

Contribución al estudio de la peligrosidad de los traumatizados del cráneo ⁽¹⁾

Julio ORTIZ VELASQUEZ

Serio problema es para los médicos legistas dictaminar sobre la responsabilidad criminal de los traumatizados del cráneo, campo de actividad pericial que se ha extendido considerablemente entre nosotros por una Ordenanza expedida hace algunos años por la Asamblea del Departamento de Antioquia, República de Colombia, la cual prohíbe llevar armas a los ciudadanos en su carácter de civiles, salvo casos especiales previstos en dicha Ordenanza; de ahí que se hayan vuelto muy frecuentes las lesiones causadas con instrumentos contundentes, piedra, garrote, manivela, etc., con los cuales las más de las veces se causan las lesiones craneanas.

De igual manera, el aumento creciente en la circulación de los vehículos automotores hace que con los accidentes que éstos ocasionan aumente considerablemente el número de los traumatismos del cráneo.

De estos heridos muchos terminan por desenlace fatal; algunos inmediatamente después del traumatismo, horas o días más tarde, por consecuencias funestas cuya enumeración no viene al caso; otros, y éstos son los que nos interesan para el presente trabajo, son los conocidos en el lenguaje técnico con el nombre de pequeños y grandes traumatizados del cráneo, hayan sido o no trepanados; interés debido a su psicopatología y a sus reacciones delictuosas que presentan días más tarde.

Como sabemos, dichos *traumatizados del cráneo*, pueden llegar a presentar después del transcurso de meses, de años, o de decenios, una

(1). Trabajo presentado al Primer Congreso Latinoamericano de Criminología, reunido en Buenos Aires, República Argentina, — Julio 25 - 31 de 1938.

peligrosidad con tendencia a las reincidencias muy frecuentes y con una evolución progresiva que los mantiene en inminente estado potencial de delincuencia, creando así serios problemas judiciales cuya solución es confiada las más de las veces a la pericia médico-legal.

Bien sabido es que los grandes traumatismos con herida del cuero cabelludo, con fractura de uno o varios huesos del cráneo, o con hundimiento de éstos, que interesen las meninges o la masa encefálica en una mayor o menor extensión, son motivo de preocupación para los peritos por su sombrío porvenir. Es obvio que una lesión de tal naturaleza tiene por qué afectar al lesionado tanto somática como psíquicamente, pues no en balde se sobrevive con una *espina* que mañana o más tarde provocará crisis convulsivas, obnubilaciones mentales, amnesias, irascibilidad, y otros trastornos que con tanta frecuencia, si no siempre, se observan en estos traumatizados.

No pasa lo mismo con los que pudiéramos llamar pequeños traumatizados craneanos, ya que los profesionales ajenos a estas disciplinas especiales, hacen caso omiso de ellos una vez pasadas las consecuencias inmediatas de la conmoción cerebral, llegando a creer que el interés clínico ha desaparecido con las manifestaciones inmediatas del traumatismo, concepto clínico distanciado de las enseñanzas que la experiencia de los especialistas ha acopiado de los trastornos morbosos que ogaño presentan dichos pequeños traumatizados del cráneo; por lo tanto, siempre que se trate de un traumatismo craneano de alguna significación, queda abierto un interrogante cuya respuesta sólo podrá darla el futuro de estos individuos, meses o años más tarde.

Nos atreveríamos a afirmar que todos los médicos legistas, todos los psiquiatras y muchos profesionales no dedicados especialmente a estas disciplinas han observado, muchos casos los primeros, y algunos los últimos, que confirman la tesis que venimos exponiendo.

Para los encargados de administrar justicia, el problema es muy complejo.

En muchas circunstancias los actos delictuosos cometidos por los grandes o pequeños traumatizados craneanos revisten caracteres de suma gravedad por la violencia extrema empleada por el agresor, o por lo inmotivado de la agresión, o por lo mínimo de dicho motivo, que ni remotamente justifica aquella violencia; lo mismo podría decirse de la falta de finalidad justificativa de estos actos delictuosos, revistiendo en todo caso ciertas características consideradas por penalistas y por médicos forenses como delitos excusables, porque dejan traslucir o falta de discernimiento o impulsividad morbosa, o deficiencia psíquica manifiesta en quienes los han cometido.

Situados en este terreno se pregunta el Juez del crimen, qué línea

de conducta debe seguir al frente de un procesado que llegue a ser tenido como irresponsable de una reacción antisocial de gran trascendencia.

Es lógico que un sujeto en estas condiciones, que ha sido declarado irresponsable de un acto delictuoso, no puede ser vuelto a la vida social, porque esto sería tanto como crear nuevos conflictos en ella, ordinariamente con modalidades semejantes al primero, pues quienes estudian especialmente estos casos, saben muy bien que las nuevas reacciones antisociales de tales individuos encajan más o menos en el acto delictuoso que inicia la serie de sus agresiones.

Se ha pensado que un tratamiento quirúrgico podría remediar tan crítica situación, particularmente en los grandes traumatizados craneanos, basándose esta creencia en que con el auxilio de la radioscopia y de la radiografía, podría determinarse con precisión la naturaleza de la secuela traumática y que por lo tanto la *espina* causante del mal podría ser suprimida. Este criterio apriorístico ha sido invalidado en tantos casos, que casi podría sentarse como un postulado que dichas intervenciones no mejoran la situación del lesionado y casos se han visto que llegan a empeorarla, como han podido comprobarlo los psiquiatras y médico-legistas en la post-guerra europea; nuestra estadística no es todavía lo suficientemente nutrida para que apelemos a ella como medio de prueba para sostener el anterior aserto, pero si lo es para fundamentar nuestro estudio y atrevernos a llamar la atención sobre el particular.

Lo corriente es que amplias lesiones óseas produzcan con más frecuencia secuelas graves; sin embargo, la importancia de los síndromes de los contusionados del cráneo está lejos de ser proporcional a la extensión de la zona interesada, y así se ha observado en algunos heridos de la guerra mundial, que no sufrieron sino una trepanación poco extensa con trastornos morbosos sobrevenidos años más tarde.

Para corroborar la gran peligrosidad de algunos lesionados craneanos, citamos la siguiente observación del doctor A. Ceillier:

"Lar X., 28 años de edad. Ninguna condena antes de la guerra europea de 1914. Antes era calmado, paciente, trabajador. Durante la guerra obtiene siete honrosas citaciones, sufre una herida grave en la región parietal. Fue trepanado. Epilepsia consecutiva. Después de la guerra sufre condenas incesantes, todas por ultrajes a los asociados, violencias, golpes, heridas. Cuarenta y ocho horas después de su última salida de la prisión, es interpelado por un agente, cuando dormía sobre un banco. Injuria al agente, se precipita sobre él, le da de puntapiés y puñetazos, lo muerde, en medio de la cólera más desenfrenada.

Yo creí necesario internar a este desgraciado cuyas heridas de guerra le habían transformado el humor habitual, que de suave y pacífico

que era, se vuelve de una irascibilidad enfermiza y para quien una vida social normal se hace imposible”.

No todos los traumatizados del cráneo deben ser tenidos como irresponsables; tanto entre los grandes como entre los pequeños traumatizados pueden encontrarse casos en los cuales las acciones delictuosas pueden ser imputadas a sus autores. Se requiere, en tesis general, que el traumatizado haya presentado un cuadro de síntomas o síndromes residuales que justifiquen su catalogamiento entre los llamados traumatizados psicópatas, o que el acto mismo lleve en sí el sello característico de una actuación morbosa indiscutible.

El estudio individual del delincuente debe ser de una extrema minuciosidad, a pesar de toda apariencia de morbosidad o de una posible simulación. Las reacciones que puedan establecerse entre los síntomas alegados, preexistentes o coexistentes, serán cotejadas en sus modalidades con las que los neurologistas y los psiquiatras conocen y describen como secuelas habituales de las conmociones cerebrales de las fracturas de la bóveda del cráneo, particularmente de las que van acompañadas de hundimiento del hueso y de las que interesen las meninges y el encéfalo mismo, sin olvidar que muchas de éstas son tardías, ya pasados algunos meses, ya algunos años, y podemos afirmar que aun pasados decenios.

Hemos observado que en muchas ocasiones la reacción antisocial es la primera manifestación franca del estado patológico del contuso, y por lo tanto el perito deberá observar durante un plazo prudencial al sujeto confiado a su estudio, para poder apreciar si existe la posibilidad de que se presenten dichas reacciones antisociales, como el que describiremos adelante; además, todos sabemos que un delito de sangre, que una violación, que una deserción en filas, son en muchos casos la etapa inicial de una esquizofrenia, por ejemplo.

En caso de duda, nos parece lo más sensato dejar al individuo en libertad condicional o vigilado hasta tanto que llegue a adquirirse una convicción suficiente para dictaminar en sentido favorable o adverso al sindicado. Adoptada esta medida, ni la justicia, ni la sociedad, serán defraudadas en su misión sancionadora o previsoras, la primera, ni en su integridad, la segunda.

Línea de conducta que debe seguirse con los traumatizados del cráneo

No hay que esperar que estos sujetos tengan reacciones antisociales para que los médicos, particularmente los especializados en psiquiatría y en medicina legal, y los funcionarios de instrucción, tengan alguna ingerencia en la vida de aquéllos, antes de que lleguen a hacer efec-

tiva su peligrosidad causando al conglomerado social un daño grave y del cual no se les hará responsables, por lo cual pudiéramos decir que deben adoptarse medidas de profilaxia criminal al frente de estos lesionados. Si en el caso N. R., que relataremos más adelante, se hubiera satisfecho el pedido del postulado precedente, sometiéndolo a un tratamiento adecuado y sobre todo que no se le hubiese colocado en una institución donde pudiese llevar armas, se hubiera talvez evitado la tragedia irreparable y motivada por futilidades que actualmente lo tienen sindicado como homicida.

Con mayor razón deben extremarse las medidas con los traumatizados que ya han delinquido en forma, como en el caso de M. U., quien una vez juzgado y declarado irresponsable, fundado este veredicto sobre la exposición médico-legal nuestra, es puesto en libertad incondicional, cuando este sujeto, no una, sino varias veces, ha puesto en evidencia objetiva su peligrosidad y que, como consta en autos, el mismo sindicado confiesa que sufre actualmente arrebatos de ira, crisis de epilepsia traumática, hiperemotividad morbosa, obnubilaciones mentales, amnesias, en una palabra, todo lo que caracteriza el signo subjetivo de Pierre Marie.

Como es obvio, en estos casos la defensa social impone el deber de precaverse contra individuos tan nocivos que vuelven a la vida ordinaria amparados por el concepto de irresponsabilidad por delincuencia morbosa, sujetos a quienes la sanción penal no modifica ni puede modificar; no intimida ni puede intimidar, ya que son enfermos que obran bajo la influencia de un estado psico-patológico, que ellos no pueden ni modificar ni refrenar y mucho menos evitar o suprimir.

Y entonces, qué debe hacerse con ellos? El único lugar que parece indicado para estos delincuentes morbosos es el asilo-prisión o llámesele como se quiera, pero en ningún caso el asilo de enajenados comunes. En estos asilos para delincuentes deben ser clasificados debida y oportunamente para alejar de ellos nuevas atracciones de delincuencia, llegando hasta el aislamiento celular en aquellos que presentan una inminencia de reacción al más ligero estímulo; en cambio otros podrían vivir en comunidad pero constantemente vigilados, para que una intervención oportuna e inteligente evite la ejecución de actos aislados, en trabajos manuales, labores agrícolas o cualquiera otro oficio, de los cuales podría derivar un modesto peculio para sus gastos personales, para suministro a su familia o para depositarlo en una caja de ahorros, en previsión del mañana, lo que naturalmente será reglamentado por estatutos particulares de estos establecimientos.

No creemos que sea un sentimentalismo ni mucho menos, abogar por la irresponsabilidad de estos sujetos, que consideramos realmente

psicópatas; más por el mismo motivo, tenemos que pedir que se proteja a la sociedad contra quienes son una amenaza para ésta.

Y cuándo serán puestos en libertad? La legislación penal de muchos países, y entre ellas la colombiana, cuyo nuevo Código Penal entró en vigencia el 1º. de Julio de este año, prevé el caso, pero en condiciones tales, que a los peritos, que son los que propiamente asumen la responsabilidad máxima en estas actuaciones, se les creará un delicadísimo problema cuando tengan que decidir que ha cesado la peligrosidad de aquellos asilados delincuentes; con mayor razón, si no estamos errados, cuando emitan el concepto de la incurabilidad frecuente de algunos de estos lesionados, lo que deja traslucir la impresión de que su permanencia en los asilos-prisiones sería indefinida o a perpetuidad para muchos de ellos.

Tratamiento médico

Se podría por medio del tratamiento médico moderador de la hiperemotividad, lograr disminuir este estado en los enfermos a que hemos venido refiriéndonos?

Como no tenemos una experiencia personal sobre este particular, ni podemos hacer referencia a autores que hayan tratado este punto, apenas si hacemos el enunciado de esta posibilidad terapéutica, especialmente en aquellos individuos que, como el de la Observación N°. 1, A. R., a quien indudablemente alguna cosa pudo hacerse con oportunidad, en lugar de destinarlo a un servicio que puede tenerse como excitante permanente de la afectividad, debe ser colocado en un ambiente propicio y morigerador.

Se subentiende que una vida sujeta a un régimen tranquilo y a actividades poco excitantes, será la primera indicación que hay que llenar en estos casos, y que la asistencia médica no habría de faltarles durante un tiempo suficiente para adquirir la convicción de que su peligrosidad no existe o ha desaparecido.

Anotamos a continuación algunas de las observaciones personales que poseemos de individuos traumatizados del cráneo; y aun cuando sólo unos pocos de ellos han tenido conflictos serios con la justicia, los incluimos todos, porque como en muchos de los restantes se hallan los síndromes residuales de los traumatizados, tales como sordera, zumbido del oído, desórdenes visuales, amnesias, trastornos del carácter, etc., creemos que con justa razón pueden catalogarse entre los individuos que en un largo plazo lleguen a presentar una peligrosidad manifiesta.

En algunos de estos traumatizados no nos fue posible seguir su historia clínica, porque no volvieron a nuestra consulta, y es esa la razón

por la cual no figuran en sus observaciones con perturbaciones nerviosas de ninguna clase, pero si nos atenemos a lo que nos enseña la estadística de la post-guerra europea, en tales contusionados no será aventurado suponer que en muchos de ellos se encuentren ya algunos síndromes residuales y que sean por lo tanto individuos cuya peligrosidad deba tenerse presente.

Traumatizados del cráneo trepanados

Observación I

A. R., 40 años de edad, natural de X. Casado y oficinista de profesión.

En Junio de 1929 recibió una herida contusiva por vehículo de ruedas, en la región fronto-temporal izquierda, de unos seis centímetros de longitud, en el sentido vertical, con fractura y hundimiento del hueso en la región contusionada. El herido permaneció en estado de inconsciencia por espacio de cuatro días, con fiebre y delirio. Se le practicó una trepanación en el lugar de su herida contusiva, y se le halló además de lo descrito, heridas las meninges e interesada superficialmente la región cortical del cerebro. Permaneció en la clínica unos cincuenta días. Le quedaron como secuelas de su traumatismo: cefaleas intensas, pérdida de la memoria, irritabilidad, desórdenes visuales, zumbido de oídos y un estado de frigidez sexual muy acentuada, sintoma este último que hemos podido comprobar no sólo en el herido en mención, sino también en otros contusionados.

Es tal el grado de irritabilidad a que ha llegado A. R., que teme castigar a sus hijos, porque siempre se propasa en sus correctivos, y su esposa ha tenido que intervenir en muchas ocasiones, para que no le cause mal grave al hijo castigado.

Así las cosas, hace unos dos años más o menos, fue nombrado para desempeñar un cargo en el cual podía por razón de su oficio llevar armas consigo. El, que debido a su permanente irritabilidad vivía retraído, y temía, como ya dijimos, hasta el tener que castigar a un hijo suyo, llegó a ser, por la condición en que quedó colocado como portador de armas, una amenaza para los asociados. La ocasión no se hizo esperar; un día cualquiera, tras de una corta discusión sobre un asunto baladí con un compañero de trabajo, discusión que en ningún caso justificaba una agresión, le hizo varios disparos de revólver a éste, que le causaron la muerte.

Si a este traumatizado del cráneo, de manifiesta peligrosidad, se le hubiera sometido a una vigilancia especial, y si no se le hubiera colocado en una institución en la cual el porte de armas le era permitido, y en la que las actividades de su oficio provocaban emociones tan intensas como súbitas, la sociedad tal vez no tendría que lamentar un crimen más.

Observación II

M. U., de 48 años de edad, viudo, minero y agricultor, hijo legítimo.

Antecedentes hereditarios: madre, tío, y hermana enajenados (?).

Desde muy joven, cuando sólo contaba diez y siete años, militó en la guerra civil en ese entonces, y lo mismo hizo treinta años más tarde. En esta última contienda civil fue herido con arma contundente y cortante (machete), sobre la región craneana, así: una herida en la región parietal posterior izquierda y otra en la región media occipital, fuera de otras lesiones que no interesaron propiamente los huesos del cráneo, causándole pérdida de conocimiento y consecuencias inmediatas de carácter grave. Cinco meses más tarde fue sometido a una intervención quirúrgica, consistente en una trepanación a nivel de la herida parietal y extirpación de los fragmentos óseos. En este lugar se encuentra hoy una cicatriz deprimida del cuero cabelludo y se palpa debajo la ausencia de hueso en un espacio que mide siete centímetros en su mayor extensión, por cinco centímetros en su mayor anchura, formando una figura oval un tanto irregular.

En el lapso comprendido entre el día en que fue herido y el día de la trepanación, permaneció en cama completamente inhabilitado para sus trabajos habituales, cinco meses.

A los quince meses, más o menos, después del traumatismo, se entregó de nuevo a actividades lucrativas, especialmente al comercio de la tagua, en el cual era en muchas ocasiones engañado por los compradores de este artículo, debido a una deficiencia de apreciación en los valores comerciales.

En varias ocasiones y de una manera imprevista se escapó de su casa, teniendo que ser reingresado a ella por algún miembro de su familia, sufriendo fugas patológicas de carácter impulsivo y amnesias de gran valor clínico.

En alguna ocasión hizo un contrato para acarreo de madera en el cual fue víctima de un enorme engaño, hasta el punto de que cuando sus amigos le hicieron comprender esta situación, prefirió perder tres cuartos de libra de oro físico "por no exponerse a sufrir un dolor de cabeza y una rabia violenta que le sobreviene en estos casos", y que lo

arrastran a las vías de hecho. Estas rabias y estas cefaleas le sobrevienen en ocasiones durante el trabajo material y sobre todo cuando se expone a la acción de los rayos solares durante sus faenas; en esos casos llega al extremo de enojarse con la herramienta de labor, la que quiere destruir a golpes contra la tierra, y parece que en tales ocasiones haya llegado hasta sufrir ataques epilépticos, según la descripción que nos han hecho de crisis convulsivas sobrevenidas entonces.

Las cicatrices de heridas contusivas que presenta en las fosas grantales y las de la lengua son una confirmación objetiva de dicha información.

Conviene tener presente que M. U., antes de recibir los traumatismos craneanos, no había llamado la atención como sujeto de carácter violento y de arrestos pendencieros; y que sólo después de lesionado se pusieron de relieve su irascibilidad y sus tendencias francamente homicidas, como puede estimarse con claridad en los hechos siguientes, que vamos a relatar:

Después del traumatismo llegó a adquirir fama de individuo camorrista y peligroso, y él mismo explicaba que las discusiones con los otros despertaban en él un vehemente deseo de irse a las manos con su contendor, sin un motivo que justificara plenamente esta actitud.

M. U., que ya había pagado condena por heridas después del incidente de sus traumatismos craneanos, reincide años más tarde en circunstancias muy singulares, cuando hiere gravemente a C. M. V., a quien pretendía en matrimonio, porque "estaba locamente enamorado de ella y enloquecido de dolor" por la negativa de ésta a casarse con él. La agredió con arma cortante, parece que con el ánimo de desfigurarla. Después de realizado esto, la atendió con cariños paternos, prestándole toda clase de cuidados para buscar su pronta mejoría.

Por este acto delictuoso fue penado con tres años de prisión.

Hecha una exposición somera sobre la personalidad de M. U., antes y después del traumatismo y habiendo puesto de relieve sus actuaciones normales en la primera etapa y destacado su peligrosidad durante la segunda, vamos a hacer algunas consideraciones sobre su estado psicopatológico post-traumático.

M. U. presentó varias ocasiones fugas súbitas y amnésicas, consideradas por todos los tratadistas como muy frecuentes después de los traumatismos craneanos con lesión del cráneo, de las meninges y del encéfalo, y aun en los casos de simples conmocionados, teniendo en cuenta que antes de ser herido nunca llegó a presentarlas.

Tenemos como cierto que nuestro sujeto ha presentado en varias ocasiones el *síndrome subjetivo* de P. Marie, seguido algunas veces

de pérdida del conocimiento y crisis convulsivas que hemos estimado como un cuadro de epilepsia traumática:

La exaltación de la emotividad que hace tenerlo por un verdadero hiper-emotivo actual, lo que antes no fue, con el predominio muy marcado de una temible irascibilidad que le arrastra con inusitada frecuencia al *dintel* de la agresión violenta y que en las incidencias expuestas atrás como en otra de mayor trascendencia que adelante expondremos, lo han colocado varias veces en conflictos con la justicia.

Dejamos constancia de que M. U. no ha revelado nunca un estado psicopático francamente delirante, ni estados segundos, ni onirismo, manifestaciones tenidas por los tratadistas como casi inherentes a la psicopatología de los traumatizados craneanos.

Si hemos de creer a M. U., éste ha sufrido amnesias episódicas y transitorias, influenciadas unas veces y otras no, por las crisis hiper-emotivas, acompañadas de irascibilidad y de tendencias delictuosas, como le ha ocurrido deambulando por las calles de la capital, demasiado conocidas para él, sin perderse en ellas, presentando un estado de obnubilación mental con desorientación en el lugar, algo así como un episodio confusional; cosa semejante le ocurre en las conversaciones o cuando se sienta a la mesa a tomar los alimentos, abandonando éstos sin haber pasado bocado y sin explicarse un rato después esta ocurrencia.

Así las cosas, un día cualquiera M. U. sabe que un nieto suyo ha sido mortificado de palabra por un sujeto con quien nunca había tenido enemistad alguna, y sale en su busca a un lugar vecino, llega a la casa donde se hallaba aquél, lo llama desde el patio de ésta, y cuando es atendido por el interpelado, se lanza sobre él, machete en mano, y lo hiere en un brazo. La víctima huye, y M. U. sigue en pos de ella causándole otras heridas que le produjeron la muerte al agredido, el mismo día.

Verificada esta agresión, M. U. vuelve a su casa sin manifestar pesar y sin revelar preocupación alguna por lo que ha hecho. Capturado al día siguiente, confiesa sin reticencia alguna la agresión violenta contra N. N., sin tratar de ocultar nada, con plena lucidez y completa memoria de lo acaecido.

Llamado a juicio por homicidio voluntario con caracteres de asesinato, fue absuelto y puesto en libertad, después de oída la exposición médico-legal del experto llamado por el señor defensor del acusado.

En ella sostuvimos la irresponsabilidad, fundándonos en que M. U. ejecutó este acto homicida bajo la influencia de un estado psicopático que viene sufriendo desde los traumatismos craneanos inicialmente apuntados, que han cambiado su personalidad biopsíquica de un hombre trabajador adaptado al ambiente social y que hasta la edad de treinta

y un años, más o menos, no dió motivo para sindicación alguna; en cambio después de lesionado, hasta por tres ocasiones de las que se tenga noticia, ha tenido que comparecer ante los jueces.

Tenemos que anotar que cuando M. U. fue juzgado, regia todavía el Código Penal Colombiano que dejó de estar vigente el 30 de Junio del año en curso. Del primero de Julio en adelante entró en vigencia el nuevo Código Penal, en el cual están previstas las normas de conducta, de acuerdo con el Art. 29, que dice:

“Cuando al tiempo de cometer el hecho, se hallare el agente en estado de enajenación mental, o de intoxicación crónica producida por el alcohol o por cualquiera otra substancia, o padeciere de grave anomalía psíquica, se aplicarán las sanciones fijadas en el Capítulo II del Título II de este libro”.

“ T í t u l o I I

Capítulo II.

Medidas de seguridad.

Artículo 61. — Son medidas de seguridad:

a). Para los delincuentes a que se refiere el artículo 29:

La reclusión en un manicomio criminal o en una colonia agrícola especial.

La libertad vigilada.

El trabajo obligatorio en obras o empresas públicas.

La prohibición de concurrir a determinados lugares públicos.

b). Para los delincuentes a que se refiere el artículo 30:

La libertad vigilada.

La reclusión en una escuela de trabajo o en un reformatorio.

Artículo 62. — El manicomio criminal y la colonia agrícola especial son establecimientos organizados de acuerdo con las prescripciones de la ciencia médica, separados de las instituciones similares para enfermos de la mente comunes, dirigidos por psiquiatras, y en donde, en cuanto sea posible, deberá establecerse el trabajo industrial o agrícola.

Artículo 63. — El manicomio criminal se destina para recluir a los alienados que cometan delitos para los cuales se señalan penas de presidio, o cuyo estado los haga especialmente peligrosos.

Artículo 64. — La reclusión en los establecimientos de que tratan los dos artículos anteriores subsistirá hasta que el enfermo intoxicado deje de ser un peligro para la sociedad; pero en ningún caso podrá ser menor de dos años en el manicomio criminal, y de un año en la colonia agrícola especial.

Dicha reclusión no podrá cesar sino condicionalmente, en virtud

de decisión judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos, que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo vuelva a causar daños”.

¿Cuándo podrá el experto declarar no existente la peligrosidad de un alienado delincuente en quien subsisten las lesiones anatomopatológicas o biopsíquicas que despertaron aquélla? Como se ve, la legislación penal pone en este caso en duro aprieto al perito que ha de dar tan delicado concepto. Si por algún acaso, previo dicho dictamen y puesto en libertad, el “contusionado craneano” reincidiere éste en un caso criminoso grave o leve, cuál sería la situación social y profesional del Médico legista que emitió aquel dictamen? Dejamos a la consideración individual de nuestros lectores estos puntos.

Observación III

P. L. C., de 16 años de edad, recibió el 3 de Septiembre de 1929 una herida contusiva con una tabla en la parte superior del parietal derecho, que interesó el hueso fracturándolo en una extensión de 3 centímetros. Trepanado el mismo día del accidente. Examinado por nosotros al día siguiente de operado, le hallamos: 88 pulsaciones por minuto, un poco de torpeza cerebral. En Septiembre 20 cesó la incapacidad y le quedó una brecha ósea de 6 centímetros de extensión por 3 de anchura, y su cicatriz dejada por la operación es pulsátil. En Julio 16 de 1930 volvió a nuestra consulta y nos dijo que estaba dedicado a sus labores agrícolas, y como signos subjetivos acusó: desvanecimientos que le obligan a sentarse, y pérdida de la memoria.

Observación IV

R. M., 35 años de edad, recibió el 15 de Octubre de 1929 una herida contusiva con piedra en la región parieto-temporal izquierda, de una extensión de 5 centímetros, que le produjo fractura con hundimiento del hueso en forma estrellada, que irradiaba hacia el frontal del mismo lado. Trepanado. Su incapacidad fue de 24 días. Le quedó una brecha ósea de ocho y medio centímetros de longitud, por 6 de anchura, y su cicatriz es pulsátil. Le quedaron como signos subjetivos, cefaleas intensas.

Este ofendido, que trabaja en una cantina, no sabemos si es que tiene mala estrella (?) o es que a consecuencia de su traumatismo se ha vuelto irascible, exponiéndose a riñas, porque después de su trepanación ha sido herido dos veces: la primera el 19 de Noviembre de 1929, cuando recibió una contusión en la región temporal derecha y erosiones en

el resto del cráneo. Y la segunda herida le fue causada el 15 de Julio de 1930, a las 9 de la mañana. Al examinarlo le encontramos trece pequeñas heridas de perdigones de arma de fuego (escopeta), en la mitad superior de la cara anterior del muslo derecho, con hematoma; herida contusiva de tres centímetros en la región frontal derecha, en el origen del cuero cabelludo, con fractura y hundimiento óseo. Operado al día siguiente, se halló ruptura de las meninges y hernia del cerebro. Su marcha post-operatoria fluctuó entre 90 y 100 pulsaciones por minuto, y 36 con 5 décimas y 38 grados de temperatura central. Su incapacidad terminó el 29 del mismo mes.

Observación V

J. Luis E. Villegas, de 15 años de edad, quien recibió una herida contusiva (por automóvil) el 22 de Diciembre, de siete centímetros en la región parietal posterior izquierda, con fractura y hundimiento del hueso, por donde se hernió el cerebro. Se le practicó la trepanación. El 26 del mismo mes, el estado general era grave, tenía trastornos cerebrales, dificultad en la ideación, embotamiento cerebral.

El 31 del mismo mes se presentaron accesos epileptiformes, los cuales le daban cada quince minutos. El 15 de Enero de 1936 desaparecieron éstos. El 24 de abril de 1936 se anotó como secuela de su traumatismo: desvanecimiento, dolor de cabeza frecuente, desórdenes del humor consistentes en irascibilidad. Desaparecerán estos síntomas con el correr de los años? Probablemente no, y hay más bien temores fundados de que se agraven, porque por desgracia para los traumatizados del cráneo, según nos enseña la estadística de la post-guerra europea, las secuelas de tales individuos son más graves con el transcurso del tiempo. Además, hay que tener en cuenta que en el lugar de su herida y de su hundimiento óseo, en el cual se practicó la trepanación, se presenta con frecuencia una inflamación de regular extensión, la que trae como consecuencia una esclerosis neuróglia difusa y una extensión de las adherencias de las membranas meninges, todas ellas favorables a la instalación de los síndromes residuales. Sin embargo, no quiere esto decir que sin falta se presenten tales síndromes, porque si la inflamación no acompaña a la herida cerebral, el pronóstico es menos sombrío.

Observación VI

G. R., de 27 años de edad y natural de Medellín, recibió el 15 de Mayo de 1930 dos heridas contusivas con una manivela de automóvil y localizadas así: una de tres centímetros en el frontal, encima de la

ceja izquierda, que produjo fractura y hundimiento del hueso en el reborde orbitario; otra de tres centímetros de longitud, que interesó sólo el cuero cabelludo en la parte media frontal. Fue trepanado el mismo día. Su incapacidad fue de 20 días. Como síndromes residuales se anotan en él: cefaleas frecuentes y un estado vertiginoso que se le presenta espontáneamente o al verificar movimientos con alguna brusquedad.

Observación VII

M. S., de 16 años de edad, fue herido en Rionegro con un azadón, el 10 de Marzo de 1930, y operado el 17 del mismo mes.

Al examen le anotamos: una herida cortante y contusiva de seis centímetros en la región parietal izquierda, hematoma, y compresión cerebral por la esquirla ósea hundida en gotera. Practicada la trepanación, se observó que el seno longitudinal estaba desgarrado por las aristas del hueso hundido. Su incapacidad fue de 50 días, y le quedó de la trepanación una brecha ósea de seis y medio centímetros de longitud por ocho centímetros de anchura; y dolores frecuentes de cabeza.

Observación VIII

M. T. R., de 27 años de edad, fue herido el 29 de Noviembre de 1929, con un martillo, en la bolsa frontal derecha.

Reconocido al día siguiente, le hallamos una herida contusiva de cuatro centímetros en la región frontal mencionada, con hundimiento y fractura del hueso. Trepanado, su incapacidad definitiva fue de 19 días. En Marzo 7 de 1930 sus cefalalgias eran constantes. En Abril 2 continuaban sus dolores de cabeza y se anotó además que por la brecha ósea se hernia el cerebro cuando el ofendido se agacha, tose o hace cualquier esfuerzo, y al comprimir ese lugar lesionado, se siente la pulsación y se ve la impulsión.

Observación IX

A. M. B., de 16 años de edad, recibió el 28 de Mayo de 1930 una contusión en la región temporal izquierda, con fractura. Fue trepanado y se le extrajo un casquete óseo de seis centímetros de longitud por cuatro centímetros de anchura. Al levantar el casquete se halló hemorragia de las meninges media y posterior, la que fue contenida. En Junio 2 había estado febril, delirio constante, convulsiones e inquietud. Así continuó hasta el 10 del mismo mes, día en que empezaron a ceder tanto la temperatura como los síntomas nerviosos.

En Julio 18, su temperatura es normal, está excesivamente impresionable, y tiene cefalalgia y retardo en su ideación.

Observación X

M. C., de 30 años de edad, fue herido con arma cortante y contusiva (machete) el 3 de Febrero de 1930. Fue examinado el 1°. de Julio y le hallamos una cicatriz producida por arma cortante y contusiva, de seis centímetros de largo por dos de ancho, transversal, situada en la región parietal derecha, cerca a la sutura con el frontal. Como síntomas subjetivos, anotamos: cefalalgias lentas desde el día que lo hirieron, hoy son más constantes y en forma de hemicráneas derechas; obnubilaciones visuales, más marcadas en el ojo derecho, ligeros vértigos y cuando camina siente sacudidas en el lugar de su herida. Está marcadamente preocupado con su estado y su semblante es el de un individuo que sufre moralmente. Se le practicó una trepanación el 14 de Julio, se le hizo una brecha ósea de seis centímetros por cuatro en la región parietal derecha, y se encontró que una gran esquirla se había adherido por hiperostosis a la cara interna, y comprimía el cerebro; había neoformación de membranas que engrosaron la dura madre. Se extrajo la esquirla y se quitaron con cureta las membranas neoformadas. Después de 14 días de hospitalización fue dado de baja, y no volvimos a saber si sus síndromes arriba anotados desaparecieron o empeoraron.

Traumatizados craneanos no trepanados

Observación XI

A Gabriel O. le causaron el 26 de Marzo de 1935 un fuerte golpe manual en la cara, que le hizo caer contra el asfalto de la calle, recibiendo en él un fuerte traumatismo en la región occipital, el cual le produjo pérdida del conocimiento por cuatro horas, delirio consecutivo. Su incapacidad fue de 30 días. Reconocido por última vez en febrero de 1936, se le halló como síndromes residuales de su traumatismo: retardo de la ideación, disminución de la memoria y de la agudeza auditiva, cefaleas, desórdenes del humor consistentes en retraimiento y agresividad. El que antes era un elemento útil en la sociedad y un hábil comisionista, es hoy una carga para sus allegados, pues debido a sus amnesias, a sus cefaleas y a su irascibilidad, no puede dedicarse a su oficio.

Observación XII

P. M., de 40 años de edad. En las horas de la tarde del 8 de

Abril de 1930, recibió una herida por arma de fuego (revólver) en la parte superior del frontal izquierda, cerca a su sutura con el parietal. Como síntomas anotamos: hemiplejía derecha, disartria, 62 pulsaciones por minuto. El proyectil está profundamente situado en la masa encefálica.

En 30 de Mayo la disartria había desaparecido y existía parálisis de los miembros superiores.

En Junio 18, tiene frigidez sexual desde el día en que fue herido, síntoma éste que he hallado en otros traumatizados craneanos; la parálisis se ha convertido en paresia.

Observación XIII

J. P. G., de 24 años de edad. Fue herido el 16 de Febrero de 1929 con proyectil de arma de fuego (revólver), el cual penetró en la masa encefálica por la región superior y derecha del occipital. Dos días después lo reconocimos y anotamos: hemiparesia con ligera construcción del lado derecho, 58 pulsaciones por minuto, 37 grados con dos décimas de temperatura axilar. No habla, pero da señales de que entiende lo que se le dice. Febrero 19, habla algo y la hemiparesia ha cedido un poco, disminución de la agudeza visual, más acentuada en el ojo izquierdo.

Marzo 20. Examinado nuevamente encontramos además de los síntomas acabados de anotar, un embotamiento de la memoria anterógrada y retrógrada. La radiografía muestra el fragmento de proyectil situado profundamente en el lóbulo temporal. Queda este interrogante para el porvenir

Observación XIV

J. A. G. - Le fue causada una herida contusiva con un taco de biliar, el 4 de Mayo de 1929, situada en el frontal izquierdo y con una extensión de cinco centímetros. La radiografía mostró fractura de la tabla interna fronto-parietal. Como síntoma anotamos: disminución de la agudeza visual, ausencias pasajeras, entorpecimientos de los miembros superiores e inferiores.

Observación XV

J. G. H. — En Septiembre 3 de 1929 le fue causada una herida contusiva en la región tèmpero-parietal derecha, de tres centímetros, con gran edema de la región lateral de la cabeza.

En Octubre 8 tenía como síndromes residuales: disartria, cefaleas, debido a su hundimiento óseo. El 18 de Febrero de 1930 los dolores de cabeza eran más frecuentes, la disartria más marcada, pérdida de la me-

moria para algunos hechos, ataques convulsivos con pérdida de conocimiento, y por la descripción que de ellos nos hacen, son epilépticos.

Observación XVI

J. de M. D., de 24 años de edad. — El 18 de Mayo de 1928 le fue causada una herida contusiva con un palo, en la parte media del frontal y de una extensión de cinco centímetros. La radiografía mostró fractura del frontal y de una rama perpendicular del etmoides.

Los síntomas que presentó, fueron: epixtasis, hemorragia subconjuntival, vómito de sangre, shock. Temperatura periférica 37,5; pulsaciones, 60. El 2 de Julio cesó su incapacidad. Le quedaron manifestaciones subjetivas, consistentes en: cefalalgias y estado vertiginoso. El 9 de Mayo de 1930 persistía el mismo estado. No hemos vuelto a tener noticias del herido.

Observación XVII

J. de D. E., 44 años de edad. — El 11 de Abril de 1930 le fue causada una herida contusiva con garrote, de doce centímetros de extensión y situada en la región fronta-parietal izquierda, cuero cabelludo. Le quedó como consecuencia de su traumatismo, cefalea constante.¹

Observación XVIII

J. de J. J., de 35 años. — El 13 de Diciembre de 1929 le fue causada una herida al parecer contusiva (con palo), de cinco centímetros, en la región parieto-occipital derecha, que le fracturó el hueso y produjo hundimiento del mismo. El 24 de Julio de 1930 presentaba como consecuencia de su traumatismo, la cicatriz de su herida, en la cual se palpa el hundimiento del hueso fracturado. Como signos subjetivos le quedó cefalalgia, desórdenes visuales, desvanecimientos e irascibilidad.

Ya hemos visto que los traumatismos craneanos pueden producir serios trastornos en la personalidad del lesionado. No podría suceder algo semejante con los traumatismos psíquicos acaecidos a individuos que se hallan en la infancia? Queda a la consideración del lector el interrogante anterior.

Como observación de traumatismo psíquico, cito la siguiente, muy interesante:

Francisco J., de unos siete años de edad, salió el 22 de agosto de 1921, en asocio de sus hermanos Joaquín y Luis, hacia un paraje llamado "La Encalichada", del municipio de Betania. Sus dos hermanos nombrados eran unos pocos años mayor que él. A eso de las cinco de la tar-

de fueron alcanzados por José Betancur, de diez y siete años de edad, quien los atacó esgrimiendo un arma cortante y contusiva (machete). A Joaquín le causó treinta heridas, varias de ellas mortales; y a Luis le causó treinta y dos heridas, también mortales varias de ellas. Este último murió a las cuarenta y ocho horas después de herido. Francisco, que iba un poco atrás de sus hermanos cuando tuvo lugar la tragedia, presenció cuando el agresor asesinaba a Joaquín y a Luis; lleno de pavor desanduvo parte del camino y se escondió en un desagüe, tras un matorral espeso, desde donde oía los golpes que Betancur propinaba a sus hermanos y los lamentos que éstos lanzaban, y allí permaneció escondido hasta que vio que Betancur los abandonaba, después de consumado el delito.

Después de esto se observó en Francisco J. que era apocado y poco comunicativo.

Pasan los años, y el niño Francisco J., que sobrevivió a la tragedia de sus hermanos, se torna discolo, y cuando llega a pleno desarrollo físico, tiene varios conflictos con la justicia. En Abril del año próximo pasado, tras corta discusión, le causó la muerte a un primo suyo. Sale de la cárcel mediante fianza, y tres meses después vuelve a ser encarcelado, sindicado de homicidio en la persona de L. E., y de heridas a otras dos personas. No tendrá algo que ver en su modo de ser actual el traumatismo psíquico que Francisco recibió cuando tenía siete años?

Resumiendo las observaciones que acabamos de citar y que pertenecen a nuestra estadística de la oficina Médico-legal de Medellín, República de Colombia, de los traumatizados craneanos no trepanados, tenemos el siguiente caso muy interesante:

J. G. H., herido con una piedra el 3 de Septiembre de 1929, en la región ténporo-parietal derecha, causándole un hundimiento óseo en la región contusa. El 8 de Octubre sólo tenía como consecuencia de su hundimiento craneano: disartria ligera y cefalalgia. El 18 de Febrero de 1930, la disartria era más acentuada, la cefalalgia más intensa; hay pérdida de la memoria para algunos de los hechos recientes; y en el mes de Abril del mismo año, se presentaron por primera vez en él ataques convulsivos con pérdida del conocimiento, que por la descripción que nos hace, son epilépticos.

El porvenir de los heridos de las observaciones XII y XIII, no trepanados, no es muy halagador, debido a las manifestaciones que presentaban en 1930 y a la profunda situación de sus proyectiles en la masa encefálica. No sería raro que después de un periodo más o menos largo, aparecieran en ellos complicaciones graves; epilepsia provocada por la irritación del cuerpo extraño, abceso cerebral, quiste cere-

bral constituido alrededor o en la vecindad del proyectil. Qué línea de conducta debería seguirse en este caso?

De las mismas estadísticas de los traumatizados craneanos con hundimiento óseo y no trepanados, ocho de ellos presentan hoy algunos de los síndromes residuales: disminución de la agudeza visual, exoftalmia, paresias, ausencias pasajeras, entorpecimientos, amnesias, cefaleas, estados vertiginosos y crisis epileptiformes.

De los veintidós traumatizados craneanos trepanados, quince presentan algunos de los síndromes residuales; y los otros siete sólo conservan como recuerdo de su lesión, su brecha ósea; pero si nos atenemos a la estadística de la post-guerra europea, según la cual las reacciones peligrosas de tales individuos son las más de las veces a largos plazos, la observación de ellos en el porvenir nos dirá cuál será su evolución.

Esto nos indica que en Medicina legal hay que tener en cuenta las consecuencias tardías, siempre posibles, de los traumatizados craneanos, con trepanación o sin ella, porque no sólo son un factor psicopatológico la brecha operatoria o el traumatismo inicial, con su lesión ósea, meninges o encefálica, sino también el elemento conmocional primitivo, capaz por sí solo de provocar desórdenes lejanos que pueden oscurecer el porvenir de estos lesionados.

Resumiendo lo hasta aquí expuesto, anotamos:

Primero. — Algunos de los traumatizados craneanos pueden llegar a presentar con el transcurso del tiempo reacciones antisociales, que los pone en conflictos con la justicia.

Segundo. — Los actos delictuosos cometidos por estos individuos no acarrear forzosamente la irresponsabilidad. No constituye, ni puede constituir su lesión, una patente de responsabilidad total o relativa. En cada caso que se someta al estudio del experto, debe examinarse detenidamente al sindicado, estudiarse el expediente y si se obtiene la convicción de que el sujeto obró con la plena lucidez de los traumatizados del cráneo, su responsabilidad será total.

Si el acto fue cometido en plena inconsciencia, estados confusionales, o con episodios de delirio francamente acusados, etc., su responsabilidad será nula.

Tercero. — Para dichos individuos traumatizados, que bajo su estado de perturbación mental provocada por sus síndromes residuales y que cometen actos delictuosos graves que caen bajo la sanción del Código Penal, su lugar de internamiento más apropiado no será la cárcel, el presidio o el manicomio común de enajenados, sino el manicomio de delinquentes, asilo-prisión, colonia, o llámese como se llamare, en don-

de estarán sometidos a una activa vigilancia y cuidados médicos, con el fin de mejorar, si es posible, su estado y evitar nuevos atentados contra los asociados.

INDICE BIBLIOGRAFICO

- Patología quirúrgica.* — Bequín.
Patología externa. — Forgne.
Précis de Pathologie Interne. — Balthazar y Cestan.
Anatomy. — Gray's.
Anales de la Academia de Medicina de Medellin.
Anales de Medicina legal.
Medicina legal. — Balthazard.
Medicina legal. — A. Piga.
Medicina Forense. — Smith.
Cirurgie. — Lecen et Lerich.
Medicina legal. — Thoinot.
La Criminalité des Blassés du crane. — Doctor A. Porot.
La responsabilidad de los epilépticos. — Luis A. Barberis y Ernesto y Ure.
Responsabilidad penal de los epilépticos. — A. Cellier.
-