La Crónica Médica

AÑO XXXIV — LIMA, AGOSTO DE 1917 — Nº 650

BIBLIOTECA DE MEDICINA DE LIMA

EL DOCTOR TOMAS SALAZAR

Su Vida y su Obra.

Por el Dr. HERMILIO VALDIZAN.

La prensa diaria de Lima, tal vez si obligada por la riqueza de su información polimorfa, ha dado lacónicamente la noticia de la muerte del santo anciano a quien fué dado llegar a los últimos días de la jornada y poder, sin angustia y sin temor, volver la mirada hácia atrás para contemplar serenamente el apacible deslizarse de sus años y la serena sucesión de sus obras.

El Doctor Salazar nació en Lima (18 de Setiembre de 1831) del matrimonio de Don. M. Salazar y Doña Brígida Sanlusti e hizo sus primeros estudios en el Convictorio Carolino, instituto que no han olvidado todavía quienes hubieron merecida estima de la sólida instrucción que el Convictorio ofrecía a sus discípulos.

Una clara inteligencia guíada por bondad cuya constancia no es característica de nuestros tiempos, fué la del doctor Salazar y ella se orientó en época temprana hácia la medicina, tal vez por compatrtir ésta con el sacerdocio la misión augusta de llegar a los que sufren y padecen ansia de consolaciones.

El Doctor Salazar era uno de los pocos sobrevivientes de los ya lejanos días del «Colegio de la Independencia», de aquella institución que fué el modesto intermediario entre el «Colegio de Medicina y Cirujía de San Fernando» y la Facultad de Medicina cuya organización debemos a Heredia y a Ulloa. Fué época de dura prueba para la enseñanza médica y, durante ella, los alumnos, víctimas inocentes de la perniciosa intervención de los gobiernos en el régimen interno de las Universidades, debieron confiar un poco más en el personal esfuerzo que en la serena colaboración de los maestros. Y por que tal hicieron los alumnos de aquel entónces, porque procuraron subsanar los vacíos de un plan de estudios movedizo y sujeto a los caprichos del variable criterio ministerial, no se halla en ellos en el balance de sus vidas profesionales, los vacíos culturales que debieron caracterizar a una generación médica formada en condiciones tan poco favorables. El doctor Salazar era uno de los últimos sobrevivientes de aquella época de transición y fué en calidad de alumno que pudo contemplar el advenimiento liberador de la Facultad de Medicina, obra del patriotismo de Cayetano Heredia y de la preparación científica de Casimiro Ulloa.

Obtenido el título profesional en 31 de marzo de 1858, prévia presentación de la tésis intitulada «De la aclimatación en los países cálidos», el doctor Salazar se dedicó, con verdadera devoción, con un virtuosismo que los años no pudieron amenguar, al ejercicio profesional, tan lleno de inquietudes, tan rico en desencantos y nunca pobre en amarguras. Médico, solícito y estudioso, observador prolijo e interpretador tranquilo, el doctor Salazar hizo una carrera que no tardó en granjearle las satisfacciones de una selecta clientela; pero ésta no fué capaz de hacerle olvidar el verdadero rol del médico y fué, por el contrario, un acicate hácia la consideración que le inspiraran siempre aquellos enfermos víctimas del doloroso consorcio de la enfermedad de cuerpo y de espíritu, aquellos desventurados a cuyo dolor físico se agregaba el atenaceante dolor moral de la miseria y del abandono. El doctor Salazar fué tan solícito para sus pobres como hubiera podido serlo para sus enfermos opulentos; su frase de consuelo fué idéntica para unos y para otros y por eso ricos y pobres se confundieron en la agradecida recordación del médico amigo, del médico que abandonaba cerca de los lechos de sus enfermos pobres muchas de las monedas con que pagaron su saber los enfermos engreídos de la fortuna.

Catorce años después de alcanzado el título profesional, inició el doctor Salazar su larga y provechosa carrera pedagógica: el 19 de Noviembre de 1872, la Facultad de Medicina le elegía Catedrático auxiliar interino, para incorporarle a su seno, como Catedrático auxiliar de Terapéutica y Materia Médica, en junio de 1873 a raíz del concurso realizado en conformidad con las prescripciones reglamentarias. Interinamente encargado de la enseñanza de algunas asignaturas (Nosografía Médica los años de 1875, 1876, y 1884 y Terapéutica en 1881), el Doctor Salazar ocupó en 1893, en propiedad y por fallecimiento del Doctor Ulloa, la Cátedra de Terapéutica y Materia Médica. En el desempeño de esa Cátedra, el Doctor Salazar no fué por un sólo momento maestro inflexible a las solicitaciones de la época; no pretendió nunca mantener las rigideces de un programa escrito en los años de lozanía intelectual y conservado como reserva para los años de disminuída productividad y fué por eso que renovó su bibliografía didáctica y procuró mantener su enseñanza en relación con su tiempo y fué por eso que aceptó sin resistencia la anexión, al curso teórico, de uno práctico: la Clínica Terapéutica.

Maestro laborioso y bueno, procuró siempre el mayor aprovechamiento de sus alumnos, cuyas desventuras escolares le conmovían intensamente y cuyos triunfos le alegraban muchísimo, habiéndole caracterizado la frase de aliento hácia los jóvenes de que queda constancia en la bibliografía de sus lecciones de Terapéutica. Honrado a carta cabal, no fué capaz, a pesar de sus indulgencias, de calificar por favor en las pruebas testimoniales de competencia: con dolor vivísimo habría sido capaz de calificar mal a alumno que tal calificativo hubiera merecido.

A estos treintaicinco años de labor pedagógica, agreguemos su actuación tranquila y honesta en la Facultad de Medicina, para la cual ambicionó los mayores prestigios y a la cual ofrendó el incon-

dicional tributo de sus mejores anergías y greguemos así mismo los buenos servicios prestados como miembro del cuerpo médico a la patria en peligro los años de 1866 y de 1881.

Miembro de la extinguida *Sociedad de Medicina de Lima* y presidente de ella en el año de 1877, tomó participación activa en el movimiento científico nacional de aquella época y fué uno de los entusiastas sostenedores de la doctrina unitaria de la etiología de la enfermedad de Carrión, opinión que el doctor Salazar sostuvo con energía en el año de 1875 y que había sido anteriormente sostenida por el doctor Espinal.

Miembro fundar de la «Gaceta Médica» de Lima, colaborador entusiasta al mejor éxito de esta publicación, segunda de su nombre en la capital peruana, el doctor Salazar no nos ha legado una bibliografía abundante; pero la escasa de su nombre lleva impreso el sello de honorabilidad científica que correspondía a persona que, como el doctor Salazar, había hecho de la rectitud el mayor culto de su vida. La «Crónica Médica» publicó los siguientes estudios:

1.—«Pústula maligna, curación por medio de las inyecciones intravenosas de ácido fénico» («Crónica Médica» de Lima de 1884).

2.—«Estado sanitario del departamento de Lima» («Crónica Médica» de Lima, 1883).

3.—«Curación de la tuberculosis en su primer período por las inyecciones hipodérmicas de Creosota» («Crónica Médica» de Lima, 1908).

El primer estudio tenía el mérito indiscutible de corresponder a una necesidad imperiosa de orden local, dada la frecuencia alarmante de la pústula maligna entre nosotros y dada la escaces de recursos terapéuticos de la época frente a frente de aquella enfermedad. El estudio no es una novedad mundial, no es nada sorprendente; pero sí vale la pena anotarse el método y sencillez de la exposición y la serenidad interpretativa de los hechos observados. Mejor que nuestro juicio están a indicar la favorable impresión producida en el mundo médico por el estudio del Doctor Salazar, las menciones elogiosas que de él hicieran «The Bristol Médico Chirurgical Journal» y la «Revue Bibliographique de Sciences Medicales» (París, 1885).

El segundo trabajo del doctor Salazar publicado por esta Revista solo constituye un documento oficial, el informe emitido a la Prefectura del departamento de Lima por el doctor Salazar que desempeñaba desde 1885 las funciones de Médico de Policía. A este mismo género de estudios corresponden los informes emitidos por el doctor Salazar a propósito de la epidemia de viruela de 1885, publicados por la «Crónica Médica» del mismo año.

El tercer estudio del doctor Salazar merece todos los respetos de la sinceridad: es la voz del anciano maestro que adquiere el acento entusiasta de la juventud para hablarnos de una esperanza terapéutica en la lucha contra la *peste blanca* y si la experiencia no ha confirmado los optimismos del doctor Salazar, si la creosota no ha llegado a conquistar los merecimientos de especifismo en la terapéutica de la tuberculosis, no por ello hay en la obra del doctor Salazar menos honradez científica ni menos amor por la hu-

manidad. Y, en este fervoroso preconizar de las aplicaciones hipodérmicas de aceite creosotado, en este estudio realizado por el doctor Salazar en la última década de su vida de hombre de bien y de profesional honrado, hay un hecho que deseo poner en relieve: es en este estudio que se plantea serenamente la conveniencia de la división regional del país en relación al servicio militar obligatorio: es en este estudio que el doctor Salazar denuncia con acento de reproche, digno de Fray Bartolomé de las Casas, la vieja organización del servicio militar que, olvidada de las características de nuestra población y de aquellas de nuestro territorio, arrancaba a los indios de sus hogares para adaptarlos irracionalmente a otros climas y a otro género de vivir, llevándolos, en muchos casos, precisamente por el camino de aquella *peste blanca* de la cual se ocupaba el doctor Salazar en el estudio que comentamos, estudio que fué presentado al Congreso médico panamericano reunido en Santiago de Chile. Yo no pretendo atribuir al doctor Salazar la paternidad de la organización regional militar, pero creo deber de justicia dejar constancia de su contribución al establecimiento de ella.

Médico municipal en Lima durante los años 1884 y 1885, así como durante el año de 1887, durante el cual nos vimos amenazados por la posibilidad de una invasión colérica procedente de Chile, el doctor Salazar desempeñó el cargo de médico de policía desde el año de 1885 y en el desempeño de este delicadísimo cargo, plaza única oficial de médico forense en nuestra organización judicial, llevó a cabo obra cuya honorabilidad puede haber sido igualada pero superada no.

El año de 1895 sufrió un accidente que le ocasionó la claudicación parcial que no lograron mejorar los solícitos cuidados que le fueron procurados en el Gabinete Fisioterápico de los doctores Basadre, Ganoza y Morales. Pero esta claudicación no fué un freno a su admirable laboriosidad y, a despecho de ella, el doctor Salazar continuó asistiendo a su numerosa clientela y prestando sus servicios en la Facultad de Medicina y en el Hospital Militar de San Bartolomé: ejemplo de puntualidad, las estadísticas de la Facultad le consideraron entre los maestros más asíduos, como la del Hospital le incluían en el número de los jefes de servicio más puntuales.

Tuve la fortuna de acompañar al Doctor Salazar, como externo e interno de su servicio del Hospital Militar y durante aquel año pude apreciar de cerca la muchas virtudes que atesoraba mi malogrado maestro: La visita era larga, demorábamos muchas veces hasta dos horas en la revisión de las ochenta camas del «Crucero» y es que el doctor Salazar gustaba de adquirir de cada uno de sus enfermos noticias relativas a la enfermedad y a la asistencia: y tenía para cada uno de ellos una palabra de cariño, un obsequio en dinero o en golosinas. Y había que oírle hablándoles a los desventurados indios en el idioma de ellos, en ese idioma del cual había procurado aprender muchas palabras que le permitieran entenderles y hacerse entender de ellos. Muchas veces aquellos pobres soldados nuestros, aquellos infelices que yacían en una cama del Hospital lejos de cuanto les era querido, besaron las ma-

nos del anciano y bendijeron sus bondades de corazón. La visita era larga también por el respeto que el doctor Salazar tenía por la Dietética: el externo debía anotar en el «Recetario» la ración alimenticia de cada uno de los enfermos. Pero al final de aquella visita, al final de aquella peregrinación a travez de ochenta dolores, se experimentaba la sensación de un gran bien hecho con poquísimo esfuerzo, de un gran beneficio distribuido sin dificultades. Y era entonces que el doctor Salazar se marchaba a continuar en la calle aquel distribuir de beneficios iniciado en la fría sala de aquella casa instituída por otra alma buena en beneficio de los negros horros y esclavos de la Lima de los Virreyes.

Así llegó el doctor Salazar a los últimos días de su jornada; dos días antes de su fallecimiento estuvo en mi casa, guiado por su inagotable amor al prójimo, solicitándome una consulta: le reproché cariñosamente no haberme hecho llamar y haberse molestado en subir las escaleras de mi casa: sonriose, me llamó aprensivo y se separó de mí, como siempre, sonriente, tranquilo. Y fué la vez última que escuché su palabra cariñosa, su palabra bien intencionada siempre, siempre dispuesta a encubrir con velo piadoso de eterna benevolencia las debilidades del hombre y sus defectos.

He creído siempre que la tumba de un hombre de bien es todo un altar y por eso he querido depositar en la de nuestro viejo y querido maestro la ofrenda de estos apuntes biográficos escritos para las generaciones nuevas: para las que asoman a la vida profesional y deben contemplar en la vida y en la obra del doctor Salazar un ejemplo de virtud y una lección de honradez.

ESTUDIO FISIOPATOLOGICO DE LA COLESTERINA

Por el Dr. HERMINIO CASTAÑEDA.

Durante mucho tiempo se ha creido que la colesterina tenía su origen en la desasimilación del sistema nervioso, principalmente del neuro eje, ya sea directamente o por intermedio de la lecitina, sustancia con la que tiene una gran similitud, y que no tenía otro rol en el organismo que representar un producto de desgaste de la sustancia nerviosa comparable a la úrea y bilirubina del resto del organismo. Según Flint, esta colesterina nerviosa tomada por la corriente venosa, era llevada al hígado y pasando a formar parte de la bilis, se vertía con ella en el intestino para ser

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

eliminada al exterior junto con las heces. Nuevas investigaciones hechas sobre todo por GUY LAROCHE y A. GRIGAUD, (1) destruyendo el concepto antiguo que se tenía sobre el origen y rol de la colesterina en el organismo, han demostrado que el sistema nervioso no representa un foco de origen y puesta en libertad de la colesterina, sino que por el contrario es un centro de fijación de la colesterina circulante, sobre todo durante el período de desarrollo del eje cerebro espinal; además, ella ejerce una acción de defensa del organismo contra los microbios y toxinas.

Los progresos alcanzados por GRIGAUD en París y por NEUMANN Y HERMANN en Viena sobre la técnica del dosaje de la colesterina en el suero, han permitido darse cuenta de la cantidad normal de colesterina circulante en la sangre y de sus variaciones en ciertos estados fisiológicos y patológicos iluminando de esta manera el origen verdadero de la colesterina y su rol en la fisiopatología humana.

La cantidad de colesterina que normalmente se encuentra en circulación en la sangre del hombre, según GRIGAUD está (2) entre 1 gr. 60 y 1,70 gr. por litro en una alimentación normal. Esta cantidad es suceptible de variaciones; así ella aumenta: 1º. con una alimentación rica en colesterina; 2º. con la gravidanza; 3º. con los procesos infecciosos; 4º. con las nefritis crónicas, sobre todo en su forma hipertensiva; 5º. en las icterias por retensión sobre todo cuando éstas son debidas a una colelitiasis. Estas constataciones—al mismo tiempo que hacían desechar la antigua concepción del origen nervioso de la colesterina—encaminaron al descubrimiento del verdadero origen de la colesterina que ahora sabemos proviene de varias fuentes exógenas y endógenas, temporales o permanentes.

Origen exógeno de la colesterina.—El origen exógeno de la colesterina está representado por la ingestión de alimentos ricos en colesterina o en lipoides; esto ha sido comprobado por la observación y la experiencia:

Por la observación en el curso de la litiasis biliar, cuando la patogenia de esta afección todavía no estaba bien dilucidada se llegó por medio de tanteos a establecer un régimen alimenticio más o menos compatible con la tolerancia del enfermo, en verdad, sin saber porqué. Esto que se hizo por la observación ha quedado plenamente confirmado con los conocimientos adquiridos sobre la patogenia de la enfermedad y por la experiencia. En efecto, hoy día se sabe que la litiasis biliar se debe a una hipercolesterinemia unida a un trastorno en la función eliminatoria del hígado; la experiencia, por otra parte, ha mostrado, auxiliada por los dosajes químicos, que aquellos alimentos que en otro tiempo fueron rechazados por la observación como nocivos a los litiásicos, eran ricos en colesterina. Así lo han mos-

(1) A. GRIGAUD.—Le cycle de la Cholesterinemie.—Paris. 1913

(2) A. GRIGAUD.—Cholesterine et Cholesterinemie.—*Biología Médica.*—Marzo 1913.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

trado las experiencias y dosajes de KLEIN, de KUSIMOTO, de LANDANL, GRIGAUD y otros. Esta hipercolesterinemia de origen exógeno cesa rápidamente, modificando el régimen alimenticio, lo que no pasa con la colesterinemia de origen endógeno. No solamente los alimentos ricos en colesterina, sino que también el simple régimen grasoso, sin aporte directo de colesterina, puede hacer subir simultáneamente en el suero la cantidad de lipemia, de colesterinemia y de lecitinemia; así lo han demostrado las investigaciones de WIDAL practicadas en sujetos sanos sometidos a 15 horas de ayuno, al cabo de los cuales hace su primer análisis; después le somete a una comida de prueba compuesta de carne, papas, pan y mantequilla y 3 a 4 horas más tarde vuelve a hacer un segundo análisis cuyo resultado resume el cuadro siguiente:

	Lipemia	*Colesterinemia*	*Lecitinemia*
En ayunas	6.68 gr.	1.95 gr.	1.40 gr.
Después de una comida de grasa	10.39	2.60	2.10.

Esto nos revela que parte de la colesterina ha sido en este caso formada a expensas de la grasa ingerida y que ellas pueden ser por tanto colesterigénicas. Una prueba indirecta de la influencia del régimen alimenticio sobre la colesterinemia puede sacarse del dosaje practicado por GRIGAUD en distintas especies de animales. El ha encontrado que el suero encierra mayor cantidad de colesterina y grasas segun el régimen alimenticio del animal.

CHAUFFARD, (1) dice: «Es probable por lo demás que la colesterinemia de origen alimenticio no revele solamente el aporte directo de colesterina sino que puede actuar igualmente como exitante, secretorio específico, como hormona, por una de estas homostimulaciones de los que la historia de las secreciones endocrineas nos ofrece tantos ejemplos».

Origen endógeno de la colesterina.—El origen endógeno de la colesterina es múltiple, la mayor parte de ella proviene de la secreción de glándulas endocrinas, estimuladas por ciertos estados fisiológicos o patológicos. Entre los órganos glandulares y de función colesterígena está bien demostrada que son las glándulas suprarenales. Ya en los cobayos en gestación, GOTTESCHAN, ALEZAIS, GUIEYSSE, habían mostrado la existencia en la zona cortical de las suprarenales de numerosas vacuolas grasosas; por procedimientos histo-químicos más delicados ALBRECHET y WELTMANN han hecho ver que aquellas vacuolas grasosas encontradas por los primeros en el parénquina suprarenal, no eran otra cosa que eteres de la colesterina. Esta constatación de la secreción de la colesterina por el parénquina suprarenal en los animales en estado gravídico indujo a hacer más extensivas las investigaciones

(1) CHAUFFARD.—Lections cliniques sur la litiasis biliar.—Paris 1914.

fuera de aquellos, llegándose a comprobar que las glándulas suprarenales eran una fuente colesterígena permanente, pero que su producción aumentaba con las infecciones y la gravidanza.

Otra fuente endógena productora de colesterina son los cuerpos amarillos de las glándulas ováricas, pero no de un modo permanente sino de una manera transitoria durante la gravidanza y el puerperio. A esta nueva fuente productora de colesterina durante el embarazo se agrega la hiperproducción de las glándulas suprarenales, como ya lo señalamos en el párrafo anterior; y quizá otras glándulas endocrinas contribuyen a la hipergenesis colesterínica de origen endógeno, en este estado fisiológico tan importante en la mujer.

Los grandes depósitos cutáneos de colesterina que constituyen las manchas de xantelasma tan comunes en las embarazadas llevaron a CHAUFFARD y GUY LAROCHE al estudio de la relación que existía entre estas manchas xantelásmicas y la hipercolesterinemia; relación que a su vez sirvió de base para estudios relacionados con el xantelasma en los ictéricos y litiásicos con hipercolesterinemia. Haciendo dosajes sucesivos en 102 embarazadas en la clínica de BAR, han podido constatar que la cantidad de colesterina en el suero de la sangre circulante era en los primeros meses del embarazo de más de dos gramos, por 1,000 en mujeres sobre 14 examinadas; que en los dos últimos meses pasaba esta cifra 30 veces sobre 32 casos, con una cantidad media de grs. 2,45. En los días que sigue al parto la colesterinemia baja para después volver a elevarse y no regresar a la normal sino después de dos meses por término medio.

Durante mi práctica hospitalaria, como interno de la Maternidad, he hecho—bajo la dirección de mi distinguido amigo JAVIER LANFRANCO, Jefe de trabajos prácticos en el laboratorio de Química de la Facultad de Medicina—varios dosajes de colesterina en suero sanguineo proveniente de mujeres en el último mes de su embarazo; escojidas principalmente aquellas en las cuales las manchas de xantelasma eran más abundantes e intensas, hemos encontrado cifras oscilando entre 3 y 5 grms. por litro de sangre. En cambio, en 3 enfermas atacadas de eclampsia la cantidad de colesterina contenida en el suero en ninguna de ellas llegaba a 3 grms.; no es demás decir que estas 3 últimas eran primigrávidas en tanto que las otras eran multigrávidas, y es de observación que el xantelasma es más intenso con el número de partos y cuanto más próximos son uno de otros.

La intervención del hígado en la génesis de la colesterina es un punto todavía muy oscuro; para muchos el hígado sería solamente un órgano eliminador de la colesterina ya formada; para otros, al contrario, en él tomaría origen gran parte de ella. A este respecto CHAUFFARD piensa que el rol de la glándula hepática en la colesterinemia es cuestión aún no resuelta.

«En las investigaciones hechas con GUY LAROCHE y A. GRIGAUD hemos constatado resultados bastantes variables en el perro normal, y nos ha parecido que las granulaciones grasosas o colesterínicas constatables histológicamente en las paredes de los ca-

nales biliares revelaban, no una reabsorción intracanalicular como lo habían dicho ASCHOFF y BACMAISTER sino una verdadera secreción local. En efecto, en los perros en retensión biliar después de la ligadura del colédoco, no se puede constatar ninguna granulación lipoídica en las paredes biliares, mientras que las condiciones más favorables a la reabsorción son realizadas. Pero si la ligadura del colédoco cede como en uno de nuestros casos, y la secreción biliar se restablece libremente, las granulaciones grasosas lipoídicas reaparecen, raras en la vesícula y gruesos canales, muy numerosas en las células de los pequeños canales biliares. Nos parece por consiguiente verosimil admitir que la secreción de la colesterina o de las grasas de la bilis se produzcan al nivel del epitelium de los canales biliares y que ellas encuentran su sitio de elección en la parte inicial de las radículas biliares, es decir, en la vecindad de la célula hepática».

Eliminación de la colesterina.—Si la función colesterigenésica de la célula hepática no está muy bien demostrada, y si verosímilmente, ella es muy insignificante, y por consiguiente sin importancia bajo el punto de vista de la colesterigénesis, con relación a las otras fuentes, tales como las glándulas suprarenales y cuerpos amarillos del ovario, no es lo mismo cuando se la considera bajo el punto de vista de la transformación y eliminación de la colesteterina que se efectúa la mayor parte por el hígado. Al estado normal la colesterina circulante se elimina por el hígado en forma de tal o se transforma en ácido colálico que a su vez combinándose con la glicocola y la taurina da lugar a la formación de los ácidos y sales biliares que mantienen a la colesterina al estado de solusión y en este estado se encuentra formando parte de la bilis. Pero trastornos sobrevenidos en la función de la célula hepática pueden dar lugar a la falta de transformación de parte de la colesterina en ácido colálico, y dando por consiguiente lugar a la precipitación de la colesterina, origen los calculos.

Rol de la colesterina en el organismo.—El rol de la colesterina en el organismo es muy importante; a la antigua concepción de FLINT en que la colesterina solo representaba un producto de desgaste del sistema nervioso comparable a la úrea y pigmentos biliares, hoy se le opone la teoría bien probada por cierto de ser la mayor parte, un producto de secreción de varias glándulas endocrinas y que su rol en el organismo es de defensa contra los microbios y toxinas, principalmente contra estas últimas.

Ella proteje los tegumentos, como lo prueba el hecho de que la colesterina entra en la constitución de la capa sebacea que cubre la piel; y según OBERTON todas las células vivientes están recubiertas de una envoltura grasosa compuesta en gran parte de colesterina que parece llenar un rol protector comparable a la capa sebacea de los tegumentos. La colesterina además ejerce una acción antihemolítica de lo más marcada (1). Como lo han mostra-

(1) ROGER CROISSANT.—Considerations sur la disociation biliaire.—*Tesis.*—Paris 1913.

do RAMSON para las saponinas, TALLGVIST para las hemolisinas de los botriocéfalos, ISCOBESCO y FOUCAULT para los jabones. Según WINDAUS, ella fijaría y neutralizaría esta sustancia. Su rol antitóxico ha sido demostrado por PHISALIX, GIRARD, y LEMOINE; el primero con las toxinas de las serpientes, y los últimos con la tuberculina que han conseguido neutralizarla por medio de la colesterina.

No es menos interesante el rol que desempeña la colesterina ante las infecciones, pués los cambios que experimenta en el curso de alguna de ellas así parecen demostrarlo. GUY LAROCHE, A. GRIGAUD y CHAUFFARD, (1) que han estudiado estas modificaciones en la infección eberthiana dicen: «En el curso de la fiebre tifoidea practicando dosajes en serie de la colesterina en el suero, en 33 casos hemos encontrado, por regla general, que a la hipocolesterinemia del período febril e infeccioso, sucede una *hipercolesterinemia secundaria*;las dos curvas de la temperatura y de la colesterinan evolucionan en sentido inverso, y se entrecruzan en el momento de la efervescencia. Parece que la hipercolesterinemia secundaria marchara de par con la inmunidad del tífico; las investigaciones recientes de ROUZAUD y CABANIS en los sujetos sometidos a la vacunación antitífica de VINCENT han daso una elegante demostración; cada inyección vacunal provoca, en pequeño, una reacción análoga a la reacción general de la fiebre tifoidea; baja primero, después se eleva la proporción de la colesterinémia, la ascensión secundaria siendo tanto más fuerte que la caída inicial ha sido más profunda. Esta reacción hipercolesterinémica muy marcada para las dos primeras inyecciones es más débil para la tercera, nula para la última, cuando el organismo ha adquirido la plena inmunidad».

Si la fiebre tifoidea por sus condiciones especiales, de ciclo evolutivo prolongado, parece el caso más favorable para el estudio de la hipercolesterinemia por infección, es posible que reacciones del mismo tipo puedan realizarse en todas las infecciones y que ellas no vengan a ser, en último término, sino uno de los muchos medios de que el organismo se vale para luchar mejor contra los gérmenes o toxinas que lo atacan. La colesterinemia vendría a formar un factor más en el complejo campo de la inmunidad al lado de la alexina, sensibilisatriz, precipitinas, aglutininas etc. Ya GRIGAUD estudiando las diferentes variaciones de la colesterinemia en el curso de algunos estados patológicos ha podido formular algunas conclusiones acerca del rol de la colesterina; he aquí las principales: «1º. en los infectados, la reacción colesterinémica varía menos con la naturaleza de la infección que con la intensidad y duración de ésta; y que la hipercolesterinemia acompañaba a los grandes procesos de inmunización y que preside así de una manera tal que queda a determinar la edificación de los anticuerpos; 2º. que ella es frecuente en las nefritis crónicas principalmente en las hipertensivas; 3º. en los hepáticos, falta en la cirrosis del

(1) CHAUFFARD.—Loc. cit.

hígado; en las icterias por retensión ella es ordinariamente muy marcada, pudiendo alcanzar hasta 15 gms. por litro; sin embargo, en el curso de las icterias hepatógenas la cantidad de colesterina en la sangre puede quedar normal, como en las icterias hemolíticas.

Investigación de la colesterina.—La colesterina existe normalmente en la sangre en la proporción de 1,60 a 1,70 por litro y se elimina en las condiciones de normalidad por el hígado, encontrándose junto con las heces; pero en ciertas condiciones fisiológicas o patológicas cambia su proporción en el suero circulante, sin otras consecuencias, las más de las veces, que sus depósitos cutáneos constituyendo el xantelasma. Pero cuando a esta hipercolesterinemia se une alteraciones *fisicoquímicas del protoplasma celular* su excreción se encuentra modificada por la falta de fluidez necesaria para su pasaje al intestino a través de las vías biliares: en tales condiciones se deposita en la vesícula biliar formando concreciones más o menos voluminosas, conocidas con el nombre de cálculos de colesterina; siendo el caso más frecuente de la litiasis biliar. De modo que si a raíz de un cólico hepático, antes de que se presente el tinte ictérico, se hace un dosaje de colesterina en la sangre y esta acusa una colesterinemia podemos decir con mucha probabilidad que se trata de una colelitiasis por trastornos en la eliminación de la colesterina.

Dosaje de la colesterina en la sangre.—El procedimiento más empleado en Francia en el dosaje de colesterina es el de GRIGAUD; es el único de que se sirve CHAUFFARD en sus investigaciones por considerarlo como el mejor. Nosotros no vamos sino a exponer en que consiste este procedimiento, pués no lo hemos podido seguir en todas sus partes en el curso de nuestras investigaciones por las razones que pronto expondremos.

Procedimiento de Grigaud.—Se pone a baño-maría, en una cápsula de porcelana y hasta que forme espuma 2 cc. de suero por analizar y 20 cc. de solución alcohólica de soda cáustica al 1 %. Se enfría la mezcla y se agita con éter varias veces, decantando esto mediante un embudo de llave. Se hace un lavado de éter separado con agua destilada. Decantación de las aguas de lavado y evaporación al baño-maría, del éter obtenido. El residuo aún caliente es disuelto en 2 cc. de cloroformo; se vierte el todo en una probeta bien calibrada y graduada de 10 cc., y se continúan los lavados clorofórmicos del residuo hasta completar 5 cc. Se añaden 2 cc. de anhídrico acético y 3 gotas de ácido sulfúrico concentrado, se mezcla y se deja reposar durante media hora. Al cabo de este tiempo la coloración verde de la reacción de LIEBERMANN adquiere el máximun de intensidad, conservándola durante tres cuartos de hora. Es suficiente hacer la comparación con el tinte obtenido con una solución titulada de colesterina en cloroformo empleando el mismo procedimiento y los mismos elementos que la reacción de LIEBERMANN exige. Con una solución de colesterina en cloroformo a gr. 0,06 por %, tomados 5 cc. suministrarán un tinte que corresponde a gr. 1,50 de colesterina por litro de sangre en la toma inicial de 2 cc. de suero. Los tintes se comparan al colorímetro y si no hay igualdad se disluye una u otra muestra hasta que se igualen los

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tintes. Conocida la cantidad de cloroformo acidulado que se añade es fácil averiguar el total de colesterina.

Procedimiento de Lanfranco.—No disponiendo del anhídrido acético, reactivo indispensable para seguir en todos sus pormenores la marcha indicada por GRIGAUD para el dosaje de la colesterina, por cuanto que el que habíamos preparado salió desde luego impuro, cuando la reacción de LIEBERMANN lo exige muy puro, apelamos a otro procedimiento que utiliza la reacción suministrada por la colesterina en solución clorofórmica por adición de ácido sulfúrico.

El procedimiento que seguimos es análogo al de GRIGAUD, diferenciándose tan solo en que en lugar de adicionar anhídrido acético, agregamos solo ácido sulfúrico y calentamos. El color suministrado es rojo; que se compara con una escala hecha al carmín o con solución titulada de colesterina en cloroformo, repartida en tubos análogos al que sirve para hacer el dosaje y con proporciones de colesterina variables y conocidas.

Expongamos con más detalles la marcha que hemos seguido en el dosaje de la colesterina: Se saca por punción endovenosa 10 cc. de sangre que se recoge en un tubo de vidrio perfectamente limpio y seco; se deja en reposo durante una hora; las más de las veces esto basta para que el suero se separe del coágulo; si esto no se consigue y el suero permanece mezclado con el resto de la sangre, se destruye la parte de fibrina coagulada agitando el tubo a donde se ha echado de antemano perdigones de vidrio; en seguida se centrifuga, separándose de este modo la parte líquida o suero, de la parte sólida de la sangre. Se toma en seguida con una pipeta 2 cc. de suero y se echa en el «frasco de EHRLENMEYER» al que se añade 20 cc. de la solución alcohólica de soda cáustica al 1 %. Se lleva a baño-maría hasta la aparición de espuma persistente. Se enfría, se trata por el éter y se agita fuertemente; se pone la solución etérea en un separador de llave; se deja en reposo diez minutos al cabo de los cuales se decanta; la solución etérea así separada se trata con agua destilada, se agita nuevamente y se vuelve ó echar en el separador, se deja en reposo por 5 minutos y se decanta por segunda vez la solución etérea. Se evapora a baño-maría el éter y lo que queda se va tratando por pequeñas cantidades de cloroformo que van siendo depositadas en un tubo de ensayo, semejante a los que nos sirven de comparación en la escala colorimétrica; se continúan los lavados clorofórmicos del residuo hasta agotarlo, que será indicado cuando el cloroformo quede límpido y no lechoso. Puede suceder que las cantidades de cloroformo necesarias para lavar bien el residuo excedan al volumen de la muestra de los tubos de la escala colorimétrica; entonces se evapora el exceso de cloroformo tomando muchas precauciones a fin de no hacer rebalsar la solución clorofórmica que llevaría a causas de error. Una vez conseguido el volumen deseado se vierte gota a gota el ácido sulfúrico hasta que deje de subir más el tinte rojo. En este momento se compara con la escala colorimétrica hecha al carmín.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La escala se hace tomando soluciones clorofórmicas de colesterina conteniendo cantidades conocidas y variables y referidas a 100 (al 0,01 %, 0,02 %, al 0,03 %, 0,04 %, 0,05 %; 0,06 %; etc). Se toma 2 cc. de estas soluciones, se agrega cloroformo y unas gotas de ácido sulfúrico de tal modo que al completar 5 cc. la coloración roja que toma la solución clorofórmica de colesterina por acción del ácido sulfúrico sea la máxima; se hace así una serie de reacciones con las soluciones clorofórmicas de colesterina de concentraciones diferentes hasta formar una escala de tubos de diferente intensidad de coloración. En seguida se hacen soluciones de carmín en glicerina de tal modo que en su color corresponda a los colores de las reacciones de los tubos arriba anotados. Se cierran a la lámpara, y se anota en cada uno de ellos la proporción en colesterina a que corresponde la solución contenida en el tubo a cuya coloración es igual. Así por ejemplo, si la coloración dada de la solución clorofórmica y de colesterina corresponde al tubo de la escala colorimétrica igual a una solución titulada de colesterina al 0, 05 %; esto quiere decir que 100 cc. de suero analizado encerrarían gr. o,05; un litro contendrá gr. 0,50.

Investigación de la colesterina en la heces.—La investigación de la colesterina en las heces solamente se hace cualitativamente. Para esto se toma una cierta cantidad de heces, se trata por el éter, se filtra la solución etérea y se evapora a baño-maría. Se hace hervir el residuo con una solución alcohólica de potasa, a fin de saponificar las grasas, se evapora de nuevo. Lo que queda se trata por el agua, se añade éter y se agita, se lleva todo a un separador con llave y se decanta el éter que llevará disuelta la colesterina; se evapora nuevamente el éter, lo que queda será colesterina que se caracteriza por los procedimientos siguientes:

Se disuelve un poco de colesterina en alcohol caliente y se deja evaporar el alcohol expontáneamente; los cristales obtenidos, examinados al microscopio presentan las formas características de la colesterina.

Se trata estos cristales sobre la lámina porta-objeto, por una gota de una mezcla compuesta de 5 partes de ácido sulfúrico y de una parte de agua, y se calienta ligeramente. Se ve al microscopio los cristales colorearse en rojo carmín y fundirse en partes.

Estados hipercolesterinémicos.—La hipercolesterinemia no siempre traduce un trastorno en la disociación de la función biliar, por cuanto el aumento de la cantidad de colesterina en la sangre es agena a más de las veces a la intervención del hígado. En efecto la función de ló célula hepática, más quc productora es reguladora de la colesterina que no se encuentra circulando en la sangre y destinada a suministrar el aporte necesario para el mantenimiento o renovación de la colesterina fija en los tejidos; al estado normal solo hay hipercolesterinemia cuando las entradas de colesterina en la sangre de origen endógeno son en mayor cantidad que lo normal, pues, pasado este aporte excesivo de colesterina, en virtud del poder regularizador de la célula hepática, la proporción de colesterina circulante vuelve a la normal. En los procesos patológicos del hígado puede existir una colesterinemia persistente, cuya

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

patogenía se encuentra en dos alteraciones distintas del aparato biliar.:

a).—Hipercolesterinemia por trastornos mecánicos que impiden el libre curso de la bílis. Aquí el obstáculo es la causa, el estancamiento y la reabsorción la consecuencia; tal como pasa en todos los procesos de icteria por obstrucción intrínseca o extrínseca de las vías biliares.

b).—Hipercolesterinemia por trastornos fisio-químicos del protoplasma celular, que elavorando insuficientemente el *ácido colálico* núcleo principal de la formación de las sales, necesarias al mantenimiento en solución de la colesterina, estado indispensable para su libre paso al travez de las vías biliares,—dá lugar a su depósitos en el trayecto de estas vías que obstruyen su luz dando lugar a la reabsorción de la bilis, tal como pasa en la colelitiasis. Aquí el estancamiento es la causa y no la consecuencia de la obstrucción; así lo demuestran los hechos clínicos que revelan que primero se presenta el cólico hepático y después la colemia. Si es que en algunos casos la hipercolesterinemia precede al cólico hepático tal como pasa en los estados gravídicos o postíficos, en estos casos la hipercolesterinemia no viene a ser una causa eficiente, una causa determinante en la formación de los cálculos, sino exclusivamente una causa ocasional, una causa coadyuvabte. Si a la célula hepática alterada en su función *colalegenésica* se añade mayor cantidad de colesterlna que tiene que transformar y eleminar se comprende que más favorecidas se encontrarán las condiciones patogénicas de la calculosis hepática; porque a mayor sustancia que disolver se necesitará mayor cantidad de disolvente. De modo que el origen de la calculosis biliar colesterínica hay que buscarla, no en las alteraciones de las vías biliares sino en el protoplasma celular mismo; y en últino análisis la patogenía de esta calculosis no viene a ser sino un caso de disociación de la secreción biliar, en que la célula hepática suficiente todavía a la formación y eliminación de los pigmentos, es insificiente para la formación del ácido colálico cuya consecuenéia es la falta de transformación y eliminación de la colesterina.

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

POLINEURITIS ALCOHOLICA

Lección clínica.

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA

El enfermo que ocupó la cama Nº. 11 de la Sala de San Luis, fué examinado el miércoles pasado y presenta para nosotros bastante interés, para que nos creamos autorizados a entrar en algu-

nas consideraciones. Este sujeto sufre una perturbación de la memoria, de suerte que sus afirmaciones, no deben recibirse sino con cautela.

Es un hombre de 40 años de edad, poco más o menos, pues él no la conoce de una manera precisa; natural de Piura, de donde vino hace más de un año, para dedicarse a la albañilería primero y el en servicio del Dársena después.

Sus padres viven y son sanos; lo mismo que un hermano.

Este sujeto ha gozado siempre de buena salud y no recuerda sino haber sufrido de un *chancro* que no ha dejado huellas apreciables y sobre el cual no podemos pronunciarnos por falta de datos. Sin embargo, la reacción de WASSERMANN ha sido positiva. También consigna haber sufrido, hacen 4 meses poco más o menos de «cólicos» localizados en la zona superior derecha del vientre, en donde se vén las huellas de revulsivos bajo la forma de una extensa mancha pigmentada. No podemos formular juicio retrospectivos con respecto a la naturaleza de estos cólicos.

Para completar la historia de sus antecedentes, no podemos pasar en silencio sus hábitos *alcohólicos*, categóricamente confesados.

Hacen tres meses, poco más o menos, este hombre cuenta que sufrió una crisis *febril*, acompañada de *dolores* en las piernas, particularmente en las *pantorrillas* y comenzó a notar que las fuerzas le flaqueaban, a punto que la marcha le era cada vez más difícil. Igual cosa pasaba también poco después en los brazos, especialmente en las manos y entonces la prehensión de los objetos era insegura y torpe, disminuyendo la energía y precisión de los movimientos en los dedos. Alarmado de esta situación, se decidió a ingresar en el hospital el 6 del presente mes.

Salta a primera vista, cuando se examina a este enfermo la apariencia inarmónica de sus movimientos, sobre todo de los miembros. Se reconoce, en efecto, con relativa facilidad, la falta de sinergia de los movimientos combinados, que parece invadir hasta el tronco. Cuando se le hace poner de pié, no puede absolutamente sostenerse en la estación vertical: se desploma si no se le sostiene. Hay pues una *paraplegia*, pero que no es completa, porque si se le acuesta y se le ordena, que flexione las rodillas, lo llega a realizar tanto en un lado como en el otro, pero sus movimientos carecen de esa precisión que distingue el estado fisiológico, notándose que los ejecuta con brusquedad, sin medida, sin ese control no advertido que les imprime simplicidad y justa amplitud. No hay absolutamente *contracturas*, la parálisis es completamente *flácida*. Los mismos fenómenos se observan en los miembros superiores.

El exámen de los miembros inferiores, denota muy claramente la existencia de una *atrofia muscular*, que abarca todo su volumen: los extensores y los flexores están blandos y flácidos, como si hubieran perdido su tonicidad. Existe el signo de BABINSKI. La sensibilidad al dolor está *disminuida* y la tactil *pervertida*, pues cuando se le pasa la mano el advierte más bien una «comezón» que la impresión del tacto. La sensibilidad a la temperatura está intacta, tanto al calor como al frío.

Los reflejos *patelares* y *aquilianos* están del todo abolidos.

En los miembros superiores se observan idénticos trastornos inclusive la *atrofia muscular*.

El recto y la vejiga funcionan *normalmente*.

Las pupilas son normales, conservan su contractilidad fisiológica: no hay signo de ARGILL-ROBERTSON. La lengua y el velo del paladar están intactos. Se ven algunas *granulaciones* en la pared posterior de la faringe.

Su inteligencia no presenta alteración alguna digna de anotarse.

La fuerza muscular de las manos es apenas perceptible y todos sus moviminetos ofrecen una incoordinación manifiesta que conocemos en el nombre de *ataxia* y que se extiende aún a los movimientos del tronco.

El análisis de la orina ha resultado normal.

El exámen de la sangre presenta la particularidad de descubrir una fuente *eosinofilia*, sobre la cual no podemos pronunciarnos. La investigación llevada a cabo en las heces ha resultado negativa en lo que se refiere a parásitos o sus huevos.

El exámen del líquido *céfalo-raquideo*, ha demostrado la existencia de *linfocitos* pero sin preponderancia patológica.

La reacción de WASSERMANN, como ya les he dicho, ha sido *positiva*. Sin embargo, pronto estimarán ustedes las razones que nos obligan a no considerar las cosas en esta categoría nosológica.

Este sujeto ha permanecido *apirético* desde su entrada a la Sala.

El exámen de su parato circulatorio, solo permite consignar una prolongación del primer ruído en la base.

Su aparato bronco-pulmonar está sano. El exámen de la laringe hecho por el Dr. ALBERTO FLORES ha revelado una *parálisis* de los *tiroaritenoides* que impide el completo afrontamiento de las *cuerdas vocales*.

Igualmente el digestivo, salvo su hígado que se nota aumentado en su lóbulo derecho, por su parte superior.

Su sistema ganglionar no ofrece particularidad alguna. No hay infarto en las regiones accesibles.

Tales son, Señores, los datos que hemos podido recojer de este enfermo. Vamos ahora a analizar el caso y procuremos formarnos un concepto acerca de su naturaleza.

No es dificil darse cuenta de que este enfermo sufre una lesión de su *sistema nervioso*, y siendo así, no es dificil tampoco llegar a la determinación de que su *encéfalo* está ileso y que por consiguiente no se trata de alteraciones de este órgano. Su inteligencia es perfecta y no hay trastornos que justifiquen semejante presunción salvo los trastornos de la memoria a que hemos hecho alusión.

Esta circunstancia eliminatoria, despeja y reduce grandemente el campo de nuestras investigaciones, porque ahora solo nos resta repasar las diversas afecciones *medulares* capaces de encerrarse dentro del marco clínico que hemos descrito.

La primera enfermedad que acude a la mente es la *tabes dorsal*. Hay para pensar en ella: la *ataxia*, la *atrofia muscular* y la *abolición*

de los reflejos, mas los *dolores* en los miembros inferiores. Pero semejante idea podemos eliminarla desde luego por las siguientes razones: los dolores de que este enfermo se ha quejado están muy lejos de corresponder a los *dolores fulgurantes* bien conocidos en la *tabes*, que bajo la forma de crisis y afectando el tipo de corrientes eléctricas, recorren rápidamente el miembro en toda su extensión, simulando ya agudas punzadas, ya intensas torciones o ardientes quemaduras. Por otro lado, en este enfermo han faltado los síntomas cefálicos tan frecuentes en la tabes, me refiero a las fugaces parálisis oculares. Pero lo que sobre todo establece larga distancia entre la tabes y la enfermedad de este hombre, es que jamás se ve una *tabes* evolucionar con tanta rapidez como en el caso que analizamos; jamás llega la ataxia a instalarse en el corto período de tres meses, como ocurre en el nuestro. La *tabes* se caracteriza, en la evolución, por la gran lentitud de sus progresos que se mide por años. Sin ir más lejos, pues, creemos que las razones expresadas bastan para sostener categóricamente que no se trata en este caso de una *tabes dorsal*.

Tampoco podemos pensar en una *mielitis difusa*, porque aparte de que el curso de esta dolencia, es habitualmente lento, faltan los trastornos esfinctenianos del recto y de la vejiga que son casi infalibles cuando las parálisis se establecen y nada de esto se observa en nuestro ejemplo.

Cabría también suponer la existencia de una *parálisis sifilítica*, desde que este enfermo ha tenido un *chancro* y que la reacción de Wassermann ha sido en él *positiva*; pero las *meningo-mielitis* de esa categoría, pues tal sería el caso, debidas casi siempre a *lepto-meningitis*, responden con el cuadro de la *mielitis transversa* y se distinguen por las *contracturas* y la parálisis de este sujeto es perfectamente *flácida*; hay exageración de reflejos y no abolición.

Pasamos por alto otras afecciones medulares, como la *parálisis ascendente de* Landry, cuya marcha es rapidísima y mortal y la *hematomielia* que es habitualmente de origen traumático.

Reducida de esta manera el análisis de este caso, tenemos pues que convenir en que no hay motivo ni argumentos positivos para creer en una afección de localización *medular*. Fuerza es entonces llegar a la conclusión de que la enfermedad del caso que consideramos es de naturaleza *periférica*, que se trata en una palabra de una *polineuritis* que ha llegado ya a la condición de una *pseudo-ataxia*.

I ante todo debemos buscar cual es el origen de esta *polineuritis*. La etiología de estos trastornos está comprendida en este doble concepto: *infección e intoxicación*. La *difteria*, *el beri-beri*, *la fiebre tifoidea*, las fiebres *eruptivas*, la *lepra*, *toxi infecciones intestinales*, el *paludismo*, & &. entre las *infecciones*. Entre las *intoxicaciones* podemos señalar, el *alcohol*, el *arsénico*, el *plomo*, el *óxido de carbono* y comprendemos entre ellos las *polineuritis diabéticas*. Como se vé por esta larga enumeración, el campo etiológico de la polineuritis, abarca una vasta extensión que es preciso conocer, para llegar a la determinación precisa de su origen.

En nuestro enfermo no es dificil llegar a la determinación etiológica de su polineuritis, pues ya hemos dicho que este hombre es un *alcohólico* consuetudinario y la intoxicación por este agente es una de las habituales causas de la enfermedad.

Siendo la *polinueritis* la lesión *toxi-infecciosa* de los nervios periféricos, es fácil suponer que sus tipos clínicos variarán al infinito, según la intensidad de ella, su localización preponderante y la mayor o menor gravedad de su incidencia.

Los nervios periféricos pueden dividirse en tres categorías: los *sensitivos*, los *motores* y los *tróficos*. De esta división nace, según el grupo atacado, *tres variedades* de polineuritis. Pero esta división es en la práctica puramente esquemática, porque es muy raro que se realize esta selección tan circunscrita y lo que se vé de ordinario, es el predominio de los trastornos en una u otra clase de nervios, respondiendo entonces el calificativo localizador, a un simple convencionalismo de orden didáctico. Lo habitual es que como ocurre en nuestro enfermo, se trate de neuritis *mixtas*, como lo demuestra la anterior existencia de *dolores* en los miembros inferiores que revelan el compromiso de los nervios *sensitivos*, la *parálisis* que manifiesta el de los *motores* y la atrofia muscular que traduce la lesión de los *tróficos*. Nuestro enfermo, pues, constituye un tipo claro y evidente de una *polineuritis mixta*.

La evolución de estas polineuritis es relativamente rápida, pues ustedes ven que en el trascurso de tres meses este enfermo ha llegado ya a la situación en que ustedes lo ven. La rapidez de su desarrollo, constituye pues uno de los mejores signos para el establecimiento del diagnóstico.

Estas polineuritis son bastante frecuentes en nuestros hospitales y atacan puede decirse, casi de una manera exclusiva, a los hombres, circunstancia sencilla de explicar, en razón de los abusos que esta gente hace de las bebidas *alcohólicas* que constituyen las causas habituales de la enfermedad.

Estos enfermos acuden casi siempre al hospital, cuando ya no pueden dar un paso; de suerte que confirmada ya su dolencia, no ofrece dificultades para su reconocimiento.

El pronóstico de estos casos es generalmente *favorable*, toda vez que se les ponga en oportuna curación. Sin embargo, es preciso no olvidar que se presentan ejemplares serios, como son aquellos que traen complicaciones mentales, *delirio*, *amnesia*, casos sobre los cuales ha insistido KORSACOFF. Hay otros también raros felizmente, que llegan a presentar síntomas *bulbares* gravísimos que matan en corto plazo. En la Sala de Santo Toribio, hacen ya varios años, he tenido la oportunidad de mostrar a los alumnos de la clínica dos enfermos de esa categoría, que ambos sucumbieron, ostentando síntomas *dispneicos y circulatorios* incoercibles, simulando de la manera más perfecta una *parálisis ascendente de* LANDRY. De todo esto se deduce, que es preciso, al frente de una *polineuritis*, no ser muy favorablemente categórico en lo que atañe al pronóstico.

El tratamiento es bastante simple supresión del *alcohol*, en primer término. Masaje prolijo de los músculos o grupos muscu-

lares interesados. Reeducación de los movimientos pacientemente ejecutado. Galvanización metódica de todos los músculos atacados y lo más prematuramente posible, porque como lo pueden comprobar en nuestro enfermo, la *atrofia* sigue su curso rápido, que es preciso atajar por medio de una intervención eléctrica oportuna. Las inyecciones de estricnina y la buena alimentación completan el régimen. Todos los alumnos que concurren a nuestra clínica, han podido observar a menudo la rapidez con que los enfermos mejoran con el auxilio de estos medios. Yo no olvido el caso que observamos hace más de un año, en la Sala de Sto. Toribio que presentaba una *completa parálisis* de piernas y brazos, estando aún interesado el tronco; la *atrofia muscular* era considerable y vasta. Sin embargo, apesar de la deficiencia lamentable de los recursos eléctricos del hospital, este enfermo que había que darle de comer, salió del establecimiento por sus pies y manejando bastante bien sus manos. Su condición de mejoría habría indudablemente sorprendido a aquel que hubiera visto el deplorable estado en que ingresó.

El éxito más o menos rápido, en estos enfermos depende en gran parte de la paciencia, de la constancia y de la buena manera como se aplican los elementos terapéuticos que hemos aconsejado. Cuando así se procede puede uno presenciar un mejoramiento verdaderamente sorprendente de todos los trastornos y en casi todos os casos una restitución completa de los movimientos.

ESTUDIO MEDICO LEGAL SOBRE LA SIMULACION DE LAS ENFERMEDADES

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA.

(Conclusión)

La parte legal sobre la simulación no existe en su sentido más lato, en lo que se refiere a considerarlo como acto delictuoso; en los Códigos de Justicia Civil no hay ley precisa que castigue a un simulador de tal o cual enfermedad y ejecutada con tal o cual fin determinado. Y se comprende que así sea, puesen la mayoría de los casos el acto cometido, inmoral indudablemente, no es lesivo a tercera persona y por lo tanto no es punible. En casi todos los casos el simulador tiene su sanción en el descubrimiento de su superchería y en la imposibilidad de realizar su objeto, y a muchos les corresponde como pena el tener que cumplir el acto mismo que pretendían eludir. Pero si se quisiera aún ser más riguroso y bus-

car e imponer actos punitivos por esta clase de faltas, se podría asimilar la simulación a los delitos de falsedad, pues se reduciría el hecho a un engaño a las autoridades superiores por medio de la mentira y en tales casos les corresponde a los culpables los castigos que la ley determina en tales circunstancias.

Artº. 227 del C. P.—El que de cualquier modo que no esté especificado en los títulos precedentes, cometa falsedad, *simulando*, suprimiendo, alterando u ocultando la verdad, maliciosamente y con perjuicio de tercera, por palabras, escritos o hechos; usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde; suponiendo viva a una persona muerta o que no ha existido, o al contrario, sufrirá reclusión en 1º. o en 2º. grado.

Los Códigos de Justicia Militar son más inflexibles, pues fuera de los castigos disciplinarios indicados para actos de simulación de enfermedades, en el momento de ingreso a filas, o durante la vida de cuartel en lo que se refiere a la provocación de dolencias o a la mutilación voluntaria con el objeto de eludir el servicio militar obligatorio, dice el artículo 299:

El que se mutile o de cualquiera otra manera se inutilice voluntariamente para eximirse del servicio militar incurrirá en la pena de 5 años de cárcel. La misma pena se impondrá al que inutilice a otro con el fin indicado. El conato de inutilización se castigará con recargo en el tiempo de servicios por 4 años.(Capítulo IX.—Inutilización voluntaria para el servicio).

También se halla contemplado el artículo 722:

Artº. 722.—Cometen falta grave.....

4º.—El que, con males supuestos o cualquier otro pretexto, se excuse de cumplir sus deberes, o no se conforme con el puesto o servicio a que fuere destinado en tiempo de paz. En campaña se castigará según el artículo 309.

En los ejércitos extranjeros también existen, en los respectivos Codigos Militares, iguales rigurosas prescripciones disciplinarias con respecto a la simulación y sus derivados; y así el artículo 270 del C. M. francés, el 83 del C. M. alemán y el 294 del C. M. austriaco, son muy similares a los indicados anteriormente y que se hallan consignados en nuestro Código de Justicia Militar.

Para realizar la simulación de una enfermedad se requiere en el autor, tres condiciones importantes:

1º.—Espíritu imaginativo y de observación, para idear primeramente un fraude y segúndo para fijarse de manera cuidadosa en las diferentes manifestaciones de una dolencia y poder imitarla;

2º.—Carácter de teatralidad para poder reproducir de la manera más perfecta el cuadro clínico observado y de modo tal que se asemeje lo más posible a la realidad; y

3º.—Energía suficiente y tenacidad inquebrantable para sostener su papel el mayor tiempo posible.

Fuera de estas tres condiciones, que pudiéramos llamar primordiales y cuyo valor analizaremos más adelante, existen múltiples circunstancias que influyen en la producción, variedad y

probabilidades de éxito, de los actos simulados y son estas las referentes a las condiciones especiales del sujeto y a las del medio ambiente que lo rodea.

Así con respecto al *sexo*, es indudable que el hombre hará más uso de estos medios vedados y fraudulentos en la lucha por la vida, pues es él, el que más tiene que soportar los trabajos y dificultades y es el llamado a buscar los medios de sustento en caso de constituir familia. Pero la mujer se halla en mejores condiciones para la realización de los actos simulados, pues al temperamento más imitativo y a la imaginación más despierta dotes especiales que para el engaño posee este sexo, se aúna también la conciencia que tiene del valor que le proporcionan sus atractivos personales.

En lo que se refiere a la *edad*, en los niños los actos simulados son pocos, y por lo general son enseñados e impuestos por sus mayores con el objeto de implorar la caridad pública. En la vejez también se reduce mucho el número de simuladores, pues el individuo ha perdido la mayor parte de las condiciones para realizar con éxito sus supercherías, contentándose en casi todos los casos con mostrar de una manera exagerada, las dolencias propias de su edad. Es entre los 25 y 45 años en el hombre y entre los 20 y 40 en la mujer, en los que se presentan en mayor proporcionalidad las simulaciones patológicas, pues esta es la edad de las pasiones desencadenadas y de la lucha sórdida de los intereses; en esta época de la vida, es también, en la que el sujeto posee todas las condiciones para representar airosamente el papel que se impone y que está dotado de todas las facilidades requeridas para su inmoral comedia.

La raza influye también, aún cuando pudiera creerse lo contrario, en la producción de las simulaciones; pues indudablemente estarán en diferentes condiciones para realizar estos actos, el frío y flemático sajón, el superficial y astuto galo, el verboso y alegre italiano, el seco y ambicioso germano, el ingenioso y terco hispano, el utilitario y calculador yanki, el helado escandinavo, el supersticioso ruso, etc.«l en una misma nación, dice el Médico Inspecto-«Boisseau, cada uno lleva en su manera de proceder, el espíritu «que caracteriza a la raza; el bretón su tenacidad, el normando su «astucia, el parisien su imaginación fecunda en recursos, etc.» Y entre nosotros mismos, y entre las razas—muy lejos de ser puras—, que integran nuestra población, la que en mayoría existe o sea la india, con su carácter reservado y poco imitativo, pero astuto y terco, presenta pocos casos de simulación de enfermedades, según he tenido ocasión de observar en el ejército, pero los raros que se determinan son muy difíciles de desenmascarar, debido a estas mismas condiciones, propias de la raza indígena. De cuán distinto modo simulan entre nosotros, el mestizo y el mulato, ambos de imaginación más despierta, de inteligencia más clara pero de carácter menos enérgico y firme, que los hacen más fácilmente abandonar y confesar su estratagema.

El estado civil interviene muy poco en la determinación de la simulación, pues tanto en la soltería como en el matromonio o en la viudez, hay circunstancias que obligan al individuo a valerse de

medios subterfugiosos con el objeto de realizar un fin apetecido; pero indudablemente es entre los solteros entre los que se presentan en mayor proporcionalidad los simuladores, pues es la eludición del servicio militar obligatorio uno de los objetos que más se intenta lograr por estos medios fraudulentos, y los llamados por la ley para servir en filas en tiempo de paz, son célibes.

Las profesiones son la causa determinante de más valor en la simulación; y bien se comprende que los individuos que por su ocupación diaria tienen que hacer una vida imaginativa e imitativa, y que por lo tanto tienen especiales hábitos de astucia y de farsa, serán los que en mejores condiciones se hallen para simular enfermedades y por lo tanto procuren emplear con mayor frecuencia estos medios para realizar actos vedados; los comediantes, los pregonadores públicos, los vendedores o agentes viajeros, los abogados y hasta cierta clase de políticos, entran en este grupo. Los médicos, estudiantes de medicina y los individuos empleados en los hospitales, manicomios o asilos, tienen por su parte una excelente escuela adonde escojer los ejemplos para sus simulaciones patológicas.

La instrucción y educación de los individuos tiene también cierto valor en la simulación morbosa y así es más frecuente, y en muy marcada proporción, ver simuladores que saben escribir y leer, que analfabetos; de igual manera es entre los sujetos de una relativa educación, entre los que mayormente se encuentran individuos que se valen de estas argucias. Y esto es racional, si se comprende que para los actos simulados se requiere una buena suma de inteligencia y que ella se halle cultivada hasta cierto límite.

No es tampoco despreciable el factor *carácter* del simulador, pues los individuos excitables, violentos, serán poco aparentes para estos actos y elijirán más bien en la lucha por la vida los medios violentos para vencer; el contrario los sujetos cazurros, astutos, darán lugar a eximios simuladores.

El estado patológico del simulador se nota marcadamente tambien, en esta clase de fraudes, y así se vé que los neurópatas, los alcohólicos, los artríticos, etc. y todos aquellos que tienen un temperamento inestable y alterado por un proceso degenerativo, son los más predispuestos a convertirse en simuladores.

No puede indicarse de una manera precisa si existe una especie de *herencia* en la simulación, pues las estadísticas a este respecto son bastante pobres; pero si es racional creer que haya cierta correlación genealógica entre varios casos de simulación, ya que como hemos indicado más arriba, son los individuos atacados de procesos degenerativos los más aptos para simuladores y bien sabemos que estos procesos se heredan de generación en generación, aumentando su poder destructivo.

La presencia de *enfermedades anteriores* en la historia clínica de los simuladores, es muy frecuente de constatar; pues ellas influyen ya sea debilitando al organismo y haciéndolo inaparente para el trabajo honrado, o ya también presentándole medios para sus fraudes en los mismos síntomas sufridos y experimentados por ellos.

El medio ambiente, por último, imprime en los individuos condiciones más o menos favorables para la simulación; en un medio depravado y en el que el freno moral es desconocido; en un medio superficial, de farza y en el que se hace una vida ficticia; en un medio minado por la pobreza y asaeteado por el infortunio, es indudable que los procedimientos de fraudulencia serán obligadamente empleados para luchar y procurar vencer, revelándose contra los actos normales de la existencia.

La duración del acto simulado es muy variable y depende en primer lugar del logro o no del objeto apetecido; pero no es raro ver individuos que sostienen por muchos meses una farza de esta especie, sin claudicar, aún sabiendo que su simulación está descubierta.

La terminación del acto simulado se hace por la vuelta del individuo al estado normal; pero en muchos casos las simulaciones patológicas suelen concluir de manera bastante grave. Simuladores hay que terminan por padecer realmente de las dolencias simuladas; así individuos que han tratado de fingir ataques convulsivos o contracturas o retracciones musculares, llegan a padecer de ellos. En cuanto a la locura simulada es un cuchillo de doble filo, pues muchos alienados fingidos terminan sus días en una real y cruel locura.

Los actos provocados o exagerados por su parte determinan serios trastornos en muchísimas circunstancias y es frecuente ver individuos castigados muy acremente por haber desarrollado en su cuerpo, afecciones o lesiones banales, que solo creyeron capaces de servir de engaño al prójimo.

Bien se comprende que todas las entidades morbosas que forman la Nosografía Médica y Quirúrgica, son susceptibles, con mayor o menor dificultad, de reproducirse por medio de la simulación; pero entre ellas existe en buen número que son las de preferencia empleadas en esta clase de fraudes.

Se ha intentado clasificar las enfermedades simuladas, pero todos los métodos indicados son a nuestro juicio imperfectos; ordenar la simulación según las causas determinantes, según el beneficio que se pretende obtener o según las formas que se emplean, son clasificaciones demasiado artificiosas.

No teniendo por objeto el presente trabajo hacer un estudio completo de todas las enfermedades por simularse,—tema que por lo demás ha sido ampliamente desarrollado por el Médico militar Dr. Vasquez—,con su sintomatología especial, sus procedimientos de engaño, y los medios para descubrir el fraude en cada uno de los determinados casos, solo nos contentaremos aquí, y antes de abordar las consideraciones médico-legales sobre la simulación, objeto principal de nuestro trabajo, con indicar de una manera rápida las principales afecciones o lesiones susceptibles de simularse, anotando en algunas los medios suterfugiosos empleados, dejando para mejor oportunidad algunos ejemplos observados por el suscrito, en su práctica médico militar.

La alienación mental es una de las dolencias que con frecuencia emplean los simuladores, sobre todo cuando se trata de eludir responsabilidades u obligaciones o de escapar a la sanción social por actos delictuosos cometidos. Casi todas las formas de locura han pagado tributo a la simulación; y así las locuras histéricas y epilépticas, las excitaciones maniacas, las psicopatias sexuales, las múltiples alucinaciones, los delirios parciales o totales, las formas demenciales, etc. y hasta los simples desequilibrios mentales, han dado lugar a ser imitados por la simulación. Bien se comprende que esta clase de fraudes son muy difíciles de sostener, pues raro es el simulador que copia un cuadro completo de alienación mental; por lo general se observa en individuos que padecen de alguna psicopatía incipiente y solo se reduce a aumentar la intensidad de sus manifestaciones, llegando a lo grotesco. Esta clase de simulaciones tiene en sí grandes dificultades para el diagnóstico y son de aquellas que requieren una competencia y preparación especial del parte del médico-perito, quien no debe olvidar los consejos que al respecto nos dá Krafft-Ebing, de que por regla general no debe admitirse a la ligera la hipótesis de la superchería cuando hay duda, admitiéndose más bien para el estudio la realidad de la enfermedad que la simulación.

De las enfermedades generales o constitucionales, se simula la debilidad general, la miseria fisiológica, la anemia, poniendo en todas ellas por parte del simulador una desnutrición por ayuno prolongado; la diabetes y la albuminuria, por medio de sustancias glucosadas o albuminoides adicionadas a la orina; además, síntomas generales aislados como la fiebre, los trastornos del pulso, dolores vagos, diversas neuralgias, etc.

La rabia, la erisipela, por embrocaciones con resina de tapsia u otros análogos; las intoxicaciones provocadas (morfina, opio, haschis, etc).

Las afecciones de la piel y del cuero cabelludo simuladas por medio de pinturas o provocadas por actos diversos; los trastornos de coloración de la piel (cromihidrosis) por medio de sustancias colorantes (índigo, ácido pícrico, etc), como se ha observado muchos casos en la actual guerra europea.

Las múltiples afecciones del aparato de la visión: agudez visual, defectos de acomodación, estrabismo, midriasis (por la atropina). miopía, ambliopía, amaurosis; las conjuntivitis por medio de sustancias irritantes; las cataratas por introducción de agujas finas en el cristalino. (Gavin).

Las afecciones de la audición, entre las que la sordera es una de las más usadas y vulgares; la otorrea por la introducción en el conducto auditivo externo de cuerpo o sustancias extrañas (miel, queso, sangre, etc).

La sordo-mudez.

Los trastornos del aparato respiratorio y anexos: epístaxis, hemoptisis, pólipos (por introducción en las fosas nasales de fragmentos de testículos, riñones u otros órganos de animales pequeños), el ozena (por medio de sustancias fétidas); la tos, la tuber-

culosis, el asma; la tarta-mudez, la afonia y diversos trastornos de la palabra.

De entre las afecciones del aparato circulatorio: las palpitaciones, algunas cardiopatias, y ciertos trastornos de los órganos vasculares (edemas, várices, etc).

Del aparato digestivo la disfagia, las indigestiones, los vómitos, la hematemesis, la enterorragia, las hemorroides, los cólicos, diarreas, las hernias, etc. La icteria, por intoxicaciones con el fósforo o con vinagre y azafrán en un algodón colocado en la axila. (Slocker).

Las afecciones del aparato genito-urinario: uretritis, estrecheces, chancros, varicocele, hidrocele, espermatorrea; la incontinencia de orina, muy continuamente empleada; los cólicos nefríticos, las hematurias, etc.

El aparato locomotor es fuente de muchas simulaciones y las claudicaciones, contracturas, deformidades, desviaciones, &. son frecuentes de observar.

Las afecciones quirúrgicas se simulan muchísimo y se provocan en mayor proporción: los variados traumatismos, las cicatrices, las afecciones del esqueleto óseo, etc.;los flegmones, ulceraciones, etc. provocados intensionalmente, constituyen los recursos más obligados de los simuladores.

Consideraciones medico legales.

Cuatro son las principales circunstancias en las que puede hallarse colocado el médico-legista, para dilucidar problemas sobre simulación de enfermedades

1º.—La simulación de las enfermedades para eludir el servicio militar obligatorio;

2º.—La simulación provocación o exageración de enfermedades para implorar la caridad pública o para explotar las casas de beneficencia;

3º.—La simulación o exageración de enfermedades para obtener el ingreso a las compañías de renta vitalicias; y

4º.—La simulación, de preferencia la locura, para librarse de la sanción penal.

1º.—*Eludición del Servicio Militar Obligatorio.*—El ejército ha dejado de ser en la actualidad y gracias al servicio militar obligatorio, una entidad especial e independiente del resto de la Nación; obligado hoy todo ciudadano a prestar su contingente personal a la patria, ya sea para la constitución de los cuadros del ejército en tiempo de paz, o ya también para los más sagrados deberes de la defensa del territorio y del honor en caso de guerra nacional, el Ejército viene a estár formado por todos los ciudadanos sin distinción de clases ni personas. «El ejército moderno de un estado es la nación en armas» ha dicho muy justamente Deroulède.

Pero para que un individuo vista el uniforme del soldado, es necesario que posea ciertas condiciones de salud y que esté libre

de enfermedades incurables y de defectos físicos que lo hagan incompatible con la pesada y exigente vida militar. Por eso el Estado rechaza a todos aquellos ciudadanos que son inaparentes y los exonera de la obligación de servir en filas; con tal objeto se ha formulado y aprobado un reglamento en el que se hallan consignadas todas las enfermedades incurables y defectos físicos que exceptúan del Servicio Militar Obligatorio. (Reglamento de fecha 2 de Setiembre de 1913).

Bien se comprende que muchos individuos llamados por ley a enrolarse en los cuerpos de tropa, procuran eludir tan sagrada obligación y acojiéndose a estas anteriores disposiciones, simulen dolencias con ese determinado fin; acto que constituye un delito y que se halla castigado con medidas disciplinarias rigurosas.

Es este pues uno de los peritajes más importantes y frecuentes en la actuación del médico-legista, pues en él no solo intervienen los médico-militares, como pudiera creerse, sino también los médicos titulares a quienes por el artículo 9º. del Decreto Supremo del 15 de Marzo de 1915, se obliga a reconocer a los individuos para testificar su aptitud para servir en filas; y aún también a todos los profesionales, pues en la última reglamentación de la ley de S. M. O. (fecha 25 de Enero de 1915) se indica en el artº. 109: que «a «falta de médico titular será reconocido el contingente por un mé«dico civil de la localidad designado por la Junta debiendo perci«bir cinco soles (Lp. 0.500) por cada cinco reconocimientos o frac«ción de dicha cifra; dichos médicos no podrán rehusar el contin«gente de sus servicios en la forma indicada y estarán sujetos a las «disposiciones penales señaladas en el presente reglamento».

Entre nosotros, debemos confesarlo, las simulaciones con este fin son muy pocos frecuentes, pues como ya hemos indicado anteriormente, la mayor parte de los contigentes militares lo constituyen individuos de la raza india, raza poco despierta y que solo en raras ocasiones se vale de estos procedimientos suterfugiosos para eludir el S. M. O. En las otras razas, o productos de mestizaje mejor dicho, las simulaciones son más frecuentes pero más vulgares. En puridad de cuestión, puede decirse, que los casos de simulación se reducen entre nosotros a la exageración y pretextación de afecciones y lesiones. Por lo demás, solo de no tratarse de individuos de la raza india, los simuladores son poco constantes y enérgicos en su comedia, descubriendose muy rápidamente.

La proporción de simuladores en el ingreso a filas ha disminuído también con el menor tiempo de servicios, pues ella era mayor en la época de los 3 a 4 años, dado que ahora solo se exige 2 años de permanencia en el ejército. Dicha proporcionalidad disminuye también la época del llamamiento de los contingentes coincide con crisis de trabajo o mal estado económico de los pueblos y así he tenido ocasión de observar en el año de 1915 que el número de simuladores fué casi nulo, pues a consecuencia de la falta de labores y de la disminución de los jornales, lógica repercusión de la conflagración europea, el individuo encontraba en la vida de cuartel un modo de subsistencia. Por el contrario aumentan las simulaciones cuando los llamamientos se hacen, sobre todo en las pro-

Universidad de Piura. Fuente de América

vincias de la sierra, en épocas de cultivos o de cosechas, pues la gente se resiste al servicio militar por no dejar abandonados sus sembríos.

Por lo demás, los médicos encargados de esta clase de peritajes, tienen a su alcance grandes elementos para desenmascarar a los simuladores, pues cuentan primeramente con el acto de temor que impone al individuo ante las Juntas oficiales que lo califican y que están formadas en su mayor parte por militares (Juntas Revisoras Provinciales y Junta de recepción regionales); además los peritos cuentan con tiempo suficiente para observación y en último caso pueden emplear medios disciplinarios, no coercitivos violentos, con los que pronto el sujeto confiesa su falta.

2º.—*Explotación de las casas de beneficencia o de la caridad pública.*—Los Médicos internos de hospitales y asilos y los practicantes de medicina, encargados de examinar a los individuos que indicando estar enfermos desean auxilios profesionales e ingreso a dichos establecimientos, son víctimas de ciertas simulaciones, practicadas por individuos que intentan lograr un sustento seguro y una vida descansada y sin preocupaciones. Además entre los mismos enfermos ya ingresados a una sala, se vé también con frecuencia a sujetos que, bien tratan de simular los síntomas de una afección ya curada, de simular otra o de provocar o exagerar los síntomas de una dolencia, para poder de tal modo quedar gozando por más tiempo de la vida hospitalaria; son los individuos a quienes el Dr. Villar, con frase ingeniosa, llamaba los *nosocófilos* y que son mucho más numerosos de lo que a primera vista parece.

Otros sujetos se provocan enfermedades o exageran o simulan dolencias, con el objeto de obtener de la caridad pública las limosnas que la conmiseración de tales dolores ha producido; y puede afirmarse sin temor a equivocación, que muchos de los clásicos mendigos de nuestra capital, se ríen en las noches al recontar sus ganancias, de los crédulos a quienes supieron engañar con una parálisis, una impotencia en la marcha o una ulceración.

En todos estos casos los médicos pueden desenmascarar a los simuladores valiéndose de la sagacidad y observación; y si bien para los primeros no hay más sanción que la expulsión de las casas de beneficencia que querían explotar, para los segundos debía haberla y enérgica de parte de la policía, a fin de evitar el engaño y abuso de nuestra clásica prodigalidad.

3º.—*Simulación en el ingreso a las compañías de rentas vitalicias.*—Las compañías de seguros sobre la vida, en guarda de sus intereses, exigen a las personas que deseen poseer una póliza, la más completa salud o que por lo menos no tengan ninguna dolencia crónica o tara patológica que pueda determinar a breve plazo un desenlace fatal, en cuyo caso se vé ella obligado a un inmediato desembolso de una cantidad de dinero, solo percibida en una ínfima proporción. Por tales razones todas estas compañías tienen entre su personal a médicos peritos, los que sujetándose a prescripciones especiales, examinan a los postulantes, descubriendo afec-

Universidad del Perú. Decana de América

ciones y lesiones más o menos ocultas y haciendo, por así decirlo, el balance completo de su salud, en armonía con el que la compañía establece las cuotas que sobre determinada cantidad y por cierto número de años, debe abonar el asegurado.

En tales circunstancias, el individuo que desee ingresar a una sociedad de estas y proceda con venalidad, procurará ocultar o enmascarar las dolencias de que sea portador, para lograr una póliza en mejores condiciones y que él, más que ninguno, sabe será cancelada a breve plazo.

El médico perito en estos casos lleva por lo tanto una gran responsabilidad, porque la compañía, con justa razón, podrà llamar su atención en los siniestros ocurridos a los pocos meses del exámen. Debe pues, ser muy cuidadoso en sus reconocimientos y practicarlos de la manera más completa; tomará antecedentes patológicos, tanto hereditarios como personales; desconfiará de todo síntoma que presente el sujeto, procurando evaluar su intensidad y su relación de causalidad con otros que se constaten y establecer un pronto y seguro diagnóstico; por último, dejará especificado en el respectivo informe todas las circunstancias del examen, y si lo asiste alguna duda, para evitar así posteriores responsabilidades.

Por lo demás, todas las compañías de este giro, tienen por lo menos dos médicos peritos y por lo tanto los exàmenes se harán más completos y con mejores garantías de éxito.

4º.—*Simulación para escapar á la sanción penal.*—Es la simulación de la alienación la que de preferencia emplean los delincuentes, con el premeditado fin de eludir la sanción penal por actos delictuosos por ellos cometidos. Bien se comprende, si consideramos las grandes dificultades que todavía tenemos sobre la diagnosis en patología mental y las muchas lagunas que en la etiología existen, los escollos que el médico-legista tiene que encontrar, para dilucidar casos sobre la simulación de la locura.

Desde luego, no todas las enfermedades que constituyen la especialidad, son compatibles de simularse, ni tampoco todos los individuos están en condiciones para emplear estas simulaciones; por lo general, son los individuos portadores de taras neurológicas los que hacen uso de estas dolencias para simularlas y las psicopatologías más frecuentes están sindicadas en 5 grupos principales, según opinión de INGEGNIEROS (1): maniacos, depresivos, delirantes o paranoicos, episodios psicopáticos y estado confusos demenciales, trastornos mentales que constituyen las reglas de las simulaciones de la locura y cuya frecuencia se halla en las proporciones de 25, 17, 27, 13, y 17 % respectivamente. Como casos extremos se ha observado la simulación en alienados ya curados, el enloquecimiento de los simuladores.

Desde luego, debemos indicar que los simuladores no reproducen el cuadro completo de la entidad neurológica que pretenden

(1) JOSE INGEGNIEROS.—La simulación de la locura. 1906.

imitar, y aún mezclan síntomas de una entidad con los pertenecientes a otra distinta. Son estas tal vez las únicas ventajas con las que cuenta el médico-legista para poder establecer el diagnóstico de la simulación, el que solo puede hacerse teniendo presente ciertos requisitos, en la actualidad por desgracia muy lejos de tenerse en cuenta y cuya realización es de impresindible necesidad. Son estos: 1º.—que la investigación y examen sea hecha por dos peritos, uno de los cuales debe ser psiquiatra; 2º.—que el reconocimiento debe tener lugar en una clínica o lugar especial; y 3º.—que el plazo de observación debe ser indeterminado.

Antes de entrar en el estudio de los medios del diagnóstico que pueden y deben ponerse en práctica para llegar al convencimiento de un caso de simulación, queremos decir cuatro palabras sobre la psicología especial que debe tener el Médico-perito y sobre el papel que el desempeña en esta clase de actuaciones médico-legales.

Los peritos-médicos representan, obedeciendo desde luego a dictados de su conciencia y a la práctica de sus conocimientos, a una colectividad en defensa de la cual actúan. Llámese esta colectividad administración de justicia, ejército nacional, sociedades de beneficencia, institución pública, etc. el médico-perito defiende a la sociedad toda, en una cualquiera de sus manifestaciones. Trata de evitar a los miembros de esa gran colectividad el que sean víctimas de un engaño cuya finalidad no es sino un abuso o un robo, y cuyas consecuencias son la eludición de sagrados deberes y el empecinamiento en la vagancia. Pero el perito no debe obsecionarse en estas doctrinas y llevando su misión más allá de los justo y con un celo exagerado, vaya a determinar consecuencias tal vez más funestas que aquellas que pretende evitar con el puritanismo de sus procedimientos.

El perito debe compulsar delicada y honradamente cada uno de los elementos de diagnóstico, y solo en caso de llegar al convencimiento completo, afirmará un caso de simulación; en los casos de incierta filiación, oscuros e incompletos, debe abstenerse de conclusiones y prorrogar, aplazar para época posterior, toda resolución, hasta poséer todos los medios de certeza. Boisseau dice: «es preferible engañar diez veces, que provocar la condena de un hombre al que no se ha podido reconocer la enfermedad».

En segundo lugar, el perito debe ir a la actuación libre de todo prejuicio y sin la preconcebida idea de una simulación. Nada mas fácil en estos casos, que la auto sujestión, por medio de lo que damos como reales hechos que solo son una obseción nuestra. Ocurre aquí lo que para la diagnosis en general, la que solo es el resultado de síntomas constatados y comprobados, y no la resultante de elucubraciones de orden mental o intuitivo.

Una vez el perito en posesión de algun elemento valioso para afirmar la simulación, no debe dejarlo descubrir al sujeto examinado, sino más bien aceptar como creídas las lesiones o afecciones que trata de simular, pues en el primer caso el simulador esmerará sus medios fraudulentos, aquilatará sus procedimientos de enga-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ño y será más fácil el logro de la convicción del fraude; en el segundo por el contrario, el individuo en la creencia de haber logrado su objeto, abandona, aunque sea momentáneamente, su papel, claudica en alguna de las manifestaciones de la dolencia simulada o se desmiente en algunos de los interrogatorios.

Por último, el experto no debe ser demasiado categórico en sus conclusiones y debe tener siempre presente que el no es un juez, sino el medio el qué los encargados de administrar justicia, pueden interpretar la verdad y medir el delito, y establecer en monto de la sanción.

Procedimientos de diagnóstico.—El proceso de todo diagnóstico médico tiene dos etapas: primera la observación y compulsación de los síntomas que presenta el sujeto (parte objetiva) y segunda una operación intelectual por medio de la que el médico aprecia el valor de cada uno de estos síntomas, los relaciona y deduce la conclusión (parte subjetiva). Pues bien, en el diagnóstico de las enfermedades simuladas, además de este doble proceso, analítico-sintético, si se me permite la frase, tiene el perito que practicar un segundo, sintético-analítico, inverso al anterior y que también tiene dos etapas: por la primera viendo que no es posible relacionar los síntomas observados a una entidad nosológica precisa y sospechando una simulación, los enfoca a una enfermedad la más en concordancia con lo observado y la más posible de ser simulada (parte subjetiva) y por la segunda, vá con esa sospecha, no obseción desde luego, a comprobar nuevamente los síntomas, a asegurarse de su realidad y a procurar desenmascarar al simulador.

Es esta última etapa del segundo proceso, la que concreta la cuestión. No existen desde luego métodos especiales para el examen de los simuladores; pero los indicados y más corrientes, pueden englobarse en tres grupos: *medios de certeza*, por los que el perito afirma un síntoma, teniendo en cuenta su realidad, en vista de las deducciones de los elementos de investigación (fiebre por el termómetro, esputos tuberculosos por el microspcópio, albuminuria o glucosuria por el análisis químico, etc); *medios ae sorpresa* por los que el médico valiéndose de un engaño, convirtiéndose también en simulador, hace caer en contradicción al sujeto (afirmación de un síntoma negativo, etc); y por último *medios coercitivos*, por lo que valiéndose de actos enérgicos se intenta hacer claudicar al simulador (puntos de fuego, pseudo-operaciones, etc). De dichos tres métodos, los dos primeros son los verdaderamente científicos y aconsejados; el último es inhumano y su uso repudiado por todos y solo están autorizados en muy contadísimos casos de enfermedades nerviosas, simulaciones en las qué, existe además, un fondo de patológico sobre el que es necesario actuar.

Empleados estos procedimientos con método; poniendo en práctica los medios propios para cada caso; haciendo un examen metódico, completo y riguroso; dando al principio confianza al sujeto, haciéndole ver después, de una manera indiferente, los erro-

Universidad del Perú. Decana de América

res en que cae; apremiando más tarde ante una contradicción palpable; y amenazando con aire de convencimiento, por último, al poseer todos los elementos de certeza, veremos en la mayor parte de las ocasiones, que el simulador dá su brazo a torcer, titubea, niega, después algo que afirmó y concluye por confesar su estratagema. Cuando no es posible en una sola sesión llegar al convencimiento de la simulación, debe detenerse a tiempo el perito, sin avanzar en un terreno que haga sospechar al sujeto y que lo obligue a futuras y tranquilas maniobras que harían muy difícil después, para el médico la convicción del engaño.

ASOCIACION DE INTERNOS DE LOS HOSPITALES

Sesión celebrada el 1º. de julio de 1917.

PRESIDENCIA DEL SR. F. LEON Y LEON.

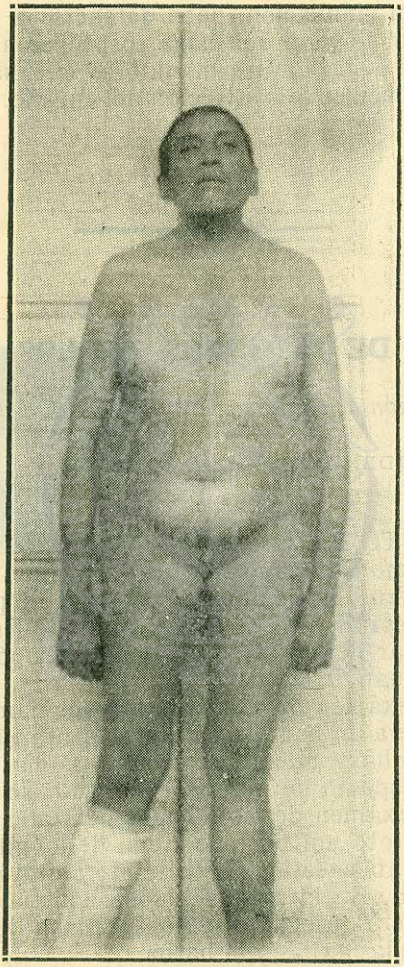
A PROPOSITO DE UN CASO DE ANORQUIDIA.—El señor *José Maldonado* expuso lo siguiente: Enrique Lombraña, mestizo, natural de Trujillo, de 35 años de edad, de profesión zapatero, ingresó al Hospital «Dos de Mayo» el 29 de Enero de 1917 por fractura bimaleolar de la pierna derecha y ocupó la cama Nº. 50 de la Sala «San Juan de Dios».

Al hacer el exámen de este enfermo nos llamó la atención su aspecto general: era un hombre de musculatura fina, senos prominentes, pelvis ancha y miembros inferiores relativamente largos; ofrecía, pues, el aspecto de un *eunuco* o castrado y efectivamente al verificarse el exámen de los órganos genitales encontramos un rudimento de escroto, un pene de 2 cm. de longitud por 1½ cm. de diámetro, no había testículos y el tacto rectal reveló la no existencia de próstata. En la región escrotal existía una pequeña cicatriz en forma de Y griega; la región pubiana desprovista de vellos, lo mismo que las axilas y la barba.

Interrogado el enfermo acerca de su pasado y de la anomalía que presentaba contestó haber sido siempre sano y solamente haber tenido la noticia de que cuando chico había sido operado por un médico.

Hicimos el diagnóstico de *anorquidia bilateral congénita* por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos que ofrecía y por que creímos que la operación a que el enfermo se refería hubiera tenido por objeto ir en busca de los testículos para practicarle una orquidopexia suponiéndolo un criptorquido, operación que está indicada en esos casos.

El interés que despertaba la anomalía de que era portador este hombre, con aspecto y voz de mujer, hizo que se tomaran algunas fotografías, su peso, mediciones, &. y que fuera presentado por el que habla a la «Asociaciòn de Internos de los Hospitales» en la sesión del 25 de Febrero del presente año.



Este hombre pesaba 73 y ½ kilos, medía 1 m. 63 cm. de alto, su pelvis medía 56 cm. de diámetro a la altura de las crestas iliacas y la cintura una circunferencia de 98 c.m. El hecho de ser sumamente raras esta clase de anomalías me hizo emprender este ligero trabajo que tiene por objeto: 1º. pasar en revista las variedades de anorquidia que pueden presentarse y su causa; 2º. tratar de la posibilidad de un diagnóstico en el vivo y 3º. exponer la influencia que tienen las glándulas de secreción interna en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Bajo el punto de vista de las variedades anatómicas se pueden clasificar las anorquidias en cuatro grupos:

1a.—Ausencia del testículo

2º.—Ausencia del testículo, epidídimo y una parte más o menos externa del canal deferente.

3º.—Ausencia de todo el aparato, y

4º.—Anorquidia bilateral.

La Embriología nos dará a conocer el porqué y cómo se generan estas distintas variedades.

La 1a. variedad es rara, solo se conocen 4 o 5 casos.

La 2a. variedad es más frecuente y se han observado varios grados: cuando el cabo central del canal deferente falta, la vesícula seminal del lado correspondiente no existe, sin que por esto falte la extremidad periférica del canal, como lo han observado PATIN y GODART; otras veces falta la porción periférica, terminándose el canal deferente muy cerca del orificio externo del canal inguinal, de un modo análogo al ligamento redondo de la mujer.

La 3a. variedad o anorquidia unilateral completa es muy rara, solo se conocen dos casos citados; uno por VELPEAU y otro por BLANDIN.

En cuanto a la 4a. variedad, que es la que nos ocupa, solo ha sido observada 7 veces.

Mientras que en la anorquidia unilateral no hay más que asimetría escrotal, en la anorquidia bilateral los órganos genitales externos han sufrido modificaciones más acentuadas, como nos la presenta nuestro enfermo, tales son la atrofia del pene, ausencia o atrofia del escroto & y además de estas modificaciones el individuo ofrece los caracteres generales del *eunuco*.

Las funciones genitales y la conformación orgánica del anorquidio unilateral son normales; en cambio están profundamente trastornadas en el anorquidio bilateral, el cual es impotente, infecundo y presenta todos los atributos del sexo femenino. Son estos los llamados *eunucos naturales*. Los criptórquidos bilaterales poseen los atributos del sexo masculino.si bien que ellos son infecundos.

Ahora veamos la manera como se originan estas anonalías.

El embrión es hermafrodita en lo que se refiere a sus órganos genitales internos y la Embriología nos enseña que los cuerpos de WOLFF y los conductos de MULLER que están adosados a su cara antero-interna, coexisten colocados a cada lado de la columna vertebral.

Los cuerpos de WOLFF dan origen por su parte externa a una bandeleta longitudinal, un cuerpo tubular, que es el canal de WOLFF.

Al lado interno de cada cuerpo de WOLFF aparece una eminencia, *eninencia genital o germinal*, de origen mesodérmico, revestida de un epitelio cilíndrico, alto, de aspecto característico, al que se le ha llamado *epitelio germinativo*. Esta *eminencia genital* es la que después por un proceso de diferenciación, va a dar lugar ya sea a un ovario, ya sea a un testículo. Esta diferenciación tiene lugar hácia la 5a. semana del desarrollo embrionario.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El canal de WOLFF, cuyo origen y situación hemos visto, y el conducto de MULLER acompañan con su desarrollo o atrofia la diferenciación sexual de la *eminencia genital*: si ésta dá origen a un testículo, el canal de WOLFF se desarrolla y dá origen al epidídimo y al canal deferente; mientras que el conducto de MULLER se atrofia; pero si la *eminencia genital* se diferencia constituyendo un ovario entonces el conducto de MULLER se desarrolla a su vez y fusicnándose con su homólogo del lado opuesto dá origen a las trompas y útero, mientras el canal de WOLFF se atrofia.

Estos datos embriológicos nos dan la razón de ciertas anomalías en el desarrollo de los órganos genitales y, en el caso de anorquidia, nos explican sus variedades; así puede faltar el testículo por falta de desarrollo de la *eminencia genital*; puede faltar además el epidídimo y parte del canal deferente cuando además de la falta de desarrollo de la *eminencia genital* ha habido también falta de desarrollo en alguna porción del canal de WOLFF; la ausencia de todo el aparato genital unilateral o anorquidia unilateral quedaría explicada por la falta completa de desarrollo de los dos elementos que le dan origen y por último en la anorquidia bilateral la anomalía de desarrollo ha tenido lugar simétricamente a ambos lados. Esto en los casos de anorquidia congénita. El caso a que nosotros nos referimos no encuadra en ninguno de los casos antes citados; nuestro enfermo es un anórquido pero su anomalía es de origen traumático, no es congénita: es un *eunuco*; pero tiene la importancia de haber sufrido su traumatismo a las 6 u 8 horas después de nacido y presentar por esto los trastornos pluriglandulares endócrinos que se revelan por la alteración de los caracteres sexuales secundarios, de lo que nos ocuparemos después.

En efecto, el Sr. José Marcos Luján, que ha residido en Trujillo, nos ha suministrado los siguientes datos: Hace 35 años, según sus cuentas, que en las inmediaciones de Trujillo hizo alto por la noche, un regimiento de caballería al cual acompañaban algunas mujeres, allí debe haber tenido lugar el parto de algunas de ellas puesto que al amanecer del siguiente día, después que el regimiento continuó su marcha, fué encontrado por los vecinos del lugar un niño de quien los chanchos habían hecho presa. Este niño, que había sufrido la mutilación del escroto y su contenido, fué llevado a casa del Sr. Tomás Lombraña y en casa de este Sr. fué asistido por el Dr. BRANDARIZ quien procuró la cicatrización de la herida escrotal.

Estos datos los hemos obtenido de una manera casual y los consignamos para que completen la historia de nuestro enfermo.

El diagnóstico de la anorquidia en el vivo ha sido objeto de discusiones por cuanto no se podía tener bajo el control de la vista órganos cuya completa ausencia se suponía o se dudaba y tal vez también por que el estudio de las secreciones internas, de las *hormonas*, no se había hecho; es por esto que GRUBER a las anorquidias observadas en el vivo les llamaba anorquidias aparentes. Nosotros pensamos lo mismo siempre que se trate de anorquidias unilaterales; pues ya hemos dicho que los criptórquidos bilatera-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

les, pese a los atributos del sexo masculino, son únicamente infecundos; en cambio los anorquidos bilaterales ofrecen alteraciones profundas en el desarrollo de sus órganos genitales externos, que son rudimentarios, infantiles, si se quiere y si agregamos a esto la existencia en ellos de los caracteres sexuales secundarios femeninos, tenemos ya una base somática en que fundar el diagnóstico; además el anórquido bilateral, considerado fisiológicamente, es impotente e infecundo; es por esto que podemos concluir con GODART que aquellos impotentes ,infecundos, con rasgos generales femeninos son verdaderamente anórquidos, pues en ellos las secreciones interna y externa de sus órganos genitales no existen; es decir, pues, que en ellos no funciona su glándula diastemática, de secreción interna, bajo cuya dependencia están sus caracteres sexuales, ni su glándula genital de secreción externa, a la cual corresponde la conservación de la especie.

Nuestro enfermo corresponde a esta clase, es decir, a la de aquellos en los cuales no existe secreción interna ni externa y es por eso que no vacilamos desde el primer momento para calificarlo de anórquido.

Los estudios referentes a la secreción interna del testículo datan, como sabemos, desde la época de las observaciones de BROWN SEQUARD en 1,889; pero BROWN-SEQUARD pensaba que esta secreción era influenciada por la actividad de las células generatrices y pretendía que las exitaciones genésicas moderadas no seguidas de eyaculación, servían de estímulo a las células testiculares favoreciendo su secreción interna. Hoy se tiene una idea muy distinta: el testículo posee dos funciones completamente independientes y a esta dualidad fisiológica corresponde también una dualidad anatómica. La Histología descubre en el testículo dos partes: una formada por los canalículos espermáticos, glándula genital, y otra constituída por masas de células voluminosas, avecindadas a los vasos sanguíneos y linfáticos, en donde deben verter su producto de secreción constituído por granulaciones grasosas, masas lipoidics, cristales, pigmentos &, esta es la glándula intersticial.

El papel que le está encomendado a esta glándula es doble: de un lado la protección de la glándula genital y de otro lado asegurar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Las experiencias de METCHNIKOFF han demostrado que inyectando bajo la piel de un cobayo espermatozoides de otro animal de la misma especie, se provoca el desarrollo de anticuerpos en la sangre de este cobayo, de tal manera que el suero adquiere propiedades espermatolíticas; sin embargo, los espermatozoides contenidos en el testículo, en los conductos seminíferos, del mismo cobayo o de otro al que se le inyecte el suero espermatolítico no sufren alteración alguna, debido a que el testículo posée una antiespermatolisina. Los resultados obtenidos *in vivo* concuerdan con los hechos observados *in vitro*; ciertos tóxicos como la nicotina que en solución de 1 x 2.000 detiene inmediatamente el movimiento de los espermatozoides, queda sin acción sobre ellos si a la solu-

ción se le agrega extracto de testículos. Esta función, como se comprende, no puede menos que ser de una gran importancia.

La influencia que esta misma glándula ejerce sobre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios había sido enunciada desde 1,896 por RINKE, estudiada después en 1801 por LOISEL y otros y finalmente estudiada de un modo definitivo por ANCEL y BOUIN, siendo la observación de los animales criptórquidos la que ha aportado sobre este asunto interesantes conclusiones.

La mayor parte de los animales criptórquidos conservan los atributos del sexo masculino y poséen sus aptitudes genésicas normales. ANCEL y BOUIN que han examinado varias decenas de casos de criptorquidios en chanchos, caballos, & han constatado en ellos la ausencia de la glándula seminal y la presencia de la glándula intersticial.

En el hombre naturalmente las observaciones son menos numerosas pero concuerdan de manera exacta con las que se han llevado a cabo en animales. Dos casos pueden presentarse: o el criptórquido tiene la apariencia de un *eunuco* o tiene el aspecto de un hombre normal. Si la teoría es exacta, la glándula interstitcial debe estar atrofiada en el primer caso y bien desarrollada en el segundo. Esto es justamente lo que se ha observado.

Por la experimentación ANCEL y BOUIN llegan a los mismos resultados; ellos practican la ligadura del canal deferente en ambos testículos de animales tiernos, determinan la atrofia de la glándula genital, pero esto no impide el desarrollo normal de los órganos genitales externos ni el de los caracteres sexuales secundarios.

La acción de los rayos Rontgen sobre el testículo estudiada por BERGONIE, TRIBONDEAU y otros, los lleva a las mismas conclusiones.

Todos estos hechos concuerdan y nos hacen admitir que el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios se halla bajo la dependencia de la glándula intersticial.

Ahora se nos ofrece mirar estos hechos bajo otro punto de vista, a saber ¿Porqué en el individuo al cual se le suprime en temprana edad su secreción interna testicular aparecen los caracteres sexuales secundarios del sexo opuesto? ¿Cómo actuaría la secreción interna del testículo? El embrión como hemos dicho ya, es hermafrodita en los primeros estadíos de su desarrollo; es natural suponer que al verificarse en él la diferenciación sexual, los elementos que hubieran dado origen a los caracteres del sexo opuesto, no desaparecen del todo sino que continúan en un estado latente, inhibidos por la secreción interna del testículo.

Las opiniones vertidas a este respecto tienden a dar una gran importancia a la secreción interna de otros glándulas, como las suprarenales, la hiposfisis y el cuerpo tiroides.

ROBINSON y REGNAULT en 1,911 emitieron las hipótesis de que la determinación del sexo del embrión dependían de las secreciones internas de la madre, especialmente de la secreción suprarenal. Para otros autores el hiperfuncionamiento suprarrenal gravídico influiría en el desarrollo del sexo masculino y el hipofuncio-

namiento de estas mismas glándulas originaría el desarrollo del sexo femenino.

Sea de ello lo que fuere, lo cierto es que hasta la época de la pubertad los caracteres sexuales secundarios permanecen indecisos; viene la pubertad y con ella se definen estos caracteres exteriores.

Los estudios hechos últimamente a este respecto hacen desempañar a las glándulas de secreción interna un papel importante en el desarrollo de la pubertad; parece que deben considerarse dos grupos de glándulas de funcionamiento antagónico: suprarrenales, hipófisis y cuerpo tiroides ejerciendo una infuencia positiva en el establecimiento de la pubertad y otro grupo constituido por el timo y la epifisis cuyo funcionamiento exagerado le sería dañoso, no solo bajo el punto de vista físico sino también psíquico. De manera pues que hoy se tiende a admitir que si la secreción interna del testículo ejerce una marcada influencia en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, las demás glándulas de secreción interna contribuyen al mismo fin, despertando el momento en que estos caracteres deben definirse.

El Señor *Bambarén*, manifestó que los intentos de explicación del determinismo del sexo por medio de las glándulas se secreción interna habían fracasado: que las investigaciones de Robinson repetidas por otros experimentadores no condujeron a idéntico resultado, por lo que en la actualidad domina la idea de que el sexo es determinado en el mismo momento de la fecundación, sin que ningún factor pueda modificarlo. En efecto, se ha demostrado por los estudios de Montgomery principalmente, que existe en la cromatina de los elementos sexuales un cromosoma individualizado por su tamaño, que se denomina cromosoma accesorio que es el que preside el determinismo del sexo. En el hombre, por ejemplo, antes de la división reductora que originará el espermatozoide se encuentra una cifra par de cromosomas iguales y un cromosoma accesorio, cromosoma X; pues bien, al realizarse la maduración se constituyen dos clases de espermatozoides: unos que tienen una sola clase de cromosomas que según parece determinarán los machos, y otros que poseen el cromosoma X y que producirán las hembras.

El papel de las glándulas de secreción interna queda reservado para hacer ostensibles los caracteres sexuales secundarios, sin que sea una sola la encargada de esta función, pues, el sistema endocrino trabaja solidario y toda disfunción de uno de sus componentes repercute sobre todo el sistema, de tal manera que los sindromas endocrinopáticos casi siempre son pluriglandulares.

REGLAMENTACION DE LA PROSTITUCION

Informe de la Comisión de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia

Señor Director:

El Intendente de Policía, en el empeño de hacer profilaxia social, y en la imposibilidad de aislar en la carcel de Santo Tomás a las mujeres que ejercen la prostitución, se dirije a Ud. el 22 de Mayo de 1914, solicitando «la inmediata hospitalización en el Hospital de «Santa Ana» de aquellas mujeres cuyo estado de salud exije, su aislamiento y curación».

Vuestra Comisión especial compuesta de los Sres. Osma, Molina, y Cancino, informó el 12 de Julio de 1914, que: «siendo la Sociedad de Beneficencia una institución oficial, no le es posible, sin previa dación de leyes especiales, que reglamenten la prostitución, coadyuvar en otra forma que sea el de asegurarle facilidades dentro del orden de cosas».

Posteriormente el Jefe de la Asistencia Pública, se dirije al Prefecto del Departamento solicitando «la hospitalización *con reclusión* de las mujeres enfermas, hasta que se haya demostrado clínica y bacteriológicamente su inofensividad, desde el punto de vista venéreo» y proponiendo que pueda adaptarse un local para tal fin, con un gasto de Lp. 182 o gestionar por ésta suma u otra menor, que dicha hospitalización se realice por la Beneficencia, asegurando que siempre las mujeres estarían perfectamente recluídas». El Sr. Ministro de Justicia solicita informe de la sociedad de Beneficencia Pública de ésta capital, sobre la nota del Director de la Asistencia Pública.

La Comisión de Hospitales presidida por el Sr. Vice-Director, ha contemplado, bajo sus diversos aspectos, el problema muy complejo que se somete a su informe y trás detenida deliberación reproduce en todas sus partes el informe, que la Comisión especial dictaminó el 13 de Julio de 1914, sobre el particular.

En efecto, no es posible, sin una ley que reglamente la prostitución, *recluir a las enfermas* que el comercio genesico ocasione.

La generalización de la sífilis y el mal venéreo, no solo en Lima y el Callao, sino en los otros departamentos de la República, amenaza al individuo, la familia y la raza; compromete nuestro crédito sanitario, señalandose a nuestro primer puerto como grave amenaza para el arribo de la marinería yanqui.

Son pues, dignos de aplauso, los propósitos de las autoridades locales, para limitar por el aislamiento y la curación de las mujeres infectadas los estragos que éstas enfermedades ocasionan.

La prostitución tan antigua como la historia de la humanidad, es un mal necesario e inevitable; la higiene moderna dicta sus pre-

ceptos para su normal funcionamiento; la profilaxia anti-venerea es uno de los principales capítulos de la salubridad pública y un deber nacional.

Desgraciadamente entre nosotros, con espíritu muy conservador de respeto a la libertad individual y la inviolabilidad del domicilio, ha fracasado, más de una vez, los esfuerzos de los hombres de ciencia, que han señalado los males muy hondos que la prostitución libre ocasiona en el Callao y Lima, y han propuesto su reglamentación.

Hoy que la voz de alarma parte de las autoridades políticas, hoy que la evolución de las ideas ha señalado la defensa social, como al primordial deber de los poderes del Estado, hoy que el derecho de los menos es y debe ser pospuesto a los de la colectividad, debe abordarse el gran problema del saneamiento social; debe reglamentarse la prostitución.

La Dirección de Salubridad, por el espíritu de la ley de su creación, es la llamada a realizar la profilaxia anti-venerea en la República; es ella quien debe organizar un cuerpo de policía sanitario, que conciente de sus deberes, destierre los procedimientos actuales de persecución y de véjamen para las pobres mujeres, que dislocadas de la vida normal, son arrojadas al comercio sexual; es la que debe organizar un Preventorium o Dispensario, donde se informe al pueblo ignorante, acerca de los estragos que las sífilis y la blenorragia ocasionan y el medio de precaverse; y por último ella debe tener a su cargo el Sifilicomio, que necesariamente se impone para la asistencia con reclusión de las contaminadas; asistencia que debe ser humana y discreta para no lastimar las legítimas suceptibilidades y el pudor que aún acompañan a las más depravadas.

Para la realización de éstas medidas se hace, pues, indispensable que la ley autorice la profilaxia de los males que la prostitución propaga, profilaxia que no debe limitarse al sexo femenino sino también al masculino; igualmente responsable es el hombre como la mujer, no es justo recluir al uno y dejar en libertad al otro, sembrando el mal por doquiera. En países mas adelantados, la ley declara acto criminal al que, conciente de su enfermedad, contagia por el comercio sexual.

La Asistencia Pública que actualmente hace ensayos por limitar el mal, debe ser dependencia de la Dirección de Salubridad, no solo porque debe formar un cuerpo, sino por interés de orden científico.

La Sociedad de Beneficencia, en el camino de progreso en que marcha, y comprendiendo los estragos de la sífilis, y la blenorragia, ha organizado en sus hospitales, salas destinadas unicamente para éstas enfermedades; así en el Hospital «Dos de Mayo», la Sala de San Andres y el Consultorio de Venereología y Dermatología y en el de «Santa Ana» la de San Miguel; la Sociedad de Beneficencia cumple su misión y esta dispuesta a secundar la labor del Estado.

Para concluir, vuestra Comisión opina insinuar al Gobierno, obtenga del proximo Congreso por reunirse, la ley de reglamentación de la prostitución y que la Dirección de Salubridad organice el Dispensario y el Sifilocomio, que son indispensables para que el

cumplimiento de la ley en proyecto, de los beneficios que es de esperarse; salvo mejor acuerdo de Ud.

Lima, Febrero 26 de 1917.

MANUEL A. OLAECHEA.—MIGUEL C. ALJOVIN.—W. F. MOLINA.—ESTEBAN CAMPODONICO.—ENRIQUE ARIAS SOTO.—TEOBALDO CANCINO.

PRENSA MEDICA AMERICANA

(DE NUESTROS CANJES)

ESTADOS UNIDOS

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.—(Mayo 1917).

1. CARP BECK. «*Hipospadias y su tratamiento.*

2. N. M. PERCY. «*Anemia perniciosa con especial referencia a su tratamiento quirúrgico.*»—No sabemos por que un caso dado de anemia perniciosa evoluciona mejor cuando se ha extirpado el bazo. Hasta ahora no se ha observado en el bazo una patología constante y característica. Las alteraciones anatómicas encontradas son las de un proceso infeccioso cualquiera y se manifiestan por fibrosis del órgano y un aumento moderado de linfocitos: La fagocitosis de hematies degenerados es mucho más pronunciada. Parece, pues, que existe en el bazo un proceso que causa la destrucción de los glóbulos rojos. A juzgar por los estudios recientes parece posible que el estreptococo dotado de propiedades hemolíticas es el agente responsable de la anemia perniciosa.

No cabe duda de que la anemia perniciosa es una enfermedad hemolítica, pero ignoramos donde y de qué manera tiene lugar la hiperhemolisis. Debe hacerse nuevas investigaciones clínicas y experimentales para determinar la verdadera naturaleza del agente hemolítico y su foco de origen.

Se ha dicho que la hemolisis progresiva no se debe a una alteración del bazo, sino a la formación de una toxina, resultado de una infección, que sensibiliza las hematies haciéndolos más suceptibles de ser destruídos por el bazo. Se ha supuesto también que los hematies son sensibilizados por el bazo y destruídos después por el hígado, los ganglios linfáticos y la médula ósea. Sin embargo queda firme el hecho de que la esplenectomía produce la cesación de la hemolisis, indicando que el bazo es por lo menos un importante eslabón de la cadena necesaria para la producción de la enfermedad.

Aunque ningún cirujano puede decir que por la esplenectomía ha curado radicalmente un caso de anemia perniciosa, es evidente que los beneficios derivados de la cirugía son mayores que

los que provienen de otros medios terapéuticos. Esta evidencia, unida al fracaso de la medicación interna, es argumento poderoso para clasificar la anemia perniciosa como una enfermedad quirúrgica. Su cirugía no se reduce a la simple esplenectomía; el tratamiento que el A. recomienda es el siguiente:

Transfusiones de sangre pura, múltiples y abundantes; tratamiento de todos los focos de infección local que se presenten; y laparotomia para la extirpación del bazo y de otros órganos que muestren alteraciones debidas a una infección crónica.

Aunque de la aplicación de este método no resultan curaciones definitivas, parece que ofrece el medio más rápido y seguro de obtener una remisión de la enfermedad, aún en los casos más extremos.

3. G. E. ARMSTRONG. «*Cancer del intestino grueso*».

4. C. H. PECK. «*Cáncer del estómago*».

5. WILLY MEYER. «*Cáncer de la mama*».—En este extenso artículo, el A. describe los dos cuadros patológicos prominéntes del cáncer del seno: el carcinoma escirroso y el carcinoma medular. Hace la cumplida historia de la operación radical por cáncer de la mama; compara los dos grandes tipos de intervenciones, el de HALSTEAD en el que se trabaja desde el esternón hasta la axila y el de WILLY MEYER que comienza en la axila y termina en el esternón. Estudia las variantes de la incisión de la piel, que fueron propuestas por WARREN, JACKSON, HANDLEY, RODMANN y STEWART. Entra en interesantes consideraciones sobre la importancia de no invadir el área infectada, sobre la extirpación total de los pectorales, la extirpación de los ganglios supra-claviculares, la influencia de la edad sobre la virulencia de la enfermedad, sobre el cáncer de glándulas mamarias aberrantes; trata del diagnóstico diferencial con la mastitis crónica quística y la mastitis crónica supurada, de los grandes quistes solitarios de la mama, etc.

Presenta una estadística de 125 enfermas operadas, de las cuales 4 murieron pocos días después de la operación; no le ha sido posible conocer la suerte de todas las 121 enfermas restantes, solamente conoce la evolución de 68 de ellas; 36 no sobrevivieron a la operación más de tres años y medio, 22 gozan de salud habiendo sido operadas hace más de cuatro años y menos de veintidos.

Con estos datos el A. concluye: La operación radical por carcinoma del seno, tal como se le practica hoy, ofrece grandes esperanzas de una operación permanente, especialmente si interviene al principio de la enfermedad, cuando el mal todavíano ha pasado de los límites del órgano afectado y del grupo ganglionar correspondiente a la región enferma.

6. C. J. WALLACE. «*Transplantación del embarazo ectópico desde las trompas hasta la cavidad del útero*».—Presenta un caso que muestra que esta intervención puede hacerse con éxito.

7. J. T. CASE. «*El estado presente de la radioterapia en el tratamiento de los tumores malignos profundos*».

8. G. E. PFAHLER. «*El estado actual de la radioterapia en el tratamiento de los tumores malignos profundos*».

9. J. H. RISHMILLER. «*Hernia a través del triangulo de Petit*»

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

10. M. T. GOLDSTINE. «*Esterilidad en la mujer*».
11. L. E. SCHMIDT. «*Esterilidad en el hombre*».
12. V. D. LESPINASSE. «*Esterilidad en el hombre*».
13. M. S. HENDERSON. «*Tuberculosis vertebral: resultados de su tratamiento operatorio*».—Las operaciones de HIBBS y de ALBEE, que tienen por objeto anquilosar las vertebras enfermas, no son operaciones radicales que extirpan el foco tuberculoso. Los enfermos sometidos a estas intervenciones deben estar en buena condición general; la sola paraplegia no es una contraindicación. Estas operaciones no son peligrosas por sí mismas. Una selección cuidadosa de los enfermos, dará una gran proporción de curaciones y acortará considerablemente el período de tratamiento.
14. R. H. HARRIS. «*Teratoma carcinomatoso del ovario con pubertad prematura y desarrollo somático precoz*».

FACULTAD DE MEDICINA

Sesión celebrada el 15 *de junio de* 1917

Presidida por el Decano y con asistencia de 21 catedráticos sesionó la Facultad.

Prestó el juramento de estilo para ejercer la profesión de médico y cirujano el señor Luis de la Flor.

Obtuvieron el grado de bachiller los siguientes señores:

José G. Perea, título de la Tésis: «*La oxigenación del organismo como medio terapéutico, curativo y profilactico en la gangrena gaseosa,*» y

Lizardo Lozada que presentó la tésis intitulada: «*Contribución al estudio de las leishmaniasis peruana*».

Sesión celebrada el 16 *de julio de* 1917.

Con la concurrencia de 25 catedráticos y presididos por el Decano se abrió la sesión.

Prestaron el juramento para ejercer la profesión los Señores Leon M. Vega y Herminio Castañeda.

Se confirió el grado de Bachiller a los siguientes: Amadeo Robles, título de la tésis: *Algunas consideraciones sobre la litiasis biliar.* M. Fernandez Pereyra: *Contribución al estudio del sindrome de Basedow* y F. Torres Muga: *Contribución al estudio de los quistes hidáticos del higado.*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América