El segundo caso le observamos en una estación balnearia. Encontrándome en la casa de mi amigo el Dr. De Jumné, me consultó sobre un caso muy extraño. Se trataba de dos jóvenes recientemente casados, en estado lastimoso, sobre todo el marido. El doctor me refirió entonces que después de ocho días de casados no habían podido cumplir el acto conyugal; los esposos venían á consultarle sobre la naturaleza del obstáculo, y que su examen no le había permitido descubrir la abertura vaginal. Recordé al momento á mi marimacho. En efecto, no existía más que el meato uretral, ausencia de vagina y probablemente de la matriz, por lo que pude comprobar por el tacto rectal.

Tratamos de hacer comprender á los esposos su triste situación, recomendándoles especialmente al marido, abstenerse de toda tentativa ulterior.

Se marcharon poco satisfechos, pero al día siguiente vuelven más lastimosos que el anterior. He aquí lo que había pasado: la mujer quiso que á viva fuerza el marido cumpliese el deber nupcial, y después de un coito doloroso y sangriento, se produjo una incontinencia de orina. La desgraciada mujer tenía el cuello vexical extensamente abierto y dislacerado, de lo cual nos pudimos asegurar por el tacto. Es preciso admitir que en este caso no existía la misma anomalía que en el caso precedente; es decir, que los uréteres se abren en la base del trigono.

Legalmente el marido podía divorciarse; de bemos decir en su elogio que él no se prevalió de este derecho y hace un matrimonio bastante triste.

Estos dos hechos implican la conveniencia de un examen previo. Felizmente estas anomalías sen extremadamente raras, puesto que en nuestra larga carrera no la hemos encontrado más que estas dos veces. Sabemos de nuestro colega el Dr. Boddaert, muerto recientemente, que durante su práctica obstétrica, de más de cincuenta años, sólo había visto un caso semejante. Como ningún hecho de esta naturaleza ha sido descrito por los autores, hemos creido deber citar estos dos casos que la casualidad ha permitido comprobar para servir de enseñanza para otros análogos que podrán presentarse en el porvenir.

Acrotismo ó cesación brusca de los movimientos del corazón. — Debemos hablar de este accidente, sobre todo bajo el punto de vista de la anestesia por el cloroformo y el cloral. Se sabe, en efecto, que estos dos agentes paralizan el corazón, siendo el peligro tanto más grande cuanto que la introducción del anestésico en la sangre es más directa. De este modo hemos visto una muerte repentina producirse en el curso de una inyección intravenosa de cloral. Debe, pues, rechazar-

se este medio anestésico, puesto que el cirujano cuenta con un anestésico seguro y al abrigo de todo peligro con el bicloruro de metileno, el que tiene una acción casi imperceptible sobre el corazón. Los partidarios de las inyecciones intravenosas no sabrán prevalerse de las muertes súbitas, consecuencia del empleo del cloroformo. En una época en que era el único medio de producir la insensibilidad del enfermo era necesario, pues en su defecto hubiese sido preciso renunciar á la anestesia. Pero hoy que tenemos el bicloruro de metileno, las inyecciones de cloral no tienen razón de ser y son comprometidas para el cirujano.

Aprovecharemos la ocasión del acrotismo para hablar de una operación muy útil; es decir, la transfusión de la sangre. Se sabe que las primeras tentativas de este género se remontan al siglo xvII, siendo consideradas de tal modo temerarias, que el Parlamento de Francia tuvo que prohibirlas. Hoy no sucede lo mismo, pues esta operación tiene sus indicaciones precisas. Citaremos un hecho reciente. Un individuo fué transportado al hospital casi exangüe, con el brazo derecho y el pié izquierdo aplastados por una locomotora. No se percibía el pulso, y el cuerpo estaba frío exceptuando las ingles y axilas. La sensibilidad refleja no estaba completamente

abolida. Nuestro colega M. G. Boddaert, que había recibido al herido - por una de esas determinaciones repentinas que hacen honor al cirujano - practicó la transfusión de la sangre por medio del aparato del Dr. Casse, de Bruselas; - 300 gramos de sangre desfibrinada se introdujeron por la vena safena interna, y el herido volvió á la vida. - A pesar de la gravedad de sus heridas, fué perfectamente curado. Este hecho demuestra que la sangre desfibrinada, no conteniendo más que sus glóbulos rojos y su suero, es la que unicamente debe emplearse en la transfusión. Esta operación no debe jamás efectuarse de brazo á brazo porque la fibrina, coagulándose, da lugar a embolias en los vasos del corazón ó de los pulmones. De cualquier modo la transfusión de la sangre es una de las bellas conquistas de la cirugía; pero es preciso no comprometerla aplicándola fuera de ocasión.

Hematidrosis. — La hematidrosis es una exudación sanguínea complementaria ó suplementaria de la menstruación, teniendo lugar en épocas periódicas, ordinariamente por las manos, por los piés, por la frente, por el costado izquierdo, siendo precedida de un vivo prurito que obliga al enfermo á rascarse. La imaginación no es extraña á este hecho como en el caso de Luisa Lateau. La exudación sanguinea tiene lugar sin desga-

rro de la piel. Ordinariamente fluye la sangre por los canalículos sudoríparos como el sudor.

Hipocondria. — La hipocondría pasa generalmente por un mal imaginario; esto no es un motivo para abandonar á su triste suerte á los desgraciados hipocondriacos. Siendo en estos casos en los que el médico debe emplear con especialidad la cura moral.

He aquí un ejemplo:

Un hipocondriaco nos vino á consultar crevéndose envenenado por el cobre. Traía un poco de excremento (1) del volumende un grueso tubo de pipa y que había hecho secar at horno. Me hizo notar los puntos brillantes que para él eran del cobre. Hubiese sido supérfluo el querer hacerle comprender que las personas de su temperamento tienen generalmente las materias fecales negras y como resinosas, adelgazándose á causa de la estrechez intestinal. Le dije que las sometería al análisis y que volviese después de algunos días. Mientras tanto, le prescribí píldoras de croton con miga de pan, para tomar por la noche con una cucharada de aceite de ricino. Volvió el día dicho, lo que prueba había obtenido su confianza. Le presenté una solución que contenía

cobre, diciéndole que iría tomando una coloración azul; en efecto, en la redoma en que estaba el sulfato de cobre fui dejando caer algunas gotas de amoniaco que precipito en un bello color azul. Le hice continuar con el tratamiento, adicionándole algunos gránulos de hiosciamina para el espasmo intestinal, diciéndole que pasados algunos días me trajese un nuevo excremento para la contraprueba. Fué fiel á la cita, confensándome que en efecto se sentia mucho mejor, que sus deposiciones se hacían fácilmente, probándolo el nuevo excremento que me traía y que era de un respetable grosor. Las materias, efectivamente, eran mejor elaboradas, hícele notar que la fractura no ofrecia puntos brillantes. Convino en que estaban por completo anulados los efectos del veneno.

Para fortificarlo en esta convicción le indiqué me hiciera una tercera visita, á fin de tener tiempo de someter la sustancia al análisis química. En el día convenido le presenté una redoma no conteniendo más que agua y en donde dejé caer algunas gotas de amoniaco, sin reacción alguna se comprende.

La convicción de mi enfermo era tan completa, que se curó de su hipocondría al mismo tiempo que de su constipación.

⁽¹⁾ Boileau decia: Le latin dans ses vers brave l'honnetete. Esto mismo debe hacer el médico en sus explicaciones.

[¡]Qué de hechos podríamos citar! Entre otros, el de un hipocondriaco que pretendía no poder

comer por tener una interrupción entre la boca y el estómago. Nosotros le demostramos lo contrario introduciéndole la sonda exofágica en la faringe.

Los hipocondríacos rehusan con frecuencia comer, porque no experimentan la necesidad del hambre, siendo conveniente despertar en ellos esta sensación por la quasina, la estricnina y la hiosciamina para vencer el espasmo intestinal.

En una visita que tuve ocasión de hacer á Gheel, mi amigo el Dr. Bulckens, médico en jefe de la colonia, me dijo que |daba generalmente á los enfermos que ingresaban, un caldo con aceite de ricino, y que después de algunas deposiciones se calmaban.

¡Qué de personas tienen un humor detestable cuando están extreñidos!

Melena (Vómitos de materias negras y deyecciones de la misma naturaleza). — Si hablamos de este accidente es porque pudiendo ser simulada, el médico se expone á ser engañado. Fuí consultado por un carnicero, cuya hija, según me dijo, vomitaba á cada instante materias negras. El aspecto saludable de la enferma me hizo sospechar; por lo que advertí al padre la vigilase de cerca. En efecto, la sorprendió una noche hurtando del mostrador de la carnecería un trozo de bazo. Este era el origen de sus vómitos negros. Le pregunté por qué hacía eso; no lo sabía,

era un deseo! Para distinguir las materias negras ó melánicas de la sangre, se depositan en agua. Si es de sangre, el agua toma una coloración roja, si es de bílis es verde intensa.

Ninfomania.— La ninfomania es una sobreexcitación genésica que puede exijir la secuestración; pero el aislamiento puede conducir al mismo resultado, á la vez que los ejercicios al aire libre, y los calmantes genésicos como el bromuro de alcanfor y la cicutina, calman estas excitaciones imperiosas. El médico que es consultado en estos casos, debe, pues, emplear desde luego estos medios.

Fisometría (pneumatosis uterina). — La fisometría es uno de los fenómenos más interesantes de las afecciones nerviosas, histéricas ó cloroanémicas. Se relaciona en general á un espasmo del cuello uterino y á una subparalisis del cuerpo de la matriz, que se dilata hasta el punto de simular un embarazo. Esta dilatación, desapareciendo repentinamente, podría dar lugar á una dolorosa suposición. El médico, por lo tanto, debe indagar todas las circunstancias conmemorativas y actuales para exclarecer su diagnóstico.

Puede igualmente creerse en la existencia de un tumor enquistado del ovario, y que en el momento de practicar la punción, el tumor desaparezca, como hemos tenido ocasión de ver un caso. Mi difunto colega Dr. Borddaert y yo fuimos consultados para una mujer cloro-anémica que presentaba en el lado izquierdo del vientre un tumor voluminoso y que daba á la percusión un sonido mate. Convinimos hacer la punción, pero antes practicamos el cateterismo. Mientras se expulsaba la orina el tumor había desaparecido. ¡Compréndase la situación en que nos vimos! Es conveniente, pues, evitar semejantes fuentes de errores. El Repertorio de terapéutica dosimétrica ha descrito un caso de fisometría disipado por el arseniato de estricnina y la hiosciamina.

Ovaritis. - La ovaritis ó inflamación de los ovarios es una afección frecuentemente desconocida al principio y que puede dar lugar á accidentes muy graves y en ocasiones mortales. He aquí un ejemplo: Una joven casada y sin hijos, que había sufrido mucho desde su pubertad de desórdenes histéricos, convulsiones y sobrescitación moral, fué atacada de un dolor circunscrito y profundo en la región ilíaca derecha con fiebre. Se recurrió á las sanguijuelas, baños de asiento, cataplasmas y narcóticos. La fiebre se hizo errática, y un tumor enfisematoso se presenta en la dirección del conducto inguinal. Se pensó en la existencia de un absceso cecal con perforación del intestino. La fluctuación era manifiesta, se dilató el tumor con el bisturí. Salió

un pus fétido mezclado con gruesas burbujas de gases. El absceso síguió evacuando, y de aquí la fiebre héctica determinó la muerte de la enferma. En la autopsia se encontró el ciego intacto y el ovario supurado formando un quiste del volumen de un puño, habiendo contraido adherencias con el intestino, lo que explica la infiltración de los gases.

Véase por esto cuán importante es recoger los casos raros para exclarecer el diagnóstico de los que se presenten en lo sucesivo.

Citaremos aquí un caso de flemón, debido á la ulceración del ciego, á consecuencia de una tiflitis.

Entró en nuestro servicio del Hospital Civil de Gante, un individuo que presentaba un infarto fiegmonoso de toda la región inguinal y glútea del lado derecho. La piel tenía un rojo descolorido, y el enfermo era presa de una fiebre atáxica. Le hicimos aplicar la pasta de Viena con el objeto de limitar la inflamacion. La fluctuación, habiéndose hecho manifiesta, abrimos el foco con el bisturí, eliminándose una enorme cantidad de pús mezclado de gases fétidos. Sucumbió el enfermo y la autopsia nos permitió comprobar la ulceración del intestino. Así, en la tiflitis el flemón es difuso, en tanto que en la ovaritis es circunscrito. El médico deberá conocer esto para evitar errores.

Faringismo. - Ningún síntoma es mas for-

midable à causa de sus consecuencias. En efecto, es el más frecuente precursor de la hidrofobia. Véase un ejemplo: En 1825, siendo interno del Hospital Civil de Gante, un individuo con hidrofobia fué transportado á la clínica médica, tenía los ojos huraños, brillantes, la cara crispada y por momentos era atacado de una constricción de la faringe con esputos de saliva glutinosa. Durante el paroxismo el pulso se aceleraba y la respiración se hacia anhelante. Se hablaba entonces de las vesículas que Marochetti decía existir sobre las partes laterales del frenillo de la lengua. En el intervalo de un acceso tuvimos la curiosidad de examinar la boca, y efectivamente, existían esas vesículas opalinas, como pequeños tumorcitos. Las cauterizamos con el lapicero de nitrato de plata. El individuo sucumbió de una congestión cerebral. En la autopsia encontramos en el estómago una bolsa de lombrices, de las que algunas habian ascendido hasta el exófago, siendo causa también del faringismo.

Prosopalgia. — La paralisis facial presenta en ocasiones grandes dificultades para el diagnóstico. Hay, en efecto, paralisis de expresión ó de mímica y paralisis digestivas y respiratorias; las primeras están bajo la dependencia del sétimo par (facial), las segundas del quinto par (trigémino). El problema es aquí saber á cuál de estos pares debe ser referida la paralisis facial. En las paralisis de expresión (faciales) hay que

indagar si depende de una lesión central ó periférica. Vamos á citar el hecho siguiente: Un obrero albañil se cae de una altura de más de cinco metros, produciéndose una herida en el lado derecho externo de la frente. El cráneo es denudado sin fractura ni hendidura. El herido está sin conocimiento en un estado de resolución muscular completa; la piel fría, el pulso apenas perceptible; le administramos una cucharada de vino con un gránulo de sulfato de estricnina cada media hora. Aplicaciones de agua sedativa. Al siguiente día á la reacción, se presenta la paralisis del lado derecho de la cara y retracción del lado opuesto. El calor animal sube á 38 v 39°. El herido da señales de conocimiento. Le hacemos tomar la estricnina con el ácido fosfórico, un gránulo de cada uno cada media hora. Aplicación de cinco sanguijuelas detrás de la oreja derecha. - Sedlitz Chanteaud. - El herido recobró por completo el conocimiento, mas la paralisis facial subsistía. Este es el síntoma fundamental. ¿Pero la causa es central ó periférica? ¿ Es una lesión del sétimo par ó del quinto? Esta última puede ser excluida, puesto que todos los movimientos de la digestión y de la respiración son normales.

Queda la lesión del nervio facial ó del cerebro. ¿Está aquí la dificultad? ¿La lesión es directa ó cruzada? Así, la paralisis facial puede depender de una lesión central del lado opuesto á la herida, ó bien de una lesión del facial del mismo lado. Esto nos hizo recordar un día que tuvimos ocasión de hacer la autopsia para un hecho análogo (una herida de la región frontotemporal), encontramos el nervio facial desgarrado en el acueducto de Falopio á causa de la rotura del peñasco; pero como el desgarramiento no era completo, los músculos de la expresión estaban convulsivos. Se podía creer que en el caso presente había habido compresión del nervio facial por un coágulo, tanto más cuanto que los músculos del lado opuesto de la cara no estaban convulsivos. Había, pues, simplemente ruptura de antagonismo. Añadamos que no es probable que hubiese fractura del peñasco, pues el herido no hubiese vuelto al conocimiento. En cuanto á la paralisis central cruzada, es debida á una lesión facial en su origen, ó de la médula oblongada; este accidente es generalmente mortal á causa de los desórdenes circulatorios y respiratorios. En ausencia de estos desórdenes no hay motivo para admitir una lesión central de acción cruzada, sino más bien de una lesión periférica de acción directa, es decir, del facial del lado correspondiente á la herida de la cabeza, pudiendo ir acompañada de un derrame de sancre en la base del cráneo Este diagnóstico se confirmó después de algunos días — el tiempo necesario á la reabsorción del coágulo. — Todos los movimientos de la cara recobraron su ritmo normal. Vemos, por lo tanto, que la sintomatología, más que una ciencia de hechos, es una ciencia de inducción, puesto que se apoya á la vez sobre la anatomía y la fisiología.

Citaremos aun el siguiente hecho que apareció en el Repertoire de Medecine Dosimetrique:

Un joven obrero de una fábrica, le fué cogida la cabeza entre un bastidor de hilar y el muro; el pequeño herido es transportado al hospital apenas sin pulso y habiendo perdido abundante sangre por la herida. Estaba frío y sin conocimiento; le hicimos dar vino caliente con un gránulo de sulfato de estricnina por cucharada, cada cuarto de hora. La reacción sobrevino como en el caso precedente; pero nos apercibimos que tenía retracción del globo ocular hacia dentro y paralisis del párpado hacia fuera; esto es, que la comisura interna quedaba entreabierta, en tanto que la externa estaba caída. El niño continuaba sin conocimiento, pero dando signos de sensibilidad cuando se le movía. Lanzaba por momentos gritos que nos hizo temer la aparición de una meningitis.

Le mandamos dar la aconitina y la veratrina (un gránulo de cada uno todos los cuartos de hora) y aplicar revulsivos á las piernas. Gracias á este tratamiento, la fiebre traumática fué moderada, y poco á poco el herido volvió al conocimiento para entrar bien pronto en vías de curación. ¿A qué lesión podemos referir estos trastornos? Es probable que existiese una fuerte com-

presión de la órbita, y que de este modo las ramas del oftálmico de Willis, principalmente el motor ocular externo, haya sido debilitado en su acción.

¿Se nos preguntará qué hubiésemos podido hacer en caso de una lesión profunda? Lo que hemos hecho: sostener la vitalidad.

Prosopalgia. - La prosopalgia ó tic doloroso de la cara, es un estado con frecuencia muy rebelde y doloroso, hasta el punto de provocar accesos de rabia; he aquí un ejemplo: M. X... farmacéutico, padece de un tic doloroso que le ataca periódicamente cada tres días, cada tres semanas, y también cada tres meses de intervalo. Es, pues, una fiebre de tipo tercianario. El acceso empieza por los nervios pálpebro-lagrimales con secreción abundante de lágrimas, ó ya por los nervios faciales ó por los nervios dentarios con abundante salivación. Estos accesos presentan tres períodos, de crecimiento, aumento y descenso. Durante el acceso la cabeza está fuertemente congestionada, y el enfermo se queja de vivos pinchazos, ofuscación, zumbido de oidos, de vértigo y un estado mental particular que por momentos le impelia á estrellarse el cráneo contra la pared, como en el delirio nervioso de los caballos. Su situación es, por lo tanto, muy lastimosa. Todos los antiperiódicos y antiespasmódicos, los depletivos y derivativos han sido empleados sin éxito. Habiéndome consultado este enfermo, me enteré de que la afección se

extendía á todos los nervios de la cara y que existía á la vez periodicidad y continuidad, puesto que en el intervalo de los accesos los nervios quedaban dolorosos al tacto. Era, pues, una neuritis la que se nos presentaba, probablemente de naturaleza reumática ó palustre. Comencé por hacerle aplicar un cáustico à la altura del condilo de la mandibula inferior hacia el lado derecho, sitio principal del dolor; después le hice tomar, en el momento mismo del acceso, la aconitina, la morfina y la digitalina, un gránulo de cada una todas las medias horas. El resultado de esta medicación fué una sedación casi súbita. Le dimos enseguida en la intermitencia el hidroferrocianato de quinina, doce gránulos por día, que produjo el efecto de atenuar los accesos. Este tratamiento fué usado en las épocas en que los accesos tenian lugar, y por estos medios pudo nuestro enfermo librarse de su tic doloroso en menos de tres meses.

Debemos hacer notar que la enfermedad databa de dos años.

Se ve por lo dicho cómo á un solo síntoma es preciso, con frecuencia, oponerle un tratamiento múltiple. Dedúcese de aquí que una medicación de esta naturaleza sería difícil fuera del método dosimétrico.

Otorrea. — ¿ Qué cosa aparentemente más simple que un oído que supura? Y sin embargo, pueden sobrevenir accidentes formidables. Ci-

taremos los siguientes hechos: el primero nos es propio.

En 1829 fuí atacado de una otitis, que se terminó por supuración. Lo que sufrí antes de la perforación de la membrana del tímpano es indecible. Era en invierno: el oido supuraba aún, y cometí la imprudencia de exponerme al frío. Repentinamente observé que todo giraba á mi alrededor, y pasé todas las penas del mundo para volver à casa. Me acosté sin pensar en nada; pero al día siguiente, al ponerme en pié, me parecía que el piso se balanceaba, hasta el punto de tener una especie de mareo. Me volví à acostar, haciendo llamar à un compañero, que me ordenó el reposo y baños de piés. El flujo del oido volvió y los vértigos cerebelosos cesaron.

Conocidas son las experiencias de Flourens sobre las palomas, á las cuales había extirpado los canales semicirculares y que fueron atacadas de vértigos

Es probable que en mí el pequeño lóbulo del cerebro hubiese sido afectado.

Desde esta época me ha quedado zumbido de oídos, contra los cuales todas las tentativas han sido vanas. (Es necesario admitir que existe un engrosamiento de la membrana del tímpano á consecuencia de la otitis.)

El segundo hecho es relativo à un individuo afecto de otorrea catarral y que cometió también la imprudencia de exponerse al frío. La otorrea se suprimió bruscamente y el enfermo fué atacado de una fiebre con violentos dolores de cabeza, à consecuencia de lo que cayó en un coma y murió.

La autopsia demostró un absceso en el lóbulo medio del cerebro en el punto de expansión del pedúnculo del meso-céfalo.

Lumbago. - No hay, sin duda, afección más vulgar que lo que se denomina un esfuerzo, una derrengadura, y sin embargo, puede ser la consecuencia de una lesión profunda. Citaremos el ejemplo siguiente: Habíamos extirpado un tumor en la axila que creímos ser un lipoma, pero el examen anatómico nos hizo ver que se trataba de un tumor de núcleo canceroso con una cubierta grasosa como se observa en la mama. Desde este instante concebimos temores por la recidiva. En efecto, cinco ó seis meses después de la operación, el individuo se quejaba de un violento lumbago, que atribuyó á un esfuerzo al bajarse de la cama. Le hicimos aplicar sanguijuelas y dar fricciones, pero los dolores lumbares degeneraron en paralisis de las extremidades inferiores.

No había duda, debía existir un tumor en el canal vertebral. La influencia nerviosa se debilitó cada vez más y una erisipela intensa con zona se presentó en la región lumbar, y el individuo sucumbió de una fiebre atáxica.

Aunque no pudimos conseguir hacer la autopsia, el caso no nos parece dudoso. Es probable que la degeneración cancerosa de una ó muchas vértebras existiese ya en el momento en que operamos el tumor de la axila.

Los hechos que acabamos de citar prueban que ciertos estados morbosos deben ser esclarecidos por hechos anteriores; he aquí por qué es tan importante conocer lo que los antiguos denominaban *Rariora*. No hay práctico que no se haya encontrado casos que extravían todo diagnóstico. Pero dado el caso, es preciso esclarecerlo con la antorcha de la anatomía y de la fisiología.

Estos son, como ha dicho el profesor Spring, accidentes morbosos semejantes á los accidentes quirúrgicos. El médico de conciencia debe, pues, considerar un deber dar á conocer a sus compañeros los casos excepcionales y oscuros que encuentre en su práctica. A este deber hemos querido obedecer escribiendo la presente introducción.

DR. BURGGRAEVE.

DICCIONARIO

DE

SINTOMATOLOGÍA DOSIMÉTRICA