Año 1905 **Núm. 1600**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SIMULACIÓN DE LAS AFECCIONES

DE LOS

Aparatos de la audición y visión en el Ejército Argentino

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA

POR

VITELMO A. CARBAJAL

EX-ALUMNO DE LA ESCUELA DE SANIDAD MILITAR
EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1905

SIMULACIÓN DE LAS AFECCIONES

DE LOS

APARATOS DE LA AUDICIÓN Y VISIÓN EN EL EJÉRCITO ARGENTINO

Año 1905 **Núm. 1600**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SIMULACIÓN DE LAS AFECCIONES

DE LOS

Aparatos de la audición y visión en el Ejército Argentino

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

EN MEDICINA

POR

VITELMO A. CARBAJAL

EX-ALUMNO DE LA ESCUELA DE SANIDAD MILITAR

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

LAS CIENCIAS

LÍBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1905

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eufemio Uballes.

Vicedecano

Dr. D. Pedro Lagleyze.

Académicos Titulares

Dr. D. Lepoldo Montes de Oca.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Jacob de Tezanos Pinto.
» » Eufemio Uballes.
» » Juan R. Fernández.
» » Enrique E. del Arca.
» » Pedro N. Arata.
» » Manuel Blancas.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luís Guemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
» » Eduardo Wilde.
» » Martín Spuch.
» » Telémaco Susini.
» » Emilio R. Coni.
» » Olyntho de Magalhaes

Secretarios

Dr. D. Zenón Aguilar.
Dr. D. Carlos Robertson.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITUTARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botanica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza. (lic.)
Anatomía descriptiva	» Juan José Naón
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero (con lic.)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Julio Méndez
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Juan B. Justo
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga (lic.)
Medicina legal	» Francisco de Veyga (lic.)
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico practica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma M. Herrera Vegas
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Enrique Corbellini Daniel J. Cranwell Nicolás Repetto Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri (en ejercicio)
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ignacio Allende Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A Pardo Enrique Zárate Miguel Z. O'Farrell
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr.	Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada.....	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Quimíca analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada.....	»	Vacante
Química orgánica aplicada.....	»	Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso).....	»	Vacante
Técnica farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica (segundo curso)y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr.	Juan R. Fernández (con lic
Parto distócico y clínica obstétrica.....		

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica....	Fanor Velarde (en ejercicio)
Parto distócico y clínica obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR RAMÓN GIMÉNEZ

A MIS QUERIDOS PADRES

A MIS HERMANOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

El tema que he elegido para cumplir con la última prueba que exige nuestra Facultad de Medicina, es uno de aquellos que interesan sobre manera al médico militar, el cual tiene que resolver en su práctica médica en el ejército, un problema grave y difícil en muchos casos, cual es los hábitos particulares del soldado á la simulación de enfermedades.

Hubiese deseado hacer un estudio de todas las enfermedades simuladas, pero teniendo en cuenta lo extenso que resultaría ese trabajo, para tratarlo con la detención y competencia que merece por su importancia, me he limitado á estudiar aquellas afecciones por las cuales los simuladores tienen especial predilección, por no requerir por parte de éstos sino inercia y perseverancia y no así el concurso permanente y activo de la inteligencia y de la voluntad.

La observación de muchísimos casos de simulación en el ejército, convencido de su frecuencia cada día en aumento, y de los perjuicios que trae aparejado esta clase de fraude que relaja la disciplina, y en el deseo de hacer algo en bien de nuestro ejército, es lo que ha impulsado á presentaros este trabajo, el

cual lo entrego con la sinceridad del discípulo que, comprendiendo las medidas de sus fuerzas, trata el tema abordado como reflejo de enseñanzas adquiridas, y os pido que en vuestro juicio sobre mi trabajo seais indulgentes por sus deficiencias y omisiones.

Aprovecho esta ocasión propicia para expresaros, señores Profesores, mi más profundo agradecimiento por los elocuentes consejos y sabias lecciones recibidas, las cuales han de servirme de guía en la difícil carrera en que voy á iniciarme.

Al distinguido cirujano del ejército doctor Ramón Giménez, mi eterno reconocimiento por el alto honor que me hace de acompañarme como padrino de esta tesis, y por los conocimientas prácticos recibidos durante los años que fuí su interno.

Al doctor José María Cabezón y al distinguido médico interno del Hospital Militar, doctor Esteban P. Adaro mi sincero agradecimiento y cariño.

Al doctor Domingo S. Cavia mi gratitud imperecedera por la valiosa ayuda que me ha prestado en este trabajo.

———

CAPÍTULO I

CAUSAS SOCIALES, GREMIALES Y PERSONALES DE ESTA SIMULACIÓN

La simulación de enfermedades, uno de los medios fraudulentos de lucha por la vida, considerada bajo el punto de vista médico legal, comprende fenómenos muy diversos.

Según Slocker, *simular* una enfermedad es fingir las manifestaciones comunes del proceso simulado; *disimularlo* es ocultar las manifestaciones sintomáticas con que la enfermedad real perturba las funciones biológicas; *pretextarla* es referir las manifestaciones patológicas, procurando demostrarlas incompatibles con determinadas funciones; *provocarla* es ponerse en las condiciones etiológicas necesarias para hacer patológicas una ó varias funciones normales; *exagerarla* es presentar con mayor intensidad y número el conjunto de síntomas clínicos de la enfermedad existente.

Se ve claramente que todos estos conceptos parciales entran de lleno en el calificativo general de simulación.

Se han hecho muchas clasificaciones de las enfermedades simuladas, pero ninguna puede servir de

base á un estudio de conjunto sobre éstas, pues una misma enfermedad puede entrar en varios grupos en cada clasificación, porque la misma afección puede ser simulada, pretextada, disimulada, etc.

Sería más racional y práctico examinar á propósito de cada enfermedad de los diferentes aparatos y órganos, los géneros de simulación de que son susceptibles; es lo que haré al ocuparme de las afecciones simuladas del oído y de la vista.

Una gran cantidad de causas puede motivar la simulación, pudiendo decirse que son tres las formas principales que pueden abarcar en sí casi todas las cuestiones médico legales relativas á las enfermedades simuladas.

La primera, la más común é importante, es la efectuada por los conscriptos que tratan de exceptuarse del servicio militar; de ésta sólo nos ocuparemos en el presente trabajo.

La segunda es practicada por falsos mendigos con el objeto de explotar la caridad pública.

La tercera consiste en la simulación de enfermedades mentales, con el objeto de eludir la acción de la justicia penal; es practicada por delincuentes que se encuentran procesados.

Según Marc, el incivismo y la inmoralidad encierran en si todo los motivos que pueden inclinar al hombre á la simulación.

En los pueblos civilizados, donde las costumbres é instituciones se refinan, pero que también se depravan, las causas de simulación no desaparecen, sino que

se modifican, y así ciertas circunstancias de nuestra vida social se vuelven causas frecuentes de tentativas de fraude.

Para Boisseau la realización de cualquier acto útil ó de interés puede determinar la simulación.

Esta verdad general no debe tomarse en un sentido absoluto, pues existen sujetos que simulan impulsados por causas patológicas ó por simple deleite.

Que se estudie bajo el punto de vista de la medicina legal, civil ó militar, la simulación de enfermedades obedece siempre á las mismas causas: el interés y la pasión.

El campo abierto á la simulación es vastísimo y las ocasiones de practicarlo frecuentes.

Estudiando las causas de simulación de las afecciones del oído y de la visión en el ejército, diré que son las mismas que las de otras afecciones simuladas, pudiendo dividirlas en causas sociales, gremiales y personales.

Si consideramos las causas sociales que obran para que un individuo trate de eludir el servicio militar, vemos que si bien es un delito simular enfermedades cuando la patria está en peligro y necesita el concurso de todos sus hijos para defenderla, este sentimiento patriótico ha seguido su evolución sociológica. Así como los pueblos prosperan en civilización, las formas de lucha por la vida se modifican y los medios en ello empleados se transforman.

Las nuevas formas de organización económica ha aumentado considerablemente la producción de los

pueblos, de manera que á la guerra armada para conquistar las fuentes naturales de riqueza, tiende á substituirse por la conquista de los mercados, para dar salida al exceso de producción nacional.

Es por eso que la guerra entre pueblos civilizados tiende á hacerse cada vez rara, pues está en contradicción con la misma civilización, así se explica que muchos individuos, convencidos del carácter inútil y pernicioso de la guerra entre naciones civilizadas, traten de eludir el servicio militar obligatorio, que está en abierta riña con sus más íntimas convicciones.

Si consideramos que en muchos individuos empapados con sus ideas socialistas, el sentimiento patriótico ó de solidaridad social se ha substituído por el de humanitarismo, y si á esto agregamos que el socialista Hamón ha querido probar con sus investigaciones que en el ambiente del cuartel se respira una moralidad baja y antisocial, y si tenemos en cuenta la repulsión que inspira el elemento militar á estos mismos sujetos, nos habremos explicado la resistencia que oponen al cumplimiento del servicio militar, al cual no consideran como un deber, recurriendo á medios fraudulentos para eludirlo.

Entre nosotros el servicio militar obligatorio no podrá suprimirse, pero sí podrá disminuirse el tiempo de servicio á un año, por ejemplo, con gran provecho para el Estado y para la riqueza nacional, por el concurso de miles de brazos que irán á aumentar la producción.—Sería necesario muchísimos años para

que se produjera una transformación en las instituciones, produciéndose, por consiguiente, entonces, una atenuación lenta y progresiva en el servicio militar, que de obligatorio pasará á ser accidental y voluntario.

Es posible que la disminución del tiempo del servicio traiga consigo una reducción en el número de simuladores, como la actual ley de servicio obligatorio trajo un aumento.

Las causas gremiales han sido puestas de relieve en el ejército francés por el médico militar doctor Huguet, quien en su estadística tan completa sobre 1078 simuladores y mutilados voluntarios, ha demostrado que más de la mitad del efectivo de éstos estaba constituído por labradores y cultivadores. Según el autor citado no debe asombrar esta enorme proporción, si se tiene en cuenta que el paisano rutinario y testarudo deja con gran pesar sus campos para hacer el servicio militar, del cual busca substraerse por todos los medios.

Boisseau y muchos otros cirujanos militares del ejército francés, creían que la simulación disminuiría de frecuencia á medida que la juventud fuera más instruída, sin embargo, esta opinión no ha sido confirmada, pues á pesar de que la enseñanza es obligatoria en Francia desde hace varios años, el número de simuladores no ha hecho sino aumentar. Huguet cree que no es suficiente que el pueblo haya recibido instrucción primaria para que considere el cumplimiento del servicio militar como una deuda sagrada

que debe pagar á su país, es necesario enseñarle á conocer sus deberes hacia la patria.

Así, para el paisano la patria es el pueblo donde ha nacido ó se encuentra, es el campo que el labora; no ama más que lo que le rodea, ó lo que les es propio, siéndole casi indiferente el resto de la humanidad. Los sentimientos de amor á la patria deben ser contraídos no solamente en la escuela sino en la familia, cualquiera que fuera la condición social de sus miembros, debiendo ser inculcados por los padres estas ideas.

En nuestro ejército, á pesar del gran número de simuladores que existen, no he podido recoger sino algunas observaciones que figuran en los libros de diagnóstico de las salas del Hospital Militar, pues muchos casos no figuran con el diagnóstico de simulación, no obstante haberlo sido, pues muchas veces nuestros médicos militares no se toman mucho interés por despistar el fraude, ni menos de llevar una estadística minuciosa de esos casos, que de tanto interés sería cuando se reglamentasen las penas que debe aplicárseles.

De la observación de esos casos de simulación he podido comprobar que la mayoría eran paisanos de la Provincia de Buenos Aires, Corrientes, Córdoba, San Luis y de esta Capital. Así, á nuestros paisanos les es duro dejar el *pago*, donde tienen sus más caras afecciones; sacarlos de su medio habitual para entrar en el medio militar, lo que trae un cambio radical en sus hábitos, su manera de vivir, y si á esto agre-

gamos que en muchos cuerpos, desestimando los sabios consejos de los médicos militares se les somete á estos jóvenes conscriptos á ejercicios y maniobras para los cuales no están todavía en condiciones de ejecutarlos, sino después de un aprendizaje lento y progresivo, se comprende que traten de substraerse por todos los medios, al servicio militar, y recurran á la simulación.

Es frecuente la simulación entre los estudiantes, los que, conocedores de los síntomas de algunas enfermedades, tratan de imitarlos ó provocarlos, sea para conseguir la excepción ante las juntas de excepciones, sea para ser declarados inútiles después de su ingreso en el ejército.

Existen casos de simulación en conscriptos de esta Capital, sobre todo en aquellos individuos sin profesión ú oficio, sujetos que muchos de ellos han perdido el sentido moral y que tanto abundan en las grandes capitales, es un elemento que casi siempre recurre al fraude para eximirse del servicio.

Ocupándome ahora de las causas personales de la simulación de enfermedades, debo mencionar la tendencia frecuente que existe en diversos grupos de neurópatas á la simulación, siendo algunas veces ésta subconsciente y otras automática.

Krafft Eving ha estudiado los trastornos de la fantasía determinados en algunos psicópatas por asociaciones mórbidas, que los conduce tan pronto á la mentira como á la simulación.

Es frecuente observar numerosos desequilibrados

y sujetos anormales en los que suele existir una marcada tendencia á la simulación, que se manifiesta de una manera irresistible para el simulador, como si se hubiese convertido en un hábito; son estos sujetos los llamados *simuladores patológicos.*

La tendencia á la simulación en los degenerados fué estudiada por Morselle. Según este autor: «La falsedad del carácter es también anomalía frecuente en los degenerados; ofrecen una tendencia irresistible á mentir, á fingir, á disimular, á calumniar. Muchos se tejen una vida de embustes y no siempre porque ello les convenga. Típico del desequilibrio del carácter es afirmar distraídamente una cosa, un hecho, sin reparar en las consecuencias de la afirmación: después ésta es sostenida con el empecinamiento habitual en los espíritus pequeños, hasta que por tanto repetirla, transformándose por auto-sugestión en una creencia sincera (falsificaciones de los recuerdos, ilusiones de la memoria).

«Aquí reside el origen de la simulación inconsciente, llegando al colmo en los histéricos.»

Existen muchos fenómenos que antes que se conociera la historia en el hombre se tenían por simulados, pero gracias á los trabajos de distinguidos clínicos como Gilles de la Tourette y Janet, se sabe hoy que muchísimos de esos fenómenos son patológicos, ajenos por lo tanto á la voluntad del sujeto y debidos á fenómenos de subsconciencia, automatismo, restricciones del campo de la conciencia.

Pueden suceder casos en que la enfermedad deter-

mina una tendencia mórbida á la simulación consciente, ó en otros casos la enfermedad, por medio de ciertos procesos patológicos, arrastre al enfermo á la simulación inconsciente.

Es necesario no olvidar, como dice el mismo Morselli, que las mentiras y simulaciones voluntarias «frecuentes en los alienados, los degenerados y los histéricos, reiterándose pueden terminar por ser creídas sinceramente: la mendicidad y la simulación tórnanse con el tiempo involuntarias».

Para terminar con las causas de simulación. diré dos palabras respecto á la simulación entre los oficiales, que aunque rara no es excepcional.

La situación del oficial, siendo diferente de la del soldado, los motivos del fraude no son los mismos. Es común observar casos de simulación en oficiales de aquellos cuerpos que permanecen mucho tiempo en las fronteras, con el objeto de ser enviados al Hospital Militar. Obsérvase también en oficiales que desean cambiar de cuerpo, ó en aquellos que no habiendo cumplido alguna orden ó comisión de servicio, se fingen enfermos para librarse del castigo.

También es frecuente en los procesados que tratan de hacerse declarar irresponsables, ó que desean ser trasladados al hospital, donde gozarían de más comodidades que en la prisión.

Por último, se observan casos de simulación en sujetos neurópatas y psicópatas, sobre todo en los hipocondríacos que muy á menudo se engañan, creyéndose realmente enfermos, como he tenido ocasión de observar un caso.

CAPÍTULO II

CARACTERES QUE REVISTE LA SIMULACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE LOS APARATOS DEL OÍDO Y DE LA VISTA

Está demostrado por la estadística sobre enfermedades simuladas en el ejército francés y también hemos comprobado en el nuestro, que son las afecciones del aparato locomotor, aquellas por las cuales tienen predilección los simuladores, por ser éstas más fáciles y por lo tanto menos penosas para simularlas que las otras.

Después de estas afecciones son las neurosis, que son más frecuentemente alegadas. Los simuladores están casi convencidos que los trastornos nerviosos pueden ser muy fácilmente imitados, y que en la mayoría de los casos es difícil al médico distinguir lo verdadero de lo fingido. Pero puede decirse que actualmente el médico posee los conocimientos necesarios para triunfar en la mayoría de los casos de la mala fe de los simuladores.

Después de las neurosis simuladas, son las afecciones de la audición y de la visión las más comúnmente simuladas, y con más frecuencia aun en los tiempos pasados, antes del descubrimiento del oftalmoscopio y del otoscopio, instrumentos que permiten

examinar el fondo del ojo y el oído medio, y poder constatar si existen lesiones materiales de estos órganos.

Hay una cantidad de circunstancias que pueden inducir al soldado á la simulación. Las tentativas de fraude empiezan desde el momento que se trata de reconocer un individuo apto para el servicio. Es ante las juntas de excepciones ó ante la comisión de reconocimiento en esta Capital que principian las tentativas de simulación en nuestros conscriptos.

Conocedores algunos del reglamento de excepciones del servicio militar, tratan de simular afecciones que los eximan del servicio activo, ó por lo menos sean destinados á un servicio auxiliar; es sumamente frecuente observar un crecido número de sujetos que se presentan en estas condiciones solicitando ser exceptuados.

Una vez fracasadas las tentativas de fraude ante las Juntas de Excepciones, no por eso desmayan en sus culpables propósitos, y al ser incorporados á las filas, prosiguen sus tentativas de simulación; pues el conscripto no sintiendo vocación en general por la carrera de las armas, no se propone más que un fin: volver á su pueblo y para ello desplegará sino una gran habilidad á lo menos una perseverancia á toda prueba. Al ser reconocidos los conscriptos por el médico de sus regimientos tratan nuevamente de fingir enfermedades, y algunos exhiben certificados que algún médico complaciente les ha otorgado.

Si sobre el estado de salud de los conscriptos

recién ingresados existiera alguna duda son enviados á la Comisión de Reconocimiento, donde muchos persisten en pretextar que son enfermos.

La simulación de las afecciones del oído y de la vista como la de las demás enfermedades, presentan diversos caracteres; según las circunstancias y el objeto que se propone el simulador.

Así en el regimiento cada día se presentan nuevos motivos para el soldado perezoso. Es frecuente encontrar en la visita médica diaria un cierto número de soldados que dan parte de enfermos continuamente, alegando una misma enfermedad ó provocándose otras.

Es curioso ver como aumenta el número de soldados con parte de enfermos, cuando se trata de hacer una marcha larga, un ejercicio penoso como el volteo en los cuerpos de caballería, estos falsos enfermos son casi siempre los mismos, siendo ya bien conocidos en su compañía ó escuadrón, se les apoda con el nombre de *mañosos* ó *mañeros*.

No sólo los conscriptos simulan; lo hacen también los voluntarios, los enganchados y los soldados viejos que son, por decirlo así, la cuna de la simulación en los cuerpos, los que enseñan á los novicios á ser veteranos en el fraude.

Según el objeto que se proponga conseguir el simulador será la naturaleza de la afección simulada; así si sólo desea ser exceptuado en la cuadra ó enviado á la enfermería, simulará una enfermedad de escasa importancia, como una conjuntivitis provocada

por introducción en el ojo de tabaco, orina ó agua de jabón, ó fingirá sentir dolores muy vivos en una pierna ó en la cintura, simulando así una ciática, cuya causa atribuye á una marcha ó al haberse expuesto al frío.

Si la afección simulada es de alguna gravedad, cansado el médico del regimiento de este enfermo, es enviado al Hospital Militar en observación; y si llega á encontrarse con un médico que no se preocupa de desvelar el fraude, sacará grandes ventajas de su embuste; porque exagerando sus sufrimientos, entreteniendo su mal podrá quedar más largo tiempo en el Hospital, que aunque no es del todo seductora esta vida, es preferible á la del cuartel.

He tenido ocasión de observar conscriptos que han pasado los seis meses de servicio siempre con parte de enfermo, ya sea exceptuado de las cuadras, sea en la enfermería ó en el Hospital, alegando diversas afecciones que en casi todos los casos eran simuladas.

Pero no solamente la simulación tiene por objetivo hacerse exceptuar temporariamente del servicio en la cuadra, de ser enviado á la enfermería ó al Hospital, sino que reviste un carácter más importante y muchas veces se simula ó se provocan enfermedades con el objeto de conseguir la excepción definitiva del servicio, ó con el objeto de obtener una pensión del Estado, alegando haber contraído en el servicio la enfermedad que se pretexta. Es en casos de esta naturaleza que los simuladores despliegan una perseverancia y tenacidad inquebrantable.

Como prueba de ello citaré algunos casos: En el ejército francés se cita el caso de un soldado que simuló una afonía por espacio de diez y ocho meses; convencido tres veces de su superchería, no dejó por esto de renovar sus tentativas, hasta que fué amenazado de Consejo de Guerra.

Otro ejemplo aún más notable en el mismo ejército francés, es caso de un militar que simuló la epilepsia, el mutismo y la incontinencia de orina y que Champouillón lo tuvo varios años en el Hospital Val de Grace, antes de hacerle confesar su fraude.

En el Hospital Militar de esta capital he tenido ocasión de observar un conscripto que simuló el mutismo durante cuatro meses, siendo por fin descubierto el fraude á la ayuda de un procedimiento de sorpresa.

Si el propósito del simulador es conseguir ser eximido por completo del servicio militar, simulará una de aquellas afecciones que entrañen la excepción definitiva; y entre las más comúnmente simuladas ante la Comisión de Reconocimiento, tenemos la sordera, la amaurosis y la epilepsia, como he tenido ocasión de observar entre los numerosos enfermos enviados en observación á las salas del Hospital Militar por dicha Comisión.

Son las afecciones que sólo requieren inercia y perseverancia por parte del simulador, papel fácil de desempeñar para la mayor parte de los conscriptos, las que generalmente adoptan, y no aquellas que exigen el concurso permanente y activo de

la voluntad y de la inteligencia; y entre aquellas afecciones se encuentran las del oído y de la vista. Son estas mismas enfermedades que no se revelan por ningún síntoma objetivo, por ningún fenómeno aparente, en las cuales los datos suministrados por el enfermo constituyen casi únicamente los solos elementos de diagnóstico.

En la mayor parte de los casos, las enfermedades simuladas del oído, se limitan á la simulación de la sordera, sea ésta sin lesión, ó bien atribuida á una lesión apreciable; pudiéndose constatar en este último caso, sea una otorrea con ó sin perforación del tímpano, un catarro de la caja ó una obstrucción más ó menos completa de las trompas, lesiones todas que pueden ser causas de la disminución de la agudeza auditiva, pero no así de la sordera completa. Es frecuente observar que la otorrea sea producida por substancias irritantes ó por cuerpos extraños y algunos sujetos llegan hasta introducirse substancias como la miel y queso podrido que pueden confundirse con el pus.

En algunos casos el simulador pretexta ser sordo de ambos oídos, rompe por decirlo así, toda relación con el mundo exterior, lo que para él simplifica el papel que tiene que desempeñar.

Respecto á los caracteres que presentan las afecciones simuladas de la visión, diré, que nada es tan frecuente como la conjuntivitis provocada y sobre todo á un sólo ojo, quedando casi siempre sano el segmento superior. La blefaritis es simulada por el

arrancamiento de las pestañas y la cauterización del borde libre de los párpados, lo mismo que las manchas superficiales de la córnea son producidos por la cauterización con nitrato de plata; pero si mira el ojo de lado aparece la cauterización.

El pestañeo puede ser provocado ó imitado, introduciéndose en el primer caso casi siempre un cuerpo extraño en el ojo; en este caso siempre hay signos de irritación del ojo, inyección y lagrimeo. Cuando este pestañeo es efecto de un movimiento nervioso convulsivo de los párpados, no hay inyección ni lagrimeo.

La amaurosis afección comúnmente simulada, no suele presentar como signo palpable nada más que la dilatación é inmobilidad de la pupila. Los que se fingen amauróticos se producen la dilatación con atropina, agua destilada de laurel, cerezo ó beleño y es digno de notarse que casi siempre en estas condiciones se produce inyección y lagrimeo que no se observan en la verdadera amaurosis. Además, ignorando el farsante hasta qué punto lleva su acción la substancia relajante, la dilatación es tan grande que casi desaparece de la pupila.

Demos agregar además, que la verdadera amaurosis es debida á oftalmías anteriores y que en la mayoría de los casos la pupila ha contraído adherencias produciéndose por consiguiente su deformación, la cual es imposible imitar el falso amaurótico. Debe hacer notar que la amaurosis es simulada casi siempre del ojo derecho, porque nuestro Reglamento de

Excepciones del servicio militar exime del servicio militar activo á los sujetos cuya visión en este ojo esté reducida á ciertos límites en él fijados.

Los otros caracteres que revisten las afecciones de los aparatos del oído y de la visión, serán tratados al ocuparme de los medios especiales para descubrir la simulación, de éstos; así evito repeticiones inútiles.

Los medios empleados por los simuladores para provocarse las afecciones del oído y de la vista son por lo general muy simples ó de escaso peligro; pero algunas veces suelen revestir suma gravedad para el que las ejecuta, ultrapasando el fin propuesto, llega hasta ocasionarse una enfermedad grave y á veces mortal. Como prueba de ello citará el caso que refiere Oliver d'Angers, de un soldado que habiéndose provocado una conjuntivitis, ésta le trajo como consecuencia la pérdida de la visión.

Otro caso citado por Larrey, de otro soldado que con el objeto de simular la sordera se introdujo en el conducto auditivo un cuerpo extraño, el cual dió lugar al desarrollo de un otitis, y por último á una meningitis que terminó con la vida del simulador.

En los soldados presos ó condenados puede decirse que el fraude es tradicional, y una vez que han conseguido su entrada al hospital, su simulación se hace pertinaz.

Si en tiempo de paz reviste estos caracteres la simulación, en tiempo de guerra toma un carácter alarmante, como se ha podido comprobar en Francia en la guerra del 1870, donde las estadísticas demos-

traron el aumento considerable de los simuladores y mutilados voluntarios. Es precisamente en estos casos donde los médicos militares deben desplegar una justa severidad y serían culpables si procediesen con debilidad ó complacencia.

En nuestro ejército todavía no hemos tenido afortunadamente la ocasión de observar lo constatado en Francia, pero casi se podría asegurar que no sólo aumentaría el número de simuladores, sino que se observarían casos de mutilación voluntaria que hasta la fecha no se ha registrado ninguno.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS GENERALES Y ESPECIALES PARA DESCUBRIR LA SIMULACIÓN

Para resolver las cuestiones sobre enfermedades simuladas es preciso que el médico militar conozca, además de las afecciones que son susceptibles de simularse, la ciencia del diagnóstico y los caracteres que presentan las enfermedades que se fingen. Debe conocer también los medios de que se valen los simuladores para llevar á cabo su fraude y los procedimientos que deben ponerse en práctica para descubrir la simulación.

Los autores antiguos que se ocuparon de simulación habían establecido ciertos preceptos para llegar al descubrimiento del fraude; así Zacchias decía que debían atenerse á los hechos siguientes:

1º A las circunstancias exteriores.

2º Al género de la enfermedad.

3º A los fenómenos que acompañan á la enfermedad.

4º A aquellos que la siguen.

Boisseau cree inútil y sin interés positivo multiplicar el número de estas reglas generales, y es de opinión que un examen atento del pretendido enfer-

mo, una observación concienzuda, la comparación de los síntomas alegados ó pretextados por el simulador con aquellos que debe presentar la enfermedad que él finge tener, son elementos suficientes para que un médico instruído, prudente, paciente y metódico, llegue al descubrimiento de la verdad, aun en los casos más difíciles, mientras que aquél que se limite á exámenes superficiales, á ideas preconcebidas, á deducciones precipitadas, podría cometer, aun en los casos más simples, detestables errores.

Es con justa razón que Metzger propuso llamar á esta parte de la medicina legal Semiótica judicial, porque casi todas las cuestiones que el médico tiene que resolver en casos de simulación se solucionan con un buen diagnóstico diferencial.

Una de las reglas más importantes y de la cual no debe prescindir jamás el médico, es proceder á la eliminación metódica de todas las afecciones posibles, haciendo un examen minucioso de todas las funciones y de todos los órganos, pues el diagnóstico *simulación* debe ser siempre un diagnóstico de eliminación.

Si el médico no observara este procedimiento, podría suceder que un sujeto simulara una afección determinada y que una vez comprobada su superchería éste contrajera ó sucumbiese de otra enfermedad que no tuviera ninguna relación con la anteriormente alegada, seguramente que no faltaría alguno que tachase de ignorante al médico que

diagnosticó simulación; la opinión general juzgaría los hechos de una manera poco favorable á éste. Así, no es suficiente al médico asegurar que una enfermedad es simulada, debe además tener la seguridad que el sujeto examinado no padece de ninguna otra enfermedad ó está en vías de evolución.

No se debe en ningún caso empezar el examen de un sujeto con la idea preconcebida de que se trata de un simulador, es esta una costumbre bastante común y que puede inducir en error, sobre todo si se examina un individuo poco inteligente que comprendiendo mal las preguntas que se le hacen, puede inducir en sospechas, y el médico, obcecado con la idea de que está en frente de un simulador, podrá llegar á desconocer los signos más evidentes favorables al sujeto observado.

Es á los medios científicos á los que debe recurrir el médico en primer lugar, dejando los demás que voy á exponer como último recurso.

La ciencia moderna ha puesto á nuestra disposición instrumentos de exploración que nos permiten constatar el estado de los órganos pretendidos enfermos, pero no debemos atenernos á ellos en absoluto, y es necesario tener presente que Wecker nos ha enseñado que el fondo del ojo, por ejemplo, puede presentar alteraciones bastante manifiestas, sin que por esto la función visual esté alterada, no siendo estas alteraciones sino variaciones fisiológicas que muchas veces se toman por patológicas; es por estos motivos que se debe proceder, antes

de hacer un examen oftalmoscópico, á examinar el estado funcional de los órganos de la visión.

En el examen de la visión no nos podemos atener á los datos que nos suministra el paciente, y tan sólo debemos tener en cuenta las lesiones bien netas, capaces de producir una alteración de esta función, siendo á veces difícil saber si la alteración funcional alegada está en relación con la lesión orgánica constatada.

Al ocuparme de los procedimientos especiales para reconocer la simulación de las afecciones del oído y de la visión, estudiaré los medios de exploración y de examen que, facilitando la tarea del médico, le permitan llegar al verdadero diagnóstico.

Entre los procedimientos generales empleados para descubrir la simulación, tenemos los medios morales y de sorpresa, que pueden ponerse en práctica contra aquellos simuladores obstinados. En algunos casos se consigue que abandonen sus propósitos de fraude, despertando sus sentimientos de honor y de amor á la patria. También se ha aconsejado hacerles ver los castigos á que se hacen acreedores con persistir en su embuste, medio al cual no se podría recurrir entre nosotros por no existir ninguna pena contra el simulador.

Creo que mejor resultado puede dar indicarles los peligros que corren de contraer una enfermedad real, una fiebre tifoidea, por ejemplo, ú otra enfermedad infecciosa, la cual puede terminar con su vida. Se pueden relatar casos de esta naturaleza

no al mismo enfermo, sino que se lo hará en presencia de él á otro médico ó practicante en tono de conversación y sin que el simulador se aperciba de la intención del médico.

Entre los medios morales puede incluirse la actitud y el temperamento que debe tomar el médico frente á un simulador, lo cual no deja de tener bastante importancia. Así, una actitud severa y aun con amenazas, difícilmente dará resultados; mejor parece que fuera un temperamento bondadoso que termina por desconcertar al farsante. Algunos prefieren una actitud reservada, pero á no dudarlo, el temperamento mejor que debe adoptarse en todos los casos es de comportarse con el falso enfermo como con todos los demás, y no se le debe declarar jamás que se le va á tratar como un embustero, porque esto lo pondría en guardia y sería más difícil sorprenderlo.

Un buen medio para descubrir al fraude consiste en hacer observar al sujeto, sin que de ello se aperciba, lo mismo que en multiplicar el número de exámenes, y Zuber dice que deben ser cotidianos y que un día que no se lo observe puede hacer perder varias semanas de esfuerzos, un momento de negligencia puede comprometer un resultado útil. Algunas veces puede dar buen resultado hacer dos visitas con muy corto intervalo, así el simulador, una vez examinado, se cree libre de la presencia del médico por algún tiempo, se despoja de su máscara por algunos minutos, pudiéndosele sorprender en la segunda visita.

Entre los medios que obran moralmente, tenemos el aislamiento, que según Duponchel debe ser llevado al rigor más extremo en los casos difíciles; una vez solos los simuladores, y fatigados con una observación continua, se los llega á inquietar y á sorprenderlos en contradicciones manifiestas. Es necesario no olvidar que á veces cuando la observación de estos sujetos no se puede hacer personalmente hay que desconfiar de los datos y apreciaciones que nos son transmitidas las que deben ser examinadas con el más libre criterio.

Para llegar al descubrimiento del fraude no debemos privarnos de ningún recurso siempre que sea lícito, debemos tener en cuenta aun los antecedentes del sujeto, su situación moral y los motivos que pueden llevarlo á la simulación. Así los medios astutos de todo orden deben ser empleados en aquellos individuos en los cuales los medios que nos presta la ciencia, nos han dejado en la duda; á pesar de que Boisseau nos dice, que en presencia de un caso que nos sea sospechoso debemos limitarnos á investigaciones médicas, si nos quedamos en la duda, debemos confesar que la ciencia es impotente para aclararlo.

Se puede hacer uso de la astucia en aquellos simuladores que á pesar de ser evidente su fraude, oponen mucha resistencia en confesarse vencidos; y el médico según los casos debe proceder de diferente manera.

Así á la resistencia tan marcada de nuestro pai-

sano que lo confía todo en su inercia, habrá que oponerle una tenacidad que lo desaliente, porque seguramente no cederá sino cuando haya perdido por completo toda esperanza de éxito. Al simulador inteligente y hábil se le demostrará por pruebas palpables, que su fraude es evidente, evitando en lo posible rozar su amor propio, lo que podría hacer retardar una confesión, para la cual no espera sino una ocasión propicia.

Los medios de sorpresa pueden ser muy variados, pero el médico debe saberse inspirar de las circunstancias, aprovechándose de los detalles en apariencia insignificantes en cada caso particular; pero debe tener especial cuidado de no exponerse á fracasos que lo comprometan á los ojos de otros enfermos y del personal que lo rodea; porque puede encontrarse con sujetos muy prevenidos que lleguen hasta vencer la astucia y habilidad del médico. Zuber con este objeto aconseja que siempre el médico en estos casos debe quedar su propio confidente, y no dar su opinión ni delante de los otros enfermos ni aun del personal del servicio, sólo así podrá prepararse una retirada honrosa y evitará de transformar un delicado punto de diagnóstisco diferencial en una vulgar cuestión de amor propio.

Creo que cuando se da con sujetos astutos, llenos de precaución y dotados de una voluntad de hierro, que les haga sufrirlo todo con paciencia no hay otro medio para descubrir el embuste, que la

constancia, el ardid y la sorpresa, y en muchos casos el médico no puede descubrir el fraude, sino empleando recursos ingeniosos y en cierto modo improvisados.

Los medios de sorpresa aplicables al descubrimiento de la simulación de las afecciones del aparato auditivo son numerosos, me limitaré á exponer los que dan mejor resultado. Desde luego sabemos que los medios empleados para provocarse lesiones es la introducción en el conducto auditivo de cuerpos extraños ó substancias irritantes, y si este acto ha sido reciente, las erociones producidas nos harán sospechar el fraude.

Uno de los medios más usados es dirigir la palabra en voz alta al fingido sordo, y luego ir bajando el tono hasta lo normal, el simulador sin darse cuenta de esto seguirá contestando como antes. Esta prueba habrá que repetirla varias veces, porque debemos tener en cuenta que la agudeza auditiva depende mucho del estado atmosférico.

Otro medio de sorpresa es provocando emociones, durante las cuales el falso sordo se olvidará de que finge. Así Boisseau aconseja, acusarlo de un delito cualquiera dirigiéndose á los que lo rodean; hacerlo tomar por la policía, robarle su dinero, sería necesario en estos casos que el sujeto tuviese gran fuerza de voluntad y dominio sobre sí mismo para ocultar su emoción.

Otro medio aconsejado es hacerlos llamar por el

encargado de la correspondencia en el momento de repartir las cartas, algunos sujetos olvidando su simulación han llegado á responder al llamado. Fallot aconseja decirle al falso enfermo que ya se le ha concedido la excepción, el cual una vez tranquilizado puede llegar á confesar su fraude. Es necesario variar los medios porque con sujetos inteligentes y dotados de mucha fuerza de voluntad, el médico puede fracasar fácilmente.

Algunos autores han aconsejado medios como la ebriedad alcohólica, que no reviste peligro, el uso del haschich, del cloroformo y del éter no pasando el período de excitación de estos dos anestésicos, el simulador no estando en posesión de sí mismo responderá ó entenderá lo que se le diga.

Respecto al empleo de los anestésicos para descubrir la simulación, su uso es en general rechazado, y los autores dicen: que aun cuando el sujeto consienta en su empleo no se salva la responsabilidad del médico. Tourdes no acepta el cloroformo como medio de diagnóstico en las afecciones simuladas, y sólo lo admite con restricciones cuando no tuviera por único objeto descubrir el fraude sino aun el interés del enfermo. En el ejército francés se prohibe su empleo para descubrir el fraude, y sólo debe recurrirse á él en los hospitales militares, con extrema reserva. Duponchel, por su parte, cree se debe permitir su empleo para descubrir aquellos casos de simulación persistente, en vista de que los accidentes ocasionados por el cloroformo puro y bien administrado son una excepción.

El hipnotismo también ha sido empleado para descubrir el fraude, pero las confesiones obtenidas durante el sueño hipnótico, no podrán tener un valor absoluto, porque sabemos que este estado modifica los fenómenos fisiológicos y patológicos de un modo mal conocidos hasta ahora.

Otro procedimiento de sorpresa aconsejado consiste en hacer ruido ó arañar debajo de la cama, mientras el sujeto duerme, éste despertándose sobresaltado, olvida el papel que estaba desempeñando y llega hasta ir á buscar debajo de la cama la causa del ruido.

Entre medios de sorpresa y científicos debemos mencionar la prueba por el diapasón; y es necesario tener presente, que por muy sordo que sea un individuo, á no ser que su sordera sea de origen central ó debido á una lesión del nervio auditivo, debe percibir las vibraciones que son transmitidas al oído interno por los huesos del cráneo ó por el suelo que lo sustenta.

Por consiguiente, si un sujeto dice no oir el tic tac de un reloj, colocado sobre su región parietal ó entre los dientes, ó las vibraciones de un diapasón colocado sobre el vértice de su cabeza, ó no se vuelve cuando se golpea fuertemente el suelo, estas razones pueden ser casi suficientes para creer que se trata de un simulador.

En el empleo del diapasón, debe tenerse presente el principio siguiente: que si el aparato de transmisión de un solo oído está afectado, este oído

debe percibir mejor las vibraciones; y que si se obtura uno de los oídos y luego se aplica el diapasón en vibración sobre el vértice, las vibraciones son percibidas mejor del lado obturado.

Basados en estos principios, debemos considerar como simuladores aquellos sujetos que presenten lesiones limitadas del conducto auditivo externo y del oído medio y sin ningún signo que nos autorice á pensar en una lesión del oído interno, nos declaren no oir las vibraciones del diapasón, ó acusarlas más intensas del costado del oído sano, ó acusa oirlas más fuertes en el oído sano cuando se obtura el oído pretendido enfermo. También es una prueba de que un sujeto simula cuando al examen otoscópico el más atento no se ha constatado ninguna lesión, que la voz alta es oída y percibe las vibraciones del diapasón como al estado normal.

Serán simuladores aquellos individuos que á pesar de declarar en contra de las condiciones fisiológicas de la experiencia nos digan que no sienten las vibraciones que en el oído dejado abierto ó aquellos que oyendo la voz alta, pretenden no percibir las vibraciones del diapasón.

Los medios de sorpresa serán puestos en práctica en aquellos casos que exista una lesión ligera del oído que no está en relación con el trastorno funcional presentado, y con mayor razón cuando no existe lesión visible y los sujetos afirman no oir ni los sonidos exteriores, ni las vibraciones del diapasón; los otros casos que no se presentan en

estas condiciones pueden ser resueltos por los procedimientos y medios que la ciencia nos proporciona y de los cuales me ocuparé al tratar de los procedimientos especiales para reconocer la simulación.

En lo que se refiere á la visión, puede utilizarse un procedimiento sencillo que basado en la astucia y la sorpresa puede en muchos casos descubrir al falso miope. Así es frecuente que un sujeto se nos presente alegando estar afectado de miopía; después de haber comprobado la ausencia ó la presencia de síntomas de irritación que determina con frecuencia una acomodación forzada, se le colocan vidrios cóncavos ó convexos de un número muy alto ó muy bajo y el sujeto declara no ver bien; en seguida con tono firme y sincero y como para terminar el examen se le dice: ya veo lo que nos hace falta y entonces se le colocan vidrios planos ó ligeramente cóncavos, y el simulador muchas veces cae en este sencillo lazo que se le ha tendido, pues declara leer sin dificultad.

Para terminar la exposición de los procedimientos generales para descubrir la simulación me ocuparé de los medios coercitivos, como la privación de alimentos, las puntas de fuego, ventosas escarificadas sin indicación terapéutica, muy en boga antiguamente, medios crueles que no dan resultado porque pueden ser soportados aun por los sujetos pusilánimes.

Se debe rechazar todo medio coercitivo cuando

tenga por único objeto aterrar al falso enfermo para hacerle confesar su embuste, y únicamente se emplearán los medios dolorosos cuando esta medicación sea una de las susceptibles de curar al sujeto si la enfermedad fuera real. Estas mismas consideraciones puede hacerse respecto á la aplicación de la electricidad y de las duchas. La alimentación no debe ser disminuída al punto de comprometer la salud del farsante, pero puede ser disminuída á una porción conveniente.

Antes de ocuparme de los procedimientos cien tíficos especiales para descubrir la simulación de las afecciones del oído, diré dos palabras de los medios de exploración y de las reglas de examen que el médico debe seguir para llegar á hacer un diagnóstico exacto de las enfermedades de este órgano.

Creo superfluo ocuparme de la instrumentación que debe emplearse; es demasiado conocida para ni siquiera mencionarla. Antes de proceder al examen del oído, se debe hacer limpieza de este con un estilete con algodón ó si se tiene tiempo se puede verter en el conducto algunas gotas de solución de 1 gramo de carbonato de soda en 15 de glicerina que disuelva los cuerpos grasos. Se introduce suavemente un espéculun apropiado á las dismensiones del conducto, teniendo cuidado de levantar el pabellón de la oreja de abajo hacia arriba y de adelante atrás. Es necesario no olvidarse de hacer un examen comparativo de los dos oídos.

El aspecto fisiológico del tímpano que al estado

normal es transparente y gris perla, debe ser bien conocido, así como también la situación y caracteres de los tres elementos que sirven de punto de reparo: el mango del martillo y su apófisis externo visibles por transparencia y el triángulo luminoso. Es necesario tener presente que el mango del martillo forma una línea, que partiendo más ó menos del centro de la membrana timpánica, se dirige de abajo hacia arriba con ligera inclinación hacia adelante. La apófisis externa hace una salida á la parte superior de la circunferencia del tímpano, y el triángulo luminoso es visible en el segmento inferior.

El examen del conducto auditivo revelará la presencia de cuerpos extraños, concreciones de cerumen, pólipos y otitis externas; pudiendo las tres primeras afecciones nombradas determinar una diminución de la agudeza auditiva; pudiendo el sujeto ignorar la presencia de estos cuerpos extraños, debe procederse á su extracción y constatar por un nuevo examen si tras éstas no se ocultaban otras lesiones.

El examen presenta algunas dificultades cuando se llega á la membrana del tímpano y al oído medio; las perforaciones son á veces difíciles de reconocerlas, no obstante de que podemos disponer de un medio excelente para hacerlas visibles, cual es la experiencia de Valsalva; pero este signo puede faltar por estar obstruída la trompa ó la caja. No debemos olvidar que la audición puede quedar bastante buena aún con un tímpano perforado; pero

estos sujetos están continuamente expuestos á otitis y á recidivas.

Al hacer el examen de la membrana del tímpano, debemos buscar, en primer lugar, los puntos de reparo habituales, y si se cree ver una perforación es conveniente dibujar en un papel su situación y relación con el mango del martillo; este medio nos evitará de confundir las perforaciones con las simples depresiones. Puede suceder que las grandes perforaciones no sean siempre fáciles de reconocer, pudiendo ser tomada la superficie roja que se ve por un tímpano inflamado, y los puntos luminosos que se observan, que no son sino las ventanas redonda y oval, pueden tomarse por el triángulo luminoso, á pesar de que éste no tiene ni la misma forma ni la misma situación. Desde luego, ya la ausencia de los elementos habituales del tímpano, como el mango del martillo, debe hacernos pensar en extensas perforaciones, y debemos ir á buscar en la circunferencia de la membrana los restos flotantes del tímpano, del martillo y del yunque.

En cuanto á la otitis media purulenta, causa de las perforaciones, es fácil de reconocerla; la forma no purulenta de esta misma se presenta con los caracteres siguientes: tímpano hiperemiado á la periferia y alrededor del mango del martillo, á superficie menos brillante, menos translúcida que al estado normal; aumento de su concavidad; el mango del martillo, desviado hacia arriba y hacia atrás, parece como acortado; el apófisis externo está sa-

liente; la cadena de huesecillos es visible en varias de sus partes; su movilidad y la de la membrana está disminuída; el triángulo luminoso está en parte borrado, y cuando se produce derrame seromucoso la concavidad es reemplazada por una convexidad; todas las partes se vuelven despulidas, opacas; el relieve del martillo y el triángulo luminoso desaparecen; esto es lo que se observa en la forma de otitis crónica húmeda, mientras en la forma llamada seca de la misma, se notan opacidades parciales del tímpano con manchas gris amarillentas; proyección hacia arriba, adentro y atrás del mango del martillo; inmovilidad y depresión de la membrana del tímpano á cada lado del mango del martillo; proeminencia del apófisis externo del martillo; inmovilidad total ó parcial del tímpano con anquilosis frecuente de los huesecillos; adherencias del tímpano á la caja; deformación del triángulo luminoso, reducido á una banda ó un punto. Esta forma se confunde con la llamada esclerosis del tímpano, que se caracteriza por un espesamiento de éste, cuya coloración es lechosa ó gris subida, sobre todo á la periferia; el mango del martillo es apenas visible; á veces una tela opoca reemplaza el tímpano normal; se pueden también constatar concreciones calcáreas; la caja casi siempre está afectada; la lesión no tiende á hacerse regresiva, no obstante la audición en algunos casos puede estar poco alterada.

Las afecciones de la trompa de Eustaquio coinciden á menudo con las afecciones del oído medio;

los catarros de este conducto se propagan á la caja, produciendo la depresión de la membrana del tímpano y la desviación del martillo, con salida de su apófisis externo. Para el diagnóstico de las afecciones de la trompa se puede hacer uso de la auscultación del oído, que se la puede practicar con el otoscopio de Toynbee, ó, mejor aun, por medio del cateterismo de la trompa, ó haciendo uso del procedimiento de Politzer; se habitúa muy fácilmente á distinguir el ruído del aire que pasa en la trompa de aquellos que se producen en la faringe. Los rales bullares percibidos por la auscultación, indicarían un catarro húmedo de la trompa; un ruído rudo y sibilante, un catarro seco ó una estrechez del conducto.

Es necesario preocuparse del grado de movilidad de la membrana del tímpano, y con este objeto es necesario hacerles practicar á los sujetos expiraciones forzadas haciéndoles cerrar la boca y la nariz.

Como complemento obligado de las afecciones del oído, el médico examinará la retrocavidad de las fosas nasales y el apófisis mastóideo.

Después de hacer el examen de un sujeto conforme á las reglas expuestas, podemos constatar una lesión que no está en relación con el grado de sordera alegada, ó bien no encontrar ninguna lesión apreciable; debemos ir á determinar la agudeza auditiva, aunque ningún procedimiento permita medirla de un modo que no deje lugar á dudas. Es por esto que el medio científico por excelencia, en

presencia de un sordo, es un examen atento y minucioso de los oídos, que pueda eliminar la existencia de enfermedades capaces de producir los síntomas alegados.

Hemos ya mencionado las afecciones del oído externo y medio que traen consigo una diminución de la audición; en casos de lesiones del oído interno sólo nos encontramos con trastornos sugestivos como los zumbidos, ruídos musicales, cefaleas témporo-occipitales, aturdimientos, vértigos, vómitos, somnolencia, titubiación, impulsión á los movimientos rotatorios; síntomas que aunque no podemos tenerles entera fe, no por eso debemos dejarlos de lado cuando encuadran bien dentro de la idea de una afección del oído interno.

Los medios más usados para determinar la agudeza auditiva son la prueba por el reloj y por la voz. Los relojes deben ser oídos por un sujeto de audición normal á 1 m. 50; pero debe tenerse en cuenta la intensidad del ruído que varía según el reloj. En lo que se refiere á la voz, su alcance es muy diferente según los diversos observadores; además, debemos tener en cuenta que una diminución en la agudeza auditiva de corta distancia no corresponde siempre á diminución igual en la audición de lejos.

El reglamento de excepciones del servicio militar de nuestro ejército declara inútiles para todo servicio á aquellos individuos que no oigan la palabra en tono ordinario á la distancia de cuatro metros y

la voz alta á la distancia de doce metros; en caso de que el sujeto no oiga á estas distancias, debemos investigar si éste exagera su sordera ó la simula.

Según Duponchel, las sorderas llamadas *nerviosas* han casi desaparecido con el empleo de los exámenes otoscópicos, pues este método desconcierta á los simuladores porque creen que el médico posee los medios infalibles para descubrir su fraude; y debo repetir acá lo que ya he dicho: que el medio científico por excelencia para descubrir la sordera es el examen metódico y minucioso del oído, método que si bien en algunos raros casos nos puede dejar en duda, resuelve el mayor número de ellos.

Una vez practicado el examen del aparato auditivo, como acabo de exponerlo, podemos encontrarnos en presencia de los dos casos siguientes: constatar una lesión ligera acompañada de trastornos funcionales que no están en relación con ésta, ó bien no encontrar lesión visible, no obstante que los sujetos nos declaran no oir ni los ruídos exteriores ni las vibraciones del diapasón; es en estos casos que debemos recurrir á los procedimientos que paso á describir.

Procedimiento de Erhardt—Este procedimiento que sólo podrá tener éxito, cuando se dé con un simulador ingenuo, consiste en hacer sonar un reloj de repetición á metros 1.50 á 2.50 del oído sano; estando obturado el oído pretendido sordo, se hace contar los golpes de campana. Colocando el reloj del lado del oído del cual se finge sordo y desta-

pando éste; se hace sonar al reloj á una distancia de un metro, el sujeto temiendo percibir con este oído, afirmará no oir la campana del reloj; no obstante deberla oir á esta distancia con el oído sano.

Procedimientos de Teuber, Muller y Pitot—Están basados en la confusión en que se encuentra un simulador cuando se le habla por dos tubos exactamente aplicados sobre sus orejas.

El procedimiento de Teuber y Muller puede practicarse tomando dos tubos de cautchut y aplicándolos sobre los oídos del enfermo; hecho esto, el observador habla en el tubo correspondiente al oído sano; y al enfermo se manda repetir lo dicho; otro observador ó el mismo habla en el tubo correspondiente al oído enfermo, prolongando así la expe riencia llegará un momento en que el sujeto confundido repetirá las palabras ó frases pronunciadas en su oído supuesto sordo.

El cirujano militar francés doctor Pitot, ha hecho una ingeniosa modificación á este procedimiento, que consiste en hacer escribir rápidamente las frases oídas por el enfermo: de este modo se tiene una prueba escrita que demuestra su fraude; pues el fal so sordo en su confusión escribirá las palabras oídas por su oído enfermo. Es este un buen procedimiento para descubrir la simulación; y debe siempre ensayarse.

Procedimiento de Preusse—Está basado sobre el principio de que las sensaciones auditivas percibidas por los dos oídos al mismo tiempo, son localizadas

al occipucio, mientras que si es un sólo oído el que percibe la sensación, ésta es localizada á este oído mismo. Para poner en práctica este procedimiento se colocan los receptores de un teléfono en los oídos del sujeto que se quiere examinar, y se envía la corriente galvánica tan pronto en uno, ó en el otro de los receptores. Hecho esto se hablará en el teléfono y se preguntará al sujeto nos indique el punto donde percibe la sensación auditiva. Continuando la experiencia se puede poner al farsante en contradicciones; pues nos acusará una percepción auditiva que no ha podido ser transmitida que por el teléfono correspondiente al oído supuesto sordo.

Este procedimiento no ha entrado en la práctica, es de difícil aplicación por la dificultad que tienen los sujetos aún de muy buena fe, de indicar el sitio exacto donde perciben las sensaciones auditivas.

Procedimieuto de Gelle—El mismo principio del procedimiento anterior sirve de base á éste. Para ensayar este procedimiento, se coloca un tubo biauricular cuya ansa será situada detrás de la cabeza del enfermo, al cual se le hace cerrar los ojos. Si entonces se coloca un reloj exactamente al medio de esta ansa, un sujeto normal percibirá una sensación biauricular, y localizará el ruido exactamente hacia atrás al medio del cráneo; ahora bien si en estas condiciones comprimimos el tubo del lado izquierdo por ejemplo, el sujeto no oirá nada de este oído, y le parecerá que el reloj ha sido llevado ha-

cia el oído derecho. Basado en este principio un sordo unilateral debe oir el reloj más cerca de su oído sano; el simulador no estando al corriente de esto nos dirá que lo percibe exactamente hacia atrás; según el autor, se puede, comprimiendo el tubo tan pronto á la derecha ó á la izquierda obtener declaraciones que demuestren la simulación.

Este es un procedimiento sencillo de fácil aplicación y que da buen resultado; sirve como los anteriores para descubrir la simulación de la sordera unilateral.

Procedimiento de Burchardt—Este procedimiento tiene por objeto descubrir la simulación de la sordera bilateral, y para ejecutarlo se venda los ojos del sujeto, se busca la distancia á la cual la voz baja ó la de mediana intensidad es oída. Una vez determinada esta distancia para cada oído, se coloca un tubo de una longitud doble á la encontrada, en relación con uno de los oídos, tapando el otro lo mejor que se pueda; y se pronuncian palabras, sílabas ó letras en este tubo, ordenando al enfermo de repetirlas.

Habiendo hecho esta primera prueba, se habla al lado del tubo sin cambiar el timbre de la voz; en muchos casos el sujeto llegará á repetir las palabras pronunciadas al costado del tubo; lo que nos pone en evidencia que el fingido sordo oye á una distancia regular. Esta experiencia debe repetirse para cada uno de los oídos separadamente.

Para terminar con los procedimientos empleados

para descubrir la sordera simulada, diré que Dewerny da un gran valor al diagnóstico fisonómico á la mímica y á la manera de hablar, así según el autor citado «el verdadero sordo, cuya inteligencia no está disminuída, ofrece ordinariamente en sus rasgos, en la expresión de su cara y de sus ojos, una especie de atención interrogatoria, y busca á leer en los movimientos de los labios de su interlocutor, el sentido de las palabras que le son dirigidas. El falso sordo al contrario se da vuelta, baja los ojos, evita las miradas del explorador, toma un aire de imbécil, finge no comprender que se dirigen á él, y pretende lo más á menudo no oir nada, por más alto y cerca que se hable».

No podemos negar la importancia de esta observación, pero debemos de comprobarla por los demás métodos expuestos.

Me ocuparé por último de la *sordo mudez*, afección que también ha sido simulada. Esta es por lo general congénita ó de la infancia, y para descubrir el fraude se empezará por adquirir datos sobre el estado moral é intelectual del sujeto, y tener presente los caracteres diferenciales entre la sordo mudez real y la simulada. Además de los caracteres ya mencionados para el verdadero sordo; el sordo mudo real oye casi siempre todos los ruidos muy intensos, percibe sobre todo las trepidaciones del suelo sobre el cual reposa y cuando se golpea el suelo se da vuelta inmediatamente; el sordo mudo fingido no se vuelve creyendo con esto

no descubrir su fraude. El verdadero sordo mudo sabe ordinariamente expresarse por gestos y hacerse comprender de sus compañeros, y si ha recibido instrucción suficiente para saber escribir, debe conocer los signos que han sido empleados para su aprendizaje, y en algunos casos hasta podemos sostener conversaciones con estos sobre las nociones que le hayan sido inculcadas por sus maestros, como he tenido ocasión de hacerlo con algunos niños en el Instituto Nacional de sordos mudos de esta Capital. El fingido sordo mudo puesto en contacto con verdaderos mudos no comprende su lenguaje. Además los sordos mudos verdaderos cuando saben escribir, escriben las palabras como ellos las han visto, como las han leído; pueden cometer faltas de lenguaje, ó emplear un nombre por otro; pero casi jamás cometen faltas de ortografía, ni reemplazan una letra ó un grupo de letras con otra letra ó grupo de letras que tengan el mismo sonido como la c k ó q; ni tampoco cortan las palabras.

Mencionaré acá aquel célebre caso que citan los autores de un sujeto que para eludir el servicio militar simuló la sordo mudez durante muchos años y que por último el abate Sicard reconoció el fraude por las faltas de ortografía, el cual escribía el francés como se pronuncia y no como se escribe; prueba palpable de que sabía las palabras por oídos y no por la vista que es como escriben los sordos mudos, además unía unas palabras, separaba

otras, y para completar su obra no entendió ninguno de los signos y medios de que se valen los sordos mudos para expresarse.

Antes de ocuparme de los procedimientos científicos especiales para descubrir la simulación de las afecciones de la vision haré un breve resumen del modo como debe proceder el médico, el orden que debe seguir, los instrumentos que debe emplear, los signos y métodos más importantes y seguros á la ayuda de los cuales podrá llegar á hacer un diagnóstico lo más exacto, de las afecciones de la vista.

Las enfermedades de los párpados, vías lagrimales, conjuntiva, córnea, esclerótica, las deformaciones del globo ocular, las afecciones de la órbita y de los músculos del ojo no ofrecen en general mayor dificultad. Haciendo uso de la iluminación lateral se apreciará las afecciones de la córnea, del iris y ciertos trastornos de la parte anterior del cristalino; se debe también examinar la movilidad de la pupila y no olvidar que la presencia de ojos artificiales ha sido desconocida algunas veces.

Para completar el examen de la visión se deberá medir la agudeza visual, el campo visual, los vicios de refracción, constatar las lesiones de los medios y del fondo del ojo y por último las ambliopías sin lesión.

En lo que se refiere á la agudeza visual el Reglamento de excepciones del servicio militar en nuestro ejército declara inútil para el servicio todo

sujeto cuya agudeza visual sea inferior á 1/4 para el ojo derecho y 1/2 para el izquierdo, cualquiera que sea la causa de esta diminución, y sólo á los miopes pueden ser aceptado, cuando su miopía no es superior á seis dioptrias corregibles por vidrios. Debemos entonces empezar el examen por determinar esta agudeza, sobre la cual creo inútil entrar en consideraciones teóricas. Los medios más empleados para medirla son las escalas tipográficas; y entre éstas es la de Wecker la más comunmente usada.

Donders ha establecido la fórmula siguiente para determinar la agudeza visual: $V = \frac{D}{N}$; V representa la agudeza visual; D la distandia á la cual se coloca el sujeto, y N el número de la escala tipográfica que el sujeto distingue á esta distancia. Si hacemos uso de la escala de Wecker que lleva los números 5, 7.50, 10, 15, 20, 30, 40, 50 y si colocamos el sujeto á 5 metros de distancia tendremos los resultados siguientes:

El sujeto que lee á 5 metros el núm. 5 $V = \frac{5}{5} = 1$

El sujeto que lee á 5 metros el núm. 10 $V = \frac{5}{10} = \frac{1}{2}$

El sujeto que lee á 5 metros el núm. 20 $V = \frac{5}{20} = \frac{1}{4}$

El sujeto que lee á 5 metros el núm. 40 $V = \frac{5}{40} = \frac{1}{8}$

El sujeto que lee á 5 metros el núm. 50 $V = \frac{5}{50} = \frac{1}{10}$

Cualquiera que sea la escala métrica empleada para encontrar la agudeza auditiva es suficiente de dividir la cifra 5 por el último número situado en la línea hasta donde puede distinguir el sujeto exa-

minado; pues el principio de hacer leer á cinco metros ha sido aceptado por casi todos los oftalmologistas; y en la escala de Wecker está escrito al lado de los caracteres tipográficos el grado de agudeza visual correspondiente.

La mensuración de la agudeza visual supone en general sujetos de buena fe, algunos autores han construído optómetros por medio de los cuales se puede medir la agudeza visual y los vicios de refracción, son excelentes instrumentos que deben emplearse en casos de individuos de mala fe. Una vez constatada una diminución en la agudeza visual, debemos investigar la causa de ésta, si es debida á una lesión, vicio de refracción ó á una ambliopia real, ó por último si se trata solamente de una simulación.

Después de haber determinado la agudeza visual, pasaremos á examinar el campo visual, pues sabemos que la visión periférica es una función importante que nos advierte de la presencia de los objetos que nos rodean y que nos permite de evitarlos.

El campo visual, está representado por un cono cuyo vértice está en el punto nodal del ojo en fijación, cuyo limite exterior está formado por las rectas que partiendo del punto nodal, terminan á los puntos extremos de la visión periférica. Debemos recordar también que el ángulo externo ó temporal del campo visual es el más grande, mide 90º en un sujeto normal; el interno ó nasal 45º, el superior ó frontal 50º á 65º y el superior 60 á 75º.

Es sobre todo el ángulo externo del campo visual que debe llamar nuestra atención; porque será inútil para el servicio, cuando éste sea inferior á 45º.

Para medir con exactitud el campo visual, es necesario ante todo obtener del sujeto que se examina una fijeza absoluta del ojo, y emplear los numerosos aparatos conocidos con los nombres de perímetros y campímetros.

Según Chauvel, puede hacerse uso en la determinación del campo visual de la llamada prueba digital, que consiste en colocar al sujeto á cincuenta centímetros del médico, de cubrir uno de sus ojos y de cerrar el observador el ojo correspondiente á aquel que no se examina por el momento.

Hecho esto, se le hace fijar nuestro índice, colocado á igual distancia del ojo examinado y de aquel que se examina, es decir á veinte y cinco centímetros, y se lleva el índice de la otra mano á los puntos cardinales del campo visual y agitándolo ligeramente, se pasea de la periférica al centro y se anota el punto donde es visible; el observador por este método puede comparar su campo visual al del sujeto observado. El autor citado sostiene, que el índice movible debe ser visto hacia afuera del costado temporal hasta la longitud del brazo, y en las otras direcciones hasta la mitad.

Todos los procedimientos usados para determinar el campo visual tienen el inconveniente de contar con la buena fe y voluntad del sujeto examinado, lo que no siempre se puede encontrar.

Es necesario no olvidar que es frecuente encontrar una estrechez del campo visual en la histeria ó sin lesión apreciable del ojo.

Para la determinación de los vicios de refracción se pueden emplear métodos basados en los signos objectivos ó en los signos subjectivos; en el ejército sólo á los primeros se les puede tener una confianza absoluta.

Entre los procedimientos basados en los signos subjectivos, tenemos el empleo del optómetro y de los vidrios correctores, sobre los cuales no entraré en ninguna consideración que me llevaría muy lejos del objeto que me propongo en el presente trabajo; y sólo diré del optómetro, que si los sujetos observados fueran siempre de buena fe, sería un medio cómodo y rápido de reconocer y medir los vicios de refracción.

Respecto á los métodos basados en los signos objetivos, y entre los cuales tenemos la skiascopía, el procedimiento de la imagen recta; constatación del modo de desplazamiento de los vasos y el empleo del oftalmoscopio á refracción, son excelentes medios que permiten medir la hipermetropía y la miopía. Sobre todo la skiascopía, por la rapidez y la facilidad con la cual se determinan y se miden los vicios de refracción. En cuanto al astigmatismo se puede medir con el disco de Plácido. Tampoco entraré en descripciones de estos instrumentos ni del modo de emplearlos, ya bastante vulgarizado.

Siguiendo el examen de la visión, se debe hacer

el examen del fondo del ojo, el cual revelará la presencia de lesiones que en muchos casos nos vendrá á explicar las diminuciones de la agudeza visual constatada. Existen numerosos trastornos oculares que afectan el cuerpo vítreo, la coroide, la retina ó el nervio óptico, pueden entrañar la inaptitud para el servicio militar, sin estar en el momento que se hace el examen afectada la función visual; pero que más tarde sufrirá alteraciones considerables.

No entraré en detalles sobre el modo de hacer el examen del fondo del ojo, ni del oftalmoscopio, ni tampoco del fondo del ojo al estado fisiológico. En cuanto á las afecciones del nervio óptico, la atrofia de éste se càracteriza por un tinte blanco uniforme de la papila, en vez del tinte rosado normal, á un grado más avanzado, los vasos se atrofian y parece percibirse una oblea blanca pegada al fondo del ojo.

El glaucoma se caracteriza principalmente por la escavación de la papila, que se revela por los ganchos que hacen los vasos á su emergencia de ésta. En la neuroretinitis, la papila aparece saliente, de contorno indistinto, irregular, como borrado; no se ve sino la salida de los vasos, las arterias pequeñas, las venas engurgitadas por estar comprimidas por el nervio óptico. En la embolia de la arteria central de la retina se observa la papila pálida, hay infiltración de la retina y focos apopléticos.

Las retinitis se caracterizan por la pérdida de

transparencia de esta membrana, el fondo del ojo es difícilmente visible, aunque no haya copos característicos de alteraciones del cuerpo vítreo; manchas blancas se notan en la vecindad de la papila, de los vasos y de la mácula, se observan manchas equimóticas ó depósitos de pigmento á lo largo de los vasos. En fin, según la naturaleza de las retinitis serán los caracteres que presentarán. Es conveniente no olvidarse del examen de las orinas en las retinitis albuminúrica y glicosúrica y de los antecedentes mórbidos en la sifilítica.

El desprendimiento de la retina nos hace imposible iluminar el fondo del ojo al nivel del desprendimiento, los vasos hacen un gancho en este mismo sitio; el examen con el reflector sólo nos muestra una superficie blanca azulada con ondulaciones características. Los tumores de la retina se acompañan de un desprendimiento casi siempre de la retina, enviando esta membrana un refiejo brillante, conocido bajo el nombre de ojo amaurótico.

Las coroiditis por manchas blancas que se notan al fondo del ojo, en las partes periféricas, en la mácula luctea, son más mates y menos brillantes que las manchas exudativas de la retina y que las placas atróficas. En casos de coroiditis atróficas, se observan verdaderos agujeros hechos como al sacabocado, al través de los cuales aparece el tejido nacarado de la esclerótica; á un período menos avanzado se perciben manchas rosadas correspondiente á la pérdida de pigmento; se notan grandes vasos que

más tarde se atrofian. Los vasos retinianos, mucho mejor visibles, pasan delante de las manchas atróficas de la coroides.

La esclerocoroiditis posterior es una lesión frecuente en los miopes; consiste en una mancha blanca, brillante, nacarada, afectando la forma de un creciente y situada al borde interno de la pupila.

Las opacidades del cristalino son fácilmente reconocibles, ya sea por la iluminación lateral ó por medio del reflector.

Las afecciones del cuerpo vítreo se manifiestan por opacidades más ó menos grandes y por copos opacos movibles, cuya movilidad los distingue de las opacidades del cristalino.

Después de todos los exámenes y exploraciones que he pasado en revista, nos podemos encontrar en el caso de no haber podido constatar ninguna lesión apreciable, ni vicio de refracción, y no obstante el sujeto nos declara que no ve.

En estos casos sólo debemos pensar en las ambliopías, sin lesión apreciable, ó á la simulación. No debemos olvidar que las ambliopías nicotínicas, saturninas, alcohólicas, histéricas, no presentan lesiones netas del fondo del ojo, y que en las ambliopías urémicas, tabéticas, glucosúricas, el trastorno funcional puede preceder á la aparición de las lesiones visibles al examen oftalmológico.

En algunos casos, los antecedentes y examen general del sujeto pueden ayudarnos á resolver algunos casos, y en otros tendremos que hacer uso de

los procedimientos para descubrir los ambhopios simulados, que más adelante me ocuparé.

Con los progresos realizados por la oftolmología sólo pueden simular con éxito ciertos ambhopías sin lesión apreciable, pues los vicios de refracción son fácilmente medidos y podemos repetir acá lo que dice con tanta justicia Dubouchel: «que perfeccionar los procedimientos de diagnóstico aplicables á las enfermedades reales, constituye el mejor medio de disminuir el número de enfermedades simuladas».

Continuando en el estudio de los procedimientos para descubrir la simulación de las afecciones de la visión, debo ocuparme ahora de los medios científicos especiales para llegar á descubrir el fraude.

Como he dicho anteriormente las afecciones simuladas de la vista están actualmente reducidas á la exageración de los transtornos ejercidos sobre la función visual por lesiones ó vicios de refracción reales, ó á simular las ambliopías sin lesión apreciable. No obstante esto, diré algunas palabras referentes á la simulación ó provocación de las afecciones de los párpados y del globo ocular.

Entre estas afecciones tenemos la simulación de la blefaritis crónica con caída completa de las pestañas, es provocada por la depilación con aplicación sobre el borde libre de los párpados de substancias irritantes y especialmente el nitrato de plata. Si las aplicaciones de estas substancias se han hecho durante poco tiempo, el fraude es fácil de descubrir,

no encontrándose en los casos de simulación ni las arrugas de los párpados, ni tampoco la pata de ganso determinada por un pestañeo constante. En estos casos la superficie de los párpados esta siempre roja, turgecente, caliente y tumefacta, lo que nos indica que la enfermedad es reciente y aguda. La ausencia de secreción mucopurulenta, y de síntomas de linfatismo podrán hacer sospechar el fraude; una observación prolongada acabará por confirmarlo.

Respecto á las conjuntivitis y oftalmías simuladas; á los medios empleados para provocarlas y á los procedimientos que deben ponerse en práctica para descubrir el fraude, me he ocupado ya, al tratar de los caracteres que presentan la simulación de las afecciones de la visión.

El *nistagmus* también se ha imitado algunas veces, aunque es difícil hacerlo, no obstante, con perseverancia se consigue imitar este movimiento oscilatorio del globo ocular. Se ha aconsejado como medio para descubrirlo, observar el enfermo durante el sueño, pero no debemos olvidar que si bien este estado hace cesar el nistagmus de origen muscular, no sucede lo mismo con el de origen central ó nervioso. El cloroformo parece que hace cesar las oscilaciones, cualquiera que sea su causa; pero lo mejor y más sencillo es un examen prolongado del sujeto que lo desconcertaría y podríamos apreciar las irregularidades de los movimientos en el nistagmus provocado.

El *blefarospasmo* también se simula, cuando es real está casi siempre ligado á una keratitis ó á ulceraciones de la córnea. Puede ser provocado como la fotofobia por la introducción de un cuerpo extraño bajo el párpado, ó puede ser imitado. Para descubrir la simulación de esta afección se debe prolongar un poco la observación del sujeto y podrá verse entonces que el orbicular de los párpados cesa de contraerse á lo menos por algunos instantes, á causa de la fatiga producida por su constante contracción. Como sabemos que casi siempre el blefarospasmo está ligado á la fotofobia podemos hacer pasar al sujeto de una pieza iluminada á otra obscura, debe desaparecer aquél, desde que la fotofobia no se produce á causa de la falta de luz.

Cuando es provocado el examen del ojo descubrirá el cuerpo extraño.

La *caída del párpado superior* también ha sido simulada, y se ha recurrido á la inmovilización más ó menos prolongada de este párpado caído sobre el ojo, lo que puede traer cierta flacidez y hasta un ligero edema. Como sabemos la blefaroptosis verdadera es casi siempre producida por la parálisis del nervio motor ocular común, presentándose al mismo tiempo el estrabismo externo, la dilatación de la pupila y la diplopia; y cuando la caída del párpado no va acompañada de algunos de estos trastornos debe hacernos sospechar el fraude. Para descubrir éste, se debe mandar al sujeto que mire bruscamente hacia arriba, el elevador del párpado

se contraerá al mismo tiempo que el músculo recto superior y si la caída del párpado fuese debida á la contracción permanente del orbicular se le puede reconocer por la dificultad que nos presenta de levantar el párpado; produciéndose la elevación cuando cesa el estado de contracción.

El estrabismo ha podido ser imitado durante algunos instantes, pero es bastante penoso de prolongar por mucho tiempo la desviación del ojo y el sujeto se fatiga rápidamente. Esta afección está ligada á alteraciones de la refracción más que á lesiones paralíticas ó espasmódicas de los músculos del ojo; y por esto que debemos sospechar en la mayor parte de los casos, que se nos presente un individuo estrábico, y en el cual, al examen oftalmoscópico, no constatemos ninguna afección que puede ser su causa. Para descubrir la superchería podemos observar el ojo del enfermo sospechoso durante el sueño ó despertarlo y examinar entonces la dirección de los ojos. Debemos recordar que el estrabismo convergente ó divergente es en principio periódico antes de pasar al estado de ser constante.

Se han simulado también las *manchas de la córnea*, aplicándose nitrato de plata fundido, el cual produce una mancha blanquecina, superficial y regular, que desaparece con rapidez. Es fácil reconocerla mirando el ojo lateralmente; pero en algunos casos es difícil distinguirla de las verdaderas manchas de la córnea, debiéndose observar con atención al sujeto en estos casos.

La *catarata* ha sido provocada introduciéndose á través de la córnea una aguja fina que llegue hasta herir el cristalino; esta maniobra no produce inflamación, y casi no deja señales esta mutilación. Gavïn cita la observación de nueve soldados franceses que se provocaron esta lesión, siendo descubierto el fraude, operados y obligándoseles á prestar el servicio militar.

La *midriasis* es también simulada, y parece que lo era con más frecuencia antes, y se la provocaba con los midriáticos y sobre todo con la atropina. Como caracteres diferenciales entre la midriasis real y simulada, tenemos que en esta última la dilatación es mayor, la inmovilidad más absoluta, y que ésta persiste cuando se hace contraer la pupila del ojo sano. Para descubrir el fraude es suficiente hacer un buen examen del sujeto con el oftalmoscopio, y si no se constata lesión se pondrá al farsante en observación y se verá desaparecer la dilatación.

La *miopía* ha sido y es todavía una de las afecciones de la vista más simulada. Ya hemos dicho que quedan exceptuados del servicio activo los sujetos cuya miopía sea mayor de seis dioptrías; y con el hábito se puede llegar á imitar este vicio de refracción ensayándose á leer con vidrios cóncavos cada vez más fuertes, aumentando así la convexidad del ojo, y, por consiguiente, el poder refringente de sus medios se puede conseguir por estos medios que el foco se forme en la retina y el sujeto vea y lea

como un miope. Haciendo cesar, por algún tiempo, el uso de los vidrios cóncavos, el globo ocular vuelve á adquirir su forma natural y la miopía artificial desaparece.

Algunos autores señalan como indicios de miopía cuando el sujeto tiene los ojos muy salientes y la córnea muy convexa y pestañea muy á menudo; pero es necesario tener presente que la causa de la miopía no solamente reside en la córnea sino también en la convexidad del cristalino y humor vítreo. También dicen que el miope mira los objetos ladeando la cabeza para que los rayos pasen por los lados del cristalino, que están formados de capas desiguales en curvadura y en espesor, y, por lo tanto, menos refringentes.

Para descubrir la miopía simulada pueden ensayarse los medios de astucia y sorpresa que mencioné al ocuparme de los métodos generales para descubrir la simulación.

Donders y Roosbroeck aconsejaron paralizar la acomodación por la atropina; procedimiento que tiene el inconveniente de producir una micropsia y un trastorno notable de la visión; á lo que debemos agregar que los objetos no pueden percibirse claramente si no se encuentran colocados á 40 ó 50 centímetros, punto *remotum* del falso miope, el cual nos declarará no poder leer á esta distancia.

Debemos emplear procedimientos más científicos para descubrir el fraude, como son los optómetros, que no sólo nos permiten descubrir al farsante sino

que también cualquier otro vicio de refracción. Se debe hacer uso de la skiascopía y del oftalmoscopio á refracción. Y, por último, el examen oftalmoscópico nos permitirá comprobar las lesiones del fondo del ojo, como las coroiditis atróficas y el estafiloma posterior, causas muchas veces de la miopía.

En cuanto á la *presbicia* que rara vez se simula en sujetos jóvenes, puede emplearse el optómetro ó los otros medios usados para determinar los vicios de refracción.

Para terminar con las afecciones simuladas de la visión y los medios de reconocerlas, me ocuparé de la ambliopía, amaurosis, ceguera unilateral y bilateral, trastornos de la función visual que pueden ser simulados ó exagerados.

Antes de seguir adelante debemos decir que toda ambliopía, toda amaurosis, toda diminución de la visión ó ceguera, cuya causa no se pueda atribuir á hipermetropía con astenopía de la acomodación, al astigmatismo, á lesiones del fondo del ojo, ó á lesiones cerebrales, debe inspirarnos sospechas. Pero debemos recordar que solamente las amaurosis llamadas por acción refleja, como las determinadas por la histeria por heridas de la ceja, contusión del nervio frontal; ó las ambliopías ó amaurosis producidas por el saturnismo, la uremia, etc., no se acompañan de lesión intraocular fácil de reconocer.

De una manera general los medios empleados

para descubrir la amaurosis pueden servir para la ambliopía, porque si colocamos al ambliope á una distancia de los objetos, que no los pueda distinguir, por ser éstos demasiado pequeños ó estar demasiado lejos, se encuentra en condiciones semejantes al verdadero amaurótico.

Son los trastornos visuales unilaterales, y sobre todo del ojo derecho, que son más frecuentemente simulados; los trastornos de ambos ojos imponen al sujeto un trabajo muy penoso.

En presencia de un individuo que se nos presenta alegando una amaurosis, debemos examinar la movilidad de su pupila; si ésta se encuentra dilatada debemos investigar si la midriasis no ha sido provocada por la belladona ó sus alcaloides; en este caso además de la observación del sujeto hasta que se extinga la acción de la substancia relajante, podríamos hacer uso de la eserina, que no producirá la contracción de la pupila, como lo hace cuando la amaurosis es verdadera.

Los autores dicen que en la verdadera amaurosis el iris es insensible, el ojo saliente y la córnea empujada hacia adelante por el humor acuoso; pero es necesario recordar que podemos encontrarnos con un amaurótico real, cuya pupila se contraiga bajo la acción de una luz viva; pero en estos casos la contracción pupilar es lenta, poco durable y no llega jamás al límite de aquella del ojo sano. Los demás caracteres por los cuales se reconoce la amaurosis real de la fingida los he expuesto ya en el capítulo anterior.

Si no existe midriasis verdadera y el examen oftalmoscópico no revela ninguna lesión, es probable que se trate de un caso de simulación y el médico debe descubrir la superchería por procedimientos que debe saber variar y que paso á describir.

El procedimiento indicado por Schmidt Rimpler consiste en mandar al enfermo de mirar con el ojo ciego su propia mano que debe tener delante; un verdadero ciego lo ejecutará sin vacilación, pues el sentido muscular le advierte de la posición de su mano; el fingido ciego tal vez no lo haga y dirigirá intencionalmente su vista en otra dirección.

Cuignet aconseja para descubrir la ceguera unilateral de presentar una vela encendida delante del ojo sano y luego ir dirigiéndola lentamente hacia el costado del ojo pretendido ciego; si la persona examinada declara verla todavía cuando debe estar oculta para el ojo sano, por el dorso de la nariz, se trata seguramente de un simulador.

Con el mismo objeto el autor citado recomienda el siguiente procedimiento: Haciendo leer al sujeto se suspende un lápiz verticalmente entre el libro y el ojo sano; si la visión es unilateral las palabras cubiertas por el lápiz no podrán ser leídas. La simulación queda desenmascarada desde el momento de que el sujeto lee sin dificultad todas las palabras, pues los caracteres ocultos para un ojo son vistos por el otro.

Otro procedimiento aconsejado para la amaurosis unilateral es de colocar en el ojo sano un vidrio

convexo de seis dioptrias, lo cual lo transforma artificialmente en miope; esto es suponiendo que antes era emétrope, en estas condiciones su punto remoto está situado á una distancia de 17 centímetros, no pudiendo por consiguiente leer caracteres pequeños más allá de esta distancia. Una vez hecho esto, se hace leer al sujeto á poca distancia, y se aleja gradualmente el libro sin que de ello se aperciba; el sujeto sin darse cuenta de esto seguirá leyendo á una distancia mucho mayor de 17 centímetros; porque habiendo empezado á leer con el ojo sano; al encontrarse el libro bastante alejado habrá substituído sin advertirlo este ojo por el pretendido ciego.

Snellen ha ideado un procedimiento basado sobre el empleo de los vidrios coloreados, para descubrir la amaurosis unilateral. Consiste éste en el empleo de escalas tipográficas en las cuales se han substituído los caracteres ordinarios por otros de color verde y rojo sobre un fondo negro. Se coloca el sujeto examinado á una distancia, que sólo su ojo sano pueda leer dichos caracteres; se interpone entonces delante del ojo sano un vidrio colorado, cuyo color sea complementario de aquellos de los caracteres de la tabla; así se pondrá un vidrio verde si se trata de caracteres rojos y uno rojo si se trata de caracteres verdes. De este modo sólo los caracteres rojos pueden ser vistos por el ojo que lleva el vidrio rojo, los verdes no lo pueden ser, porque los rayos verdes son absorbidos por el vidrio

rojo, y por idéntico motivo los caracteres rojos no pueden ser vistos por el vidrio verde. Si en estas condiciones se hace leer á un sujeto que dice ser ciego de un ojo, no percibirá sino los caracteres rojos ó verdes, según que el vidrio rojo ó verde se encuentre delante de su ojo sano; si leyese todos los caracteres indistintamente, es evidente que sus dos ojos veían bien. Es conveniente no colocar la escala coloreada á la vista del enfermo hasta que no se haya cubierto su ojo sano, porque podría despertarle sospechas.

Podemos también emplear los vidrios coloreados basados en el siguiente principio: Si se trazan caracteres rojos sobre papel blanco, no pueden ser vistos á través de un vidrio rojo; de manera que si escribimos una frase, en la cual algunas palabras están escritas con tinta negra y otras con roja; y en este estado de la experiencia se interpone delante del ojo sano un vidrio rojo; el sujeto sólo podrá leer los caracteres negros. Si declara leer los rojos también el fraude queda revelado.

·El doctor Michaud ha modificado este último procedimiento trazando letras mitad rojas y mitad negras; de modo que su significado varíe, según que el rojo ó el negro sean vistos al mismo tiempo, ó que el negro sea sólo apercibido. Así por ejemplo, la letra E puede hacerse I para el ojo que no ve que el negro, cuando las líneas horizontales se han trazado color rojo. Se puede transformar esta misma letra en una F ó en una L; y modificando va-

rias letras en una palabra se percibirá por el ojo recubierto del vidrio rojo una palabra muy diferente de aquella que se leería si la visión fuera vinocular, lo que nos permitiría descubrir la simulación.

Para descubrir la ceguera unilateral se ha empleado los procedimientos basados en la provocación de una diplopia.

Boisseau aconsejó un medio muy sencillo que consiste en hacer presión sobre uno de los ojos, hacia arriba y adentro del ángulo externo de la órbita en el ojo de un sujeto que se hace fijar un objeto iluminado; si el sujeto observado declara ver una imagen doble del mismo objeto se puede asegurar que este individuo nó sufre de amaurosis.

Alfredo de Graefe ha perfeccionado este procedimiento haciéndolo más cómodo y más seguro.

Se empieza por hacerle creer al sujeto examinado que no nos vamos á ocupar sino de su ojo sano; se coloca entonces delante de este ojo un prisma de 18º de base dirigida hacia arriba y cuya arista responda al diámetro horizontal de la pupila, por este medio provocamos en este ojo una diplopia monocular; y en efecto se forman sobre su retina dos imágenes del mismo objeto; una por la parte libre y otra por la parte de la pupila cubierta por el prisma. Debo decir que durante toda esta parte de la experiencia el ojo fingido enfermo debe taparse; una vez constatada por el sujeto observado la diplopia, se descubre el ojo enfermo y se desplaza el prisma de modo que cubra toda la pupila del

ojo sano; la imagen doble debe desaparecer porque las condiciones en que se produce la diplopia vinocular no existen por existir un ojo amaurótico; si el sujeto declara ver doble, la simulación queda descubierta.

Si para estas experiencias se hace uso de caracteres de impresión se puede hacer leer á la persona que se examina ya sea la imagen superior ó la inferior de las dos imágenes, pudiéndose al mismo determinar la agudeza visual de cada ojo sin que la persona examinada se aperciba.

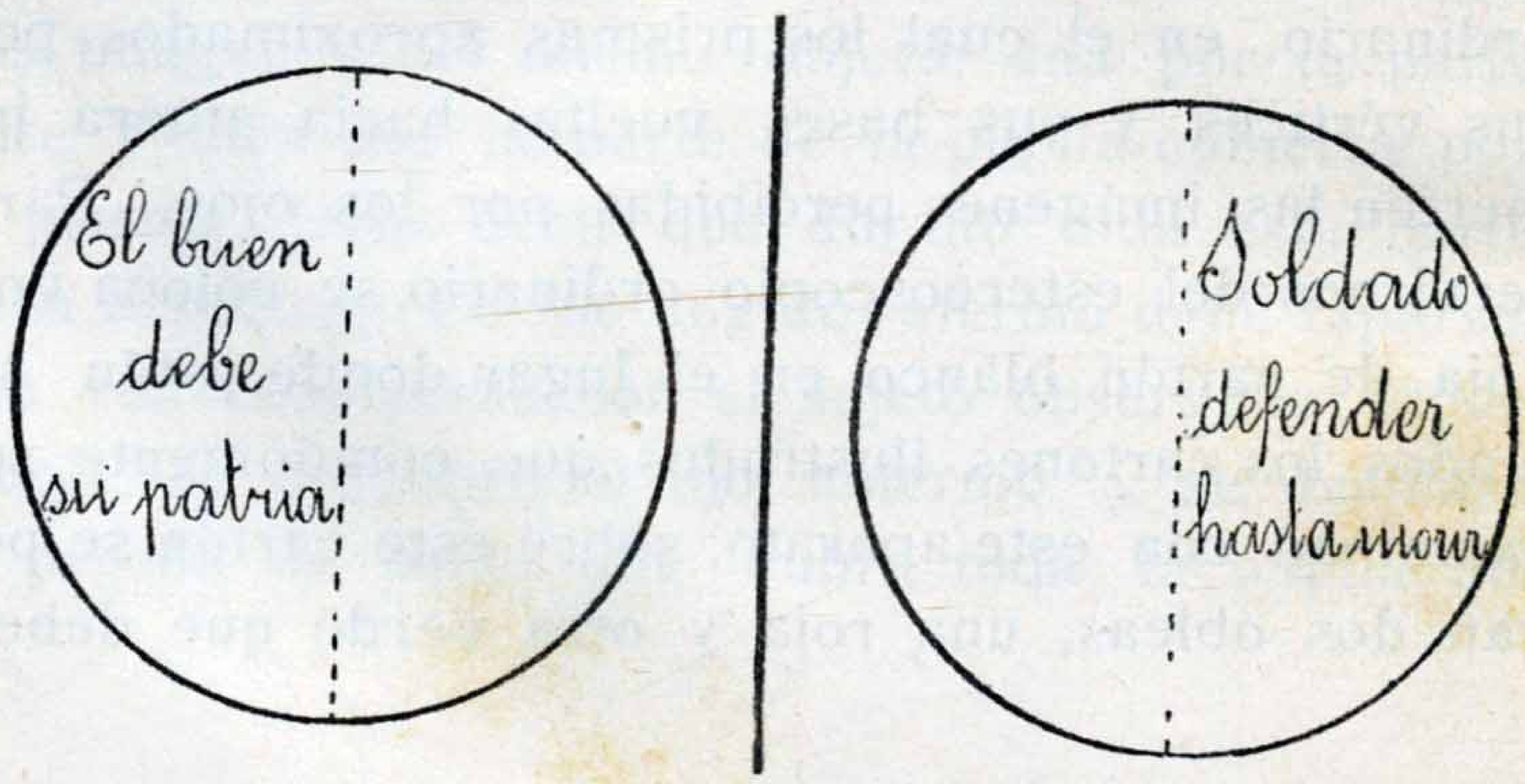
Y por último describiré dos ingeniosos procedimientos que basados sobre la transposición de las imágenes de derecha á izquierda é inversamente se han inventado para revelar la simulación de la ceguera monocular.

Se ha conseguido por medio de prismas y espejos reflectores, desviar la dirección de las imágenes de modo de hacer ver con el ojo que se finge amaurótico un objeto que el farsante cree ver con el ojo sano.

Este principio es realizado por el estereoscopio ordinario, en el cual los prismas aproximados por sus vértices y sus bases vueltas hacia afuera invierten las imágenes percibidas por los ojos. Para servirnos del estereoscopio ordinario se coloca una hoja de cartón blanco en el lugar donde están situados los cartones ilustrados que comúnmente se examinan con este aparato; sobre este cartón se pegan dos obleas, una roja y otra verde que deben

estar colocadas cerca de la línea vertical que divide el cartón en dos partes iguales, podemos colocar el rojo á la derecha y el verde á la izquierda de esta línea. Si en estas condiciones hacemos mirar al sujeto examinado por los dos oculares del estereoscopio verá la oblea roja con el ojo izquierdo que se encuentra colocado del mismo lado de ésta; pero en razón de la inversión de las imágenes operado por los prismas; esta oblea roja le parecerá situada á la derecha, mientras que la verde le parecerá colocada á la izquierda. Si un sujeto examinado se finge ciego del ojo derecho por ejemplo, y le pedimos nos diga lo que ve, tendrá seguramente la intención de negar que no percibe sino una de estas obleas; y se le ocurrirá negar la presencia de la oblea que á él le parece que está á la derecha; y sólo nos declarará ver la de color verde que está á la izquierda. Su fraude queda palpable, porque si el sujeto fuera realmente amaurótico del ojo derecho, la oblea verde no debe ser vista por él.

El estereoscopio nos puede servir también con el mismo objeto que el anterior, para la prueba siguiente:



Si el sujeto que observa el estereoscopio posee su visión vinocular, los dos círculos los verá superpuestos por su parte interna y podrá leer correctamente toda la frase, lo cual no le haría el amaurótico real, que solo vería una ú otra mitad de la frase según que su amaurosis fuera del ojo derecho ó del izquierdo; y por lo tanto debe ser considerado como simulador el sujeto que pretendiendo no ver que con un ojo lea correctamente toda la frase.

Basado sobre el principio ya enunciado Fless ha construído una caja que lleva su nombre; ésta es de forma rectangular, cerrada en su parte superior por un cristal deslustrado, provisto de dos oculares por donde se puede mirar el fondo de la caja que debe estar suficientemente iluminada, y sobre el cual están colocados dos espejos inclinados bajo un ángulo de 120°, de modo que puedan reflejar entrecruzándolas las imágenes de dos objetos colocados de cada lado de los oculares. Si se manda al sujeto examinado mirar por los oculares con sus dos ojos, percibirá dos objetos; uno á la derecha con su ojo izquierdo y otro á la izquierda con su ojo derecho; y si el simulador se finje ciego del ojo derecho nos dirá que sólo ve el objeto que se encuentra á la izquierda, siendo precisamente la imagen de éste la que se va á formar en el ojo derecho; lo que pone de relieve el fraude.

Mareschal ha ideado una caja que defiere de la de Fless en que los dos espejos inclinados de ésta,

han sido reemplazados por un solo espejo plano, colocado sobre la pared posterior, de dimensiones pequeñas para que las imágenes de los dos objetos colocados á ambos lados de los oculares no puedan ser vistos por el ojo del lado opuesto.

Por último Chauvel ha llevado á un alto grado de perfección la investigación de la simulación de la ambliopía y de la amaurosis por medio del procedimiento de la transposición de las imágenes.

Su aparato se compone de una caja de treinta y tres centímetros de longitud, al fondo de la cual están grabados de cada costado y sobre placas de vidrio transparente los caracteres de una escala tipográfica.

Esta caja lleva una pantalla transversal con dos agujeros en correspondencia con los oculares, de este modo el ojo derecho sólo verá la placa situada á la derecha y el izquierdo la situada á la izquierda. Si en lugar de esta pantalla se coloca otra munida de un solo agujero central las imágenes visuales serán transpuestas.

Ahora bien, si en esta caja se colocan dos pantallas, una con agujero mediano y la otra con dos agujeros laterales, perpendicularmente situada una con relación á la otra, de modo que una esté horizontal y aplicada contra la pared superior de la caja y la otra transversalmente, y si por un mecanismo muy simple podemos substituir á voluntad una pantalla á la otra, sin que se dé cuenta el sujeto, y por lo tanto, presentar á su vista una imagen cru-

zada ó una directa, se comprende la confusión en que se encuentra el simulador cuando debe elegir la imagen que declarará no ver.

Esta caja tiene además la ventaja de poder determinar la agudeza visual; pues cada una de las líneas tipográficas de esta caja corresponde á una agudeza visual netamente determinada, pues el tamaño de los caracteres ha sido calculado para la distancia de 2, 3, 4, 5, 7 y 10 pies.

No obstante la perfección del procedimiento, no se puede tener seguridad sino cuando la prueba es positiva, en caso de resultado negativo no se puede asegurar que la ambliopía sea real; porque podemos dar con un sujeto prevenido que por un pestañeo descubra el lazo que se quiere tender. Es por este motivo que debemos multiplicar los procedimientos expuestos para llegar á confundir los farsantes.

En cuanto á la ambliopía y la amaurosis bilateral, es muy difícil de ser simulada; hacer el papel de ciego durante mucho tiempo es una obra sobrehumana; menos penosa es la imitación de la ambliopía bilateral. El médico debe tener siempre presente que los casos de ambliopías sin lesión, sin vicio de refracción muy marcados, cuyos pupilas se contraen normalmente y que no existe una enfermedad general capaz de producirlas son muy excepcionales.

La astucia y una vigilancia constantes son suficientes muchas veces para descubrir el fraude. Los medios de sorpresa deben emplearse y Fallot aconseja de aproximar rápidamente á los ojos del fingido

ciego un cuerpo vulnerante cualquiera; si tiene en algunos casos el sujeto mucha fuerza de voluntad para no mover la cabeza en cambio puede sentirse su corazón latir con violencia.

La hemeralopía parece que fuese más fácil de ser simulada porque ese fraude no exige del sujeto tanta energía y constancia para sostener su superchería. Ha sido simulada sobre todo por los marinos. No existe ningún síntoma propio que pueda guiarnos para reconocer esta afección, así la dilatación permanente de las pupilas no se encuentra muchas veces ó no es muy pronunciada, la hiperemia de la pupila, la anemia de la retina, las sufusiones serosas peripapilar, las manchas plateadas que se presentan en la conjuntiva ocular, son poco constante y no podemos darles gran valor. La retinitis pigmentaria da lugar frecuentemente á la hemeralopía, pero esta puede existir sin aquella afección; de manera que en muchos casos tenemos que fiarnos en los signos subjetivos que nos refiere el enfermo. Es en estos casos que debemos oponer nuestra astucia á la astucia de los simuladores.

Netter ha aconsejado privar de luz al enfermo; en muchos casos este medio ha hecho confesar su fraude á los fingidos hemeralopes. Puede emplearse un vendaje de ambos ojos en lugar de encerrar al individuo en una habitación oscura; en fin, se puede observar á los sujetos si andan con desenvoltura en la obscuridad, y algunos han aconsejado dar al falso hemeralope un purgante que lo obligue á le-

vantarse de noche, y observar entonces si se dirige con seguridad ó tropieza con los objetos que encuentra á su paso (según Legrand de Saulle este medio no debe emplearse).

Por último, Netter ha aconsejado encerrar al sujeto sospechoso en una habitación obscura, y abrir gradualmente la puerta hasta que nos diga que ve; se cierra de nuevo la puerta y se la vuelve á abrir poco á poco hasta que nos declare que ve nuevamente. El sujeto debe estar colocado de modo que no pueda apreciar el grado de abertura de la puerta; si su hemeralopía era real la abertura de la puerta debe ser igual en los dos casos, lo contrario sucederá en caso de que ésta sea simulada.

CAPÍTULO IV

INFLUENCIA DE LOS SIMULADORES EN LA CLASE MILITAR. —NECESIDAD DE REGLAMENTAR LAS PENAS CON QUE DEBE CASTIGARSE LA SIMULACIÓN EN EL EJÉRCITO ARGENTINO.

Todos los autores que se han ocupado de estudiar la simulación en los ejércitos europeos han puesto de relieve la influencia nefasta que ejercen en el medio militar los simuladores, los que relajando la disciplina, que, como sabemos, es base principal del poder de un ejército, distraen del servicio activo un cierto número de individuos, recargando el tesoro público con sus hospitalizaciones.

Con justa razón ha dicho Zuber: «la simulación engendra la simulación, descubrir un simulador es ahogar en el huevo toda una nidada de fraudes que se preparaban secretamente en los que lo rodeaban». Es frecuente encontrar en nuestro ejército soldados viejos que tienen por profesión, se puede decir, de enseñar á los conscriptos que recién ingresan á las filas, los medios de exagerar, imitar ó provocarse enfermedades, para así ser eximidos del servicio de una manera temporaria ó permanente.

Así el médico de regimiento diariamente observa soldados que dan parte de enfermo para no ejecutar un ejercicio, una marcha, ó para escapar á un castigo; pretenden abrigar sus faltas bajo la cubierta de su estado de salud, desplegando á veces en sus tentativas de fraude una energía á toda prueba.

Pero no solamente en la vida ordinaria de cuartel se hace sentir la influencia ejercida por los simuladores, sino que se refleja más lejos; y he podido observar en las salas del Hospital Militar, donde siempre existen en observación casos de esta naturaleza, que soldados que habían ingresado á estas salas por padecer de enfermedades reales, y estando ya casi sanos, han tratado de imitar los mismos síntomas ó afecciones que alegaban los simuladores con los cuales estaban en contacto en la misma sala. En estas condiciones he constatado casos de falsos ataques de epilepsia; se comprende que mientras se tiene en observación al sujeto por esta nueva afección pasará algún tiempo, y recargará á la nación en gastos de hospitalización.

Esta influencia de los simuladores sobre la familia militar se hace aún más culpable en los períodos de marchas, maniobras, ó en tiempo de guerra, donde, aprovechando las dificultades de la situación, se fingen enfermos, se quedan atrás, llenan los carros de transporte, en fin, cometen un acto de los más censurables.

Como acabamos de ver la influencia que ejercen los simuladores en la clase militar, se manifiesta en

cualquier punto ó circunstancias en que éstos se encuentren, y sus consecuencias van desde la simulación que ejecutan los llamados perezosos de cuartel para hacerse exceptuar de la cuadra, de los ejercicios de gimnasia, volteo, marchas, etc., hasta la simulación en tiempo de guerra.

En algunos casos el médico mismo puede favorecer la acción de los simuladores, porque su benevolencia puede llegar á conceder excepciones que no las justifican las afecciones de que están afectados los sujetos, esto se vuelve un obstáculo para el mantenimiento de la disciplina.

Ya he estudiado los medios de que se valen los farsantes para practicar la simulación y los procedimientos que debemos poner en práctica para descubrir la superchería, no obstante hay casos en que el médico puede quedar en duda sobre si es real ó fingida una afección, pues como dice con tanta razón un cirujano militar del ejército francés Boiseau:

«Si la ciencia ha marchado, si hoy día nuestros medios de investigación son más numerosos y precisos, si la observación es más rigurosa; de otra parte la industria de los simuladores no ha quedado atrás, los medios de fraude se han perfeccionado y las dificultades para el médico encargado de descubrirlos, no han hecho sino aumentar.»

Está, pues, demostrado, que un éxito obtenido por un simulador, incita á muchos á seguir sus huellas, es por esto que el médico militar debe tener presente

que el mejor medio para disminuir el número de simuladores es perfeccionar los procedimientos de diagnóstico que debe poner en práctica en las enfermedades reales.

Necesidad de reglamentar las penas con que debe castigarse la simulación en el ejército argentino.

En todos los tiempos y en casi todos los países civilizados se han dictado disposiciones penales á veces severas con las cuales debían castigarse aquellos individuos que buscaban á substraerse por medio del fraude á las obligaciones del servicio militar.

Así la legislación francesa sobre materia de simulación establece lo siguiente:

Todo hombre que trate de hacerse inútil al servicio militar sea de una manera temporaria ó permanente, para substraerse á las obligaciones impuestas por la ley, es deferido á los tribunales, sea á pedido de los consejos de revisión, ó sea de oficio, y si resultase culpable será castigado con prisión de un mes á un año.

Son deferidos á los tribunales y castigados con la misma pena, los que en el intervalo del cierre de la lista cantonal y al ponerse en actividad, se hagan culpables del mismo delito.

A la expiración de su pena los unos y los otros, serán puestos á disposición del Ministerio de la Guerra por el tiempo que deben servir al Estado, pu-

diendo ser enviados en una compañía de disciplina.

Las mismas penas deben pronunciarse contra los cómplices.

Si éstos son médicos, oficiales de Sanidad, ó farmaceúticos, la duración de la pena es de dos meses á dos años, independientemente de una multa de doscientos á mil francos que puede ser pronunciada, y sin perjuicio de penas más graves previstas por el Código penal.

Como acabamos de ver el Código de Justicia Militar francés, sólo establece penas para los hombres que simulan enfermedades ó se mutilan antes de su incorporación al servicio activo; y sólo existe una disposición disciplinaria en el reglamento de servicio interno de los cuerpos, que establece el envío á las compañías de disciplina por el término de un año, á los soldados que simulen con persistencia ó se mutilen voluntariamente, estando ya en servicio activo.

Como lo demuestran elocuentemente las estadísticas del cirujano militar Huguet, la legislación francesa sobre simulación es insuficiente, y no ha dado el resultado que se esperaba; pues el número de simuladores no ha hecho sino aumentar en los últimos veinticinco años.

La legislación alemana y austriaca sobre simulación y mutilación voluntaria son bastante severas, pues imponen penas de prisión que pueden llegar hasta cinco y diez años respectivamente, contra

aquellos individuos que con el objeto de substraerse al servicio militar ensayan de pretextar ó fingir enfermedades. La misma pena debe ser aplicada á los que hayan participado al fraude.

Como se ve, todas las naciones están de acuerdo en que no sólo se debe reprimir la indisciplina sino que se debe castigar la simulación bajo todas sus formas; castigos que deben estar en relación con la gravedad de la falta cometida; pero que deben ser siempre de un carácter coercitivo.

Entre nosotros sólo existen las disposiciones establecidas por la ley 4031 sobre servicio militar obligatorio, que castiga con un año de servicio continuado en las filas del ejército permanente á todo argentino que no cumpla con las prescripciones del enrolamiento. También impone penas de uno y dos años de recargo de servicio á los conscriptos de dos años y seis meses que no se hayan incorporado en la fecha fijada á las filas del ejército permanente.

Como se ve, nuestros legisladores no se han ocupado de dictar siquiera algunas disposiciones que pongan un freno al desarrollo de la simulación que tanto incremento ha tomado en nuestro ejército con la actual ley de servicio obligatorio, causando, por consiguiente, serios peligros al mantenimiento de la disciplina.

Si se imponen penas al infractor al enrolamiento y al conscripto que no se presenta en el plazo fijado á cumplir el tiempo de servicio que le ha

tocado, lógico es que se castigue al que recurre al fraude para eximirse de cumplir las obligaciones impuestas por la ley.

Deben establecerse penas no solamente para los soldados que simulan después de su incorporación al ejército, sino también para aquellos que se provocan ó simulan enfermedades ante las Juntas de Excepciones para conseguir su exención del servicio activo. También deben establecerse penalidades contra aquellas personas que tomen parte en el fraude ó procuren la excepción de un sujeto, que no esté justificada por su enfermedad.

Es bueno no olvidar que las penas que se establezcan deben estar en relación con el carácter de la simulación; así serán suficientes en un principio ciertas medidas disciplinarias para poner coto á ciertas simulaciones en los cuerpos, mientras que será necesario apelar á disposiciones más rigurosas contra aquellas simulaciones persistentes y obstinadas.

A los que se mutilen ó simulen enfermedades en tiempo de guerra debe aplicárseles penas severas.

Por último para terminar, y como medida profiláctica para disminuir la simulación entre nuestros soldados, debemos señalar la necesidad sentida de reformar las instituciones y reducir á lo menos el tiempo de servicio obligatorio que se impone á nuestros conscriptos. Es necesario convertir á nuestro ejército en una alta escuela de cultura nacional, para que al volver estos hombres á la vida

civil, fortificados con la benéfica influencia intelectual, física y moral recibida del medio militar, aporten á la familia futura elementos de vigor y de regeneración.

OBSERVACIONES

Hospital Militar.—Servicio del doctor R. Giménez

V. N., soldado conscripto, regimiento 8 de caballería de línea, soltero, provincia de Buenos Aires, ingresó al ejército hace cuatro meses, habiéndole tocado dos años de servicio.

Este sujeto es remitido en observación al Hospital Militar central por el médico del expresado cuerpo, por haber dado parte de enfermo muchísimas veces alegando no oir con su oído derecho.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha sido siempre sano. Sólo nos refiere que hace varios años le supuró un oído; pero no recuerda cual de los dos fué; pero sanó completamente y su audición quedó normal.

La sordera actual dice el enfermo que le empezó hace más de un mes, y que no sabe á que atribuir su causa.

Al examen el sujeto no presenta el aspecto del verdadero sordo que ya he descripto. El examen general no revela ninguna afección apreciable á nuestros medios de investigación.

Examinando metódica y detenidamente los órga-

nos de la audición no hemos podido comprobar ninguna alteración en el conducto auditivo, membrana del tímpano, oído medio, trompa de Eustaquio; ni tampoco en el nasofarinx ni el apófisis mastoideo.

Tampoco presenta síntomas subjetivos de afecciones del oído interno.

La agudeza auditiva da el siguiente resultado: oído izquierdo: la voz de mediana intensidad la oye á 4 metros; la voz alta á 12 metros.

Oído derecho: voz de intensidad media la percibe á 1 metro, la voz alta á 4 metros.

El sujeto acusa oir el tic tac de un reloj de bolsillo á 15 centímetros de distancia con su oído izquierdo y aplicado contra el pabellón con su oído derecho.

En la prueba por medio del diapasón el sujeto nos dice oir más intensas las vibraciones del lado izquierdo, y obturando el oído supuesto enfermo todavía nos declara percibirlas mucho mejor del lado izquierdo.

Hemos empleado el medio de sorpresa de la transición brusca, de la voz alta á la voz baja, habiendo percibido esta última á una distancia de 4 metros con su oído derecho.

Aplicando el procedimiento de Gellé, el sujeto nos ha manifestado oir el reloj exactamente atrás de su cabeza.

Por todas estas pruebas y la falta absoluta de lesiones que expliquen su sordera nos hemos inclinado á la simulación. Algunos días después nues-

tro fingido sordo pide su alta confesando así tácitamente su fraude, pues nos dice que su sordera casi ha desaparecido.

Hospital Militar.—Servicio del doctor R. Giménez

N. N., soldado conscripto, regimiento 10 de infantería, ingresó al ejército hace seis meses, habiéndole tocado dos años de servicio.

Es enviado al Hospital Militar central con el diagnóstico conjuntivitis catarral, en el mes de enero del corriente año.

Nada importante presentan sus antecedentes personales é individuales. Ha padecido de sarampión hace tres meses, curando completamente á los pocos días.

Su afección actual empezó hacen 15 días por el ojo derecho, propagándose al izquierdo el día antes de entrar en este hospital. El enfermo nos refiere que su afección tomó desde un principio la intensidad que reviste actualmente; no sabe á qué causas atribuir su mal.

El examen general del sujeto no revela ninguna otra afección. No ha tenido ni tiene blenorragia.

El examen de los ojos nos demuestra un estado inflamatorio franco, bastante interno de la conjuntiva palpebral inferior, menos intenso de la conjuntiva ocular y casi desaparece debajo del párpado superior. El color de la conjuntiva es rojo amari-

llento, con inyección bastante marcada de los vasos de ésta.

Existe una regular cantidad de secreción seromucosa que durante el día corre por las mejillas poniéndolas excematosas; y en la noche se concreta aglutinando las pestañas. El enfermo dice sentir un dolor vivo al mover los párpados.

El examen funcional de los ojos no ha revelado ninguna alteración.

Se prescribe un tratamiento apropiado, pero la afección no cede absolutamente nada en 20 días de medicación; y por el contrario, aparece exacerbada todas las mañanas. Se sospecha en vista de esto y del tiempo transcurrido, que el sujeto haría uso de alguna substancia irritante para exagerar y mantener este estado inflamatorio. Se aplica un vendaje oclusivo y se le hace vigilar, pero la mejoría es muy poca; se redobla esta vigilancia de día y de noche; habiendo notado el enfermero que este enfermo ocultaba la cabeza debajo de sus cobijas, pudo sorprenderlo una noche y constatar que dicho sujeto se orinaba la camisa frotándose luego los ojos con esta camisa empapada en orina. El fraude quedaba descubierto; consiguiéndose la curación en pocos días de esta conjuntivitis rebelde á todo tratamiento con sólo recurrir á atar los brazos del sujeto á la cama y á vigilarlo.

Podría referir acá la observación de muchos casos de simulaciones de afecciones del oído y de la vista, como igualmente de varias otras enfermeda-

des que con frecuencia se simulan en nuestro ejército, pero me he abstenido de hacerlo temiendo de dar mucha extensión á un trabajo de la índole del presente.

CONCLUSIONES

1ª La frecuencia de la simulación en nuestro ejército ha aumentado con la actual ley de servicio obligatorio. La exageración de enfermedades es más frecuente que su simulación.

2ª El empleo de métodos é instrumentos de examen más completos y precisos, ha estrechado el vasto campo abierto á los simuladores; en cambio éstos han perfeccionado sus medios de fraude.

3ª El examen de un simulador se debe empezar siempre por eliminar la posibilidad de afecciones reales, antes de buscar la simulación. Es el único método lógico que evita cometer graves errores.

4ª Los medios coercitivos deben ser proscriptos. Los anestésicos sólo serán empleados con reserva, cuando sean los únicos medios de llegar al descubrimiento de la verdad.

5ª La necesidad de reglamentar las penas con que debe castigarse la simulación se impone, así como también la reforma de las instituciones y de las costumbres de nuestro ejército.

VITELMO A. CARBAJAL.

Buenos Aires, junio 30 de 1905.

Nómbrase al académico doctor Telémaco Susini, al profesor titular doctor Eduardo Obejero y al profesor suplente doctor Eliseo V. Segura para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de esta tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

———

Buenos Aires, julio 18 de 1905.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de esta tesis, según el acta núm. 1600 del libro respectivo, entréguesela al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza respectiva.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

———

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Simulación de la sordera.

II

¿El aspecto de la membrana del tímpano permite presumir el grado de audición del sujeto?

III

Medios de comprobar la simulación de la sordera.