

La observación de tales lesiones lo indujo a hacer un detenido estudio del diámetro bisisquiático, en forma tan bien orientada, que llegó a la conclusión de que ningún pelvómetro de los usuales sirve para lograr una medida exacta del diámetro interisquiático. Observó suficientemente en cadáveres, calculó la ampliación de la pelvis al nivel del bisisquiático, en determinada posición, y mandó, por fin, fabricar una serie de barras que pueden fácilmente adaptarse entre ambos isquiones, de manera que con ellas se obtiene una medida exacta, de provechosa aplicación en la práctica pelvimétrica.

Las barras de Duque de Estrada son nueve y van aumentando de medio en medio centímetro, desde siete hasta once. La desventaja que siempre les encontré es la de que, si no se tiene cuidado de conservarlas con esmero, se descompletan por extravío de una o varias, lo cual puede ser frecuente en los consultorios y en los hospitales. La colección que pertenece a la Clínica Obstétrica que desempeño en la Facultad de Medicina ya se ha descompletado por descuido. Entonces pensé en reducir las nueve barras a una sola, y creo al fin haber logrado mi objeto, especialmente porque encomendé la construcción del pequeño instrumento a la casa que en México construyó las primitivas barras de Duque de Estrada.

La modificación consiste en dos piezas que deslizan una sobre la otra, marcándose los medios centímetros en una escala. Cerradas ambas piezas dan siete centímetros exactamente, y pueden separarse hasta dar la ampliación de once, que es el máximo que muy rara vez se alcanza en las pelvis mexicanas. Las figuras anexas sirven mejor que cualquiera descripción, para formarse idea clara de la modificación a que me refiero.



Dos Casos Médico-Legales

Por el Dr. José Torres Torija ¹

Por no haber podido concluir un trabajo que vengo preparando para esta H. Academia y no queriendo dejar pasar mi turno de lectura sin dar cumplimiento al precepto reglamentario, he querido presentar los dos siguientes estudios de carácter médico legal que se re-

¹ Leído en la sesión del 12 de febrero de 1936.

fieren, el primero, a una indemnización pedida ante uno de los Juzgados Civiles, y el otro a un asunto de orden penal, y en los que la valoración de las consecuencias constituía el problema fundamental.

En ambos casos tuve oportunidad de emitir el dictamen correspondiente. El primero se refiere a una de mis primeras actividades médico-legales en que intervine como perito particular. El segundo, a un estudio hecho, años más tarde, con el carácter de perito médico legista oficial.

Hacia fines del año de 1912 el señor G. C. de la Ll. entablaba ante el Juzgado 4º de lo Civil, de esta Capital, una demanda por daños y perjuicios en contra de una compañía manufacturera de cigarros. Fundaba su demanda en que encontrándose en un restaurante fumando un cigarrillo confeccionado por la citada compañía, el cigarro, que tenía en la mano izquierda, le hizo explosión y que, con tal motivo, había quedado con su brazo izquierdo totalmente paralizado y pedía por ello una indemnización que valoraba él en treinta y dos mil pesos.

Habiéndoseme nombrado perito hice el examen del demandante. Este me refirió los datos señalados anteriormente, es decir, que al fumar un cigarrillo que tenía en la mano izquierda éste le hizo explosión; que recibió una impresión muy fuerte y desagradable y sintió un temblor en los labios y en la mitad izquierda de la cara, y aceleración de los latidos cardíacos; trató de levantarse y apoyarse en la mesa con la palma de la mano, cosa que no pudo hacer por sentirla muy torpe; que desde entonces le había quedado inmóvil el brazo izquierdo, no pudiendo valerse de él, y que tenía a menudo sensación de opresión torácica y palpitaciones. No se quejaba de otra cosa.

No daba antecedentes patológicos, hereditarios ni personales de importancia, ni enfermedades del sistema nervioso. No tenía tampoco antecedentes de alcoholismo. La exploración física mostraba a un individuo de alta estatura, de aspecto sano, de complexión robusta, muy bien musculado, de inteligencia y cultura medianas. El miembro superior izquierdo lo tenía en posición de extensión y pegado al tronco. Descubierto y comparándolo con el miembro homólogo derecho se encontraba en posición de adducción forzada con el antebrazo en extensión forzada y en posición intermediaria entre la pronación y la supinación, pegado al tronco y con la mano también en posición intermedia entre la pronación y la supinación con los dedos ligera-

mente doblados. El hombro izquierdo más alto que el derecho. La sensibilidad en todas sus formas parecía estar abolida. Al hacer, sin embargo, la exploración de la sensibilidad térmica y dolorosa, se enrojecía la cara del explorado y aumentaba el número de pulsaciones. Los reflejos tendinosos eran normales y no había temblor ni contracciones fibrilares. No se podían verificar movimientos activos ni pasivos, pero al tratar de hacer estos últimos se exageraba la contractura muscular en extensión. El miembro superior izquierdo no estaba atrofiado ni disminuído siquiera de volumen, comparándolo con el del lado sano. La exploración general no mostró padecimiento alguno de sus grandes aparatos y sistemas, ni tampoco pudimos encontrar estigmas histéricos.

Nos encontrábamos, pues, con una monoplegia espasmódica del miembro superior izquierdo y, como único antecedente causal, un estado emocional determinado por la explosión de un cigarrillo que, sin haber determinado lesión anatómica aparente en los diversos sectores del referido miembro, había producido la pérdida de sus funciones.

¿A qué podría deberse la monoplegia?

Había que descartar desde luego las afecciones orgánicas del encefalo y de la medula, ya que ni los antecedentes ni el estado del señor C. correspondían a ellas. Tampoco podía pensarse en una neuritis alcohólica, saturnina o de algún otro origen tóxico, pues no había elementos para admitir la acción de esos agentes. Por las mismas razones desechamos factores infecciosos o tóxicos de otra índole. El señor C. no había tenido tampoco padecimientos articulares.

Independientemente de la falta de antecedentes causales de las enfermedades anotadas, el tipo de monoplegia espástica en extensión no tenía los caracteres de las que aparecen en padecimientos orgánicos, especialmente en los que a la actitud del antebrazo se refería. No había tampoco exageración de los reflejos tendinosos. Los padecimientos articulares del miembro superior producen contracturas en flexión.

Quedaba, pues, como última explicación de dicha monoplegia el pitiatismo del señor C.; pero aparte de que las contracturas o parálisis histéricas son consecutivas a traumatismos regionales, y no encontrábamos tampoco ese agente de acción local, y las parálisis histéricas son habitualmente flácidas, había la carencia de antecedentes

neuropáticos o de estigmas histéricos en el caso. Parecía extraño que la manoplegia braquial fuese la primera manifestación histérica.

Las consideraciones anteriores y el aspecto psicológico de quien reclamaba una suma cuantiosa, nos llevaron a pensar en que se trataba de una pseudomonoplegia espasmódica, simulada por un individuo sano, vigoroso, y que había elegido la posición que, dado su vigor muscular, podía mantener con menor dificultad.

Propusimos al citado señor una exploración bajo anestesia general, a la que se negó categóricamente, y una exploración eléctrica que aceptó, ofreciendo concurrir con el especialista en fisioterapia al día siguiente, promesa que no cumplió, y después de haberlo esperado durante más de dos semanas y habiéndosenos apremiado para rendir el dictamen por vencerse el término legal de prueba, establecí la conclusión de que el señor C. presentaba signos aparentes de un padecimiento del miembro superior izquierdo (seudomonoplegia), cuya fecha de aparición solamente estaba basada en el dicho del demandante, quien no era alcohólico, ni luético, ni tenía un padecimiento del sistema nervioso y que, en tales condiciones, ni la chispa ni la explosión de un cigarro podían haber producido las alteraciones que presentaba. Contra lo que yo esperaba el dictamen no fué objetado y la indemnización no fué conseguida.

Un mes después, encontré en el teatro al señor C., quien ocupó una de las butacas de las últimas filas, estando yo atrás de él en el lado opuesto. Movido de un sentimiento de curiosidad más humano que médico, estuve observando cuidadosamente al citado señor y pude ver así, que antes de terminar la función y de encenderse las luces se levantaba de su asiento y se ponía con toda facilidad su abrigo para salir: ¡La monoplegia braquial había desaparecido!

* * *

El otro caso al que quiero referirme es el siguiente: El 7 de junio de 1920 la señora S. S. de J., de 42 años de edad, después de haber tenido un altercado con unas señoritas vecinas, jóvenes y bellas, de quienes estaba celosa, e intentando golpearlas recibió de una de ellas o de las dos, con una bolsa de mano, las siguientes lesiones descritas en el parte médico de la 7ª Comisaría: "Contusiones de primer grado en las regiones frontal, occipital, malar izquierda, mitad izquierda del labio superior y brazo izquierdo", lesiones que clasificadas de acuer-

do con el Código Penal entonces vigente quedaron comprendidas en la fracción I del artículo 527: "no ponían ni podían poner en peligro la vida y curaban en menos de quince días."

Con tal clasificación el Juez Cuarto Correccional, a quien se turnó la querella, puso en libertad caucional a las agresoras y estaba a punto de aplicarles una sanción pecuniaria, cuando en los primeros días de julio, veintitrés después de haber sido lesionada, la señora S. S. se quejó de trastornos dolorosos y visuales que motivaron el que fuese enviada, para su reconocimiento, al Servicio Médico Legal.

Al hacer el estudio clínico, por el interrogatorio, aparte de un pasado patológico caracterizado por trastornos digestivos, bronquitis frecuentes y dos operaciones ginecológicas después de su último alumbramiento y de referir con lujo de detalles la agresión de que fuera víctima, nos indicó que algunos días después de recibidos los golpes comenzó a sentir dolores en la región infraorbitaria izquierda, percepciones luminosas, bajo la forma de círculos concéntricos que se estrechaban y dilataban, a la manera, decía la quejosa, "del ojo del perico"; y, finalmente, se quejaba de haber perdido por completo la visión del ojo izquierdo. Toda esta relación hecha entre explosiones de llanto, imprecaciones y una constante exaltación del tono emotivo, con repetición pueril de detalles recientes y olvido completo, en cambio, de hechos pasados de cierto interés; edad de sus hijos, época en que había sido operada, etc.

La exploración física de las regiones afectadas no nos mostró huellas de las contusiones; en el ojo izquierdo y regiones circunvecinas encontramos: edema ligero del párpado superior izquierdo; inyección poco marcada de la conjuntiva bulbar del ojo, dolor a la presión en la frente, en la ceja, en los dos párpados, en la fosa canina y en la región malar del lado izquierdo.

El examen funcional del ojo izquierdo mostraba su movilidad normal; los reflejos corneanos y el pupilar a la luz normales. Pérdida completa de la percepción de las imágenes a una corta distancia. Todo ello sin lesión anatómica aparente de la conjuntiva, córnea, ni iris. En el ojo derecho había una reducción de la agudeza visual de dos décimos.

Había, pues, una pérdida de la visión del ojo izquierdo que modificaba la clasificación médico legal del parte de la 7ª Comisaría y sur-

gía el problema de establecer relación de causa a efecto entre lesiones en apariencia insignificantes y una seria perturbación funcional como la que acusaba a la señora S. al manifestarnos que nada veía con el ojo izquierdo, el cual antes del golpe tenía su agudeza visual normal. Aquel problema había de acentuarse con la pugna que surgió desde luego entre el defensor de las acusadas, que quería sostener a todo trance una clasificación benigna por lesiones simples, y la acusadora, que, por el contrario, quería que sus agresoras recibiesen el castigo que les correspondía por haberla dejado con un ojo inútil. Previendo tal pugna, y deseando resolver el asunto con el mayor acopio de datos, ya que por otra parte habíamos observado desde nuestro primer interrogatorio que la señora S. presentaba ciertas anomalías en su psiquismo (amnesia, hiperemotividad, fobias, etc.) y pensando desde luego en un terreno neuropático quisimos, el compañero Lozano Garza y yo, consultar la opinión de un especialista para cerciorarnos de si había alguna lesión que explicase la repentina ceguera.

Contando con la valiosa cooperación del distinguido oculista y hábil cirujano doctor don Fernando López, de grata memoria, se hizo un examen del ojo izquierdo y pudimos apreciar por medio del oftalmoscopio de visión directa, el estado del fondo del ojo. El resultado de esa exploración mostró la movilidad del ojo izquierdo, su tensión y la transparencia de sus medios normales. No se encontró alteración anatómica alguna en el fondo del ojo. El ojo derecho tenía una marcada disminución de dos décimos; había discromatopsia menos marcada para el color rojo; estrechamiento del campo visual con inversión en la apreciación de los colores que, en vez de ir decreciendo del azul al rojo y del rojo al verde, disminuían del verde al rojo y del rojo al azul. Con tales elementos el distinguido oculista nos manifestó categóricamente que el ojo era anatómicamente normal y que la perturbación funcional era una ambliopía histérica.

Nos encontrábamos, pues, con una manifestación pitiática, provocada, por lo menos aparentemente, por los golpes que la señora S. recibiera y que, obrando sobre una persona histérica, habían determinado una secuela de apariencia grave: la pérdida total de la visión en el ojo izquierdo.

No podíamos, sin embargo, considerar tal complicación como definitiva y así lo expresamos en un primer dictamen en el que considerábamos las contusiones recibidas, como lesiones que no ponían ni

podían poner en peligro la vida, que tardaban en sanar habitualmente menos de quince días y que en el caso habían obrado sólo como factores ocasionales para determinar la ambliopía que estimábamos de origen pitiático y transitorio.

A pesar de este dictamen, que creímos correcto, hubimos de estar sujetos durante un lapso de seis meses a interrogatorios y contrainterrogatorios del lado de la defensa de las acusadas y de la acusadora.

No nos sería posible, dentro de los límites de este trabajo, transcribir los interrogatorios, no menos de cuatro, que se nos hicieron. Del lado de las acusadas, acerca de si la señora S. tenía una enfermedad del sistema nervioso; si padecía ataques, si éstos eran frecuentes y resultado de impresiones agradables o desagradables; si las condiciones psíquicas de la señora S. determinaban una hiperestesia personal y si por tal razón era violenta e irascible en ciertos momentos y padecía alucinaciones. Si la ambliopía fué efecto necesario de los golpes o pudo aparecer únicamente por la histeria. Qué pruebas teníamos de que la ambliopía no existiera desde antes de los golpes, y cuáles de que hubiese aparecido inmediatamente después de ellos.

Por su parte la acusada preguntaba si, habiendo sido sana antes, los golpes habían despertado la histeria. Tuvimos necesidad de contestar tales preguntas dentro de los conceptos generales aceptados sobre la histeria, aplicándolos al caso concreto.

Finalmente, después de más de medio año de interrogatorios, de juntas y reconocimientos, en uno de los cuales tuvimos la oportunidad de ver a la señora S. presa de un ataque convulsivo histérico típico, llegamos a la conclusión de que el traumatismo sufrido debía quedar catalogado en la fracción II del artículo 527 vigente entonces, referente a lesiones que no ponían ni podían poner en peligro la vida y que curaban en más de quince días o dejaban consecuencias temporales.

Fundamos tal clasificación en que independientemente de los fenómenos dolorosos en la zona del trigémino, persistentes 23 días después de recibidos los golpes, las perturbaciones visuales que presentaba la señora S., aunque pertenecían a una enfermedad anterior (histeria), debían considerarse desarrollados por la lesión (artículo 520, fracción II) y desaparecerían con el tiempo, mediante un tratamiento apropiado y aun sin él, ya que es frecuente que las manifestaciones

histéricas desaparezcan espontáneamente. Transcribíamos el concepto de Babinsky de que: "La histeria es un estado patológico que se manifiesta por perturbaciones que es posible reproducir por sugestión y que son susceptibles de desaparecer bajo la influencia de la persuasión solamente." Se aceptó, por fin, este dictamen y concluyó así un asunto que había motivado acaloradas discusiones, estudios e interpretaciones diversas.

Diez años más tarde, estando yo en el Departamento de Salubridad, tuve oportunidad de volver a ver a la señora S., que trabajaba en uno de los dispensarios nocturnos y que había recuperado por completo la visión en el ojo izquierdo.

Los dos casos que a grandes rasgos y de un modo imperfecto seguramente, dado el tiempo transcurrido he relatado, merecen algunos comentarios.

En lo que al primero se refiere, la simulación, a mi juicio, era evidente y tenía por objeto recibir una indemnización pecuniaria cuantiosa, treinta y dos mil pesos, por un supuesto daño que no estaba en relación con el traumatismo sufrido.

Estos casos de simulación con fines de pago son de actualidad hoy en que las Leyes del Trabajo amparan ampliamente los riesgos realizados. Observamos así, desde la sinistrosis de renta, término generalmente afectado, no obstante su impropiedad etimológica y que califica ese estado complejo en que están mezclados una condición autosugestiva de inferioridad para el trabajo y de poca voluntad para combatirla y el deseo de ser indemnizado o el temor de perder la indemnización, hasta las simulaciones de parálisis, contracturas, perturbaciones sensitivas o sensoriales. Diariamente hay oportunidad de estudiar y discriminar estos casos. Afortunadamente, el progreso correlativo de los medios de exploración permite despistar fácilmente a los simuladores: aplicación de métodos diversos, corrientes eléctricas, cronaxia, exploraciones especiales del ojo, del oído, etc.

Podemos decir, pues, que aparte de las molestias consiguientes hay procedimientos científicos rigurosos que permiten aclarar los casos difíciles.

En lo que al segundo caso se refiere, hay desde luego que señalar el hecho de que muchas personas que reciben lesiones insignificantes tratan de exagerar sus consecuencias para perjudicar a su heridor

o exigirle indemnizaciones cuantiosas. Estos casos son relativamente fáciles porque se trata casi siempre de personas que exageran subjetivamente sus molestias o para las que se pueden aplicar los procedimientos modernos de investigación que ya hemos mencionado. Pero cuando una condición neuropática determina complicaciones, como parálisis, anestias o trastornos sensoriales, es a veces mucho más difícil y complejo resolverlos correcta y justamente.

Las manifestaciones pitiáticas constituyen uno de los capítulos más amplios y difíciles. ¿Una monoplegia, una paraplegia histérica deben considerarse como consecuencias transitorias o permanentes? ¿Debe el heridor sufrir las sanciones correspondientes o indemnizar por un daño cuya extensión y persistencia no siempre es fácil prever?

Son estos, en ocasiones, asuntos de ardua resolución. En lo personal, creo que si la lesión sufrida es benigna, el trastorno pitiático ulterior debe considerarse como transitorio y la ley sólo sanciona la disminución o la pérdida permanente de un órgano o de una función, cosa que no sucede habitualmente en las secuelas de carácter pitiático. En todo caso, dentro del margen que el arbitrio judicial pone en manos de los señores jueces, debemos los médicos exponer las condiciones de terreno histérico en que evoluciona una lesión y hacer las consideraciones pertinentes respecto a la inestabilidad de las complicaciones surgidas.



Nefrectomía en un caso de Riñón en Herradura

Por el Dr. Luis Rivero y Borrell ¹

El señor C. S., de 38 años de edad, veracruzano de nacimiento, hombre bien desarrollado, deportista, sin antecedentes patológicos de importancia, nacido de un parto gemelar, gozó de buena salud hasta hace poco más o menos tres años en que principió a sufrir dolores intermitentes, irregulares, en el lado derecho del abdomen; dispepsia estomacal y estreñimiento. Considerado como enfermo del aparato digestivo, se le impusieron numerosos y variados tratamientos de acuerdo con ese diagnóstico, sin conseguir su curación; antes al contrario, los dolores se fueron acentuando en duración e intensidad y llegaron

¹ Leído en la sesión del 19 de febrero de 1936.