

AMBIENTE, SALUD Y RECIEN NACIDO

Observaciones regionales en el Departamento del Magdalena.

Por el doctor Orlando Alarcón Montero

Elemento humano:

Este estudio debe comenzar en el siglo XVI en las Antillas, refugio de buscadores de oro y guerreros profesionales que allí esperaron el momento de hacer el aporte europeo a nuestra formación. Otro elemento racial nos llegó en los barcos negros. Y el factor básico estuvo representado por el elemento aborigen, que mostraba grupos situados en diversas etapas de evolución.

En el actual Departamento del Magdalena se destacaba la *cultura tairona*, instalada en las faldas de la Sierra Nevada de Santa Marta. Sus miembros llegaron lejos en el progreso humano. Su habitación era estable, pétreo y de cimiento fuerte. Las poblaciones grandes, de varias centenas de casas, quedan aún desparramadas en forma de ruinas por los valles de la Sierra. Esta solidez de las construcciones traduce una organización económica y social de perfiles definidos.

Las tribus del *litoral* hacían vida nómada y bohíos inestables. Mudaban de rada según los bancos de pesca y mostraban más libertad y menos diligencia que los montañeros. Los *chimilas* se defendieron con fiereza de la invasión conquistadora.

Otras culturas se habían desarrollado a la par. La de *La Paz* ha dejado muestras de tejidos confeccionados cuidadosamente, piedras talladas y objetos de cerámica y decoración. Las características de las piezas arqueológicas hacen relacionar esta cultura con la chibcha, más que con la tairona.

* * *

La Encomienda y los atropellos fueron desalojando al indio, desarraigándolo. Los que no fueron reclutados ascendieron a la montaña, cumpliendo un ostracismo racial. Trasplantados, disminuidos, enfermos y pequeños, conocemos hoy los vestigios de estos primitivos bajo la común denominación de *arhuacos*. Viven en pobreza absoluta, mascan coca para atenuar la sensación de hambre y, sin embargo, constituyen una raza caminadora y resistente.

La mortalidad infantil es muy elevada entre ellos.

* * *

Los *guajiros* fueron bautizados así por los españoles. Ellos mismos sólo se conocen por los nombres de sus castas: Yajaira, Epiayú, Arpuzana, etc. Nos interesan porque de este grupo salen aportes raciales al costañaje y muchos enfermos para nuestros hospitales.

Su tierra árida no inspiró la rapiña de los conquistadores, y la conservaron. Su antigua fuente de vida, la sal, la perdieron. Las perlas fueron buscadas por otros o para otros mientras tuvieron real valor comercial.

Sus costumbres son las propias. Los propietarios son pocos. El matrimonio es una compra que se hace a la familia de la novia y ésta vale según el rango y la casta a que pertenezca. La afrenta a una doncella se tasa en dinero. Se habla el idioma autóctono. Algunos grupos han recibido religión y enseñanza de los misioneros católicos, bajo la dirección de la Vicaría Apostólica de la Guajira, Sierra Nevada y Mutilones. Muchísimos conservan la propia religión, su dios bueno —Mareya— y su dios malo —Uanurú—, que constituye la obsesión del indio. Acarrea las enfermedades y desgracias.

La contra del Uanurú: el Piache. Este médico singular se encierra con el paciente en una habitación, se lleva una buena porción de tabaco a la boca, mastica sin cesar, funcionan las glándulas salivares y el cuerpo del paciente va recibiendo la dosis, una tras otra, directamente de la boca del sacerdote. Las paredes también reciben su parte, a manera de desinfección para que el diablo no se acerque a ellas.

El éxito consiste en la fuga del ser dañino. En el tratamiento alternan las convulsiones y los estados de catalepsia en que se sumerge el "médico". Las maracas y los cantos hacen parte de esta curación a domicilio que puede durar varios días. Usan a veces plantas, unas hemostáticas, otras tónicas, otras que extraen los malos espíritus del organismo del paciente.

Los tratamientos para humanos y animales son similares. Todos terminan en chicha, jolgorio y honorarios.

Estos indios guajiros son supersticiosos, ven y hablan a sus muertos y sueñan los hechos futuros. El sueño es también el que revela a un indio que está predestinado a ser Piache. Su familia busca un adivino para que decida sobre las cualidades del aspirante a este doctorado particular. En seguida se trae a un Piache de experiencia, que se encierra varios días con el novicio. Se pone un baile para celebrar el "grado" y el "piache profesor" entrega tabaco, (léase panacea), al graduado y le enseña los cánticos indispensables para curar a los enfermos. La ceremonia le hace entrega de una corona de lana, una maraca y procede a traspasarle los espíritus, unos buenos y otros malos, que le ayudarán a ejercer la profesión. Este profesional se inicia en los campos de la pediatría, porque es más fácil para ellos curar a los niños que a los adultos.

Religión y Medicina se confunden en un solo valor espiritual que merece el más profundo respeto.

* * *

La enfermedad ocupó desde un principio un lugar preponderante entre los factores adversos a la formación de la nacionalidad. Las penalidades sufridas por el invasor, los climas parejos y severos y el trabajo excesivo de las razas india y negra, constituyeron un problema pálido a su lado.

Algunas entidades nosológicas ya existían aquí. La *fiebre amarilla* se asentaba en la órbita del Caribe, desde donde irradió en ondas epidémicas periódicas. En el Darién destruyó la expedición de Nicuesa en el siglo XVI. En el XVII se hizo presente al norte en Virginia y Filadelfia, y al sur en Recife y Bahía. En el XVIII una epidemia alcanza a Santa Marta.

La fiebre amarilla viajó a España hacia 1730 produciendo casos en Cádiz y Málaga. Después seguía río Magdalena arriba hacia el interior del país y a través del istmo de Panamá llegaba a los países del Pacífico.

También existían en América la forma propia de leishmaniasis, la sarna y el carate.

* * *

Otras enfermedades eran desconocidas. La lepra, las fiebres eruptivas y el tabardillo, nos llegaron con las primeras expediciones.

El bacilo de *Hansen* había producido estragos desde los tiempos bíblicos y las leproserías eran conocidas en Barcelona, Sevilla y otras poblaciones europeas. No es raro que quien sospechara siquiera levemente estar afectado por esta enfermedad, corriera a enrolarse en la más próxima expedición, librándose así de un entierro en vida, cambiándolo por un continente que carecía aún de límites y de ley.

Cartagena y Santa Marta debieron recibir gran cantidad de enfermos. En la última vivió algún tiempo Jiménez de Quesada, caso célebre en la historia de la enfermedad. A principios del siglo XVII se establece una leprosería en Cartagena, teatro de la actuación del Santo Pedro Claver.

A pesar de que éste fue el punto de entrada de la enfermedad, se producen hoy menos casos en la Costa Atlántica que en el interior del país. Tal vez ello se deba a la frecuencia con que la gente practica el baño corporal —el clima obliga—, tal vez porque hay factores climáticos que favorecen el desarrollo y la propagación del bacilo en las regiones templadas del país.

El *tabardillo* vino de Europa. Con su nombre español designaba indistintamente a la fiebre tifoidea y al tifo exantemático, implantando una especie de unidad patológica que sólo se desdoblaría en forma definitiva para Bogotá, en el siglo presente.

El tifo apareció en el país a principios del siglo XVII, en Facativá, donde acamparon las tropas recién llegadas del Virrey Don Juan de Borja. El año fatídico fue el de 1630, en el cual se desarrolló en la Sabana de Bogotá la epidemia llamada de Santos Gil, escribano enriquecido por los legados de los moribundos. Como siempre, los indios resultaron diezmados.

Los brotes posteriores coincidieron con las guerras y se presentaban entre las tropas y también entre el personal civil desplazado por las contiendas.

Ya en el siglo XX, las afirmaciones categóricas del profesor Lombana Barreneche trataron de establecer que sólo se presentaba en esta región la fiebre tifoidea y que los diagnósticos de tifo exantemático se debían a formas hipertóxicas de la dotienenteria. Los profesionales de la época estuvieron bajo la influencia de este concepto, mientras el profesor Carlos Esguerra continuó sosteniendo que las dos entidades coexistían en Bogotá. La controversia científica se definió en favor del profesor Esguerra. La tesis de grado del profesor Patiño Camargo, titulada "El Tifo Exantemático en Bogotá", demostró la existencia de ambas enfermedades basándose en datos clínicos y anatómo-patológicos.

La *viruela* causó grandes estragos. Tomó por primera vez forma de grave epidemia en el año de 1566 y exterminó grandes grupos indígenas.

La práctica de la vacuna anti-variolosa data en el país de 1803 y se practicaba brazo a brazo, desconocida como era entonces la pulpa vacinal y su conservación. La última epidemia alarmante se inició en el departamento de Santander y se propagó por el interior del país durante una de las guerras civiles republicanas (1840).

Es concepto extendido que la *sífilis* provino de Europa. Sin embargo, hay teorías americanistas sobre su origen. La Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa dice que no hay ninguna prueba de que la sífilis existiera en Europa antes del descubrimiento de América, que concuerda con la gran epidemia de fines del siglo XV. La enfermedad llegó a España, de allí pasó a Italia con los ejércitos, en seguida al resto de Europa. Como en Italia había tropas francesas luchando contra Nápoles, se le llamó *mal gálico*; los franceses a su vez le llamaron *mal de Nápoles*.

De acuerdo con esta tesis, el médico peruano Julio C. Tello presentó en el IV Congreso Científico de Santiago de Chile (1908) un trabajo titulado "Antigüedad de la Sífilis en el Perú", en el cual sostiene que la sífilis existía en el Imperio Incaico antes de la llegada de los españoles.

Se basa en ciertas manifestaciones cutáneas de las llamadas andinas, aceptadas como sífilíticas por el autor, y en las deformaciones observadas en las representaciones artísticas obtenidas en las excavaciones. Además, se apoya en narraciones seculares de la raza indígena. Sobre éstas hay que tener en cuenta que han podido desvirtuarse a través del tiempo.

Las llamas sufren una enfermedad similar a la sarna que los indios llamaban "carache". La producción de elementos eruptivos, ulceraciones, caída del pelo, etc., llevó a algunos investigadores a pensar que se trataba de sífilis, que podía ser transmitida al hombre por contacto. Esta teoría niega así la exclusividad que el género humano mantiene sobre la entidad.

En cuanto a las deformaciones faciales observadas en las decoraciones, se deben indudablemente a leishmaniasis, rinoscleroma, al lupus tuberculoso o al uta, enfermedad peruana semejante al lupus en el aspecto y diferente ante la prueba de la tuberculina. Las deformaciones pueden ser también debidas a amputaciones quirúrgicas —ya sabemos hasta dónde llegaron los cirujanos incas— que resultaban impresionantes a los artistas.

Juan de Dios Carrasquilla sostuvo la hipótesis de que se trataba de representaciones de indios que habían sufrido algunas amputaciones como castigo corporal, cual sucedía entre los chibchas. Los historiadores peruanos niegan esta usanza entre los incas, desvirtuando así la suposición.

Lo cierto es que en América se desarrolló una gran epidemia de sífilis a la llegada de los españoles. Podemos suponer que a su llegada, estando infectados muchos de ellos, transmitieron la enfermedad a las nativas, tomadas como producto de sus conquistas. Así se inició un rápido proceso de "sifilización", lo mismo que ha sucedido en algunas tribus aisladas en el Tolima que han adquirido masivamente la enfermedad al entrar en contacto con los civilizados.

Los indígenas carecían de defensas específicas contra la espiroqueta y como los españoles transitaron por todas las veredas, la infección tuvo que ser extensa entre los naturales, y a ellos se asimiló la enfermedad.

Como atrás dijimos, la Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa sostiene que la sífilis no había sido descrita en Europa antes del retorno de los descubridores. Esta afirmación sugiere varias consideraciones. En aquella época la dermatología no se distinguía por los conocimientos de sus cultivadores, ni siquiera era una especialidad. Lesiones sifilíticas, leprosas, variolosas y otras, eran confundidas. Todavía en el siglo XVII, más adelantada la medicina, se administraban tratamientos mercuriales a los variolosos, en una completa confusión de diagnóstico y de terapéutica.

Cuando fue descubierto este continente, las enfermedades se denominaban "febriles", "pestilenciales", "eruptivas" y aún en forma más deficiente. Dentro de esta confusión de entidades, dentro de esta terminología vaga, no cabe la duda de que muchas enfermedades pasaran inadvertidas o innominadas o adscritas a entidades similares?

* * *

La primera epidemia del país se desarrolla en Santa Marta, recién llegada la expedición fundadora. El mal fue catalogado como disentería, síndrome incluido dentro de las enfermedades pestilenciales. Más tarde la fiebre amarilla azota a la población, llega la viruela. Con las enfermedades alternan los corsarios.

Al ritmo de los sucesos más diversos se va formando el nuevo tipo de hombre y los diversos matices raciales. Llegada la Independencia, los criollos y mestizos se entusiasmaron por la causa, y consumada la gesta se polarizaron hacia la tendencia federalista. En 1863 se

dicta decreto declarando estado independiente a la Provincia de Santa Marta.

A fin de siglo hay ferrocarril y banano. El ferrocarril lo construyeron los ingleses representados en la Santa Marta Railway Company. Sirvió para sacar el banano de los campos. Cuando producían los nuevos cultivos se prolongaba el trazado que llegó hasta Fundación en longitud total de unos 100 kilómetros, sin contar con las ramas que emite a su paso por las principales fincas productoras. Ya la ciudad de nuevo recibió los barcos de todas las naciones y la bahía dejó de ser decoración pura y se convirtió en mercado internacional.

En 1914 se desarrolló una epidemia de neumonía, que para muchos fue de peste de localización pulmonar. Se puede dar crédito a este diagnóstico por el movimiento marítimo que había adquirido la ciudad y por los brotes simultáneos en varios puertos internacionales. Este hecho sería una muestra más de la influencia de la industria sobre la patología regional.

* * *

Los obreros del puerto dependen todos del banano. La exportación actual se encamina más que todo hacia los Estados Unidos y Europa. El personal recibe atención médica y medicinas costeadas mediante un descuento que se hace al productor en cada unidad vendida y embarcada al exterior. Esto contribuye a mantener el nivel fisiológico de estos trabajadores, comúnmente denominados braceros.

El puerto es también sede del pequeño contrabando que permite una importación libre y reducida de licores extranjeros, armas y sedas. El contrabando mayor busca las radas vecinas para la entrada nocturna de las goletas.

El sábado es el día de la repartición del jornal y se constituye así en día de parranda, bailadero y bebidas alcohólicas. Todo esto en un ambiente bullicioso, casi espectáculo público que repercute necesariamente sobre la formación de las generaciones que se levantan junto a él.

En algunos núcleos de la población se está extendiendo el vicio de la marihuana y los pocos fumaderos clandestinos están situados, precisamente, en el sector de las diversiones. Las autoridades civiles no han calculado exactamente el alcance de este vicio, de su propagación y las consecuencias que puede tener sobre la población colombiana. Su acción se limita a aplicar las sanciones que se acarrearán los intoxicados cuando atentan contra la integridad del prójimo, el pudor o el orden público.

* * *

Según la encuesta obrera levantada por la Contraloría General de la República en la ciudad de Barranquilla, el porcentaje de familias que utilizan cada uno de los alimentos esenciales es el siguiente:

Arroz 100%, plátanos 100%, pán y galletas 100%, carne de res, azúcar, café, panela, yuca, ñame, bollos de maíz, pastas alimenticias, entre 95 y 99%; pescado de río, 92,1%, pescado de mar, 48,8%.

Mientras la familia obrera de Bogotá desconoce prácticamente el consumo de pescado, tenemos que en la Costa Atlántica son precisamente las familias pobres las que más lo consumen. En Barranquilla se consume más pescado de río por su situación a la orilla misma del río Magdalena. En la región de Santa Marta y Zona Bananera la proporción se invierte por la mayor proximidad al mar.

El pescado suple a la carne de res —más cara— como fuente de proteínas animales (aproximadamente el 18% de su peso), tiene una elevada proporción de agua, poca grasa, vitamina B₁ (0,3 á 0,6 U. I. por gramo), sales minerales y vitaminas A y D.

En la región es clásica la estampa del trabajador que regresa al hogar con el racimo de banano al hombro, como una de las retribuciones a su labor. Además, los racimos pequeños o imperfectos son vendidos a bajo precio.

El banano contiene gran cantidad de agua e hidrato de carbono. Cada 100 gramos aportan 200 U. I. de vitamina C., y 300 U. I. de vitamina A, además de vitaminas B₂ y E, favorecedora de la reproducción.

* * *

La investigación demográfica se ha hecho sobre 400 familias de Santa Marta y la Zona Bananera, pertenecientes a trabajadores de la industria del guineo y del Ferrocarril Nacional del Magdalena.

Las familias de 6 y 7 miembros son las más frecuentes.

Los jóvenes de 20 y menos años constituyen el 51% de la población. El promedio de hijos por familia es 5.24, superior al encontrado en Barranquilla. Por cada 100 hijos han muerto 19.

Los cuadros estadísticos muestran la base marital de 95.75% de las familias estudiadas. La unión libre rige la formación de la familia en un 73.50%, lo que coincide con el porcentaje hallado en la clientela hospitalaria (72,50%). La encuesta revela también que la duración de esas uniones es más o menos la misma que la de las uniones religiosas. (Contraloría General de la República).

* * *

El análisis etnológico de la población costeña es laborioso. Sobre la base de formación tri-étnica se dan diversos matices.

Quedan dispersos algunos grupos indígenas. En las poblaciones costaneras pequeñas predominan los grupos raciales zambo y mulato. En las del interior es más frecuente el mestizaje y en las ciudades importantes toda discriminación es imposible.

En general, estos grupos raciales carecen de fanatismo religioso o político. Las oleadas de violencia que concéntricamente se extienden desde el corazón del país no llegan hasta allá. O llegan atenuadas, tanto que únicamente alcanzan a exaltar la facilidad de expresión y la reciedumbre con que se discuten las ideas.

La gente es extrovertida. La música, espontánea. Con frecuencia, narrativa y alegórica, asimila los personajes humanos a animales (El Caimán de Plato, El Gallo Tuerto, La Vaca Vieja). La música representativa está originalmente distanciada de la antillana. También es preciso diferenciar el "porro" y la "gaita" —más propios de Bolívar— y la "cumbiamba" —100% ritmo negro— de la música auténtica magdalenés.

El "paseo" es un ritmo cadencioso que se escribe en compás de 2/4. El "merengue" es más alegre y se escribe en 3/4. Todos se tocan con acordeón e instrumentos autóctonos y han adquirido dilatado prestigio como expresión folklórica.

* * *

Sinopsis Geográfica:

Los acontecimientos y circunstancias que figuran en este estudio se localizan geográficamente al norte de Colombia, en un departamento de forma más o menos triangular, cuyos lados constituyen fronteras naturales. Al norte, el Caribe. Al oriente, la Cordillera Oriental que establece la separación con Venezuela. Al occidente, el río Magdalena.

El sistema autónomo de la Sierra Nevada de Santa Marta da las características físicas al departamento del Magdalena. Al norte, una faja estrecha entre la montaña y el mar guarda un rico futuro agrícola; al occidente, la región comprendida entre Santa Marta y Fundación es aprovechada industrialmente en la producción de banano y arroz; al sur de la Sierra Nevada se extienden amplias planicies ganaderas. Y en todas direcciones se dirigen los riachuelos recién formados al lado de los picos helados para enriquecer las tierras del departamento.

Esta división territorial alberga al 4% de la población colombiana, 360.000 personas que se han acomodado en ella para dar una densidad de población igual a 6 habitantes por kilómetro cuadrado y que han llevado al departamento a ocupar el primer puesto en la producción bananera, el segundo en la de coco, el tercero en algodón, el cuarto en la cría de ganado vacuno, el quinto en ganado caprino, el sexto en ajonjolí, miel y maíz, el séptimo en tabaco, el octavo lugar en la producción de cacao y el décimo en la de café.

La extensión superficial es de 56.710 kilómetros cuadrados y constituye el 5% del total del país.

La zona costanera se extiende desde la desembocadura del río Magdalena hasta Riohacha. Sumada a las playas guajiras, forma la mitad de los 1.700 kilómetros con que cuenta Colombia sobre el Océano Atlántico. Estas costas son aprovechadas para el comercio, el contrabando y la extracción de sal. Los indígenas llamaron "Saturma" a esta zona costanera, vocablo que significaba "vista de nieve".

Santa Marta está situada al fondo de su amplia bahía, casi a nivel del mar —4 metros de altura— y circundada por dos brazos montañosos. La población alcanza a 40.000 habitantes que soportan una temperatura superior a los 30° centígrados.

Sobre la capital convergen las pequeñas colonias agrícolas de la Sierra Nevada y los productos de la fructífera Zona Bananera. Está unida mediante carreteras con las provincias de Valledupar y Padilla, y más allá, con los departamentos vecinos y Venezuela.

En resumen, Santa Marta está colocada en una de las esquinas de un amplio cuadrilátero, centrado por la Sierra Nevada, que forma su zona de influencia económica. Sin embargo, ciudades vecinas e importantes —Barranquilla y Maracaibo— se constituyen en drenaje para los productos de esta tierra y restringen su desenvolvimiento industrial y comercial.

La Salud Colectiva:

Las campañas higiénicas están entorpecidas en el departamento del Magdalena por varias causas: la dilatada extensión de su superficie, la falta de preparación del público y la situación fiscal deficiente de los organismos oficiales.

Vamos a consignar los índices estadísticos que hemos dado al departamento, basándonos en datos parciales correctos correspondientes a quince municipios:

Coficiente de natalidad: 45,2 por mil.

Coficiente crudo de mortalidad: 6,6 por mil.

Coficiente de mortalidad infantil: 92,6 por mil.

Daremos la mayor importancia al estudio de la Mortalidad Infantil porque nos proponemos demostrar que son los factores higiénicos y sociales imperantes los que disminuyen la capacidad biológica del individuo, nacido en condiciones favorables.

* * *

Cuadro comparativo entre las causas de mortalidad infantil que rigen en la región Santa Marta-Zona Bananera (medio predominantemente rural) y las que rigen en Barranquilla (medio urbano):

<i>Entidades Patológicas</i>	<i>Santa Marta Zona Bananera</i>	<i>Barranquilla</i>
Enteritis, diarrea, infección intestinal, disentería, dispepsia, colitis, atrepsia, parasitismo intestinal ..	24,37%	31,92%
Bronquitis, bronconeumonía, neumonía, tos ferina	16,74%	12,82%
Paludismo, fiebre maligna	15,52%	2,48%
Meningitis	7,39%	8,87%
Sarampión	4,19%	3,55%
Tétanos	2,46%	1,77%
Otras causas	16,19%	19,80%
Causa ignorada	7,14%	18,79%

El paludismo y las enfermedades broncopulmonares se convierten en importantes causas de mortalidad infantil en la Zona Bananera, región cálida, húmeda y lluviosa.

El municipio de Fundación es el que da un coeficiente de mortalidad infantil más elevado. El coeficiente del dilatado municipio de Ciénaga es de 132 por mil. En contraste, el índice que corresponde al municipio de Santa Marta es mínimo. En esta ciudad el hospital cuenta con una Maternidad donde los niños pasan su primera semana de vida y las madres reciben instrucciones sobre el tratamiento y la alimentación infantil. También tiene Consulta Externa y Sala Infantil. La Dirección Municipal de Higiene atiende la Consulta del Niño Sano y la campaña de vacunación. La población recibe buen servicio de acueducto y servicios médicos oficiales y particulares. En suma, una serie de factores higiénicos incluidos dentro del minimum de condiciones que la vida humana necesita.

* * * .

Hemos confeccionado una escala de incidencia de las diez entidades más comunes en este departamento, basados en los casos tabulados

por la Sección de Epidemiología de la Dirección Departamental de Higiene y sobre un total de 20.000 casos denunciados por médicos oficiales y particulares. Es la siguiente:

1º	Paludismo (6.067 casos)	30 %
2º	Diarreas y enteritis en niños menores de dos años (4.562 casos)	23 %
3º	Anquilostomiasis (2.286 casos)	11,5%
4º	Blenorragia (1.055)	5 %
5º	Sífilis (977)	4,7%
6º	Tos ferina (567)	2,8%
7º	Tuberculosis (327)	1,6%
8º	Fiebre tifoidea y paratifoidea (281)	1,4%
9º	Conjuntivitis neonatal aguda (149)	0,7%
10.	Viruela (113 casos)	0,5%

El hombre de la región está familiarizado con el *paludismo*. Aun cuando es su entidad generalizada, hay focos que no pueden pasarse por alto. En las poblaciones situadas a la orilla del río Magdalena la epidemia palúdica sigue al desbordamiento periódico del río, que produce pantanos en estas tierras bajas. En la Zona Bananera el cultivo del guineo (*musa paradisíaca*) exige terrenos inundados. El agua permanece estancada en ellos un tiempo suficiente para que se cumpla la evolución del vector. Cuando la industria bananera ha sufrido colapso —conflictos mundiales, sigatoka— se le ha tratado de reemplazar por el cultivo del arroz, que necesita también un terreno pantanoso.

El elevado número de casos presentes en el renglón de *diarreas* y *enteritis infantiles* se debe a la pésima calidad del agua consumida y a la falta de conocimientos de las gentes sobre la purificación casera de este líquido. Es alarmante su frecuencia en las riberas del río Magdalena, gran alcantarilla abierta que presta sus servicios a media nación.

El *parasitismo intestinal* está sumamente extendido. No siempre produce trastornos que induzcan al médico o al paciente a pensar en la helmintiasis y así escapan muchos casos a la observación. Nosotros hemos tomado un grupo heterogéneo de 500 personas pertenecientes al Sindicato de Braceros de los Muelles (50 exámenes), niños examinados en la Dirección Municipal de Higiene (100 exámenes), pacientes de las salas de Clínica Médica de hombres (150), Clínica Médica de mujeres (150) y Consulta Externa del Hospital de San Juan de Dios (50 exámenes). Los resultados obtenidos son los siguientes:

Índice parasitario = 83,6%.

El parásito más frecuente es el tricocéfalo (32,5%). Le siguen

el áscaris (29,5%) y el anquilostoma duodenalis (22,5%). La amiba histolítica fue encontrada un número de veces que consideramos inferior al real (5%). Lo que se debe seguramente a que en los exámenes de rutina no están incluidas las técnicas de concentración que dan margen de seguridad a su investigación.

Es frecuente la doble, triple y cuádruple parasitación. La combinación tricocéfalo-áscaris-anquilostoma es la más frecuente. La incidencia de anquilostomiasis es el doble en los hombres que en las mujeres, lo que se explica por el trabajo en el campo, la falta de calzado y el mayor número de contactos de los varones.

La oxiurososis y la teniasis poco se encuentran, mientras que la giardiasis infantil la hemos descubierto en 9 de cada 100 exámenes.

La *blenorragia* constituye un problema. Las neisérias-penicilino-resistentes son frecuentes. Por otra parte son poco observadas las tricomoniasis uretrales, que complican la etiología de las uretritis.

Entre las mujeres que ejercen la prostitución en el municipio de Santa Marta —alrededor de 150— hemos encontrado cada mes entre 30 y 40 casos de *blenorragia* aguda. La reinfección es continua y niega el éxito a la campaña que lleva a efecto el Dispensario Antivenéreo. Por el contrario, las *lesiones sífilíticas* abiertas —chancros, gomas ulceradas, placas mucosas— son poco encontradas en los exámenes rutinarios. La sífilis es, pues, desde el punto de vista higiénico, menos peligrosa que la *blenorragia*.

Al encargarnos del dispensario hicimos reacción serológica a 140 mujeres y encontramos 50 positivas (una a cuatro cruces) lo que arroja un porcentaje de 35,7%. En el personal no controlado debe ser mayor el índice de positividad. La clandestinidad es el verdadero obstáculo para el éxito de la campaña antivenérea, que debe ser lo más activa y eficiente que sea posible por tratarse de una ciudad habitada como puerto internacional.

El personal trabajador de los prostíbulos aqueja un verdadero problema social por la pobreza en que vive, las infecciones a que está expuesto, el riesgo de los procedimientos abortivos usados con frecuencia, el trabajo nocturno y las deudas que le encadenan a la patrona, problema agravado en ocasiones por la maternidad.

Constantemente se descubren nuevos casos de *tuberculosis*. Las estadísticas presentadas deben referirse a una extensa región aledaña, pues sólo Santa Marta cuenta con servicios de Dispensario Antituberculoso y Centro Epidemiológico. Los interesados acuden a ellos voluntariamente o por recomendación de un médico o en busca del certi-

ficado radioscópico que deben presentar ante las autoridades que expiden los carnets de salud.

Las causas de la frecuencia creciente con que se presenta la enfermedad son las mismas que operan en otras regiones: depauperación económica y fisiológica en el bajo pueblo, alimentación deficiente, avitaminosis, anemia, parasitismo intestinal, alcoholismo, incompleto control de leches, ignorancia de principios higiénicos elementales, falta de aislamiento de los casos "abiertos", desinfección insuficiente y capacidad reducida del Dispensario. El paludismo aparece como antecedente en muchos de los casos estudiados. En algunos gremios, en especial el de obreros de los muelles, juega un papel importante el continuo acceso de los bracosos a las bodegas frías de los barcos fruteros. En este personal son frecuentes los reumatismos a frígore, así como las bronquitis y gripes de repetición que van preparando el terreno.

En el Dispensario Antituberculoso se hicieron 2.102 radioscopias en el año de 1950 y se descubrieron 113 casos nuevos, de los cuales 101 fueron clasificados como tuberculosis avanzada. El número de casos diagnosticados es mayor a partir de la adolescencia.

Hay más mujeres enfermas en el grupo de 15 a 25 años. En el grupo 25-35 hay paridad entre los dos sexos.

A partir de los 35 años predominan los casos desarrollados sobre el sexo masculino.

La prueba de la *Tuberculina* se hizo por primera vez en la ciudad de Santa Marta en 1950. Fue organizada por el Centro Epidemiológico.

En todos se hizo una sola aplicación, correspondiente a una solución de P. P. D. equivalente a 12,5 unidades.

Los porcentajes de positividad son los siguientes:

<i>Edad</i>	<i>S. Masculino</i>	<i>S. Femenino</i>	<i>Promedio</i>
Un mes-5 años	—	—	25,74%
5-10 años	13,69%	19,57%	17,35%
10-15 años	16,23%	25,24%	21,65%
15-19 años	22,31%	31,36%	27,12%
Mayores de 19 a.	59,55%	54,26%	57,50%

Solamente en el grupo de adultos encontramos mayor la positividad del sexo masculino. Un fenómeno paralelo observamos en los diagnósticos de tuberculosis. Es que nuestra organización económica impone al hombre trabajo más rudo y por consiguiente un desgaste orgánico que lo hace más receptivo ante la infección. Además cambia con más frecuencia de clima, hábitos y ambiente y adquiere más posibilidad de contagio.

* * *

Vamos a analizar brevemente la influencia de las enfermedades infecto-contagiosas sobre la mortalidad general, basándonos en la misma fuente para no desdoblarse la relación de causa a efecto.

1º Las diarreas y enteritis infantiles constituyen la causa más frecuente de mortalidad. Poco menos de la mitad de las defunciones ocurridas por enfermedades transmisibles se deben a esta entidad.

2º La tuberculosis y afecciones broncopulmonares ocupan el segundo lugar.

3º Paludismo.

4º Fiebre Tifoidea. Este dato concuerda con el que obtuvimos en la Sala de Clínica Médica del Hospital San Juan de Dios de Santa Marta.

El Hospital:

Está situado frente al mar. Se sostiene con un porcentaje de las rentas de loterías y alcoholes y una pequeña ayuda nacional.

Muchos enfermos son rechazados por falta de cupo o por la imposibilidad de sostenerlos, tal es el déficit permanente de sus finanzas.

En las salas médicas predominan las afecciones respiratorias y gastrointestinales. Se encuentran casos de cirrosis hepática en relación con carencia de factores de complejo B. El tercer renglón pertenece a las afecciones genito-urinarias. Las entidades del sistema cardio-vascular son menos frecuentes que en los hospitales de Bogotá.

En la sala infantil, la mitad de los hospitalizados y tratados en 1950 presentaba enfermedades de tipo respiratorio o digestivo. Los procesos dermatológicos son favorecidos por el calor.

La sala de Maternidad es la que registra mayor movimiento. El número de niños nacidos en los tres últimos meses es mayor que el de los tres primeros (festividades carnestoléndicas) en una proporción de 150 a 100.

Existe la tendencia a que el parto sea espontáneo. Cuando es preciso intervenir, se prefiere la operación cesárea.

Es ésta una conducta benéfica para la madre y el niño que evita desgarros perineales, maltrato del canal pelvigenital, deformaciones físicas de la cabeza fetal, y más importante aún, las consecuencias que el traumatismo origina.

El traumatismo obstétrico hace parte de la etiología de las cicatrices cerebrales del niño. Esas cicatrices se desarrollan casi siempre sobre la sustancia blanca, a nivel de las paredes de los ventrículos ce-

rebrales, y están constituidas por una reacción glial, una hiperplasia neuróglia difusa que reemplaza al tejido nervioso.

La cicatriz cerebral aumenta de tamaño progresivamente, produciendo inhibiciones funcionales o convirtiéndose en un centro epileptógeno. Los retardos mentales hacen también parte del síndrome descrito.

“Estamos en completa incertidumbre sobre el origen del síndrome. El traumatismo obstétrico juega un papel cierto. Pero no lo encontramos sino en seis casos de nuestra serie. En ninguno de nuestros operados se puede hacer con certeza el diagnóstico de encefalitis, ni el de meningitis”. (Klein y colaboradores. “La Semaine des Hopitaux. Marzo de 1951”).

No se hace cesárea en los casos de feto grande absoluto o relativo porque no es aplicada la pelvimetría radiográfica. Considerando la influencia que los diámetros pelvianos tienen sobre la eutocia, hemos promediado los encontrados en 100 enfermas, con los resultados siguientes:

Diámetro de Baudelocque	17,5
Biespinoso	23
Basiliaco	26
Bitrocanterino	28

En términos generales podemos decir que predomina la eutocia, pero se presentan casos raros con cierta frecuencia.

Presentamos algunos casos teratológicos:

N° 1. *Siameses*.—Historia N° 341. F. Z. Soltera de 30 años. Entra al hospital el 28 de noviembre/49. Profesión: oficios domésticos. Natural de Santa Marta. El parto comenzó el día anterior. Encajó la cabeza del primer feto. Parto atendido por comadrona. La presentación no progresó durante 20 horas, y en ese estado llegó al hospital. A la palpación se diagnostican dos fetos. No hay ruidos fetales, fetos muertos. Una cabeza encajada. *Conducta*: Se hizo sección de la cabeza que había progresado y Cesárea Segmentaria transperitoneal. Sale del hospital el 9 de diciembre de 1949.

N° 2. Enferma: N. M. Soltera de 26 años. Entra al hospital en agosto de 1950. Profesión: oficios domésticos. Fecha de la última regla: noviembre 26/49. Presentación: cefálica. Primer embarazo a término. El parto comenzó antes de ingresar al hospital, el 15 de agosto a las 7 a. m. Parto intervenido al día siguiente a las 21 horas. La enferma anestesiada con éter. Se hizo craneotomía a un feto muerto, *hidrocefálico*, con *labio leporino* y *miembros inferiores soldados* (Dos pies). Extracción manual de la placenta.



Siameses.

Nº 3. *Embarazo Extrauterino a término.*—Enferma: O. R. Soltera de 33 años. Natural de Valledupar. Residencia en Santa Marta. Entrada: febrero 9/51. Padres: Manuel Bolaño, Antonia Rodríguez. Última regla: 22 de octubre/49. Diagnóstico obstétrico: 2º embarazo. Feto muerto. Tensión arterial 11 x 7. En vista de que el parto no se producía, se le hicieron dos tratamientos de Watson (Aceite de ricino, pituitrina, calgluquina) sin resultados. Sale en febrero 12 de 1951 en el mismo estado.

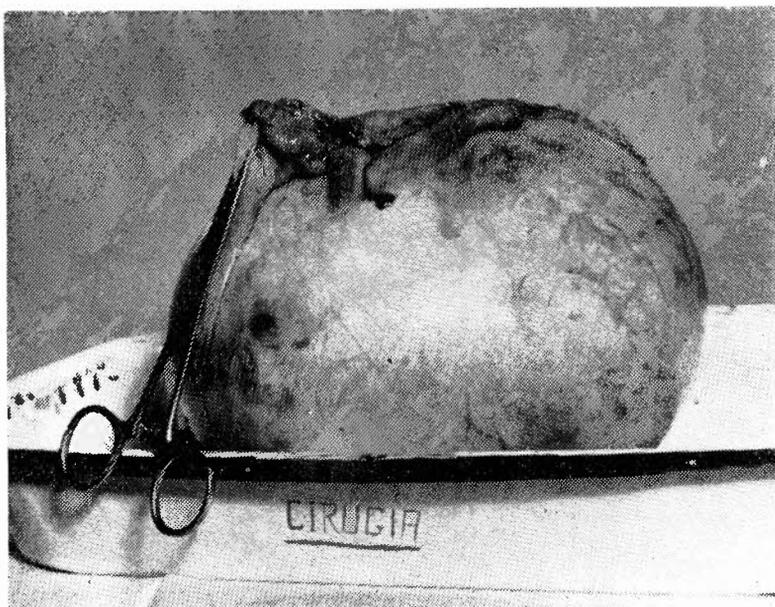
Exámenes de laboratorio. Radiografía Nº 1.185 (5-XII-50). Un feto en cefálica. Dorso a la izquierda. Vuelve al hospital. Marzo 2/51.

Cirugía. Embarazo ectópico a término izquierdo y quiste hemático derecho (3-IV-51).

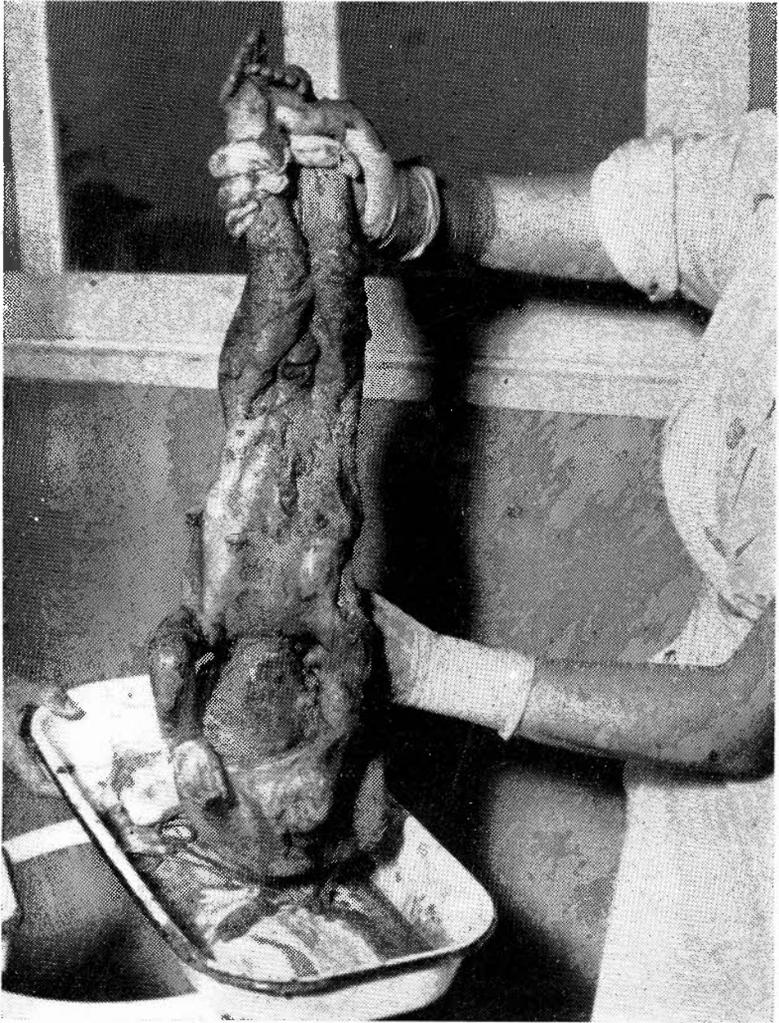
Historia. Tuvo la última regla el 22 octubre de mil novecientos cuarenta y nueve. Calculaba que el parto sería a fines de julio o a principios de agosto del 50. Tuvo movimientos fetales hasta fines de julio y en ese mismo tiempo tuvo manchas sanguinolentas. Desde ese tiempo no lo sintió más.

El primero de diciembre llegó al hospital por dolores lumbares y en el bajo-vientre y manchas con sangre que le duraron cuatro días. En enero, febrero y marzo se repitieron las manchas con sangre los días 10.

A la palpación hay una masa globulosa, dura, que daba la impresión de un fibroma por su consistencia. Al tacto se tocaba la misma masa, que parecía perteneciente a la matriz. Se trató de dilatar el cuello después del fracaso de la inducción médica del parto y al agrarrar el cuello con pinzas de garra para bajarlo, se notó que la masa no hacía cuerpo con la matriz. Se hizo entonces el diagnóstico de embarazo ectópico al tener en cuenta la radiografía. Se extrae un feto a término bañado en meconio dentro de la bolsa (trompa).



Embarazo extra-uterino a término.



Embarazo extra-uterino a término.

Post-operatorio: Normal. Sale del hospital el día 19 de abril de 1951.

Nº 4. *Anencefalia.*—Enferma: D. M. de H. Casada de 19 años. Natural y residente en Santa Marta. Entrada: mayo 20/51. Padres: Manuel Martínez, Graciela Núñez. Fecha de la última regla: julio 17/50. Diagnóstico obstétrico: Tercer embarazo. Gemelar. A término. Reacción de Mazzini-Kahn (—) (Mayo 23/51). No hay antecedentes venéreos.

Parto: uno en presentación de vértice. Otro, el segundo, en presentación de cara. Principio de trabajo: mayo 20 a las 23 horas. Ruptura de la bolsa: mayo 21 a las 3 más 10. *Parto*. Primer feto: 3 más 20. Segundo feto: 3 más 45. Alumbramiento: 4 horas.

Puerperio: Normal. 2º día: altura del útero: 21 cms. Pulso: 64. Salida del hospital: 25 de mayo.

Niños. Hombre. Mujer. Padre: G. H. Abuelos paternos: Teodoro Henríquez, Carmela Manjarrés. Nacieron vivos. Pesaron al nacer: El varón 2.874 grs. y la talla: 51 cms. La niña pesó 2.300 grs. y talla de 44 cms.

El segundo feto vino en presentación de cara. Se trata de un *monstruo anencéfalo*, que vivió 9 días en el Servicio. El ombligo cayó el día 27 de mayo a los 6 días de vida. Niño de aspecto raro, a quien falta la bóveda craneana por completo, ojos salientes. Mirándolo de arriba hacia abajo vemos una superficie viva, en el sitio donde falta la bóveda craneal, que se mueve al ritmo respiratorio. Visto lateralmente da la apariencia de que se hubiera hecho un corte desde la parte más alta del reborde orbitaria, hasta la protuberancia occipital externa.

Al hacer la autopsia se observó que faltaba la parte escamosa de todos los huesos de la bóveda craneana, no había parietales. La superficie viva de la cabeza estaba sufriendo un rápido proceso de epitelización; la piel que se formaba se cubría en seguida de cabello. Las meninges se movían de acuerdo con la respiración, pero no se encontró comunicación entre la pared superior de la faringe y el exterior. Se hizo un corte mediano anteroposterior, que pasó por la cara lateral del tabique de las fosas nasales y que lo llevamos hasta la altura de la quinta vértebra dorsal. Las fosas nasales estaban normales. El resumen de las anormalidades macroscópicas encontradas, es el siguiente: Medula, bulbo y protuberancias: normales. Cerebelo: Se ve un rudimento de 3 á 4 mms. Pedúnculos rudimentarios. Pares craneanos: Estaban todos, menos el Patético. Quiasma óptico no hay. Se ve un haz fibroso que va desde el borde anterior de la silla turca hasta penetrar el globo ocular, pasando por el agujero óptico. La silla turca vacía. Falta el techo de la caja orbitaria. Exoftalmia. Encontramos todos los músculos de la órbita, inclusive el oblicuo mayor, con su polea de flexión. Ojo normal. Tórax, pulmones, abdomen, extremidades normales.



Anencefalia. — Fotografía frontal.



Anencefalia — Vista superior

Soma y psiquis:

El organismo humano tiene desde el nacimiento hacia una morfología propia. Su apreciación es tan importante que los cultivadores de la Ciencia Médica se preocuparon siempre por su estudio. Así se llegó a la clasificación del cuerpo en tres tipos físicos básicos.

Al *longilíneo* corresponde la pretuberculosis, el predominio de la altura sobre las demás proporciones. Hombres taquí-psíquicos, microespláncicos, que en lo físico pueden ser *atléticos* o *asténicos* y en lo psíquico poseen el temperamento hiperemotivo, el paranoico o el perverso, y con frecuencia, la constitución esquizoide.

El *brevilíneo* es el macroesplánico, activo, generalmente ciclotímico y propenso a la diabetes, la obesidad, aneurisma, aortico, hemorroides, hemorragias cerebrales.

Entre los dos anteriores se sitúa el tipo *displásico*, dominado por el funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

* * *

Los métodos de Pignet y de Viola, más actual el segundo, hacen la clasificación de la morfología del adulto. En los histogramas elaborados con el peso de los recién nacidos ya se hace una clasificación de los niños de complexión media, situando a la izquierda los niños delgados y muy delgados, y a la derecha los gordos y muy pesados. Más allá, a izquierda y derecha, está localizada la anormalidad. Cada una de las calidades anotadas están contenidas en canales de anchura igual al sigma del histograma (S).

Hasta ahora se aceptan cifras fijas como correspondientes al peso y la talla que el niño debe presentar a determinada edad. Cómo podemos distinguir el límite de la normalidad cuando sólo contamos con una cifra fija para todos los niños en observación?

Cada uno crece dentro de su morfología particular y cada tipo tiene su "avenida" o "canal de crecimiento". Dentro de él las variaciones son naturales de acuerdo con la rapidez del crecimiento. Fuera de él, el peso es patológico. Así, mediante el empleo del Grid de Wetzel, pueden sospecharse a tiempo la tuberculosis, los trastornos endocrinos, la hiponutrición y todas las afecciones que repercutan sobre el metabolismo y el peso.

El recién nacido normal:

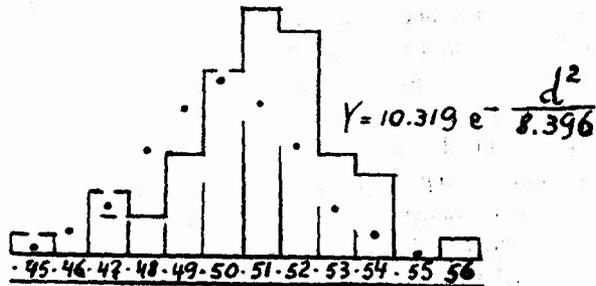
La estadística de hospitales y clínicas debe ser llevada cuidadosamente en la parte que toca al recién nacido, ya que este puede ser ob-

servado desde temprano en su constitución física y mental. Es de singular importancia para el médico de niños el estudio de estos datos que le permiten establecer qué canal de crecimiento va a seguir el infante y le facilitará el diagnóstico precoz de los trastornos del crecimiento.

Talla de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios de Santa Marta. Pertenece a la clase 50 (cmts.), que es la misma de los niños nacidos en la Clínica de Marly de Bogotá. Es superior a la talla de los niños nacidos del Hospital San Juan de Dios, Clínica de la Policía Nacional y Clínica Calvo de Bogotá. Este resultado tal vez se debe a que el obrero y el campesino de la Costa Atlántica recibió un mayor aporte negro que le ha dado una talla superior a los que desempeñan actividades similares en la Sabana de Bogotá. Aquí predomina un mestizaje de predominio chibcha, raza que tenía una estatura media de 1,55 metros, al decir del Profesor Luis Cuervo Márquez. Se conserva más este tipo porque la separación de clases es más acentuada.

Peso de los recién nacidos en el Hospital San Juan de Dios de Santa Marta. El peso promedio encontrado es superior al del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Esto lo habíamos establecido mediante el estudio de 97 casos presentados por el Prof. Rafael Perálta C. en el número 9 de la revista "Colombia Médica", lo que nos dió un promedio inferior al de Santa Marta. Pero en esta estadística están incluidos recién nacidos clasificados a término con criterio ponderal que predomina sobre el diagnóstico clínico de la edad del embarazo y, por tanto, los resultados eran distintos a los obtenidos en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad.

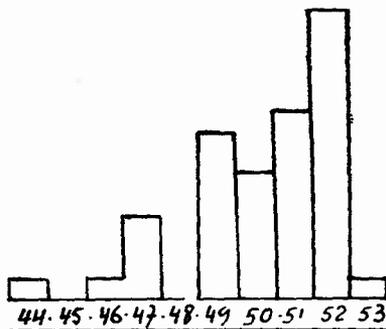
Histograma y curva de Gauss
de la clasificación
por frecuencias de la talla de 53
recien nacidos en Santamarta.



$$S = \pm 2.05 \pm .132 \quad M.a.p. = 50.905 \pm .190$$

$$V = 4.025$$

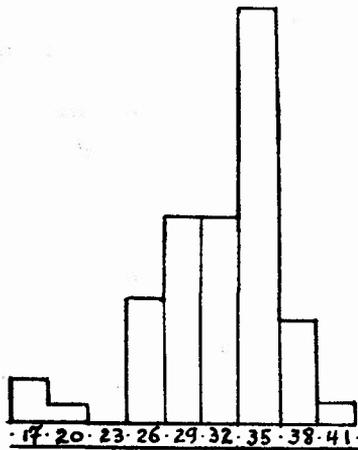
Histograma de la clasificación
por frecuencias de la talla de 44
recien nacidas en Santamarta.



$$S = \pm 1.965 \pm .14 \quad M.a.p. = 50.22 \pm .20$$

$$V = 3.9134$$

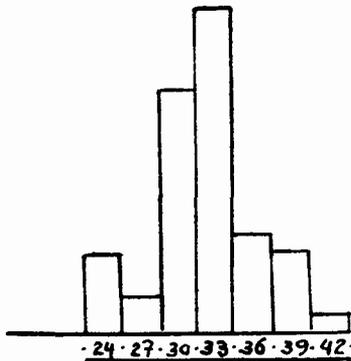
Histograma de la clasificación por frecuencias del peso de 55 recién nacidos en Santamarta.



$$S = \pm 1.645 \pm .317 \quad M.a.p. = 31.836 \pm .447 (EP)$$

$$V = 15.501$$

Histograma de la clasificación por frecuencias del peso de 44 recién nacidas en Santamarta



$$S = \pm 1.475 \pm .11 \quad M.a.p. = 32.181 \pm .15 (EP)$$

$$V = 13.752$$

La comparación entre el peso de los niños nacidos de las clientelas hospitalarias, es favorable a la de Santa Marta.

	<i>Santa Marta</i>	<i>Bogotá</i>
Hombres	31.963	29.453
Mujeres	32.181	28.218

Este resultado se debe en principio a que el clima frío exige al hombre mayor número de calorías que el clima caliente. La economía del organismo consume una gran cantidad de ellas en contrarrestar la temperatura ambiente. Podemos decir que la futura madre de tierra caliente, consumiendo igual número de calorías que la de clima frío, puede suministrar un aporte mayor a la formación del niño.

Pero hay más. El desarrollo corporal del artesano, del obrero y el campesino de la altiplanicie es mediocre, tanto, que ha preocupado a los higienistas. El doctor Miguel Jiménez López propuso la teoría de la degeneración étnica, pero hoy se acepta que ese fenómeno resulta de un acentuado déficit alimenticio.

La familia obrera tipo de Buenos Aires consume 3 1/2 veces más carne y 4 veces más leche que la correspondiente de Bogotá. En ésta el consumo de alimentos de origen animal llega a un 29% de su inversión diaria, mientras que en Alemania asciende al 40%.

Entre los vegetales, sólo el arroz —procedente de tierras calientes— contiene una proporción adecuada de sales minerales. La razón la trae el Prof. Barriga Villalba, quien da al suelo del departamento de Cundinamarca las siguientes características: 1º Pobreza de ácido fosfórico y Potasio. 2º Riqueza en nitrógeno. 3º Distribución desigual del calcio.

Por su parte, el Dr. J. F. Socarrás concluye que son las siguientes las características de la alimentación obrera de Bogotá:

- 1º Pobreza de prótidos animales y grasas.
- 2º Cantidad suficiente de calorías, procedentes de hidrocarbunados.
- 3º Deficiente consumo de legumbres y vitamina D, y probable déficit de vitaminas B y C.
- 4º Poco potasio y pésimo equilibrio de sales minerales.
- 5º Sal sin yodo.

Hoy la sal sufre un proceso de yodización y el chichismo está siendo desterrado. Las demás causas persisten e influyen necesariamente en el producto de la concepción, como queda demostrado en el siguiente cuadro comparativo:

COEFICIENTE DE CORRELACION DE KARL PEARSON
ENTRE TALLA Y PESO DE RECIEN NACIDOS

MUJERES

1 ^o	r	=	+	.77	±	.042	Santa Marta (N = 44)
2 ^o	r	=	-	.71	±	.015	Bogotá, Calvo (N = 500)
3 ^o	r	=	+	.63	±	.018	Bogotá, Marly (N = 520)
4 ^o	r	=	+	.61	±	.019	Bogotá, Hospital (N = 500)
5 ^o	r	=	+	.61	±	.027	Bogotá, Policía (N = 250)

HOMBRES

1 ^o	r	=	+	.72	±	.014	Bogotá, Calvo (N = 500)
2 ^o	r	=	-	.69	±	.015	Bogotá, Marly (N = 520)
3 ^o	r	=	-	.66	±	.053	Santa Marta (N = 55)
4 ^o	r	=	+	.59	±	.020	Bogotá, Hospital (N = 500)
5 ^o	r	=	+	.59	±	.028	Bogotá, Policía (N = 250)

Promedio, Bogotá, N = 1770 : r = + .64 ± .020 (mujeres)

Santa Marta, N = 44 : r = - .77 ± .042 "

Promedio, Bogotá, N = 1770 : r = + .65 ± .019 (hombres)

Santa Marta, N = 55 : r = + .66 ± .053 "

Diferencia entre Santa Marta y Bogotá, mujeres:

$$\text{Dif.} = .13 \pm .03$$

Esta diferencia es significativa porque es más de cuatro veces mayor que su error probable.

$$\text{Dif.} = .01 - .05 \text{ hombres}$$

En cambio, esta diferencia entre los recién nacidos (hombres) no tiene significación alguna.

Este cuadro comparativo de la Correlación de Karl Pearson nos demuestra varios hechos:

1^o Es alto el "r" obtenido de la correlación de proporciones de niños nacidos en Santa Marta.

2^o Las niñas son francamente más proporcionadas que los varones. Esta observación abarca los resultados de los estudios llevados a cabo en diferentes medios.

3º En Bogotá, el coeficiente es superior en las clínicas particulares a donde concurren personas pertenecientes a una clase económica favorecida. Los "r" de la Clínica de la Policía Nacional y el Hospital San Juan de Dios de Bogotá son los más bajos.

4º La comparación de los índices nacionales con el "r" promedio establecido por Pearl para los Estados Unidos (+.651. Ep +12) no nos es desfavorable. Este coeficiente se refiere a niños varones estadounidenses de todas las clases económicas, recibidos en diferentes hospitales regionales y en todos los climas y estaciones. Siendo el nivel de vida más elevado en los EE. UU. se supone que la condición trabajadora de la mujer norteamericana y el invierno propio de las zonas templadas influyen desfavorablemente en la constitución del niño.

El error probable de los resultados de Pearl es el más bajo porque el número de niños observados es mayor que el tomado en los trabajos nacionales. El E. P. de nuestros resultados es mayor como una consecuencia del azar, nuestra inexperiencia y el número pequeño de casos sometidos a estudio.

Podemos establecer que el niño nacido en el Hospital San Juan de Dios de Santa Marta presenta talla, peso y correlación de proporciones aceptables.

Muy pequeño comienza a ser afectado por un ambiente hostil. Si es cierto que el clima cálido exige menos calorías y menos vestido, es también real que la alimentación infantil es deficiente, basada en alimentos hidrocarbonados: agua de panela, harina de banano (almidón = 54,4%). La leche y las frutas son de difícil obtención.

Las condiciones sociales e higiénicas le son también desfavorables: salarios reducidos, multiparidad, habitación antihigiénica, endemias, ausencia de servicios médicos en muchas localidades.

La eliminación de los factores adversos, la *educación materna* y la *protección infantil*, son los únicos caminos que debemos transitar hacia la obtención de una unidad biológica satisfactoria en estampa, salud y capacidad de trabajo.

BIBLIOGRAFIA:

Reichell-Dolmatoff: "Informe del Instituto Etnológico del Magdalena". (Inédito).

Ezequiel Linero P.: "Prehistoria de la Provincia de Santa Marta".

Germán Arciniegas: "Jiménez de Quesada".

Padre José Agustín: "Así es la Guajira".

E. Caballero Calderón: "La Inmigración Necesaria".

Julio C. Tello: "Antigüedad de la Sífilis en el Perú".
"Encyclopedie Medico-Chirurgicale".

L. Patiño Camargo: "El Tifo negro o exantemático en Bogotá".
(Tesis de grado).

Luis Cuervo Márquez: "Geografía Médica Colombiana".

L. López de Mesa: "De cómo se formó la Nación Colombiana".

Contraloría General de la República: "Encuesta obrera de Santa Marta y Zona Bananera". "Costo de la vida obrera en Barranquilla".

J. F. Socarràs: "Alimentación de la clase obrera en Bogotá".

Archivos: Dirección Departamental de Higiene del Magdalena. Dispensario Antituberculoso. Centro Epidemiológico de Santa Marta. Hospital de San Juan de Dios de Santa Marta. Servicios Asistenciales de los Muelles de Santa Marta. Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Deulafeu-Marenzi: "Curso de Química Biológica".

Edmundo Rico: "Clínica Psiquiátrica". Notas personales.

G. Uribe Cualla: "Tratado de Medicina Legal".

Rafael Peralta: "Revista Colombia Médica".
"Abbotterapia". N° 114.

A. Esguerra Gómez: "El Biotipo Universitario Colombiano". (Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Volumen VIII. Noviembre de 1950, N° 29).