

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

**PUBLICACION BIMESTRAL**

VOLUMEN X. NUM. 56

1o. DE JULIO DE 1943

MEXICO, D. F.

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos  
de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella pueden  
enviar su dirección para que se les remita.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores.  
Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores.  
Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y  
en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo,  
dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio  
de la neuropsiquiatría y ramas afines.

*TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A:  
SECCION EDITORIAL - LUIS A. HERRERA*

# SECCIONES:

## PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

## NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

## MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega.

---

## RAMAS AFINES:

Neuro-Endocrinología: Dr. Fernando Ocaranza. Histología del Sistema Nervioso: Prof. I. Ochoterena. Psicopedagogía: Dr. Lauro Ortega. Criminología: Dr. José Gómez Robleda. Neuro-Cirugía: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández. Higiene Mental: Dr. Fernando Rosales. Psiquiatría Infantil: Dr. Manuel Neimann. Paludoterapia: Dr. Luis Vargas. Toxicomanías: Dr. Juan Peón del Valle y Varona. Terapéutica del Sistema Nervioso: Dr. Antonio Tena. Neurología Ocular: Dr. Raúl A. Chavira. Fisioterapia: Dr. Guido Torres Martínez. Laboratorio: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama. Psiquiatría Jurídica: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

---

## COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA:

Distrito Federal: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle. Aguascalientes: Dr. Salvador Martínez Morones. Campeche: Dr. Tomás Quijano. Coahuila: Dr. M. Elizondo C. Chihuahua: Dres. Carlos González Fernández y Roberto Castañeda. Durango: Dr. José Peschard. Guanajuato: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado. Guerrero: Dr. Baltasar Miranda, Dr. Alejandro Aguirre. Hidalgo: Dr. José Efrén Méndez. Jalisco: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva. Morelos: Dr. Carlos Merino E. Nuevo León: Dr. Manuel Camelo. Oaxaca: Dr. Fernando Bustillos. Puebla: Dres. Ignacio Rivera Caso y Gustavo Domínguez V. Querétaro: Dr. Salvador López Herrera. San Luis Potosí: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis. Tamaulipas: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza. Tabasco: Dr. J. A. Mansur. Veracruz: Dr. Vicente Ortiz Lagunes. Yucatán: Dr. Eduardo Urzáis. Zacatecas: Dr. Arnulfo Rodríguez.

---

## COLABORADORES EXTRANJEROS:

Argentina: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey, Dr. Mario A. Sbarbi y Dr. Julio R. Obiglio. Brasil: Dres. Plinio Olinto, Heitor Peres, José Mariz, José Lucena y Armando Neves. Cuba: Dr. Manuel Galigarcía. Costa Rica: Dr. Roberto Chacón Paut. Chile: Dres. Juan Garafulic, Isaac Horvitz, Iturra Moreira y Quiroga Arenas. Ecuador: Dr. Julio Endara. España: Dr. Antonio Torres López. Estados Unidos: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waraich, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger, Maurice N. Walsh y Charles A. Burlingame. Francia: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin, Dr. Paul Schiff, Dr. Ajuriaguerra y Dr. Hadji-Dimo. Islas Filipinas: Dr. Sixto de los Angeles. Nicaragua: Dr. Emilio Lacayo. Perú: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo. Uruguay: Dr. Antonio Sizzo y Dr. Elio García Ausst. Venezuela: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

En el exterior, se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.

# Bosquejo de la organización de una institución modelo para el tratamiento de enfermos mentales

Por el Dr. MAURICIO RUBIO YARZA  
(Hartford, Connecticut, E. U. A.)

La organización del Institute of Living (antes Hartford Retreat) es sin duda una de las más perfectas que puedan concebirse y en ella se ha procurado desechar hasta donde es posible el aspecto de hospital, dándole en cambio la apariencia de un sitio ideal para la recuperación de energías por medio de una vida metódica.

Los enfermos son llamados huéspedes y tanto los médicos como el personal visten ropa de calle, con excepción de las enfermeras encargadas de salones para enfermos francamente psicóticos. Existe una proporción de más de dos empleados para cada enfermo.

Dicha institución está formada por dos unidades que funcionan independientemente una de otra, pero que están regidas por sistemas análogos. La primera consta de doce grandes salones comprendidos en un solo edificio y aloja a doscientos enfermos; la segunda consiste en catorce casas de campo distribuidas en los vastos jardines del sanatorio y tiene capacidad para cien pacientes. Cada uno de los salones o casas de campo semeja mucho más un lugar de esparcimiento que un sitio destinado a enfermos de ningún género, y además de las habitaciones, amuebladas como las de cualquier casa, se observan

una o dos salas con mesas para jugar cartas, piano, radio y sillones para leer; sin embargo, las puertas que dan acceso a escaleras, otros salones, cuarto de la enfermera, etc., permanecen perfectamente cerradas y cada uno de los miembros del personal posee un llavero marcado con su número correspondiente, llevando además una placa con la recomendación de no prestarlo, ni dejarlo en ningún sitio. Las sanciones son sumamente severas, lo cual, unido a la fácil identificación del llavero y al hecho de que en general la gente tiene más sentido de responsabilidad que en nuestro país, hace que prácticamente nunca sea necesario aplicarlas.

Tomaremos como objeto de descripción el sistema de salones: El servicio médico está constituido por un jefe de servicio, un oficial ejecutivo que se encarga de todos los asuntos administrativos y tiene además un número reducido de enfermos, dos psiquiatras con categoría de senior, dos con la de junior y dos fellows.

Sigamos las actividades médicas durante el día: A las ocho de la mañana se reúnen todos en la oficina central y se procede a hacer una rápida visita, que efectúan dos grupos en direcciones opuestas, y que tiene por objeto informarse de las novedades de la noche anterior y firmar las nuevas prescripciones de medicamentos recetados con anterioridad y que se han agotado. A las ocho y media hay una reunión a la que asisten, además, las supervisoras de enfermeras, que han estado de servicio el día y la noche anteriores, las introductoras de enfermos y dos representantes de la Facultad de Instructores de Huéspedes, que tiene a su cargo la terapia ocupacional. En estas reuniones se informa de las nuevas admisiones, salidas, y principalmente de aquellos enfermos que han faltado o que no trabajan bien en las diferentes actividades, con el objeto de que el médico encargado del caso tome las medidas necesarias.

Es de llamar la atención la sencillez con que las supervisoras reportan las faltas de tal o cual médico, en su presencia, y viceversa, y la tranquilidad con que el afectado recibe la noticia; esto, que es casi imposible de llevar a cabo en nuestro país, por la naturaleza de nuestro temperamento, ayuda enormemente a mantener un nivel adecuado de eficiencia. A estas mismas reuniones se llevan los análisis de laboratorio y los exámenes de gabinete solicitados con dos días de anticipación,

y cada médico firma el de sus enfermos, con lo cual se evita la excusa de no haberlos visto. Dos veces por semana hay, a la misma hora, una reunión de mayor categoría a la cual asisten el psiquiatra en jefe de la institución y los representantes del personal de ambos sistemas; en ellas se efectúan algunos cambios de médicos y se coloca a los nuevos enfermos en su grupo adecuado, además se cambia de grupo a los antiguos pacientes, de acuerdo con la evolución que han sufrido y se llevan a cabo los reportes de costumbre.

Después de cada reunión los médicos se dirigen a un departamento en donde se guardan las historias clínicas y en el que aparecen semanalmente listas de los enfermos acerca de quienes hay que dictar notas de progreso; dichas notas se dictan cada catorce días, excepto en los casos en que el paciente está sometido a algún tipo de terapia por choques (insulina, cardiazol o electrochoques) en los cuales hay que dictarlas semanalmente. Con este sistema de notas de progreso, que se van agregando a la historia clínica, es posible darse cuenta completa, en cualquier momento, de la evolución del enfermo desde su llegada al hospital. Después de esto los médicos tienen tiempo para ver a sus enfermos hasta las doce, en que se dirigen a sus respectivas oficinas en donde deben permanecer hasta la una para recibir los telefonemas necesarios del servicio y dictar, además de las notas de progreso, las cartas para la familia o parte responsable de los enfermos, las que se dictan con la misma frecuencia y variantes que las notas de progreso. Para todo esto cada médico cuenta con un dictáfono en su consultorio. Dos veces a la semana, a las diez y media de la mañana, hay una reunión clínica para discutir los diagnósticos de los enfermos que han ingresado en los últimos quince días y es notable la serenidad con que se discute. Estas reuniones no se prolongan nunca más allá de las doce.

A las dos de la tarde, después de la comida, los médicos ven a sus enfermos hasta las cinco, y de cinco a cinco y media hay obligación de permanecer en los consultorios anotando en un libro especial el tiempo dedicado a cada enfermo durante ese día y contestando además los telefonemas necesarios. Las hojas de dicho libro son recogidas periódicamente y se lleva de ellas un registro minucioso. Los médicos tienen que reportar telefónicamente a la oficina de supervisión el lugar en que se encuentran, y al abandonar ese sitio hay que avisar hacia

dónde se dirigen; con esto, a pesar de la magnitud del sanatorio, es posible localizar a cualquiera de ellos inmediatamente que se le necesite. De cinco y media a seis pueden verse más enfermos y a esta hora terminan las actividades del día, quedando solamente los médicos de guardia, quienes tienen obligación de hacer una visita general entre las siete y las doce de la noche, dirigiéndose después directamente a sus domicilios, adonde son llamados en caso de emergencia. Casi todos ellos viven enfrente del hospital con objeto de acudir rápidamente en caso necesario. Una vez a la semana en un día que sólo conocen el interesado y el jefe de servicio, un médico pasa visita general entre las doce de la noche y las cinco de la mañana, con el objeto de enterarse de todas las irregularidades, que reporta en la reunión del día siguiente. Además, la supervisora de noche pasa cuando menos tres veces por cada sitio durante la noche. Cada médico tiene alrededor de treinta enfermos y cambia las órdenes en el libro respectivo cada martes.

Cuando un paciente llega al sanatorio, una empleada especial, con gran experiencia en el trato de enfermos mentales, se encarga de conducirlo a su residencia, explicarle el funcionamiento rutinario de ese lugar y sus obligaciones, con lo cual se logra disminuir considerablemente las dificultades de adaptación.

A las veinticuatro horas, el médico debe dictar la nota de admisión, la historia clínica con excepción del estado mental, que se dicta a los cinco días con el objeto de tener tiempo necesario para apreciar todos los trastornos, y la primera nota de progreso. Durante el primer mes y medio se dicta una nota de progreso semanal. El mismo día en que sucede algo anormal (accidentes, cambio de salón, etc.), se reporta lo necesario.

Para designar al paciente su residencia definitiva y las actividades que deberá desempeñar, se le clasifica en uno de los siguientes grupos:

- Grupo 1-A
1. Enfermos sin aspecto y conducta francamente psicóticos.
  2. Con intereses sociales y culturales comunes.
  3. Toda clase de actividades físicas.
  4. Actividades auxiliares ordinarias.
  5. Recreaciones ordinarias.

- Grupo 1-B
1. Enfermos sin aspecto y conducta francamente psicóticos.
  2. Con intereses sociales y culturales comunes.
  3. Actividades físicas prescritas especialmente.
  4. Actividades auxiliares seleccionadas.
  5. Recreaciones seleccionadas.
- Grupo 2-A
1. Igual que grupo I-A.
  2. Con intereses culturales y sociales diferentes a los del grupo 1.
  - 3, 4 y 5 iguales que grupo 1-A.
- Grupo 2-B
1. Igual que grupo I-A.
  2. Con intereses culturales y sociales diferentes a los del grupo 1-A.
  - 3, 4 y 5 iguales que grupo 1-B.
- Grupo 3-A
1. Psicóticos con pronóstico favorable.
  2. Igual que grupo 2-A.
  3. Actividades físicas seleccionadas.
  - 4 y 5 iguales que grupo 1-A.
- Grupo 3-B
1. Psicóticos con pronóstico favorable.
  2. Igual que grupo 2-A.
  3. Solamente actividades físicas preseritas.
  - 4 y 5 igual que grupo 2-B.
- Grupo 4-A
1. Psicóticos en apariencia y conducta.
  2. Igual que grupo 1-A.
  - 3, 4 y 5 iguales que grupo 1-A.
- Grupo 4-B
1. Psicóticos en apariencia y conducta.
  2. Igual que grupo 1-A.
  3. Actividades físicas prescritas especialmente.
  4. Actividades auxiliares seleccionadas.
  5. Recreaciones seleccionadas.
- Grupo 5-A
1. Psicóticos en apariencia y conducta.
  2. No susceptible de salir a los jardines debido a la influencia sobre los demás.
  3. Actividades físicas sólo en lugares cerrados.
  4. Sólo actividades auxiliares seleccionadas.

5. Recreaciones sólo en el salón de su residencia.
- Grupo 5-B
1. Psicóticos en apariencia y conducta.
  2. Igual que grupo 5-A.
  3. Igual que grupo 5-A.
  4. Actividades auxiliares sólo en el lugar de su residencia.
  5. Igual que grupo 5-A.
- Grupo 6
1. Igual que grupos 3 ó 4, pero con permanencia total o parcial en cama.
  3. Actividades físicas prescritas especialmente.
  4. Actividades auxiliares prescritas especialmente.
  5. Recreaciones con grupos 3 y 4 con su autorización del jefe de servicio.
- Grupo 7-A
1. Deprimidos y suicidas bajo observación constante.
  - 2, 3, 4 y 5. Toda clase de actividades seleccionadas. Recreaciones sólo con supervigilancia.
- Grupo 7-B
1. Intensamente suicidas bajo observación constante.
  - 2, 3, 4 y 5. Toda clase de actividades y recreaciones solamente en residencia.
- Grupo 8
1. Igual que grupos 1, 2 y 10; pero con permanencia parcial o total en cama.
  - 2, 3 y 4. Solamente actividades prescritas y en residencia.
  5. Recreaciones con grupos 1, 2 y 10, con autorización del jefe de servicio.
- Grupo 10-A
1. Igual que grupos 1-A y 2-A; pero con hospitalizaciones anteriores y síntomas que puedan tener influencia nociva sobre los de esos grupos.
- Grupo 10-B
1. Igual que grupos 1-B y 2-B; pero con hospitalizaciones anteriores y síntomas que puedan tener influencia nociva sobre los de esos grupos.



La terapia ocupacional que está a cargo de la Facultad de Instructores de Huéspedes es uno de los aspectos más interesantes de este Instituto por la perfección de su organización. Los diversos departamentos de que consta este servicio son: dos salones de carpintería, dos grandes invernaderos para la clase de horticultura, cuatro gimnasios en los que se encuentran juegos de ping-pong, boliche, badminton, billar, poleas y cancha de squash, dos albercas, una de invierno y otra de verano, dos grandes salones para exhibición de películas, conferencias sobre arte, veladas musicales y bailes, varios salones para clases de mecanografía, pintura, escultura, trabajos en piel, metal, etc. Se cuenta además con una magnífica biblioteca con discoteca anexa en que los enfermos pueden obtener sus libros o discos predilectos. Existe un conjunto de tiendas en donde los pacientes pueden comprar todos los artículos de deporte, ropa, regalos, flores, tarjetas de felicitación, dulces, refrescos, en una palabra todo lo que necesiten para cumplir con los compromisos sociales tanto dentro como fuera del sanatorio. Ninguno de ellos está autorizado para portar dinero efectivo, para evitar propinas, sobornos, etc.; simplemente firman en la tienda correspondiente. Los enfermos de los grupos 1, 2 y 10 tienen cenas formales y bailes de etiqueta.

El plan que se sigue es mantener a los pacientes ocupados durante ocho horas diarias como mínimo; se les levanta a las siete y media de la mañana, desayunan a las ocho, y a las ocho y media comienzan las clases y recreaciones hasta las doce en que comen, para continuar a la una de la tarde hasta las cinco en que cenan y después, a las seis tienen ya un concierto o una conferencia sobre arte o una película. A las nueve de la noche deben estar acostados. Se prefieren las primeras horas de la mañana y de la tarde para las clases de gimnasia, carpintería y en general todas las actividades intensas; en cambio, se dedican las últimas para las clases de pintura, mecanografía, escultura, modas, etc., y en la noche hay únicamente recreaciones.

En general se deja que el paciente mismo seleccione en cada clase el trabajo que va a desarrollar y se le anima a que lo haga; sólo cuando se muestra perezoso se le fija una ocupación determinada. Un gran porcentaje de enfermos tienen para cada uno un "ayudante psiquiátrico" que se procura sea de su mismo sexo y quien tiene como única misión cuidar al

enfermo. Esto es una regla absoluta para aquellos que están sometidos a terapia por choques. Hay tres privilegios para los enfermos de buena conducta y que constituyen un magnífico estímulo, son llamados: carta para clases, carta para el campo y carta para la ciudad. Los que poseen el primero se comprometen a ir a sus clases sin vigilancia especial y volver al salón de su residencia inmediatamente. Los que tienen el segundo pueden pasear por los jardines; pero se comprometen a asistir puntualmente a sus clases, a sus comidas y estar antes de las 9 p. m. en su residencia. Los que poseen el tercero pueden ir a la ciudad y tienen las mismas obligaciones que los del grupo anterior. Como una regla general no se dan el segundo y el tercero a pacientes alcohólicos. Estos privilegios suceden siempre en el orden expuesto y para obtener una carta para el campo es necesario haber tenido previamente y usado correctamente una carta para clases, etc.

Un aspecto interesante por su originalidad es el de los paseos en automóviles del hospital, por la ciudad y sus alrededores; hace varios años que se viene practicando y el psiquiatra en jefe considera que tiene gran influencia sobre el paciente el hecho de salir del hospital y volver a vivir aunque sólo sea transitoriamente la vida exterior.

### LISTA DE ANUNCIANTES:

	Carlo Erba de México, S. A.	
	Casa Bayer, S. A.	
	Establecimientos Lauzier, S. de R. L.	
	Establecimientos Mexicanos Collière, S. A.	
	Instituto Benet.	
▬▬▬▬▬	Laboratorios Doctor Zapata, S. A.	▬▬▬▬▬
	Laboratorios "Gavras".	
	Laboratorios "Hormona", S. A.	
	Laboratorios Koch.	
	Merck México, S. A.	
	Unión Médica Mexicana, S. A.	
	Waltz y Cía., S. en C.	

## Interrogatorio a propósito de lesiones mortales

Cuestiones que formula la defensa de la procesada A. M. O. a los C. C. peritos Médico-Legistas, Dres. J. TORRES TORIJA y A. ALVAREZ GARCIA, en relación con el certificado de autopsia de M. O. que rindieron con fecha 23 de noviembre de 1942, a solicitud del C. Juez Tercero de la Quinta Corte Penal.

El artículo 305 del Código Penal Mexicano del D. F. y Territorios indica que para los efectos de la sanción "No se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió: cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, exceso o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon."

Los abogados defensores, en ocasiones, y cuando encuentran a su juicio motivos o circunstancias que parezcan dudosas, hacen interrogatorios o solicitan ampliaciones a los dictámenes de lesiones o de autopsias.

Uno de tales interrogatorios es el que se publica, así como los antecedentes que lo motivaron y la respuesta que se le dió. Antecedentes, interrogatorio y respuesta son suficientemente explícitas para ameritar alguna explicación o comentario y por creerlo de interés, se publican en este número de la Revista, en la Sección de Medicina Legal. Hemos creído pertinente omitir nombres de autores, víctimas, así como de médicos o

instituciones. El documento original obra en los copiadores del Servicio Médico Legal del D. F.

\* \* \*

En el Acta Médica que obra en autos, levantada el 23 de noviembre de 1942 por los Doctores R. M. y J. A. con motivo de la muerte de M. O., leemos:

".....Las heridas ESTABAN INFECTADAS. Laparotomía media infra y supra-umbilical....."

En el Certificado Médico de la Cruz Roja hallamos algunos datos que pueden ser útiles a los C. C. Peritos Médico-Legistas, y su tenor es el siguiente:

"Herida por proyectil de arma de fuego con orificio de entrada de forma oval como de uno y medio centímetros de longitud situada en la cara lateral del hemitórax derecho a nivel del décimo espacio intercostal línea axilar posterior y probable orificio de salida como de 8 mm. de diámetro situada en el onceavo espacio intercostal línea mamaria del hemitórax izquierdo. Penetrante de vientre. Otra herida de la misma naturaleza que la anterior, como de 1 ctm. de diámetro situada en la región antero-interna tercio inferior del brazo derecho, sin orificio de salida. ANEMIA AGUDA POR HEMORRAGIA. Schok traumático intenso. Clasificación probable: Lesiones que ponen en peligro la vida. Noviembre de 1942."

La parte relativa del Certificado de Autopsia, extendido el 23 de noviembre de 1942 por los C. C. Peritos Médico-Legistas J. Torres Torija y A. Alvarez García, dice así:

"Exteriormente presentaba" (M. O.): "dos heridas por proyectil de arma de fuego, la *primera* de forma oval, de 8 mm. por 5 mm. (orificio de entrada) de escara concéntrica de 1 mm. situada en el hipocondrio izquierdo a 11 centímetros de la línea media anterior, inmediatamente abajo del reborde costal y a ciento doce centímetros del plano de sustentación, y orificio de salida de forma irregular, de dos centímetros, situado en la cara lateral externa del hemitórax derecho, a veintitrés centímetros de la línea media anterior, trece centímetros arriba de la cresta ilíaca y ciento diez centímetros arriba del plano de sustentación. La *segunda* (con orificio de entrada) de forma circular, de quince centímetros de diámetro, situada en la cara interna, tercio inferior del brazo derecho. Sin ori-

ficio de salida. Herida quirúrgica: (laparotomía media, supra e infra-umbilical) de veintiún centímetros, suturada con cinco grapas y siete puntos de seda, canalizada en su extremo superior con gasa. Abiertas las grandes cavidades . . . : en la abdominal, el proyectil que causó la herida descrita en primer lugar al exterior, siguió una dirección de adelante atrás, de izquierda a derecha y de arriba abajo, interesó los planos parietales, el peritoneo, la cara anterior del estómago (herida suturada), EL LOBULO DERECHO DEL HIGADO (*sin suturar*), nuevamente el peritoneo y salió por el orificio de salida descrito anteriormente. El estómago vacío, el hígado, el bazo y los riñones congestionados. La vejiga vacía. Signos de peritonitis generalizada. . . . .”

1.—¿Era urgente suturar las heridas que presentaba M. O. en la cavidad abdominal?

2.—¿Debieron suturarse precisamente en la operación a que fué sometido?

3.—¿Diagnosticada una herida penetrante de vientre, es el fin de la sutura en heridas viscerales huecas, evitar que se sigan derramando gases y líquidos sépticos o irritativos en la cavidad abdominal?

4.—¿El fin de la sutura es, en heridas viscerales macizas como el hígado, cohibir la hemorragia con suturas, o taponamientos hemostáticos?

5.—¿Es de esencialísima importancia en una operación, cegar toda fuente hemorrágica?

6.—Los señores peritos asentaron en su certificado de autopsia que el hígado, el bazo y los riñones estaban congestionados. ¿Sufrió el herido, dada la congestión observada, fuerte hemorragia interna por la primera de las vísceras mencionadas?

7.—¿La inspección de las cavidades reveló alguna lesión de la arteria mesentérica o de cualquiera rama de este vaso?

8.—¿Toda herida en el hígado constituye, por la naturaleza y función de la víscera, necesariamente una fuente de hemorragia?

9.—Teniendo en consideración en primer lugar la clase de herida que se infirió a M. O., y que por los orificios de entrada y salida del proyectil era fácilmente determinable su posible trayectoria, ruego a los señores peritos se sirvan

ilustrarnos sobre si fué adecuado practicar al herido una laparatomía "media" supra e infra-umbilical como se le hizo, o por el contrario la herida misma indicaba la necesidad y conveniencia de practicar una laparotomía transversal, en dirección del reborde costal del hemitórax derecho.

10.—¿En el caso concreto a estudio, no es indudable que la herida que padeció el hoy finado en el lóbulo derecho del hígado, era una fuente hemorragípara?

11.—¿Asentaron los señores peritos en su certificado de autopsia que encontraron sin sutura la herida del hígado porque consideran que esa sutura era uno de los objetivos esenciales de la intervención?

12.—¿Debió, pues, hacerse tal sutura al practicarse a M. O. la operación a que fué sometido?

13.—¿Está indicado médicamente "suturar" una herida en el hígado, o bien es lo indicado "taponar" con gasa yodoformada las heridas de esta naturaleza?

14.—¿Debió, por lo mismo, "suturarse" o "taponarse" la herida en el caso a estudio, o sea la que hallaron los peritos al hacer la autopsia del cadáver?

15.—¿De todos modos, debía haberse procurado cohibir la hemorragia que daba esa víscera?

16.—La herida quirúrgica que se infirió a M. O. fué canalizada en su extremo superior con gasa, según aparece del certificado de autopsia. Estiman los señores peritos correcta esa canalización, o por el contrario, que debió canalizarse la herida en su extremo inferior?

17.—¿Cuál es el objeto de canalizar una herida quirúrgica?

18.—La incorrecta canalización de la herida que se infirió a M. O., pudo agravar el estado del enfermo?

19.—Tomando en cuenta los señores peritos que a M. O. le fué practicada una laparotomía media supra e infra-umbilical de veintiún centímetros de extensión, la defensa ruega a los CC. Médico-Legistas se sirvan expresar si los doctores que practicaron la operación estaban en posibilidad de localizar perfectamente la herida del hígado.

20.—En el Certificado de la Cruz Roja que se transcribe al principio, leemos que el herido llegó a ella en un estado de "shock traumático intenso" y con "anemia aguda producida

por hemorragia". ¿Debió practicarse al herido, antes de operarlo, una transfusión sanguínea?

21.—¿Es el estado de anemia aguda especialmente propicio para el desarrollo de una infección peritoneal?

22.—¿Dado el estado de anemia aguda que presentaba el enfermo, no era de capital importancia cohibir la más ligera fuente de hemorragia?

23.—¿El estado de anemia aguda, disminuye las defensas naturales del organismo contra las infecciones?

24.—Así pues, ¿la falta de sutura o taponamiento del hígado en el caso sujeto a estudio, pudo agravar la lesión?

25.—¿El taponamiento de esa fuente de hemorragia hubiera disminuído, al menos, las probabilidades y el riesgo de una infección peritoneal?

26.—Debió hacerse al herido después de operado, una nueva transfusión sanguínea?

27.—En términos generales, ¿qué efecto hubiera producido en la salud del herido una transfusión sanguínea pre-operatoria?

28.—¿Qué efecto produce una transfusión post-operatoria?

29.—¿Una oportuna transfusión sanguínea, seguida de la cuidadosa oclusión de las fuentes de hemorragia, hubieran aumentado notablemente la resistencia del herido para soportar cualquiera infección?

30.—En términos generales, ¿resulta inútil una transfusión sanguínea si se deja abierta una fuente hemorrágica en un herido?

31.—¿El estado de anemia aguda producido por hemorragia interna, pudo precipitar la muerte de M. O.?

32.—¿La infección de una herida quirúrgica, es signo indubitable de la falta de asepsia en la operación?

33.—Teniendo en consideración que el Acta Médica expedida con fecha 23 de noviembre de 1942 por los doctores A. M. y J. A., aparece que las heridas que presentaba M. O. ESTABAN INFECTADAS, ¿puede presumirse fundadamente que hubo falta de asepsia en la intervención?

34.—¿La infección de las heridas de M. O. pudo ser consecuencia de la falta de un adecuado tratamiento post-operatorio?

35.—¿La infección de la herida quirúrgica, por falta de asepsia, pudo desarrollar la infección peritoneal?

36.—La infección de una herida, agrava también el estado de un enfermo?

37.—Atento el hecho de que ni siquiera fué localizada y mucho menos suturada ni taponada la herida que M. O. presentaba en el hígado, a pesar de haberse practicado al enfermo una laparotomía media supra e infra-umbilical de 21 centímetros de extensión; que se dejó abierta una vía hemorrágica no obstante hallarse en un estado de anemia aguda determinado por hemorragia, ¿consideran los peritos que hubo desacierto en la intervención?

38.—Revelada por la autopsia la omisión en suturar o taponar la herida a que se refiere la cuestión que antecede, así como la canalización de la herida en la forma que se ha expuesto en la cuestión número 16, ¿puede calificarse de afortunada la operación quirúrgica a que fué sometido M. O., o por el contrario, debe estimarse desgraciada?

39.—La sangre salida del torrente circulatorio, constituye un medio propicio para el desarrollo de gérmenes?

\* \* \*

Los suscritos, Peritos Médicos Legistas, por disposición del C. Presidente de la 8a. Sala del Tribunal Superior de Justicia nos enteramos del oficio número 188 de fecha 13 de abril próximo pasado y dando cumplimiento al mismo contestamos al interrogatorio que se nos formula.

Antes de dar respuesta a las cuestiones que se nos someten, creemos pertinente hacer algunas consideraciones de carácter general relacionadas con la cirugía de los casos de heridas penetrantes de vientre que interesan vasos, vísceras huecas o vísceras macizas.

Los instrumentos vulnerables, por lo general pueden considerarse como infectados y por consiguiente infectantes cuando penetran a la cavidad abdominal; la infección puede provenir también, en los casos de heridas penetrantes, del derrame del contenido de las vísceras huecas en el peritoneo; la sangre derramada en la propia cavidad constituye excelente medio de cultivo para los gérmenes patógenos.

La falta de asepsia al practicar una intervención quirúr-



gica abdominal es causa de infección, aunque en los medios quirúrgicos modernos mucho menos probable y frecuente que las anteriores.

En la actualidad el tratamiento de las heridas de vientre que han interesado vasos o vísceras macizas o huecas es la intervención quirúrgica inmediata que lleva por objeto cohibir la hemorragia, impedir que continúe derramándose el contenido de las vísceras huecas (por medio de su sutura), taponar o suturar, según el caso, las heridas de las vísceras macizas que son particularmente hemorrágicas y por último, y sin que esto se realice en todos los casos establecer la canalización.

Para el fin apuntado se hacen laparotomías medias o laterales con incisiones habitualmente verticales, ya que éstas, además de dar fácil acceso a toda la cavidad, permiten una restauración mejor de los vasos que constituyen la pared abdominal.

Las laparotomías transversales u oblicuas se usan más bien en cirugía orgánica o cuando hay heridas transversas grandes que simplemente basta ampliar para proceder a la operación.

Las heridas de vientre tienen como carácter especial la producción de un estado de choque, que pone en peligro la vida del lesionado; el cirujano debe limitar su intervención a lo estrictamente necesario evitando tracciones de vísceras o maniobras operatorias para no agravar con ellas el referido estado de choque.

La técnica moderna aconseja en los casos de anemia aguda por hemorragia aplicar una transfusión sanguínea, antes, durante o después de la operación.

No necesitamos decir que a pesar de seguirse las técnicas más cuidadosas y ponerse en práctica los mejores recursos médico-quirúrgicos, los traumatismos del vientre dan con frecuencia desagradables sorpresas aun en los mejores medios y en las manos más hábiles.

Una vez sentado lo anterior pasamos a contestar el interrogatorio que se nos envió.

A la primera pregunta contestamos: Era urgente tratar las heridas de M. O.; este tratamiento podía consistir en la sutura o en el taponamiento; sutura de las vísceras huecas, taponamiento o sutura de las vísceras macizas.

A la segunda contestamos: que quedó resuelto al resolver la anterior. A la tercera, contestamos: Sí. A la cuarta contestamos: Sí. A la quinta contestamos igualmente que sí. A la sexta contestamos: Que la congestión descrita por nosotros en el certificado de autopsia correspondía a los períodos iniciales de una peritonitis de origen traumático. A la séptima pregunta contestamos: No. A la octava contestamos: Que toda herida del hígado de magnitud apreciable constituye necesariamente una fuente de hemorragia. A la novena pregunta contestamos: que en la parte expositiva de este dictamen hemos indicado que la laparotomía vertical presenta ventajas sobre las transversales, quedando en todo caso al arbitrio del cirujano seguir una u otra técnica. A la décima pregunta contestamos: Sí. A la undécima: Que al señalar la circunstancia expuesta en ella no hicimos más que anotar un hecho observado en la autopsia sin emitir o tratar de hacerlo, algún juicio sobre los objetivos que pudieran haber llenado la intervención quirúrgica. A la duodécima pregunta contestamos: Que al dar respuesta a la primera indicamos ya que el tratamiento de las heridas de vísceras macizas (el hígado en el caso concreto que nos ocupa), puede consistir en la sutura o en el taponamiento. A la décima tercera respondemos: Que está contestada en la anterior. A la décima cuarta: que estimamos que también queda contestada en las anteriores. A la décima quinta contestamos: Sí. A la décima sexta contestamos: Que la canalización de una herida, cuando es factible, se establece en el punto más bajo tomando muy en cuenta la posición que tenga que guardar el operado, ya horizontal o bien con la extremidad cefálica baja (en casos de anemia aguda), o al contrario, con esta extremidad alta, puesto que la gravedad será la que permita la salida fácil de los exudados.

Fuera de estos casos especiales la canalización se coloca generalmente en la parte inferior. A la décima séptima pregunta contestamos: Que el objeto de canalizar una herida es permitir la salida de los diversos líquidos orgánicos o exudados que existan o se produzcan en una cavidad; líquidos que pueden actuar como medios de cultivo o fuentes sépticas de absorción.

A la décima octava pregunta contestamos: Que no tenemos elementos suficientes para afirmar categóricamente que esta canalización haya sido incorrecta.

Admitido esto último claro está que sí pudo contribuir a que se agravara el estado del enfermo.

A la décima novena pregunta, contestamos afirmativamente. A la vigésima contestamos: Que en los casos de anemia aguda por hemorragia interna lo más urgente es cohibir la hemorragia. Una transfusión previa estando abiertos los vasos que sangran, además de la pérdida de tiempo que representa, resulta en cierto modo inútil ya que la sangre transfundida correría la misma suerte que la circulante perdiéndose por los vasos abiertos. Parece preferible, pues, hacer la transfusión durante la operación o inmediatamente después de ella. A las preguntas vigésimoprimera, vigésimosegunda y vigésimotercera: Contestamos Sí. A la pregunta vigésimocuarta respondemos: Que en el caso concreto no se encontró hemoperitoneo líquido ni coagulado, lo cual demuestra que a pesar de no haber estado suturada la herida del hígado, se cohibió la hemorragia. A la vigésimoquinta pregunta contestamos: Que el hecho de cohibir una hemorragia en la cavidad peritoneal cualquiera que sea el procedimiento empleado, disminuye la probabilidad y riesgo de una infección peritoneal. A la vigésimosexta pregunta contestamos: Sí. A la vigésimoséptima contestamos: Que en términos generales una transfusión sanguínea pre-operatoria produce buen efecto. En el caso concreto que nos ocupa hemos expuesto nuestra opinión al contestar a la pregunta vigésima. A la vigésimooctava pregunta contestamos: Que en términos generales, bueno. A la vigésimonovena contestamos: Que hubiera contribuido a aumentar la resistencia del herido contra la infección. A la trigésima pregunta contestamos: Que sí, y que ya hemos explicado las razones al contestar las preguntas anteriores. A la trigésimoprimera contestamos: Que los estados de anemia aguda ponen en peligro la vida y en algunos casos producen la muerte inmediata; esto último no ocurrió en el caso concreto que estudiamos. A la trigésimosegunda contestamos: La infección de una herida quirúrgica no es signo indubitable de falta de asepsia en la operación ya que tal infección puede obedecer a otros factores especialmente en los casos de traumatismos causados por instrumentos seguramente contaminados. A la trigésimotercera contestamos negativamente por las razones anteriormente expuestas. A la trigésimocuarta contestamos: Que sí pudo. A la trigésimoquinta contestamos

que la falta de asepsia en una herida quirúrgica abdominal puede desarrollar una infección concomitante. A la trigésimosexta contestamos: Sí. A la trigésimoséptima pregunta contestamos: Que al formularla se hace la afirmación de que la herida del hígado no fué localizada ni tratada por sutura o taponamiento por lo cual quedó abierta una vía hemorrágica. Ahora bien, como lo hemos indicado ya, no encontramos en la autopsia huellas de derrame sanguíneo en la cavidad peritoneal, huellas que debieran haber existido en el caso de seguir sangrando la herida hepática. En la hoja clínica de la Cruz Roja que consultamos no hay información completa sobre el particular. Por esto pensamos que la afirmación de que "la herida no fué localizada" y tratada en alguna forma por el operador requieren para fundarse que éste amplíe la hoja clínica mencionada detallando las lesiones encontradas en la cavidad abdominal y el tratamiento aplicado. Ya en posesión de estos datos podremos decir si hubo o no desacierto en la intervención. A la trigésimooctava pregunta contestamos que a reserva de recibir los informes complementarios de la hoja clínica en el punto que hemos señalado antes, creemos que los términos de "operación quirúrgica desgraciada", puede tener dos interpretaciones: Una de carácter general; siempre que una operación no consigue el objeto perseguido o sobreviene la muerte del operado, puede considerarse como desgraciada. La otra de carácter más médico se refiere a los casos en que por errores graves de técnica, imprevisiones o negligencias del cirujano o por falta de indicación, el acto operatorio no llena los requisitos del caso y trae consecuencias fatales para el operado.

La interpretación del concepto sobre "operaciones quirúrgicas desgraciadas", estimamos que es más de carácter jurídico y que por ello toca hacer esta apreciación a las Autoridades Judiciales. A la pregunta trigésimonovena contestamos: Sí.

México, D. F., a 4 de mayo de mil novecientos cuarenta y tres.—*Dr. J. Torres Torija. Dr. A. Alvarez García.*

## Alienistas y neurólogos americanos contemporáneos

Dr. WINFRED OVERHOLSER

Por el Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO



Dr. Winfred Overholser

Alto y corpulento, de rostro juvenil y expresión bondadosa, fino en sus modales, pero dentro de la característica pulcritud inglesa, es la figura simpática y atrayente del Dr. Winfred Overholser, uno de los exponentes más distinguidos en la psiquiatría contemporánea.

El ilustre alienista, originario de Massachusetts, se graduó en la Universidad de Harvard en el año de 1912 y desde sus primeros pasos en la Medicina se encaminó al estudio de las enfermedades mentales, habiendo tenido larga práctica hospitalaria: de 1916-1917 fué interno del "Evans Memorial Hospital" de Boston; de 1917-1920 del Westborough State Hospital"; ascendió más tarde al puesto de Director Auxiliar del Gardner State Hospital" de 1920 a 1921; después pasó con el mismo cargo al "Medfield State Hospital". Fué Comisario del Departamento de Enfermedades Mentales de Massachu-

setts de 1924 a 1925; posteriormente Director de la Sección Médica Examinadora de Delincuentes, de 1925 a 1930; Ayudante del Jefe del Departamento de Enfermedades Mentales, de 1930 a 1934 y más tarde Jefe de este propio Departamento. A la muerte del mundialmente conocido psiquiatra William A. White en 1937—quien por espacio de 34 años había sido Director del Hospital de Santa Isabel de Wáshington—, el doctor Overholser fué elegido como sucesor.

Ha seguido, como se ve, distintas posiciones por riguroso escalafón durante veintiséis años prestando sus servicios al Estado, hasta escalar uno de los sitios más distinguidos de un alienista en Norteamérica, pues ser Director del Hospital de Santa Isabel es un verdadero honor que sólo por merecimientos y capacidad llega a obtenerse. Dicho Hospital es uno de los mayores del Mundo y de los más conocidos y reputados por el lugar que ha obtenido en el estudio y atención de los enfermos mentales. Ocupa una extensión de 400 acres en los que hay construídos hasta la fecha más de 168 edificios y en la actualidad alberga a más de 7,500 enfermos. Desde su fundación que data del año de 1855, ha ido aumentando su capacidad y mejorando sus procedimientos de investigación y tratamiento, de tal manera que es una de las instituciones psiquiátricas más bien organizadas y de la cual nos hemos ocupado ampliamente (1).

El doctor Overholser prestó sus servicios como médico militar en la primera Gran Guerra, en la Sección del Departamento Médico del Ejército Norteamericano.

Ha sido profesor de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y actualmente tiene el propio cargo en la Escuela de Medicina de la Universidad de George Wáshington en la capital del vecino país.

Fué Profesor de Psiquiatría Forense en la Escuela de Leves de la Universidad de Boston. Presidente de la Sociedad Psiquiátrica de Massachusetts y de Nueva Inglaterra; Miembro del Consejo de la Asociación Psiquiátrica Americana; Jefe del Comité de Psiquiatría Jurídica de esta misma Sociedad, y desde hace algún tiempo ocupa el puesto de Secretario-Tesorero, que ha desempeñado con verdadero acierto y beneplá-

(1). "El Hospital de Santa Isabel de Wáshington"; Dr. Samuel Ramírez Moreno.—Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. Vol. VI, No. 35, 1o. enero de 1940.

eito de todos. Es además miembro del Consejo Federal de Hospitalización y del Consejo de Hospitales para Veteranos, así como Jefe del Comité Nacional de Investigaciones Neuropsiquiátricas.

Se le han conferido merecidos honores, como el de Doctor en Ciencias de la Universidad de Boston, y el Diploma del Consejo Americano de Psiquiatría y Neurología.

Sus numerosos trabajos, artículos y libros han contribuido al desenvolvimiento de la medicina mental contemporánea.

A la par que hombre de ciencia, es el doctor Overholser amigo sincero y hospitalario, gran simpatizador de los pueblos latinoamericanos, quien busca con entusiasmo fomentar el acercamiento, cada día mayor, entre los especialistas de este Continente.

#### N O T A

Por un error, el número inmediato-anterior de la Revista llevaba la anotación Vol. IX, núm. 55, debiendo ser Vol. X, núm. 55.

# NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

## EFFECTOS DE LA GUERRA EN LA FAMILIA Y SUS MIEMBROS

Con este título aparece un interesante trabajo de Félix M. Gentile en "Psychiatry", Wáshington, Vol. 6, núm. 1, febrero, 1943. Describe primeramente la familia y su actitud hacia las privaciones, hacia los dirigentes oficiales de la guerra, hacia los grupos minoritarios, hacia los rechazados; después los problemas creados por los alojamientos inadecuados. Particularizando, se estudia a los adultos, las dificultades emocionales con las mujeres, la aceptación de mayores responsabilidades, la reacción hacia el servicio de las armas, el cuidado de los incapacitados. Capítulos aparte constituyen los adolescentes y los niños.

## EL TRABAJO DEL HOMBRE

"Die Arbeit des Menschen", hermoso librito de la Dra. Franziska Baumgarten Tramer, de Berna, traducido del alemán por Gitta Stotter, profesora del Instituto "Ramiro de Maeztu" (Madrid, España, 1943), después de un prefacio de la autora, contiene opiniones sobre el trabajo, el rendimiento, los factores sociales determinantes, los factores personales, la exigencia físico-mental, los factores exteriores, la formación adecuada del proceso del trabajo, la observación final, la ideología del trabajo en la época moderna y reglas para el trabajo. Una obra técnica, práctica, breve, útil y muy bien pensada. La juzgamos indispensable en las Facultades de Medicina, de Leyes, de Filosofía y Letras y en las Universidades Obreras y Escuelas de Economía.



## LA ENSEÑANZA MEDICA EN MEXICO

Un plan de modificaciones para adaptar mejor la enseñanza de la medicina a las necesidades del país es presentado por el Dr. Conrado Zuckermann. En la primera parte de su estudio y proyecto, el maestro Zuckermann trata el estado actual de la enseñanza en México, tomando en cuenta los planes y reglamentos de cada una de las Facultades de Medicina de la República (Universidad Autónoma de México, Escuela Médico-Militar, Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional para la carrera de Médico Rural, Facultad de Medicina de Yucatán, de Oaxaca, de Puebla, de San Nicolás de Hidalgo en Morelia, de San Luis Potosí, de Nuevo León en Monterrey, de Guadalajara). En la parte siguiente presenta las modificaciones que cree convenientes, y hace después un estudio final con importantes consideraciones terminales.

### LA MEDICINA LEGAL Y SUS PROYECCIONES ACTUALES

Guillermo Uribe Cualla ("La Crónica Médica", Lima, Perú, Año 59, No. 953, nov., 1942), en el número citado y siguiente de la revista anotada, publica un interesante estudio de la medicina legal y su alcance. El distinguido especialista de Bogotá (Colombia) señala la contribución de esta rama de la medicina en traumatología forense, asfixiología, himenología, sexología forense, medicina social, toxicología, hematología forense, obstetricia forense, histología forense, radiología forense, crimonología y psiquiatría forense. Menciona, al final, con lamentables omisiones y algunos errores sin trascendencia, las corporaciones científicas que se dedican a los estudios médico-legales y psiquiátricos, pero, como dice el autor, su trabajo es un bosquejo panorámico sobre el avance que ha tenido la medicina legal en los últimos años. De todos modos es una revisión alentadora para los cultivadores de estas ciencias.

### ORIENTACION DE LA NIÑEZ

En el Boletín del Instituto Nacional del Niño, Lima, Perú, Año II, No. 7, julio-sept., 1942, léese un interesante trabajo

del Dr. Baltasar Caravedo: "Fundamentos, Fines y Organización de la Clínica de Orientación de la Niñez de Nuestra Sección de Higiene Mental Infantil". El Dr. Caravedo Carranza se coloca en un plan de realización adaptado a las circunstancias, por lo cual es de esperarse se haga algo efectivo en tan interesante asunto, en un medio bastante semejante al nuestro. Podrían servir también muchos de sus puntos de vista para la implantación de departamentos similares en México.

## HABITO TOXICO Y DOLANTINA

En la sesión del 23 de julio de 1941 de la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología, de Buenos Aires, Argentina, los doctores Nerio Rojas y José Belbey presentaron un estudio acerca del habituamiento que se produce con un medicamento llamado "dolantina" fabricado por laboratorios de prestigio mundial y cuya fórmula es clorhidrato del éster etílico de metilfenil-piperidina del ácido carboxílico (Pethidine). Las toxicomanías citadas han sido secundarias, no primitivas. Para enriquecer la casuística se puede citar, en nuestro medio, un señor S. G. G., que fué morfinómano, sedolómano y narcómano mixto por rebeldes dolores del plexo solar, durante años; finalmente acabó por habituarse a la dolantina, gastando en este producto alrededor de 17 pesos diarios; actualmente se encuentra en tratamiento de deshabituamiento, por enésima vez. El caso siguiente lo relata un médico interno de la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, y se refiere a una observación hecha en abril, mayo y junio de 1943:

"H.H.G., de 29 años de edad, de sexo masculino, originario de la ciudad de México, D. F., soltero, de raza blanca, y mecánico de profesión.

Sus padres presentan un parentesco consanguíneo: son primos hermanos.

Tiene antecedentes de lúes y alcoholismo moderado.

Hace unos siete meses, y con motivo de los fuertes dolores causados por la úlcera gástrica que padecía, le fué prescrita por su médico de cabecera, *Dolantina* a dosis de dos ampollitas diarias, por vía hipodérmica.

Al cabo de una semana, los dolores gástricos desaparecieron, pero el enfermo sintió un malestar indefinido, y, por cuenta propia, siguió inyectándose dicho medicamento.

A medida que el tiempo pasaba, el efecto eufórico de la inyección desaparecía más rápidamente, y necesitó el enfermo aumentar de manera progresiva la dosis, para calmar su estado ansioso, hasta llegar a inyectarse, al finalizar, los siete meses, de diez a doce ampolletas de 2 cm<sup>3</sup>., por vía endovenosa a diario.

El enfermo lo hacía personalmente, como lo pudimos comprobar al ordenarle se inyectara con la mano izquierda en la vena del pliegue del codo derecho, una ampolleta de calcio, cosa que hizo con mucha habilidad.

Al llegar a esta clínica, el enfermo presentaba un porte descuidado, profunda depresión con adelgazamiento notable, y un estado ansioso ostensible. Aparentaba además una edad superior a la real, y una calvicie prematura. Al entablar una conversación con él, se observaba una notable logoclonia con bradilalia. Manifestaba el enfermo que sentía un gran malestar, a causa de no haberse inyectado en las últimas doce horas.

Expresaba sentir un gran vacío en su cabeza, especialmente al realizar movimientos laterales, astenia moderada con apatía hacia su trabajo y hacia todo lo que le rodeaba, escalofríos con sudores e inquietud, mucha resequedad en la boca, y sobresaltos musculares, especialmente en los miembros inferiores, que le molestaban mucho.

A la exploración física, encontramos los siguientes elementos: el reflejo a la luz, normal en el ojo izquierdo y casi abolido en el derecho, Romberg positivo, lengua saburral en la base, hiperreflexia osteotendinosa notable, especialmente en los miembros superiores, pulso 94, presión arterial: 14 x 6.5

#### *Tratamiento:*

Ha sido sometido a un proceso rápido de *desdolantinización*, en cinco días, por el siguiente método:

Purga y clinoterapia. Una ampolleta de Demorphene a las 7 a.m.; a los diez minutos, diez gotas de solución de adrenalina al 1/1,000, con diez gotas de Somnifene. A las 8 a.m., desayuno. A las 10, otra ampolleta de Demorphene y 1 cm<sup>3</sup>. de aceite alcanforado al 20 por ciento. A las 2 p.m., una ampolleta de Hipófisis. Diez minutos más tarde, una ampolleta de Hipófisis.

lleta de calcio con diez gotas de la solución adrenalínica citada. A las 2.30 p.m., comida. A las 3 p.m., otra ampolleta de Demorphene. A las 6 p.m., cuarta inyección de Demorphene. A las 6.30 p.m., merienda. A las 7 p.m., otra inyección de Hipófisis, otra de calcio, y diez gotas de adrenalina. A las 8 p.m., 1 c.m.3., de aceite alcanforado. A las 10 p.m., Demorphene y diez gotas de Somnifene. Dicho tratamiento se siguió por espacio de cinco días, al cabo de los cuales se siguió con una medicación desintoxicante y tonificante.

### *Resultados:*

Durante el primer día, la ansiedad del enfermo aumentó ostensiblemente, al grado de que intentó fugarse. Se declaró una diarrea que le duró dos días. La primera noche fué de insomnio para el enfermo, con un gran estado de inquietud, pero como su estado general se conservaba satisfactorio, no se le inyectó "Dolantina", a pesar de su gran insistencia.

En la misma forma pasó el segundo día con su respectiva noche, con la particularidad de que conservaba un buen apetito, y una gran somnolencia durante el día, acompañada de insomnio nocturno.

Al tercer día, el cuadro ansioso cedió parcialmente. El enfermo tuvo somnolencia durante todo el día, pero durmió bien además cuatro horas de la noche.

Por otra parte no insistió ya en la inyección de Dolantina.

En los días posteriores, el cuadro depresivo empezó a ceder rápidamente; el apetito aumentó, al grado de que el enfermo aumentó diez kgs. de peso, en dos semanas, persistiendo sin embargo los molestos sobresaltos musculares en los miembros inferiores, especialmente durante la noche. La logoclonia y la bradilalia mejoraron también ostensiblemente.

Actualmente el enfermo manifiesta no sentir ningunos deseos por la "Dolantina", ni padecer los síntomas de deshabitamiento señalados anteriormente.

*Dr. Abraham Fortes.*

Por los datos que se tienen hasta hoy, el habitamiento a la Dolantina es posible; pero mucho menos frecuente y fácil que con otros nervinos.

## EN FAVOR DE LA MALARIOTERAPIA

Recientemente se publicó en las páginas de esta Revista un artículo del Dr. Bennett, de Nebraska, acerca de la pireto-terapia, mostrándose el autor partidario de la electropirexia sobre cualquier otro método de fiebre artificial con fines terapéuticos.

Las conclusiones a que se llega después de los trabajos efectuados en el Centro de Malarioterapia (bienio 1941-1942) del Hospital de las Mercedes, de Buenos Aires (Argentina), Servicio Neuropsiquiátrico del Prof. Dr. Roque Orlando, son las siguientes:

"Hasta el momento actual parece que la impaludización es el tratamiento más eficaz en la Parálisis General, ya que la pirexia mediante la fiebre recurrente, la riquetzia, la quimio-terapia o aun la electroterapia no provocan remisiones tan completas ni tan prolongadas como la malarización".

Esto es interesante, porque se acerca a la opinión de autores hispanoamericanos y la diferencia con las estadísticas angloamericanas puede depender de factores raciales o climatológicos. Por lo tanto, es indispensable seguir trabajando estas estadísticas, en todos y cada uno de los centros neuropsiquiátricos importantes de las Américas. La contribución argentina mencionada se debe a los doctores Orlando y Arnet, publicada en el Index de Neurología y Psiquiatría, febrero 1943, Vol. 4, No. 2, páginas 23-52.

## PARANOIA

Una "Contribución al estudio clínico de la paranoia" es presentada por A. L. Nobre de Melo como tesis para el concurso de la libre docencia de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad del Brasil. El trabajo allegado es muy importante, pues compendia los conceptos antiguos de locura y paranoia, la época progresista de Kraepelin, Serieux y Capgras, los conceptos de la escuela italiana que siguieron a las escuelas francesa y alemana, las concepciones actuales, en fin, de tan interesante capítulo de la patología mental. Menciona también los trabajos sudamericanos y sus casos observados. Sin pretender desmerecer el librito "Paranoia" del maestro Afranio Pei-

xoto recibido anteriormente, éste de Nobre de Melo parece más completo, más serio, más desprovisto de apasionamiento y por lo tanto más útil.

## INTOXICACION POR PEYOTE.

Un estudio sobre la "Fenomenología de la intoxicación mescalínina y análisis funcional del pensamiento en su curso" es publicado por Humberto Rotondo en la Revista de Neuro-Psiquiatría, de Lima, Perú, Tomo VI, No. 1. 1943. Después de mencionar los trabajos de Fray Bernardino de Sahagún, primero que menciona el peyote, cactus mexicano llamado *Anhalonium lewinii* y que hoy tiene aplicaciones terapéuticas, cita las investigaciones del farmacólogo alemán Lewin y sus continuadores Heffter y Spath. La mescalina es uno de los cuatro alcaloides activos del peyote, actuando como enervante (nervino estupefaciente). El autor presenta auto-observaciones y experimentaciones con varios casos, llegando a conclusiones especulativas de interés psicopatológico, semejantes a las realizadas en México por algunos de nosotros con la marihuana o *Cannabis sativa*, existiendo puntos de analogía fenomenológica. También aquí se trata de estudios aislados, circunscritos, en sujetos intoxicados casi siempre experimentalmente, y no en las condiciones de los habituados a la droga.

## RESISTENCIA A LA INSULINA

Refiriéndose a los casos de individuos que toleran cantidades muy grandes de insulina, algunos autores emiten la opinión de que dichos sujetos tienen una substancia antagónica de la insulina. Con esa idea, y en algunos casos ha habido buen éxito, se inyecta dihidro-oxi-estrina, hormona que tiene efecto antagónico sobre el lóbulo anterior de la pituitaria, el cual a su vez frena la producción antagónica de la insulina. (Glassberg, Somogyi, Taussig, Regan, Westra, Wilder, Glen, Eaton, Glass, Weyburn, Beckh, Miranda, en Jour. Amer. Med. Assoc. Vol. 121, 1943; y Endocrinología, México, Vol. VIII, Núm. 6.)