

LA CUADRATURA DE LA IMAGINACIÓN

Dr. Miguel Lladó

Si la cuadratura, como dice el diccionario, "es la acción y efecto de cuadrar una figura geométrica, y la cuadratura del círculo es un problema insoluble", la de la imaginación es, tomando el concepto, una proposición que no puede demostrarse. Por algo se dice que es la loca de la casa, y a una loca no se la puede encasillar dentro de límites convencionales. Se habla de cuadratura del círculo cuando estamos ante la imposibilidad de hacer algo, y, por comparación y deducción, de cuadratura de la imaginación cuando reconocemos que no tenemos a la mano impedimento para poner atajo a esta función mental. Uno echa a volar la imaginación y no hay manera de decir "hasta aquí no más". Puede detenerse en relación a un asunto, pero se deriva a otro y a otro, así en la vigilia como durante el sueño.

Dicen que la imaginación es una forma de percepción, de ilusión, de tantas cosas. Sucede, incluso, confundirse con al fantasía. García Márquez (*El olor de la guayaba*, 1982, p. 31) establece diferencias. Una de ellas, que la fantasía sería la invención pura sin ningún asidero de realidad, mientras que la imaginación es un instrumento de elaboración de una nueva realidad a partir de la realidad real. Sería la misma diferencia entre la voz de un ser humano y la de un ventrilocuo.

Otro es el caso de la ucronía, esas fantasías que se repiten en torno a lo que pudo ser o debió ser y no fue. Pero, sea fantasía o imaginación, si estas ideas persistentes llegan a dominarnos se vuelven obsesiones, y si éstas nos atormentan y no podemos anularlas o desviarlas aparecen las compulsiones, que son la objetivación de las obsesiones. En otras palabras, la obsesión es la repetición porfiada de un mismo pensamiento y la compulsión la repetición persistente de un acto involuntario. Un paso más, ya en el terreno patológico, y tenemos la neurosis obsesivo-compulsiva. Sin llegar a tanto, una anomalía de la memoria de evocación, de la alucinación del recuerdo, es la paramnesia fantástica, en la que al individuo le parece que lo que ocurre ha ocurrido realmente (Delgado, H.: *Curso de Psiquiatría*, 1993, p. 158).

Pero la imaginación puede encasillarse, dirigirse, sin que esto signifique que pueda reducirse a una "cuadratura generalizada". Si no se la deja vagar sin dirección concreta, puede llevarnos a profundizar nuestros pensamientos, a meditar aunque no seamos pensadores de oficio. Aquí volvemos a decir que

imaginación no es lo mismo que fantasía, y que se acerca más en su acepción a invención y ficción. Después de todo, la palabra realidad, punto de partida de la imaginación se ha desglosado en varias subclases: realidad real, realidad inventada, realidad mágica, realidad idealizada, realidad verbal, realidad maravillosa, realidad social, realidad oculta.

Veamos el caso de Eugenio Ionesco, el dramaturgo rumano muerto en marzo de 1994. El y Samuel Beckett han cambiado el rumbo del teatro moderno. De Ionesco se ha dicho que es el creador del teatro del absurdo, sin tomar en cuenta que este autor niega repetidamente esta suposición para afirmar, más bien, que la temática y el tratamiento de sus obras se dirigen al teatro de la ausencia y de la risa ante lo grotesco. Repite que a la crisis del lenguaje, que no traduce el profundo estado de angustia del hombre actual, hay que oponer la risa como una forma de violación verbal y se pregunta, con Leibnitz, por qué en lugar de la nada existe algo. Sólo la muerte nos hermana ("El Mercurio", Chile, 6 de noviembre 1994). A Ionesco la imaginación le permite -o él se vale de ella- para salirse del cauce habitual ante la angustia, y se ríe, se ríe de lo atroz.

Las imágenes o símbolos se valen de las palabras, la pintura o la escultura para concretizar los alcances de la imaginación. Otra de las alteraciones cualitativas de la memoria de evocación, las imágenes eidéticas, se refieren a la persistencia de las representaciones posteriores a una real: algo así como la continuación de la imagen real ya desaparecida. Las imágenes eidéticas y la paramnesia fantástica, ambas anormales, tienen cierto parentesco con las gerovisiones (Moreno Corzo, F.: Semiología del envejecimiento humano, 1992, p. 14).

Alteración de la memoria de evocación o no, las gerovisiones se presentan en los muy ancianos en vía de retroceso, de regresión hacia la conducta del niño. Hacer un distinguo sutil entre lo que es normal y lo que no lo es, separados por una línea invisible, cae dentro de la experiencia del médico. Por adelantado diremos que, conforme avanza el envejecimiento, hay una suerte de agraniza o desperdicio de parte de algunas funciones mentales con conservación real o aparente de otras. La rehabilitación pone énfasis, no en las funciones que no tienen recuperación, sino en las conservadas, para preservarlas, estimularlas y, si es posible, para que ayuden a la recuperación paulatina de las deterioradas. Un ejemplo es el de la pérdida progresiva de la memoria de fijación, la que puede aminorarse si se estimula la conservación de una función que poco se tiene en cuenta, la atención.

Con el paso de los años, y ya en el terreno de lo anormal aunque no siempre de lo patológico, se presentan las seudopercepciones o engaños de los sentidos:

- La ilusión, que es la percepción deformada de un objeto real.
- La alucinación, que es la percepción de objetos inexistentes.
- Las paraidolias, que son percepciones de imágenes inexistentes agregadas a otras reales.

Estamos tratando de la imaginación, y, como vemos, en muchas de las alteraciones psicopatológicas mencionadas interviene desbordando lo que pueden captar la experiencia o los sentidos. Aunque en los textos por lo general no se dedica un capítulo a la imaginación, tal vez porque es parte de varias funciones, vale la pena independizarla para resaltar su jerarquía.

Para no dejarnos llevar por la imaginación a campo traviesa, sin orden ni concierto, vamos a ocuparnos de tres puntos importantes que tienen que ver con la medicina del hombre:

- El rejuvenecimiento.
- La evolución de los restos embrionarios sexuales femeninos en el hombre, con especial dedicación al llamado "adenoma prostático".
- El papel de la aspirina en la arterioesclerosis coronaria y la úlcera gastro-duodenal, cuando se dan estas dos entidades como parte de la polipatología del anciano.

Rejuvenecer es un ejemplo de imaginación desbordada a partir de experiencias vividas. Se pretende volver al pasado, insatisfechos por las limitaciones naturales de la vejez, y revivir los años de la juventud, a veces "bien vividos" y otras no tanto. Y es que la vejez no es la misma mirada desde afuera que desde adentro. Cuando estamos en la etapa de declive, recordamos la juventud como la edad de los sueños (de los amores castos, de los amores desbocados), y poco a poco o de pronto nos da por querer, como Fausto, regresar a los lances afectivos que tienen todo su esplendor en esos momentos evocados. O sea que sobre la base de experiencias lejanas la imaginación hace el resto.

Pero este sueño-deseo de los hombres de todos los tiempos ha interesado también a los investigadores científicos. Los literatos y los filósofos han hecho su parte. En la Edad Media los alquimistas buscaron afanosamente el elíxir de la larga vida y la transmutación de los metales en oro. Quimeras perdidas entre brebajes y charlatanerías, ahora reviven con visos experimentales en la medicina folclórica.

Naturalmente, para hablar de rejuvenecimiento primero hay que hablar de envejecimiento, porque sin conocer las causas de éste no se puede tratar de remediar los efectos. Como se dice, hay que saber lo que se busca para comprender lo que se encuentra. Y así nos damos con diferentes supuestos y teorías, muy simples los más antiguos (simples, ahora, pero seguramente no

tanto en la época en que fueron enunciados). Ahí están las teorías que atribuyen el envejecimiento, y con mayor razón la vejez que es una etapa más delimitada, a la pérdida gradual de "algo": del calor innato, el agua, el fermento vital, la capacidad de reparación, las estructuras moleculares, los coloides tisulares; o a la acumulación de "algo": la intoxicación intestinal, los productos de desecho del metabolismo celular. Tan simples nos parecen estos enunciados que a menudo no les dedicamos un acápite para explicarlos, pero, en su tiempo, debieron ser elaboraciones delicadas e ingeniosas, con mucho de la ciencia de entonces y de imaginación.

Posteriormente, con los avances de la medicina experimental y la meticulosidad de los clínicos, se trata de culpar a un órgano determinado, o a un sistema, de la declinación orgánica, funcional y mental. En este recuento, que no quiere dejar de ser sólo un ensayo, mencionamos algunos de los causantes incriminados: la involución de las glándulas de secreción interna (hipófisis, cápsulas suprarrenales, gonadas masculinas, páncreas endocrino), del sistema nervioso (lesiones corticales y extrapiramidales), del aparato cardiovascular, de las neuronas. Pero así como las especialidades médicas se subdividen para calar en profundidad, las investigaciones del envejecimiento ahondan cada vez más en los componentes celulares, subcelulares, moleculares, etc., y por este camino nos encontramos con las teorías modernas: la del Error Primario (por deformación de los mensajes, por aumento progresivo de los enlaces cruzados en las moléculas de DNA, por mutaciones genéticas a nivel cromosómico, por autoinmunidad), la del Error no DNA, la del Reloj Molecular y la Hipótesis Mitocondrial. En dos palabras, el envejecimiento resultaría del deterioro progresivo de la síntesis de las proteínas, en el que juegan papel importante el DNA o ácido desoxirribonucleico y el RNA o ácido ribonucleico. El primero se encuentra de preferencia en el núcleo de la célula y el segundo en las mitocondrias. Normalmente, el DNA forma el RNA y éste favorece directamente la síntesis de las proteínas en la membrana celular. Si en algún momento se pensó que el comienzo del envejecimiento subcelular estaba en el núcleo, ahora se asegura que está en las mitocondrias.

Pero de antiguo se conocen algunos signos del envejecimiento celular: el polimorfismo del núcleo del leucocito, la presencia de lipofucsina o lipocromo (pigmento que se origina en las lisosomas y en las mitocondrias), las placas seniles (fibras de macroglía alteradas y unidas a una sustancia albuminosa; también se observan en la demencia), la disminución del agua intracelular (de 42% a los 25 años a 33% a los 75). También, el gerontoxón o arco senil (opacidad blancuzca de colesterina pericorneal), y todos los cambios estructurales, funcionales, mentales y espirituales que nos hacen reconocer al anciano.

En resumen, si el envejecimiento subcelular tiene como punto de partida las mitocondrias, a través de la disgregación del genoma mitocondrial por los peróxidos derivados de los radicales libres, la solución estaría en el impedimento de estos procesos peroxidativos, o sea en demorar el proceso de oxidación por medio de los antioxidantes como el selenio, el glutatión, la catalasa y las vitaminas betacaroteno, C y E a grandes dosis.

Pero ésta sería sólo una de las direcciones probables del camino hacia los orígenes del envejecimiento. Otra, por la que transitan ya hace un buen tiempo algunos investigadores, tiene que ver con los neurotransmisores o NTs, que son sustancias químicas (dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, ácido glutámico, GABA, glicina) que derivan de los aminoácidos e interrelacionan las neuronas a través de sus prolongaciones, permitiendo de esta manera el paso de la información dentro del sistema nervioso central. Los cambios en los NTs que se presentan en el envejecimiento se deberían a alteraciones del metabolismo general.

Este atisbo por el origen del envejecimiento era necesario para dar sentido a la posibilidad del cambio de rumbo de la vida en dirección contraria. Para intentar el rejuvenecimiento. Tarea difícil pero enraizada en lo más íntimo de los deseos del hombre. Si se lograra saber por qué se envejece y se muere, estaríamos en condiciones de desandar los años caminados y, sin duda, encontrar los hilos de la vida: los extremos de la creación, la vida y la muerte, constituyen una cadena configurada por etapas, evolutivas unas e involutivas las últimas.

Al lado de los conocimientos científicos, los sentimientos religiosos y las proposiciones filosóficas, el envejecimiento es un malabar de la imaginación. Es un deseo que quisiera hacerse realidad. El investigador ruso Alejandro Bogomolets ideó el suero citotóxico antirreticular, partiendo de un concepto distinto del sistema reticuloendotelial, el que inyectado endovenosamente en pequeñas dosis en un animal de laboratorio produce anticuerpos específicos. Inyectado en el hombre, previa titulación por pruebas de fijación del complemento, estimula el sistema reticuloendotelial o RES y determina una inmunidad activa contra las enfermedades infecciosas. Para no alargar el asunto, digamos que el autor pensó que este suero también estimularía a los macrófagos, que son las unidades celulares del RES, y así se evitaría la decadencia orgánica senil en la arterioesclerosis y en otras enfermedades de tipo degenerativo. El resultado hizo abrigar esperanzas, pero después se consideró que este suero no es un rejuvenecedor sino un estimulante general del organismo.

Otro intento de tipo biológico fue la tisuloterapia del académico ruso V.P. Filatov, que es el uso con fines terapéuticos de tejidos que se encuentran

en estado de supervivencia, de vida retardada. Se trataría del empleo de unas sustancias llamadas estimulantes biógenos, las que aparecen en los tejidos animales o vegetales separados del organismo y sometidos a la influencia de factores del medio que dificultan sus procesos vitales. Los tejidos separados del organismo y mantenidos en condiciones desfavorables, como a baja temperatura, producirían los estimulantes biógenos, los que introducidos nuevamente en el organismo, estimularían las defensas generales para vencer algunas enfermedades y, también, la vejez como un estado de progresiva decrepitud. Una variante de la terapia tisular es la terapia celular de Paul Niehans, que actúa en menos tiempo pero siempre como revitalizador y no como rejuvenecedor. Es conveniente decir, de pasada, que estos investigadores emplearon células embrionarias, en la idea de que éstas tienen una potencia inespecífica mayor.

Los aciertos iniciales, que se diluyen con la aparición de nuevos intentos de rejuvenecimiento, demuestran que el hombre siempre persistirá en este empeño. Es así que, por los años 20, Eugenio Steinach trató de demostrar que la ligadura del conducto deferente determinaba cambios profundos en el testículo, con el aumento consiguiente del deseo sexual por la mayor actividad endocrina testicular. Trabajando con ratas, la ligadura del cordón deferente permitía la aparición de pelo espeso en los lugares donde ya había caído, aumento de peso, regeneración de las vesículas seminales y de la próstata, vuelta a la actividad sexual, etc. Este investigador sostenía que la ligadura del conducto deferente determinaba mayor producción de hormonas de parte de las células intersticiales de Leydig, entonces llamadas glándula de la pubertad de Steinach. Su fama era tanta que Sigmund Freud, el 17 de noviembre de 1923, fue sometido a esta operación (ligadura de los dos conductos deferentes), sin resultados positivos después de dos años.

Pero las investigaciones más llamativas pusieron énfasis en la probable relación entre la pérdida del poder sexual y la declinación del vigor físico. En 1889, el investigador francés Eduardo Brown-Sequard empleó una papilla de testículos macerados de perros y cobayos, filtrada a través de una bujía y esterilizada. La inyección subcutánea, con las naturales reacciones locales y generales propias de su contenido en proteínas, permitió una actividad física inesperada que confirmaba aparentemente la relación entre glándulas sexuales y senilidad. Los extractos purificados, sin embargo, no dieron los mismos resultados, ni los da ahora la testosterona por sí sola. Se pensó entonces que los extractos brutos de testículos debían contener alguna sustancia todavía desconocida.

Otros investigadores retomaron las experiencias de Brown-Sequard y el más conocido, Sergio Voronoff, obtuvo resultados satisfactorios con los tras-

plantes de testículos de monos (Lipschutz, A.: Las secreciones internas de las glándulas sexuales, Madrid, 1928). Comenzó trabajando con testículos de animales jóvenes en carneros viejos, observando en éstos una mejoría ostensible en poco tiempo, llegando a concebir en uno de los casos. Pero la extirpación del injerto determinaba el retorno de los signos de senilidad, que desaparecían si se hacía un nuevo trasplante. Ya en el hombre, los injertos producían una fase corta de excitación psíquica y sexual, seguida de un período de "desilusión" de dos o tres meses que llevaba finalmente a una fase de mejoría franca que podía durar de 5 a 6 años. La síntesis de productos químicos derivó las investigaciones por otros caminos, y de Voronoff quedó esta afirmación de uno de sus adversarios: "Voronoff ha hecho más por la castidad de los monos que por el rejuvenecimiento de los ancianos".

En 1957, la doctora rumana Ana Aslan saltó a la fama con su preparado Gerovital, a base de procaína o novocaína en determinadas condiciones. El producto se constituyó en la mejor entrada para la economía de ese país, con una política turística muy bien promocionada. La procaína estimula el sistema nervioso y así pretende combatir en parte ese estado distrófico que es el envejecimiento. Ahora se acepta que, asociado a los componentes del Complejo B, es un eutrófico sin trastornos secundarios. Ana Aslan falleció en Bucarest, en mayo de 1988, a los 91 años de edad.

El problema insoluble del rejuvenecimiento es una forma de cuadratura de la imaginación -en concordancia con la cuadratura del círculo-, entendida como la imposibilidad de resolver esta incógnita. Los vuelos espaciales y el abordaje de alguno de los planetas del sistema solar, son posibilidades remotas que escapan a la comprensión de los no iniciados en estas investigaciones. Lo cierto es que, por ahora, la juventud perenne y la vuelta al pasado, esta última explicada por "la paradoja del abuelo" y la de "la causalidad", son dos esperanzas que se hacen razonables cuando el hombre envejece y contempla impotente cómo se le va la vida.

Pero la "incierto certeza" de que es imposible volver a la juventud marca el camino de la duda e indica que tenemos una baja tolerancia para la frustración. Este refugio alternado entre la realidad y los sueños no debe hacernos olvidar que, como se ha dicho, sólo somos administradores y no propietarios de nuestra vida. Con la vejez vendrán las ideas autodestructoras y suicidantes con su sobredosis de depresión y la "fascinación por la muerte". Entonces aparece en su cruda realidad esa tendencia a eliminarse, a morir, esa eutanasia entendida como "la teoría que defiende la licitud de acortar la vida de un enfermo incurable". Y aunque aquí no se trate de un enfermo terminal en el sentido lato, podría considerarse la autoeutanasia como una manera lenta, con altibajos, de tratar de delimitar la vida dentro de un cuadrante cada

vez más estrecho ante la imposibilidad de regresar a la juventud perdida. Fausto, el personaje de Goethe, queda como la concretización de un leyenda, de un viejo sueño del hombre de todos los tiempos.

Si el hombre reflexivo vive en un estado de asombro constante (asombro por todo lo que descubre y redescubre: un ave que pasa, la puesta de sol a la muerte de una tarde, el mar inmóvil mirado desde lejos, la serenidad que se mete en el pecho ante acontecimientos nimios), este asombro también escarba en el fluir de la vida y en la ineptitud para regularla, y, más, para cambiar su dirección: de la vejez a la juventud. No es un desaguisado, entonces, decir que tratándose del rejuvenecimiento estamos ante una cuadratura de la imaginación; es decir, por ahora ante un problema insoluble. Ni el tiempo vuelve atrás en forma visible ni podemos enmarcar la imaginación hasta el último momento, haciendo malabares oníricos cambiantes.

Desde luego, factores como la personalidad y la actitud frente a la vida, y muchos otros, condicionarán la dirección que siga la imaginación. La secuencia anterior, que nos lleva a la depresión, el suicidio (autoeutanasia) y la muerte, está lejos de ser una regla general. Hablamos de rejuvenecimiento. Hay quienes lo creen posible, como realidad concreta o como juego de la imaginación, y aunque desechemos la primera posibilidad y dejemos a la libre elección la segunda, la conclusión es que la cuadratura de la imaginación, considerada como la impotencia para lograr algo, es un marco adecuado para englobar algunos deseos justificados.

La mitología de las diversas culturas recoge el anhelo del rejuvenecimiento. Es muy conocida la fábula que atribuye a Jasón, rey de Yolcos y jefe de los argonautas, el robo del vellocino de oro. Pero, en relación al tema que nos ocupa, es de recordar que este rey pidió a la hechicera Medea que rejuveneciera a su padre, Esón, la que logró que el anciano recuperara el vigor físico de un hombre de 40 años.

Por lo general la mitología se refiere a leyendas, fábulas o hechos ocurridos y deformados, de notoria antigüedad. Lo que llama la atención a este respecto es que el envejecimiento siga siendo una leyenda viva, alimentada por una sed insaciable de seguir bebiendo en las fuentes de la juventud. Se diría que Arquímedes sigue prestándonos sus espejos ustorios para quemar las etapas vividas y volver a la más deseada. Por ahora, sólo se puede volver al pasado a través de los recuerdos.

La evolución de los restos embrionarios sexuales femeninos en el hombre, con especial dedicación al adenoma prostático, es otro tópico que cae en el terreno de la cuadratura de la imaginación. En casi todos los logros, de distinto jaez, la imaginación pica espuelas a partir de la experiencia o de

la simple observación. Pero si la dejamos hacer su parte, sin el freno de la razón, no se detiene y elabora suposiciones que después se desechan. Tal es el caso de los restos embrionarios.

Inicialmente el embrión tiene en potencia los órganos sexuales masculinos y femeninos, y es en el curso de la embriogénesis que uno de ellos sigue la dirección correcta y el otro se anula. Quedan, sin embargo, los restos embrionarios no desarrollados, del sexo opuesto, así como también quedan las hormonas de los dos sexos, a predominio del verdadero. Recordemos que, sin ser restos embrionarios, las amígdalas y el apéndice cecal son considerados órganos en regresión, como lo fue hasta hace algunos años el timo, del que se decía que frenaba la evolución sexual: decrecía en tamaño del nacimiento a la adolescencia, y su casi desaparición permitía el desarrollo sexual pleno. Hoy los conceptos son otros, y el timo ha pasado a ser un órgano de primera importancia en los fenómenos de inmunidad a través de las células T o timo-dependientes. Algo parecido puede decirse de la glándula pineal o epífisis, que de un punto calcificado visible en la radiografía de cráneo está pasando a ser una glándula de secreción interna vinculada a ciertos trastornos de tipo sexual orgánico.

No queremos remontarnos a los inicios de la embriogénesis y sólo tomaremos como punto de partida el seno urogenital con sus dos porciones: una superior, la urinaria, donde terminan los uréteres, y otra inferior, la genital, donde terminan los conductos de Wolff y de Müller, conductos que tendrán destino diferente según los sexos. Esta parte inferior del seno formará, en el hombre, la uretra posterior y en ella desembocarán los conductos de Wolff (canales eyaculadores) a ambos lados de una eminencia llamada veru montanum. En medio de esta eminencia persiste la parte terminal de los conductos de Müller con el nombre de utrículo prostático. En la mujer, la porción inferior del seno urogenital se transforma en la uretra y en el vestíbulo genital o vulva. Los conductos de Wolff desaparecen y los de Müller terminan en esta porción inferior.

En resumen, la formación del aparato genital parte del desarrollo de los conductos de Wolff y de Müller, que en el embrión coexisten al comienzo en un período sexual indiferenciado. Si el embrión evoluciona del lado masculino, se desarrollan los conductos de Wolff y se atrofian los conductos de Müller, o dejan vestigios. Si el embrión evoluciona al sexo femenino, los conductos de Müller formarán los órganos genitales femeninos y los conductos de Wolff quedarán como restos embrionarios (Cornejo, R.: Embriología Médica, Lima, 1943).

Retrocediendo apenas un poco en la formación de los órganos sexuales, diremos que las células primigenias son los gonocitos, los que posteriormente

se transforman en gonadas o glándulas sexuales. En algún momento se presentan los ovotestis, que son gonadas anatómicamente hermafroditas, en las que sólo un sexo es funcional y el otro permanece latente. Si el embrión evoluciona al sexo masculino las gonadas se transforman en testículos y la mayor parte del conducto de Wolff en el epidídimo. De la parte femenina atrofiada quedan el cuerpo de Giraldeés o paraepidídimo, las hidátides pediculada y sesil, el utrículo prostático (al centro del *vero montanum*) o vagina masculina, los quistes espermáticos y las glándulas periuretrales y subcervicales que constituyen el residuo del útero. En la mujer los restos embrionarios sexuales masculinos son: la hidátide pediculada, el órgano de Rosenmüller o epóforo y el paróforo, todos restos del conducto de Wolff, y en las paredes de la vagina y el útero los tubos de Gartner.

Pero estos restos embrionarios pueden reactivarse. En el ovario, por ejemplo, pueden presentarse tumores masculinizantes debido a sobreactividad de elementos medulares derivados de restos embrionarios de tejido testicular y que segregan andrógenos. Tal es el caso del arrenoblastoma, que comienza con síntomas desfeminizantes (amenorrea, atrofia del los senos) y después con otros masculinizantes (esbozo de bigote, voz grave, hipertrofia del clítoris, hipertricosis del tronco y de los miembros). Otros tumores, menos frecuentes, son: el tumor adrenal del ovario y el tumor tiroideo del ovario, el primero a partir de restos adrenales y el segundo de restos embrionarios de tejido tiroideo.

Todo lo dicho hasta ahora es conocido por los médicos, o sea que son investigaciones aceptadas como válidas. Después veremos el papel que puede jugar la imaginación. Antes es necesario referirnos a un trabajo que poco se conoce (Higginson, A.: Hipertrofia de la próstata en la raza amarilla. *Revista Médica Peruana*, N° 329, pp. 7-17, 1958). Siempre que se habla del adenoma de próstata, se le considera una hipertrofia o una tumoración benigna que aparece después de los 40 años, crece lentamente y se hace ostensible en el 70% de personas ancianas. Un 30% escapa a esta regla. Los urólogos se valen de la historia clínica, el tacto rectal, la uretroscopía, la urografía excretoria, el antígeno específico de la próstata y las fosfatas ácidas, estos dos últimos positivos en el cáncer de próstata. Pero casi nunca se refieren a las glándulas subcervicales y periuretrales, dos restos embrionarios que, como hemos dicho, son los equivalentes del útero de la mujer. Y lo cierto es que son estas glándulas las que crecen y dan el llamado "adenoma prostático", en tanto la próstata se hipertrofia moderadamente. En cambio, en el cáncer prostático, es esta glándula la afectada. Vemos, entonces, que después de los 40 años los restos embrionarios femeninos latentes se hacen activos, así como el útero, que es su equivalente, aumenta de tamaño durante el climaterio para después,

también lentamente, ir reduciendo sus dimensiones y hacerse leñoso.

Pero ¿por qué el 70% de ancianos presenta adenoma de próstata y el 30% no? Se ha demostrado que los eunucos y los castrados por otros motivos no presentan hipertrofia prostática benigna, lo que supone la integridad de los testículos y la producción de sus hormonas respectivas para que se produzca esta enfermedad. El Dr. Higginson, trabajando más de 30 años en la Sala San Andrés del Hospital Dos de Mayo, casi exclusivamente con prostáticos, observó que los que no presentaban adenoma carecían de glándulas periuretrales y subcervicales, y más, que en los asiáticos, particularmente en los chinos, era muy rara esta afección. La conclusión fue que el 30% que no hacía adenoma de próstata no tenía restos embrionarios sexuales femeninos, y que este 30% estaba formado casi exclusivamente por asiáticos. Estudios de autores chinos y japoneses certificaron la rareza del adenoma "prostático" en esa raza.

En este punto entra a jugar su papel la imaginación, como vemos, sobre la base de investigaciones de indudable seriedad:

- Si el adenoma de próstata, tan frecuente y molesto en los hombres de edad avanzada, se debe a hipertrofia de las glándulas subcervicales y periuretrales, ambas restos embrionarios sexuales femeninos equivalentes al útero, la destrucción de estas glándulas, por cauterización u otros medios, evitaría la posterior presentación del adenoma.
- La reactivación de estos restos embrionarios estaría en relación con la integridad de los testículos y algunas de sus hormonas. La transformación de la testosterona en dihidrotestosterona por acción de una enzima, la 5 alfa-reductasa, posibilitaría la presentación del cáncer de próstata, el que sí toma esta glándula. La destrucción previa de esta glándula, por procedimientos quirúrgicos, evitaría la eventual evolución de esta enfermedad maligna.
- Aunque la homosexualidad recorre, desde la infancia, caminos que tienen que ver con la esfera mental patológica, los restos embrionarios sexuales femeninos, latentes durante años y reactivados en el climaterio, podrían permitir estudios que explicaran las causas de la homosexualidad tardía que aparece por esta edad. La destrucción de estos restos, en las personas proclives a esta alteración psicosexual, sería una medida preventiva, "cautelatoria", que podría tener algún efecto.

Tratar de resolver un problema tan difícil como la homosexualidad es, también, con los elementos previos tan limitados, el producto de la imaginación incontrolada, de la inasible "cuadratura de la imaginación".

Veamos, finalmente, una enfermedad frecuente en las personas mayores y una de las principales causas de muerte: la **insuficiencia coronaria** con su remate final como infarto del miocardio. Jean G. Lobstein, en 1883, reunió bajo el término de arterioesclerosis las lesiones degenerativas que llevan al endurecimiento de las arterias. Estudios posteriores permitieron separar dos conceptos: uno normal, la fibrosis, y el otro anormal que es la arterioesclerosis. Esta, a su vez, se diferencia en tres variedades según la sustancia que produce la rigidez de la pared arterial: la ateroesclerosis, que es el depósito de grasas, principalmente colesterol, en la íntima de las arterias; la arterioesclerosis senil o de Monckeberg, por depósito de sales de calcio en la túnica media; y la arterioesclerosis, por el depósito de albuminoides.

Nos interesa, ahora, la ateroesclerosis, en especial la que toma y oblitera progresivamente las arterias coronarias. Siendo éste un ensayo, que es una indagación en busca de respuestas y no un tratado de patología, pasamos por alto los detalles de la etiología, la etiopatogenia, etc., y nos centramos en un paciente de más de 60 años que ha superado las consecuencias de dos infartos "mudos". El cardiólogo ha evaluado su estado cardiovascular -previamente el internista ha hecho un estudio minucioso de conjunto -valiéndose del historial clínico, análisis y algunas pruebas auxiliares especializadas: hemograma y hemoglobina, glucosa en sangre, orina completa, ácido úrico, perfil lipídico, electrocardiograma simple, ecocardiografía, prueba de esfuerzo computarizada o ergometría graduada, prueba de Holter, cateterismo cardíaco. El cardiocirujano le ha abierto el pecho y a cielo abierto le ha dejado tres by pass aorto-coronarios con la ayuda de la vena safena externa o de la arteria mamaria interna (ahora, cuando se hace uso de la mamaria interna, se emplea un corte pequeño que constituye la toracotomía mínima). Se le ha prescrito dieta hipograsa e hiposalina, ejercicios aeróbicos, en escalera o bicicleta, caminata, vida emocionalmente tranquila y algunos medicamentos (Isorbide oral o sublingual, Nitropack D-R, Aspirina). El paciente debe seguir de por vida la dieta indicada, auxilio psicoterápico, ejercicios reglados y, superado el trance, limitar los medicamentos a lo indispensable (mejorada la circulación colateral, ya no necesita de vasodilatadores y, por eso, se suprime el Isobirde, o el Nitropack que lo sustituye), La aspirina sí se recomienda para siempre a la dosis de media tableta diario. Todo lo dicho después de la operación corresponde a la llamada rehabilitación cardíaca.

Pero las dificultades surgen cuando el enfermo es portador de una polipatología que requiere de una polifarmacia, con las interurrencias consiguientes. Un ejemplo es el de los portadores de una coronariopatía operada y una úlcera gastroduodenal a la vez. Por la enfermedad coronaria debe tomar media tableta de aspirina de por vida y por la úlcera debe evitar la aspirina

también de por vida. El peligro es doble y, por lo tanto, el paciente vive en la cuerda floja: si usa aspirina puede producirse una hemorragia grave y, si no la usa, una tromboembolia con las consecuencias neurológicas previsibles. La aspirina actúa como antiagregante plaquetario y así evita el desprendimiento de coágulos y en general de trombos; pero, a su vez, puede aumentar la hiperacidez, profundizar la úlcera y determinar una hemorragia grave.

¿Qué hacer, entonces? Los antiagregantes plaquetarios son la aspirina, derivados de la aspirina u otros pocos medicamentos contraindicados ante la presencia de úlcera gastroduodenal. La imaginación se colude con la observación para decidir cuál de los dos peligros es mayor o más probable de presentarse. Aquí la imaginación acude a favor del enfermo, pero al mismo tiempo se ve limitada por la gravedad del uso de un medicamento incierto en su prescripción o supresión. Se busca soluciones a partir de hechos demostrados, lo que nos indicaría que, por ahora, estamos ante otro caso de cuadratura de la imaginación, es decir de un problema sin solución inmediata. Desde luego, ésta no es una determinación fatalista, porque vendrán otros fármacos a resolver esta incógnita. El dipiridamol, por ejemplo, se considera un buen antiagregante plaquetario, sólo que su acción vasodilatadora inespecífica con el consiguiente fenómeno de robo da mayor trabajo y desgaste a las venas safenas que actúan como puentes.

Pero la imaginación sigue adelante y nos encontramos con la vitamina E o alfa-tocoferol. La solución a la vista. Esta vitamina actúa como antioxidante y antiagregante plaquetario (evitando, por lo tanto y en lo posible, la tromboembolia), pero además produce cierta reactivación sexual e impide la formación de lipofucsina, que indicaría un mejor funcionamiento neuronal.

¿Será que algún día se explicará satisfactoriamente la cuadratura del círculo, así como ahora, a veces, nos permitimos resolver algunos problemas de la cuadratura de la imaginación?

Volvamos al comienzo. A semejanza de la cuadratura del círculo que ha pasado a designar un problema insoluble de momento, la cuadratura de la imaginación tiene parecido significado en razón de la imposibilidad de encastrar esta función mental que se infiltra en muchas otras. Siempre está presente tratando de dar solución positiva o negativa a una observación o a una experiencia mayor que ha llegado a un punto muerto. Nunca deja de acompañarnos.