

Séptima. Como contraindicación de este tratamiento tendríamos los casos con manifestaciones o antecedentes nefríticos (hematuria, oliguria, edemas, hipertensión, etc.), si bien la escasa albuminuria, expresión de la ligera nefrosis reversible y habitual en la fiebre tifoidea, no sería contraindicación al tratamiento. También ante la hemorragia intensa ya constituida se debería suspender el tratamiento por el bismuto.

Octava. Las dosis empleadas es de 5 c. c. cada cuatro días, y 3 c. c. cada tres días en las personas debilitadas y en niños.

Novena. En ningún caso hemos visto que se influenciara desfavorablemente la marcha del proceso por la medicación bismútica, lo que no quita para que se guarden las mismas precauciones que en general se tienen con toda medicación bismútica.

BIBLIOGRAFIA

- AZCUNAGA.—Rev. Clin. Esp., 16, 111, 1946.
 CAMPOS, D.—Rev. Clin. Esp., 10, 325, 1943.
 FUENTES GÓMEZ.—Rev. Clin. Esp., 17, 46, 1945.
 PÉREZ HERVADA, E.—Rev. Clin. Esp., 16, 110, 1945.
 SACRISTÁN y TERRADILLOS.—Rev. Clin. Esp., 13, 35, 1944.
 SALINAS GONZÁLEZ.—Rev. Clin. Esp., 19, 112, 1945.
 TORRES GOST.—Rev. Clin. Esp., 18, 57, 1945.
 J. A. SERVIÁ.—Rev. Clin. Esp., 21, 63, 1946.
 Boletín del Instituto de Patología Médica, 6, 114, 1946.
 JOKMAN.—Trat. Enf. Infecciosas.
 KOLLMAN.—Inmunología.
 FLORIANI.—Trat. Enf. Infecciosas.
 TOPLEY.—Bacteriología.
 M. GUNDEL.—Trat. Enf. Infecciosas.
 BERGMAN y STAEHELIN SALLE.—Trat. Patología Médica.
 JURGENS.—Enf. Infecciosas.
 CAZAL.—Reticulopatías.
 PITTALUGA.—La sangre y S. R. E.
 Bibliografía Médica Internacional, 7 Dic. 1944.
 R. S. MACH.—Schweiz. Méd. Wschr., 26, 753, 1944.
 CURSHMAN.—Pronóstico especial de las enfermedades internas.
 G. BARÓN.—Clínica de las perforaciones tíficas.
 LORENZO VELÁZQUEZ.—Terapéutica.
 M. TORRES y FERNÁNDEZ CUARTERO.—Rev. Clin. Esp., 23, 149, 1946.
 Editorial Rev. Clin. Esp., 23, 240, 1946.
 RANDES.—Méd. Esp., 13, 569, 1945.
 ALONSO ORTEGA.—Gaceta Méd. Esp., 20, 9, 374.

SUMMARY

The author, personally, observes the indubitable efficacy of quinine iodo-bismuthate in the treatment of typhoid fever. He believes the action to be due to the bismuth which operates upon the S. R. E. Its effect, though at times inconsistent, would be more marked the earlier it were used. It would be contra-indicated in cases complicated by nephritis or haemorrhage. In all other cases it cannot produce unfavourable results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser konnte beobachten, dass die Chinin-Jodwismutverbindung in der Behandlung des Typhus abdominalis von guter Wirksamkeit ist, was seiner Ansicht nach auf den Einfluss auf das R. E. S. zurückzuführen ist. Wenn der Erfolg auch nicht immer konstant ist, so ist jedoch eine umso intensivere Wirkung zu sehen, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt. Kontraindikationen bestehen bei Nephritis und Blutungen. In allen übrigen Fällen treten keine unangenehmen Nebenwirkungen auf.

RÉSUMÉ

L'auteur, dans son expérience personnelle observe une indouteuse efficace dans le traitement de la fièvre typhoïde par l'Iodobismuthate de quinine. Il attribue cette action au bismuth, qui agirait sur le S. R. E. Son effet, bien que parfois inconstant, serait plus marqué autant que son emploi soit plus précoce. Il serait contre-indiqué dans des cas avec néphrite ou avec hémorragies. Chez le reste des cas, il ne produit jamais des effets défavorables.

NOTAS CLINICAS

NOTAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS SOBRE LA SIFILIS EN EL CIRCULO MEDICO DE MESERAH (ALCAZARQUIVIR)

A. SÁNCHEZ-COVISA CARRO

A pesar de la extraordinaria difusión de la sífilis es realmente raro observar un afecto primario genital.

Bien puede pensarse que el hecho sea debido a infecciones precoces infantiles ocasionadas por enfermos portadores de lesiones fuertemente contagiosas (pápulas mucosas, etc.). Esta hipótesis casi adquiere categoría de certeza después

de haber observado el régimen de vida de los indígenas.

Sus casas, construídas de adobe con el techo de heno y el pavimento de tierra apisonada, suelen estar constituidas por dos habitaciones, una de las cuales se destina a dormitorio, cocina y comedor común y la otra se reserva para alojar el grano y aperos de labranza. Sus dimensiones son exigüas, teniendo una superficie aproximada de seis metros cuadrados. La entrada a la casa tiene la anchura necesaria para permitir el paso de un hombre, y su altura no suele sobrepasar el metro cincuenta centímetros. La habitación destinada a la familia suele tener uno o dos ventanucos de unos cincuenta cen-

tímetros de lado, que corrientemente permanecen cerrados.

La higiene personal está totalmente descuidada. Raramente toman un baño de limpieza, y aunque siempre se lavan las manos antes de comer lo hacen habitualmente sin jabón, de tal manera que más que lavarse se enjuagan discretamente. La toalla con que se secan es común, y aparte de este menester cumple otros más íntimos. Comen en un plato colectivo, y siempre tienen una jarra o vaso de barro donde todos los comensales sacian su sed. Para el reposo nocturno no se despojan de ninguna prenda, de tal manera que con las mismas ropas manchadas de barro, etc. con las que han trabajado durante el día duermen toda la noche. El recipiente donde se sirve la comida no es raro que sea usado por algún miembro de la familia para lavarse los pies, manos y genitales antes de comenzar los rezos.

No es aventurado, por tanto, pensar que la promiscuidad con que viven, la falta de higiene, etcétera, produzcan infecciones precoces que en la gran mayoría de los casos han de pasar inadvertidas.

El tiempo de incubación, desde el momento del contagio hasta la aparición del chancro, es, en los indígenas, sensiblemente igual al de los europeos.

En doce chancros genitales que me ha sido dable observar, el tiempo de incubación osciló entre diecisiete y treinta y nueve días, según referencias de los enfermos no dignas de mucho crédito.

La morfología del chancro varía, con respecto a los que se observan en nuestro país, por el tamaño. En todos los chancros que he observado, su tamaño oscilaba entre el de una moneda de una y dos pesetas. Quizá esta diferencia sea más bien aparente que real, ya que dada la indiferencia del moro a sus padecimientos es probable que les pase inadvertido cuando su tamaño es inferior.

Generalmente, en el momento de la observación el chancro aparece cubierto de costras de gran espesor formadas por la desecación de la serosidad, sangre y los medicamentos por ellos usados (estos medicamentos suelen ser polvo de plantas carbonizadas). Si desprendemos las costras se muestra el fondo sucio de la úlcera, de un color rojo azulado, fácilmente sangrante. Los bordes suelen ser algo elevados, y a la palpación se aprecia claramente la induración característica y las adenopatías satélites. Con gran frecuencia (siete de los doce enfermos referidos) el chancro se acompaña de infarto ganglionar fuertemente inflamatorio, algunos de ellos abiertos espontáneamente, sin que por el examen microscópico y pruebas biológicas se pudiese pensar en un chancro mixto y que sin duda se deberían a infecciones secundarias, ya que curaban con rapidez con un tratamiento antiséptico. En todos los casos, en unos más rápidamente que en otros, el M. K. R. II, el citocel y el Kahn

resultaron fuertemente positivos, mientras que la investigación de los treponemas (método de GIEMSA) en ocho de los doce enfermos fué negativa.

Todos los casos observados eran varones entre los catorce y treinta años aproximadamente. El no haber observado a ninguna mujer en este período no es de extrañar, dada la especial psicología del indígena y lo poco doloroso de la afección.

Respecto a la edad del primer contagio es seguro que, en la inmensa mayoría de los casos, se efectúa en la niñez y, por tanto, quedan sin descubrir, ya que el moro no es especialmente cuidadoso con la salud de sus hijos.

Olvidaba señalar que de los doce enfermos portadores de chancros, diez eran soldados de la Mehal-la, y que el impulso de ir al médico más se debía a la oportunidad de abandonar unos días la instrucción militar que al deseo de curarse.

Los chancros perigenitales, pubis, etc., que muchos autores señalan como frecuentes entre los indígenas (ya es conocida la costumbre de los moros de afeitarse estas regiones) y que se deberían a contagios durante el acto del afeitado, no he tenido ocasión de observarlos. Igual puedo decir del chancro de la circuncisión.

PERÍODO SECUNDARIO.

En este período y en el terciario es cuando los enfermos acuden con más frecuencia a la consulta. Las cefaleas vespertinas, la fiebre y los dolores osteócopos son los síntomas que aquejan casi sin excepción y por los que acuden al médico.

La roseola he tenido ocasión de observarla en 31 enfermos, 23 mujeres y ocho hombres, siempre de modo ocasional en el curso de la exploración clínica. Nunca se ha dado el caso de que la erupción sea el motivo de la consulta, ya que para el enfermo había pasado inadvertida. Se presenta en forma de manchas del tamaño aproximado de una lenteja, algunas mayores, y están distribuidas más o menos uniformemente por todo el cuerpo, aunque generalmente respetan la cara, manos y pies. Donde se observan con más claridad es en la piel del abdomen. No ofrecen relieve y desaparecen a la presión, aunque algunas no lo hacen totalmente. En general no varía en nada de la roseola que presentan los enfermos españoles.

La roseola de recidiva, como en nuestro país, adopta una forma más o menos circular, lo que le da su aspecto característico.

Una forma especialmente frecuente entre los indígenas es la sífilis papulosa. Se presenta como elevaciones del tamaño y forma aproximado de una lenteja. Su número es inferior al de las manchas de roseola y su distribución es parecida. Suelen tener un color rosado, más o menos intenso, y aparecen cubiertas de escamas que en estadios más avanzados desapa-

recen conservándose solamente las de la periferia, constituyendo un típico collar de Bielt.

Cuando esta forma de erupción invade ciertas regiones (axila) sufren una transformación, por influencia del medio, que les da un aspecto totalmente distinto que dificulta el diagnóstico. Se presentan como elevaciones confluyentes de



Fig. 1.—Sifilides mucosas hipertróficas.

color rojo, que recuerdan, en cierta forma, una placa erisipelatosa. El epitelio está más o menos destruido y toda la extensión de la lesión exuda un líquido. Al desaparecer las lesiones dejan una piel acrómica.

Otra forma que puede verse con relativa frecuencia es la rupia sifilítica. Aquí las costras son de mayor espesor y se adhieren fuerte-



Fig. 2.—Sifilides mucosas hipertróficas.

mente; su número suele ser muy inferior al de las formas antes enunciadas, y se localizan, según he visto, lo mismo en las extremidades inferiores que en otras regiones (cara, brazos, etcétera).

Los accidentes secundarios mucosos son también muy frecuentes, y como con la roseola su diagnóstico se ha hecho accidentalmente en enfermos que vinieron a la consulta con motivo de un paludismo o cualquier otra enfermedad, sin sospechar que esas placas que en muchos casos eran ignoradas pudieran tener ninguna trascendencia para su salud. Es, por tanto, fundamental el no descuidar nunca la inspección de mucosa bucal, que en gran número de casos nos pondrán en condiciones de diagnosticar una sífilis en actividad.

Con gran frecuencia las placas se observan en la lengua y mucosa geniana, y su aspecto no varía en nada del que presentan los enfermos europeos. Otras localizaciones muy frecuentes son en las amígdalas, pilares del velo y labios. Generalmente, en estos enfermos ya al tomarles la filiación se puede apreciar una ronquera característica.

Una forma muy frecuentemente observada son las sifilides mucosas hipertróficas, con localización preferente en el ano. Dan lugar a placas de gran extensión y muy elevadas, cubiertas de serosidad y restos excrementicios con un olor característico y repugnante. Se ven enfermos en que sus lesiones, llevadas con tanta



Fig. 3.—Sifilides tubero-serpiginosa.

indiferencia, son realmente impresionantes (figuras 1 y 2).

Las formas de transición entre el período secundario y el terciario y las netamente terciarias, que en los consultorios de la Península son tan raras de observar, por el contrario, son muy frecuentes en Marruecos.

Las sifilides tuberoserpiginosas (fig. 3) y las



Fig. 4.—Sifilides úlcero-costrosa.

tubercostrosas (fig. 4) son excepcionalmente frecuentes. Generalmente adoptan una forma circular o se aproximan a ella; la periferia de la lesión suele ser la zona ulcerada y es sobre esta úlcera donde se forman las costras que dan nombre a la lesión.

Otro accidente secundario muy frecuentemen-

te observado entre los indígenas son las iritis. Prácticamente, al observar esta afección siempre se ha de pensar en esta etiología.

Los accidentes típicamente terciarios de la piel son muy numerosos. La forma ulcerocostrosa es (fig. 5) quizá la que se observa con mayor frecuencia. Generalmente las lesiones no son múltiples, lo que no quiere decir que no sean extensas. Su localización es variable, habiendo tenido ocasión de observarlas en miembros inferiores, superiores, abdomen y nalgas. Son tubérculos terciarios ulcerados cubiertos por costras de gran espesor que se van extendiendo excéntricamente dejando una piel atrófica, cicatricial, a veces retráctil (fig. 6), y totalmente decolorada que hace recordar al vitiligo.



Fig. 5.—Goma subcutáneo.

Son también frecuentes los gomas subcutáneos ulcerados; se presentan bajo la forma de ulceraciones profundas, de fondo sucio y curso muy tórpido. La extensión de la lesión es variable, y en profundidad afecta a tejidos de distinto origen embrionario. La localización de los gomas varía de unos enfermos a otros, pudiendo asentar en cualquier región del cuerpo. Qui-



Fig. 6.—Goma en el paladar.

zá se vean con más frecuencia en miembros inferiores, aunque también los he podido ver en nalgas, frente y miembros superiores (fig. 7).

Al preguntarle a los enfermos por el curso de la afección, es frecuente oírles referir que comenzó apareciendo un bulto que más tarde se ulceró, expulsando un líquido amarillento. La

úlceras así formada no curó, y más tarde aparecieron otros bultos, que siguieron el mismo curso. Cuando las ulceraciones gomosas confluyen, dan lugar a grandes destrucciones, cuya gravedad depende, en gran manera, de su topografía (fig. 8).

Por último, otra forma frecuente es el goma



Fig. 7.—Rupia sífilítica.

mucoso, especialmente el de paladar, que con gran frecuencia llega a perforarlo, siendo entonces el motivo de la consulta al médico el hecho de que cuando el enfermo bebe algún líquido, éste es expulsado por los orificios nasales.



Fig. 8.—Goma osteo-cutáneo frontal.

EPIDEMIOLOGÍA.

Frecuentemente se ve referido el interés, a veces calificado de decisivo, de algunos factores en la difusión de la sífilis en los países occidentales. Estos factores, comentados en libros y publicaciones, se pueden reducir fundamentalmente a: 1.º La prostitución clandestina, que por no estar sometida a control sanitario, origina múltiples infecciones, algunas de las cuales podrían haber sido evitadas. 2.º El estado económico de la colectividad, valorada por unos en el sentido que a mayor abundancia de medios aumenta el poder adquisitivo de los hombres y su apetencia por los placeres, y, otros, en sentido opuesto, piensan que es la miseria la que fomenta la prostitución clandestina e indi-

rectamente la difusión de la sífilis. 3.º Los rápidos medios de comunicación modernos, que favorecen la propagación de la enfermedad con gran rapidez. 4.º El carácter especial de esta enfermedad, que es considerada por la sociedad como vergonzosa, por lo que los enfermos procuran mantenerla oculta, siendo esta preocupación motivo, con gran frecuencia, de negligencia en el tratamiento; y 5.º El curso crónico y cíclico de la afección, que hace que enfermos que fueron tratados en una ocasión se consideren curados, y al suspender prematuramente el tratamiento pueden llegar a ser focos de contagio.

Se ha dicho que una buena cualidad de la sífilis es lo limitado de su capacidad de propagación, por no encontrarse el agente infectante nada más que en ciertas lesiones de distribución y duración restringida.

El absoluto aislamiento en que el cabileño, en general, vive (algunos de ellos no han salido de los límites de su cabila a lo largo de su existencia) y el carecer de prejuicios que les haga considerar a su enfermedad como secreta, ya que con su visión fatalista de la vida creen que todos sus padecimientos son pruebas o castigos divinos contra los cuales no puede nada la previsión humana, hace que gran parte de estos factores, ponderados como de importancia epidemiológica en Europa, carezcan de interés en la propagación de la sífilis en Marruecos.

Otras condiciones que desempeñan en otros lugares escasa importancia, son en el medio marroquí decisivas. Su ignorancia absoluta respecto a la propagación de la enfermedad hace posibles muchos contagios que, en otra parte, podrían haber sido evitados. (Es tal su ignorancia, que, a título de ilustración, expondré varios ejemplos. La blenorragia la consideran consecuencia de un enfriamiento, y la voz con que en árabe vulgar se designa esta enfermedad—"bard"—significa en castellano frío. El paludismo lo creen producto de una insolación, y es desconsolador ver con qué escepticismo oyen las explicaciones que les facilita el médico.)

Aunque la prostitución clandestina es muy frecuente, carece de importancia a estos efectos, ya que con el sistema de casamientos y divorcios simultáneos y sucesivos la propagación de la enfermedad está asegurada. He conocido hombres jóvenes que han tenido seis mujeres sucesivamente, algunas de las cuales habían estado casadas dos y tres veces. Considerando estas circunstancias sociales, amén de las higiénicas antes apuntadas, no nos puede extrañar la difusión que la lúes ha alcanzado en el campo marroquí, difusión tan grande que en la práctica siempre se ha de descartar previamente esta enfermedad en todo enfermo que acuda a la consulta, aunque sea por una afección banal.

Por otra parte, es de señalar la escasez proporcional de casos de lúes congénita, ya que

su observación es mucho menos frecuente de lo que lógicamente sería de esperar. Esta característica de la endemia sifilítica de Marruecos ha sido señalada por varios autores refiriéndose a los pueblos asiáticos y africanos orientales, habiéndose tratado de hallar la explicación de este fenómeno, aparentemente paradójico, en la sugestiva hipótesis que supone un contagio en la primera infancia. El enfermo o enferma contagiados en estas circunstancias, al llegar a la madurez sexual es ya un sifilítico antiguo, portador de lesiones regionales poco contagiosas y susceptible, por tanto, de procrear descendencia sana. Estos niños, que viven en un ambiente contaminado, sufrirán, en un plazo más o menos largo, el contagio, con lo que se cierra un círculo vicioso.

Esta reflexión nos lleva, como de la mano, a señalar otra diferencia fundamental con la epidemiología de la lúes europea. En ésta la sífilis es fundamentalmente una enfermedad venérea al igual que la blenorragia, el chancro blando y la linfogranulomatosis inguinal. Su contagio en la inmensa mayoría de los casos se efectúa por comercio sexual y el contagio indirecto por objetos contaminados es excepcional. En Marruecos, en cambio, no ocurre así. Aquí, sin negarle importancia al contagio venéreo, hay que considerar como muchísimo más frecuente el contagio indirecto, o por lo menos asexual.

Es por todo esto por lo que la lucha contra la endemia marroquí debe fundamentarse en una cooperación del médico con el maestro indígena, que sería el encargado de iniciar al nativo en los principios fundamentales de la Higiene y el que en mejores condiciones se halla, por su prestigio, para desarrollar, indirectamente, una labor profiláctica efectiva.

Considero fundamental esta cooperación maestro-médico, ya que por razones psicológicas así es necesario, si queremos que el cabileño, asimile estas enseñanzas que les ofrecemos. El moro del campo, el cabileño, además de moro es campesino y, por tanto, desconfiado y suspicaz; no admite con sinceridad nada que no le resulte tradicional o por lo menos conocido. Es lógico, por tanto, que los consejos que les dé el médico (por ejemplo, la recomendación de evitar las picaduras de los mosquitos y la lucha contra los mismos, como medio profiláctico contra el paludismo) sean considerados como inútiles, cuando no estúpidos, ya que desde siempre se les venía recomendando por los hombres de más prestigio y sabiduría—y de su misma raza—que lo que han de hacer con el fin de preservarse de las fiebres es evitar el sol.

No ocurrirían las cosas como ocurren si los consejos dados por el médico en el Consultorio los diese el "fakir", la enciclopédica autoridad entre los indígenas, maestro, hombre de letras (a veces el único que sabe leer y escribir en el poblado), y lo que es decisivo, el hombre considerado unánimemente como más capacitado para interpretar el Corán, la Ley islámica.

Si esta cooperación se lograra, sería fácil, dada la pequeña densidad de población y la generosidad en el suministro de medicamentos antisifilíticos, que permite tratar gratuitamente a todos los enfermos, dar un ataque eficaz a la endemia que sufre desde hace siglos el campo marroquí.

EUNUCOIDISMO

R. DEL VALLE y ADARO

Director del Hospital Provincial de Guadalajara. Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid.

I

La patología de las glándulas sexuales constituye dentro de la endocrinología el sector más subyugante; puede decirse que cada uno de sus representantes en la clínica ofrece, por encima de su estampa patológica siempre fascinante, el planteamiento de una lección viviente de fisiopatología de la que el clínico puede extraer, si de verdad se lo propone, enseñanzas de insuperable trascendencia, superiores incluso en rendimiento a la más intachable experiencia. Sin embargo, lo que nos ha inducido a publicar este caso y a presentarlo en su día en otro lugar¹, no fué el hacer un análisis detallado y completo del cuadro del eunucoidismo, entre otras razones, porque no creemos sean las revistas un lugar apropiado para este género de estudios, sino solamente contribuir con un dato más, clínico y escueto, al conocimiento de este síndrome un tanto excepcional.

II

El enfermo H. F., de cuarenta y tres años, acude al Hospital por padecer un cuadro complejo, en el que resalta como hecho más urgente una situación hiposistólica. En la exploración encontrábamos, a su ingreso, un cuadro de asistolia con estasis venoso en el cuello, disnea, ligera cianosis, taquicardia, hepatomegalia, oliguria, etc.; la punta del corazón latía en el sexto espacio por fuera de la línea mamilar, y era perceptible un soplo rudo, auscultable, con la máxima intensidad en el centro y a la derecha del esternón. La silueta cardíaca ofrecía una fuerte hipertrofia biventricular, con dilatación muy acusada de la aurícula izquierda. Existía, pues, un vicio valvular descompensado, que un tratamiento llevado en la forma clásica corrigió rápidamente; esta cardiopatía, considerada en relación con el resto del cuadro que el enfermo exhibía, podía ser una lesión congénita del grupo acianótico. Pero tanto o más interés que el componente cardíaco ofrecía el resto de la exploración.

Se trataba de un sujeto alto, con un aspecto desgarbado en su arquitectura corporal (grandes brazos y piernas, tronco pequeño). Cabeza fuertemente dolicocefala y muy pequeña en relación con su estatura; pelo abundante, espeso, fuerte, en el que faltan las entradas que son constantes en los hombres de su edad

(signo de Stein). Cejas pobladas con arcos prominentes, dientes iguales, más anchos los incisivos medios de lo que es habitual y caninos poco desarrollados, caracteres todos ellos típicos de la endocrinopatía que padece. Mentón retraído; ausencia total de barba y bigote; no es una barba de tipo juvenil o puberal, sino la carencia absoluta de vello en la piel de la cara, manifestando una gran extrañeza al preguntarle nosotros cada cuántos días se afeita, y respondiendo que no se ha afeitado nunca. El aspecto de la piel de su cara es por demás típico, con su color pálido-amarillento, como apergaminado, marchito, cruzada por múltiples arrugas sobre todo frontales; el aspecto de su piel es casi patognomónico de la endocrinopatía que presenta; en grados intensos puede hablarse de una verdadera gerodermia. La laringe y la voz ofrecen caracteres tí-



Fig. 1.

pícos, siendo ésta chillona y de timbre alto (voz de polichinela). El tórax presenta un aspecto anormal, resaltando en él una fuerte cifoescoliosis y un esternón hundido, sobre todo en su parte inferior. Hay una falta absoluta de vello en tórax y axilas, los brazos y piernas son asimismo lampiños. Musculatura débil, piel lisa, suave, blanquecina, con manchas difusas que recuerdan vehementemente el cloasma ovárico. Falta por completo el vello en las regiones pubiana y perineal. El aspecto de los genitales (fotografía núm. 1) es tan sorprendente, que en un principio cabe incluso dudar del sexo de este ser. El pene está sustituido por un pequeño mamelón carnoso del tamaño de un garbanzo, en cuyo centro se aprecia la desembocadura de la uretra; las bolsas, intensamente atróficas, ofrecen el tamaño y la disposición de los grandes labios en la mujer, y están soldadas una a otra por un rafe fuerte y algo pigmentado, que recuerda el rafe escrotal intermedio del hombre. Los genitales no presentan ningún otro orificio que la ya citada desembocadura uretral, a través de la cual orina el enfermo; no puede pensarse, al menos en lo que atañe al aspecto externo, en un caso de hermafroditismo. Próstata imperceptible en el tacto rectal. Es muy típica la distribución dominante de la grasa en región mamaria, vientre, pubis y caderas, que dan al modelado de sus contornos una disposición netamente femeninoide. La talla es 168 cm. para una braza de 194; la distancia pubis-vértex es de 78 cm. y la pubis-pies de 93 cm. Carácter tranquilo, apacible, resignado al parecer con su situación, actitud explicable teniendo en cuenta que no siente, ni ha sentido nunca, el menor deseo sexual.

Los antecedentes personales no ofrecen nada interesante; no ha padecido reumatismo, ni anginas, ni hay en su historia fiebres más o menos incógnitas. La inclinación a la mentira y la superchería, que tan aptos hace a algunos de estos seres para la intriga y la conspiración, se manifiesta en nuestro enfermo al interrogarle acerca de sus antecedentes familiares. Los padres, al parecer, fueron normales, no sólo en el as-