

Director: Dr. GABRIEL TORO VILLA  
Rector de la Facultad de Medicina.

---

---

# BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Fundada en 1932 por los Dres. Elkin Rodríguez y Alfredo Correa Henao.

Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la  
Universidad de Antioquia.--Medellín

REGISTRADO PARA CURSO LIBRE DE PORTE EN EL SERVICIO  
POSTAL INTERIOR. LICENCIA NO. 183 DE 28 DE JUNIO DE 1935

## REDACTORES

DRES. EMILIO ROBLEDO, ALONSO RESTREPO, JUAN B. CALLEJAS.

Editado por los Laboratorios URIBE ANGEL

---

---

AÑO II No. 8.

MARZO de 1936. No. 20

---

---

### CORRESPONDENCIA Y CANJES:

Oficina de Boletín Clínico  
Edificio de la Escuela de Medicina  
Avenida Juan del Corral

Medellín - Antioquia  
República de Colombia.  
Apartado postal 205.

---

---

## CONTENIDO:

Homenaje al Profesor Alberto URIBE URIBE.

BYBLOS — Parches Biográficos. Dr. Alberto Uribe Uribe.

URIBE URIBE Alberto — La seroterapia en la difteria.

La Dirección Nacional de Higiene y la Alimentación Infantil.

GOMEZ ARANGO Alberto — Exposición médico legal en un juicio de nulidad de un testamento.

ORTIZ VELASQUEZ Julio.—Psicosis alucinatoria. Homicida.

Utilidad del control bacteriológico de la pasteurización de la leche.

Fichero Médico de BOLETIN CLINICO No 5.

TIRAJE 2500 EJEMPLARES



## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

La Doctora Dña. Jimena F. de la Vega nos ha hecho el obsequio de su obra titulada "LA HERENCIA FISIOPATOLOGICA EN LA ESPECIE HUMANA", publicada recientemente por la gran Casa Editora ESPASA-CALPE S. A. de Madrid.

La Doctora de la Vega es discípula del Profesor Marañón, y este distinguido investigador, honra de la Medicina Española moderna, no ha desdenado escribir el prólogo de la obrecilla.

En la publicación a que nos referimos se estudian cinco Temas en el orden siguiente:

Primer tema.—Estado actual de los estudios constitucionales.—Importancia de los análisis hereditarios para juzgar sobre constitución.

Segundo tema.—Aplicaciones de las leyes de Mendel a la Fisiopatología humana.—Herencia y problemas de desarrollo fisiopatológico.

Tema tercero.—Herencia dominante y recesiva en el hombre.

Cuarto tema.—Herencia ligada al sexo.

## ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.01 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



Quinto tema.—Mutaciones.—Su significación biológica y patológica.

De todos estos Temas los que más nos interesan son los que se relacionan con la aplicación de las leyes de Mendel a la fisiopatología humana. Ellos son de una importancia capital para el conocimiento de la manera como aparecen los caracteres hereditarios recesivos o latentes y, en general, para todo cuanto mira a ese complejo tan heterogéneo de los caracteres transmisibles.

Conocidos los estudios de Mendel acerca de la herencia, los que han quedado sintetizados en la doctrina llamada Mendelismo y en las leyes que hoy se consideran tan trascendentales como las de Newton sobre la gravitación universal, su aplicación a la Fisiología y a la Patología humanas son de una importancia suma y de actualidad grande.

La Doctora de la Vega expone con suma claridad y hace una síntesis breve de los conocimientos esenciales en estos asuntos.

La lectura de este libro despierta gran curiosidad en quien lo medita y estimula a la investigación sobre problemas hereditarios.

---

## CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de  $\frac{1}{2}$  gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

### INDICACIONES:

HEMOSTÁTICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILÁCTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla  
C o l o m b i a



## TEMAS SOBRE HIDATIDOSIS

Tal es el título de un opúsculo del Dr. Roberto L. Repetta, obsequiado a nuestra Biblioteca por el señor Bibliotecario de la Escuela de Buenos Aires.

El trabajo contiene estudios muy importantes sobre *Coleoperitoneo hidático*, *Quiste hidatídico del Corazón* y *Equimococosis pulmonar metastásica*. Se refiere a casos de la clínica del Prof. Castex de Buenos Aires.

Agradecemos debidamente los valiosos obsequios.

### Permanentes

Las ideas emitidas en BOLETIN CLINICO, órgano de difusión científica nacional y extranjera, pertenecen a sus autores. Su publicación no implica que los Redactores las acepten o las aprueben.

Los artículos se publican en el orden cronológico de su recibo.

## FERROL

### Poderoso antianémico

El Ferrol es una solución neutra que contiene 5% de hierro absolutamente asimilable, tolerado aun por los organismos más delicados.

Cada cucharadita contiene 25 centigramos de hierro puro.

No produce estreñimiento, ni tiene efecto alguno irritante sobre las paredes del estómago.

Con Ferrol se puede activar el tratamiento ferruginoso sin miedo a trastornos digestivos y en pocos días se pueden obtener efectos sorprendentes.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



# FICHERO MEDICO DE "BOLETIN CLINICO"

## NUMERO 5

### TRATAMIENTO MODERNO DE LA FIEBRE PUERPERAL

Gracias a los adelantos de la asepsia debidos a los descubrimientos pastorianos, la infección puerperal ha venido disminuyendo de una manera muy apreciable en los últimos años. El ideal a que debe aspirarse es a verla desaparecer o, a lo menos, a verla reducida al mínimo de frecuencia.

Mas ya que a pesar de todo se presentan casos de infección puerperal, veamos cuáles son los métodos más modernos y prácticos de combatirla.

Hasta hace unos veinte años los parteros y ginecólogos eran partidarios de la intervención manual a ultranza. Enferma que a los cinco días o más del parto tenía ligero calofrío, malestar y fiebre, y cuando estos síntomas no podían atribuirse a una inflamación de las mamas, era irrevocablemente sometida a la intervención, que consistía por lo regular en un lavado antiséptico de la vagina y luego, con sonda intra-uterina se iba a la matriz, y cuando se sospechaba la retención de coágulos o de restos placentarios, se terminaba con un raspado digital o con cucharilla. Estas operaciones se repetían con frecuencia y cuando se practicaban con rigurosa asepsia y se atendía a las indicaciones, muy a menudo eran benéficas.

Mas como se cayó en la cuenta de que los fracasos eran también frecuentes y que se había abusado de aquella práctica, hubo una reacción que se fue al otro extremo. Alglave, por ejemplo, sostuvo enfáticamente que dicho procedimiento era siempre más dañino que útil. Couvelaire rechaza toda maniobra intra-uterina, excepto cuando al explorar la vagina se advierte que hay un fragmento placentario accesible directamente al dedo que explora. Ambos prefieren la histerectomía en casos de infección.

Como se ve, son dos extremos, cada uno de los cuales tiene graves inconvenientes. IN MEDIO VIRTUS. En efecto, el secreto del éxito está en estudiar los casos con especial cuidado y optar por el procedimiento más adecuado.

Nos parecen tan juiciosos los conceptos de H. Hartmann a este respecto, que creemos lo más oportuno transcribirlos aquí, traduciéndolos de su GYNECOLOGIE OPERATOIRE.

Aun hallando cierto que hace veinte años se exageraban las indicaciones del raspado, en caso de una hemorragia, cuando no existen signos de infección particularmente graves, como se ignora si hay o no retención



intra-uterina, creemos que es juicioso explorar con prudencia la cavidad uterina y si no está vacía, desembarazarla de los tejidos mortificados, llenos de microbios, cuya presencia nos parece tan dañina como la de los cuerpos extraños sépticos en las heridas de guerra. Es evidente, sin embargo, que rechazamos el raspado tal como se practicó en cierta época y que nos limitamos a la evacuación del contenido uterino, hecha muy suavemente. Operando de esa manera jamás hemos observado agravación de la infección acerca de la cual se ha metido tanto ruido. De vez en cuando hay, en la tarde del día de la operación, una fiebre ligera, pero ordinariamente desaparece en los días siguientes.

Cuando persisten los accidentes a pesar de la evacuación completa del útero y cuando la causa de la fiebre no reside en una complicación extrauterina tal como anexitis, flemón del ligamento ancho etc., se puede esperar algunos días, limitándose al tratamiento médico (aceite alcanforado, inyecciones subcutáneas de suero fisiológico, gota a gota rectal de suero glucosado).

Las vacunas y los sueros, a despecho de los resultados generalmente desconsoladores que se han obtenido, tienen sus defensores. El apósito uterino, o sea los filtrados de cultivos empleados localmente según el método de Besredka, ha sido preconizado por Levy-Solal.

## **PALEHOL**

### **Tónico-Reconstituyente**

Preparado a base de Fosfato de Hierro, Creosota de Haya y los compuestos iodados y fosfatados que integran el Aceite de Hígado de Bacalao. El Palehol es un tónico nutritivo de sabor agradable y de gran valor en los desórdenes respiratorios de carácter crónico.

Indicado en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, los resfriados y las afecciones catarrales de las vías respiratorias. Neurastenia, Debilidad General.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
**Medellín — Barranquilla**  
**Colombia**



La quimioterapia tiene sus partidarios. Souligoux aconsejaba las inyecciones intramusculares de cianuro de mercurio (un centímetro cada día, durante 7 días, de la solución siguiente: cianuro de mercurio 1 centigramo, estovaina 1 centigr., agua 100 grs.). Recientemente se ha apelado al novarsenobenzol, al sulfarsenol, al hexametileno tetramina (urotropina) y, en América, a las inyecciones intravenosas de mercurio-cromo.

En un tiempo estuvieron muy en boga las inyecciones de coloides tales como el colargol, electrargol, oro coloidal.

Se ha buscado estimular los medios de defensa por una medicación con proteínas no específicas tal como inyecciones intravenosas de peptona, intramusculares de leche.

Puesto que el estreptococo puerperal tiene una acción hemolítica, y causa una destrucción globular manifiesta, se han hecho transfusiones de sangre que parecen haber obrado no sólo sobre la anemia sino también sobre la infección. Para reforzar esta última acción, se ha tenido la idea de utilizar donadores vacunados previamente.

La formación de abscesos de fijación, aconsejada por Fochier, tiene numerosos partidarios aún. Nosotros agregamos que suele ser un método excelentísimo. Consiste en la inyección de dos centímetros cúbicos de esencia de trementina en el tejido celular. Algunas veces sube la tempe-

## SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

Digestiva, antibiliosa, efervescente. Obra como laxante y purgante, según las dosis.

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



ratura en los días que siguen a la inyección, después baja, lo que no sucede frecuentemente sino después de abierto el absceso.

Si a pesar de todo, el estado se agrava y apanece un tinte de ictericia o plomizo, pulso débil y rápido y no hay ningún otro órgano al cual imputar la infección, hay que plantear la cuestión de la histerectomía. Carecemos de reglas que nos permitan precisar sus indicaciones. Como bien lo dice J. L. Faure, ciertamente es preferible salvar una madre sacrificando su útero, a dejarla morir para conservárselo. Pero es el caso que numerosas enfermas infectadas gravemente, se curan sin histerectomía, y la mortalidad de esta operación es considerable. De ahí el que los ginecólogos se hayan dividido en intervencionistas y abstencionistas. Sin embargo, parece que en los últimos años haya aumentado el número de los partidarios de la histerectomía.

No terminaremos esta breve reseña sin recordar el procedimiento llamado de Burdeos, que suele dar excelentes resultados. Es el siguiente:

Cada vez que haya que tocar la matriz de una recién parida o en caso de fiebre, los parteros de Burdeos aplican diariamente inyecciones de pituitrina y cada dos días inyecciones intramusculares de sulfarsenol así. el primer día de doce centigramos; a los dos días, de dieciocho centigramos y por último, de veinticinco centigramos. Durante el tratamiento debe mantenerse la refrigeración por medio de sacos con hielo sobre el abdomen. Este método ha dado muy buen resultado en manos de nuestros parteros más expertos.

## TONIKOLA

### Kola granulada

En la Tonikola se encuentran todos los principios activos de la Nuez de Kola.

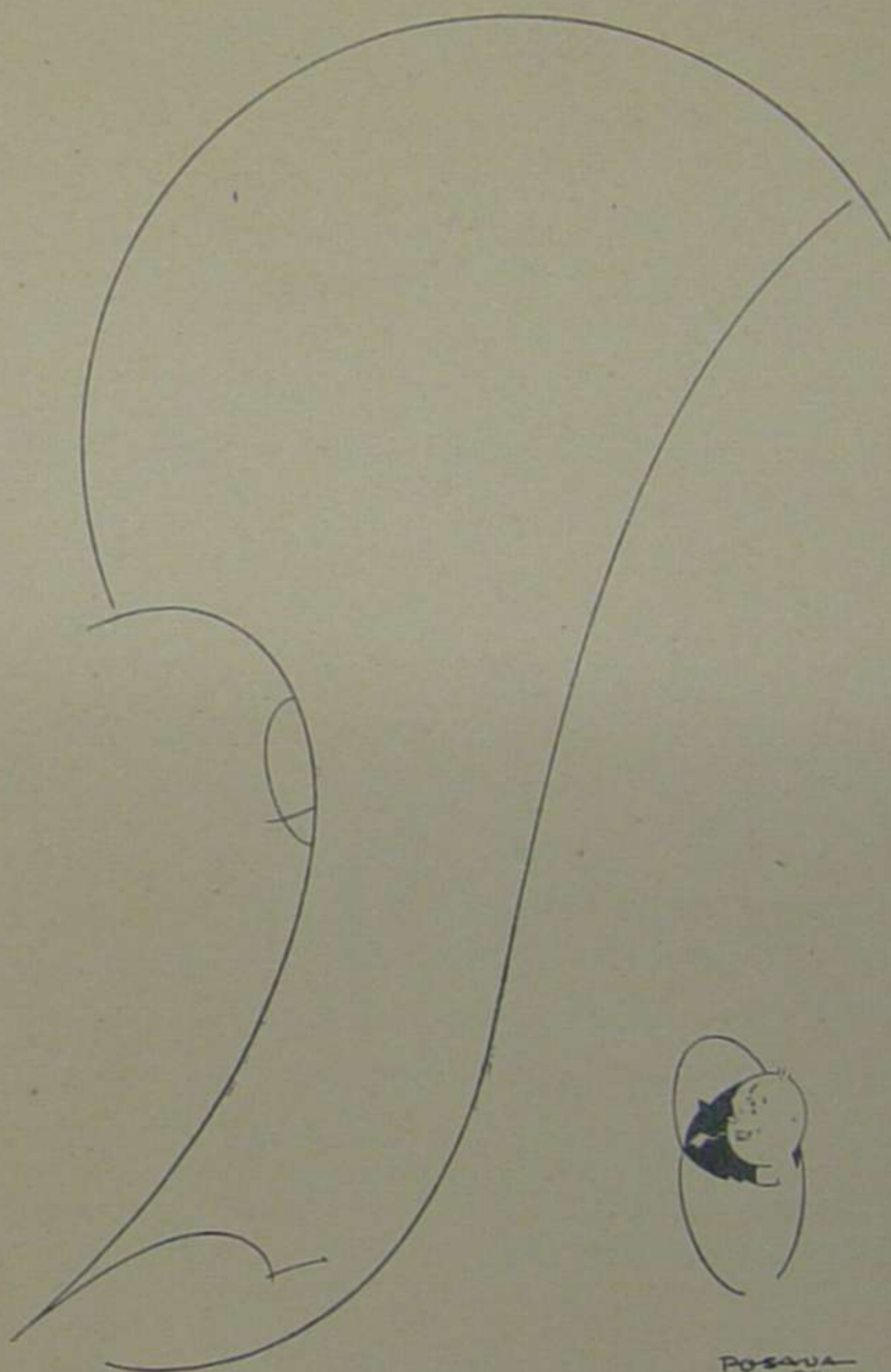
Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia





ROSAVA  
E. CHEV-

**DR. ALBERTO URIBE URIBE**

**Profesor de Patología Interna.**



# BOLETIN CLINICO

## — Parches Biográficos —

### Dr. Alberto Uribe Uribe

.....

.....Alberto y yo nos conocimos en París.

Acababa de instalarme en una confortable "garçonnière" de la Rue du Rocher entre el Parque Monceau donde Karit-Etlar, abrumado de talento y de miseria, dormía en los árboles que le inspiraron su canto a Ixus, el muérdago sagrado de los Druidas, el Boulevard de Courcelles donde moraba el Profesor Cunéo, grande amigo de Colombia, la Gare Saint Lazare plena de historia, y el Teatro de las Artes, en el Boulevard de Batignolles, donde los esposos Pitoeff daban unas maravillosas representaciones de Shakespeare.

En rincón tan sugerente de París hacía yo una vida cenobítica de estudio y de ensueño, de dolor físico y de ese dolor moral que es el recuerdo, exacerbado todo por la nostalgia del trópico.

Y una tarde Bernardo GIRALDO DUQUE abrió uno de aquellos inolvidables y optimistas paréntesis que solía abrir en la opacidad de mi retiro, mejorado esta vez con la presentación de Alberto.

Congeniamos desde el primer momento.

Los espíritus son potenciales eléctricos que se atraen o se repelen según fuere su signo distintivo: la simpatía resulta de cargas contrarias y la repulsión y el desagrado no son más que el choque de rechazo entre signos análogos.

Días después fui a corresponder la amena visita a la vivienda de Alberto en el Hotel Florida, Plaza Denfert-Rochereau, en



medio del Hospital de Asistencia Infantil y de dos Hospicios importantes, donde tuve el agrado previo de tropezar con el León de Belfort que inmortalizó Víctor Hugo borrando las huellas del cincel del escultor.

Serio, austero, irreprochable, Alberto acometía furiosamente los estudios de su especialidad, mirando con su bondad sempiterna y con su tolerancia de liberal genuino de Rionegro, las paradojas y las antítesis de la Urbe magna repleta de virtudes y de vicios, de bellezas y de adefesios.

Desde entonces hubo de ligarme a él una amistad que estimo considerablemente porque Alberto, taumaturgo de la comprensión y caballero de la bondad, estimula y mejora, suaviza y enaltece las almas que se ponen a su alcance.

En los copiosos y pródigos graneros de Nobécourt y de Marfan, de Comby, de Ombredanne y de Calot, surtió Alberto ricamente sus alforjas europeas, que las colombianas las llevara ya bien colmadas de los claustros de Santa Inés en Bogotá.

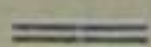
Y una mañana, creo que sin aviso en los periódicos, la placa nueva del pediatra exornaba la puerta de un acogedor apartamento en la Avenida Derecha de La Playa.

Me parece que la modestia cultivada del eminente especialista, hizo lenta y ardua su instalación en forma en el medio esquivo, tradicionalista y retrechero de mi ciudad natal, desconfiada siempre ante el recién llegado y generosa, también siempre, para quien la conquista con sus méritos.

Y la preparación de Alberto, a medida que fue siendo conocida de médicos y de familias de enfermitos, alcanzó que Medellín lo cuente ahora entre sus ciudadanos más preclaros y honorables y entre sus médicos más distinguidos y apreciados.

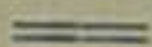
A él, Alberto, y a ese otro hidalgo que se llama Luis MARTINEZ, confió la Cruz Roja antioqueña su importante Centro de Protección de la Infancia, donde los ilustres paidólogos llevan cumplida una labor tan fantástica como ignorada por el bien del niño popular medellinense.

Que gracias a semejante Institución (mal secundada, como fué de rigor entre nosotros, por las entidades oficiales), al celo y al saber de Alberto URIBE y de Luis MARTINEZ y a esa otra tarea salvadora que en el silencio augusto de las grandes obras trascendentes, cumple Rafael MEJIA URIBE en la Clínica Noel, corresponde a Medellín la cifra más baja de mortalidad infantil en la República.

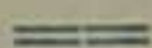




Bien hayan tan meritorios servidores que en lugar de solapas vistosas y tintineantes de abalorios, y de bombo periodístico, buscan su recompensa sólo en la luminosa soledad de sus conciencias feéricas de tesoros escondidos al gran público (que aplaude la oratoria vacua que nos agobia), y abiertos siempre, generosamente, al amigo y al desgraciado que los busca!...

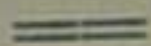


Y para que Alberto, hombre de ciudad, dilate al campo y alquitare al máximo su potencia de piedad comprensiva y dadivosa, le he dado a leer ahora el "Boken om San Michele" que escribiera nuestro colega Axel MUNTHE, el enorme descendiente de los Vikings, medio ciego y dinámico y caritativo como un San Pablo de la Profesión y de estos tiempos de egoísmo sindicalista por ausencia de individualidades generosas y accesibles para todos...

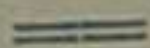


Que te aproveche!...

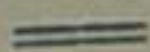
Y a ver si hacemos algo por tanto can misérrimo y amenazado de hidrofobia, y por tanta pobre bestia que tira carro, se alimenta mal, la abruma de carga y la fríen a latigazos!...



Medicus in aeternum!...



Oh! el horror de la responsabilidad y de los terribles secretos aplastantes!...



Oh! la desdicha de la suficiencia circundante, ignara y presuntuosa!...



Oh! Lenin, oh! Trotzky, oh! Carlos Marx!...

Oh! Torquemada, oh! Hitler, oh! Mussolini!...

Oh! Jesús, oh Francisco de Asís, oh! Papá Bolívar!...

.....

BYBLOS



# La seroterapia en la difteria

DR. ALBERTO URIBE URIBE

Prof. de Patología Interna.

Al tratar de esta enfermedad, tan temible para el público, sólo quiero hacer un breve resumen de las diferentes ideas que han predominado, en sucesivas épocas, acerca de su tratamiento.

Al descubrimiento de las propiedades antitóxicas del suero sucedió su empleo terapéutico pero a dosis tímidas y moderadas. A este período siguió el que todavía perdura y uno de cuyos más decididos defensores es en Francia el profesor Lereboullet, cuya célebre fórmula la resume así: rápido, fuerte y largo tiempo; es decir que el suero debe aplicarse lo más pronto posible, en grandes dosis y repetidas hasta la completa desaparición de las manifestaciones de la enfermedad. Lereboullet aconseja, por ejemplo, dosis de 80.000, 100.000 y más unidades antitóxicas en el tratamiento de las formas comunes de la angina diftérica, y en las formas malignas hasta 300.000 y 360.000 unidades que en la concentración habitual del Instituto Pasteur corresponden a 1.000 y 1.200 c. c. de suero, respectivamente.

A este método de seroterapia a grandes dosis no le encuentran sus defensores ninguna contraindicación, ni se debe tener en cuenta la edad, ya que la cantidad de suero debe ser igual para el niño y para el adulto y sólo debe variar de acuerdo con la gravedad del caso; y alguno de ellos, como Lereboullet, aconseja inyectar siempre una dosis mayor de la necesaria. La mayoría de los casos de muerte y las complicaciones tardías, como parálisis, se deben, según ellos, a dosis insuficientes de suero.

Por la gran autoridad científica de sus iniciadores este sistema de las grandes dosis de suero se generalizó rápidamente, y hoy se inyectan con la mayor confianza cantidades que hace algunos años hubieran despertado los más serios temores.

Trayendo el problema a nuestro medio yo creo que, salvo



muy contadas excepciones, esas altas dosis de suero no deben emplearse aquí. Tengo la impresión, que puede ser equivocada, pero que en todo caso es muy personal y basada en la sola observación clínica, que la difteria tiene entre nosotros una gravedad menos que en Europa. Aquí se observa generalmente la forma común, con sus pequeñas membranas blancas, una adenopatía discreta, fiebre moderada y un buen estado general que muchas veces permite al niño levantarse y entretenerse en sus juegos, pero es excepcional la forma maligna con grandes membranas grisosas o hemorrágicas, extensivas, con palidez e infiltración de la cara, cuello pro-consular, coriza purulenta, fiebre alta, gran albuminuria, postración y mal estado general, que es tan justamente temida por su gravedad y en la cual sí se justifica la seroterapia en grandes dosis.

También es notoria la rareza del crup, debido a esa escasa tendencia a la extensión que tiene en nuestro medio la angina diftérica y eso a pesar del muy frecuente retardo con que el médico es llamado a tratarlo y debido en parte a la falta de síntomas que alarmen a la familia.

En oposición a este sistema de las dosis altas de suero, pero repetidas, se vuelve hoy a preconizar la inyección única en el tratamiento de la difteria que desde 1919 aconsejaba Weill-Hallé. Según las experiencias de Debré, Ramón y J. Bernard, la cantidad máxima de antitoxina en la sangre se obtiene más rápidamente, para la misma dosis total, con una sola inyección que con inyecciones repetidas. Además, si se repiten las inyecciones de suero y en grandes dosis durante 3, 4 ó 5 días, el tenor de la sangre en antitoxina no aumenta después de las últimas inyecciones, como si una concentración muy elevada de la sangre en antitoxina impidiera su reabsorción.

La permanencia más o menos larga de la antitoxina en la sangre depende de las variaciones individuales y no es influenciada por la modalidad de las inyecciones.

Tales son los resultados experimentales en que esos y otros autores se basan para recomendar el tratamiento de la difteria con inyección única de suero y a dosis alta. Pero corresponden ellos a la realidad clínica? Tal es el interrogante que debe resolverse. En un artículo de Michelle Zagdoun-Valentin, publicado en el *Bulletin General de Therapeutique*, su autor elogia las excelencias de la inyección única en el tratamiento de las anginas comunes y le hace algunas reservas en los casos de anginas malignas.



Yo no he tenido todavía ocasión de ensayar este método que aparece fácil y económico, porque sistemáticamente he practicado inyecciones sucesivas hasta la desaparición de los síntomas de la enfermedad y sin que nunca se hayan presentado complicaciones tardías. Pero tratándose de un remedio tan caro como el suero antidiftérico y siempre que se trate, como aquí ocurre generalmente, de la forma común, no maligna, de la difteria, creo que bien merece ser ensayado.

*Alberto URIBE URIBE*



# La Dirección Nacional de Higiene y la Alimentación Infantil

La Cruz Roja de Medellín ha recibido de la Dirección Nacional de Higiene, de Bogotá, el cuadro-norma que insertamos a continuación, y que tendría de servir para los niños que se atienden en el Centro de Protección Infantil que nuestra Cruz Roja sostiene y costea admirablemente desde 1929. Estudiado el cuadro por el eminente especialista, y médico de la Institución, doctor Alberto Uribe Uribe, ha pasado a la Junta Directiva el importante informe que sigue, y que prueba una vez más lo distanciadas de la realidad colombiana (y provinciana además) que se mantienen las suntuosas entidades capitalinas (y centralistas por añadidura).

BYBLOS

## CUADRO DE LA DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE TETEROS PARA EMPLEAR EN LA GOTA DE LECHE Y EN LA SALA-CUNA

Para el primer mes. Se dan 5 teteros, uno (1) cada 4 horas.	N° 1—Leche . . . . . 70 grms. Agua . . . . . 70 „ Azúcar . . . . . 6 „
Para el segundo mes. Se dan 5 teteros, uno (1) cada 4 horas.	N° 2—Leche . . . . . 90 grms. Agua . . . . . 75 „ Azúcar . . . . . 8 „



Para el tercer mes. Se dan 5 teteros, uno (1) cada 4 horas.	Nº 3—Leche . . . . . 110 grms. Agua . . . . . 60 „ Azúcar . . . . . 12 „
Para el cuarto mes. Se dan 5 teteros, uno (1) cada 4 horas.	Nº 4—Leche . . . . . 120 grms. Agua . . . . . 60 „ Azúcar . . . . . 10 „ Maicena . . . . . 8 „
Para el quinto mes. Se dan los mismos teteros anteriores. Además, se principia a acostumbrar al niño a tomar sopas y verduras.	Nº 4—
Para el sexto y séptimo mes. Se dan cuatro (4) teteros. A las horas de almuerzo y comida se dan sopas y verduras.	Nº 5—Leche . . . . . 150 grms. Agua . . . . . 30 „ Azúcar . . . . . 10 „ Harinas . . . . . 8 „
Para el octavo y noveno mes, se dan cuatro teteros iguales a los anteriores. Se dan sopas en caldo de carne y se agrega un puré de papa a la hora de almuerzo y de comida.	Nº 5—
Para el décimo, undécimo y duodécimo mes. Se dan dos (2) teteros a las 8 de la mañana y a las 4 de la tarde. Al almuerzo y a la comida se da sopa de carne, puré de cereales, verduras, mantequilla y frutas.	Nº 6—Leche . . . . . 200 grms. Agua . . . . . 40 „ Azúcar . . . . . 10 „ Harinas . . . . . 14 „

## INFORME DEL DR. ALBERTO URIBE URIBE SOBRE EL CUADRO ANTERIOR

Medellín, febrero 14/36.

Señor

Presidente del Comité Departamental de la Cruz Roja.

E. S. O.

He recibido una copia del cuadro que la Sección de Protec-



ción Infantil y Asistencia Pública del Departamento Nacional de Higiene envía a ese Comité para que sirva de norma en la alimentación de los niños menores de un año en las Gotas de Leche y las Salas-Cunas.

Por el estudio de los autores que tratan de esta cuestión y por la experiencia de una práctica diaria, me he formado sobre ella un criterio y de acuerdo con él tengo que hacerle varias objeciones al cuadro aludido.

Llama, en primer lugar, la atención el hecho de señalar un tetero uniforme para todo el primer mes como si fuera igual el alimento que se debe dar a un niño de 10 días, por ejemplo, y a otro de 30 días. Marfan, como todos los especialistas, aconseja una cantidad de 50 gms. por tetero para el primer caso y de 75 gms. para el segundo.

En relación con el horario de las comidas considero un error fijar un intervalo de cuatro horas para todos los niños, aun desde los primeros días. Ese intervalo, que pocos niños pueden aguantar, es por lo menos inútil ya que es sabido, de acuerdo con todos los autores que han estudiado el problema de la alimentación del niño, que la digestión de un tetero de leche dura de dos horas a dos horas y cuarto, de modo que al cabo de ese tiempo el estómago queda vacío. Por eso los especialistas aconsejan de 7 a 8 teteros en los primeros meses y 6 teteros en los últimos meses del año, o sea intervalos de  $2\frac{1}{2}$  a 3 horas, es decir, algo muy diferente de los cinco teteros que indica el cuadro.

En relación con la cantidad del alimento aparece también una gran diferencia entre lo que aconsejan Marfan, Nobecourt, y el cuadro que comento. Para el niño de diez días, como ya lo dije, los autores indican 50 gramos, y para el de un mes 75 gramos, en tanto que el cuadro aconseja 140 gramos para los dos casos, cantidad exageradamente grande, como puede juzgarse por estas cifras que expresan en centímetros cúbicos el promedio de la capacidad del estómago según los datos de Beneke, Fleischmann, Frolowsky, d'Astros y Zucarelli:

Al nacimiento . . . . .	40	a	50 c. c.
A un mes . . . . .	60	a	70 c. c.
A tres meses . . . . .	100		c. c.
A cinco meses . . . . .	150	a	200 c. c.

Aun cuando la capacidad gástrica es menor en el vivo que en el cadáver, esos datos pueden servir como indicador aproximado para calcular la cantidad de alimento del niño.

En el segundo mes se comete el error de fijar una cantidad



muy grande, pues mientras los pediatras aconsejan 90 gms. para el mes y medio y 105 gms. para los dos meses, el cuadro señala una cantidad uniforme de 165 gramos.

En el tercer mes los autores citados antes, indican 110 gms. por tetero y el cuadro 170 gms., y en el cuarto mes 120 gms. los primeros y el cuadro 180 gms.

En el quinto mes el problema se complica y la diferencia se agranda pues mientras los pediatras siguen ordenando la leche como alimento exclusivo, en el cuadro ponen al niño a comer sopas y verduras. En general se considera que sólo del séptimo al octavo mes en adelante deben empezarse a dar papillas de leche preparadas con una pequeña cantidad de harina de cereales.

Al octavo mes, según el cuadro, el niño debe comer puré de papas, que la mayoría de los niños no toleran bien antes de los 15 meses.

Podría anotar más inconvenientes que a mi juicio tiene el cuadro, pero creo que por lo expuesto basta para concluir que no debe adoptarse en la Cruz Roja.

A esta conclusión he llegado de acuerdo con mi experiencia y con lo que me han enseñado los autores extranjeros que se dedican a estas materias. Ud. sabe que en medicina no hay nada absoluto y es posible que haya niños de otras razas, con una gran capacidad digestiva, que soporten sin perjuicio para su salud alimentos en tan grande cantidad y tan prematuros como los aconseja el cuadro, pero en la gran mayoría de los casos y en nuestro medio los considero muy peligrosos.

Tanto en la Cruz Roja como en la práctica civil yo he seguido siempre, con buen éxito, el sistema de los pediatras franceses, a cuya cabeza está, sin disputa, el profesor Marfan, fundador y primer profesor, en la Facultad de París, de la cátedra de Higiene y Clínica de la primera infancia, que no existe aún en nuestras facultades del país y de cuya falta, como se puede ver, estamos palpando los resultados.

En resumen, ese cuadro no es aceptable por las siguientes razones: 1<sup>o</sup> Señala intervalos muy grandes entre los teteros; 2<sup>o</sup> Para la cantidad de alimento no hace diferencia entre un niño de 10 días y otro de 30 días, ni entre uno de 40 días y otro de dos meses; 3<sup>o</sup> Aconseja cantidades demasiado grandes para los teteros; 4<sup>o</sup> Indica alimentos como sopas, verduras, puré de papas, de manera precoz, cuando la generalidad de los niños no pueden digerirlos.

Soy de Ud. muy atto. y S. S., *Alberto URIBE URIBE*



# Exposición médico legal

## en un juicio de nulidad de un testamento

DR. ALBERTO GOMEZ ARANGO

Señor Juez:

Por honrosa designación de Ud. me ha tocado actuar como perito en el juicio de nulidad del testamento otorgado por la señora S. de T., en el mes de junio de 1927, ante el Notario 1º del Circuito de Medellín.

La señora S. de T. nació en la vecina población de Aná, hoy Robledo, en el año de 1836, y fue bautizada por el rito católico el 28 de agosto del mismo año. Su muerte acaeció en la ciudad de Medellín, el 16 de julio de 1927, cerca de un mes después de otorgar el testamento en litigio, y cuando se aproximaba a la edad de noventa y un años.

Con este dato importantísimo es muy explicable que el actor, al formular la demanda de nulidad del testamento en cuestión, haya catalogado las perturbaciones mentales que dice acusaba la otorgante en los últimos años de su vida, en la entidad denominada demencia senil.

Se presenta, pues, a los peritos una cuestión de las más interesantes, delicadas y difíciles con que se puede tropezar en las prácticas médico-legales, puesto que se trata de llegar a un diagnóstico retrospectivo, con informaciones forzosamente incompletas y con pruebas a primera vista contradictorias. No quiere esto decir, sin embargo, que no sea posible reconstruir por datos aislados y recogidos por diversas fuentes, la historia de una enfermedad y llegar con ella a una conclusión científicamente exacta. Naturalmente que en estos casos es necesario suplir con un estudio detenido del expediente y un análisis minucioso de las pruebas deficientes el informativo, para llegar con un criterio imparcial y sereno a una conclusión que, lejos de dificultar, fa-



cilite el fallo definitivo del litigio. De lo contrario, el perito no cumpliría fielmente con las funciones que se le han encomendado.

Sería muy interesante, para la claridad y orden que deben resaltar en toda exposición médico-legal, reconstruir el pasado normal y patológico de la señora S. de T., pero pocos datos tenemos para esta tarea, por demás laboriosa.

De sus antecedentes patológicos hereditarios nada nos dice el expediente. Tampoco nos habla de la educación que recibiera en su juventud; pero hay motivo suficiente para pensar que debió haber adquirido alguna ilustración, puesto que el testigo C. L. afirma que por algún tiempo tuvo una escuela en esta ciudad, y es claro que para regentarla y más tratándose de un centro cultural importante, necesitaba de algunos conocimientos.

No sabemos en que fecha contrajera matrimonio la señora S. de T. con el señor Z., pero es lo cierto que no hubo hijos de aquella unión, y por tal motivo, movida indudablemente por un instinto de maternidad muy natural, adoptó a su sobrina L. B., entónces pequeña, la llevó a vivir a su casa y le cobró tal cariño que, casada ésta el 13 de mayo de 1882, con el señor G. B., no permitió que se separara de su lado, y en su casa nacieron y se criaron los hijos de éstos, entre los cuales el llamado H. fue el preferido.

Muerto el señor Z, en octubre de 1911, ocurre un hecho de capital importancia seis meses más tarde. En abril de 1912, la señora S. de T., que contaba ya setenta y seis años, cambia de ideas religiosas; abjura del catolicismo en el cual había vivido e ingresa al protestantismo. No nos llamaría la atención este hecho si no se hubiera verificado precisamente a los seis meses de muerto su esposo, es decir, en el tiempo mismo de instrucción en su doctrina que acepta la Iglesia Presbiteriana, como lo certifica su ministro; y si esa transformación no hubiera tenido lugar en un medio esencialmente católico, en una mujer, a la edad de setenta y seis años, en que, con el estrechamiento casi inevitable del campo intelectual, debido a la adquisición más escasa y tardía de nuevas ideas por debilitamiento natural de los órganos de percepción, el individuo se aferra en todo campo a sus ideas anteriores y con prudente reserva y sutil desconfianza acepta nuevas orientaciones para su vida. ¿Obedecería la señora S. de T. a un impulso sugestivo; obraría con la claridad de juicio y la energía de voluntad de que da cuenta en su declaración el testigo A., o le faltaría el discernimiento suficiente para apreciar el paso



trascendental que daba, al aceptar las nuevas doctrinas? No hay un hecho que explique claramente esta determinación, y queda por consiguiente el campo abierto a las hipótesis. Pero considero que la conclusión a que lleguemos ha de dar alguna luz sobre esta importante cuestión.

Los peritos reconocedores que actuaron en los días 22, 23 y 24 de mayo de 1923, en el juicio de interdicción judicial que se siguió en esa época a la señora S. de T., pasaron por alto en su exposición el hecho que se acaba de discutir. Cumplieron con su deber exponiendo lo que vieron y oyeron, es decir aquello sobre lo que tenían una constancia personal; pero no ilustraron su relación como hubiera sido conveniente en un caso entonces dudoso, refiriendo algunos antecedentes importantes.

Con esta exposición, que merece un análisis detenido, se abre en la vida de la señora S. de T., la nueva etapa que pudiéramos llamar médico-legal, pues su conclusión, por lo demás científica, no es rotunda y hace vislumbrar que dicha señora traspasaba, lentamente es verdad, los vastos linderos de la razón. Sus palabras que transcribo al pie de la letra, no dejan duda alguna: "Aunque consideramos que la señora S. de T. se encuentra en la edad que los autores califican como muy propicias a las SUGESTIONES y a las CAPTACIONES, como ellos dicen, no encontramos fundamentos suficientes para declarar que se halla en verdadero estado de demencia senil".

Indudablemente no encontraron fundamento completo para una conclusión perfectamente definida, que probablemente hubiera servido de base para un fallo adverso a la señora S. de T., en un caso tan grave como el que se debatía en el expediente. Pero sí encontraron algunos datos que, si bien es cierto no les permitía un diagnóstico exacto, se oponían, en cambio, a que los peritos se declararan abiertamente en favor del buen estado mental de la señora S. de T. Veamos cuáles son:

1º—La edad inexacta que declara la citada señora, lo que explica: "porque en su tiempo no se usaba llevar apuntes como hoy se hace". Sin embargo, recordaba el año de su nacimiento.

2º—Cuando se le interroga sobre los bienes que posee y sobre el dinero que tiene o valores que lo representen, no contesta con propiedad sobre la cantidad que deba tener del producto de una propiedad que, dice ella, enajenó el Dr. B."

3º—Dan cuenta los peritos de una sordera muy avanzada que les obligaba a hablarle en voz alta y a muy corta distancia y agregan "lo que a veces nos dificultaba la interpretación que de-



be darse a sus respuestas por no poder saber de una manera exacta si algunas deficiencias que se notan en sus respuestas deben o nó atribuírse a esta afección orgánica”.

4°—En la segunda visita demuestra poca facilidad para hacer operaciones aun poco complicadas de todo lo relacionado con el cálculo, lo que hace concluir a los peritos al día siguiente, que la señora S. de T. se muestra muy deficiente en estos asuntos.

5°—También en el segundo reconocimiento ya habla la señora S. de T. de la “costumbre que tiene de encomendar a algunas personas de su confianza los cuidados administrativos que se relacionen con el manejo de su dinero y sus haberes; y discurre con entusiasmo sobre la libertad, que dice tener para disponer a su querer de sus bienes, que bien suyos son, y que por no tener herederos forzosos podrá dejárselos a los que ella quiera”.

Por lo demás su estado físico no revela como signo de decadencia sino una sordera muy acentuada y un marcado temblor de la mano que se trasluce en los caracteres de su firma.

Los puntos enumerados atrás, que fueron los que indudablemente detuvieron a los prudentes e ilustrados peritos para no declararse abiertamente en favor del buen estado mental de la señora S. de T., a pesar de que su psiquismo estaba dotado de buena memoria, razonamiento claro y preciso y afectividad normal, merecen especial atención de los que actuamos como peritos en el nuevo juicio, porque estando en posesión de algunos antecedentes tenemos el deber de analizarlos mejor.

La ignorancia de su edad, revela más que una pérdida de memoria, puesto que dio el año de su nacimiento, el olvido de una sencilla operación aritmética, como lo concluyeron los peritos.

Llama la atención el desconocimiento de sus bienes el primer día y una respuesta muy adecuada sobre la administración de ellos por una persona de su confianza que da el segundo día de examen. Y al mismo tiempo algo sugiere el entusiasmo con que discurre ese mismo día sobre la libertad que dice tener para disponer de ellos a su querer, cuando por parte de los peritos no se había hecho pregunta alguna en este último sentido.

Y aceptando, lo que es forzoso, dada la circunstancia de haber tenido una escuela, algunos conocimientos generales, no se puede pensar sino en cierto grado de decaimiento intelectual en la señora S. de T. cuando “se muestra muy deficiente para operaciones de cálculo aunque éstas no sean muy complicadas”. Hasta aquí se podría decir que en hipótesis científicas, razonables y



aceptables, a mi modo de ver, estoy fundamentando mi exposición. Pero de lo expuesto se desprende un hecho evidente y es la duda, muy explicable, como antes lo dije, de los peritos que actuaron en 1923, para definir su conclusión en uno u otro sentido. Por fortuna se encuentran en el informativo hechos sencillos y al alcance de cualquier observador, que son perfectamente positivos y por consiguiente deben tenerse en cuenta para fundamentar la conclusión a que inevitablemente tengo que llegar.

Pero antes de entrar en el análisis de estas pruebas haré una breve reseña de lo que es la senilidad; lo que significa y caracteriza la demencia senil; y las relaciones que estos dos estados, el primero natural y el segundo morboso, pueden tener.

Con el desgaste natural que el no interrumpido trabajo ocasiona en la máquina humana, los distintos aparatos y por consiguiente los órganos que la componen, sufren con el transcurso de los años un deterioro marcado que se traduce por defectos o mejor, deficiencias en su funcionamiento, las cuales no pasan a ser verdaderos signos patológicos, sino cuando las lesiones de atrofia y esclerosis, que son las más frecuentes en las edades avanzadas, se localizan de preferencia o atacan con mayor intensidad determinado órgano o aparato. Estos fenómenos, indudablemente regresivos, dan al hombre de edad avanzada un aspecto y fisonomía especiales que todos conocemos y que caracteriza la época de la ancianidad, vejez o senectud, nombres con que indistintamente se designa esta última etapa de la vida.

Así vemos al viejo con su piel seca y arrugada porque los tegumentos han perdido su elasticidad y las glándulas han agotado casi su secreción; sus músculos atrofiados; sus articulaciones semianquilosadas; su esqueleto osteo-poroso; sus ojos por el llamado arco senil; y su organismo en general invadido por este proceso agrófico y esclerosante.

Como consecuencia de estas lesiones orgánicas, en los aparatos de la vida vegetativa, el corazón se debilita; los pulmones pierden su elasticidad y cumplen su función de una manera deficiente; los riñones eliminan incompletamente; el estómago digiere mal los alimentos; y los intestinos se dilatan y evacúan, por consiguiente, de una manera deficiente.

Las arterias se endurecen fácilmente con el proceso inexorable; pero las funciones que más sufren en realidad son las de la vida de relación. Los órganos de la percepción, los sentidos, se hacen deficientes, y vemos así que el oído pierde su agudeza, la vista su nitidez y el gusto y el olfato su delicadeza. Las altera-



ciones sensoriales traen como consecuencia natural cierta lentitud y dificultad en la adquisición de nuevas ideas.

Las funciones genésicas están en la ancianidad casi abolidas. El sistema nervioso sufre también las fatales consecuencias de la ancianidad; y así vemos que la marcha se hace vacilante e irregular, disminuyen los reflejos y la sensibilidad, y aparecen el temblor de las manos y la agitación de la cabeza.

Pero en medio de este cuadro de devastación, aparece generalmente intacta la actividad psíquica y el viejo conserva su inteligencia, su instrucción y su juicio, siendo capaz de un trabajo intelectual en armonía con su estado físico.

Cuando este proceso regresivo se localiza de preferencia y ataca con mayor intensidad el cerebro, o cuando las arterias de este centro de las funciones intelectuales son invadidas por la esclerosis, aparecen en el viejo las perturbaciones mentales que caracterizan la demencia senil. Por eso Rogues de Fursac definía la demencia senil, diciendo que "es un estado particular de debilitamiento intelectual, asociado o nó a ideas delirantes, que resulta de las lesiones cerebrales determinadas por la senilidad".

Según que estas lesiones se presenten antes o después de las de los otros órganos y aparatos, la demencia será seguida o estará precedida por los fenómenos de decaimiento físico que caracterizan la senilidad.

Vemos así que siendo la edad el factor etiológico más importante, no compromete por sí sola la integridad cerebral y son necesarias las lesiones orgánicas que determina en centros psíquicos para que origine la demencia senil.

De una magnífica exposición hecha por los Dres. Miguel Jiménez López, Germán Abadía y Maximiliano Rueda, en un asunto semejante al que se ventila en este juicio, me permito extraer dos párrafos que resumen, con claridad y precisión dignas de aplauso, la sintomatología de la demencia senil:

"El principio de la afección es generalmente lento y se manifiesta únicamente con ligeros cambios de carácter y por amnesias a menudo pasajeras y que se refieren a hechos recientes. La amnesia es, por decirlo así, el síntoma dominante, y el que marca en muchos de los casos la marcha progresiva del debilitamiento intelectual, especialmente en aquellos en que se trata de una demencia simple, es decir, que no está acompañada de ideas delirantes. El funcionamiento normal de la memoria se descompone en tres operaciones: 1<sup>a</sup>) Fijación de una representación; 2<sup>a</sup>) Su conservación; 3<sup>a</sup>) Su reviviscencia. La fijación requiere como



condición esencial la claridad de la percepción, y no puede haber percepción clara y completa sin el correcto funcionamiento del entendimiento; luego la falta de fijación o sea la amnesia de fijación indica en quien la padece una alteración en el acto intelectual. La conservación es consecuencia de la fijación: un recuerdo se conservará por mayor tiempo y más vivamente en la memoria, cuanto mayor haya sido su poder de fijación y viceversa. Por último, la reproducción requiere la conservación de las otras dos, puesto que no es posible revivir un recuerdo que no haya sido fijado y conservado.

La amnesia del demente senil en sus principios se caracteriza por referirse siempre a hechos recientes; el demente no puede recordar en la tarde lo que hizo en la mañana, olvida el nombre de una persona a quien acaba de conocer, etc., es decir, ha perdido su poder de fijación. Estas amnesias, al principio ligeras y a veces parciales, aumentan más o menos rápidamente, según sea o no rápida la marcha de la afección y van acompañadas en muchos casos de ideas delirantes. Una vez constituida la demencia, se caracteriza por debilidad de la atención y retardo en la asociación de las ideas; percepción inexacta e incompleta del mundo exterior; de aquí, desorientación en el espacio; amnesia de fijación y de conservación; por la primera, desorientación en el tiempo; por la segunda, pérdida gradual e inversa de los recuerdos, disminución del caudal de ideas puesto que las adquiridas se pierden y no se adquieren nuevas; pérdida del juicio y del raciocinio y, por ello inconsciencia de su estado; disminución de la afectividad; pérdida de la voluntad, la que se acompaña paradójicamente de testarudez por la incapacidad del enfermo para modificar sus ideas y adquirir nuevas. Todos estos signos mentales, se acompañan, como es natural, de síntomas fijos propios de la senilidad".

Con estas bases vamos a estudiar sobre hechos positivos y concretos el estado mental de la señora S. de T., en los últimos años de su vida, desde la intervención de los peritos en 1923 hasta su muerte.

En el mes de junio de 1924 dos testigos, R. T. y C. D., encuentran a la señora S. de T. buscando su casa en una dirección opuesta a aquella en que estaba situada, lo que revela una desorientación en el espacio por percepción inexacta e incompleta del mundo exterior, seguramente por una amnesia de conservación y por consiguiente de reviviscencia.

En noviembre del mismo año, refiere el testigo R. T., la ci-



tada señora no concurre, por imposición de su sobrina, a la llamada de su hermano moribundo que quería verla por última vez, lo que demuestra una pérdida de la voluntad o de la afectividad, o la disminución o debilitamiento de estas dos facultades del espíritu.

Se encuentran en el expediente otras varias declaraciones que van completando el cuadro sintomático en los últimos años de su vida.

F. T., afirma que a él dejó de conocerlo algunas veces, lo que da idea de que se operaban cambios en su psiquismo, idea que se confirma con la declaración de D., que dice: "Es verdad que por razón de sus años tenía sus extravíos, pero tenía ideas, en cambio, de plena lucidez".

R. T. da cuenta de cambios de carácter en la señora S. de T., síntoma bastante frecuente en los principios de la demencia senil, como antes lo vimos.

Sería largo enumerar y citar los distintos testimonios que aparecen en el juicio que se estudia; pero varios declarantes, sin que precisen fechas, dan cuenta de varios hechos importantes y de fácil observación, como desconocimiento de personas, olvido de acontecimientos, desorientación al recorrer trayectos pequeños, etc., que revelan perturbaciones marcadas en la memoria y pueden referirse a las distintas clases de amnesia que estudiamos atrás.

Sólo un testigo, L., da cuenta de un fenómeno delirante cuando declara que la señora S. de T. "deambulaba buscando ochenta centavos regalados para comprar una fórmula pretextando que no tenía para su importe y que no le daban las personas con quienes vivía". Y en cuanto a su estado físico unos hablan en general de su decrepitud avanzada y otros son más explícitos y dan cuenta de su sordera acentuada y de lo impedida que estaba para caminar.

Finalmente el Dr. M. V., quien vio a la señora S. de T. algunos días antes de su muerte, para un traumatismo que sufriera en días anteriores, observó un endurecimiento del oído bastante marcado y manifestó que los demás órganos estaban en armonía con su edad, lo que nos demuestra que la senilidad, poco acentuada en 1923, era ya bastante completa.

No hizo un examen desde el punto de vista de sus facultades intelectuales, pero sí pudo apreciar en su segunda visita, a los ocho días, que la enferma estaba *embotada*, lo que bien pudo ser debido, dice él, a la afección que le estaba tratando. Para los



peritos que actuamos al presente y que conocemos con anterioridad a este traumatismo hechos que revelan claramente en la señora S. de T. acentuadas perturbaciones mentales es más racional, (y a él lo refiero yo) referir este estado de *embolate*, a una afección mental que, con anterioridad venía evolucionando y que a la luz de la ciencia no podía ser otra que la demencia senil.

Pero no es esto lo único y al explicar el Dr. M. V. las salidas nocturnas de la enferma de que le dan cuenta los allegados de ésta diciendo que la señora estaba *embolatada*, ocurre el hecho muy significativo del cambio de médico. Hay que tener en cuenta que el Dr. M. V. empleó para designar el estado de la señora el término más suave y familiar que se acostumbra entre nosotros.

No me detengo en el estudio de las carteras que acompañan el cuaderno segundo del expediente. En ellas sólo se aprecia la firma temblorosa de la señora S. de T. y cierto descuido al no complementar con la cifra del año, la fecha de sus recibos; y no revelan claramente su intervención directa en sus negocios, puesto que esas firmas, dados los antecedentes que conocemos, bien podían ser el efecto de automatismo tan frecuente en la demencia senil.

Por lo que toca al testamento, su redacción y el conocimiento bastante completo de los bienes que en él se distribuyen, no están de acuerdo con las capacidades mentales de la señora S. de T. en los últimos años de su vida.

No es de extrañarse que la otorgante, aun en su completa lucidez, hubiera nombrado heredera universal a su sobrina, la señora M. L. de S., a quien consideraba como hija, ni que hubiera hecho concesiones especiales al hijo de ésta, el señor H., a quien había confiado la administración de sus bienes. Pero no es de aceptarse tampoco que el no haber dispuesto su testamento en esta forma hubiera revelado una perturbación mental.

Poco a poco, con interpretaciones perfectamente científicas, partiendo del principio de que todos los testigos dijeron verdad, y basado en datos positivos sencillos y de fácil observación, he llegado a la conclusión de que en la señora S. de T. evolucionaba lentamente desde años atrás de su muerte una demencia senil; y, por consiguiente, que bajo la influencia de esta enfermedad otorgó el testamento en litigio, cuya justicia no me toca calificar.

Si es así, cómo explicar numerosas declaraciones favorables al estado mental de la citada señora que obran en el juicio?



En un principio el demente senil tiene momentos de lucidez que alternan con las perturbaciones mentales que caracterizan la enfermedad. Después ejecuta actos en apariencia normales que podrían tomarse como consecuencia de un psiquismo normal, pero que son en realidad efecto del automatismo. Y por último la razón no se extingue de una manera completa sino en el último período evolutivo de la enfermedad al cual no tuvo tiempo de llegar la señora S. de T., arrebatada como fue a la vida por una enfermedad intercurrente antes de que la lenta evolución de su demencia alcanzara al gatismo.

En todo caso caracterizan la demencia senil el debilitamiento progresivo e irremediable de las facultades psíquicas, y aunque no suprima de manera completa la razón, hace de sus víctimas un terreno propicio para toda clase de captaciones y sugerencias. Creo haber contestado en el curso de esta larga exposición el nutrido cuestionario del actor. Y para terminar, con mucho gusto contestaré también las inteligentes y peligrosas preguntas que a los peritos hace la parte demandada.

1º) No conocí y nunca traté como médico a la señora S. de T.

2º) En lo que acabo de exponer hay hipótesis científicas sobre las cuales llamé la atención; pero hay hechos evidentes que no dejan duda ante la ciencia médica, sobre los cuales basé mi conclusión.

3º) Es verdad que tratándose del delicado y difícil problema de las afecciones mentales, es mejor llegar a conclusiones rotundas cuando se ha tenido en observación directa el caso y se ha sometido al control de la propia experimentación. Pero esto no quiere decir que cuando se tiene una historia completa de la enfermedad, no se pueda llegar a las mismas conclusiones, y esta práctica está sobradamente autorizada por los tratadistas de Medicina Legal, y para ella da campo amplia nuestra legislación.

4º) Aun en los enfermos mentales que se tienen bajo la observación directa y personal, no sólo se puede, sino que se deben tener en cuenta los datos suministrados por las personas que los han conocido y tratado, tengan la ilustración que tuvieren; aceptando naturalmente el psiquiatra, aquellos hechos positivos y de fácil observación para aquellos que los suministran. Dadas las perturbaciones mentales que presenta el enfermo, el interrogatorio de los que le rodean hace parte del examen psiquiátrico.

5º) Es peligroso y aventurado llegar a conclusiones afirmativas o negativas sobre la capacidad mental de una persona determinada fundándose en testimonios de referencia. Pero yo ba-



sé mi conclusión en hechos observados directamente por los testigos.

6º) Queda contestada esta pregunta en la tercera respuesta.

7º) En la última parte de la exposición he contestado esta pregunta al disertar sobre la evolución de la razón en los dementes-seniles y al hablar de las captaciones y sugerencias de que son susceptibles. La demencia afecta desde sus principios de una manera profunda la mentalidad del individuo que la padece, y por consiguiente los actos que se ejecutan bajo su influencia, aun en los momentos de aparente lucidez, no pueden tener el valor moral y legal de los que ejecuta un individuo en pleno uso de sus facultades mentales.

*Alberto GOMEZ ARANGO*



# Psicosis alucinatoria. Homicida.

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

Medellín, enero 20 de 1936.

Señor Juez 1° Superior.

## I

Francisco A. Montoya Montoya ha sido enviado por V. S. a los médicos legistas, a petición de los señores miembros del segundo Jurado que el 8 de noviembre de 1935 debían emitir concepto sobre su responsabilidad, para que previo examen clínico y psiquiátrico del acusado manifiesten: "qué clase de psicosis sufre o ha sufrido, si hay en él secuelas o estigmas mediante los cuales pueda concluirse que es o ha sido epiléptico. El concepto médico legal sobre responsabilidad en abstracto de quienes sufren tal enfermedad, y si con vista de las constancias procesales y con referencia al hecho imputable a Montoya, puede afirmarse una manifestación de equivalencia epiléptica en los momentos de consumación del delito".

En cumplimiento de lo solicitado, estudiámos el expediente, y examinamos al acusado en los días 28 de noviembre, 3, 13, 17, 18 de diciembre del año próximo pasado, y el resultado de nuestros exámenes vengo a exponerlo en la forma siguiente:

A Francisco A. Montoya Montoya, se le sindicca de homicidio en la persona del menor Pablo Emilio Acevedo.

En la audiencia verificada el 1° de mayo de 1930 se les planteó a los señores miembros del Jurado la cuestión siguiente:

"El acusado Francisco A. Montoya M. es responsable de haber herido voluntariamente con proyectil de revólver a Pablo Emilio Acevedo, a consecuencia de lo cual murió éste; hechos ocurridos así: el de la herida, en el paraje o barrio denominado "La Azulita", jurisdicción del municipio de Copacabana el día 18 de junio de 1929, y el de la muerte, en esta ciudad de Medellín, el 20 de los mismos mes y año?"



La respuesta fue nó, por mayoría.

Con fecha 15 de noviembre de 1931, el Tribunal Superior declaró notoriamente injusto el veredicto del jurado en virtud del cual se absolvió a Francisco A. Montoya Montoya del cargo de homicidio en la persona del menor Pablo Emilio Acevedo; en consecuencia, revocó la sentencia del Sr. Juez 1° Superior, que se apoyaba en dicho veredicto y ordenó que se convocara un nuevo jurado de calificación para que se le formulara la misma cuestión que le fue sometida al primero.

El Magistrado Dr. Campo Elías Aguirre, salvó su voto en una brillante exposición jurídica y psiquiátrica.

El defensor, Dr. Pedro Pablo Betancourt, en una científica exposición sostuvo la irresponsabilidad del acusado. Su tesis no prevaleció y la mayoría del Honorable Tribunal optó por la responsabilidad.

Nueva celebración del juicio tuvo lugar el 8 de noviembre de 1935 y "como el Sr. Fiscal en el curso de su exposición echaba de menos la exposición de los médicos legistas en relación con el dictamen sobre el concepto de epilepsia y responsabilidad de Montoya, por razón de aquella posible enfermedad, los señores miembros del jurado manifiestan su deseo de obtener tal concepto, motivo por el cual se suspendió la audiencia, para continuarla una vez en posesión de tal exposición".

El hecho de Francisco A. Montoya matando al niño Pablo E. Acevedo, con el cual no tenía resentimiento ni odio alguno, es inexplicable, algo que no puede comprenderse con las nociones usuales a las perogrulladas. Repasando las páginas del expediente tropezamos con contradicciones de grueso calibre. Hay momentos en que le parece al lector estar leyendo la obra de Pirandello: "Así es si así os parece".

Algo parecido pasa con el expediente que estudiamos. Las opiniones encontradas se suceden sin descanso en las diversas páginas que lo forman. Para algunos, Montoya estaba loco cuando disparó; para otros, estaba cuerdo.

El Dr. Jesús Vieira I. dice que Montoya fue epiléptico en su juventud; que siendo el lugar de habitación de éste eminentemente palúdico es de creer que dicho señor sufre una afección que puede trastornarle el juicio en el momento de los accesos.

Para el acusador público Dr. Pedro J. Berrío, los pésimos antecedentes de Montoya, su carácter exaltado y su temperamento rudo y cobarde le estaban preparando el camino del premeditado asesinato. Los declarantes del sumario traídos por el señor apodera-



do, afirman, la mayor parte de ellos, que Montoya ha sido magnífico ciudadano, pero indudablemente, estos declarantes o son de mala fe, o desconocen de manera absoluta la vida de aquél. Se ha querido probar que Montoya obró como un inconsciente en el momento del homicidio. Y cosa curiosa, el que más ahincadamente sostiene es el reo. Inconsciente para delinquir y astuto para defenderse! No admite el señor acusador la epilepsia ni el delirio en el acusado.

Para el señor Juez 1º Superior Dr. Jesús M. Rojas, lo afirmado por Montoya es un recurso de mala ley, es una solemne mentira empleada por él para atenuar su infame proceder. En el subterráneo no se encontraba la víctima y por el hueco indicado por Montoya no podía hacerse el disparo.

En concepto de la mayoría de los miembros del jurado, Montoya es irresponsable del hecho que se le imputa.

Y por último, para el señor Magistrado Dr. Campo Elías Aguirre, y para el señor defensor, esa cumbre de la criminalología que se llamó Pedro Pablo Betancourt, el acusado es un enfermo irresponsable.

Y no obstante lo anterior, la mayoría del H. Tribunal después de un concienzudo estudio, llegó a la conclusión de que el veredicto era injusto.

Vale la pena pues que intentemos si es posible poner en claro este curioso caso.

## LOS HECHOS

El diez y ocho de noviembre de 1929, como a las diez de la mañana, los niños Pablo Emilio Acevedo de 13 años de edad, Moisés Meneses y Octavio Osorno, salieron de la Escuela Urbana del Municipio de Copacabana y se dirigieron a sus casas situadas en el paraje de "La Azulita", en la carretera que conduce a Medellín; iban jugando y al frente de la entrada al citado paraje, donde está también la casa de Francisco Montoya, Acevedo le dio muy duro a una bolita de caucho con que jugaban y fue a dar a una manga del citado Montoya y entonces un hijo de éste de nombre Alberto, le avisó que un muchacho se había entrado a la manga. En el momento en que Acevedo entraba a sacar la bola, Montoya salió al corredor de adelante de su casa y dijo: "aguardate allí vergajo", y penetró de nuevo a su casa y por el interior de ésta, por una ventanita que da a la citada manga, le hizo dos disparos a Acevedo, con un revólver (folios 13).

Cuando le hizo el primer disparo, Acevedo corrió y cuando



llegaba éste a la puerta de la manga por donde había entrado, Montoya le disparó de nuevo habiéndole acertado el balazo en el vientre. A pesar de la herida, Acevedo siguió corriendo, sin duda impulsado por el miedo que tenía y en la mitad de la carretera cayó; de allí lo llevaron a la casa de la señora Inés Córdoba (folios 103).

Dicen Carlina Mejía a folio 35, María Alvarez a f. 38, Teresa Hernández a f. 36, Inés Córdoba a F. 22, que cuando llevaron herido al niño Acevedo a la casa de ésta última y en medio de la consternación general y a presencia de la víctima inmolada, preguntaban quién había sido el heridor, se acercó Francisco Montoya y vuelto una fiera contestó: *Si quieren saber quién fue el que hirió a ese ratero, sepan que fui yo, y ojalá lo hubiera matado del todo para que no me roben más, y al que no le haya gustado, que salga a la calle que todavía puedo matar dos o tres.*

Con esta corta relación de los hechos, lo primero que viene a la mente es, si no se tratará de un individuo afectado de mal comicial, pues según nos enseña Legrand de Saulle, en su Estudio médico-legal sobre los epilépticos: "Cuando un crimen del todo inexplicable está en completo desacuerdo con los antecedentes del sindicado que no es reputado ni epiléptico, ni alienado, acaba de ser cometido con una instantaneidad insólita, hay lugar de preguntarse y de buscar si no existen en él accesos nocturnos desconocidos de epilepsia".

A este punto he orientado mis investigaciones y el resultado de mis estudios se verá más adelante.

## II

### COMPILACION DE DATOS

El Sr. Alcalde de Copacabana, a fs. 2 dice: El 18 de noviembre de 1929 me trasladé al lugar del hecho que se investiga con el fin de examinar los rastros o huellas que hubiera dejado el delito. La casa del sindicado está situada a la orilla derecha de la carretera que gira de esta población a la ciudad de Medellín, a medio kilómetro de distancia. Interrogué al sindicado sobre la circunstancia del hecho, es decir, que como había ocurrido ese asunto, y contestó que había mucho ratero y que él mantenía su revólver para hacer respetar la casa, que había disparado por un hueco que hay en el tablado o piso de una de las piezas de la casa, porque el muchacho dizque se hallaba en el subterráneo. Se examinó el hueco en mención y se vio que sólo mide tres centí-



metros de circunferencia y se vio con claridad que por allí había sido imposible introducir el cañón de un revólver de la clase del disparado. Después de un poco de vacilación y por amonestaciones del Alcalde, Montoya entregó el revólver, que examinado resultó ser un Lechuza calibre 38 y tenía dos cocas o cápsulas disparadas; estaba todavía *caluroso* y oloroso a pólvora, es decir, estaba recién disparado porque la diligencia se practicó momentos después de ocurrido el hecho”.

Al preguntarle el agente de policía Rafael Hincapié a Montoya pocos momentos después de los acontecimientos qué era lo que había ocurrido, le contestó: “un vergajito que estaba en el subterráneo de donde me han robado muchas gallinas, y le disparé creyendo que era un ladrón”, y agregó que lo había herido. Esto me lo dijo sin pesar alguno, y por el contrario como satisfecho de su proceder. Le dije entonces que nos teníamos que venir para acá, y me dijo que estaba muy bien, que se iba a vestir para que nos viniéramos. Le pregunté a la señora de Montoya por el revólver, y me dijo que no sabía qué lo había hecho su esposo, hizo pues como que lo buscaba y nada más y dijo que su citado esposo lo había escondido. A poco salió Montoya con el revólver y se lo echó al bolsillo y con el Sr. Alcalde se vino para esta población. Montoya estaba muy asustado, se le veía, pero como antes dije, estaba satisfecho de su proceder y no manifestó pesar alguno por el acontecimiento”.

En su indagatoria del 18 de noviembre, folios 6 y v., dijo que había disparado sobre el niño, porque estaban acostumbrados a robarle los de “La Azulita” y que había creído que era un ratero, reconoce como de su propiedad el revólver que el señor Alcalde le pone de presente, pero no se explica por qué está en poder de la Alcaldía.

Al agente de policía Everardo Rada que llegó a la casa de Montoya pocos momentos después de haber éste herido a Acevedo le dijo, cuando le ordenó que siguiera con él para la Alcaldía, que no seguía porque él nada había hecho; cuando le preguntó por el muchacho que había herido, contestó que él no había hecho nada, que la gente gozaba con hablar. A poco le dijo Montoya que se retirara de su casa, que le dijera al Sr. Alcalde que después iría. Folio 7.

Al Sr. Alcalde, cuando lo conducían a la cárcel, le manifestó que no le entregaba el revólver puesto que era de su propiedad y lo tenía amparado; al fin accedió, agregando que había hecho dos disparos a un individuo, folios 9 v.



A folios 11 y 12. Refiere Benigno Zapata que cuando tuvo noticia de que Francisco Montoya había herido a un niño se fue con otras personas a curiosear el asunto; cuando llegaron al frente de la casa de Montoya, éste estaba en el corredor como muy asustado y acompañado de dos policías; se pusieron a fijarse en él y entonces en tono furioso les dijo que qué querían, que si era que estaba muy bonito, que qué le veían.

Refiere Manuel S. Gómez a folios 19 v.: Montoya poco después de los acontecimientos estaba paseándose en el corredor de su casa, como muy agitado y asustado; le preguntó a aquél que qué era lo que ocurría allí, y le contestó Montoya que era que había tenido qué dar bala a un ratero; que le estaba robando las gallinas y le había dado bala; que hiciera lo mismo Gómez, que diera bala para que le respetaran la propiedad, y decía que mataba a todo el que penetrara a su finca a robarle.

Verificado el acto delictuoso, Francisco A. Montoya se pasea por el corredor de su casa a la vista de todos, y les grita que ha dado de balazos a ese ratero. Allí lo encuentran los agentes de policía y el Alcalde, sin que ni remotamente hubiera pensado huir.

Por todo lo acabado de anotar, se ve que en Montoya se presentó poco después de los hechos, una confusión mental con delirios de interpretación, amnesia para algunos de los hechos y recuerdos vagos para otros. Al niño que se entró a su predio, lo toma por un ladrón que va a robarle las gallinas de su subterráneo; asegura haber hecho dos disparos de revólver hacia el subterráneo, y niega haber disparado hacia la manga en donde en verdad se hallaba el menor Acevedo; dice que allí no ha sucedido nada, que es que a la gente le gusta mucho hablar, y poco después habla de los dos disparos que hizo al ratero; y al señor Manuel Gómez le aconseja que haga él lo mismo para que le respeten su propiedad; entrega el revólver al señor Alcalde, sigue con él para la oficina, y luego, ya en la Alcaldía, reconoce como suyo el revólver pero no puede explicarse porqué se halla esta arma en poder de aquél; tiene momentos de verdadera furia y de autoacusación cuando dice a los que preguntan quién hirió al niño: quieren saber quién fue el que hirió a ese ratero? Sepan que fui yo y ojalá lo hubiera matado del todo para que no me roben más, y al que no le haya gustado, que salga a la calle que todavía puedo matar dos o tres. Todo esto da una idea bien clara de la perturbación mental de Montoya en el momento del hecho que se le imputa.

Mas luego viene la calma, y los recuerdos se hacen más pre-



cisos. De la violencia, de la furia explosiva, pasa a la bondad, a la conmiseración, a la ternura. Al médico que lo visita a las 14 de ese día en la cárcel, le dice cuando le informó de la gravedad del niño: doctor, haga la operación que yo pago todo, sálvelo de todas maneras, cueste lo que cueste. Ya tenemos pues al hombre fiero, convertido en un sér humanitario, pronto a hacer bien a sus semejantes, a reparar el daño causado.

### III

#### EL SINDICADO

Francisco Montoya ha sido de mala conducta, irascible y amigo de riñas y peleas. Así nos lo dan a entender varios de los declarantes. Luis M. Cañas y Manuel S. Gómez dicen a folios 9 y 19: hace 4 años más o menos que Francisco Montoya hirió a un tío suyo llamado Clodomiro, y a un niño menor de éste también lo hirió en la cabeza. Ha sido belicoso y pendenciero.

Según Pablo Córdoba, Francisco Montoya ha sido de mala conducta en cuanto al respeto por las demás personas; siempre ha abusado de los débiles; una vez cogió a un anciano llamado Constantino Cañas, de 60 años de edad, y lo ultrajó de obra; también hirió en otra ocasión a un tío suyo de nombre Clodomiro Montoya, le botó un dedo de un balazo, e hirió a un niño de éste llamado Fabio, folio 19.

Pedro Tobón, a folio 23 bis, dice que a Clodomiro Montoya le dio Francisco un hachazo en la cabeza y le botó un dedo de un balazo e hirió a su hijo Fabio.

Y no sólo a las personas adultas alcanza el rigor de las furias, pues a folios 24 nos dice el niño Heriberto Arango, de once años de edad, que: hace tres meses que Montoya le pegó a José de Jesús Quintero, un muchachito compañero suyo, porque estaba jugando con un carrito de manos en la carretera donde Montoya tiene su casa, y dizque le dañó una mesa o no sé qué, pero en todo caso le cogió de una mano, lo tumbó al suelo y le dio unas palmadas.

Y a folios 15 v. vemos que el niño Pablo Acevedo, víctima inocente de Montoya, sólo tenía 12 años y 10 meses cuando recibió el balazo fatal el jueves 18 de noviembre de 1929, a las diez y media.

#### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Por los datos que nos suministró el sindicato y por otros sacados del expediente sé que: son frecuentes los matrimonios



consanguíneos en su familia (folios 75, 77); Josefa, Ana, y Sacramento, hermanas de su abuelo Vicente Montoya fueron bobas (imbéciles) las dos primeras y loca la última; su padre Gaspar, de ochenta años de edad, es alcohólico; se embriaga frecuentemente hasta perder el conocimiento; su abuelo materno, Emeterio, alcohólico; sus tíos paternos Aureliano y Vicente, alcohólicos. Este último es como loco, tiene sus tiempos buenos y tiempos malos. Son frecuentes en él los deseos de hacerse matar por un automóvil, o de arrojarse a ahogar. Además sufre de ataques los cuales le dan con relativa frecuencia, "cuando menos se espera cae al suelo, se revuelca, mueve desesperadamente los miembros superiores e inferiores, hace sonar con fuerza los dientes, le sale saliva espumosa por la boca, se aporrea mucho y se muerde la lengua.

### ANTECEDENTES PERSONALES Y ESTADO ACTUAL

En sus antecedentes personales se encuentra: neumonía, fiebre tifoidea, paludismo y disentería.

Siendo muy joven se cayó de una bestia, y fue tan fuerte el traumatismo recibido que se le desprendió el cuero cabelludo comprendido entre los dos huesos parietales. Como consecuencia de este traumatismo, dice que sufre frecuentes dolores de cabeza.

Francisco Montoya Montoya, tiene unos cincuenta años de edad, casado con Ana Judith Gaviria, prima segunda suya; es católico y de profesión negociante. Su talla es alta y de robustez más que normal. No ha sido alcohólico inveterado, pero sí acostumbra embriagarse con alguna frecuencia; su bebida preferida ha sido la cerveza.

Sus reflejos son normales, pupilas redondas, visión normal con relación a la luz y a la acomodación.

El examen de la sangre y del líquido cefalo-raquídeo verificado por el Jefe del Laboratorio Departamental, Dr. Samuel Misas, dio el siguiente resultado:

#### Sangre:

Reacción de Wassermann (método de Kolmer)—negativo.

Reacción de Kahn — negativo.

#### Líquido cefalo-raquídeo:

Presión aumentada

Albúmina, 0,42 gramos por mil

Linfocitos, seis por milímetro cúbico

Globulinas (método de Pandy y de Weichbrodt)—presentes.

Reacción de Wassermann con 1,5 c. c.—negativa.



Reacción de Wassermann con 0,8 c. c.—negativa.

Reacción de Wassermann con 0,30 c. c.—negativa.

Reacción de Benjuí coloidal—negativa.

Existe pues en Montoya Montoya, una reacción meníngea clara, apreciable por la hipertensión del líquido, por el aumento de la albúmina, por la presencia de globulinas y por el aumento de los elementos figurados, aunque no parece de origen específico.

### EXAMEN PSIQUICO

Montoya Montoya tuvo seis años de escuela, fue turbulento y desaplicado. Su atención distributiva es mala; memoria mala; responde regularmente a las preguntas sobre funciones de Gobernantes y altos dignatarios del clero y a las preguntas engañosas; su orientación en el tiempo y en el espacio es normal; resuelve con alguna dificultad los pequeños problemas de aritmética que se le plantean. De las diez y seis preguntas que se le hicieron de la prueba de Ballard, respondió correctamente doce, tres regular y una mal.

Su memoria es mala; sufre frecuentes dolores de cabeza y sus facultades mentales son muy reducidas.

De joven, sufrió ataques que sus médicos los Dres. Jesús Vieira y Ramón Arango consideraron de naturaleza epiléptica.

Las declaraciones de Roberto Osorio, Lázaro Arango, Rosa Sosa y Anselmo Mesa dicen que Francisco A. Montoya M. sufrió de ataques cuando era joven, pero que no pueden precisar su naturaleza (folios 75 v., 76, 77).

El doctor Dionisio Arango Ferrer dice a folios 84:

A Francisco Montoya le he recetado varias veces para fiebres palúdicas y probablemente para una neumonía. El día de los hechos, examiné a Montoya y lo encontré con una fiebre de carácter gripal. No me consta que cuando le da fiebre a Montoya pierda el conocimiento y por este motivo sea irresponsable de los actos que ejecuta, pero sí me consta por el conocimiento personal que de Montoya tengo, que es un individuo de *temperamento nervioso impulsivo*, ignorante, y de muy reducidas capacidades mentales (el subrayado es mío). No sé que haya sufrido de ataques epilépticos.

A folios 82 dice el doctor Jesús Vieira: siendo muy joven Francisco Montoya, le dieron unos ataques, que el doctor Ramón Arango y yo calificamos de epilépticos.

Preguntado Montoya cómo le daban los ataques, responde: estaba bueno, así como me encuentro aquí conversando con uste-



des, y de pronto comenzaba a ver los objetos de un color morado, luego amarillo, caía y no volvía a saber de mí; eran muy frecuentes, como cada ocho días, y hace más de veinte años que no me dan, o al menos yo no me he dado cuenta de ello.

Dice que hace veinte años que es casado, y que como a los tres años de su matrimonio sus accesos epilépticos fueron más frecuentes, hasta dos por día, pero le duraron poco tiempo, apenas unos ocho días. A pesar de que sus accesos no han vuelto a presentarse en la forma acostumbrada hay veces que resulta aporreado en la cabeza, pies y manos porque se cae de la cama cuando está dormido, y en una de esas caídas se le fracturaron los cuatro incisivos superiores. En cuanto a la caída de los incisivos Montoya no es bien explícito, pues hay veces que dice que se los tumbó una bestia. De esto hace varios años.

En ese tiempo los abismos lo atraían, mas no sucede hoy lo mismo. No podía acercarse a un lugar elevado porque sentía deseo de arrojarse, pues según sus palabras "le parecía como muy bueno el viento". Le sucede con relativa frecuencia que cuando está caminando siente un frío como entre la piel y los músculos y un ligero temblor que le obliga a detener los pasos para guardar el equilibrio, pues según él si en ese momento siguiera caminando se iría al suelo. (Equivalente, vértigos). Dice que: "en estos últimos días al andar siento como una hormigueaderita, me sacudo todo el cuerpo, y quedo bueno; debido a esto, he cogido miedo hasta para bañarme solo y acercarme a donde hay un precipicio, porque si me acerco a él es seguro que me da el temblorcito y me caigo". (Equivalentes, alucinaciones de la sensibilidad).

A este respecto conviene recordar que estas alucinaciones llegan bruscamente, pero en algunos casos su evolución es un poco más lenta. Tal el caso citado por V. Magnan en su obra *Enfermedades Mentales*: un joven de 22 años, después de tres ataques en un solo día, tiene alucinaciones de la sensibilidad general; pretende sentirse atraído por una fuerza irresistible hacia arriba; un fluido, dice él, se escapa de mi cabeza y me empuja hacia la pared; otras veces la propulsión tenía lugar hacia los pies, después al rededor de las mandíbulas; al día siguiente un cuarto ataque tuvo lugar y a los desórdenes de la sensibilidad general se agregaron alucinaciones del oído, vista, olfato y gusto, ideas de persecución, miedos, agitación y violencias.

Agrega Montoya, que con frecuencia, de noche, sin darse cuenta se levanta de la cama, anda por varios lugares de su casa, y aun ha llegado a bañarse de noche sin tener conocimien-



to de tales actos, y que sólo sabe que los ejecuta porque en su casa se lo han contado. Hay pues en Francisco Montoya *estados segundos*, manifestados por actos de sonambulismo, que como es sabido, son verdaderos equivalentes epilépticos según Henri Verger.

Son también frecuentes en él los dolores de cabeza y las ausencias epilépticas pues vemos a folios 96 que el Sr. Modesto Gómez, institutor de los detenidos en la cárcel de esta ciudad nos dice: Francisco Montoya padece una afección cerebral por algunos hechos entre los cuales está el que siendo católico, algunas veces profiere expresiones contra la religión; y también que estando haciendo un problema de aritmética, se lleva las manos a la cabeza y no puede continuar haciendo lo que hacía; luego como al cuarto de hora dice que le dio un dolor tan fuerte de cabeza y que no se dio cuenta de lo que estaba haciendo. (Pequeño mal, ausencia). Además Montoya es hombre de muy mala memoria y con frecuencia se equivoca al escribir. (Fuga de ideas).

Estos síntomas observados por el señor Modesto Gómez en el acusado, forman parte de su enfermedad comicial en la cual pudo obrar como causa predisponente o al menos como causa adyuvante el fuerte traumatismo sufrido por Montoya cuando lo tumbó el caballo, pues es de todos conocido que los traumatismos del cráneo producen frecuentemente desórdenes mentales, tales como: dolores de cabeza, desórdenes del humor, irritabilidad, fugas de ideas, accidentes procursivos diversos, ideas delirantes, todos estos accidentes caracterizados por la inconsciencia y la amnesia que los sigue.

Para corroborar lo dicho cito las siguientes observaciones, personales las dos primeras, y del Dr. A. PoProt las dos últimas, tomadas de mi trabajo titulado "Porvenir de los traumatizados del cráneo" publicado en la Revista Anales de la Academia de Medicina de Medellín, en el año de 1930.

Joaquín Gabriel Hernández, herido con una piedra el 3 de septiembre de 1929, en la región parietal derecha. El 8 de octubre sólo tenía como consecuencia de su traumatismo disartria y cefalalgia. Visto de nuevo el 18 de febrero de 1930 la disartria era más acentuada, cefalalgia intensa, pérdida de la memoria para algunos hechos y de dos meses a hoy ha venido sufriendo ataques convulsivos con pérdida del conocimiento.

José A. Gaviria recibió el 4 de mayo de 1929 una herida contusiva con un taco de billar, de cinco centímetros, en el frontal izquierdo, cuero cabelludo. La radiografía mostró el 18 de



junio fractura de la tabla interna fronto-parietal; tiene perturbaciones objetivas de la visión, amnesia, ausencias pasajeras y entorpecimientos.

El zuavo F., trepanado en diciembre de 1914, permanece un mes en estado comatoso. Trepanado de nuevo en mayo de 1915, por crisis de epilepsia jacksoniana; se vuelve inestable, irascible; no puede permanecer en el depósito donde responde de manera inconveniente a sus superiores; consigue ser llevado nuevamente al frente, de allí es devuelto por sus crisis epilépticas. En el cuartel se hace insoportable, por su irritabilidad se vuelve peligroso; un día creyéndose ofendido por una orden de su cabo, coge una bayoneta, se dirige sobre él; pero en el mismo momento, una crisis convulsiva lo lleva a tierra y el arma se escapa de sus manos.

Un servio, trepanado desde hace cinco meses, tiene bruscamente un acceso de excitación maniaca con ideas fuertes de grandeza, se calma a los 18 días, queda completamente consciente, pero guarda una amnesia total de su crisis.

Y la siguiente observación personal: Luis E. Villegas de 15 años de edad, quien el veintidós de diciembre próximo pasado recibió una herida contusiva (por automóvil) de una extensión de seis centímetros en la región parietal posterior, con fractura y hundimiento del hueso por donde la masa encefálica hizo hernia y se notó una hemorragia meníngea. El veintiséis del mismo mes su estado general era grave, trastornos cerebrales, dificultad en la ideación, embotamiento cerebral. El treinta y uno del mismo, se presentaron accesos epileptiformes, los cuales le daban cada quince a treinta minutos. En enero 15 de 1936 su estado general es satisfactorio; a pesar de ello, su porvenir es sombrío porque los traumatismos del cráneo traen casi siempre a plazo más o menos largo, sus síndromes residuales.

## V

Antes de continuar mi estudio sobre la personalidad de Francisco A. Montoya Montoya, ya que los señores miembros del segundo jurado que el 8 de noviembre de 1935 debían dar su fallo sobre la responsabilidad de éste, solicitan un concepto médico legal sobre responsabilidad de los epilépticos, debo hacer constar que de acuerdo con la mayoría de los psiquiatras, entre ellos le Dr. Andrés Ceillier: "*La epilepsia no puede constituir siste-*



*máticamente y en todos los casos una patente de impunidad total o relativa.*

Por lo tanto hay necesidad de estudiar cada caso aislado y aun en un mismo individuo se hallan frecuentemente actos delictuosos que al ser examinados, unos de ellos acarrean responsabilidad y otros nó, según que el inculpado haya o nó obrado bajo el influjo de un equivalente o en una franca crisis comicial.

Según dice el mismo doctor Ceillier en su tratado sobre Responsabilidad penal de los epilépticos, en el estado actual de nuestras leyes, los peritos forenses deben decir simplemente si el inculpado se hallaba en estado de demencia en el momento de la acción. Ahora bien, él lo estaba indiscutiblemente si cometió el crimen durante un equivalente.

El problema de la responsabilidad penal de los epilépticos que han cometido su crimen o delito en los períodos pre o post paroxísticos, es únicamente clínico. Si el inculpado estaba en estado de demencia (en el sentido legal del término) al momento de su acción, no hay crimen ni delito. Si él tenía desórdenes importantes pasajeros, pero insuficientes para ser asimilados al estado de demencia, hay qué concluir en la responsabilidad atenuada (ésta no es admitida entre nosotros). Si al contrario, los desórdenes mentales eran inexistentes o muy ligeros para ser tomados en consideración, es la responsabilidad entera.

Las mismas consideraciones se aplican a los delitos cometidos en el intervalo de los paroxismos”.

La epilepsia actual de Francisco Montoya Montoya, es cierto no corresponde al tipo clásico denominado “gran mal”, de características crisis convulsivas, auras, caídas, fases tónicas, clónicas, comatosas y mordeduras de la lengua, pero sí corresponde a la epilepsia larvada. Antiguamente era opinión corrientemente profesada por nuestros maestros que una crisis era muy sospechosa desde el punto de vista de su naturaleza epiléptica si faltaba alguno de los síntomas arriba expresados. Hoy al lado del gran mal se aceptan otras varias formas: mal menor, acceso incompleto, irregular, epilepsia larvada, psíquica, abortiva, frustrada, equivalentes propiamente dichos.

No es indispensable la existencia de mordeduras de la lengua etc. En algunos casos el enfermo obra aparentemente en plena conciencia, siendo así que lo hace movido por un automatismo motor o psíquico.

El siguiente caso del proceso Hofstapfel relatado por César Lombroso es quizá el mejor ejemplo de esta forma anómala:



Hofstapfel, mozo de una fonda, de diez y nueve años, una noche rompió el alambre de la campanilla que ponía en comunicación su cuarto con el de su ama y hecho esto, con una luz en la mano para ver mejor, mató a tiros de revólver a dos compañeros suyos y trató de matar a un tercero. Después se vistió con sus mejores vestidos y se marchó al cuerpo de guardias de la policía a dar parte de haber sido muertos dos de sus compañeros. Detenido más tarde, declaró que los tiros del revólver parecía que le habían despertado de su sueño, que desde joven era sonámbulo, y que el día antes había soñado que le decían: "Dispárra". Pero vino a saberse que también había cometido hurtos pequeños, reproducidos luégo en la misma casa donde servía, e incendios, y se sospechó que quería matar a sus compañeros con el fin de poder robar la casa sin obstáculo alguno. Era poco inteligente, y padecía de dolores de cabeza. Los peritos estuvieron discordes al emitir juicio sobre él; algunos de ellos lo calificaron, sin más; de simulador. Dos tíos suyos eran epilépticos; una tía enajenada; el hijo de otro tío, imbecil, y otro epiléptico, desde los siete a doce años había tenido realmente accesos de sonambulismo con actos de furor contra sus padres. En este caso había dos estados: uno inconsciente, en el que Hofstapfel cometió el delito; otro el estado ordinario del sujeto, que no era honrado ni con mucho, y que contribuyó a que se le condenara. Pasados algunos años, Hofstapfel sufrió en la cárcel accesos de epilepsia y de sonambulismo, habiendo sido el primero que lo reconoció Liman, el cual había creído antes que todo ello era una simulación.

Continuando la casuística, el caso relatado por Mira López del individuo que prendió fuego a un negocio porque no se le atendía con la prontitud que deseaba; el caso citado por el Dr. Carlos E. Putnam, del epiléptico N. N., quien entra a un hotel en la población de Fômeque, se le niega la comida por no haberla en el momento que la solicita, injuria al dueño del establecimiento; manda el alcalde que se le conduzca fuera de allí; entonces N. N. toma el revólver y lo descarga sobre un individuo indefenso, dejándolo muerto instantáneamente; sigue dando vociferaciones y gritos amenazando con el arma a todo el mundo y en un estado de verdadera furia salvaje; a un muchacho que trata de quitarle el arma le tiende el revólver en actitud de hacerle fuego, igual cosa hace con un individuo que se asoma por una ventanilla con el fin de observarlo.

Y el caso que estamos estudiando de Francisco Montoya Montoya, que dio muerte violenta al menor Pablo E. Acevedo,



porque entró a coger una bola de caucho que se le cayó a una manga de propiedad de aquél, son interesantes. Crímenes los tres de una ferocidad poco común, con ausencia de móviles explicables.

En Montoya la descarga nerviosa fue simultánea con la descarga de su revólver que puso fin a los días del niño Acevedo, y no produjo sentimiento de compasión o de arrepentimiento inmediato, antes bien, creyó haber ejecutado una acción común y corriente pues vemos a folios 22 que Inés Córdoba dice: cuando llevábamos herido al niño Acevedo a mi casa, en medio de la consternación general y en presencia de la víctima inmolada preguntaban quién había sido el heridor, se acercó Francisco Montoya y vuelto una fiera dijo: si quieren saber quién fue el que hirió a ese ratero, sepan que fui yo, y ojalá lo hubiera matado del todo para que no me roben más, y al que no le haya gustado que salga a la calle que todavía puedo matar dos o tres.

Debe tenerse en cuenta que pasados los primeros momentos de confusión de ideas dio Montoya amplias facultades para que se hiciera todo lo posible por salvar la vida al niño herido y cubrió todos los gastos que ocasionó su muerte.

Volviendo al caso de autos, el primer síntoma para mi diagnóstico lo constituye además de los equivalentes que en Montoya he descrito, la forma de agresión súbita, breve, ciega, inmotivada, violenta, y luego el recuerdo desfigurado, ideando cosas que no han existido, asegurando que se trataba de un ratero que se había entrado a robarle.

Otro dato que se presenta en seguida a nuestra observación es la reiteración del hecho. No es esta la primera vez que Montoya atenta contra las personas en forma más o menos similar. Al niño José de Jesús Quintero lo aporreó porque jugaba con un carrito de manos al frente de su casa, folios 24; al niño Fabio Montoya lo hirió en la cabeza, folios 21; al niño Pablo E. Acevedo le dio muerte porque se entró a su predio, folios 1 a 3; ultrajó de obra al anciano Constantino Cañas, folios 20; a su tío Clodomiro Montoya le botó un dedo de la mano de un balazo, y con un hacha lo hirió en la cabeza, folios 23 bis; e hirió también a un tío de Alvaro Zapata, folios 8.

Como se ve, no son pocos los antecedentes policiales de Francisco Montoya Montoya.

Estos frecuentes atentados a los asociados, de forma súbita, explosiva, constituye lo que en psiquiatría se denomina "consti-



tución delictuencial de tipo neuropático", una de las características salientes de las reacciones epilépticas.

Es, pues, esta la sexta vez que el acusado ataca a las personas y debe recordarse que en los epilépticos los hechos se repiten en un mismo individuo con una fidelidad cuasi matemática y si se quiere, fotográfica. El último acto es casi idéntico al anterior e idénticas las causas y violencias desplegadas.

Desconocemos los móviles que influyeron en Montoya para cuatro de sus atentados, pero sí sabemos que para golpear al niño Quintero y matar al niño Pablo E. Acevedo fueron fútiles.

Ya hemos visto que Montoya Montoya no es un alienado, ni sufre actualmente ataques epilépticos a gran orquesta, mas sí se encuentran en él signos claros de epilepsia larvada, la cual ha hecho actos de presencia en diversas etapas de su vida, manifestándose por actos impulsivos, violentos, feroces, inmotivados, contra los asociados, su mal humor, sus fugas, sus accesos de sonambulismo, y los otros síndromes que ya dejé anotados.

Y durante esos accesos impulsivos ya lo hemos visto, descarga su mal humor no sólo sobre los adultos sino también en niños débiles, entre los cuales debemos recordar al menor José de Jesús Quintero, de once años de edad, a quien le pegó porque estaba jugando con un carrito de manos al frente de su casa; y a Pablo E. Acevedo, de 13 años, a quien dio muerte porque entró a coger una bola de caucho que se le cayó durante el juego, a una manga de propiedad de Montoya. Y al niño Fabio Montoya, su pariente.

Cuando sucedió el hecho que contemplamos, Montoya Montoya se hallaba postrado en cama, por una fiebre gripal (folios 84). Un hijo suyo entra a las 10 y media de la mañana a su pieza y le dice que un muchacho se había entrado a la manga. Montoya se levanta, sale al corredor de su casa, ve al muchacho y le dice: "Aguardate allí vergajo", entra a la casa, se arma con un revólver y por una ventana del interior hace dos disparos, uno de ellos hizo blanco en el niño Acevedo causándole cinco perforaciones intestinales y produciéndole la muerte 53 horas después a pesar de los cuidados médico-quirúrgicos que le prestaron los doctores Gil J. Gil y Dionisio Arango Ferrer, folios 143. Los gastos de operación y clínica fueron pagados por el agresor y por orden suya le fueron prestados dichos servicios.

La fiebre que lo aquejaba provocó en Montoya Montoya un delirio alucinatorio de interpretación. Con el aviso de que un muchacho se ha entrado a su manga, surge en él, el delirio de perse-



cución de los ladrones que en varias ocasiones lo han despojado de sus haberes: al niño Acevedo lo considera como ratero, hace fuego hacia la manga en donde éste se encuentra y asegura que los disparos los hizo hacia el subterráneo; a Manuel S. Gómez le dice que le dio bala a un ratero que le estaba robando las gallinas y le aconseja que haga él lo mismo para que le respeten su propiedad; al agente de policía que se presenta pocos momentos después de los hechos, le dice que allí no ha sucedido nada; desafía a todos los presentes, diciéndoles que al que no le haya gustado que salga a la calle que aún puede matar dos o tres más; entrega el revólver al Alcalde y luego en la Alcaldía lo reconoce como suyo pero no se explica por qué se halla en poder de aquél. Todo esto demuestra que el estado febricitante en que se encontraba, los síndromes epilépticos que desde niño lo acompañan y el aviso dado por su hijo, fueron suficientes para producir en el acusado una psicosis alucinatoria con agitación, impulsión, alucinaciones visuales y con falsa interpretación de todo lo que se verificaba a su alrededor.

Como el Sr. Fiscal 1º Superior Dr. Pedro J. Berrío a folios 94 no admite que un estado febril pueda provocar una perturbación mental, pues según él, la afirmación del Dr. Jesús Vieira, (folio 82) cuando dice "siendo el lugar de habitación de Montoya eminentemente palúdico es de creer que dicho señor sufre esa afección que bien puede trastornarle el juicio o criterio en el momento de los accesos", francamente es una afirmación que no hace honor a ningún médico y adolece de falta de seriedad científica y profesional; y como estoy compilando datos para sustentar esta pericia, estimo de gran utilidad citar la parte final de la importante observación sobre "psicosis de origen palúdico" publicada por los médicos legistas de la Oficina Central de Bogotá, en el número 1 de la Revista Colombiana de Biología Criminal:

.....  
Pregunta el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de San Gil (Sala del Magistrado doctor Francisco Bruno) en su auto de fecha 20 de noviembre de 1934.....  
.....

C)—Si tal influencia (las fiebres palúdicas) puede producir, bajo una reacción externa, una turbación de los centros psíquicos que adquiere los caracteres de un delirio.

F)—Si H. T. puede ser responsable de la muerte de Pedro Rueda, y lo que los Directores de la Oficina crean conveniente para el estudio del problema cuya solución se les solicita.



Contestamos:

Tenemos que estudiar cómo se verificaron los hechos por- que se le sindicó. Sin existir un móvil que explicara una reacción tan violenta, T., mientras P. R. afilaba un cuchillo para conti- nuar las maniobras en que estaba empeñado de despresar un cer- do que había matado, le descargó un machetazo en el cráneo, en la región parietal izquierda, que penetró a la cavidad craneana y produjo gravísimas lesiones en las meninges y el cerebro, que le ocasionaron la muerte, habiendo salido en carrera el agresor. Sólo existía como antecedente el que, por estar tembloroso a cau- sa de la fiebre, T. alcanzó a quemar con agua caliente a R., cuan- do estaba arreglando el cerdo, pero sin que este detalle hubiera producido mayores consecuencias. Todas las declaraciones están de acuerdo en que T. estaba con un acceso muy fuerte de fiebres palúdicas, de las cuales venía sufriendo. Ahora bien, ¿cuál fue la actitud del agresor después de consumado el hecho? Salió en re- tirada, y con las personas que se encontró les relató el hecho su- cedido, todo tembloroso y tambaleándose por la fiebre, diciendo que lo venían persiguiendo, cuando parece que nada de eso suce- día. Así que el proceso que se verificó fue el siguiente: T. estaba en pleno acceso de fiebre, todas las palabras que decían los que preparaban el cerdo las interpretaba como refiriéndose a su per- sona, y no habiendo ninguna amenaza de ataque por parte de R., cuando amolaba su cuchillo, aquél se le abalanzó con un machete, creyendo ser atacado por su contrincante; hubo, sin duda, un pe- ríodo de confusión mental, con alucinaciones de tipo terrorífico, desde luego que tuvo la visión de un hecho que no se estaba ve- rificando, como era que R. se le dirigiera con cuchillo en mano, y habiendo tenido primitivamente también alucinaciones auditi- vas cuando pretendió oír insultos y agresiones para su espo- sa, que no se habían pronunciado. El obró, en su concepto, en le- gítima defensa, porque obedecía a la falsa interpretación de un hecho que se estaba verificando, como era amolar un cuchillo para despresar un cerdo, y a él se le reveló como un ataque para su persona, y que de la simple amenaza pasaba al hecho de ve- nírsele R. encima con el cuchillo en la mano. La actitud extra- ña de T. queda confirmada en una de las declaraciones que fi- guran en el informativo, cuando T. llegó al río Opón, estando muy afanado y como si estuviera borracho, pues se iba de lado, pero pudo observar que estaba con la fiebre; le contó lo que le ha- bía sucedido y que lo venía persiguiendo un individuo con una es- copeta, pero él no veía al perseguidor. Luégo vio moverse unas



matas y dijo que era que lo venían persiguiendo, y salió en carrera por el matorral sin volver a verlo. Esta declaración demuestra el estado febricitante en que se encontraba el agresor, y cómo seguía su confusión mental con erradas interpretaciones de lo que se verificaba a su rededor.

Por estas consideraciones conceptuamos que T. sufrió perturbaciones psíquicas durante el acceso de fiebre palúdica que experimentaba, en el curso del cual se presentó un estado subdelirante, con cierto grado de confusión mental, agitación, alucinaciones auditivas y visuales, y a impulso de las cuales, por una falsa interpretación de los hechos, produjo una muerte violenta. En nuestra opinión, un individuo que procede en estas circunstancias de anormalidad patológica, no tiene una voluntad libre, y por lo tanto no es responsable de los actos delictuosos que ejecute".

En su indagatoria el acusado no niega haber herido a Acevedo, folios 9 v., 12 y 23 v., y asegura que disparó porque ese muchacho se entró a robarle las gallinas.

Mas esta hipótesis sólo puede caber en la imaginación de Montoya que se hallaba febricitante, porque un niño de 13 años que era de buena conducta según lo afirman sus condiscípulos, y que acababa de salir de la Escuela e iba en dirección a su casa, no tenía por qué entrarse a robar a las 10 y media de la mañana a una manga, ni allí había qué robar. Entró Acevedo, como ya lo hemos anotado, a coger el objeto de su juego, y allí se encontró de frente con la muerte.

Sabemos que para que se produzca una crisis o un equivalente comicial se necesita la concurrencia de una causa desencadenante. El alcohol, en especial, o una contrariedad, son los elementos generadores en estos sujetos de gran irritabilidad. En el acusado aun cuando ha sido acostumbrado al alcohol, es muy probable que esta substancia no haya podido ser la causa determinante porque sabemos que Montoya estaba enfermo y reducido a la cama, pero sí se puede admitir como tal causa *la fiebre que lo aquejaba* y la contrariedad que sintió al notificársele que un niño había entrado a su predio.

En Montoya, hemos visto, desaparecieron las grandes crisis epilépticas de su juventud, pero aún subsisten sus equivalentes epilépticos; y su agresividad es debida indudablemente a su mal comicial y a la desaparición de aquellos. En efecto, según M. Laignel Lavastine, las modificaciones del humor de los epilépticos juegan un gran papel en sus reacciones antisociales conscien-



tes en razón de la desproporción entre el móvil y el motivo que son legítimos, y las reacciones que son demasiado violentas. Esta irritabilidad parece en algunos casos aumentada con la disminución o desaparición de las crisis convulsivas. Se ve en efecto en muchos de los epilépticos sometidos a tratamiento, que cuando sus crisis convulsivas se suprimen, presentan un estado de ansiedad e irritabilidad. Es verdad que esto, en muchos de los casos puede atribuirse a efecto de los medicamentos (gardenal, etc.) empleados y hecho digno de recordar, se notan también en aquellos cuyas crisis se espacian sin tratamiento alguno. Cuando el enfermo es tratado con bromuros, se nota a veces que las crisis se alejan y los desórdenes del humor no se presentan.

Lo que domina en las impulsiones de los epilépticos es la desproporción entre la causa y el efecto: con ocasión de un reproche de poca importancia y a veces de una simple negativa, el epiléptico entra en cólera violenta, furiosa, y ataca a cuantos le rodean. Su misma brusquedad y la violencia injustificada permiten tener precisión sobre la naturaleza epiléptica, aun con la ausencia de grandes crisis.

En Francisco Montoya Montoya, según nos dice, hace muchos años que no se presentan sus ataques de gran mal, y a pesar de ello ya hemos visto que el sólo anuncio de que un niño había entrado a su predio, bastó para montar la guardia de su cólera; ve al niño, le dice aguardate allí vergajo, y ya armado con revólver le hace dos disparos. A los que preguntan quién había herido al niño Acevedo, Francisco Montoya, vuelto una fiera, les dice: Si quieren saber quién fue el que hirió a ese ratero, sepan que fui yo, y ojalá lo hubiera matado del todo para que no me roben más y al que *no le haya gustado, que salga a la calle que todavía puedo matar dos o tres.*

Por la desaparición de su crisis de gran mal epiléptico y la continuación de los síntomas de pequeño mal, el caso de Francisco Montoya Montoya tiene gran analogía con el siguiente observado por Esquirol y citado por el Dr. Carlos E. Putnam, en su tratado de Medicina legal: un hombre de sesenta y dos años, que en su juventud había estado sujeto a ataques epilépticos, habiéndose librado del servicio militar a consecuencia de esto. Después estos ataques se hicieron más raros, y por último cesaron, no habiéndose vuelto a observar por espacio de cuarenta años. No presentaba nada de particular, excepto una inclinación a vivir bien y en estado de exaltación en la primavera. Un día dio de repente de puñaladas en la garganta a su anciana madre y cuando



cayó al suelo se subió sobre el cuerpo y le dio de puñaladas repetidas veces. Cuando le prendieron, exclamaba: *Era una malvada que me había hecho todo el daño posible*; yo debía haberla matado hace mucho tiempo. No hubo motivo alguno describible para el crimen; pero resultó que en diferentes años, durante sus períodos de exaltación en la primavera, había insultado a su madre y la fecha del homicidio correspondía con el período de exaltación.

De lo expuesto deduzco:

PRIMERO.—En Francisco A. Montoya Montoya no se presentan los ataques epilépticos a gran orquesta o de gran mal, pero sí los equivalentes epilépticos.

SEGUNDO.—En presencia del acto violento, brutal, breve y súbito de Montoya Montoya, de la falta de móviles para el mismo, de la amnesia lacunar que lo acompaña, de la incoherencia de ideas, de las alucinaciones visuales y de la falta de precauciones para evadirse de la acción de la justicia, se comprende fácilmente que en el momento de delinquir hubo en él un estado de inconsciencia que lo privó de dirigir sus acciones, siendo tal acto el resultado de una psicosis alucinatoria de origen epiléptico obrando como agente desencadenante el estado febril.

Es mi opinión.

Señor Juez.

*Julio* **ORTIZ VELASQUEZ**



# Utilidad del control bacteriológico de la pasteurización de la leche

En el número de diciembre de 1935 de los ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE, INDUSTRIELLE ET SOCIALE, publican los señores G. Grenoilleau y Mornet Cros el artículo que insertamos a continuación y que hemos traducido para los lectores de BOLETIN CLINICO porque lo consideramos de un gran interés desde el punto de vista de la higiene pública.

En especial llamamos la atención de los encargados de la dirección de las plantas de pasteurización que hay en la ciudad y de las que se funden en lo futuro. No basta el recoger la leche y someterla a las distintas operaciones de la pasteurización, sin hacer los exámenes previos y establecer un control riguroso de las operaciones en los aparatos de pasteurización.

Sabido es que la leche puede transmitir infinidad de enfermedades de origen parasitario y microbiano y por consiguiente, es preciso que el público se dé cuenta de los peligros a que se halla expuesto por la contaminación de la leche; y ya que es punto menos que imposible obtenerla pura y ni aun siquiera medianamente incontaminada, bueno es que se sepa que la pasteurización bien dirigida y científicamente ejecutada es el único medio actualmente conocido para dar al consumidor un producto en que pueda tener siquiera una confianza relativa.

---

El estudio de la leche interesa particularmente a los médicos y a los higienistas. En efecto, dicho estudio representa un elemento fundamental de la alimentación humana. Jamás serán demasiadas las precauciones que se tengan para obtener una leche de excelente calidad, es decir, tal como salga de la glándula de un animal sano; por consiguiente, es de admirar que no se haya sometido en nuestro país a una comprobación higiénica. Si para la vigilancia de las aguas de alimentación hay un reglamento, para la leche no hay nada semejante. Y sin embargo, la leche es un



líquido esencialmente inestable cuya composición varía muy rápidamente si no se toman ciertas precauciones. Siendo un excelente medio de cultivo, en él se desarrollan numerosos microorganismos los cuales modifican dicho medio, bien por medio de fermentaciones, sea produciendo toxinas. No se debe perder de vista la importancia de la flora trivial y a menudo patógena de la leche y de las modificaciones que puede provocar en su constitución, lo que explica que ciertas leches acaben por ser un alimento peligroso, en particular para los lactantes cuyo intestino es tan delicado.

Verdad es que la leche es absorbida la mayor parte de las veces después de la ebullición, de suerte que los gérmenes son destruidos; pero a pesar de esto quedan allí los productos de origen microbiano y las modificaciones químicas más o menos importantes que se han operado desde la ordeñada hasta la ebullición. De tal manera, la leche que se recoge casi siempre en nuestros campos sin muchos cuidados es un verdadero caldo de cultivo cuando está cruda; contiene eventualmente los gérmenes patógenos del animal que la ha suministrado y los microorganismos que han aportado todos los elementos que pueden contaminar: pus, manos del ordeñador, recipientes, polvos, estiércol, etc. Esos gérmenes se desarrollan muy rápidamente en la leche tibia, por ejemplo en el verano durante el cual el número de colibacilos se duplica próximamente cada media hora.

La cantidad de microorganismos puede alcanzar entonces cifras fantásticas: decenas y centenas de millones por litro. Nos hallamos muy lejos de la escala de Miquel que considera que un agua de alimentación es dudosa cuando tiene de mil a diez mil gérmenes por litro! En realidad, una leche que contenga en el momento de la venta menos de cincuenta millones de gérmenes por litro, puede ser considerada como que tiene una pureza bacteriológica rara vez alcanzada.

Cuáles son esos gérmenes? La mayor parte son fermentos lácticos, pero la leche contiene también bacterias de la putrefacción y eventualmente gérmenes patógenos variados: colibacilos, bacilos tíficos y paratíficos, bacilo de Koch, *Brucella abortus*<sup>bovis et melitenses</sup>, bacilo disentérico, estreptococos, etc... A menudo se han señalado epidemias debidas a la absorción de la leche cruda; en cuanto a la leche hervida, basta comprobar la cantidad de alteraciones intestinales a menudo mortales que presentan los lactantes que la consumen, alteraciones debidas la



mayor parte a la mala calidad de la leche, que puede contener una serie de toxinas microbianas no modificadas por la ebullición: es un verdadero veneno.

Cómo mejorar la calidad de la leche? Dos medios pueden ser empleados: recogerla protegiéndola de las contaminaciones, medio ideal, por otra parte imposible de realizar. La recolección de la leche puede ser mejorada considerablemente procurando la educación del campesino y del ordeñador: jamás será perfecta porque es imposible.

Es preciso pues tratar de hacer inofensiva la leche recolectada. Este resultado se obtiene por la pasteurización.

Hemos querido darnos cuenta de los resultados alcanzados después de esta operación en dos lecherías que emplean un material diferente y hemos podido hacer las comprobaciones siguientes:

En las dos lecherías sólo ha sido pasteurizada la leche de la ordeñada matinal. El transporte se verifica en cantimploras. La pasteurización se verifica cuatro o cinco horas después de la ordeñada y sólo en leches que presentan menos de diez y ocho grados de acidez Dornic. Las otras son descremadas. A su llegada, las leches de los recipientes se vierten en una gran vasija y son filtradas en filtros metálicos; en seguida se verifica la pasteurización y después la leche se somete a un enfriamiento a la temperatura de doce a trece grados. Después la leche es recogida en vasijas apropiadas, lavadas con agua carbonatada y esterilizadas al vapor.

Los aparatos de pasteurización empleados son los siguientes:

1º LECHERIA N° 1.—El pasteurizador recuerda el aparato danés. Es una marmita rodeada de un circuito donde circula vapor vivo. Allí la leche está removida por una paleta móvil con el objeto de dar a su masa una temperatura uniforme de 75 grados. El tiempo de paso es de un minuto próximamente. Del pasteurizador, la leche pasa a un gran recipiente por medio de canalización. Aquí su temperatura es de 62 a 63 grados.

La llegada de la leche del pasteurizador hace salir hacia el refrigerante una cantidad igual de líquido. El refrigerante es del sistema tubular con circulación de agua. La leche sale por tubos fríos y su temperatura cae a 12 o a 13 grados.

Señalemos de paso que la leche llega al depósito último por



un orificio colocado en su parte superior de manera que la leche caliente sale casi inmediatamente: el tiempo de permanencia es pues mínimo y no pasa de algunos minutos.

2° LECHERIA N° 2.—Utiliza un pastORIZADOR de modelo diferente. La leche llega previamente calentada en un recipiente cerrado (verdadero *chambreu* provisto de un recalentador de agua hirviente) donde es mantenida durante *diez minutos* a la *temperatura* de 75 grados. En seguida se le enfría en un refrigerante del sistema tubular con circulación de agua y luego es distribuída en las cantimploras especialmente acondicionadas para este uso.

Las muestras han sido tomadas en la vasija de mezcla para la leche cruda y a la salida del refrigerante, para la leche pastORIZADA.

LECHERIA N° 1.—Muestra tomada el 7 de mayo de 1935:

a) Leche cruda. Colibacilos: más de 100 millones por litro; gérmenes: 80 millones por centímetro cúbico.

b) Leche pastORIZADA. Colibacilos: 200 por litro; gérmenes: 20.000 por centímetro cúbico.

Muestra tomada el 8 de octubre de 1935:

a) Leche cruda. Colibacilos: más de 100 millones por litro; gérmenes :30 millones por centímetro cúbico.

b) Leche pastORIZADA. Colibacilos: 500 por litro; gérmenes: 20.000 por centímetro cúbico.

LECHERIA N° 2.—Muestra del 18 de febrero de 1935:

a) Leche cruda. Colibacilos: más de 100 millones por litro; gérmenes: más de 20 millones por centímetro cúbico.

b) Leche pastORIZADA. Colibacilos: ausencia de colibacilos indológenos; gérmenes: 3.000 por centímetro cúbico.

Muestra del 4 de marzo de 1935:

a) Leche cruda. Colibacilos: más de 100 millones por litro; gérmenes: 50 millones por centímetro cúbico.

b) Leche pastORIZADA. Colibacilos: ausencia de colibacilos indológenos; gérmenes: 1.500 por centímetro cúbico.

Muestra del 9 de octubre de 1935:

a) Leche cruda. Colibacilos: más de 100 millones por litro; gérmenes: 35 millones por centímetro cúbico.

b) Leche pastORIZADA. Colibacilos: ausencia; gérmenes: 3.000 por centímetro cúbico.



La numeración de los gérmenes la hemos practicado sobre placas de gelatina según los procedimientos habituales. La investigación del colibacilo ha sido hecha sobre agua peptonada fenicada y puesta a la estufa a 42 grados con identificación ulterior de los cultivos positivos por los procedimientos clásicos, a saber: investigación del indol, siembras sobre rojo neutro y sobre medio de Barsikow lactosado.

Debemos anotar que la cantidad de leche sembrada no debe ser superior en volumen al 2 por ciento del medio de cultivo. Un desarrollo simultáneo de bacilos lácticos produciría una acidificación del medio que dificultaría o impediría el desarrollo del *bacterium coli*.

Nos consideramos autorizados para pensar que esas técnicas empleadas, esencialmente corrientes y sencillas, poseen, a falta de un valor absoluto, un valor comparativo muy suficiente para permitir apreciar la depuración bacteriológica de tales leches y enunciar algunas conclusiones:

## O V A R I O G E N

### enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestiones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla  
C o l o m b i a



1\*—Las leches crudas de mezcla, tales como llegan a la lechería o directamente al consumidor son particularmente contaminadas. La cantidad de colibacilos nunca ha sido inferior a 100 millones y el número de los gérmenes se cuenta por decenas de millones por centímetro cúbico;

2\*—Después de la pasteurización los resultados son muy notables para la lechería N° 2, en la que se ha observado ausencia completa de colibacilos; número de gérmenes: 3.000 al máximo.

Para la lechería N° 1, resultados interesantes, pero mucho menos buenos.

Estos resultados se pueden explicar por las diferencias de técnica y de los aparatos empleados.

En la lechería N° 1, el calentamiento a 75 grados es rápido (1 minuto y aun menos), la mezcla de la leche en el aparato produce una espumaraja que daña la repartición regular de la tem-

## JARABE PARA

## NIÑOS DEBILES

Preparado a base de tónicos generales, Acido Láctico y Sales de Cal.

Especialmente indicado en las convalecencias de las enfermedades bronco-pulmonares agudas (Gripas, Bronquitis, Pneumonías, Bronco-Pneumonías, etc.)

**Recalcificante.**

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



peratura; en fin la leche es transportada a un recipiente donde permanece poco tiempo a 62 o a 63 grados.

En resumen, se trata pues de una pasteurización rápida y a temperatura muy baja.

En la lechería N° 2, la leche previamente calentada se mantiene durante alrededor de 10 minutos en una cámara a 75 grados y después se enfría.

Los resultados de esta pasteurización a temperatura media durante un tiempo suficiente dan una depuración bacteriológica conveniente y mucho mejor que en el primer caso.

Así pues, la pasteurización bien hecha permite obtener una depuración bacteriológica rápida de la leche. Pero se ve que esta depuración es muy variable según las técnicas y las precauciones empleadas.

En efecto, los resultados de nuestras dos lecherías son completamente diferentes, ya que en la una, la leche queda aún en

## L I M O - L A X

**Purgante que se toma  
como si fuere una de-  
liciosa limonada**

Solución de Citrato  
de Magnesia en agua  
carbonatada, de ac-  
ción purgativa ideal.  
No estriñe. Descon-  
gestiona el hígado.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**



extremo microbiana y contiene una cantidad de colibacilos muy importante. La operación es aquí incompleta y no corresponde a su objeto bacteriológico, pues así como lo define Carlos Porcher "pastorizar la leche es destruir en ella por el empleo conveniente del calor, la casi totalidad de su flora trivial y la totalidad de su flora patógena cuando existe, esforzándose por no tocar sino de una manera mínima su estructura física y sus elementos bioquímicos: diastasas y vitaminas". No bastaría que en numerosas lecherías la depuración bacteriológica de la leche por la pasteurización no fuese sino una apariencia y no tuviese otro objeto que destruir la mayor parte de la flora acidificante común, con la única preocupación de conservar a la leche su aspecto líquido hasta la llegada al consumidor. Y sin embargo esto es lo que pasa en ciertos casos en que la preocupación comercial prima sobre el deseo de dar un producto de buena calidad. La conservación de la liquidación da en este caso una seguridad falsa. Aún más, como lo demuestra Carlos Porcher, "la destrucción de

## ELECTROGENO

### Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



la flora acidificante, en todo o en gran parte, deja el campo libre a la flora peptonizante y la leche, en esas condiciones, sin perder su aspecto líquido, se altera profundamente y va aun hasta podrirse en lugar de acidificarse".

La operación de la pasteurización y sus resultados deben pues ser controlados seriamente si se quiere obtener la venta por el industrial de una leche convenientemente depurada desde el punto de vista bacteriológico, teniendo en cuenta las preocupaciones deseables y bien conocidas para transportarla y conservarla.

Desgraciadamente esto no pasa aún entre nosotros, por la ausencia de reglamentación; y esto cuando los poderes públicos de numerosos países extranjeros se han preocupado por esta cuestión, particularmente Alemania, Suiza, Estados Unidos, Inglaterra, el Canadá, Holanda, Los Países Bajos e Italia.

.....

## VITAEMULSION

### Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

#### INDICACIONES:

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**



La pasteurización bien conducida nadie la rechaza a la hora actual, pues es el único medio de dar a la leche una constante seguridad bacteriológica que permita su conservación momentánea. Es un procedimiento que afecta en lo mínimo a su estructura física y a sus elementos bioquímicos: diastasas y vitaminas. Pero esta operación debe ser controlada seriamente en su marcha por organismos competentes.

Agreguemos en fin que el control de la leche no debería detenerse en la pasteurización sino efectuarse en todas las etapas por las cuales pasa hasta la venta al consumidor. A este respecto es preciso deplorar que no haya todavía un reglamento completo de la vigilancia higiénica de la leche como existe en ciertos países: dicho reglamento acabaría con la multiplicidad y la insuficiencia de los textos actuales.

## UROSALINA

Sal Hepática efervescente de  
solubilidad completa y rápida

### FORMULA:

Cada cucharada contiene:	
Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Soda	1.500
Benzoato de Sodio	0.1875
Carbonato de Litina	0.075
Fosfolactato de Cal	0.0357
Uroformina	0.375
Sal efervescente	8.100

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



## OBITUARIO

BOLETIN CLINICO lamenta la muerte de los distinguidos profesionales medellinenses doctores Luis Leopoldo López y Leopoldo Hincapié Garcés, ocurrida después de nuestra última edición, y presenta a sus honorables familias las expresiones de condolencia más sincera.

### CEFALINA

#### Contra dolores en general

Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

Cefalina asegura al médico el empleo de una asociación medicamentosa (muy socorrida por lo útil en la terapéutica diaria) en la cual se ha puesto todo el cuidado humanamente posible para proveer una droga que pueda formularse con absoluta confianza, tanto en su calidad como en su dosificación.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia



# TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia