

## *Higiene pública.*

---

### **Salubridad y mortalidad de Barranquilla en 1915 (1).**

Por el doctor Miguel Arango M. (de Barranquilla).

Después de dar a conocer el estado sanitario y la mortalidad de Barranquilla durante el primer semestre de 1915, hemos creído conveniente hacer estudio igual respecto al segundo semestre, no sólo para compararlos, sino para obtener lo concerniente al total; es decir, a toda el año. De esa manera se verá que la primera mitad del año se caracterizó por la gran mortalidad y por la grande influencia que tuvieron la disenteria y el sarampión; mientras que en la segunda mitad la mortalidad bajó (casi a la mitad) y el paludismo adquirió supremacía en el cuadro nosológico. Muchas serían las lecciones prácticas que podríamos utilizar en el futuro si nuestra manera de ser no nos hiciera indiferentes al bien común.

Seguiremos el plan adoptado en el estudio

---

(1) Fragmento de un importante informe que el doctor Arango M., Médico de Sanidad de puerto de Barranquilla, envió a la Junta Central de Higiene.

del segundo semestre, haciendo análogos agrupamientos de boletas, pues la anarquía en nosología es mayor, si cabe, que antes. Hay, en efecto, en esto gran variedad, que desafiaría al mismo Bertillón para discriminar el puesto nosológico, pues las hay desde fiebre e hidropesía hasta infección, etc. etc. Se debería tener cuidado, sobre todo, respecto a ciertas entidades, cuyo nombre solamente en una estadística podría perjudicar al puerto, y en las cuales el diagnóstico exige elementos a veces no buscados.

Se sabe que hay muchos casos asistidos por pseudo médicos y abandonados cuando están graves, a fin de que la última asistencia sea de un facultativo, como se dice, y éste firme la boleta. A veces sucede *que no se alcanza a efectuar el endoso*, y entonces se busca firmante, haciendo aparecer el caso sin asistencia.

Este estado de cosas es conocido de todos, y con especial *laissez faire* se tolera y admite y hasta es posible que algunos lo consideren lícito.

#### ATREPSIA

1. Los casos de atrepsia han sido mas numerosos en julio y agosto, pero la disminución en los otros meses no es tan marcada que

halague. Como dijimos en nuestro informe del primer semestre, «son la miseria y el hambre en la clase desvalida y el lujo y la ignorancia completa de sus deberes en la clase acomodada, los principales factores que influyen en la crecida mortalidad por atrepsia en esta progresista ciudad.»

2. El total de casos de atrepsia en el segundo semestre ha sido de 5,90 por 100 de la mortalidad total, mientras que la cifra en el primer trimestre fue de 4,32 por 100. Así, pues, los muertos por atrepsia no han disminuído a la par de la mortalidad total, lo cual se debe a que ésta se elevó bastante por factores agregados como el sarampión y la disenteria, mientras que la atrepsia cuenta con factores causales más fijos y arraigados entre nosotros, como la carencia de higiene infantil y el abandono criminal en que tenemos a nuestros pequeños.

De Antioquia y Bogotá se tienen las cifras 1,75 por 100 y 1,46 por 100 de atrepsia en el total, lo cual es cerca de cuatro veces menos que entre nosotros.

3. Mientras la atrepsia figura en la mortalidad infantil del segundo semestre en 10,32 por 100, en el primer semestre entró, casi en la mitad, en 6,06 por 100. Este dato estadísti-

co pone de manifiesto el atraso en que estamos respecto a la alimentación de los niños, y revela que la atrepsia, como causa de mortalidad infantil, ha extendido su radio de acción. Es de esperar que los delicados sentimientos de nuestras matronas las lleve a formar una liga de protección de la infancia, para salvar tantas vidas. Buena y racional higiene alimenticia; educación de la joven madre, haciéndole comprender sus obligaciones: tales son las principales armas que tenemos para combatir la atrepsia.

#### BERIBERI

Esta enfermedad ha reinado desde algún tiempo en el cuartel entre los soldados del Regimiento, y sabido es que nuestros médicos militares han logrado la reposición de ellos enviándolos a la Estación Sanitaria de Puerto Colombia, pues allí cambian por completo las condiciones que en el cuartel figuran como factores etiológicos de marcada influencia. Ha habido tres muertos en el semestre por esta enfermedad, provenientes todos de la Cárcel, donde se ha presentado también una verdadera epidemia.

El ilustrado práctico y buen observador doctor Eugenio de la Hoz ha estado al frente del servicio médico de la Cárcel, y nos ha suministrado los presentes datos.

Hay en la Cárcel tres factores causales que contribuyen a sostener y a extender esta enfermedad en estado epidémico, que el doctor De la Hoz anota, y sobre los cuales él ha llamado la atención al señor Gobernador del Departamento:

1. La acumulación de los cuartos de prisiones, de suyo poco ventilados. «La vida sedentaria y la acumulación de un gran número de personas viviendo y durmiendo juntos en locales pequeños, mal ventilados, son una condición propicia para el desarrollo del beriberi.» (Fenselme y Rist).

2. Dormir sobre suelo húmedo y frío.

3. Alimentación mala e insuficiente, que actúa como causa predisponente.

Los casos más serios se han enviado al Hospital, donde las condiciones anotadas no existen, y se observa una reposición rápida. Se ha observado que estos enfermos, ya bien mejorados en el Hospital, se agravan de nuevo al volver a la Cárcel. Lo malo es que la vigilancia en el Hospital es casi nula, y no es posible hacer extensivo este recurso a todos los presos. El doctor De la Hoz, deseoso de modificar este estado de cosas, y temeroso con razón de que los que hacen la guarnición de la Cárcel sean atacados, ha propuesto se

haga lo mismo que con los soldados, enviándolos al Sanatorio de Puerto Colombia. Pero bien se comprende lo difícil de la medida, si se atiende a lo imposible de la vigilancia de los presos en un sitio como la Estación Sanitaria. Sólo queda, por tanto, modificar las condiciones de la misma Cárcel construyendo prisiones higiénicas y buenas enfermerías.

Cualquiera que sea la causa etiológica eficiente del beriberi, no cabe duda que la teoría del *sitotoxismo* no explica estas epidemias del Cuartel y de la Cárcel, pues allí no se ha demostrado la relación de causa a efecto que le dé apoyo.

Las observaciones de Travers quitan base a dicha teoría. En Lumper, en el Hospital, el Hospicio y la Cárcel, había como 1,000 individuos, y en ninguno de estos establecimientos se había observado el beriberi hasta el día en que una nueva prisión fue abierta a una y media milla de la antigua. Durante los seis o siete primeros meses que siguieron a la nueva instalación de la prisión, apareció una nueva epidemia, que quedó allí limitada, y esto a pesar de que la alimentación, compuesta en gran parte de arroz, tenía igual procedencia que para los otros tres establecimientos. Se pasaron entonces cien presos de la nueva a la antigua

prisión, y el arroz consumido en ambos establecimientos se preparó en la cocina de la nueva. Ahora bien: los prisioneros atacados de beriberi, al pasar a la antigua prisión, se restablecieron pronto, y no apareció allí un caso nuevo, mientras que en la nueva el número de casos aumentaba, y llegó a 323 en nueve meses. Esta observación se prolongó por seis meses, y por su naturaleza tiene los caracteres de una experimentación, de lo cual puede concluirse que no existe relación entre el modo de alimentación, especialmente por el arroz, y el desarrollo del beriberi.

Travers siguió sus observaciones en otra serie de establecimientos que recibían la misma clase de arroz, y sin embargo el beriberi hacía estragos en unos y no aparecía nunca en otros.

Estas observaciones son análogas a las que los médicos han hecho en Barranquilla, donde la evolución del beriberi se modifica favorablemente al ir los soldados al Sanatorio o los presos al Hospital, y esto con la circunstancia de que la alimentación, y especialmente la clase del arroz, es una misma. Hay pues necesidad de buscar la causa del beriberi, al menos entre nosotros, en otros factores, y es necesario en todo caso dar grande importancia a los factores anotados por el doctor De la Hoz.

Antes de dejar este asunto, debemos recordar que es de observación ya vulgar en este litoral que la evolución del paludismo se modifica notablemente con un mero cambio, no sólo de localidad, como Barranquilla por Puerto Colombia o Galapa, o a la inversa, sino hasta con el cambio de casa y hasta de pieza en una misma casa.

El beriberi parece ofrecer igual particularidad modificando su evolución con el cambio. Son hechos que, aunque todavía no reciban explicación, sí vale la pena de tener siempre presente.

Hay otras consideraciones que hacer a propósito de beriberi a causa de lo que acaba de pasar en estos días en esta población.

Hacia poco los periódicos de la localidad hablaron de la epidemia de beriberi en la Cárcel, y como poco después se dio al consumo un arroz algo averiado, se creyó que ese cereal debía ser retirado de la venta. Aquí se agitó vivamente el asunto, y muchas personas propusieron inmediatamente que las muestras del arroz fuesen enviadas a Panamá para obtener un dictamen de las autoridades sanitarias de allí. Otros, en cambio, solicitaron la opinión de algún investigador de la localidad y de la Universidad de Cartagena. Se

menciona este hecho para hacer dos observaciones:

*Es la primera* la lamentable tendencia de buscar la opinión de extraños en asuntos científicos que son nuestros, y solamente nuestros, y que aquí sólo debemos resolver.

No es la primera vez que se solicita, y se acata, con entusiasmo, la opinión de extraños, y a quienes no sólo se les paga ampliamente su trabajo, sino que se les halaga concediéndoles facultad de dictaminar para una colectividad que se cuida poco de su independencia intelectual y científica.

Esta tendencia hacia el americanismo, que en lo material o industrial causa a veces protestas aisladas, es más poderosa, más espontánea, en los asuntos científicos.

*La segunda* observación se desprende de la anterior, pues se refiere a la obligación que hay de establecer laboratorios municipales en los principales centros de población del país, para poder sacudir, en lo posible, el yugo que en asuntos intelectuales se quiere establecer.

#### BRONCONEUMONÍA

1. En la mortalidad total llegó este grupo a 3,60 por 100, mientras que en el primer semestre figuró como 5,55 por 100. Sólo se observaron cuatro casos en adultos (forma gri-

pal u otra). La forma infectocontagiosa, denominada *neumonía epidémica*, se encuentra especificada en unas nueve boletas; pero debemos observar que sólo cinco merecen crédito por ser firmadas por médicos graduados; pueden las otras haber sido neumonías tuberculosas, gripales, etc., etc. Con todo, es conveniente observar que tenemos aún la semilla de tan terrible enfermedad.

2. En la mortalidad infantil figuran las bronconeumonías en 5,50 por 100 en el segundo semestre, y en el primer semestre en 7,14 por 100. Esta disminución en la mortalidad por afecciones broncopulmonares no obedece sino al hecho de que el sarampión ha desaparecido.

#### CÁNCER

Mientras que en el primer semestre entraron las afecciones cancerosas en 0,90 por 100, en el segundo llegaron a 1,36 por 100, ligero aumento que no tiene significación alguna. Como ya lo hemos manifestado, el cáncer es raro en Barranquilla. En Antioquia se ha llegado al 3,80 por 100, en Bogotá a 2,50 por 100 y en Nueva York a 7 por 100 de la mortalidad, lo cual, como se ve, es bastante elevado.

#### DISENTERIA

1. La influencia de esta enfermedad sobre la mortalidad total ha disminuído, pues mien-

tras en el primer semestre figuró en 12,47 por 100, en el segundo llegó a 8,83 por 100; es decir, ha bajado a los dos tercios de los casos. Hay lugar a observar, respecto de esta enfermedad, que su gravedad ha disminuído en los casos ocurridos últimamente, salvándose la mayor parte de los enfermos, y que la emetina, que al principio no daba resultados, los dio después, y muy satisfactorios, por haberse mostrado eficaz en muchos casos. Lo contrario ha acontecido con el suero antidisentérico, porque la mayor parte de los médicos no ha visto que tal suero haya correspondido a las esperanzas que hizo concebir cuando se comenzó a ensayar en la epidemia.

2. Respecto a las edades, diremos que mientras en el primer semestre el número de niños era doble del de los adultos, en el segundo semestre las cifras correspondientes casi se igualaron.

3. Limitándonos a los niños, diremos que la disenteria figura en 7,14 por 100 de la mortalidad infantil, lo cual es inferior a 10,76 por 100, cifra correspondiente del primer semestre. Se ve pues que la disenteria, aunque subsiste, ha calmado su influencia mortífera en todas las edades.

## GASTROENTERITIS

1. Figura este grupo de enfermedades en 21,63 por 100 en el segundo semestre, mientras que fue 25,30 por 100 en el primero, y, por tanto, se nota que ha bajado algo, pero estamos lejos de la cifra del Departamento de Antioquia, de 9,50 por 100, o siquiera de la de Bogotá, de 18 por 100.

2. Como se sabe que estas entidades hacen más víctimas entre los niños, diremos que el primer semestre llegó a 31,80 por 100, y que en el semestre último alcanzó a 33,53 por 100; es decir, algo más elevado. ¿Será posible que se hayan tomado como simples gastroenteritis verdaderas disenterias? Como ello es posible y como son muchos los *seudomédicos* que firman boletas, no hay porqué extrañar la duda que se encierra en la pregunta. En todo caso, las causas existentes entre nosotros para producir esas «afecciones diarreicas» subsisten en todo su vigor, y, por tanto, deben esperarse efectos iguales.

## PALUDISMO

1. Figura esta enfermedad con todas sus modalidades en 15,87 por 100 en el semestre último, mientras que en el primero era de 4,87 por 100, lo cual equivale a decir que se ha tri-

plicado, pasando así la cifra de Antioquia de 6 por 100. Esa recrudescencia del paludismo, propia de esa época del año, se ha presentado en todas las variedades clínicas, no faltando las remitentes biliosas graves. Aunque en ocasiones esas remitentes biliosas han sido graves, no admiten la confusión con la fiebre amarilla, entre otras razones, por el buen éxito de las inyecciones de quinina.

Por esto podemos decir que en Barranquilla no se ha presentado la fiebre amarilla.

2. En la mortalidad infantil del segundo semestre el paludismo entra en 14,09 por 100, mientras que llegó en 5,38 por 100 en el primer semestre. Tenemos pues que la terrible epidemia ha castigado, sobre todo, la población infantil.

#### SARAMPIÓN

1. Esta fiebre eruptiva terminó su acción mortífera gradualmente en los últimos meses, pues mientras en julio hubo 21, en agosto hubo 5, en septiembre 4, en octubre 0 y en noviembre 1. Como se sabe, la enfermedad llegó a su máximo en mayo, y desde entonces ha disminuido no sólo en la totalidad, sino también en la reincidencia de la enfermedad.

2. En los niños el sarampión entró en 5,75 por 100 en el segundo semestre, en lugar de

20,90 por 100 del primer semestre. Esta rápida disminución de la mortalidad infantil se explica no sólo por un agotamiento de la virulencia, sino por no haber más personas susceptibles.

Como ya hemos dicho en otras ocasiones, no poseemos más datos que los suministrados por las boletas de defunción, pues la falta de estadística en el Municipio y la no declaratoria de enfermedades hace imposible el estudio de la morbilidad. Sin embargo, recientemente en un colegio se presentó una afección ocular que se calificó de *conjuntivitis tracomatosa*, y debido a esto tomamos la historia de las 167 alumnas de dicho colegio y encontramos que el 44 por 100 había sufrido el sarampión. Así creemos no exagerar al decir que, en general, la morbilidad en los niños ha sido el 50 por 100 o el 60 por 100. Nuestro objeto al estudiar el asunto fue encontrar la causa de la *conjuntivitis folicular* que existía en el colegio, y pudimos ver que de 32 afectadas de dicha afección, 24 habían tenido el sarampión. Esta conjuntivitis folicular en algunos niños era bien avanzada, y aunque no se llegaba al estado de infiltración de la conjuntiva tan marcada en el tracoma, sí era bastante pronunciado para hacer caer en error.

Se tiene, en todo caso, que la conjuntivitis folicular abunda en la actualidad en Barranquilla, y ello debido al sarampión, que, como es sabido, produce una fuerte conjuntivitis, haciendo que la *foliculosis* conjuntival común y normal en los niños anémicos y linfáticos, llegue a una conjuntivitis folicular.

Tal es uno de los rastros dejados por el sarampión, y ya veremos más adelante que también puede haber influido en el aumento de la tuberculosis.

#### TÉTANO

1. Figura esta enfermedad en el segundo semestre en 3,51 por 100, lo cual es más que 1,88 por 100 que alcanzó en el primer semestre.

2. Ahora bien: mientras en los adultos el tétano llegó en el primer semestre a 0,55 por 100, en el segundo apenas llegó a 0,50 por 100. En cambio, en los niños llegó a 3,01 por 100 de la mortalidad total en el segundo semestre, más que la cifra de 1,95 por 100 del primer semestre. Se ve pues que el aumento observado ha sido en la primera edad, a causa de las asquerosas curas del cordón. Laudable, por tanto, ha sido la intención de la Junta de Higiene al tratar de vulgarizar las medidas profilácticas para alejar esta causa de mortalidad infantil.

3. Finalmente, diremos que el tétano ha entrado en 1,77 por 100 en la mortalidad infantil, al paso que en el primer semestre entró en 1,31 por 100.

#### TUBERCULOSIS

1. Esta terrible enfermedad se extiende por Barranquilla como una mancha de aceite; es decir, de manera lenta pero segura. Todo está apropiado para su desarrollo, desde los malos hábitos higiénicos de nuestro pueblo, hasta la ausencia absoluta de sanidad en nuestros colegios y demás establecimientos. Como habíamos manifestado en nuestro informe del primer semestre en 1915, el sarampión podría aumentar la tuberculosis, ya poniendo de manifiesto los casos hasta allí latentes, ya haciendo más efectivo el contagio por aumento de la receptibilidad del organismo.

2. Mientras que en el primer semestre se llegó a 6,21 por 100, en el segundo semestre alcanzó a 7,81 por 100; es decir, fue aumentando en 1,40 por 100, lo cual en una población donde los preceptos del sano vivir son abandonados, es bastante para inquietarse.

3. En el Departamento de Antioquia, donde el pueblo lleva la vida natural tan aconsejada por Peter, se llega a la cifra de 2,50 por 100, o sea tres veces menos que entre nosotros. En

Bogotá se ha llegado a la cifra de 7,30 por 100, como una de las más elevadas, y a la cual, como se ve, nosotros hemos superado.

4) Entre los casos de tuberculosis, sólo se cuentan dos de la forma laríngea.

#### OTRAS ENFERMEDADES

Entre éstas anotamos someramente:

*Cardiopatías*—Figuran cuarenta y siete casos.

*Difteria. Crup*—Sólo un caso en noviembre, el cual fue observado por médico competente. Por lo visto, esta enfermedad es rara entre nosotros, si se compara con Antioquia, Bogotá y Nueva York.

*Diabetes*—Sólo tres casos en el semestre.

*Hepatitis*—Entran catorce, entre los cuales únicamente se contaron dos abscesos. Esta proporción es digna de notarse, habida consideración a lo frecuentes que son los abscesos, como consecuencia de la disenteria.

Sin querer prejuzgar, se puede decir que la forma de disenteria que ha invadido al país como verdadera pandemia, ofrece, entre otras, la particularidad de presentar pocas complicaciones hepáticas mediatas e inmediatas.

#### MENINGITIS

Entra con veintinueve casos en la mortalidad; mas si se tiene en cuenta que es diag-

nóstico muy adoptado por los firmantes no diplomados, bien podríamos pensar que muchos casos son accidentes finales de meningismos en infecciones intestinales.

#### NEFRITIS

Figuran veintitrés casos de nefritis, si incluimos, como lo hemos hecho, algunos casos de hidropesía.

#### ACCIDENTES

Se cuentan dos asesinados, dos ahogados, uno por volcada de automóvil y dos suicidios; total, siete muertos.

#### LONGEVIDAD

Figuran con el diagnóstico de senilidad doce casos, entre los cuales hay dos centenarios, de 102 y de 115 años.

#### EDADES

Se nota en el segundo semestre la misma inversión en la proporción de la mortalidad por edades, pues con excepción de diciembre, en que las cifras se igualan, los niños siempre superan a los adultos. Ya hemos anotado que en otras partes es lo contrario lo que se observa.

En la mortalidad general del segundo semestre los niños murieron en la proporción de 57 por 100 y los adultos en 43 por 100, mientras que el primer semestre se llegó a

71,20 por 100 de niños y 28,80 por 100 en adultos.

#### ASISTENCIA

1º La proporción entre los que han tenido asistencia y aquellos que no la han tenido, aparece más o menos igual en todos los meses del segundo semestre : el 59,50 por 100 han tenido asistencia, y el 40,50 por 100 han carecido de ella. En el primer semestre hubo 45,64 por 100 con asistencia y el 54,36 sin asistencia, lo cual demuestra que en el segundo semestre la asistencia no ha sido proporcionalmente mayor que en el primer semestre.

2º Debemos advertir que siguen siendo los niños las víctimas de la falta de asistencia, pues la *pediatria* es la especialidad más ejercida por las comadres y los charlatanes, tal vez porque el cliente apenas es parte pasiva y tratado con indiferencia por la sociedad.

3º A fin de juzgar bien la situación de la asistencia, anotaremos que las boletas firmadas por los seudomédicos figuran con asistencia ; pocas son las que ellos firman « sin asistencia médica. » Ahora bien : haciendo el recuento, tenemos que en el 59,50 por 100 de asistencia médica hay el 13 por 100 de asistencia por los « tolerados, » y bien podríamos restarla de aquella cifra y agregarla a la de

la no asistencia, llegando entonces a 46,50 por 100 como cifra de verdadera asistencia, y 53,50 por 100 en los no asistidos, todo lo cual destruye la satisfacción que podrían producir las primeras cifras.

#### LONGEVIDAD

En la cifra de adultos tenemos ochenta y siete que pasaron los sesenta y cinco años, la cual no es tan reducida si nos fijamos en nuestra antihigiénica manera de vivir.

#### BENEFICIO DE LA HIGIENE

La anterior información nos hace ver que la atrepsia (5,90 por 100), la disenteria (8,83 por 100), las afecciones diarreicas (21,63 por 100), el paludismo (15,87 por 100) y el tétano, especialmente en la baja edad (3 por 100), son las enfermedades que más influyen en la mortalidad total y en las cuales la higiene moderna ha triunfado. Se podría pues decir que somos responsables con nuestra negligencia en higiene, por lo menos en el 50 por 100 de las muertes; y si nos concretamos a la población infantil, podemos aseverar, basados en el estudio de las boletas, que el 60 por 100 en el segundo semestre y el 75 por 100 en el primero, han sucumbido por causas enteramente evitables con la práctica de buena hi-

giene. Se comprenderá ahora la importancia de instituciones encaminadas a proteger la infancia, para corregir este estado de cosas que no corresponde al progreso que se dice haber en esta ciudad.

#### BARRANQUILLA Y SUS BARRIOS

Siempre hemos creído que las medidas de salubridad que pueden adoptar las autoridades de Barranquilla, para mejorar las condiciones de la ciudad, deben basarse, al menos en gran parte, en los datos de la estadística, y aunque éstos son muy exiguos, pueden utilizarse un poco para indicar siquiera alguna de las necesidades.

Hay lugar a las siguientes observaciones :

##### a) *Mortalidad mensual en Barranquilla.*

El estudio de la mortalidad mensual hace ver que, en condiciones ordinarias, es decir, con nuestras endemias habituales, consentidas por nuestra inercia en higiene, la cifra mensual ha sido de 70, 80 y 90 defunciones, y esto hasta abril del año de 1914, pues en mayo y junio la disenteria y demás afecciones gastro-intestinales y algo la tuberculosis, hicieron que aquella mortalidad casi se duplicara.

En agosto volvió a la cifra ordinaria (89 muertes), pero desde el mes de septiembre, y

especialmente desde octubre, la disenteria, sobre todo, aumentó la mortalidad, llevandola a tres veces más (246) en noviembre; y aunque desde septiembre el sarampión comenzó a hacer sus víctimas, era aquella enfermedad la que, especialmente, causaba más mortalidad. En diciembre de 1914, enero y febrero de 1915, fue decayendo la mortalidad, pero sin llegar a la cifra anterior.

Desde el mes de marzo la mortalidad aumentó a causa de la disenteria, y sobre todo, del sarampión, puesto que subió en el mes de mayo a 417, o sea cinco veces lo ordinario. En los dos meses siguientes bajó la mortalidad, pues el sarampión ya había acabado con los predispuestos, y la disenteria había agotado su virulencia. En agosto ya teníamos la cifra de 139, y en los meses subsiguientes se sostuvo alrededor de ella. Como el sarampión ha desaparecido y la disenteria causa pocas víctimas, el sostenimiento de la curva por encima de lo normal u ordinario es atribuible al paludismo.

Se observa que desde el mes de julio del año de 1914 la mortalidad no ha vuelto a la normal, y es de suponerse que el aumento de la población, desde ese entonces, no explica la cifra, todavía elevada, de mortalidad.

Hay más bien que admitir que las enfermedades que se han presentado como epidemias se han vuelto, como ha sucedido con nuestro abandono en salubridad, habituales entre nosotros; es decir, han pasado a ser endémicas. Tomando el mes de julio con 200 defunciones, tenemos que en Barranquilla mueren 4,68 por 1,000 en una población que tiene 94,88 habitantes por hectárea.

*b) Mortalidad relativa en los barrios.*

Ha servido para los datos deducidos de la población de Barranquilla el censo levantado por la Comandancia de la Policía, el cual da 35,855 habitantes para las 450 hectáreas de la ciudad. Este censo podría ser tachado como deficiente, pero si se agrega el 20 por 100, como se aconseja para los censos considerados como tales, se llega a la cifra de 42,700 habitantes como población de la ciudad. Esto es tanto más aproximativo cuanto que el censo del Municipio de Barranquilla llegó a cerca de 49,000. En todo caso, la repartición en los barrios debe conservar variaciones proporcionales, y por tanto creemos utilizables estos datos.

1. La mortalidad global de los barrios en los diversos meses, ya en el primer semestre de este año, 1915—época de la mayor mortali-

dad,—como en el segundo semestre, en que la mortalidad es menor, se reparte así:

San Roque tiene el 50 por 100 del total.

Rosario, el 25 por 100.

Cementerio, el 20 por 100.

San Nicolás, el 5 por 100.

2. El área de los barrios los hace colocar en el siguiente orden del más extenso al menos:

|                       |        |            |
|-----------------------|--------|------------|
| Rosario . . . . .     | 172,50 | hectáreas. |
| San Roque . . . . .   | 145    | —          |
| Cementerio . . . . .  | 80     | —          |
| San Nicolás . . . . . | 52,50  | —          |

Total en Barranquilla, 450 hectáreas.

Observamos aquí que el Rosario, a pesar de lo que parece mostrar el plano, es más extenso que el de San Roque.

3. La población de los barrios, según el censo de la Comandancia, aumentado en el 20 por 100, por lo indicado antes, se muestra de la manera siguiente en orden descendente:

|                       |        |             |
|-----------------------|--------|-------------|
| San Roque . . . . .   | 16,800 | habitantes. |
| Rosario . . . . .     | 12,200 | —           |
| Cementerio . . . . .  | 9,200  | —           |
| San Nicolás . . . . . | 4,500  | —           |

Total de Barranquilla. 42,700 habitantes.

Se ve ya que San Roque, aunque teniendo menos área que el Rosario, tiene más habitantes, y por tanto una densidad mayor de población.

4. Con los datos anteriores podemos averiguar la proporción por muertes por 1,000 habitantes, y esto nos lleva a colocar los barrios en este orden :

|                       |       |                   |   |
|-----------------------|-------|-------------------|---|
| San Roque tiene..     | 5,97  | muertes por 1,000 |   |
| Cementerio tiene..    | 4,34  | —                 | — |
| Rosario tiene.....    | 4,09  | —                 | — |
| San Nicolás tiene..   | 2,22  | —                 | — |
|                       | <hr/> |                   |   |
| Total en Barranquilla | 16,62 | —                 | — |

5. Otra clase de enseñanza se obtiene averiguando la densidad de la población, o sea los habitantes por hectárea. Hé aquí el orden descendente :

|              |        |                         |
|--------------|--------|-------------------------|
| San Roque... | 115,86 | habitantes por hectárea |
| Cementerio.. | 115,00 | — —                     |
| San Nicolás. | 89,18  | — —                     |
| Rosario....  | 70,72  | — —                     |
| Barranquilla | 94,88  | — —                     |

Se ve aquí que San Roque es el más densamente poblado; que el del Cementerio le sigue en grado casi igual, y que el del Rosario es el menos poblado, como lo hacía prever la diseminación en la parte de las quintas y su gran área.

6. Pero más interesa para las cuestiones sanitarias el radio de defunciones por hectáreas, que hace que los barrios se coloquen así:

|                 |       |         |     |           |
|-----------------|-------|---------|-----|-----------|
| San Roque . . . | 0,689 | muertes | por | hectárea. |
| Cementerio . .  | 0,500 | —       | —   | —         |
| Rosario . . . . | 0,289 | —       | —   | —         |
| San Nicolás .   | 0,190 | —       | —   | —         |

Se observa, por lo tanto, que San Roque, el más denso de los barrios, es a la vez el de mayor mortalidad, pero que mientras la diferencia que tiene con el del Cementerio en densidad, es pequeña, la diferencia en mortalidad por hectárea sí es grande. Se ve que la mortalidad del barrio de San Roque (0,689 por hectárea) es igual a la del Cementerio (0,500 por hectárea).

Debe advertirse que en el barrio de San Roque y en el del Cementerio figura el hospital de caridad, pero las cifras que a esos establecimientos corresponden son bien pequeñas para influir en las proporciones anotadas.

Las zonas de mortalidad que se observaron en los diversos barrios durante el primer semestre, y las cuales hemos estudiado antes, se conservaron más o menos igualmente delimitadas en el segundo semestre, lo cual era de esperarse, si se atiende a que las condiciones productoras de aquéllas no han cambiado. El

área observada en el barrio del Cementerio es causada igualmente por depósitos de basuras y desaseo en todo sentido. Observando un plano de niveles que nos ha facilitado el señor Ingeniero Municipal, se nota que esa área de mortandad (Murillo-Santander, y Concordia-Buen Retiro) está en un nivel más elevado que el resto del barrio, y que las aguas lluvias, que vienen de la parte oeste del barrio, pasan al callejón Ricaurte ya por la calle Murillo o ya por el callejón San Roque y calle del Sello. Es el caso que esas aguas, al llevar detritos, los que, depositados más abajo, actúan como causas de enfermedades, debieran haber creado una zona de mortandad en los lugares de depósito, es decir, hacia la calle del Sello y entre los callejones de San Roque y Progreso. Ahora bien: ni en el segundo semestre, con mortalidad menor, ni en el primero—época de las epidemias—esa zona apareció en esa parte del barrio.

Hemos entrado en estos detalles para demostrar que la influencia del Cementerio Universal, sobre la mortalidad del barrio del Cementerio, es casi nula, pues no sólo su zona de mortalidad está fuera del radio de acción de aquella necrópolis, sino que la mortalidad es inferior a la de San Roque, tanto que, como se ha

visto, la de este último es igual a la del Cementerio, más la de San Nicolás.

En los días de gran mortalidad el señor Director de Higiene dispuso se ensanchara el Cementerio Universal, y esto fue causa de series de artículos sobre la influencia de los cementerios centrales, no sólo de médicos, sino también de profanos en la materia. Lo dispuesto por el señor Director de Higiene se quedó escrito, a pesar de lo dispuesto por la Ley 184 de 1914, que dice que lo ordenado por los Directores de Higiene tiene fuerza de ley y que deben cumplirlo las autoridades. Se procedió entonces a establecer otro cementerio, y se nombró al efecto una Comisión para que dictaminara acerca del sitio escogido, si era o no apropiado.

La Comisión se trasladó al lugar respectivo y exigió que para completar su estudio se limpiara dicho paraje y se le suministraran planos de niveles, para apreciar la inclinación del terreno, etc. etc. Pasaron los días, y el plano no fue puesto a su disposición; y sin esperar el solicitado concepto de la Comisión, se procedió a hacer el cementerio. Pero lo que causa más extrañeza, seguramente, es que la Municipalidad que iba a construirlo, no exigió el informe de aquella ni se preocupó por saber si el

sitio había sido o nó bien elegido. Así pues este asunto terminó pasando por encima de lo dispuesto por la autoridad sanitaria, la que opinó porque se ensanchara el cementerio existente; y se dio principio a la construcción del otro con fondos municipales, para lo cual se nombró con anterioridad la Comisión de estudio del sitio adecuado para formarla, puesto que se procedió sin oír su dictamen.

Mientras que entre nosotros no se acaten por las autoridades civiles las órdenes y disposiciones de los representantes de las autoridades sanitarias, se repetirán siempre hechos como el que se acaba de indicar.

Barranquilla, febrero de 1916.