He aqui por qué, mi querido Chanteaud, me honro en teneros por colaborador. ¿Diréis— porque sois modesto — que podria haber encontrado á otros que os sustituyesen? Es posible; mas os tengo y os conservo.

Asi, pues, querido Chanteaud, espero que por largos años aún continuaréis con vuestra cooperación tan necesaria, y diré más, tan leal.

DOCTOR BURGGRAEVE.

INTRODUCCIÓN

Un síntoma es un signo de enfermedad — como los signos del tiempo; — es preciso saberlos interpretar.

Así, cuando un médico ve por primera vez á un enfermo, le interroga ó á sus asistentes. En esta información de la enfermedad debe fijarse tanto en las circunstancias conmemorativas como en las actuales. Entre las primeras es necesario algunas veces llevar las investigaciones muy lejos, ya sean hereditarias ó adquiridas. Respecto á las segundas debe tomar en consideración principalmente las que parezcan fundamentales, porque tratándose de síntomas la forma no es nada.

—

Tomemos entre mil la diarrea, por ejemplo. El sentido práctico del médico reconocerá si debe detener este flujo de vientre ó al contrario favorecerlo ó moderarlo. Si el individuo es dis-

péptico y se le administra el bismuto y la morfina, la diarrea se detiene, pero la cabeza se congestiona.

Esto no sucedería con tal que, préviamente se prescribiese la sal de Sedlitz. La diarrea colérica se halla principalmente en este caso; ¡cuántas víctimas hay del ópio y de los astringentes en general!

—

Esto mismo tiene lugar en la mayor parte de las enfermedades zimóticas. Uno de nuestros amigos que asistió á la apertura del Istmo de Suez, y que habia aprovechado esta ocasión para recorrer el Nilo, me refirió que á bordo de la embarcación en que se hallaba fueron atacados de fiebre más de cuarenta pasajeros, incluso él; toma la quinina y la fiebre aumenta. Le aconsejan un baño turco, que es una especie de horno en tierra arcillosa, cede sometiéndose á todas las manipulaciones inherentes á este género de baños: vapores casi abrasadores, seguidos de aspersiones frías, masaje, fricciones, estiramiento de los miembros, etc. Una transpiración profusa, á continuación de la cual le sobrevienen diviesos y algunos antracóides, denominados en el país *botones del Nilo*. El hecho es que son el resultado de un régimen demasiado excitante y de la supresión de la traspiración por el exceso de calor, estando seca y árida la piel.

Hice observar á mi amigo que, si hubiese tenido la precaución de tomar por la mañana en uno ó dos vasos de agua fría el Sedlitz Chanteaud, para refrescar la sangre, podía, probablemente, haber evitado esta crísis que pudo serle fatal.

—

En las fiebres miasmáticas no debe apresurarse la administración de quinina, sin haber con anterioridad desembarazado el tubo intestinal. De aquí resulta que la fiebre saca nuevos elementos de esos miasmas autóctonos.

—

Con el *Diccionario de Sintomatología Dosimétrica* el médico podrá elevarse hasta las causas de la enfermedad; de un golpe de vista recordará las que se puedan referir á un mismo síntoma, y cuáles son los medios que deben oponérseles.

—

Así, pues, si se trata, por ejemplo, de una *acrodinia*, verá una irritación de la médula espinal y sabrá prevenir con un tratamiento enérgico sus desagradables consecuencias. — En la *amaurosis* recordará las diversas causas que pueden producirla, y no perderá su tiempo en tanteos inútiles. En la *ataxia locomotriz* generalizada, reconocerá una lesión del centro cerebro-espinal, principalmente del meso-céfalo y sabrá

prever la terminación inevitable, porque nada es más depresivo para el médico que dar á entender que no ha conocido la enfermedad. En la *ataxia locomotriz* parcial su diagnóstico podrá ser ménos fúnebre, porque pudiera tratarse de la induración de uno ó de muchos ganglios espinales y de una compresión de las raices motrices correspondientes. No obstante, debe recordar las causas dishémicas y tóxicas que han podido producir este resultado, particularmente el abuso del tabaco y de los espirituosos.

Hé aquí una historia de enfermedad que hará ver cuán sujeto se está á cometer un error cuando no sabe uno remontarse hasta las causas. Ha sido redactada por el mismo enfermo, por lo tanto, su precisión excusa proligidad, no siendo por esto ménos explícita.

Edad y profesión: Cincuenta y seis años, casado hace veinticinco, ocupaciones industriales. Alguna instrucción.

Temperamento: Nervioso (?).

1.ª *Invasión de la enfermedad:* Súbita pero quizá precedida de prodromos que pasaron desapercibidos.

Caracteres y síntomas de la enfermedad en su principio: Dificultad de deglutir los líquidos. Eructos, cuyo asiento parece ser la parte superior del esófago; poco después dificultad de comer.

Causas probables. — 1.°, uso del tabaco (cigarros y cigarrillos), produciendo una salivación abundante; 2.°, contrariedades en los negocios.

Tratamiento seguido al principio: Sulfato de quinina.

Resultado: Después de seis semanas, inflamación del estómago, extraordinaria abundancia de gases sofocantes, dispepsia intensa, considerable enrojecimiento á la entrada de la faringe.

Conclusión de este primer período: Al cabo de un año, curación (incompleta) debida á un régimen refrigerante especialmente; baños de asiento, sobre todo. Ha quedado dificultad en la deglución de los líquidos, sobre todo en el intervalo de las comidas.

2.° *Período:* Recaida.

Causas probables: Pesares profundos (el tabaco había sido completamente abandonado desde el principio de su enfermedad).

Carácter de la enfermedad: Visiblemente inflamatorio (la faringe color de sangre), imposibilidad casi absoluta de deglutir, especialmente los líquidos.

Tratamiento en este 2.° período: Bromuro de potasio, que hubo que abandonar por la dificultad en la deglución. Fué enviado á las aguas de Plombieres en un estado avanzado de anemia. Débil mejoría, después de una estancia de cinco semanas. Al año siguiente va á las aguas de Néris (Allier). — El resultado idéntico.

Diagnóstico: Un médico afirma que la afección reside en el cárdias y nada hay en el exófago. Este diagnóstico está conforme con las sen-

saciones y experiencia del enfermo. Sin embargo, como la faringe continúa enrojecida puede ser que el exófago esté invadido. Alternativas de mejoría y empeoramiento. Los ensayos realizados por el enfermo le demuestran que los excitantes y estimulantes le perjudican.

Nuevo tratamiento: Le aconsejan vuelva á Plombieres y le prescriben la nuez vómica, después el agua de Vichy que le ha dado malos resultados, agregándosele al finalizar el mes una dispepsia á la disfagia (la orina se ha hecho roja y turbia); el agua de Vichy pone pastosa la boca y produce gran sequedad. El tratamiento por la belladona no da resultado.

Estado actual: Imposibilidad absoluta de beber. El enfermo no toma de líquidos (café, ó té con leche) más que la cantidad que puede impregnar en el pan.

Hé aquí lo que sucede: los primeros buches los traga por lo general bien; mas después el paso al través del exófago se hace lento y sensible, doloroso como si se dislacerase, estendiéndose esta sensación hácia el estómago; cada porción del bolo alimenticio determina en esta región (el cárdias), eructos que se multiplican hasta el infinito en el curso de una comida (es muy prolongado, duran en ocasiones dos ó tres horas y aun más, teniendo que guardar ciertos intervalos). Después de un espacio de veinte ó treinta minutos la deglución puede verificarse (casi siempre es por la mañana, después del reposo de

la noche ó durante el día, en seguida de un descanso relativo, especialmente del sueño).

El trayecto que recorre el bolo alimenticio en su paso por el exófago ó á su entrada en el estómago es el que provoca la dificultad en la deglución. En efecto, hasta que el bolo alimenticio no ha descendido en el exófago á cierta profundidad, la deglución es imposible, pero un punto más bajo ésta se realiza. Sin embargo, llega un momento en que el estómago, estando repleto en cierta proporción (y á pesar del hambre y de la necesidad que acosa aún al enfermo), la deglución es completamente imposible. Es, pues, sólo el estómago entero lo que constituye el obstáculo.

Por el momento (sobre todo, al empezar la comida), el papel directo del estómago es evidente, pero de otra manera: hay en este estado de vacuidad un verdadero espasmo del estómago que determina instantáneamente la oclusión de la entrada del exófago é impide la ingestión: ó ya es un movimiento desordenado del estómago que, irradiándose á la garganta, produce su oclusión. En estos dos casos la faringe, en lugar de abrirse y aproximarse sus dos extremidades para la deglución, se cierra completamente como una trampa, produciendo tendencias al vómito, pero siempre sin náuseas y sin vómito efectivo.

El último ensayo de tratamiento tuvo lugar hace algunos meses por el bromuro de alcanfor

en cápsulas, dos ó tres al día. Le produjo tan buen efecto durante tres ó cuatro semanas, que el enfermo se creyó curado. Pero la estrechez del cardias se manifiesta de nuevo. El enfermo suspende su tratamiento por una semana y mejora; recurre otra vez á él, volviendo á presentarse la misma alteración en la parte inferior del exófago; entonces abandona el tratamiento. Hace dos años que ensayó la homeopatía, que abandonó al mes, porque la enfermedad se había agravado y la deglución era cada vez más difícil. Recientemente ensaya los baños de río que le ocasionan gran sedación, y sobre todo mejoría en la deglución y sueño prolongado. Lo repite al siguiente día por la mañana en las mismas condiciones y le produce efecto contrario. Al tercer día el mismo resultado negativo. Abandona los baños fríos. Finalmente, la observación constante del enfermo es que los derivativos, transpiraciones, secreciones, deyecciones frecuentes pero normales, todo lo que relaja el organismo le sienta bien, y por el contrario, el frío le es perjudicial.

Circunstancias particulares. — A consecuencia de una gastro-enteritis muy larga (dos años), sufrida desde su juventud, durante el curso de sus estudios, el enfermo había conservado una irritabilidad del tubo digestivo, sobre todo intestinal: el vino le era perjudicial, y en el estado ordinario había más relajación intestinal; el cuerpo lo tenía relajado. Después de la invasión

de la disfagia padecía de constipación relativa, es decir, ausencia de diarrea. Al cabo de dos años se presenta en las deyecciones un poco de sangre que el médico consideró al principio como un síntoma favorable, pues no parecía que esta emisión sanguínea tuviese influencia sobre su afección. Las digestiones normales; su alimentación era de carnes, pan y legumbres, sin embargo, durante la comida especialmente, experimentaba prolongadas eructaciones y profundos y ruidosos sacudimientos del estómago que parecía abrirse con dificultad para dar paso á los alimentos, pero por otra parte, no había pesadez ni embarazo durable. Sin embargo, ciertos períodos en que estos trastornos se acentuaban más, la insuficiencia de la nutrición durante el día, obligaba al enfermo á comer por la noche entre dos sueños. En cierta época no podía tragar por la noche sino después de algunas horas de sueño.

Resúmen de la situación actual. — Todos los síntomas, principalmente el espasmo del estómago, que produce el obstáculo á la deglución, indican á este órgano á su entrada como sitio único de la disfagia, si bien parece existir un estrechamiento del exófago. Desde que el enfermo puede tomar suficiente alimento para sustentarse, cualquiera que sea su salud y vigor, la afección se considera completamente local. No existe fiebre, ni afección física ni moral, á excepción de la dificultad de deglutir. Mas el acei-

te falta á la lámpara, el carbón á la máquina de vapor. Como régimen alimenticio el último experimentado ha sido la leche casi pura. Buen éxito durante algunas semanas, después nulo. La estrechez (sensible y á veces dolorosa) por debajo del exófago y la disfagia, recobran su intensidad habitual. El sueño es el que goza el privilegio de calmarle más ó menos. La presencia de un sorbo de líquido introducido por presión en el exófago parece inflarlo y paralizarlo, y la presencia de cierta cantidad de líquido sólo en la boca, excita el estómago y hace ascender el líquido hasta la faringe.

Si el enfermo, que no es médico, pudiese tener voto en este capítulo, seria su opinión que existe una irritación intensa del estómago, congestión sanguínea. En ocasiones se ha permitido pensar, que algunas sanguijuelas alrededor del ano le aliviarian, pero tiene cierta repugnancia al remedio, y teme la burlona incredulidad de los médicos que no están dispuestos á creer tuviese demasiada sangre un enfermo macilento y pálido, aunque de buen aspecto, y bueno cuando ha podido comer.

—

Ahora vamos á permitirnos hacer algunas reflexiones. Para poder orientarnos en este dédalo de síntomas, es necesario recordar que la disfagia puede ser debida á un espasmo — complicado muy frecuentemente con paralisis — ó bien á

una paralisis solamente, y por último, á una causa orgánica: un tumor del canal ó de las partes contíguas: un cáncer, un aneurisma, etc.

Hemos contestado al enfermo que, en nuestro concepto, no rechazando la idea de la estrechez del exófago en cualquier punto que el cateterismo permitiria determinar, había en su afección al mismo tiempo espasmo y paralisis que se disiparian probablemente con la *hiosciamina* y la *estrinina*. El exófago está bajo la dependencia de una doble influencia nerviosa: por una parte el gran simpático por los filetes y gánglios del cuello, y por la otra el neumo-gástrico, principalmente por los filetes del accesorio de Willis. Además existe un doble plano muscular, el uno longitudinal y circular el otro, de modo que cuando el antagonismo muscular y nervioso ya no existe, hay disfagia ó dificultad de deglutir. Este estado puede coincidir con una hiperemia de la mucosa (calor, rubicundez), que hace el paso del alimento muy sensible y hasta doloroso. Esto sucede probablemente aquí. Por desgracia la duración de la afección debe haberla hecho orgánica aunque no existe cáncer ó degeneracion, sino simplemente una hipertrofia.

—

Lo que nos hace pensar que la *estricnina* y la *hiosciamina* hubiesen dado buenos resultados al principio del mal, fué un caso análogo en que

intervinimos y que apareció en el *Repertoire de therapeutique dosimétrique*. Se trataba de un individuo de sesenta y cinco años, antiguo militar, de una constitución venosa, hemorroidal, y que si no ha abusado, usaba al ménos los espirituosos y el tabaco. Como quiera que sea, el individuo en cuestión se había acostado la víspera perfectamente bien, y al día siguiente, cuando quiso almorzar como de costumbre, se apercibió de la imposibilidad de deglutir. No sabiendo al pronto á qué causa atribuir este exofagismo, recurre á los medios ordinarios, tales como sanguijuelas al ano, sinapismos rubefacientes, pero sin resultado. Entonces le aconsejamos el empleo de la *estricnina* y la *hiosciamina*, un gránulo de cada uno de media en media hora.

Se tuvo cuidado de colocar los gránulos en una bolita de pan que se introdujo en la faringe lo más profundo posible, hasta que un movimiento de deglución la arrastró, haciéndole caminar á la parte inferior del exófago (prueba de que el obstáculo no existía más que en la parte superior). Al día siguiente el enfermo empezaba á deglutir, y al inmediato la disfagia había desaparecido por completo. Prueba de que la afección era exclusivamente dinámica; el poco tiempo que transcurrió le había impedido hacerse orgánica.

—

Haremos notar que en el enfermo de la con-

sulta la invasión del mal había sido igualmente súbita; sin embargo, entre los antecedentes existía una gastro-enteritis crónica. Un instante se estuvo en vía de un tratamiento racional, cuando se recurrió á la nuez vómica; mas la indicación no se había cubierto más que en parte; el resultado fué nulo. Las aguas de Plombieres y á continuación las de Vichy, agregaron á la disfagia la dispepsia; las orinas se cargaron enrojeciéndose y la boca se hizo pastosa y desapareció el apetito. Se ensayó entonces un tratamiento por la belladona, pero de un modo tan incompleto como el de la nuez vómica. Hubiera sido preciso reunir estas dos sustancias como lo hicimos nosotros con la *estricnina* y la *hiosciamina*. Y consideremos la ventaja del método dosimétrico con la administración de los principios simples sobre la alopatía con sus medicamentos compuestos: la belladona produjo una viva irritación de la garganta, lo que no hubiera hecho la *atropina*. El último ensayo de tratamiento lo ha sido con el bromuro de alcanfor, como se había hecho antes con el de potasio, mas sin resultado. Un médico había diagnosticado una afección del cardias y nada en el exófago. ¿Pero cómo es que cuando el enfermo puede tragar cierta cantidad de alimentos (pan, carnes, legumbres) las digiere bien? No obstante, la dispepsia subsiste, como lo indican prolongadas eructaciones: allí donde está el mal, es preciso combatirlo con el empleo metódico de la sal de Sedlitz, la *quasina* y la

hiosciamina. Esto es lo que hemos aconsejado á nuestro enfermo, haciéndole comprender que en cuanto á la disfagia, como ha pasado al estado crónico, tendría probablemente que sufrir las consecuencias.

Si tanto hemos insistido sobre este caso, es porque prueba que sólo una sintomatología razonada puede determinar el tratamiento.

—

Cuando el médico se encuentra delante de un síntoma bastante grave para ocasionar una enfermedad, debe tener presente las diversas causas que pueden producirlo.

—

Tomemos por ejemplo las cardiopatías, porque son las más frecuentes y pueden dar lugar á un estado crónico irremediable. Citaremos el caso siguiente que aparece en el *Repertoire* de 1873. El enfermo que nos consultó en esta ocasión fué el distinguido médico Dr. Pelletan. Le dejaremos la palabra:

«Yo tenía, dice, desde hace tiempo una ligera hipertrofia del corazón, que jamás (hasta el presente) había sido acompañada de alteración de las válvulas. Dicha afección no me impedía para nada el hacer mis visitas al hospital y afrontar todos los trabajos de una clientela numerosa; pero hace escasamente un año, volviendo á París, después de sufrimientos morales ocasionados

por los espantosos desastres que han asolado á mi país, fuí atacado de pequeños accesos de dispnea, que se presentaban por las mañanas cuando aun estaba en el lecho, durando de quince á veinte minutos, obligándome á sentarme, y cedían rápidamente á la aplicación de un sinapismo sobre la región precordial ó bien sobre la depresión external. Poco á poco y de un modo casi insensible me sobrevino alguna anhelación durante la marcha ó la ascensión de una escalera. Consulté á mi colega de hospital Dr. Bourdon, y se resolvió que tomase el agua de laurel cerezo y enemas de alcanfor y valeriana. Consideramos esta afección en su origen como una neurosis del corazón. Los síntomas apenas se aminoraron; tenía alternativas de mejoría durante algunos días; bien pronto todo volvía á su primitivo estado. Durante el estío experimenté dos ó tres accesos de opresión que me obligaron á levantarme por la noche; al mismo tiempo la progresión y la ascensión se hacían cada día más difícil.

En efecto, cuando andaba, sentía como una constricción y peso hacia la región external ó precordial, pero sin que se irradiase al brazo ó espalda izquierda. Continué con los enemas de alcanfor y valeriana, que me aliviaron momentáneamente. Por esta época hice uso de los gránulos de Papillaud, de *arseniato de antimonia* De este modo pasé el verano. Vuelvo á París el 13 de Noviembre, y, con Bourdon, vi á mi colega

Pidoux, que juzga también mi enfermedad una neurosis del corazón; aprueba todo lo que se había hecho, y propuso enemas de asafétida. Llegué á ponerme unos veinte, pero sin ninguna ventaja notable; en este momento mis colegas me examinan con la mayor atención, encontrando una ligera hipertrofia del corazón (la que padecía desde hace veinte años, y que durante este largo espacio había conseguido detener sus progresos con un medicamento que he descubierto para el corazón, la decocción de café verde); nada absolutamente encontraron en las válvulas; la respiración era ámplia y completa en todo el pulmón; pero lo que sorprendió á mis colegas fué una distensión considerable del estómago por gases, de tal modo, que este órgano, elevando el diafracma, venía á aumentar todavía la dispnea que experimentaba. Después de mi vuelta de París tuve aún una vez un acceso de dispnea á continuación de una emoción moral; pero después los accesos han desaparecido por completo.

Hé aquí mi estado actual: Color bueno y rosado, buen apetito, que tengo que moderar, en la comida sobre todo, porque cuando como demasiado los gases elevan el estómago y tengo opresión durante una hora próximamente, hasta que han sido expulsados. En el estado de reposo, ausencia de dispnea; cuando efectúo una grande y completa inspiración hay una ligera constricción en toda la caja huesosa, pero generalmente á la izquierda.

Ando en mi habitación con bastante facilidad y sin opresión; pero en la calle, desde que hay un poco de ascensión, la marcha es muy penosa y experimento opresión y una compresión del pecho, como si un enorme peso viniese á apoyarse en él. Estos síntomas se gradúan más cuando el estómago está repleto, puesto que á la afección dominante viene á unirse la distensión por los gases; y cosa aún más singular es que después de mi almuerzo, casi tan copioso como mi comida, no me sofoco, mientras tanto que, después de mi comida, este síntoma es inevitable. ¿Qué afección es esta? Después de treinta y seis años de servicio en los hospitales y cuatro años de ejercicio en París, no he encontrado nada semejante. Mis colegas Bourdon y Pidoux, la denominan *asma cardiaco*. ¿Es, en efecto, una perturbación en los plexos que obran sobre la respiración y la circulación? ¿Es una afección del neumogástrico? Se me había olvidado indicar una circunstancia bien extraña, y es que, antes de sufrir los síntomas de mi enfermedad actual, tenía, desde hace cinco ó seis años, frecuentes intermitencias del pulso, sin que este síntoma llevase el menor desórden en mi activa existencia, y desde que se inició mi enfermedad actual, estas intermitencias han desaparecido casi por completo.»

—

Para comprender el estado de nuestro com-

profesor, es de suma importancia tener presente las diversas causas que pueden producir las cardiopatías, con el objeto de determinar de cuál se trata. Así, pues, hay cardiopatías *hiperesténicas*, debidas á las emociones vivas: la cólera, la indignación; á fatigas excesivas: la carrera, la marcha forzada; cardiopatías *hiposténicas*, causadas por pasiones deprimentes, pesares, inquietudes morales; y finalmente, cardiopatías *asmáticas*, *reumatismales*, *gotosas* y *dispépticas*. Es probable que todas estas causas hayan influido en nuestro enfermo para ocasionarle la afección orgánica del corazón, de la cual ha muerto. En su principio, la cardiopatía debió ser *hiperesténica*, si se tiene en cuenta las dificultades que rodean al médico cuando empieza á ejercer su profesión en un medio tan devastador como París; luego hacerse *hiposténica* á causa de inquietudes y decepciones en la clientela. El enfisema ha debido complicar la afección dominante por las numerosas ascensiones que tiene que efectuar el médico; sobre todo, en los primeros años de su carrera; luego el reumatismo por los cambios bruscos de temperatura, y últimamente, la dispepsia por la irregularidad en las comidas. Ahora bien; ¿qué medios existen que impidan que las cardiopatías pasen al estado crónico? Es evidente la necesidad de calmar y tonificar al mismo tiempo el corazón; dar la *digitalina* con un *arseniato* (*de estricnina*, *de antimonio* ó *de hierro*), según las causas; pero nunca la *digitalina*

sola, porque si bien es ésta el opio del corazón, también es su estupefaciente. Entre los medios auxiliares se escogerá la *hiosciamina* contra la sofocación y el espasmo, asociándola igualmente á los arseniatos, principalmente de *estricnina*.

—

Después de estos ejemplos, se comprenderá en qué sentido hemos escrito el presente *Diccionario* de sintomatología dosimétrica. Habiendo puesto por orden alfabético las principales afecciones, sus causas y tratamiento, de tal modo que el médico no tenga más que alargar la mano. El método dosimétrico nos hace fácil este proceder.

—

Vamos ahora á pasar revista á algunas letras del *Diccionario*, agregándoles los casos que hemos podido observar.

—

Amenia-Amenorrea. — Los desórdenes menstruales son frecuentes: precisa la más grande atención por parte del médico.

Es necesario, desde luego, distinguir si hay amenia ó amenorrea. En la amenia idiosincrásica, el molimen catamenial existe; hay hinchazón de las mamas, siendo preciso admitir que la ovulación se efectúa, y por consecuencia, la mujer es apta á la procreación. No acontece lo mismo en la amenia discrásica, debida á la anemia

ó á la clorosis. Aquí el médico está obligado á intervenir con los *nervinos* y los *arseniatos*.

En la amenorea por causa vital puede haber al mismo tiempo espasmo del cuello y subparalisis del cuerpo uterino, necesitándose el empleo de la *estricnina* y la *hiosciamina*. Si el obstáculo es físico, se debe tratar de destruirlo.

Citaremos un caso. Una joven, en la que aún no se habían presentado las reglas, experimentaba una fuerte indisposición en cada época y su vientre se distendía con lentitud. Naturalmente, se hicieron algunos comentarios, hasta que el médico de la familia, reconociéndola, pudo comprobar una oclusión de la vagina. Entonces los padres le refirieron que en su infancia esa joven había padecido una violenta vaginitis consecutiva á la viruela.

Eran, pues, las paredes de la vagina las que habían contraido adherencias. Fué necesario abrir camino practicando la punción de la vagina por medio de un trócar, y la dilatación después con un pesario cilíndrico de cautchouc.

—

Puesto que hablamos de las reglas, no nos parece fuera de lugar poner á vuestra consideración dos casos de ausencia de vagina y de matriz, que hemos podido comprobar.

El primero le vimos en el cadáver de una joven, muerta en el hospital á consecuencia del tifus.

En la autopsia notamos que no existía más que un solo meato á la vulva, y penetrando con la sonda vimos que era el meato uretral. El dedo introducido en el recto nos hizo igualmente reconocer que entre la vejiga y el recto no existía ningún cuerpo intermedio.

Llevé más lejos mis investigaciones y reconocí la ausencia completa de la vagina y de la matríz; los ovarios estaban reunidos por un cordón macizo que hacía el papel de ligamento redondo, presentando vestigios manifiestos de ovulaciones ó cicatrices de Degraave. Los dos uréteres, en vez de abrirse en la base del trigono vesical, convergían hacia el cuello de la vejiga en donde se abrían en una especie de seno uro-genital, teniendo cada uno un esfínter, más allá del cual formaban una dilatación ó bolsa para las orinas, similando á ciertos ovíparos, especialmente la tortuga marina, en la que la vejiga hace en cierto modo el papel de saco alantoideo que el animal llena de agua probablemente como una branquía. Esta singular anomalía de la especie humana me induce á examinar el fondo de la boca, en la cual había ausencia del velo del paladar sin ningún vestigio de ulceración. De los antecedentes que me pude procurar de esta especie de marimacho, supe había sido sirvienta en una casa de prostitución clandestina, donde en caso de necesidad ejercía un doble servicio.

—