

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA en 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA { VOLUMEN 11
NUMERO 4

ATENCIÓN!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO.
EVITESE MOLESTIAS

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA N° 1143

DCBRE. - ENERO - FBRO. - MARZO

ABRIL - MAYO DE 1947

DIRECTOR, DR. DAVID VELASQUEZ C.
PRESIDENTE DE LA CORPORACION

Profesor de Clínica Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

REDACTORES:

DR. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA

VICEPRESIDENTE

Profesor de Clínica Infantil del Pabellón
Clarita Santos

DR. ALFREDO CORREA HENAO

Secretario de la Academia

Profesor de Anatomía Patológica
de la Facultad de Medicina

DR. ALONSO RESTREPO

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Derecho
de la Universidad de Antioquia.

Jefe del Servicio Médico-Legal del Departamento.

Contenido:

| | |
|---|------------|
| Un caso de coartación de la aorta Dr. Gabriel Jaime Villa | 245 |
| La leche un imperativo alimenticio y un problema sanitario . . . Dr. Alonso Restrepo | 258 |
| La lucha contra la ceguera Dr. Bernardo Giraldo Duque | 283 |
| Débil mental sindicado de violencia carnal Dr. Julio Ortiz Velásquez | 291 |
| Hemorragia umbilical como causa de muerte Dr. Julio Ortiz Velásquez | 295 |
| Paranoico con delirio de interpretación y persecución Dr. Julio Ortiz Velásquez | 299 |

PERMANENTE:

La publicación de un artículo no implica que la Academia y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

INFORME

Ciudad, mayo 7 de 1947

Señor Presidente de la
Academia de Medicina

Tenemos el honor de informar a Ud. y a la Corporación sobre el trabajo presentado por el doctor Gabriel Jaime Villa, para ingresar a la Academia, en calidad de Miembro correspondiente.

Se ocupa el doctor Villa de la coartación de la aorta, enfermedad hasta el momento muy poco estudiada en nuestro medio.

Sirviéndose de un caso cuya observación pudo tomar muy completa en la sala de san Roque, del hospital de san Vicente, el autor repasa la anatomía patológica, la clínica y los conocimientos etiológicos de la lesión.

Se trata de una síntesis de los conocimientos actuales sobre coartación aórtica, que incluye estudio radiológico del paciente y trazados electrocardiográficos.

A nuestro parecer, el tema está bien tratado; en estilo claro y en forma breve, lo cual permite al lector informarse del asunto y ponerse al orden del día sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta lesión, que como las demás cardiopatías congénitas, está en plena actualidad.

Tres motivos han dado a las lesiones congénitas del corazón la gran importancia de que ahora gozan:

1º.—Los nuevos conceptos etio-patogénicos, derivados de la observación de los médicos australianos, sobre el efecto de la roseola sufrida por la madre en los primeros meses del embarazo, enfermedad que en esta época de la gestación, origina casi constantemente la catarata congénita o alguna otra lesión en el feto, inclusive las cardiopatías.

Esta observación continuada en todo el mundo, ha demostrado su exactitud y todos los días la prensa médica trae nuevas series de casos confirmatorios, en los cuales no sólo figura como

causa la roseola, sino también las demás enfermedades a virus: Parotiditis, sarampión, influenza etc.

2º.—La dificultad del diagnóstico durante la vida del enfermo. Aun en los centros más avanzados del mundo, donde trabajan los especialistas más avanzados, el diagnóstico clínico se tiene por muy difícil. Tanto que hoy no se acepta como exacta ninguna historia de defecto congénito del corazón, si no viene acompañada del respectivo protocolo de autopsia.

Ni aun en los casos en que los rayos X y el electrocardiograma han presentado su curso.

Lo que no quita valor didáctico a las conclusiones del clínico ni infirma sus deducciones. Significa sólo que: en una revisión de conjunto, es preciso sentar las conclusiones sobre la base inconvencible de la anatomía.

Los estudios, ahora clásicos de Abbot, respaldan brillantemente este criterio, con su demostración de que solo el 64% de las veces, en las series más afortunadas, el diagnóstico clínico fue correcto.

3º.—Las posibilidades quirúrgicas abiertas para algunas de estas lesiones: coartación aórtica; corazón de Fallot; ductus... que mejoran el pronóstico y hacen la vida de estos valetudinarios, casi normal.

En Inglaterra, donde esta cirugía nació y en Estados Unidos donde se practica más, el pronóstico inmediato es favorable para las tres cuartas partes de los casos y los resultados lejanos excelentes.

Como entre nosotros ya se ha iniciado alguna labor quirúrgica en este sentido, creemos oportuno aceptar para la Academia trabajos como el del doctor Villa, que a más de su mérito intrínseco, difundirán entre los profesionales, conocimientos de suma importancia sobre cardiopatías congénitas.

Para terminar nos permitimos proponer:

Acéptese como miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Medellín, al doctor Gabriel Jaime Villa.

Vuestra comisión,

Miguel M. Calle
Gustavo González O.

Un caso de Coartación de la Aorta

DR. GABRIEL JAIME VILLA

(Del latín *co*: juntar; *arctare*: oprimir, estrechar)

Se llama coartación de la aorta a un síndrome causado por la presencia de un estrechamiento de la aorta en la proximidad de la desembocadura del conducto arteriovenoso, lo cual acarrea trastornos circulatorios por encima y por debajo de dicho estrechamiento.

El primer caso de coartación de la aorta fue descubierto a la autopsia por Morgagni en el año de 1760. Posteriormente, a raíz de estudios tanto anatomoclínicos como fisiopatológicos fue hecho el primer diagnóstico clínico por Oppoletzer en el año de 1848. Hoy, gracias a los progresos de la esfigmografía, de la esfigmomometría y de la radiología, esta entidad ha quedado mucho más al alcance de los clínicos y se diagnostica más fácilmente.

Desde los tiempos de Bonnet, que fue el primero en hacer la clasificación de las distintas formas clínicas en el año de 1903, se acepta que existen dos grandes tipos de coartación aórtica: uno, que podemos llamar tipo infantil, consistente en una lesión congénita, caracterizada por una estrechez que puede llegar hasta la atresia completa de la aorta, situada en el istmo de ésta, es decir, en la porción comprendida entre el nacimiento de la subclavia izquierda y la desembocadura del conducto arteriovenoso de Botal y que por esta razón ha sido conocida con el nombre de "estenosis ístmica de la aorta" y la otra, que es el tipo adulto, consistente en la estrechez del calibre aórtico a nivel o inmediatamente debajo de la desembocadura del mencionado conducto arteriovenoso. Laubry y Mornet han descrito algunos casos atípicos, lo mismo que Master y Grischman en Nueva York.

No sabemos si en nuestro medio, por circunstancias raciales, esta entidad resulta más escasa que en otras partes o es que aun no somos suficientemente capaces para diagnosticar todos los casos existentes; pero lo cierto es que el caso que comentamos

y que ha dado origen a esta comunicación, es el primero que se diagnostica en Antioquia clínicamente, fuera de que sobre la mesa de autopsias tampoco se sabe de otro alguno que se haya diagnosticado. Sin embargo, en otros medios científicos, más avanzados que el nuestro, parece que se encuentran casos más frecuentemente. Así, en las estadísticas del profesor Levine de Boston, hallamos que la frecuencia es de un uno por mil para autopsias practicadas a individuos muertos por cualquier causa; dato que está en un todo de acuerdo con las estadísticas del profesor argentino Pedro Cossio quien halló en cuatro mil autopsias hechas con ese fin, cuatro correspondientes a coartación aórtica.

De los estudios practicados por la doctora canadiense Maude Abbott, a quien la cardiología debe los mejores trabajos sobre cardíacos congénitos, tomamos los datos estadísticos siguientes: de cada mil cardiopatías congénitas correspondieron 142 a coartación aórtica, 79 de las cuales no tenían ninguna complicación; y las restantes, es decir, 63, estaban acompañadas de otras malformaciones.

El tipo infantil de coartación aórtica es una entidad congénita muy grave y de muy escasa sobrevivida por ir generalmente acompañada de grandes anomalías, y es debida probablemente a una defectuosa involución de la porción distal del 6º arco aórtico izquierdo (origen del conducto arteriovenoso) en su punto de unión con el 4º arco aórtico izquierdo (origen del cayado de la aorta). Según los datos estadísticos de la doctora Abbott, en 9 casos sin complicaciones la máxima duración de la vida fue de 9 meses y la mínima de 8 horas. Esto da una clara idea de la gravedad de los trastornos que acompañan a la entidad. Entre las complicaciones tenemos como las más frecuentes: la presencia de la válvula aórtica bicúspide, que fue hallada en un 25% de los casos; la persistencia del conducto arteriovenoso; los aneurismas del seno de Valsalva; las comunicaciones interauriculares o interventriculares.

En cambio, el tipo adulto es muchísimo mejor tolerado que el infantil. De 105 casos, solamente 35 tenían complicaciones, de las cuales la más frecuente resultó ser la de la válvula aórtica bicúspide, encontrada 50 veces en 183 casos.

En cuanto al sexo parece que hay una electividad por el masculino, pues ha sido encontrada tres veces más en éste que en el femenino.

Anatomopatológicamente se ha atribuído la coartación de la aorta —siguiendo la teoría skodiana— a un acodamiento del vaso, consecuencial a la tracción que ejerce el conducto de Botal una vez obliterado y transformado en un cordón fibroso. Además, parece que el proceso obliterante no se detiene en la porción terminal de dicho conducto, sino que avanza invadiendo la aorta y lanzado fibras conjuntivas que forman un anillo en rededor, disminuyendo así su calibre. Esta teoría, lanzada por Skoda el primero, y a quien debe su nombre, ha sido muy discutida, sin que aún se haya logrado confirmarla a plenitud. Microscópicamente, a nivel de la estrechez se aprecia una disminución del tejido elástico y muscular, con aumento de tejido fibroso, sin evidencia de proceso inflamatorio. Dada la progresión gradual de la lesión, los signos clínicos son leves durante la infancia y se hacen progresivamente más ostensibles con el correr de los años.

La otra lesión histopatológica hallada con frecuencia, es la debilidad notable de las paredes de la aorta ascendente; lo que trae como consecuencia la dilatación que muchas veces llega hasta el aneurisma en este lugar. En cambio, debajo del sitio de la coartación, la aorta se encuentra notablemente hipoplásica, con reducción de su calibre, trayendo como consecuencia la disminución de la corriente sanguínea, la cual, para suplir la deficiencia circulatoria en la parte inferior del cuerpo, tiene que hacerse por otro sitio. De ahí el gran aumento de volumen de las arterias torácicas, que obligadas a suplir esta deficiencia, se hipertrofian. Así pues, las intercostales superiores, que a través del tronco intercostal superior vienen de la subclavia, anastomosándose con las intercostales anteriores procedentes de la mamaria interna, que a su vez viene también de la subclavia, van a buscar la anastomosis con la epigástrica, rama de la ilíaca externa. Además, las arterias intercostales anteriores, ramas de la mamaria interna se anastomosan con las intercostales posteriores que nacen de la aorta torácica. Fuera de ésto, la arteria torácica externa, rama también de la subclavia, así mismo da ramas que se anastomosan con las intercostales. En la espalda tenemos otra rama de la subclvia, la supraescapular, que da las posteriores profundas que se anastomosan con las ramas posteriores de las intercostales. A través de esta vasta red circulatoria se hace entonces toda la circulación de suplencia en la parte inferior del cuerpo, claramente insuficiente si ésta tuviera que hacerse únicamente a través de la aorta torácica, hipoplásica y

disminuída en su calibre. De ahí el que estas arterias se hipertrofien y se vuelvan pulsátiles.

Debido a la dificultad para el paso de la corriente sanguínea a través de la aorta coartada, se crea también un estado hipertensivo en la región del cuerpo irrigada por las arterias que nacen del cayado aórtico; lo que trae a su vez la dilatación y la hipertrofia del ventrículo izquierdo y del derecho más tarde.

Por último, se encuentran muy frecuentemente en estos enfermos, los aneurismas miliares de las arterias cerebrales que son también de origen congénito y causa común de muerte, por ruptura.

Todos estos hallazgos anatomopatológicos tienen su repercusión fisiológica correspondiente, formando entonces el cuadro sintomático. Las manifestaciones clínicas dependen sobre todo del grado de obstrucción de la aorta y del desarrollo de la circulación colateral compensatoria, siendo la sintomatología más bien vascular que cardíaca. Así tenemos entonces que el signo más saliente es el de la marcada desigualdad de la presión arterial entre los brazos y las piernas, con disminución en estas últimas; lo mismo que del índice oscilométrico, ya que normalmente la tensión arterial de los miembros inferiores es de 10 a 30 milímetros mayor que la de los superiores y si practicamos la prueba del agua caliente en las extremidades inferiores, vemos que el índice oscilométrico no se modifica, lo que demuestra que su disminución no se debe a espasmo arterial sino a lesión anatómica. Como consecuencia, tenemos en la parte superior del tronco una hipertensión arterial claramente apreciable si la tomamos en los brazos y una hipotensión si la buscamos en las piernas, con una marcada disminución de la pulsatilidad de las pedias que llegan a hacerse imperceptibles, lo mismo que de las femorales y muchas veces hasta de la aorta abdominal. Esta diferencia de amplitud entre los pulsos radial y femoral se pone fácilmente en evidencia con trazados esfigmográficos que muestran que el segundo con relación al primero, está exageradamente retrasado. Este retraso, con disminución o ausencia del pulso femoral y la disminución de la presión arterial en las extremidades inferiores con hipertensión en la parte superior del cuerpo, son los signos más importantes para el diagnóstico clínico de la coartación; anomalías que son signo patognomónico, según la autorizada opinión del profesor A. Grischman, cuando se presentan en combinación con vasos del cuello y del tórax dilatados,

pulsátiles y tortuosos. Cuando no existe la discrepancia entre las presiones arteriales tomadas en los miembros superiores e inferiores, es difícil llegar al diagnóstico clínico, y hay que apelar a otros medios de que ya hablaremos. Y no es esto de la ausencia de la pulsatilidad de las arterias de los miembros inferiores un signo muy constante, pues se ha visto que cuanto mayor es la coartación, mucho más marcada es la circulación colateral, llegando por este medio casi a equilibrarse la circulación inferior, conservando así, todas las arterias de esta región, una buena pulsatilidad. Por lo demás, el fenómeno de la hipertensión arterial de los miembros superiores ha sido atribuída, por unos, al obstáculo circulatorio consiguiente a la disminución del calibre aórtico; pero también, por no pocos —apelando a las viejas teorías de Goldblatt— a la insuficiente irrigación renal que por isquemia, hace desprender de la corteza del riñón una sustancia, la renina, que al combinarse con otras presentes en el plasma sanguíneo, forman la angiotonina o hipertensina a la cual se le atribuyen las hipertensiones arteriales de origen nefrótico.

Como consecuencia de todos estos trastornos hemodinámicos, aparece otro síntoma que tiene muchísima importancia para el diagnóstico: es el de la circulación colateral que se hace, como ya dijimos, a través de las arterias intercostales, la mamaria interna y las escapulares. Todos estos vasos se hipertrofian y se vuelven pulsátiles a tal punto que su pulsatilidad no solamente se aprecia a la palpación, sino también a la simple inspección y su desarrollo llega a ser tan exagerado, que el Profesor Pedro Cossio habla de un caso que tuvo oportunidad de ver en el Departamento de Cardiología del Profesor Paul D. White, en el Massachusetts General Hospital de Boston, de un paciente cuya circulación colateral en el tórax y el abdomen y especialmente en el ombligo, era tan desarrollada que parecía tener más bien un angioma o un aneurisma cirsoideo.

A la auscultación del corazón, lo más característico es la presencia de un soplo sistólico basal que se localiza generalmente en el borde esternal izquierdo, a la altura del segundo espacio intercostal y que se acompaña de un thrill con alguna frecuencia. Este soplo se irradia a los vasos del cuello y a la región precordial lo mismo que al apéndice xifoides, pero muy especialmente a la región dorsal en donde se oye con mayor intensidad a la altura del espacio inter-escapulo-vertebral izquierdo, entre la tercera y la quinta vértebras dorsales. Puede localizarse también

sobre el mango esternal o sobre el borde derecho de éste, aunque no es lo más frecuente; pero lo de mayor importancia es su irradiación hacia el dorso, ya que el soplo de la estenosis aórtica, con la cual podría confundirse, nunca se irradia a la espalda. Podría llegar a oírse también a nivel de las últimas vértebras dorsales, como sucedió con un caso de coartación de la aorta abdominal; pero a lo largo de toda la literatura médica solamente se ha descrito un caso de éstos que fue estudiado por Maycock en el año de 1937.

A más del soplo sistólico basal de que venimos hablando, se oye con muchísima frecuencia un soplo diastólico, también basal, que los fisiopatólogos explican fácilmente, atribuyéndolo a una insuficiencia aórtica funcional, que podría ser también orgánica en presencia de una válvula aórtica bicúspide; complicación ésta, bien frecuente, como ya dijimos.

El Profesor González Sabathié de la Argentina, en un estudio sobre siete casos de coartación aórtica, hace resaltar un síntoma encontrado en tres de sus observaciones y que consiste en la disminución de la tensión arterial y del índice oscilométrico en el brazo izquierdo comparado con el del lado derecho, y que él explica muy lógicamente por la extensión del proceso estenosante que llega hasta invadir el nacimiento de la arteria subclavia izquierda. Este mismo signo lo observó Master en un caso que se halla descrito en el *American Heart Journal*, correspondiente al mes de diciembre de 1946 y que también lo había observado ya Grischman, en 1944.

Fuera de la sintomatología descrita, que es clínicamente la más importante, se anotan otros síntomas de carácter secundario. Tenemos así los fenómenos vasculo-espasmódicos, tales como las cefaleas, lipotimias, fosfenos y enfriamiento de las extremidades inferiores; sin embargo, ningún trastorno funcional importante traduce el obstáculo de la circulación en éstas, pues la claudicación intermitente es casi excepcional y la gangrena no ha sido jamás observada. Como resultante de la hipertensión arterial en la parte superior del cuerpo, el paciente se queja de palpitaciones al menor esfuerzo y de sensación de latidos arteriales periféricos.

A veces, cuando la coartación de la aorta coexiste con la persistencia del conducto arteriovenoso y, especialmente, si la coartación es muy intensa o llega hasta la atresia completa, el

individuo presenta fenómenos de cianosis en la región inferior del cuerpo, cosa muy explicable si pensamos cómo se está efectuando en este caso la circulación sanguínea. En tales circunstancias se tendrán entonces agregados los fenómenos auscultatorios correspondientes a dicha lesión, como el soplo sistodiastólico en ruido de máquina, localizado a la izquierda del esternón e irradiado a las regiones infra y supraclavicular del mismo lado.

Los hallazgos electrocardiográficos corresponden generalmente a una hipertrofia del ventrículo izquierdo, sin que haya ningún signo peculiar a la entidad propiamente dicha.

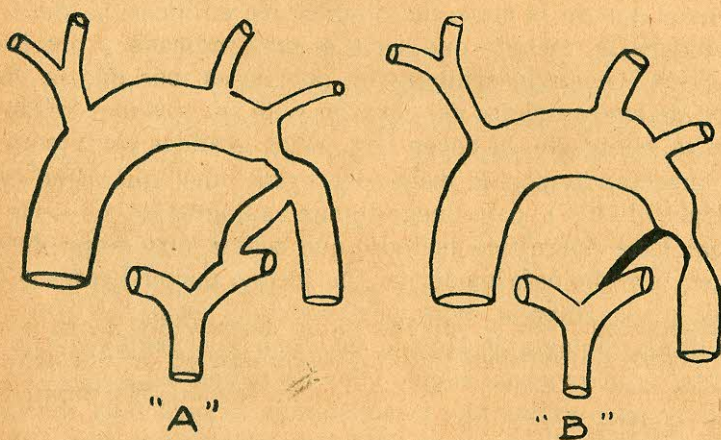
En cambio a la fluoroscopia, los hallazgos sí son muy elocuentes. A más de los signos de hipertrofia del ventrículo izquierdo, se aprecia el marcado ensanchamiento del pedículo vascular, con borramiento o notable disminución del botón aórtico. Pero el signo más característico, que no siempre se encuentra, pero que cuando está presente es patognomónico de la coartación aórtica, según el Profesor Lian de París, es el festoneamiento del borde inferior de las costillas, consecuencial al traumatismo que las arterias intercostales hipertrofiadas e hipertensas ejercen sobre dicho borde. Este signo que se aprecia mucho mejor a la radiografía que a la radioscopia, fue descrito por el Profesor Roesler, distinguido radiólogo alemán, en el año de 1928. Por eso al signo se le llama con su nombre, signo de Roesler, y es el que da la clave del diagnóstico en ausencia de la angiocardigrafía, método que sería el más indicado y preciso en estos casos. La angiocardigrafía, que no es más que la visualización de las cavidades del corazón y de sus grandes vasos por medios de contraste, la hacen hoy en los grandes centros científicos, inyectando por la vena del brazo una sustancia opaca (Diodrast al 70%), para luego tomar radiografías, en serie, del corazón. Este magnífico método, que señala una etapa de progreso en la radiología moderna, fue ideado por el Profesor Castellanos de la Habana, pero perfeccionado en el Instituto Nacional de Cardiología de México, en donde los cardiólogos de este Instituto, se atrevieron, siendo ellos los primeros, a modificar la técnica; y para evitar que la substancia llegara muy diluída al corazón a través de las venas del brazo, disminuyendo así el contraste, optaron por introducir a lo largo de la yugular externa del lado derecho una sonda que deposita la substancia directa-

mente dentro de la aurícula. Este método, que en cardiología marca un paso de avanzada, proporciona imágenes absolutamente precisas para el diagnóstico de todas las cardiopatías congénitas. Con él se puede ver en radiografías sucesivas, cómo se llenan primero las cavidades derechas, luego la arteria pulmonar y más tarde las cavidades izquierdas, saliendo la substancia por la aorta para ir a detenerse en la estrechez, franqueándola lentamente y dibujando con claridad todos sus contornos.

Desgraciadamente estos procedimientos de diagnóstico están todavía muy fuera de nuestro alcance.

De la evolución de la enfermedad muy poco hay para decir. Volviendo a las estadísticas de la doctora Abbott, encontramos que el promedio de vida es de 32 años con un máximo de 92 (un solo caso) y un mínimo de 3. La muerte sobreviene por complicaciones de la misma enfermedad, de las cuales la más frecuente es el desfallecimiento cardíaco congestivo. La doctora Abbott halló en 140 pacientes que sufrían de coartación aórtica las siguientes causas de muerte: por insuficiencia cardíaca congestiva, 60; por muerte súbita 40 de entre las cuales murieron 38 por ruptura de la aorta; por complicaciones cerebrales 26 y por endocarditis bacteriana, 14.

El tratamiento para esta enfermedad propiamente no existe. Debe limitarse a prevenir las complicaciones, causa de la muerte, de que ya hemos hablado, y, por lo tanto, debe aconse-



ESQUEMA DE LA COARTACION DE LA AORTA

"A" Tipo infantil; "B" Tipo adulto.

jársele al enfermo una vida tranquila, de absoluto reposo físico y psíquico y también intelectual. Alejarse por completo de los tóxicos como el cigarrillo, el alcohol, el café, etc. y luchar contra todo foco séptico para prevenir así la endocarditis bacteriana.

Como tratamiento quirúrgico, parece que algo se ha intentado. El Profesor Robert Gross de Londres, eminente cirujano de tórax, aconseja la escisión de la aorta en su área estenosada con anastomosis término-terminal. En el número 233 del *New England Journal Méd.* de 1945, describe él mismo dos casos, uno de los cuales murió, según dice, por haber quitado prematuramente los clamps, habiéndose producido una dilatación aguda del corazón. El otro caso fue seguido de éxito completo, por haber retirado los clamps más tardíamente.

HISTORIA CLINICA

Hospital de San Vicente de Paúl. Sala de San Roque. Cama Nº 33. Servicio de Cardiología. Nombre: Marcos A. Sañudo, de Medellín, de 25 años de edad, de oficio talabartero; estado civil, soltero. Entra al servicio el 26 de febrero de 1947. Antecedentes hereditarios sin importancia. Entre los antecedentes personales describe una neumonía sufrida hace cinco años. Hace 8 años tuvo unos chancros que se trató con Dmelcos, curando completamente; en el año pasado tuvo otra vez chancros, cuatro de una vez, que por su descripción no parecen sifilíticos. Su serología ha sido siempre negativa.

La enfermedad actual consiste en que desde hace cuatro años sufre palpitations intensas producidas por el más ligero ejercicio y por las emociones, pero que no parecen ser del tipo de las taquicardias paroxísticas. Se queja también de fenómenos vasculoespasmódicos, como cefaleas, sensación de frialdad en los miembros inferiores y de calor en los miembros superiores, lipotimias con obnubilación visual y fosfenos. No hay signos de claudicación intermitente.

Al examen físico es un individuo desnutrido, de baja estatura, más bien brevilíneo, mulato; ambulatorio; actitud del cuerpo libremente escogida y de conciencia normal. No presenta ni disnea, ni edemas, ni cianosis.

En el aparato cardiovascular descubrimos a la inspección y a la palpación, que el apex bate en el 6º espacio intercostal iz-

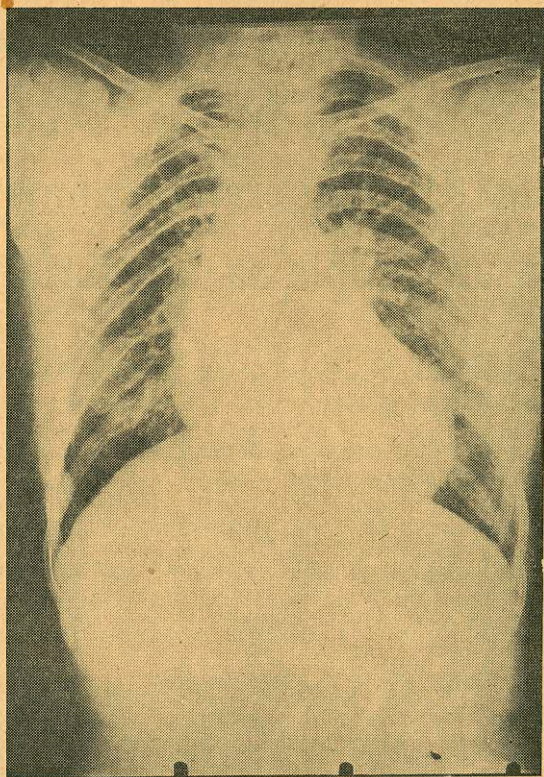
quierdo a unos diez cmts. de la línea medioesternal en proyección; el impulso apexiano es activo y se aprecia un ligero thrill en la región precordial. En las regiones supra e infraclaviculares, lo mismo que en el cuello, se aprecian intensos latidos arteriales de subclavias y carótidas y se palpan estos vasos aumentados de volumen con thrill sistólico en todos ellos. También en la región axilar, especialmente al lado izquierdo y en las regiones laterales del tórax, se descubren troncos arteriales aumentados de volumen y pulsátiles. En cambio la pulsación de las arterias femorales y de la aorta abdominal no se aprecia a la palpación, lo mismo que la de la pedia del lado derecho; solamente la del lado izquierdo se percibe ligeramente. El pulso radial es de 110 por minuto, duro, rítmico, igual y homocroto. La tensión arterial es de 170 x 40 en ambos brazos y de 120 de máxima en ambos miembros inferiores sin que sea posible determinar la mínima. El índice oscilométrico es de 6 y de 3 respectivamente. (Tanto la una como el otro fueron tomados inmediatamente encima de la rodilla).

A la auscultación del corazón encontramos las revoluciones cardíacas rítmicas, de frecuencia de 110 por min.; soplo sistólico en la región del mango eternal que se oye con igual intensidad a la derecha y a la izquierda de éste y que se irradia a los vasos del cuello, al apéndice xifoides y al apex; pero la irradiación más característica es a la región interescapular en donde se oye claramente. También en la región basal (focos aórticos principal y accesorio) se oye un soplo diastólico, prolongado, de baja tonalidad, que se irradia al apex.

Al examen de los demás aparatos no se descubre nada apreciable; ni tampoco en los exámenes de laboratorio como coprológico, de orina, fórmula leucocitaria, y reacciones serológicas, que fueron negativas. El fondo del ojo fue normal.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal regular; frecuencia 115 x m. PR: 0.16 de seg. QRS: 0.08 de seg. Eje eléctrico: + 60°. P. en DII de 0.10 de seg. (límite superior normal); QRS con empastamientos y de alto voltaje; Segmentos S-T en DI y DII ligeramente deprimidos. Potenciales unipolares de los miembros, con la Central Terminal de Wilson, normales. Derivaciones precordiales con la Central Terminal de Wilson: P. en VI difásica más-menos; persistencia de S profunda hasta V4; R de alto voltaje en V5 y V6; ondas T negativas en VI y V2; positivas en

todas las demás. El trazo sugiere lesiones miocárdicas auriculares y ventriculares e hipertrofia ventricular izquierda.



Fluoroscopia: Corazón con hipertrofia izquierda y derecha. Segmento de la arteria pulmonar rectilíneo; punto G alto; borramiento del botón aórtico. En oblicua izquierda: espacio retrocardíaco estrecho; pedículo aórtico ensanchado. En oblicua derecha: con bario en el esófago aparece este ligeramente rechazado y en contacto con la columna vertebral.

Radiografía: "Corazón muy alargado como ocurre en las estenosis; pero como se dice que hay soplo sistólico es evidente que se trata de una estenosis aórtica. Luego se aprecian cambios en los bordes costales que se destacan en la placa. (Muecas redondeadas en los bordes inferiores de algunas costillas)". (1)

(1) El informe radiológico es del Dr. Daniel Correa, radiólogo del Hospital de San Vicente de Paúl.

La leche. Un imperativo alimenticio y un problema sanitario

Podría colmarse una muy grande biblioteca con lo que se lleva escrito y publicado sobre leche.

Los trabajos dedicados a cada uno de sus múltiples aspectos, exigiría extensos anaqueles y salas espaciosas.

Por ello parece que holgarían nuevas páginas sobre el asunto, que de mi parte no más tengo agregados dos pequeños ensayos de divulgación, y no pocos artículos en nuestra prensa local, a la copiosa bibliografía existente.

Más, la cuestión sigue siendo siempre de perentoria actualidad, (41-42), y no obstante los progresos logrados y las técnicas puestas en práctica, tan importante alimento universal, indispensable, no ha dejado de ser un complicado problema económico-social y un perpetuo rompecabezas higiénico.

Y por añadidura, entre nosotros, y, seguramente, en otras partes, un socorrido y succulento tema político con que "la oposición", sea cual fuere su marbete, estimula eficaz e implacablemente "la sensibilidad social" y la nosofobia del gran público, activa la exquisita irritabilidad parlamentaria de nuestros cuerpos colegiados, y perturba con ferocidad y saña, sádicas, el plácido usufructo presupuestal de las burocracias dirigentes.

Por todo ello, en las presentes notas daré de mano a las fases exclusivamente biológicas de semejante alimento de los vertebrados superiores, limitándome apenas a probar, con un fatigante recuento de pesquisas estadísticas, la universalidad planetaria de las dificultades que suscita la provisión de tan imprescindible sustancia, y a señalar, como conclusión, la facilidad

con que una acertada y vigilante intervención del estado y un cristiano y decidido ánimo de empresas y de negociantes en el ramo, darían a sus víctimas, los ciudadanos consumidores, un producto sano en lugar del caldo tóxico, con que, a trueque del dinero de su trabajo, suelen envenenarlos.

Como he de demostrarlo en seguida, el origen de la mala calidad y de los sinnúmeros peligros de la leche, reside únicamente en la negligencia asesina, en el desaseo culpable, y en los descuidos criminales, continuos, exasperantes y absolutamente remediabiles en que se tienen los ordeñaderos y en que se mantienen los ordeñadores.

De ahí que para pesadumbre de nuestros políticos, a quienes haya de menoscabarles la potencia vulnerante de este atractivo tema, tenga de afirmar una vez más, y con cifras irrecusables, que debemos agradecer a las plantas pasterizadoras, cordialmente, el hecho de que, como lo dije en otra ocasión, nos provean el zumo excelso de la que con acierto genial llamó alguno "la nodriza de la humanidad", libre siquiera de pelos, bostas, garrapatas, trapos y deshechos de rejos, y hasta de sapos, eliminados por sus cedazos, y aminorado de bacterias peligrosas en sus tanques de calentamiento.

Y venga la letanía de cifras:

PRODUCCION Y CONSUMO

Apenas Suiza y Estados Unidos (3) se aproximan al desiderátum que debieran perseguir gobiernos y conglomerados humanos para lograr un suministro de tan valioso e insustituible alimento.

Los datos que me ha sido dable allegar son los que siguen:

Estados Unidos (6).—La estadística de 1940 señala:
25.000.000 de vacas.

Los lacticios constituyen el 25% de los 680 kilos de alimentos que consume cada norteamericano por año, sea 1.863 gramos por día, contando entonces 466 gramos de leche por persona.

O, prácticamente, medio litro, cifra admitida como normal y ordinaria para un adulto.

La mantequilla ocupa el sexto lugar y el queso el octavo en el promedio del menú cotidiano.

A ello se debe indudablemente la preponderancia del gran país del norte en todos los sentidos.

Nuestras democracias latino-americanas no han podido entender que la higiene, bajo todos los aspectos, es la base incontrastable de toda economía nacional, que un pueblo bien alimentado será siempre un pueblo sano, fuerte, eufórico, gobernable y productivo.

Por desgracia el criterio de nuestros estadistas es muy otro: Para Higiene y Educación las menores cantidades posibles del tesoro público.

Los Ministerios de Guerra y de Relaciones Exteriores se llevan las cifras gordas.

Y la ciudadanía?

Que se aguante y que produzca votos.

Y no hay más que hablar.

Según la misma publicación, de que obtuve estos datos, una de cada 15 familias yankis, viven de la leche, y entre ellas el consumo alcanza a 1½ litros de leche per capita.

La producción, en 1940, de leche y lacticinios, alcanzó un valor de 3.500.000.000 de dólares.

Por donde, concluye el autor, “la industria lechera resulta la principal industria pecuaria, superior a la del ganado mismo, al algodón, al trigo y al tabaco”.

Y entre tanto en Antioquia, donde antes de los automóviles, de los cines y de las fábricas, la gente se alimentaba bien, cuidaba sus vacas a domicilio y conquistaba tierras bravías, y no había centralismo absorbente, ahora la industria más productiva, y la más lucrativa desde el punto de inversión en materias primas, viene a ser el alcohol de las rentas oficiales, sin que se le pueda negar que es muy bueno y de primera clase.

Brasil. (9).—En 1936 produjo 23.000.000 de hectolitros
o sea: 6.300.000 litros diarios
que apenas alcanzaron para la mínima cantidad de 140
gramos diarios por persona.

En 1940, el valor de la producción lechera fue de
1.067.324 Contos de Reis.

En tanto las industrias más importantes se avaluaron así:

| | | |
|---------------|-----------|--------|
| Café | 2.253.819 | Contos |
| Carne | 1.687.043 | ” |
| Algodón | 1.185.253 | ” |

De suerte que la leche ocupa el 4º lugar en el rendimiento agrícola del país.

Y como la industria agropecuaria brasilera se estimó ese año en 8.052.497 Contos de Reis

y la pecuaria con

40.864.000 de cabezas, en

3.152.213 Contos de Reis

la lechera sola viene a constituir el 10% de la economía rural.

Río de Janeiro. (6).—Con una población, en 1939, de

1.800.000 habitantes

dispuso apenas de

6.313.544 litros

o sea un consumo diario de 11 gramos por persona.

En 1941 dispuso de

83.489.226 litros

equivantes a

228.737 litros como media diaria.

En 1942 subió a

86.832.775 litros,

y en 1943, bajó a

82.031.838 litros

y en 1944 a

78.209.514 litros

por donde una disminución progresiva que alcanza a 4.65% en los dos últimos años y de 5.52% entre 1942 y 1943.

En tanto en Porto Alegre, ciudad de 276.000 habitantes, el consumo fue apenas de

40.000 litros al día

cuando debieran disponer de 150.000 litros diarios.

Y, según el Dr. Barros Barreto, a quien tuvimos el honor de conocer y el placer de oír en la X Conferencia Sanitaria Panamericana de 1938, el consumo en todas las capitales de estado brasileras para 1941, fue apenas de 60 cent. cúbicos por día y por habitante.

En la Argentina en 1936 Landa Perroni (26) señala una producción de 3.000.000.000 de litros, equivante a 250 litros por habitante, y en Buenos Aires se consumieron por día 787.271 litros, de los cuales se pasteurizaron sólo 300.000 litros.

Según Viscarra, en 1935 a cada ciudadano de Buenos Aires le correspondieron 380 gramos por día, en tanto, en el mismo año, sus cálculos dan 600 gramos para Estados Unidos y apenas 133 para la ciudad de Valparaíso.

Para Chile, el mismo Dr. Viscarra, señala una producción de (6) 227.762.000 litros, en 1939 que equivale a 50.5 litros por habitante, de todo el país, y la exigua cantidad de 82 centímetros cúbicos por día.

En México, en el Distrito Federal, (9) en 1938, el consumo alcanzó a 132.420.000 litros que arrojan un promedio mensual de 7.6 litros, sea 97.2 por año y 250 centímetros cúbicos diarios por persona.

En Caracas los datos del Ministerio de Sanidad, de Julio de 1939, señalan sólo 30.000 litros diarios para un total de 250.000 habitantes, que da la mísera cifra de 12 centímetros cúbicos por día y per capita; por suerte toda le llega al consumidor pasterizada.

Tobey (49) en un trabajo publicado en 1938, da estos datos, también lamentables:

Cifras por cabeza :

| | | | | | |
|---------------------|-----|-----------------------------|---|---|---|
| Inglaterra | 90 | litros | | | |
| Italia | 15 | litros en el año | | | |
| La Habana | 250 | centímetros cúbicos por día | | | |
| Quito | 220 | " | " | " | " |
| Lima | 133 | " | " | " | " |
| Río de Janeiro..... | 83 | " | " | " | " |

En Bogotá, de acuerdo con los datos oficiales, tuvieron en
1937 : 10.203.362 botellas, y en
1938 : 13.727.943 " de las cuales se pasteurizaron
sólo 723.002 botellas o sea el 52%

Y en 1943 se registran 16.821 litros diarios para sus 391.200 habitantes, equivalentes apenas a 43 centímetros cúbicos diarios por bogotano, cantidad que sorprende tratándose de la Sa-

bana donde se tienen las mejores vacas y las mejores dehesas de la República.

En lo que se me alcanza respecto a higiene de las leches, parece se llevan la palma Dinamarca, Suiza, Suecia y Venezuela dado que en las ciudades de Caracas, Maracay y la Guaira, está absolutamente prohibida la venta de leches crudas.

En Montevideo se pasteriza el 83% de la leche que se consume.

En Buenos Aires y en la Paz, Bolivia, el 25%.

En las zonas urbanas del Perú y del Ecuador apenas entre un 5 y un 10%.

En Port-au-Prince y en Guatemala sólo el 1%.

En Bogotá el 52%.

Y de Medellín, resulta imposible dar una cifra más o menos exacta porque han fracasado todas mis pesquisas para obtener la cifra global, aproximada de la leche que entra diariamente.

Perduran a pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias numerosos expendios particulares, y numerosas familias se surten directamente de sus establos de las casas de campo, más o menos próximas a la ciudad.

Pero en todo caso es preciso confesar que las Plantas pasterizadoras y los mismos conflictos políticos y periodísticos que han suscitado, han traído consigo una muy benéfica educación del público sobre el particular, y el hecho de que la generalidad del pueblo desconfíe de las leches que le ofrecen fuera de las embotelladas en las Plantas.

Alteraciones

Tanto los huevos como la leche constituyen los alimentos más perfectos, casi que completos fabricados por la naturaleza.

Mas por ello mismo, por su alto poder nutritivo, resultan eminentemente alterables, y muchísimo más la segunda que carece de la espléndida protección de los primeros.

Y a pesar de ello, investigaciones hechas desde Pasteur prueban que existe un alto número de huevos inicialmente provistos por lo menos de unos cuantos gérmenes saprofitos.

Y así como la leche nutre, y es capaz de nutrir por largo tiempo aun a los mamíferos adultos, sus proteínas, sus glúcidos, sus lípidos y sus sales forman un complejo ideal para una precoz y muy activa proliferación bacteriana.

Dejando de lado este aspecto interesante por demás, del cual me ocuparé un poco, luego, vayan unos cuantos apuntes sobre las alteraciones espontáneas y las fraudulentas, que vienen a ser las más frecuentes, si no se ejerce un control sanitario riguroso y sostenido:

En Bogotá, afirma el Dr. E. A. Mesa (29), que de 9.160 muestras examinadas en el Laboratorio de Leches se encontraron:

- 726 mezcladas con agua
- 930 parcialmente descremadas
- 112 con *Bacillus Welchi* positivo
- 6 muestras de Koumys con *Escherichia coli*

Y según la Sociedad Colombiana de Pediatría, el porcentaje de leches buenas en la capital de la República no pasó del 10% en 1944.

En Medellín según los datos que me suministraron galantemente en las oficinas de la Planta Municipal y de la Refrigeradora Central, las cifras y los porcentajes resultan muy satisfactorios como puede verse en los cuadros completos que en otro lugar transcribo.

Y debo advertir que en 1926 y de 1928 a 1936 en que fui Director del Laboratorio Municipal de Medellín, época que comprende un lapso importante antes de fundarse la Pasterizadora Municipal, y tiempo en parte del cual se permitía el expendio libre, previo control rotatorio de las canecas que portaban las *lecheras*, era demasiado frecuente la adición de agua, de almidón, de bicarbonato de sodio, y el descremado por las expendedoras.

De métodos más refinados, carecían, por suerte, de noticias.

Al fin la fundación de las Plantas concluyó con este fraudulento y peligrosísimo negocio, quitando de paso el pintoresco color local que daban *las lecheras*, algunas muy garridas y vistosas, a las calles de Medellín.

Pero hoy tenemos los carros amarillos y los "Lecheros", de género también masculino, si no tan flamantes al menos sobrado paradójicos.

En el Puesto de Examen de Niteroi para el consumo de Río de Janeiro, según una publicación de 1942 del Comité Ejecutivo de la Leche, fueron examinadas (7) 541.660 muestras, obligando a retirar:

| | | |
|--------|--------|-----------------------------------|
| 11.250 | litros | por exceso de acidez |
| 1.300 | " | por presencia de cuerpos extraños |
| 800 | " | por pasterización deficiente |
| 400 | " | por adición de Cloruro de Sodio |
| 150 | " | por presencia de jabón |

cuya suma da 2,5%, comparable al nuestro de 1943 y mucho menor del que siguió teniendo Medellín en los años siguientes.

Y que tratándose sólo de hiperacidez, se debe, con toda seguridad, a que Río Janeiro dispone de los medios de transporte indispensables, de que aquí carecemos en absoluto.

Para Lima, la Srta. Olinda Herrera Palacios (25), en uno de los excelentes trabajos de la cátedra de mi muy distinguido amigo el Profesor Carlos A. Bambarén, en la Escuela de Farmacia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Perú, encuentra una muy alta contaminación por *Escherichia Coli* en los helados por deficiente pasterización de la leche y por manipulaciones impropias.

San Pablo, Brasil, según Rogyck (38) poseía en 1942, 4 Plantas Pasterizadoras, y de los exámenes de leches recibidos encontró:

| | |
|------------------------|--------|
| Escherichia en el..... | 56,5% |
| Aerobacter en el..... | 37,66% |

La Colimetría osciló entre 1.600 a 1.800.000 gérmenes por c. c.

Por su parte Alejandro Mello, (28) en leches del interior sometidas a largos transportes, encontró hasta 300.000.000 de gérmenes por c. c. con más de 1.800.000 de Coli-Aerogenes.

En Santiago de Chile, según Landa Perroni (26) la inspección de establos dio:

| | |
|--------|---------------------------------------|
| 57,76% | de leche sucia y |
| 30,67% | de muestras con alta cifra bacteriana |

Encontrándose, además, un 20% de vacas tuberculosas, siendo

la cifra global para Chile, del 30 al 35% para esta clase de animales enfermos.

Y desde el punto de vista de la Brucelosis, la estima de un 20 a 40% en las vacas entre Aconcagua y Cautín y de un 50 a 80% de Cautín al Sur.

Y en Puerto Rico, en un trabajo de Costa Mandry (6) informa de recuentos de 100.000 gérmenes x c. c. en el 3,8% y de más de 1.000.000 en el 32,8% de los exámenes practicados de 1933 a 1934; la campaña de saneamiento emprendida, invirtió los términos: 40,85% con 100.000 bacterias por c. c. y apenas 7,86% con más de 1.000.000 de 1934 a 1935.

Prueba asaz demostrativa de lo que puede alcanzar una inteligente intervención sanitaria.

Enfermedades

Por vía directa, de la vaca enferma al hombre, se ha demostrado, con sobra de casos y de experiencias, que la leche puede transmitir:

- Tuberculosis
- Brucelosis
- Estreptococcias
- Estafilococcias y Aftas.

Por vía indirecta, por contaminación del producto en las diversas etapas de su manipulación, por portadores de virus sanos o enfermos, se han comprobado:

- Fiebre Tifoidea y su adlateres
- Disenterías Protozoólicas y Bacterianas
- La gama toda de las Enteritis Infantiles
- Toda suerte de Anginas y de Amigdalitis
- Escarlatina, Difteria y muchas otras incluyendo hasta la Parálisis infantil.

Hasta 1920, según Tobey (49) se habían denunciado 1.300 epidemias desencadenadas por leches infectadas en los Estados Unidos.

El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, en estudios metódicos que se iniciaron en 1923, señala un promedio de 42 brotes epidémicos anuales debidos a la leche y a sus derivados.

En 1938 recopiló una serie de 168 epidemias diversas con un total de 36,507 enfermos y 72 muertes; las investigaciones señalaron los siguiente vehículos:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Por Agua | 48 brotes |
| Por leche y lacticinios..... | 42 " |
| Por otros alimentos | 70 " |
| De origen indeterminado | 8 " |

En 1939, se comprobaron 249 epidemias; enfermaron 9.748 personas y murieron 28.

En esta vez las causas fueron:

| | |
|------------------------------|-----------|
| Por agua | 43 brotes |
| Por leche y lacticinios..... | 41 " |
| Por otros alimentos..... | 148 " |
| Indeterminados | 17 " |

Según Fuchs (6) el mayor fue de Angina Estreptocócica que afectó a 546 clientes de una proveeduría de leche cruda.

Ese mismo año en un Asilo de Nueva York de 2.321 pensionistas la Disentería Bacilar hizo presa en 609, 26%, se encontró la leche contaminada y se identificaron 3 portadores de gérmenes en el personal.

Allen y Baer (4), en 1944 informan sobre un interesante estallido de Angina Estreptocócica originado por una "Vaca Mecánica" utilizada por el Ejército para reconstruir la leche partiendo de polvo.

Fue afectado el 10% del personal del campamento.

La encuesta epidemiológica demostró que en la fábrica existían portadores de Estreptococos Hemolíticos Beta.

En cuanto a la Brucelosis, temible enfermedad negada aquí por la omnisapiencia de ingenieros "honorables consejales", y que nos ha faltado investigar en la forma que se debe, existiendo apenas los excelentes trabajos iniciales de nuestro compañero el Dr. Hernán Ochoa, y del Dr. Julio Calle (32), su existencia y su morbilidad a lo largo del continente resultan inquietantes a juzgar por estos apuntes bibliográficos:

En Santiago de Chile, Soto San Martín (47) en la inspección de 60 establos con 400 vacas, encuentra 25 que dan lacto-

aglutinación positiva y obtiene de ellas 7 cepas de *Bacillus Abortus*.

Y de 38 exámenes al personal encargado de los establos, 23.6% dan positiva la Sero-aglutinación de Huddleson.

Ya, en 1940, Enrique Onetto y Graciela Leyton (33) habían encontrado 31,4% positivas de las vacas examinadas y 58% de los bovinos del matadero.

De Estados Unidos, Simpson (6) relata 220 casos por leche cruda y lacticinios sin pasteurizar en Dayton, Ohio. Y sólo registra 24 después de 1931 en que la pasteurización entró en vigor.

Y Borts (5) en Marais, Iowa, informa sobre 77 personas infectadas con una cepa porcina encontrada en leche cruda, y que a la vez dieron hemocultivos positivos.

De donde se deduce que no debe permitirse el que los cerdos convivan y se mezclen con las vacas.

En el Hospital general de México, en 1941 Luis Castañeda y Carrillo Cárdenas (44) trataron 35 casos con un antígeno obtenido triturando tres variedades de *Brucellas*.

Por su parte Gutiérrez Villegas (22), en el mismo año, encuentra en establecimientos de Leche "Certificada" del Distrito Federal y de las cercanías de México un 25% de vacas infectadas y 21.5% de sospechosas; y advierte que en ninguno de los establos examinados bajó del 20% el número de animales portadores de la infección.

Roch (43) de sus investigaciones concluye que la Reacción de Huddleson fue positiva para el 68% de los bovinos examinados.

Ricardo Campillo (11), en 1942 examinó 1.192 vacas de 41 establos, comprobando 41.2% de positivas; y 2.2% de 740 muestras de leche.

Según el boletín del Departamento de Salubridad Pública (8) en 1942 murieron de Fiebre Ondulante 196 personas.

Y de 200 enfermos vistos por Tovar Mancera (6) los diagnósticos fueron en sus cuatro casos mortales:

- Meningo-encefalitis difusa
- Angina Agranulocítica
- Neumonía fulminante y
- Brucelosis crónica.

Javier Villalobos (51) informa, que en Chihuahua, en 8 centros de Higiene diferentes se diagnosticaron:

| | | |
|--------------|----|-------|
| En 1939..... | 24 | casos |
| En 1940..... | 19 | ” |
| En 1942..... | 45 | ” |
| En 1943..... | 18 | ” |

predominado en la región el ganado caprino.

Y en Ciudad Juárez, 17.6% de 1.600 vacas fueron positivas al Huddleson, a títulos muy elevados, y el 12% de los Holstein importados y de sus mestizos.

Del Uruguay, hemos obtenido los siguientes datos que dan Purriel, Rizzo y Espasandín, (35) de tres Plantas industriales de leche de Montevideo:

| | | | | | |
|---------|-------|---------|-------|-------|-------------|
| 1º..... | 1.193 | obreros | | 13.6% | , positivos |
| 2º..... | 1.096 | ” | | 5.8% | , ” |
| 3º..... | 1.331 | ” | | 8.56% | , ” |

Predominó en las encuestas bacteriológicas el Brueella Abortus.

Entre nosotros, fuera de los trabajos de Hernán Ochoa sólo se había preocupado de la cuestión Abondano Herrera (2) quien en su publicación de 1935 señala que de 87 expendios de Bogotá encontró aglutinaciones positivas en 41 de ellos.

Y para cerrar este pequeño capítulo, copio de Huddleson y de Myrtle Munger (24): “Infección activa e Infección clínica no son sinónimos; es decir, que un individuo puede estar infectado con Brucella sin manifestar nunca síntomas clínicos del mal”.

Y en tales condiciones constituye el tipo clásico del portador sano de virus peligroso.

Y de Jordan: “desde el punto de vista económico y sanitario, la Brucellosis es una de las enfermedades más importantes transmitidas al hombre por los animales”.

ESTAFILOCOCOS

Hackler (23) señala un brote de 29 casos en 11 casas distintas por consumo de leche pasteurizada que dio prueba de fosfatasa muy positiva y que por tanto se contaminó después de la pasteurización.

El mismo tipo de Estafilococo se aisló de la nariz y de la garganta de tres de los cinco empleados del establecimiento proveedor, uno de los cuales tenía una extensa forunculosis.

La contaminación tuvo lugar en el embotellado y el cierre de las botellas, operaciones que se practicaban a mano.

TUBERCULOSIS

Fuera de los trabajos acometidos para la tesis de grado del Dr. Juan B. Callejas, (53) de quien tuve el honor de ser Director y Presidente, creo que muy poco cuidado se ha prestado a esta cuestión entre nosotros.

Cierto que nuestro ganado blanco orejinegro, bate quizás el record de resistencia a las enfermedades y de conformidad, verdaderamente bovina, a las precarias condiciones en que se le cría y se le mantiene, y es el momento de prestarle, por sus virtudes numerosas, parte siquiera de las considerables atenciones que se tienen para con las reses importadas.

Pero con demasiada frecuencia he pensado en la posibilidad de que una encuesta rigurosa, metódica, bien dirigida, podría darnos sorpresas en que la indiferencia de los ganaderos no ha parado mientes.

Y ya que carecemos de datos reveladores, repasemos los encontrados en trabajos de otras partes, justificativos de una amenaza constante de la cual nos estamos creyendo libres:

Falcioni (17) estudiando las granjas argentinas (tambos) concluye que el 30% de las vacas son tuberculosas.

P. F. Gara (21) encontró en el norte de Italia, de 1934 a 1939, 195 casos de Tuberculosis extra-pulmonar, de los cuales 18 (9.2%) dieron Bacilo de Koch de tipo bovino.

De ellos 13 tenían formas articulares y 5 formas ganglionares.

El autor los atribuye a la leche cruda y al contacto frecuente con los animales infectados.

En Buenos Aires, Ángela M. de Soriano (46) aisló el Bacilo tuberculoso en 23% de las leches pasterizadas que examinó

Los recuentos globales le dieron entre 100.000 y 2.500.000 de gérmenes por c. c., siendo los principales:

Micrococos
 Estafilococos
 Estreptococos
 Sarcinas
 Bacterias no esporuladas
 Levaduras y Hongos.

En una investigación que practicó en 1941 comprobó en el 17% de las leches pasterizadas Estafilococos Entero-tóxicos.

FIEBRE TIFOIDEA

Durante la primavera de 1927 estalló en Montreal, Canadá una epidemia ocasionada por leche contaminada con 5.000 casos y 500 muertes. (Tobey) (49).

En México, en brote de 5 casos, Rendón (40) comprobó que la leche fue el factor etiológico, y que en uno de ellos se trataba de "Leche certificada" de uno de los más importantes establos de la ciudad.

Gauthier y Foley (19) cuentan que en el Condado de Champlain, entre las ciudades de Quebec y Montreal aparecieron 34 casos en tres municipalidades y 6 más en el mismo Montreal y en Boucherville, con 6 muertes, equivalentes a un 15%.

Se verificó una rigurosa encuesta epidemiológica de las aguas, las leches, las mantequillas, los quesos y otros alimentos y resultó que los 40 enfermos habían comido del mismo queso Cheddar.

La leche que se usó en su manufactura procedía de 80 granjas distintas, sin historia alguna de tifoidea en ellas, salvo una portadora, conocida, que confesó haber ordeñado a pesar de tenerlo prohibido.

Y por eliminación, de esta pesquisa ejemplar, se le atribuyó, sin lugar a dudas el origen del brote.

Según el Departamento de Sanidad de California, entre el 9 de Abril y el 26 de Mayo de 1944, estallaron 76 casos en los Condados de Kern, Tulare, San Benito y Monterrey.

Las investigaciones demostraron, en todos los pacientes el consumo de cierto tipo de queso sin pasterizar.

Se legisló rápidamente, prohibiendo el expendio de quesos fabricados con leches crudas, o sin una maduración menor de 60 días (6).

Tiedeman (50) relata otros 3 estallidos graves en el primer semestre de 1944, en California, Indiana y Alberta (Canadá) por quesos preparados con leches crudas.

Repasando la literatura hasta 1939, encontró 31 episodios semejantes atribuidos a quesos, fuera de Escarlatina, Angina Estreptocócica y Fiebre Ondulante.

Esta epidemia de Alberta, según Menzies (31) llegó a 83 casos con 7 defunciones.

La leche con que se fabricó el queso incriminado, provenía de 96 granjas con 223 personas.

De estas, 19 tenían antecedentes de fiebre tifoidea, 51 de haber estado en contacto inmediato y 82 en contacto remoto con casos de la enfermedad.

Mediante copro y urocultivos se logró identificar al portador responsable comprobándose también la identidad de la cepa aislada en la epidemia y la del portador, gracias al Método de Craigie.

Estos hechos prueban una vez más que el verdadero epidemiólogo ha de ser como lo dijo con tanto acierto Rosenau, “un detective de la enfermedad”.

Zozaya y Varela (52) en Méjico, en 520 muestras de “leches certificadas” encontraron 2 veces *Eberthiella Typhosa* (*Salmonella typhi*) y 5 veces la *Salmonella Paratyphi Beta*.

PASTERIZACION

Aparte del enorme beneficio que se hace a la leche, sucia ab-origen, por la ignorancia y los descuidos dominantes en los ordeñaderos, y la malevolencia frecuente entre los trasportadores (tenemos hechos innegables de la polución voluntaria y perversa de los ferroviarios sobre todo), con solo el hecho de tamizarla en focos de concentración y de reparto, es preciso convenir en que la pasterización, en nuestro medio, transforma un producto inicialmente muy malo, en otro generalmente bueno, y, en todo caso siempre más aceptable.

Lo demuestran con sobra de evidencia, para nosotros y para los demás conglomerados urbanos, todo este recuento de tediosos apuntes pescados en aquesta mi reciente encuesta bibliográfica.

Mello (28) en S. Pablo, Brasil, encuentra que 30% de contenido bacteriano antes del proceso se redujo al 5,7% después.

Y en su investigación diferencial, desaparecieron los gérmenes tuberculosos y coliformes.

Y sin embargo, llega a ser tanta la contaminación en los establos y la proliferación microbiana en los trasportes, que el procedimiento, así fuere de bueno y ventajoso, no alcanza a veces a depurar el producto :

Marini y Polizza (27) afirman que el 75% de la leche que se consume en Buenos Aires, da un recuento superior al establecido por la legislación al respecto, oscilante entre 22.000 y 1.585.000 de gérmenes por c.c.

Y Recalde (39) en las leches pasteurizadas de Tucuman encuentra *Bacterium Coli-Aerógenes*, y tiene aisladas las especies

Fecalis
Communis
Communior
Intermedius
Acidi Lactici
Aerógenes
Y Cloacae

En su mayoría las fuentes posibles de contaminación son el suelo, el agua y los pastos.

Tras este pesadísimo recuento, y para comparación demostrativa y probatoria de que el problema es igual en todas partes, a la vez que susceptible de arreglarse con ánimo de hacerlo y con vigilancia desvelada, demos un vistazo a lo que ocurre en nuestra urbe:

No existe que yo sepa, y mucho he rebuscado, estadística alguna de la producción lechera en nuestro país, como tampoco en nuestro departamento.

Apenas sí. D. Justo Restrepo, Director de la Oficina de Estadística Departamental, ha hecho un esfuerzo incalculable por allegar la cifra siquiera global de las diversas riquezas agropecuarias del suelo antioqueño, y del excelente cuadro que tuvo la bondad de procurarme, supe que asciende a 1.243.190 el número de cabezas de ganado vacuno en el Departamento.

Pero carece de datos discriminativos de sexos ni de edad, y por tanto resulta imposible calcular el número de vacas en explotación.

Por lo que atañe a Medellín, sólo podemos contar con las estadísticas, muy completas por cierto, que se sirvieron proporcionarme la Oficina de Contabilidad de la 3ª Sección de Empresas Públicas Municipales, a cuyo cargo está la Planta Municipal de Leches, y el Señor Gerente de la Refrigeradora Central que pasteriza la que recibe de los miembros de la Compañía denominada "Unión de Productores de Leche".

Y sea ésta la ocasión de agradecerles la atención que tuvieron a bien dispensarme, y advertir, además, y de nuevo, que buen número de familias medellinenses se surten directamente de las vacas de sus haciendas y de sus casas de campo, lo que dificultaría considerablemente establecer un censo, siquiera aproximado de las reses y de la producción que surte a nuestra cara ciudad de Medellín.

Los datos de nuestras Plantas son los siguientes:

PLANTA MUNICIPAL:

| Año | Litros buenos | Litros alterados retirados del consumo | Total de Leches recibidas | Porcentaje de alteraciones |
|-------------|---------------|--|---------------------------|----------------------------|
| 1943 | 5.984.261 | 126.030 | 6.110.291 | 2,10% |
| 1944 | 6.503.531 | 264.760 | 6.768.291 | 4,06% |
| 1945 | 6.591.407 | 379.040 | 6.970.447 | 5,08% |
| 1946 | 6.413.160 | 312.975 | 6.726.135 | 4,88% |
| Total | 25.492.359 | 1.082.805 | 26.575.164 | 4,24% |
| Prom. anual | 6.373.089 | 270.701 | 6.643.790 | |

De la Refrigeradora Central copio directamente la nota muy especificada que se sirvió enviarme el Sr. Gerente.

Medellín, 27 de Febrero de 1947

Señor Dr.

ALONSO RESTREPO

Ciudad.

Apreciado doctor:

De acuerdo con su solicitud telefónica, tengo mucho gusto en suministrarle en seguida los datos referente a las entradas

de leche cruda a esta Empresa en los últimos 4 años tanto buena como inapta para la pasteurización:

TOTAL DE LITROS

| Año | Buenos | Acidos | Cuajados | Total |
|------|------------|---------|----------|------------|
| 1943 | 6,916.834½ | 170.988 | 54.299 | 7,142.121½ |
| 1944 | 7,291.618 | 218.478 | 71.310 | 7,588.406 |
| 1945 | 7,106.844½ | 299.782 | 65.530 | 7,472.156½ |
| 1946 | 8,559.348½ | 352.741 | 122.134 | 9,034.223½ |

Los datos anteriores convertidos a porcentajes, sobre el total de litros recibidos, nos dan las siguientes cifras:

| Año | Lts. Buenos | Lts. Acidos | Lts. Cuajados |
|------|-------------|-------------|---------------|
| 1943 | 96,84 % | 2,39 % | 0,76 % |
| 1944 | 96,08 % | 2,87 % | 0,93 % |
| 1945 | 95,11 % | 4,01 % | 0,87 % |
| 1946 | 94,74 % | 3,90 % | 1,35 % |

La suma de las leches ácidas y cuajadas, o sea las rechazadas para la pasteurización en los mismos períodos serían:

| Año | Lts. no pasteurizables 3ª | Porcentaje sobre el total de leche recibida |
|------|---------------------------|---|
| 1943 | 225.287 | 3,15 % |
| 1944 | 289.788 | 3,80 % |
| 1945 | 365.312 | 4,88 % |
| 1946 | 474.875 | 5,25 % |

Como dato complementario me permito anotarle que el examen de acidez se practica en la Empresa a todas las canecas que diariamente llegan a ella con leches crudas. Se aplica el método de Marshall y se califican como leches ácidas aquellas comprendidas entre 16 y 22° y cuajadas las que pasan de los 22° de acidez.

Es interesante también anotar que más o menos el 75% de las leches llegan a la Empresa en camiones y sólo un 25% por los ferrocarriles de Cauca y Nus y Porce. No obstante, por las estadísticas que aquí llevamos, se demuestra que más del 70% de la leche que se daña diariamente corresponde a la llegada por vía férrea.

Confío que los datos anteriores le sean a Ud. de utilidad y me suscribo su muy Atto. y S. S.

Santiago Mejía G.

El alto porcentaje ascendente de leches impasterizables, en ambas Empresas, que culminó en 1945 para bajar muy ligeramente en 1946, sugiere que las Plantas deben hacer una activa propaganda sobre el ordeño higiénico y ver de ejercer una rigurosa vigilancia en los transportes.

Y los beneficios de semejante política, defensiva de sus propios intereses y sobre todo de los más respetables del consumidor, los abona con evidencia incontrastable esta experiencia:

Siendo Gerente de la Refrigeradora Central el Dr. Carlos Cock, de gratísima memoria, nos confió al Dr. Jesús Peláez y a mí, el examen periódico de muestras de sus proveedores, trabajo que duró algunos meses.

De acuerdo con los resultados, estableció primas de mejor pago y sanciones de menos precio a los proveedores cuyas leches resultaban poco o muy contaminadas, respectivamente, y dando a todos instrucciones fáciles y prácticas para el ordeño y las manipulaciones del producto.

Así, en seis meses, se logró que el 60% de las leches llegaran a la planta en las mejores condiciones de pasterización y con el máximo de resultados.

De ello informó extensamente Peláez Botero a la X Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Bogotá en 1938.

Y tuvimos una prueba palpable de que con una propaganda inteligente y un poco de buena voluntad, y a pesar de nuestros pésimos medios de transporte, podía traerse a la ciudad, desde muy lejos, leches en condiciones aceptables, casi que excelentes.

Veamos ahora los datos conjuntos de ambas Plantas:

LECHES APROVECHADAS

| Año | Planta Municipal | Refrigeradora Central | Total |
|-------|------------------|-----------------------|------------|
| 1943 | 5.984.261 | 6.916.834 | 12.901.095 |
| 1944 | 6.503.531 | 7.291.618 | 13.795.149 |
| 1945 | 6.591.407 | 7.106.844 | 13.698.251 |
| 1946 | 6.413.160 | 8.559.348 | 14.972.508 |
| Total | 25.492.359 | 29.874.644 | 55.367.003 |

Promedio anual: 13.841.750

Ahora bien, según el Censo de 1938, que estuvo muy bien hecho, Medellín contaba entonces con 168.266 habitantes; y con-

forme al índice de Crecimiento Vegetativo, tendría en 1945 196.183 habitantes, cifra muy baja, que no cuenta la inmigración continua y creciente de las poblaciones hacia la capital.

Careciendo de datos completos sobre el consumo de leche, promediando en 200.000 el número de habitantes en estos 4 últimos años y suponiendo que sólo contasen con la leche suministrada por ambas Plantas, le corresponderían a cada habitante 69 litros y 290 gramos por año, o sean 190 gramos por día y por cabeza, cifra que, siendo muy baja, no anda mal respecto a muchas otras partes.

Por lo que respecta a la calidad del producto que expenden las dos Empresas urbanas, estamos acaso un poco más mal que en varios de los países reseñados en el presente trabajo.

Prescindiendo de copiosos datos de nuestro paso, por 7 años, por el Laboratorio Municipal de Medellín y refiriéndome apenas a los análisis practicados en el Laboratorio Departamental de Antioquia desde que el Gobierno me hizo el honor de llamarme a dirigirlo, tenemos que en 1946 se practicaron por mis colaboradores en la Sección de Bacteriología, Doctores Hernán Ochoa y Héctor Abad: 274 exámenes resultando bacteriológicamente aceptables 161, igual 58.02%.

Y en lo que va del año (Enero y Febrero) se han practicado los siguientes exámenes:

Planta Municipal: 71 análisis

Presencia de Bacterias del Grupo COLI;

Negativa en todos.

Muestras con más de 100.000 gérmenes x c. c.: 28 : 40%

" con menos de 100.000 " " : 43 : 60%

Promedio de gérmenes en estas: 52.800 x c. c.

El mínimo, 17.000 colonias, correspondió a Enero 29.

Fueron Incontables en las muestras del 31 de Enero y del 14 de Febrero.

Refrigeradora Central: 66 análisis

Presencia de Bacterias del Grupo COLI: 6 muestras: 9%

Con más de 100.000 gérmenes x c. c.: 42 : 64%

Con menos de 100.000 " " : 24 : 36%

Promedio de gérmenes de éstas: 66.280.

El mínimo, 30.000 colonias, correspondió al 21 y al 23 de Enero.

En 7 muestras, fueron Incontables (10,60%); días 15 de Enero (2 muestras), 22 de Enero (2 muestras), 11 de Febrero (2 muestras) y 24 de Febrero (1 muestra).

Estas cifras escuetas resultan lamentables, pero si se piensa en un paro súbito de las Pasterizadoras, qué sería del pueblo y de los niños de Medellín consumidores de leche? . . .

Seguramente volveríamos a la espantosa epidemia de Tifoidea de 1913 y a la muy terrible de Disentería Bacilar de 1915.

De suerte que en lugar de asustarnos, debemos estar satisfechos de que siquiera nos defiendan un poco.

La Providencia Divina vela sobre todos y las posibilidades defensivas del organismo resultan siempre incalculables. . . .

Sería, en todo caso, mucho peor la gran tinaja roja con su gran boca abierta al aire y la totumilla flotante en ondas níveas, engañosas, de polución considerable, de que las *lecheras* opulentas y de trajes pintorescos nos surtían enantes. . . .

En 1908 (6) North propuso un método para la producción higiénica de leche en las granjas, sistema que adoptó la Comisión Médica de New York, y fue implantado en la población de Homer, que se convirtió en un gran centro productor y donde pudo demostrarse "Claramente que los métodos y no las instalaciones, propiamente dichas, eran los factores primordiales en la producción de leches sanas".

Las normas adoptadas en Estados Unidos prescriben:

1º—Inspecciones frecuentes y periódicas a las granjas lecheras y a las plantas dejando constancia de estas visitas en formularios preparados al efecto.

2º—Análisis frecuentes de la leche y de los lacticios.

3º—Examen frecuente de las vacas por veterinarios expertos.

4º—Prueba tuberculínica invariable a los animales.

5º—Las granjas han de llenar un mínimo-norma de condiciones respecto a la ventilación, alumbrado, pisos, cielo-rasos,

desagües, eliminación del estiércol y de la orina, limpieza y provisión de agua.

6º—Los utensilios deben reunir requisitos especiales de construcción, facilidad de aseo y de manipulación.

7º—Ordeño cuidadoso por personal bien controlado en lo que atañe a su aseo y a su salud.

8º—Denuncio inmediato de toda enfermedad que aparezca en la granja, sea en las personas o en los animales.

9º—Contacto humano reducido al mínimo posible.

10º—Las manos del ordeñador deben hallarse, en todo momento limpias y secas.

11º—Si se emplean tamicés, para evitar caída de pelo y de polvo que puedan desprenderse del abdomen y de la ubre de la vaca, deben lavarse y hervirse a mañana y tarde.

12º—Todos los recipientes deben lavarse con soda, no ha de emplearse jabón; se enjuagarán ampliamente con agua limpia y se esterilizarán mediante ebullición o exposición al vapor de agua.

13º—Apenas recibida la leche, se enfriará rápidamente lo más que sea posible por debajo de 10º C., y se mantendrá protegida del polvo, de las moscas, de olores de toda suerte, y de toda clase de contaminaciones posibles, en locales de aseo estricto hasta su reenvase y su transporte.

14º—Mientras más baja fuere la temperatura a que se conserve, más bajo será también el contenido bacteriano.

15º—Debe mantenerse en vigor un Código Sanitario científico y razonable para obtener leche y lacticinios en las mejores condiciones posibles.

16º—Y para hacer efectivas las normas que preceden, debe existir un sistema, controlado de permisos, previo examen riguroso de las personas y una educación y propaganda extensas sobre el particular.

El resultado de los esfuerzos en pro de mejorar la calidad higiénica de la leche lo demuestra el siguiente cuadro ampliamente publicado y difundido por The Maryland and Virginia Milk Products, y que transcribo:

Promedio de Bacterias por Centímetro Cúbico en la leche entregada por las granjas de Estados Unidos:

| | |
|------------|------------|
| 1900 | 22.000.000 |
| 1910 | 10.000.000 |
| 1920 | 1.898.000 |
| 1930 | 120.000 |
| 1938 | 18.500 |

Y para terminar, viene a la medida la conclusión de la Comisión de la Nutrición y de la Leche de Inglaterra:

“Se debe acabar para siempre con la errónea creencia de que la Pasterización destruye el valor nutritivo de la leche”.

Alonso Restrepo

San Rafael de Villaluz, Marzo de 1947.

BIBLIOGRAFIA

- (1)—American Journal of Public. Health. — Agosto, 1944.
- (2)—Abondano Herrera A. Revista de Medicina Veterinaria Bogotá. — Marzo - Sept. 1935.
- (3)—American Journal of Public Health. Colec. desde 1940.
- (4)—Allen R. F. y Baer L. S. Journal. American Med. Assoc. Abril 22 — 1944.
- (5)—Borts H. L. Journal Am. Med. Assoc. Enero 30 — 1943.
- (6)—*Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana. Colección desde el año de 1936.
- (7)—*Boletín* de la Comisión Ejecutiva de la leche del Distrito Federal del Brasil. Abril de 1942.
- (8)—*Boletín* del Depto. de Salubridad Pública de México. Junio de 1943.
- (9)—*Boletín* mensual de estadística del Depto. Federal. México Diciembre de 1938.
- (10)—*British Medical Journal*. Diciembre de 1939.
- (11)—Campillo Ricardo “Pasteur” — Abril 1942.
- (12)—*Decreto Presidencial* del 12 de Sepbre. sobre establos de ordeño. México 1941.
- (13)—*Decreto—Ley* N° 2.384 de Junio 10 de 1940. Brasil.
- (14)—*Decreto—Ley* N° 3.609 de Sepbre. 11 de 1941 sobre organización de cooperativas de leche. Brasil.

- (15)—*Diario oficial*. México Julio de 1941.
- (16)—*Dotterrer W. D.* Annual Meeting Amer. Public. Health Assoc. octubre de 1942.
- (17)—*Falcioni A. C.* Un informe sobre el problema de actualidad: La leche. La Plata 1940.
- (18)—*Gaceta Oficial*. Venezuela. Abril. 1941 (ha publicado 89 artículos sobre leche).
- (19)—*Gauthier J. y Foley A. B.* Canadá Journal of Public Health. Diciembre — 1943.
- (20)—*García Maldonado A.* Boletín del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela, Julio — 1939.
- (21)—*Gara P. F.* Revista americana de la Tuberculosis. Mayo — 1942.
- (22)—*Gutiérrez Villegas L.* Gaceta Médica de México. Junio 30 — 1941.
- (23)—*Hackler J. F.* American Journal of Public Health. Noviembre — 1939.
- (24)—*Huddleson I. F. y Munger. Myrtle.* American Journal of Public Health. — Agosto de 1940.
- (25)—*Herrera Palacio Olinda.* Trabajos de la Escuela de Farmacia de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de S. Marcos. Lima. — Rep. Perú.
- (26)—*Landa Perroni F.* Revista chilena de Higiene y Medicina preventiva. Enero — Marzo — 1939.
- (27)—*Marino J. A. y Polizza Aldo.* Revista de Medicina y Ciencias Afines. Buenos Aires. Agosto — 1944.
- (28)—*Mello A.* Boletín Industrial de S. Pablo — Brasil. Octubre. — 1942.
- (29)—*Mesa E. A.* Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura. Agosto — 1944.
- (30)—*Moreira P. M.* Archivos Riogrande Médico. Enero. 1942.
- (31)—*Menzies D. B.* Canadá Journal of Public Health. Noviembre de 1944.
- (32)—*Ochoa Arango Hernán y Calle R. Julio.* Brucellosis. Tesis de Doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antiquia — Inédita. Medellín 1946
- (33)—*Onetto Enrique y Leyton Graciela.*—Revista del Instituto Bacteriológico de Chile. Diciembre — 1940.

- (34)—*Ordenanza Modelo para la leche*. Public. de la Oficina Sanitaria Panamericana. N° 5. Noviembre — 1928.
- (35)—*Puriel Pablo, Rizzo Rogelio y Espasadin Joaquín*. Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Montevideo. Marzo — 1943.
- (36)—*Panamerican Union*. División de Agricultura Cooperativa. Washington. 1942.
- (37)—*Rovinton E. D.* Am. Journal Public. Health. Mayo 1942
- (38)—*Rogyck F. A.* Cita en el Boletín de la Oficina Panamericana Sanitaria. Vol. 21 N° 5. — 1942.
- (39)—*Recalde Pedro P.* Archivos de Farmacología y Bioquímica de Tucuman. Public. N° 342. Tomo 1° 1943.
- (40)—*Rendón G. F.* Boletín de Salubridad e Higiene. México. Abril — Junio 1939.
- (41)—*Restrepo Alonso*. Del fondo de mi totuma. (Apuntes sobre alimentación antioqueña). El pueblo Antioqueño. Ediciones Universidad de Antioquia. Medellín.
- (42)—*Restrepo Alonso*. Apuntes sobre leche y vitaminas. El Colombiano. Medellín Noviembre — 1938.
- (43)—*Roch Eustaquio*. Boletín del Servicio de Sanidad y Asistencia Pública de Michoacán. Enero — 1941.
- (44)—*Luis Castañeda M. y Carrillo Cárdenas C.* Am. Journal of Tropical Medicine, — Marzo 1941.
- (45)—*Simpson W. M.* Bulletin New York. Academy of Medicine. Agosto — 1941.
- (46)—*Soriano Angela M.* Revista de la Asociación Argentina de Dietética. Buenos Aires. Julio — Sepbre. 1944.
- (47)—*Soto San Martín V.* Infecciones por Brucellas en la leche de establos del sector urbano de Santiago Chile. Tesis 1943.
- (48)—*Soto San Martín*. Revista chilena de Higiene. Junio 1942.
- (49)—*Tobey J. A.* Modo de conseguir leche limpia y segura. Public. de la of. Sanit. Panamericana N° 4. Nov. 1928.
- (50)—*Tiedman W. S.* Health News. Octubre — 1944.
- (51)—*Villalobos Javier*. Medicina. México. Sepbre. 1943.
- (52)—*Varela F. y Zozaya J.* Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. México. Sepbre. — 1944.
- (53)—*Callejas Juan B.* Algunas notas sobre Higiene de la Leche en el Municipio de Medellín. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín — 1935.

La lucha contra la Ceguera en Colombia

*Informe presentado al Congreso Panamericano de Oftalmología
reunido en Montevideo en Noviembre de 1945, por el doctor
Bernardo Giraldo Duque, Delegado en Colombia, del Comité de
Previsión de la Ceguera del Congreso Panamericano de
Oftalmología.*

Cali, Colombia, julio de 1945

Señores Doctores

Francisco Belgeri y Baudilio Courtis, Presidente y Secretario del
Comité de Prevención de la Ceguera del Congreso Paname-
ricano de Oftalmología.

Buenos Aires.

Doctores de mi mayor consideración:

En mi calidad de Delegado de Colombia al Comité de Pre-
vención de la Ceguera del Congreso Pan Americano de Oftalmo-
logía, nombramiento con que tuvieron ustedes la amabilidad de
honrarme, tengo el gusto de darles la información más completa
que me ha sido posible conseguir sobre lo que se ha hecho en mi
país, y lo que se está haciendo, para prevenir la ceguera.

La higiene general de Colombia estuvo dirigida hasta hace
pocos años por una entidad que se llamaba Dirección General
de Higiene; después, por disposiciones legislativas, se creó un
ministerio al que se adscribieron esas funciones y que se llama
hoy Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social; de ese or-
ganismo central emanan todas las disposiciones que atañen a la
salud pública; dicho ministerio tiene autoridades seccionales en
todos los departamentos del país, y estos a su vez, tienen repre-
sentantes en los diversos municipios de su dependencia. Hay,
pues, una dirección general central con ramificaciones en toda
la república, todos colaboran entre sí y coordinan su trabajo
para que haya acierto y eficiencia en las disposiciones de tan

fundamental aspecto de la administración pública. Son colaboradores espontáneos del organismo directivo central y de los seccionales todas las asociaciones científicas del país que con los nombres de Academias de Medicina o de Sociedades Médicas existen en casi todas las capitales de los departamentos; estas entidades son al mismo tiempo cuerpos consultivos para buscar soluciones acertadas a todos los problemas de la higiene y de la profilaxis.

Rigen en Colombia disposiciones de obligatorio cumplimiento encaminadas a prevenir la ceguera ocasionada por la oftalmía purulenta de los recién nacidos, afección que tiene el porcentaje más alto en el total de ciegos del país. Toda partera profesional tiene la obligación de llevar en su maletín una ampolleta con solución de nitrato de plata al uno por ciento para instilar en los ojos del recién nacido dos gotas de dicha solución como preventivo de la oftalmía. Con severas sanciones se castiga el incumplimiento de esta disposición. El tratamiento profiláctico se practica siempre, pero como son muchos los niños que nacen fuera de los hospitales y las clínicas y sin asistencia de médicos o de parteras profesionales, queda en pie el problema para defenderlos. El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social tiene una dependencia que se llama de Protección Infantil y Materna y en la revista mensual que le sirve de órgano oficial de divulgación de higiene, hace constante propaganda sobre el peligro y la prevención de la oftalmía purulenta; dicha revista se edita en número de cuarenta mil ejemplares y se da gratuitamente, en las distintas regiones del país, a todas las personas a quienes les puede interesar y que pueden al mismo tiempo hacerles beneficios a terceros. Esa labor de profusa y continua propaganda irá dando poco a poco un satisfactorio resultado.

Como medida profiláctica sobre accidentes oculares del trabajo está en vigencia la siguiente disposición de las autoridades sanitarias:

Artículo 1º. - El local donde funcione un aparato para soldadura eléctrica debe reunir las siguientes condiciones:

- 1º - Debe ser claro, ventilado y seco.
- 2º - El piso debe ser pavimentado con cemento, ladrillo u otro material similar fácilmente lavable.
- 3º - Los muros serán pintados con barniz que detenga los rayos ultravioleta (mezcla de óxido de zinc y de negro de humo).
- 4º - Este local debe ser independiente de los demás del taller, con el fin de proteger al personal que se ocupa en otras labores.

Artículo 2º - Los propietarios de aparatos para soldadura eléctrica tendrán constantemente y en perfecto buen estado, para el uso de los individuos encargados del manejo de dichos aparatos, los siguientes elementos de protección:

1º - Blusas u overoles para proteger los vestidos.

2º - Guantes de cuero para cubrir las manos y la parte descubierta del antebrazo.

3º - Máscaras o pantallas protectoras de tipo moderno, y que reúnan las siguientes condiciones:

Que cubran no solamente los ojos sino también todas las partes descubiertas de la cara y el cuello;

Que sean fabricadas de una materia opaca, incombustible, refractaria al calor y aislante de la electricidad;

Que el peso total de la máscara no pase de seiscientos gramos;

Que los vidrios neutralicen completamente la acción nociva de los rayos ultravioletas e infrarrojos y que hayan sido sometidos a las pruebas del choque y del calor y a los demás ensayos ópticos necesarios para que su uso no sea perjudicial y que los engastes hayan sido sometidos a las pruebas mecánicas necesarios y a los ensayos de corrosión. Para estos efectos debe exigirse la garantía de la casa productora.

Artículo 3º - Los elementos de protección se tendrán en número suficiente para que cada operario tenga un equipo completo para su uso personal. Cuando el equipo protector que haya tenido en uso un operario, debe ser destinado al uso de otro, será previamente esterilizado. Los vidrios podrán esterilizarse sumergiéndolos en una solución de doce gramos de formol en un litro de agua. Las partes que puedan deteriorarse por este procedimiento, serán esterilizadas por un gas antiséptico, por ejemplo, con la atmósfera de formol.

Artículo 4º - Los vidrios que se rompan o deterioren en cualquier forma, deben ser cambiados inmediatamente. Con este objeto se tendrá constantemente un número suficiente de repuestos.

Artículo 5º - Los propietarios o administradores de talleres donde se practique soldadura eléctrica, no permitirán por ningún motivo que los individuos encargados del manejo de los aparatos trabajen sin llevar convenientemente puestos todos los elementos de protección enumerados en el artículo 2º.

Artículo 6º - Los Inspectores del Trabajo quedarán encargados de velar por el cumplimiento de esta resolución.

Fuera de las medidas anteriores, que se refieren a los talleres de soldadura eléctrica, vienen los reglamentos individuales de todos los talleres de mecánica, que obligan a los obreros que trabajan con el torno y con los esmeriles a usar anteojos simplemente protectores para defenderlos de las partículas metálicas que tan frecuentemente se incrustan en la córnea y que no raras veces ocasionan infecciones locales intensas que al curarse dejan espesas cicatrices que interceptan totalmente la visión útil.

Todas las empresas industriales de personal obrero numeroso tienen a su servicio médicos que atienden a la salud general del personal, no sólo por disposiciones que a ellos obligan, sino también por un sentimiento natural de humanitarismo y por simple conveniencia económica. Los médicos encargados solici-

tan siempre la colaboración de los oftalmólogos cuando el caso lo requiere; así, con asistencia médica oportuna se defiende la visión de los obreros. Las empresas de un mayor número de trabajadores tienen a su servicio un cuerpo médico completo, con especialistas en los distintos ramos de la actividad profesional; la eficiencia en estos casos es mayor.

En el medio escolar, en las ciudades que tienen colegios con gran número de alumnos, hay médicos encargados de vigilar la sanidad de las escuelas y del personal. Ellos mismos hacen someros exámenes de la visión de los niños, y cuando notan deficiencias o enfermedades de una u otra naturaleza, por medio de esquelas personales informan a los padres, para que éstos directamente se encarguen de proporcionarle al niño la medicación del caso. En las poblaciones pequeñas son los Inspectores de Instrucción Pública los encargados de velar, hasta donde es posible, por la sanidad de las escuelas y del personal, con la colaboración de los maestros; tienen el encargo especial de procurar que todo niño que aparentemente tenga algún defecto visual, sea oportunamente atendido. En Colombia no hay todavía escuelas o clases especiales para ambliopes.

Todos los hospitales del país que funcionan en lugares donde hay médicos oftalmólogos, tienen servicio gratuito para atender a los enfermos de los ojos que carecen de recursos económicos, pero este servicio no se tiene todavía sino en las ciudades relativamente populosas que tienen personal suficiente para que un médico pueda limitar sus actividades y sus estudios a la oftalmología.

No existe en Colombia sociedad o institución ninguna que tenga por objeto primordial y único de sus funciones la prevención de la ceguera. Existe la Federación Nacional de Ciegos y Sordomudos, creada por la ley número 143 de 1938. Esa Institución es un organismo ya bien instalado, organizado y dirigido, abarca un gran número de actividades y entre ellas ha organizado al lucha contra la ceguera. La Federación tiene rentas propias, señaladas por ley de la república que aseguran su supervivencia, y cada día podrá aumentar las actividades que ha emprendido para continuar la campaña nacional contra la ceguera. La Institución está bien dirigida; desempeña la Gerencia el señor don Juan Antonio Pardo Ospina quien tiene su domicilio en Bogotá y cuya dirección postal es el apartado número 40; es Presidente de la Junta Directiva don Francisco Luis Hernán-

dez, benemérito ciudadano, quien vive en Medellín y es fundador y Director del Instituto de Ciegos y Sordomudos de dicha ciudad, que ha dedicado su vida meritoria a la educación de los ciegos y sordomudos. La Federación ha emprendido una verdadera campaña nacional contra la ceguera, no campaña de propaganda en revistas, anuncios o artículos de prensa, sino una lucha real al pie de los enfermos; ha organizado una serie de correrías que se sucederán y repetirán continuamente por todo el país con un consultorio médico ambulante, dirigido por un oftalmologista, y en cada ciudad o población que visitan se anuncian profusamente para atender en forma totalmente gratuita a todos los enfermos de los ojos, aprovechan al mismo tiempo para dar conferencias científicas en lenguaje al alcance de todo mundo y en ellas enseñan lo elemental y fundamental para prevenir la ceguera que se reduce a practicar el tratamiento preventivo de la oftalmía purulenta en los recién nacidos y a buscar después, en el resto de la vida los servicios médicos para cada enfermedad de los ojos y abstenerse siempre de los medicamentos ofrecidos como milagrosos en los avisos de la prensa que, en general, no ocasionan sino perjuicios irremediables. Constantemente vemos en nuestros consultorios enfermos ciegos, ya incurables, que talvez no habrían llegado a ese estado si oportunamente hubiesen aplicado el tratamiento apropiado, médico o quirúrgico.

Considero la labor de la Federación Nacional de Ciegos y Sordomudos como una obra merecedora de todo aplauso y apoyo, la que seguramente anotará muy pronto en su haber grandes servicios en su lucha contra la ceguera. Ella hace todo lo que está en su programa: Aconseja, enseña a prevenir y curar La Federación, además, en otro aspecto de sus actividades, redime de la inutilidad a muchas víctimas de la ceguera en los Institutos de Educación para ciegos y Sordomudos que existen en el país, allí les enseñan y los preparan para hacer de ellos seres útiles a la sociedad y a la familia, esos Institutos de Educación gozan de un franco apoyo por parte de los gobiernos nacional, departamentales y municipales.

ESTADISTICA. - Al solicitar a la Contraloría General de la República el informe sobre el número de ciegos existente en Colombia, según el censo nacional del año de 1938, no se me pudo dar el dato porque el censo levantado en ese año fue una estadística demográfica, hecha sin tener en cuenta las conformaciones patológicas de los habitantes; posiblemente en el próximo censo

se señalará una casilla para este aspecto tan interesante de las estadísticas. El censo anterior, que fue hecho en el año de 1928, arrojó un total de cinco mil (5.000) ciegos en el país, pero ese censo fue un poco defectuoso, no obstante, su cifra parece bien aproximada a la realidad.

En cuanto a causas de la ceguera, podemos tomar como punto de partida o comparación el análisis de número de ciegos que tiene actualmente la Escuela de Ciegos y Sordomudos de Medellín que se clasifican así:

- 4 % Por luxaciones patológicas del cristalino
- 42 % Por oftalmía purulenta
- 22 % Por cataratas diversas
- 14 % Por atrofia de los nervios ópticos
- 6 % Por leucomas adherentes
- 6 % Por buftalmias
- 6 % Por accidentes traumáticos

(Creo que en la clasificación anterior el renglón de leucomas adherentes podría incluirse en el renglón de oftalmía purulenta). Tal es la estadística en niños y adolescentes en edad de educarse, internos en las escuelas de ciegos. En el total de ciegos de la nación, el porcentaje se modifica, porque entran las nuevas causas de ceguera en la edad adulta. Como no es posible dar datos exactos ya que se carece de los elementos indispensables, apenas se puede dar una aproximación que juzgo bastante vecina a la realidad. Los seis mil ciegos que debe haber hoy en Colombia se pueden distribuir así:

- 40 % Por oftalmías purulentas de los recién nacidos
- 20 % Por glaucoma
- 10 % Por atrofias ópticas (simples y post-neuríticas)
- 10 % Por cataratas patológicas
- 5 % Por conjuntivitis blenorragica (edad adulta)
- 15 % Por accidentes; ciclitis de distinta causa; retinitis seniles; desprendimientos de la retina; infecciones post-operatorias y la rarísima oftalmía simpática, etc., etc.

En esta clasificación poco menos de la mitad corresponde a oftalmías purulentas; de manera que en el porvenir ese guarismo disminuirá en forma muy sensible en atención a la mayor vigilancia que hay de parte de las entidades oficiales sobre el

personal femenino que ejerce el oficio de parteras, ya que hoy les exigen satisfactorios conocimientos y las obligan a practicar el tratamiento profiláctico. Este número de ciegos por oftalmía lo componen casi en su totalidad personas de humilde posición económica, ya que son ellos los clientes de las parteras aficionadas, pues la gente de mejores recursos monetarios, se sirve siempre de médicos graduados y van a las clínicas y a los hospitales donde excepcionalmente se ven oftalmías, puesto que siempre que el caso lo indica, se aplica el tratamiento profiláctico, y si por cualquier razón aparece la infección se prescribe la terapéutica apropiada que tiene en las sulfanilamidas un medicamento de extraordinaria y maravillosa eficacia. Con esta medicación debe desaparecer en forma casi completa la ceguera por oftalmía purulenta.

Respecto a causas de la ceguera adquirida en la edad adulta, tengo la observación de mi ejercicio profesional, durante catorce años, que da como causa más frecuente el Glaucoma, entidad patológica de extraordinaria frecuencia en el país. Vienen en seguida las atrofas de los nervios ópticos ocasionadas por distintas causas, especialmente de origen sifilítico; después, las lesiones corio-retinianas que originan posteriormente las cataratas patológicas que están fuera del alcance de la cirugía. Vienen después los accidentes oculares del trabajo, pero estos no ocasionan en general sino la pérdida de un ojo.

Ciegos por tracoma no hay, porque en Colombia no hay tracoma, al menos en los departamentos del occidente colombiano. En catorce años de ejercicio activo de la oftalmología, no he visto todavía el primer caso en que se pudiera hacer con seguridad el diagnóstico de tracoma; talvez en dos o tres pacientes ha habido razones para pensar que podrían tener tracoma, pero no había signos suficientes para afirmarlo.

Dejo así cumplida la misión que me encomendaron de informarles sobre la lucha contra la ceguera en Colombia. Si el informe es deficiente, especialmente en su aspecto estadístico, se debe a que todavía no se ha hecho en el país un estudio demográfico completo sobre las lesiones patológicas de sus habitantes.

En cuanto a la labor para evitar la ceguera, se hace bastante en el medio escolar, se hace mucho para prevenir los accidentes oculares del trabajo y se procura hacer lo suficiente para evitar la oftalmía purulenta; la Federación Nacional de Ciegos

y Sordomudos, contribuye muy bien a la lucha, la eficacia de su trabajo se hará sentir muy notoriamente cuando el apoyo sea más amplio y activo, en el transecurso del tiempo, cuando se aprecie mejor su valiosísima labor.

Para prevenir la ceguera por oftalmías, se hace hoy lo posible por el personal sanitario del país, pero esta fase de la lucha necesita, rigurosamente, que se busque la manera de hacerla más completa. La contribución más eficaz podrían darla los elementos oficiales que llevan la estadística de los nacimientos y que se dispusiera que así como es obligatorio declarar el nacimiento del niño, sus padres, etc., que así también fuera obligatorio que un elemento de la sanidad visitara el recién nacido, cuando el caso no haya sido atendido por un médico graduado o que el niño no haya nacido en una clínica u hospital; así se podría aplicar siempre con oportunidad el tratamiento apropiado en los niños infectados; esto sería posible practicarlo en las ciudades, o en las poblaciones, más difícil y casi impracticable en los campos.

Las autoridades nacionales que velan por la higiene del país, están todas interesadas en servir con eficiencia, las anima el mejor espíritu de acierto, cada disposición que sale de sus oficinas, lleva la intención de un buen servicio, y por eso están dispuestas siempre a oír y seguir los consejos que les llegan, provenientes de entidades científicas, con miras a que su misión sea mejor cumplida; por eso aceptarán bien toda idea emanada del Comité de Prevención de la Ceguera.

Con sentimientos de mi mayor aprecio y consideración, me suscribo de ustedes, muy atento y respetuoso servidor,

Bernardo Giraldo Duque

DEBIL MENTAL SINDICADO DE VIOLENCIA CARNAL

Señor Juez.

A folios 58 del proceso que por el delito de "violencia carnal", se sigue en ese Juzgado contra Antonio G. solicita el señor Fiscal que "se practique un examen de la personalidad psíquica de dicho sindicado".

Y a Fs. 59 el señor apoderado de G. pide que "se le haga un examen a la niña Marta Elena por los Médicos Legistas del Departamento, a fin de que constaten la existencia de la cicatriz y demás señales que, de acuerdo con el dictamen pericial de fecha veintidós de noviembre de mil novecientos cuarenta y tres, han de existir en el himen de la niña".

En atención a la segunda parte de lo solicitado, examinamos a la menor Marta Elena el trece de noviembre del año próximo pasado, menor que tiene unos siete años de edad y de quien el señor médico oficial de Copacabana, en reconocimiento de fecha veintidós de noviembre de mil novecientos cuarenta y tres, hizo constar lo siguiente: "Presente: enrojecimiento del vestíbulo de la vulva a causa de violencias externas, y una pequeña desgarradura del himen de un cuarto de centímetro, a las siete del cuadrante".

Examinada por nosotros, la menor Marta Elena el trece de noviembre de mil novecientos cuarenta y cuatro, es decir, un año después del examen atrás mencionado, anotamos que el himen de la menor MARTA ELENA es anular, íntegro, o sea, sin ninguna desgarradura, lo que equivale a expresar que está virgen.

En cuanto al enrojecimiento del vestíbulo vulvar, a que se refiere el perito en el mencionado reconocimiento, es natural que no se encuentre hoy, dado el tiempo transcurrido (12 meses).

Estudiamos, también el informativo y examinamos al sindicado durante tres días interdiarios y el resultado pasamos a exponerlo en la siguiente forma:

LOS HECHOS:

Se sindicó a Antonio G. de violencia carnal en la persona de la menor Marta Elena H., de seis años de edad, hecho que tuvo lugar en el paraje "El Altico", jurisdicción del Municipio de Copacabana, el día veintiuno de noviembre de mil novecientos cuarenta y tres.

La niña se encontraba en su casa de habitación entró, cogió a la niña, la condujo a una cama y allí la acostó y empezó a meterle los dedos en la vulva y luego pretendió consumir el coito. Ella gritó, y como llegara la madre en esos momentos, encontró a G. encima de la niña, y cogiendo un machete o peñilla, le dio unos golpes al violador, quien salió en fuga precipitada.

La inocente víctima cuenta el hecho así: "...yo estaba dentro de mi casa y llegó Toño (Antonio G.). Me dijo Toño que me daba treinta centavos para que no gritara. El estaba escondido detrás de la puerta del cuarto. Me cogió cargada y me llevó a la cama y en la cama me acostó y se me acostó encima; yo gritaba y el me metió una blusa en la boca, y abajo me metía los dedos y me hacía duro y yo gritaba y lloraba; él se quedaba callado; me abría mucho las piernas hasta que llegó mi mamá y me largó..." (Fs. 55).

Cogido, G. infraganti, acostado sobre la menor tratando de realizar el acoplamiento sexual, la madre de aquélla le quitó su hija y con un machete o peñilla le dio varios golpes o planazos, y G. en vez de reaccionar como macho, hiriendo o golpeando a quien lo atacaba, sólo se limitó a implorar como hembra, que no lo matara, y de allí salió llorando y con una herida de un centímetro de longitud, situada en el tercio inferior del antebrazo izquierdo, borde interno, de la cual conserva la cicatriz (Fs. 4).

EL SINDICADO.—Antonio G. de unos treinta y dos años de edad, es hijo de padres desconocidos. Sus primeros años transcurrieron privado de afectos familiares en una de las casas de caridad de esta ciudad, en donde son recogidos los hijos del arroyo. Un matrimonio del Municipio de Copacabana lo sacó de allí cuando estaba pequeño y lo llevó a su casa, situada en esa población y allí pasó la mayor parte de su niñez, dedicándose luego a pedir limosna, unas veces (Fs. 67) y otras a oficios diversos, como ayudante de cantineros (Fs. 14) y últimamente trabajaba,

cuando fue reducido a prisión, en una empresa en donde deven-gaba un salario de un peso (1.00) al día.

Las áulas escolares nada tuvieron que ver con él, no siendo de extrañar que no sepa leer y a duras penas a escribir su nombre alcanza.

Sus memorias, visual auditiva y de fijación, son buenas.

Ha sido trabajador en oficios humildes, tomatrago (Fs. 6) no es mujeriego; al contrario es hombre que por su poco espíritu no se apercibe de la presencia o necesidad del sexo femenino, según anota Juan de Jesús Díaz. Y Antonio de Jesús Díaz, dice a fs. 67, "... que a G. lo llevó él a vivir con su familia desde que lo sacó, muy chiquito, de una casa de beneficencia de Medellín, que es muy humilde y que pedía limosna".

Para Rafael A. Arcila y Alfonso Tobón (Fs. 63 vto. y 64) G. es como falto de espíritu; y Luis Castrillón dice que G. no es de buena conducta, pues cuando trabajó con él en una cantina, le cogió varias picardías;... es amigo de riñas y peleas (Fs. 14).

Antonio G. a pesar de sus treinta y dos años de edad, tiene tipo infantil, de aspecto triste, mirada vaga, desatento y apático.

Poco, muy poco se sabe sobre su vida anterior; las pocas declaraciones que tiene el informativo, sobre su modo de ser antes del delito que se le imputa, sólo dicen que es apocado, humilde, pobre de espíritu y un poco tomatragos; no se le conocen amigos y anda siempre solo.

Al preguntarle sobre sus familiares, dice que no tiene parientes, ni siquiera remotos. Es de una tranquilidad absoluta y de una indiferencia especial.

Ya hemos visto que algunos de los declarantes nos dicen que G. es tomatragos, un poco amigo de lo ajeno y de riñas y peleas, pero en sus peleas —si acaso es verdad que las ha tenido— debe haber llevado la peor parte, pues ya anotamos más atrás que cuando la madre de la menor Marta Elena, le daba planazos con un machete, él le suplicaba que no lo matara y salió huyendo de esa casa llorando y con una herida en la parte inferior del antebrazo izquierdo.

Sus delitos de pequeños hurtos de que nos habla el declarante Alfonso Tobón, han debido ser de cosas de poco valor, toda vez que no figuran en los antecedentes solicitados.

Niño por su desarrollo físico, por la inteligencia y el carácter, G. es hombre por los instintos de conservación y reproducción, aun cuando aparece desviado este último, y no teniendo el vigor corporal que a su edad cronológica corresponde, ni la iniciativa que pudiera darle una inteligencia normal, radica en esto la causa que pudiera explicar su timidez para solicitar el consentimiento de mujeres adultas para el acoplamiento sexual, debiendo acudir, como en el caso que se contempla, a las niñas incapaces de dar su aquiescencia o de defenderse, y en este desequilibrio es en donde estriba su peligrosidad.

Antonio G. es de pequeña estatura, (1,53), de braza mide un metro con sesenta centímetros; perímetro torácico, setenta y cinco centímetros; paladar ojival, desnutrido, de asimetría facial marcadísima; piezas dentarias superiores desbordando sobre las inferiores; mentón pequeño y fugaz.

Sus aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo, no presentan anormalidad alguna. Sus órganos genitales son normales, para su edad y talla. Sus reflejos tendinosos, cremasterianos y pupilares, son normales.

Nada hallamos en el informativo sobre sus antecedentes hereditarios ni el mismo examinado sabe suministrarlos, y es natural, siendo como es hijo de nadie, qué va a saber él sobre sus antepasados. Su genealogía empieza con él, y con él parece que terminará si continúa eligiendo su consorte entre las niñas acabadas de nacer.

No sabe quién es el Presidente de Colombia, cual partido se halla en el poder y ni siquiera sabe cuántos son los partidos políticos, ni mucho menos en qué se diferencian. Sus nociones en aritmética son más que elementales, a duras penas alcanza a sumar dos más tres más uno, pero, si se le plantean sumas de dos o más números, es incapaz de resolverlas. También verifica pequeñas multiplicaciones. Al preguntarle cuántos pares de panela compra con un peso, sabiendo que cada par vale veinte centavos, responde: compro cinco pares.

Es ignorante, no sabe que son siete los días de la semana y sostiene que son seis; y si se le dice que al enumerarlos le falta uno, no cree; solo al preguntarle cuál es el día de la semana que en los pueblos, a la vez que hay mercado, hay misa, responde: el domingo.

Está orientado en el tiempo y en el espacio. Las actividades de la inteligencia, juicio e imaginación, son escasas y su debili-

dad mental es manifiesta en sus procedimientos y juicios, que no corresponden a la edad que tiene (32 años); y su modo de vestir tampoco corresponde a ella, ya que viste cachucha y calzones a nivel de la rodilla.

En resumen: Antonio G. es un débil mental, que presenta estigmas degenerativos como su mal formación facial, su bóveda palatina ojival y su configuración infantil.

Fuera de que es un débil mental y físico, su vida ha transcurrido privada de cariños familiares, en un medio retraído de los asociados, sin amigos.

Es nuestra opinión, Señor Juez:

Julio Ortiz Velásquez

HEMORRAGIA UMBILICAL COMO CAUSA DE MUERTE DEL RECIEN NACIDO

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

MEDICO LEGISTA PONENTE

Medellín, noviembre 10 de 1946

Señor Juez.

E. S. D.

A Fls. 52 del proceso que por el delito de "homicidio (infanticidio) se sigue a Cruzana, en ese despacho, se dispone lo siguiente: "Los médicos legistas con base en los datos periciales ya obtenidos, dictaminarán sobre la causa posible o más probable del deceso del niño, previo estudio del expediente, el cual se pondrá a su disposición a su regreso de la Alcaldía de X por término de quince días".

En atención a lo solicitado, pasamos a emitir nuestro concepto en la siguiente forma:

A eso de las doce o doce y media de la noche del veintiséis al veintisiete de diciembre de mil novecientos cuarenta y cuatro, Cruzana G., de veinticinco años de edad, soltera, segundí-

pera, dio a luz una criatura de sexo masculino y a término, la cual nació viva y lloró apenas nació, según informa la G.; ella misma le reventó el cordón umbilical, no le hizo ligadura alguna, y no fue asistida en el parto por ninguna persona. El niño murió en el curso de la misma noche (fls. 53 y vto.).

En la diligencia de necropsia, visible a Fls. 4 dicen los peritos que “el feto era de término, el cordón umbilical no fue cortado sino reventado a una distancia de dos centímetros de su base de inserción, y no tenía ligadura alguna; en la cabeza y la región dorsal del cadáver encontraron tierra y algunas hierbas, así como también partículas de tierra en la cavidad bucal. . . . Los pulmones distendidos, de color rosado y se nota en ellos crepitación. La prueba de la docimasia pulmonar fue positiva, y advierten que no existe signo alguno de putrefacción. Basados en esos datos concluyen los peritos que se trata de una criatura a término, que nació viva y vivió algún rato. La muerte fue ocasionada por la hemorragia umbilical provocada por el reventamiento y falta de ligadura del cordón”. Acto seguido los mismos peritos examinaron a la sindicada Cruzana y por el examen que le practicaron dedujeron que había dado a luz un feto pocas horas antes.

De lo expuesto por ellos se deduce:

Primero.—Que la sindicada dio a luz un feto a término.

Segundo.—Que éste nació vivo.

Tercero.—Que dicho feto murió por hemorragia poco después de nacido, como consecuencia, —según los peritos mencionados— de no haberle ligado el cordón umbilical.

Tanto el señor Fiscal como el señor Juez encuentran inaceptable la conclusión de los peritos de X, de “que por haber sido reventado el cordón umbilical y no haberlo ligado, sea esa la causa de la muerte de la criatura, por hemorragia; y anotan además, que no habiendo mencionado los peritos *señales evidentes* de una hemorragia aguda, no puede lógicamente llegarse a tal afirmación (el subrayado es nuestro).

Dice el señor Fiscal: Para dar una prueba de lo equivocado que anda el perito en ésta cuestión médico-legal, el Despacho fiscal no resiste a la tentación de transcribirle lo que A. Doderlein, distinguido profesor alemán, sostiene en su Tratado de Obstetricia, en el libro que él intitula Obstetricia Legal:

“Si existe la circunstancia de que el cordón umbilical no ha sido ligado, sólo habrá de atribuirse a esta causa la muerte de la criatura cuando puedan excluirse todos los motivos restantes que pudieron determinar la muerte, y *si el cadáver presenta signos de muerte por hemorragia.*”

Entre las circunstancias que precisa tener en cuenta, figura en primer término el no ligar el cordón umbilical. Fritsch, opina que si la respiración es normal resulta imposible que el niño se desangre, porque no se ligue el cordón. Esto sólo puede acontecer si a consecuencia de la asfixia, la corriente sanguínea no se dirige hacia los pulmones, sino que sigue las vías antiguas. También Stump considera poco frecuente la hemorragia por el cordón umbilical seccionado y muy excepcional cuando está desgarrado; cuanto más pronto aparece la respiración, tanto menos probable es la hemorragia abundante del cordón”.

Por la transcripción que acabamos de hacer y que pertenece a las anotaciones del señor Fiscal, se comprende que algunos autores alemanes sostienen que la no ligadura del cordón umbilical no trae consigo fatalmente la muerte por hemorragia, puesto que tan pronto como el niño nace respira, y la corriente sanguínea se dirige a los pulmones, suspendiéndose en las vías antiguas, o sea por el cordón umbilical, mediante un anillo constrictor que se forma en la vecindad del ombligo. No creen, pues, necesario, dichos autores la ligadura del cordón, sino en el caso de que la respiración normal en el niño resulte imposible, lo cual sólo puede acontecer, según ellos, si a consecuencia de la asfixia la corriente sanguínea no se dirige hacia los pulmones sino que sigue las vías antiguas.

Al admitir, como admiten los autores citados, que la falta de ligadura del cordón no acarrea fatalmente la muerte en todos los casos, por hemorragia, no niegan que puedan presentarse casos de defunción por dicha causa, aun cuando pocas veces, y en las condiciones mencionadas.

Esta misma teoría la hemos sustentado nosotros en un caso reciente ante el señor Juez, en la audiencia que tuvo lugar hace algunos meses, relacionada con un supuesto infanticidio atribuido a una mujer vecina de Sabaneta, fracción del municipio de Envigado.

Los autores franceses, entre ellos Louis Dubriesay, Cyrille Jennin en su tratado de Obstetricia de 1936, dicen, refiriéndose

a la ruptura y ligadura del cordón umbilical: “El ejemplo de lo que pasa en la serie animal permite preguntarse si es útil ligar el cordón después de haberlo seccionado. En las circunstancias fisiológicas *ideales* esta ligadura es inútil. Las arterias umbilicales poseen en efecto, una retracilidad tal que ellas luchan fácilmente contra la impulsión cardíaca.

Por otra parte, en el momento en que la respiración se establece, la tensión se hace negativa. Pero estas condiciones *ideales* son lejos de ser siempre realizadas; el niño ha podido sufrir durante el trabajo; la respiración puede establecerse mal, y esto, por múltiples causas: debilidad, tórax dañado por un corsé demasiado apretado, (parto laborioso, compresión del cuello por el mismo cordón, agregamos nosotros), etc. En todos estos casos, el cordón puede sangrar, sea inmediatamente, sea en el curso del primer día. La prudencia ordena por consiguiente *practicar sistemáticamente la ligadura del cordón.*

Desde luego, en los animales, esta ligadura es reemplazada por maniobras que la misma hembra ejecuta, tales como masti-cando o pisando el cordón; con esto consigue cerrar los vasos umbilicales”.

Con lo anteriormente expuesto, y concretándonos a lo solicitado, exponemos:

Tanto de la transcripción que hace el señor Fiscal, de las opiniones de los autores alemanes, como de las que hacemos nosotros, de los autores franceses, referentes a la ligadura del cordón umbilical, se deduce, que si es cierto que en muchos casos no se necesita ligar el cordón umbilical porque tan pronto como el niño nace y respira, la circulación sanguínea por dicho cordón se suspende, dirigiéndose dicha sangre a los pulmones, no por eso es menos cierto, que en otros casos dicha corriente sanguínea continúa haciéndose por el cordón umbilical en los niños que han podido sufrir durante el trabajo del parto, o por múltiples causas, como debilidad, compresión del cordón, etc., pudiendo morir el niño por hemorragia, y es por esto por lo que la prudencia exige ligar *sistemáticamente* el cordón a los pocos minutos después de realizado el parto. Al menos así proceden en esta ciudad en las clínicas de maternidad, y así obran todos los médicos que atienden partos, ligando el cordón, en previsión de sorpresas desagradables, a pesar de que puedan existir casos en que tales ligaduras no sean precisas.

No está por demás anotar que conocemos casos de niños a quienes se ha ligado el cordón umbilical, y a pesar de ello, horas después, el médico es llamado urgentemente para contener una profusa hemorragia umbilical, debido a que la ligadura no quedó fuertemente apretada, o a que el cordón estaba grueso o edematizado al momento del nacimiento del niño, y por esa causa la ligadura, que al principio era correcta, se aflojó luego y dio lugar a la hemorragia.

Con todo lo anteriormente expuesto y concretándonos a lo solicitado por el señor Juez, contestamos:

Primero. - Sí hay casos en que la no ligadura del cordón umbilical puede acarrear la muerte.

Segundo. - Como los peritos que practicaron la necropsia del niño no mencionan haber encontrado en el cuerpo de aquél señales evidentes de una anemia aguda por hemorragia, u otros signos, no estamos capacitados para concluir cuál fue la causa posible o más probable de su defunción.

Señor Juez:

Julio Ortiz Velásquez

PARANOICO CON DELIRIOS DE INTERPRETACION Y DE PERSECUCION

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

MEDICO LEGISTA PONENTE

Señor Juez.

A folios 43 del expediente que en ese juzgado se sigue contra Juan de la Cruz por lesiones personales a Juan de D. X, dispuso usted el examen psíquico de aquél.

Atendiendo a lo solicitado estudiamos el expediente y examinamos al sindicado durante los días 3, 11 y 14 del presente mes, y el resultado de nuestro estudio pasamos a exponerlo en la siguiente forma:

Los hechos

A las 9 de la mañana del 9 de Julio de 1944, en una vereda del municipio de B., del departamento de Antioquia, Juan de la C. causó a Juan de D. X, cuatro heridas, con arma cortante y contundente —machete— localizadas en la región frontal superior, en el antebrazo derecho, con fractura del cúbito en su tercio inferior, en la articulación metacarpo-foringiano del dedo cordial derecho, y otra en la cara dorsal del índice derecho. La incapacidad producida por dichas heridas la fijaron los peritos en 40 días, agregando que le quedó ligera disminución funcional en la articulación de la muñeca derecha de carácter temporal. (f. 22) y anquilosis permanente de la articulación metacarpo-falangiana del dedo cordial derecho.

Entre agresor y agredido existía enemistad anterior consistente en que hacía más o menos un año que, yendo Milagros González en compañía de Juan de la Cruz para el paraje “La Amanza”, se encontraron con Juan de D. X, y al éste saludarlo formalmente, Juan de la Cruz le contestó a X, “qué hay hombre marico” y como X le dijera que no lo ofendiera que a él no le gustaba pelear con nadie, aquél le contestó: “perdoname hombre marico que me equivoqué”. Como resultado de esta ofensa dejaron de dirigirse la palabra hasta el día del encuentro fatal.

Compilación de datos

El ofendido dice que hace unos dos años, más o menos, Juan de la Cruz tuvo conmigo un disgusto de palabra, disgusto en el cual me trató muy mal, pero sin que pasáramos a las vías de hecho. Desde ese entonces dicho señor Juan de la Cruz no me volvió a hablar ni yo tampoco a él. A pesar de esto yo vivo en finca de sus padres y éstos y sus demás hijos son muy amigos míos. Únicamente Juan era mi enemigo. No nos hablábamos, pero tampoco nos irrespetábamos. Ayer a la hora dicha (9 a. m.) bajaba yo con una leña y Juan de la C. subía dizque por unos terneros. Dicho señor cuando me vio, dio la vuelta para salirme al camino por donde debía pasar yo. Y cumpliendo su objetivo me salió repentinamente y me agredió con su peinilla causándome las heridas que presento. No pude defenderme desde un principio de las agresiones de Juan de la C., pues como traía un viaje de leña e peso del bulto me lo evitaba. Cuando pude, descargué el bulto en mención y empecé la fuga, siendo perseguido por aquél bastante largo.

Juan de la Cruz, en su indagatoria dice: “hace unos dos años más o menos, tuve en mi propia casa de habitación, situada en el Paraje La Raya, de este municipio, un disgusto de palabra con el señor Juan de D. X individuo éste con quien desde la fecha en mención no me he vuelto a hablar. El individuo en mención vive y tiene una casita en terreno de propiedad de mi padre; sin embargo, nunca desde la fecha, que antes cité me he vuelto a hablar con él. *Hace algún tiempo mi madre viene soñando dizque con un ermitaño por sugerencias que le ha metido X, cosa que yo me he figurado, es decir, nadie me ha dicho que sea él quien la hace soñar, y no la deja mitigar el sueño tranquilo; sueño que me lo he figurado.* A pesar de esto a nadie le he dicho, o mejor, nadie le había dicho. El sábado pasado me encontré con él en el camino que conduce de mi casa al punto llamado “El Tres” de esta población; allí el señor de que vengo hablando trató de ponerme riña, cosa que yo no le acepté, aun cuando sí le dije que se bajara del lugar donde se hallaba subido, pues se encontraba en una barranquita, para que nos diéramos, si era que él lo deseaba. Pero no quiso aceptar la invitación, pero en cambio me dijo, aquí nó, porque es propiedad de su padre, pero mañana domingo nos encontramos en la cañada abajo después de los linderos. Yo le contesté afirmativamente, es decir, aceptándole la invitación. El domingo pasado a las once de la mañana, cuando venía para mi casa con un palo de leña que había cortado, vi que a un lado del camino se encontraba X haciendo que cortaba un palo de leña. *En ese momento pensé: aquél me está aguardando y yo le voy a hablar; hace dos años que le estoy aguantando, y yo no voy a resistir más sus cosas.* Pensando lo dicho me dirigí a él y le dije: *Bueno aquí estoy, y resuelto a no aguantarle más sus cosas.* Cuando esto le dije X me contestó: “No es que joda únicamente sino que soy capaz también” y diciendo lo anterior desenfundó su peinilla y con ella me agredió inmediatamente. Yo saqué la mía, le desquité el primer tiro y entré en franca riña con él. En la riña citada X resultó con las heridas que presenta, heridas que yo le causé. Lo desarmé, y después de que estaba herido, le dije: “tome su peinilla, váyase, y fíjese cuando le vaya a salir a un hombre, a quién le sale, porque yo soy capaz de matarlo”.

Es esto todo lo que sabemos del modo como se verificaron los hechos, y relatado por los que en ellos intervinieron, ya que no hubo testigos presenciales.

Está claro que sí existía enemistad anterior, y de lo relatado por el agresor se desprende claramente que su resentimiento con X, provenía del poder que éste tenía para hacer soñar a su señora madre con un ermitaño, no dejándola disfrutar del sueño. Esta alucinación sufrida por Juan de la C., dio origen a la animadversión sentida hacia X por las contrariedades que le ocasionaba a su madre los sueños con el ermitaño.

El procesado

Juan de la Cruz, de 32 años de edad, natural y vecino del municipio de Bolívar, soltero, agricultor de profesión, es hijo de Elías y de Ubaldina, ambos sanos.

En los 4 años que estuvo en las escuelas rurales, aprendió a leer, escribir y a verificar pequeños problemas de aritmética.

Examen semántico

Es un individuo de color moreno, regularmente conformado, de un metro con sesenta y ocho centímetros de talla; no se observa en él ninguna asimetría facial, ni deformación en el cráneo.

Sistema nervioso. Sus reflejos retulianos, son ligeramente exagerados.

Reflejos pupilares, normales.

Aparatos cardio-vascular, digestivo y respiratorio normales.

Antecedentes personales. Asegura no haber estado ni un solo día reducido al lecho por enfermedad. No da antecedentes de sífilis.

No ha abusado del alcohol, y sólo cada 2 ó 3 años se embriaga.

Antecedentes hereditarios. No da ninguno, ni hay constancia en el proceso de que el señor Juez en lo Penal del circuito de Andes lo haya hecho investigar.

Examen Psíquico

Se trata de un individuo que lee, escribe y tiene capacidad de verificar pequeñas operaciones de aritmética. Su expresión es fácil, un poco retraído y está como en defensiva para las respuestas, en especialidad cuando se trata de profundizar sobre sus delirios de los cuales hablamos más adelante.

Está bien orientado en tiempo y lugar. Sus memorias, auditivas, de fijación, de reproducción son normales.

En cuanto a su modo de ser y actuar, sabemos por lo que nos dicen algunos declarantes a folios 32 y 33 v. que Juan de la Cruz es aparentemente demente; en ocasiones le dan accesos de rabia y en tales momentos atenta contra las personas, no ha sido amigo de riñas y peleas, de pronto resulta con alguna consecuencia que hace resaltar su anomalía mental; pues en medio de la conversación resulta con cosas completamente ajenas al tema de que se habla.

Y el señor director de la Cárcel, a folios 65 en respuesta a nuestra solicitud de que hiciera observar a Juan de la Cruz en el lugar de su detención sobre su modo de ser, dice: Juan de la Cruz es retraído de sus compañeros, no gusta cultivar intimidades, es despreocupado de sí mismo, respetuoso con los empleados y presos, no ha sufrido enfermedad alguna que demande intervención del médico, no ha manifestado irascibilidad, ni peligrosidad para los que le rodean. En cuanto a perturbaciones sensoriales, errores de la conciencia, como ilusiones, alucinaciones, por tratarse de fenómenos subjetivos que no siempre tienen una explicación aparente, se interrogó con la habilidad posible, llegándose a la conclusión de que no la ha sufrido, como tampoco ha sido víctima de visiones terroríficas o representaciones de persecución durante el sueño, que dice es normal y tranquilo.

David Jaramillo Restrepo dice a fs. 17, que Juan de Dios X le manifestó que quien le hirió fue Juan de la Cruz, por una pica vieja que tenía, que él (X) no le había tirado a aquél porque no era capaz de herirlo por ser agregado del padre de éste.

Instado Juan de la C. a que nos diga en qué consisten los sueños que su mamá tiene con el ermitaño, mediante el poder que Juan de Dios X tiene sobre ella, se niega a ello, alegando que hablar de esas cosas que se relacionan con la vida de la madre de él, es muy penoso; dice que en el expediente debe constar, que los busquemos, porque él no quiere hablar de eso. Luego con disimulo y con maña logramos que fuera poco o poco contando algo de lo mucho que lo ha hecho sufrir el poder mágico que sobre la madre de él tiene ese sujeto a quien hirió, el cual, a pesar de lo sucedido, continúa hoy atormentándola.

Por los datos que nos dio, sabemos que en él ha venido desarrollándose una psicosis, con delirios alucinatorios de interpretación y de persecución, que tuvo como principio el hecho de imaginarse que Juan de Dios X, individuo ignorante como él, que vivía en terrenos de propiedad de su padre, con el poder que le da la magia, no deja tranquila a su mamá, haciéndola soñar con un ermitaño, enamorándose de éste.

Esta idea de la magia, ejercida por X desde hace varios años, y de lejos, viene obsesionando a Juan de la Cruz hasta el punto de que ni aún hoy han cesado después de haber herido al causante de los sufrimientos de su señora madre, porque no la deja tener sosiego por causas del ermitaño; asegura que ya no lo puede aguantar más, es mucho lo que ha hecho sufrir a mi madre, nos dice él, y ya no podía tolerarlo más, y estoy resuelto a no permitir que mi madre continúe en ese estado. Ella nunca me ha dicho nada del poder que X tiene sobre ella, haciéndola soñar esas cosas, ni nadie más lo sabe, fuera de mi persona, pero yo he comprendido la vaina, cuando él estaba en eso de sus hechicerías, yo veía temblar a mi mamá cuando él la saludaba; y en ocasiones no era precisa su presencia, porque desde lejos ejercía su magia sobre ella, haciéndola sufrir. Por eso, estoy resuelto a no tolerarlo.

Al preguntarle si él cree que por medio de la magia pueden hacerle daño a una persona, responde con un convencimiento profundo: “Seguramente que sí”.

Preguntado: En B., el pueblo donde usted vive, conoce ermitaños? Responde: “Allá no hay. Los ermitaños son hombres solitarios, que viven en los montes, no trabajan, viven rezando y Dios les manda el alimento. El que le hace daño a mi madre vive en los montes de Frontino (Dep. de Antioquia), por cierto que es un hombre muy bueno, ya está canonizado en vida, y a pesar de eso, es de él, de quien se sirve Juan de Dios X para hacerle daño a mi madre, y no dejarle sosiego, ni aun durante el sueño.

Fuera de esta obsesión conocida, no se nota en él otra anomalía, salvo su retraimiento.

Pero este delirio de persecución y de interpretación continúa, después de la agregación que hizo a Juan de Dios X, en su delirio de interpretación; la perturbación mental que presenta Juan de la C. es consecuencia de alteraciones profundas de la ca-

pacidad de juicio y crítica de un dominio particular, siendo normal en todo lo que con su obsesión no se relaciona. Su razonamiento en el presente caso se hace sobre premisas falsas y se desarrolla con una lógica rigurosa, con gran capacidad dialéctica, para terminar con conclusiones erróneas y extrañas. Siguiendo el proceso de su delirio alucinatorio, en el cual Juan de la Cruz está firmemente convencido del poder que Juan de Dios X ejerce sobre la autora de sus días, para sugerirle sueños con un ermitaño, que antes era un ser indeterminado, y hoy está bien definido como el ermitaño que vive en los montes de la población de Frontino, sin que sepa aún su nombre, Juan de la Cruz resolvió poner fin a este poder mágico de que se haya dotado el perseguidor de su madre, atacándole a mano armada el día nueve de julio de mil novecientos cuarenta y cuatro, en un lugar despoblado, con arma cortante y contusiva (machete), heridas que estaban localizadas en la frente y en el miembro superior derecho, las cuales lo incapacitaron por cuarenta días y le dejaron una perturbación funcional de la muñeca derecha.

Consta en el expediente que, verificada la agresión a aquél, que, según su desordenada imaginación, es el causante de los infortunios y padecimientos de su madre, Juan de la Cruz sale a la carretera y solicita urgentemente a un chofer lo conduzca a la población, y emprende marcha hacia la población de B., a presentarse ante la autoridad, como autor del delito de lesiones personales cometido en la persona de su perseguidor. Pero no llega a presencia del Alcalde, contrito y arrepentido, como sucede en los sujetos que reconocen haber obrado mal, sino con la tranquilidad del que ha cumplido con el imperativo mandato de su conciencia. Y en los relatos que hace en su indagatoria, resplandecen con una claridad deslumbradora, sus delirios interpretativos y de persecución. “Hace dos años más o menos —dice en su indagatoria— tuve en mi propia casa de habitación, situada en el paraje “La Raya” de este municipio, un disgusto de palabra con el señor Juan de Dios X individuo éste con quien desde la fecha en mención no me he vuelto a hablar con él. El tiene una casita en terrenos de propiedad de mi padre y vive en ella; sin embargo, nunca, desde la fecha de nuestro disgusto, me he vuelto a hablar con él. Hace algún tiempo, mi madre viene soñando con un ermitaño por sugerencias que le ha metido X, cosa que yo me he figurado, es decir, nadie me lo ha dicho, que sea él quien la hace soñar, y no la deja mitigar el sueño tranquilo, sino que me lo he figurado. A

pesar de esto, nada le he dicho, o mejor, nada le había dicho. El sábado pasado (ocho de julio de mil novecientos cuarenta y cuatro) me encontré con él en el camino que conduce de casa al punto llamado “El Tres” (kilómetro tres) de esta población; allí el señor de que vengo hablando trató de ponerme riña, cosa que yo no le acepté, aun cuando sí le dije que se bajara del lugar donde se hallaba subido, pues se encontraba en una barranquita, para que nos diéramos, si era que él lo deseaba. Pero él no quiso aceptar la invitación; en cambio, me dijo, aquí no, porque es propiedad de sus padres, pero mañana domingo nos encontramos en la cañada abajo, después de los linderos. Al día siguiente, a las once de la mañana, cuando venía para mi casa con un palo de leña que había cortado, vi que a un lado del camino se encontraba X haciendo que cortaba un palo de leña. En ese momento pensé: Aquél me está aguardando y yo le voy a hablar primero; hace dos años que le estoy aguantando y ya no voy a resistir más sus cosas. Pensando lo dicho, me dirigí a él y le dije: Bueno, aquí estoy y resuelto a no aguantarle más sus cosas. X me contestó: No es que joda únicamente, sino que soy capaz también. me tiró con su peinilla, yo también le tiré, el salió herido, lo desarmé. Después de que estaba herido le dije: Tome su peinilla, váyase y fíjese cuando le vaya a salir a un hombre, a quién le sale, porque yo soy capaz de matarlo (fs. 6). Hace dos años también ocurrió un disgusto entre X y yo, sin que nadie se diera cuenta y fue por el mismo asunto, es decir, porque alucinaba a mi madre haciéndola soñar con un ermitaño. Yo supe que en Antioquia viejo había un ermitaño; le conté a Juan de Dios X lo anterior, y él se dio a la tarea desde ese momento de trasnocharse para alucinar a mi madre con el tal ermitaño, haciendo que se enamorara de él. Claro, que nadie me contó a mí esto, ni aun mi misma madre, sino que yo lo percibía, tanto a él como al ermitaño, y a mi misma madre. Yo estaba en el pensamiento de ella”. (fs. 7).

Es esto lo que nos relata Juan de la Cruz; pero algo muy distinto cuenta Juan de Dios X del modo como se sucedieron los hechos: “Hace dos años más o menos —dice éste— que Juan de la Cruz tuvo un disgusto de palabra conmigo, me trató muy mal, pero sin que pasáramos a las vías de hecho. Desde ese entonces dicho señor Juan de la Cruz no me volvió a hablar, ni yo a él. A pesar de esto, yo vivo en finca de sus padres, y éstos, y sus demás hijos son muy amigos míos. Únicamente Juan de la Cruz era mi enemigo. . . . Ayer a la hora dicha (once de la

mañana del día nueve de julio de mil novecientos cuarenta y cuatro bajaba yo con una leña, y Juan de la C. subía dizque por unos terneros. Cuando me vio dio la vuelta para salirme al camino por donde debía pasar yo, y me agredió con su peinilla, causándome las heridas que presento. No pude defenderme desde un principio de las agresiones de Juan de la Cruz, pues como traía un viaje de leña, el peso del bulto me lo evitaba; cuando pude descargaré el bulto de leña y emprendí la fuga, siendo perseguido por Juan de la Cruz bastante largo”.

Por lo hasta aquí anotado, se comprende que en Juan de la Cruz viene evolucionando, hace más de dos años, una psicosis paranoica, con delirios alucinatorios, de interpretación, y de persecución, de los cuales hace responsables él a su vecino y amigo de otro tiempo, Juan de Dios X, quien con su arte de magia, no deja tener sosiego a su madre, haciéndola soñar con un ermitaño, y para poner fin a tales daños, atacó a mano armada a Pino, causándole varias heridas.

Tiene semejanza este caso, con los siguientes:

El profesor doctor Guillermo Uribe Cualla en su estudio “Delirantes crónicos”, cita la siguiente observación personal: “Fue muy interesante el caso que conocí de un individuo joven, de unos treinta años de edad, que presentó una psicosis paranoica de interpretación reivindicacionista, que tuvo como principio el hecho de que le pareció ser ventrílocuo, y que para explotar esa cualidad se había formado una sociedad y recogido una cantidad respetable de dinero, con ese motivo; de pronto surgió en él una obsesión contra un acaudalado señor de Bogotá, porque consideraba que él le había adivinado su ventriloquía, y se había apoderado de su dinero, y por consiguiente, todos los perjuicios que había tenido en su economía se debían exclusivamente a este capitalista distinguido. Dicho individuo tuvo varios altercados con aquel señor, a quien ni siquiera conocía antes personalmente; y por haberse sistematizado su delirio persecutorio hubo que asilarlo en el manicomio. Pasó algún tiempo, y como fuera de esta obsesión conocida, en todo lo demás era completamente normal, fue puesto en libertad. Duró algunos días aparentemente tranquilo, pero su delirio de interpretación continuaba, y de pronto, encontrándose a su perseguido en la calle, le hizo un disparo de revólver, que le produjo una herida delicada en un muslo, aun cuando no fue mortal. Las autoridades prendieron al agresor, el cual negó el atentado, reconociendo

que tal vez antes habría tenido alguna cosa con dicho señor, pero que él no había pensado en tales asuntos. Hubo, entonces, una disimulación de su delirio, porque al paso que al conversar con él, no hablaba nada de dicho señor, en su correspondencia examinada se encontraron múltiples escritos en que acusaba a dicho señor como autor del robo del dinero recogido para su ventriloquía, etc. Por constituir este señor un peligro social evidente, desde la sistematización de su obsesión persecutoria, hubo que aislarlo nuevamente por tiempo indefinido. Posteriormente se fugó del manicomio y se fue para el exterior, donde había sido educado.

Es, pues, evidente que existe una clase de delirantes perseguidos cuyo sistema delirante reposa sobre erróneas interpretaciones o sobre una sensación de influencia que tiene origen en interpretaciones cenestésicas. Estos delirios producen una alteración profunda del comportamiento y de la conducta, y sobre todo, despierta ideas de venganza o tendencias reivindicatorias y procesivas, muy perjudiciales para el orden social. Estos delirantes interpretantes, estos paranoicos pueden revelar a veces una gran capacidad intelectual en muchos matices, y sin embargo la perturbación mental parcial que presentan es consecuencia de alteraciones profundas de la capacidad del juicio y de crítica en un dominio particular. Su razonamiento se hace sobre premisas falsas y se desarrolla con una lógica rigurosa, con una gran capacidad dialéctica para terminar en conclusiones erróneas y extrañas. Estos paranoicos exhiben argumentos bien escogidos, documentación precisa, activa malignidad; en sus reivindicaciones sorprenden por lo fundamental de su discusión como por la rapidez y tenacidad de sus reivindicaciones, y así se traducen fácilmente en actos de violencia contra las personas, por sus escritos, panfletos de toda clase contra sus víctimas, amenazas de muerte e insinuaciones, intervención en la vida privada de las personas, y aún atentados contra los individuos”.

El doctor Pablo A. Llinás, médico legista de la Oficina Central de Bogotá, trae otro caso, que es como sigue:

“Fue un hecho público, relatado y comentado en su día por la prensa de Bogotá, que el doctor Nemesio Camacho —ciudadano acaudalado, de prestancia en el comercio, en la Banca, en la industria y en la agricultura, y caballero distinguido y apreciado por sus relevantes prendas personales, sociales y políticas— fue violentamente injuriado en los corredores del Ministerio de Hacienda, por un hombre a quien el doctor Camacho

no había conocido, ni tratado en ninguna forma, directa ni indirectamente.

Unos días después de aquellas injurias, el mismo individuo persiguió al doctor Camacho hasta la puerta de su casa, en donde le disparó con revólver, hiriéndolo en una pierna. Capturado el agresor después de activas pesquisas, la Policía lo llevó a la Oficina Central de Medicina Legal para estudiarle su psiquismo, en vista de los ataques brutales, inmotivados e insólitos que había ejecutado. Luégo de muchos exámenes clínicos y de laboratorio, en la persona del agresor, no se encontró síntoma o signo de anormalidad en sus facultades mentales, y así habría podido declararse si se hubiera adoptado el criterio de investigación restrictiva, relativa sólo a la persona, con prescindencia de sus actos.

Informados los peritos médicos del modo y circunstancias en que fueron cumplidos los actos delictuosos ya dichos, en conversación familiar con el sindicado, con maña y disimulo, se hizo una referencia elocuente del doctor Camacho. Apenas se le enunció este nombre, aquel sujeto vociferó en tonalidades de semi-fusa, con delirio sistematizado de perseguido-perseguidor, con gestos y ademanes vengativos contra el causante de su miseria. Por eso quiso matar al doctor Camacho, porque para su alucinación, éste le robó sus ideas, le arruinó sus proyectos y le destruyó su porvenir. Todo sin que el doctor Camacho lo tratara de cerca, sino a distancia, y por el influjo irresistible de su ambición desmedida, decía el agresor”.

En el caso de Juan de la C., Juan de Dios X, con su poder de magia ha trastornado también la vida de la madre de aquél, robándole la tranquilidad, haciéndola soñar con un ermitaño que ni ella, ni Juan de la Cruz, ni nadie conoce; y Juan de la Cruz cansado ya de dichas persecuciones, de perseguido, se convirtió en perseguidor del causante de los imaginarios daños a su madre.

Por los datos que trae el expediente, y por las conversaciones que hemos sostenido con Juan de la Cruz, parece que el proceso que en él se verificó fue el siguiente: Este individuo que es constitucionalmente paranoico, ha tenido sus delirios sistematizados, que tuvieron como base la idea de un maleficio hecho a su madre por Juan de Dios X hace más de dos años, maleficio que aún ejerce éste sobre aquella; y desde entonces, su mentalidad ha venido alterándose profundamente,

hasta el punto de sentir un odio profundo hacia X por considerarlo como poseedor del poder de magia, poder que sólo emplea para perjudicar a la señora madre del sindicato, haciendo que ésta se enamore del ermitaño, el cual le hace perder la tranquilidad en su sueño.

Aun cuando ni la madre de Juan de la C. ni ninguna otra persona le ha dicho a él que sea Juan de Dios X quien la hace soñar con un ermitaño, *él sí se ha imaginado que X es el causante de estos daños*, y quizá por estos daños que sólo existen en la imaginación desordenada de Juan de la C. resolvió éste no seguir aguantándolo más, y para castigarle sus daños, lo hirió, convirtiéndose de perseguido en perseguidor y vengador de los daños hechos a su señora madre.

Interpretando a su modo, Juan de la Cruz, las supuestas actuaciones mágicas de Juan de Dios a quien considera como un perseguidor de su señora madre, ha llegado a formarse un concepto errado y sistemático de su condición de perseguido que lo llevó al delito.

Encaja todo este conjunto de síntomas dentro del marco enfermizo que en psiquiatría se denomina "PARANOIA o PSICOSIS DE INTERPRETACION", enfermedad mental peligrosa por las reacciones homicidas a que arrastra a los enfermos y la tonalidad pasional que asumen sus delirios de persecución y de interpretación.

El nombre de "PARANOIA" significa: "Casi en sus sentidos" (de *para*, casi y *nous*, sentido) es decir, persona que conserva la inteligencia, aun cuando no está bien de razón. Se caracteriza esta enfermedad en su forma pura, por la evolución lenta, insidiosa y progresiva de un sistema delirante (ideas delirantes sistematizadas) engendrado internamente o sin causas externas, que es inmovible a los argumentos contradictorios y que se desarrolla sin afectar la claridad y orden del pensamiento, la voluntad y la acción.

Durante decenios, el sujeto tiene ideas, sospechas, suposiciones, que todavía no forman delirios: es el llamado por Kraepelin período de latencia. Al cabo de meses o de años, el enfermo siente la inspiración, o ve ya con claridad lo que antes estaba sólo borroso, u oye alguna palabra que aclara sus suposiciones. Entonces, se insala el delirio con toda claridad, y en adelante el sujeto vivirá para él, elaborándolo y sistematizándolo cada día más. Fuera del sistema delirante y de todo lo que se rela-

ciona con éste, pueden quedar intactas su lógica y sus ideas, pudiendo a veces desempeñar su profesión u oficio si prescinde de las dificultades indirectas originadas por las ideas delirantes.

En la caracteriología de los paranoicos y demás enfermos delirantes se observa la “disimulación” inconsciente de los rasgos personales, es decir, la tendencia a ocultar su manera de ser y sus ideas, lo que luego se traduce en ocultación de síntomas (Dr. Gonzalo R. Lafora).

El pensamiento de estos enfermos tiene un sello personal enfermizo característico, y por otra lado el enfermo es incapaz de medir con la sana experiencia los productos de su fantasía, y es allí donde estriba su peligrosidad.

En resumen, en el caso de Juan de la Cruz, nos encontramos con un individuo retraído, en quien su memoria, atención y razonamiento son lógicos, siempre que no se trate de *lo relacionado con los males ocasionados a su madre por el ermitaño, instigado por X*, pues en tal caso, resultan sus delirios sistematizados, y sostiene, convencido, que sí hay magia y que hay hombres malos, que se sirven de ella.

De lo expuesto, deducimos:

Primero. - Juan de la Cruz, no está en plena posesión de sus facultades mentales;

Segundo. - Padece de una enfermedad mental crónica, denominada Paranoia o psicosis de interpretación, cuyos síntomas dominantes hoy en él son los delirios alucinatorios sistematizados, de interpretación y de persecución;

Tercero. - En nuestro concepto, el hecho delictuoso que se le imputa, fue cometido bajo el dominio de estos delirios;

Cuarto. - Sujetos con las anomalías anotadas en Juan de la Cruz, deben estar reclusos permanentemente en establecimientos adecuados, con el fin de proteger a los asociados contra sus posibles reacciones peligrosas, pues no es frecuente que las personas víctimas de sus agresiones, salgan tan bien libradas de sus persecuciones y agresiones, como salió Juan de Dios X.

Es nuestra opinión.

Señor Juez:

Julio Ortiz Velásquez