que acabamos de exponer, se ve que podemos llegar a una serie de medidas bastante fácilmente realizables y verdaderamente eficaces. Desde luego, puesto que los perros parecen ser peligrosos portadores de gérmenes es del todo necesario mantenerles muy alejados de los niños.

Los perros enfermos y sobre todo los que padezcan lesiones cutáneas serán los más sospechosos y por tanto se sacrificarán sin demora posible. Pero

es bueno recordar que, los animales más sanos en apariencia pueden ser portadores de virus y que se deben separar sistemáticamente con el mismo derecho que los otros.

Sería de desear por otra parte que, las municipalidades intensifiquen la captura y destrucción de los perros vagabundos, los más peligrosos, porque están mal cuidados y abundantemente parasitados por las garrapatas.

Conferencias populares de higiene serían también útiles para ilustrar al público sobre los peligros de la convivencia demasiado estrecha con los animales.

En cuanto a los insectos picadores es también relativamente fácil preservarse de ellos.

Los flebotomos, cuyo papel es cuando menos dudoso, a nuestro parecer, no pueden nacer más que en la vecindad de agua estancada. Se deberá pues hacer desaparecer en lo posible esta clase de agua.

En cuanto a los otros bastaría esparcir en su superficie sea un líquido oleoso (petróleo por ejemplo) ya un polvo larvicida. Siendo poco emigrantes los flebotomos la aplicación local de estos medios será muy eficaz.

Para las garrapatas que son animales muy resistentes, su destrucción no será siempre tan fácil.

Sin embargo, alejando los

perros se evitaría en gran manera su pululación.

Si un jardín o local ha sido infectado de estos animales, deberemos recurrir a las soluciones cresiladas fuertes o mejor aún al soplete de soldar que será a menudo necesario para exterminarles en la fisuras que les sirven de guaridas.

En definitiva vemos que, si el Kala-azar es una enfermedad grave que ha tomado en el curso de estos últimos años una extensión inquietante en nuestra región es posible, con frecuencia, evitarla.

Todo está en no desconocer su existencia y poner en práctica las pocas medidas profilácticas, realmente bastante simples que, bastarán para detener su propagación.

L. P. M. Sepbre. 932).

---

## LA VIGENCIA DEL NUEVO CÓDIGO PENAL

### Algunos delitos que afectan a las clases sanitarias

Del nuevo Código penal aprobado por las Cortes y publicado en la *Gaceta* del 5 de noviembre, entresacamos lo que puede interesar al lector:

*Título VI. — Capítulo II. — De los delitos contra la salud pública*

Art. 346. El que sin hallarse completamente autorizado elaborase substancias nocivas

a la salud o productos químicos que puedan causar estragos para expenderlos, o los despachare o vendiere o comerciare con ellos, será castigado con las penas de arresto mayor y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 347. El que hallándose autorizado para el tráfico de substancias que puedan ser nocivas a la salud, o productos químicos de la clase expresada en el artículo anterior, los despachare o suministrarle sin cumplir con las formalidades prescritas en los reglamentos respectivos, será castigado con las penas de arresto mayor y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 348. Los farmacéuticos que despacharen medicamentos deteriorados, sustituyeren unos por otros o los despacharan sin cumplir con las formalidades prescritas en las leyes y reglamentos, serán castigados con la pena de arresto mayor en su grado medio a prisión menor en su grado mínimo y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Si por efecto del despacho del medicamento hubiera resultado la muerte de una persona se impondrá al culpable la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo y la multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 349. Las disposiciones de los dos artículos anteriores son aplicables a los que trafiquen con las substancias o productos expresados en ellos y a

los dependientes de los farmacéuticos cuando fueren los culpables.

Art. 350. El que exhumare o trasladare restos humanos con infracción de los reglamentos y demás disposiciones de Sanidad incurrirá en la multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 351. El que con cualquier mezcla nociva a la salud alterase las bebidas o comestibles destinados al consumo público o vendiere objetos cuyo uso sea necesariamente nocivo a la salud será castigado con las penas de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en grado mínimo y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Los géneros alterados y los objetos nocivos serán siempre inutilizados.

Art. 352. Se impondrá también la pena señalada en el artículo anterior.

1.º Al que escondiere o sustrajere efectos destinados a ser inutilizados o desinfectados con objeto de venderles o comprarles.

2.º Al que arrojaré en fuente, cisterna o río cuya agua sirva de bebida algún objeto que haga el agua nociva para la salud.

### *Título LX. — Capítulo III. — Aborto.*

Art. 417. El que de propósito causare un aborto será castigado:

1.º Con la pena de prisión mayor si ejerciere violencia en

la persona de la mujer embarazada.

2.º Con la pena de prisión menor si, aunque no la ejerciera, obrase sin consentimiento de la mujer.

3.º Con la pena de arresto mayor si la mujer lo consintiera.

Cuando a consecuencia del aborto resultare la muerte de la mujer embarazada, se impondrán las penas respectivas en su grado máximo, siempre que hubiere mediado imprudencia y no correspondiese mayor pena, conforme al artículo 558. (Este artículo se refiere al que ejecutare por imprudencia temeraria un hecho y que si existe malicia sería un delito.)

Art. 418. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause será castigada con arresto mayor.

Art. 419. Cuando la mujer causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause para ocultar su deshonor incurrirá en la pena de arresto mayor en su grado mínimo.

Art. 420. El facultativo que, abusando de su arte, causare el aborto o cooperase a él incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el artículo 417 y además en multa de 2.500 a 25.000 pesetas.

El farmacéutico que sin la debida prescripción facultativa expidiere un abortivo incurrirá en la pena de multa de 500 a 5.000 pesetas.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

### ORDENES

Ilmo. Sr.: Vista la instancia elevada a este Departamento por el Presidente y el Secretario de la Federación Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes en solicitud de que se dicte una disposición aclaratoria a la Orden de fecha 20 de Mayo último, por virtud de la cual fué creado el diploma de «Enfermero psiquiátrico», en el sentido de que dicho diploma, en lugar de acreditarles como dichos Enfermeros psiquiátricos, lo hagan en concepto de «Practicantes especializados en Psiquiatría» e interesando a la vez de un modo claro y expreso que la aprobación de las materias precisas para obtener el de Enfermero de aquella especialidad, no autorice a sus poseedores para la ejecución de intervenciones médicoquirúrgicas:

Resultando que el verdadero espíritu de la disposición antes citada atiende principalmente a la necesidad de procurar las mayores garantías científicas posibles en el tratamiento intramanicomial de los enfermos mentales, sin que en ningún momento deba atribuírsele propósito de rebajar la función encomendada a cada uno de los diferentes profesionales que intervienen en la asistencia de aquéllos:

Considerando que la concesión del diploma de Enfermero

psiquiátrico, si bien acredita a quienes lo obtienen como poseedores de los conocimientos precisos para dedicarse al cuidado peculiar de enfermos de la mencionada especialidad, en modo alguno puede estimarse como de capacitación para el ejercicio de funciones médico-quirúrgicas, que están reservadas a los facultativos, bien por sí o por delegación en auxiliares de probada suficiencia, en este caso los Practicantes en Medicina y Cirugía, sin que tampoco basten a este respecto los conocimientos generales exigidos para la consecución del correspondiente diploma.

Este Ministerio ha tenido por conveniente disponer que la Orden de fecha 20 de Mayo último se entienda aclarada en el sentido de que los Practicantes que cuenten con más de un año de estancia en cualquier establecimiento psiquiátrico, acreditada con certificado expedido por el Director del mismo, y resulten aprobados en los exámenes que se celebren para la obtención del diploma a que hace referencia el párrafo 2.º del apartado 9.º de la expresada Orden, sean reconocidos como «Practicantes Psiquiátricos», haciéndose constar así en el referido diploma, sin que la posesión del de Enfermero de la misma indole autorice para la ejecución de intervenciones de técnica médicoquirúrgica.

Lo que como resolución de

la instancia de que se hace mérito participo a V. I. para su conocimiento y demás fines. Madrid, 31 de Diciembre de 1932.

P. D.  
M. PASCUA.

Sr. Director general de Sanidad.

(«Gaceta de Madrid», 10 Enero 1933)

Ilmo. Sr.: Evidenciadas algunas dudas respecto a la exacta interpretación de lo establecido en el artículo 17 del Decreto de 3 de Julio de 1931 (GACETA del día 7 del mismo mes y año), por el que se regula la asistencia de los enfermos mentales,

Este Ministerio se ha servido disponer que se entienda aclarado el artículo 17 del mencionado Decreto en el sentido de que cuando se trate de enfermos ingresados en un establecimiento psiquiátrico por orden gubernativa, no podrá prolongarse su estancia más de veinticuatro horas, sin que ésta se justifique por medio de certificado expedido por el Médico Director del Establecimiento y, en casos de duda, por el Médico Forense correspondiente, precisándose solo para este último certificado las formalidades establecidas en el artículo 10 de repetido Decreto.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás fines. Madrid, 30 de Diciembre de 1932.

P. D.  
M. PASCUA

Señor Director general de Sanidad.

(«Gaceta de Madrid», 18 Enero 1933)



**SANIDAD NACIONAL.**  
**INSPECCION PROVINCIAL DE ALMERIA**

**SERVICIO ANTIPTIRACOMATOSO**

Casos observados durante el mes de Enero en los siguientes dispensarios

FORMAS CLÍNICAS	Almería	Adra	Roquetas	Carboneras	Vera	H. Oveja	Mojácar	(an)yer	EMFERMOS
Incipientes y dudosos . . . . .	7	28	1	7	5	1	7	5	55
Crónicas sin complicaciones . . . . .	13	15	1	20	8	2	18	6	82
Con Pannus . . . . .	1	1	1	2	5	1	2	1	9
Formas retráctiles. (Entropión, Triquiasis, Xerosis). . . . .	6	4	1	11	5	1	2	1	24
Formas agudizadas. . . . .	10	1	1	1	7	1	1	1	17
F. Mono o binoculares . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>187</b>

Almería 1.º de Febrero de 1933.

El Inspector Provincial de Sanidad,

*D.º Mallou.*

## Equipo volante de la Junta Central

### Dispensario de Albox

Relación de enfermos, curas practicadas, intervenciones del mes de enero de 1933 hasta el día 22.

Tracoma incipiente . . . . .	46
Tracoma de estado . . . . .	75
Tracoma cicatricial . . . . .	17
Tracoma Final (xerósico) . . . . .	2

Total de enfermos tracomatosos . . . . .

Conjuntivitis sub aguda . . . . .	5
id lagrimal . . . . .	1
id crónicas . . . . .	6
Obstrucción de las vías lagrimales . . . . .	1
Dacriocistitis supuradas . . . . .	1
Blefaró conjuntivitis crónica . . . . .	1
Catarata traumática . . . . .	1
id secundaria . . . . .	1
Úlcera corneal (no traco) . . . . .	1
Glaucoma crónico . . . . .	2

Total de enfermos no tracomatosos . . . . .

Total de enfermos vistos hasta el día 22. . . . .	158
Total de curas hechas . . . . .	3256
Tanto por cien de tracomatosos . . . . .	88'60 %

### INTERVENCIONES

Canoplastia . . . . .	2
Entropión (procedimiento del Dr. Marin Amati) . . . . .	2
Cateterismos lagrimales . . . . .	20
Raspado . . . . .	32
Pterigium . . . . .	2

Chalación (quistes parpeal). . . . .	1
Inyecciones sub conjuntivas de cianuro . . . . .	8

Total de intervenciones. . . . .

Nota: En esta región quedan aún que hacer unas trescientas intervenciones.

### Relación de escuelas vistas en la región de Albox durante el mes de enero.

«Los Pardos» Escuela mixta a cargo de D. Diego Fábrega:

Tracoma incipiente . . . . .	50
id de estado . . . . .	9
id cicatricial . . . . .	1
No tracomatosos . . . . .	2
Niños y niñas vistos . . . . .	42
Matriculados . . . . .	52
Tracomatosos . . . . .	40
Tanto por ciento. . . . .	95'23 %
Clase de adultos Vistos y tracomatosos 2	Matriculados 18

Escuelas del Taberno. De niñas de D.<sup>a</sup> Carmen Fernández:

Tracoma incipiente . . . . .	42
id de estado . . . . .	8
No tracomatosos . . . . .	0
Niñas vistas . . . . .	50
Matriculadas . . . . .	50
Tanto por ciento. . . . .	100 %

Escuela de niños de D. Antonio Sánchez Martínez:

Tracoma incipiente . . . . .	26
id de estado . . . . .	10
id cicatricial . . . . .	2
No tracomatosos . . . . .	0
Niños vistos . . . . .	38
Matriculados . . . . .	38
Tracomatosos . . . . .	38
Tanto por ciento. . . . .	100 %

«Los Navarretes» Escuela mixta  
de D. Juan Miguel Muñoz:

Tracoma incipiente . . . . .	52
Id. de estado . . . . .	5
Id. cicatricial . . . . .	1
No tracomatosos . . . . .	1
Niños matriculados . . . . .	46
Niños vistos . . . . .	37
Tracomatosos . . . . .	36
Tanto por ciento. $92'16^{\circ}$ o	

Huércal Overa

Visita semanal desde Albox,  
enero de 1933.

Numero de curas efectuadas  
en el mes . . . . . 265

## INTERVENCIONES

Raspado . . . . .	6
Entropión (procedimiento Marín Amat) . . . . .	1
Extirpación de saco y fistula lagrimal. . . . .	1
Dilatación del punto lagri- mal . . . . .	2
Cateterismos lagrimales . . . . .	4
Total de intervenciones. . . . .	14

Vera

Visita diaria desde el 22 enero.

Curas efectuadas en los on-  
ce dias . . . . . 1234

## INTERVENCIONES

Raspado . . . . .	4
-------------------	---

Entropión (procedimiento Marín Amat) . . . . .	5
Extirpación de saco lagri- mal . . . . .	4
Incisión de absceso parpe- bral . . . . .	1
Chalación. . . . .	1
Inyección sub-conjuntival . . . . .	1
Dilatación del punto lagri- mal . . . . .	1
Cateterismo lagrimal . . . . .	2

Total de intervenciones. . . . . 19

TOTAL DE INTERVENCIO-  
NES EN EL MES

Raspado . . . . .	42
Entropión (procedimiento Marín Amat) . . . . .	8
Pterigium . . . . .	2
Extirpación de saco lagri- mal . . . . .	4
Extirpación de saco y fistu- la lagrimal. . . . .	1
Cantoplastia . . . . .	2
Dilatación del punto lagri- mal . . . . .	3
Chalación. . . . .	2
Cateterismos lagrimales . . . . .	26
Incisión de absceso parpe- bral . . . . .	1
Inyección sub-conjuntival de cianuro . . . . .	9

Total de intervenciones. . . . . 100

En Vera a 31 de enero de 1933

El Oculista de la Junta Central  
Antitracomatosa,

Enrique Martín Enciso

## Profilaxis Pública

### DISPENSARIO ANTIVENÉREO DE ALMERIA

Servicios prestados durante el mes de enero

ENFERMOS ASISTIDOS	RECONOCIDOS	TRATADOS
Varones . . . .	39	32
Hembras . . . .	12	8
Niños . . . . .	—	—
<i>Total asistidos</i> . . . . .		40

*Reconocimientos practicados a meretrices* . . . . . 406

MEDICACIÓN EMPLEADA	NÚMERO DE AMPOLLAS
Neosalvarsan . . . . .	52
Bismuto Pons . . . . .	138
Benzoato de mercurio . . . . .	5
Vacunas . . . . .	2
Tripaflavina . . . . .	4
Acetylarsan . . . . .	10
Novaproteína . . . . .	5
<i>Total de inyecciones</i> . . . . .	216

Tratamientos tópicos locales (lavados uretrales, uretrovesicales, vaginales, cauterizaciones, instilaciones toques, etc.) . . . . . 87

*Total de servicios prestados* . . . . . 505

Almería 1 febrero 1933.

*El Médico Director,*  
DR. MARTÍNEZ LIMONES

V.º B.º  
*El Jefe Técnico,*  
DR. MALLOU

## INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE

Trabajos realizados durante el mes de enero

### LABORATORIOS:

Análisis de sangre . . . . .	57
Id. de orina . . . . .	8
Id. de líquido céfalo-raquídeo . . . . .	5
Id. de secreciones . . . . .	2
Id. de jugo gástrico . . . . .	1
Id. de esputos . . . . .	2
Id. de heces fecales . . . . .	1
Id. de tumores . . . . .	1
Preparación de autovacunas . . . . .	1
Tratamientos antirrábicos . . . . .	6

### SALIDAS:

A Nijar por infecto-contagiosa.

### SUMINISTROS:

De Vacuna antivariólica: a Lucainena, Alhabia, Alboloduy y Nijar; dosis . . . . .	360
De Vacuna antitífica: a Nijar dosis . . . . .	80

Almería 1 de febrero de 1933.

*El Director,*  
DR. MALLOU

## Inspección Provincial de Sanidad

### OFICINAS

Mes de enero.

Registro de entrada: Números 1 al 77; 77 comunicaciones.

Registro de salida: Números 1 al 93; 93 comunicaciones.

