

les consecuencias, puesto que Richerand y otras celebridades quirúrgicas de aquella época creyeron poderla hacer extensiva á los desalojamientos herniarios accidentales sobrevenidos despues del nacimiento, en una época en la que los órganos hubieran adquirido ya sus condiciones definitivas de organizacion. Tal modo de ver, como decia, es inexacto, porque generaliza, ó mejor dicho erige en doctrina una proposicion que únicamente es verdadera tratándose de los desalojamientos no congénitos.

Por lo que toca á la tercera anomalía—el estado rudimentario del pulmon izquierdo—asimismo es frecuente; y ademas debe reputarse como incompatible con la vida extra-uterina, si se adopta como principio que *vivir es respirar*.

Debo advertir que el hecho de que me he venido ocupando no se puede referir á los que los teratólogos atribuyen á verdaderas hernias, supuesto que en él es evidente que el desalojamiento fué ocasionado por un verdadero vicio de conformacion, por un detenimiento real de desarrollo: faltaba una considerable porcion del centro frénico del diafragma.

Para terminar diré, que por la parte del vicio de conformacion incompatible con el ejercicio regular de las funciones, este ejemplar es un HEMITERIO (del radical ἡμι, medio y de τερας, monstruo, semi-monstruosidad); y por la de la trasposicion, compatible con la vida, es un caso HETEROTAXIA (ταξις, orden, disposicion regular, y ἕτερος, distinto, diferente, orden diferente).

En la clasificacion de Geoffroy Saint-Hilaire (Isid.), el lugar de este ejemplar se encuentra en la clase IV, anomalías relativas *por desalojamiento*, órden I de las anomalías simples.

México, 19 de Agosto de 1870.

JUAN MARÍA RODRIGUEZ.

CLÍNICA DE OBSTETRICIA.

**Parto á término.—Hemorragia.—Fiebre puerperal.—Muerte de la madre.
Autopsia, por el Sr. D. Juan Maria Rodriguez.**

HISTORIA RECOGIDA POR EL ALUMNO D. JOSÉ IGNACIO CAPETILLO.

[CONCLUYE.]

La fisonomia de la enferma manifestaba un abatimiento profundo; sus ojos hundidos y sombreados por grandes ojeras daban á las conjuntivas un brillo extraordinario, verdaderamente febricitante; los labios estaban secos y pálidos; la lengua, cubierta de un barniz blanquizco, presentaba, así como los dientes, fuligi-

nosidades semejantes á las que tienen los afectados del *tabardillo*; la nariz afilada; el color de la piel era particular, terroso *sui generis*. Registrando las cavidades abdominal y torácica, se advertía que la respiracion y circulacion eran muy frecuentes; tenia veinticinco respiraciones por minuto, y ciento cuarenta pulsaciones en el mismo tiempo; el pulso, además de frecuente, era pequeño y depresible; nada particular se percibia por la auscultacion del torax.

Palpando el vientre se sentia el fondo del útero, pero muy reducido. *No se determinaba dolor á la presion*, é interrogada la muger acerca de este punto, no acusó dolor alguno: tampoco el *meteorismo* era notable. Las partes sexuales estaban calientes, y los grandes lábios aumentados de volúmen; los loquios se habian suprimido: los pechos estaban fláxidos, marchitos; no habia secrecion láctea. Las digestiones se verificaban mal; en la noche anterior, y aun durante el dia, la basca la habia mortificado; los vómitos eran porráceos, tenia dificultad para la expulsion, tanto de la orina como de las heces excrementicias. Las facultades intelectuales y afectivas conservaban su estado normal. Durante el dia habia calosfrios, pero su duracion era muy corta.

He aquí el cuadro que nos fué dado á mí y á mis compañeros presenciar. Analizando los síntomas, llegamos á comprender que una afeccion puerperal, pero de naturaleza tal vez desconocida, era la que teniamos al frente. El diagnóstico tenia que versar sobre si el mal era local ó si su accion se ejercia en toda la economía. Si fuese únicamente local, nos decia el Sr. Rodríguez, esto es, del útero ó de sus anexos, los síntomas dominantes deberian estar precisamente circunscritos al sitio donde el mal imperara: el dolor, el meteorismo, el derrame en la cavidad del peritoneo, y aun la contraccion que en estos casos presenta la fisonomía, que es la que los franceses designan con el nombre de *grippé*, se manifestarian: pero no; esta afeccion no es local; es general, como lo prueban la fisonomía de la enferma, *hipocrática mas bien que contraída, el abatimiento de la economía, los caracteres del pulso, la falta, en fin, de síntomas locales*. Pero si fuera general ¿seria la infeccion pútrida, la purulenta ú otra desconocida la que obra en nuestro caso?... Si la purulenta, los calosfrios repetidos, los dolores articulares, la ictericia, los derrames, todo este conjunto existiria, aparte de la marcha lenta del mal. La pútrida, en su forma aguda, no comienza antes del cuarto dia que sigue á la contusion: es decir, mucho antes de que se forme el pus: su marcha rápida, los calosfrios intensos y repetidos, la diarrea, el delirio que aparece muy poco despues de comenzada; tal debia ser el estado que guardase, si hubiera lugar á considerar esta última afeccion.

Pues si no tenemos, para explicar este caso, los requisitos que marcan los autores; ¿cuál es en definitiva la causa que obra aquí de un modo tan amenazador? *La fiebre puerperal*, esa alteracion que tan desastroza es á las mugeres en puer-

perio, debía ser la que ocupara nuestra mente. Ese mal que ataca todos los resortes humanos, aniquilando las fuerzas del organismo, este es el enemigo con quien tenemos que luchar. Tal fué la opinion de nuestro distinguido profesor.

Si el diagnóstico era este, el pronóstico debía ser terrible: si por un método desinfectante y tónico, á la vez, no se conseguia vencer el mal, la muerte seria evidentemente quien se llevaria el triunfo. En consecuencia, el método que el Sr. Rodriguez ordenó fué el siguiente: Vomitivo de ipecacuana. Hypofosfito de magnesia, medio escrúpulo, cada dos horas; inyecciones vaginales de agua con ácido fénico; un pocillo de caldo desgrasado, cada cuatro horas; cocimiento de quina y vino, á pasto.

Dia 18.—La enferma no sentia mejoría; la sed era insaciable; la calentura en el mismo estado (140); el insomnio persistia; la basca casi no la dejaba un momento de reposo; la ingestion de cualquier alimento la provocaba. En este dia se continuó la misma prescripcion.

Dias 19 y 20.—Todo persistia en igual estado. En la noche del 20, un delirio fugaz sobrevino: la enferma creia estar al lado de su familia, y los recuerdos de mejores dias la hacian balbutir expresiones que indicaban felicidad. Continuó el mismo método.

Dia 21.—Nuevos síntomas: el hígado estaba aumentado en su volúmen; no habia ictericia. Se advirtió un ligerísimo derrame en el peritoneo. Los calosfrios eran mas frecuentes: las deposiciones, que hasta este dia no habian molestado á la enferma, comenzaron la noche de la víspera: los loquios hasta aquí suprimidos, volvieron á escurrir y desprendian un olor fétido: la calentura estaba en el mismo estado: la cefalalgia habia aumentado. Hizo el Sr. Rodriguez un nuevo reconocimiento, y los síntomas negativos de un mal local persistian: sin embargo, se sospechó que hubiera reabsorcion purulenta.

Por la postracion suma de la enferma y la complicacion con la nueva enfermedad, el pronóstico era fatal.

En ese dia se prescribió otro vomitivo de ipecacuana, y despues una cucharada cada hora de la siguiente pocion:

R.	Agua de azahar.....	6 onzas.
	Alcoholatura de acónito.....	2 dracmas.
	Jarabe de quina.....	$\frac{1}{2}$ onza.
	m.	

Se continuaron las mismas inyecciones.

Dia 22.—Las deposiciones eran involuntarias: en cuanto á lo demas, todo guardaba el propio estado. Habia un ligero delirio y estupor; mas salia de este estado luego que se le dirigia la palabra. El pronóstico continuaba siendo fatal. El ningun resultado obtenido por el tratamiento hizo perder hasta la última esperan-

za. Se agregó al método del día anterior un pocillo de cocimiento blanco y bismuto, alternando con los de acónito. Las mismas inyecciones y el propio alimento.

Día 23.—El mismo estado y la propia prescripción. Murió á las siete y media de la noche.

AUTOPSÍA, veintiuna horas despues de la muerte.—A las cuatro y media de la tarde del día 24, el Sr. Rodriguez, en presencia de los alumnos de la clínica, hizo la inspeccion del cadáver.

Permanecia en el estado de rigidez: la coloracion de la piel era la misma que habia durante la vida.

Abierto el torax, se encontraron anémicos los pulmones: en la cavidad derecha se halló un ligero derrame seroso. El pulmon de ese lado tenia en la superficie cuatro abscesos metastásicos pequeñísimos, de los cuales, el mas grande de entre ellos, situado en el borde posterior, tenia el tamaño de un chícharo pequeño. El pulmon estaba crepitante en toda su extension, y daba al corte la serosidad sanguinolenta espumosa que producen en esas circunstancias los pulmones sanos. En el pulmon y cavidad pleural izquierdos nada habia que llamara la atencion. El corazon y su envoltura estaban en su estado normal.

Pasando luego á examinar la cavidad del vientre, desde luego se observó que el hígado estaba aumentado de volúmen y ligeramente reblandecido. No tenia abscesos metastásicos en su superficie ni en su espesor. El estómago estaba completamente sano: otro tanto debo decir del intestino delgado. La mucosa del grueso estaba inyectada y ligeramente reblandecida: el pancreas, el bazo, los riñones y el *peritoneo* estaban en su estado natural. En la cavidad de esta serosa habia alguna mas cantidad del líquido propio, pero conservaba su densidad, aspecto y coloracion normales. No habia copos albuminosos, ni cuerpo alguno que alterase su transparencia.

Habiendo pasado luego á reconocer el útero, sus anexos y contiguos, se advirtió que tenia exteriormente el aspecto y coloracion normal, solo que aquel estaba mas grande. Sus dimensiones eran las siguientes:

Diámetro trasversal.....	m. 0,096
„ longitudinal.....	m. 0,060
„ vertical.....	m. 0,147

Al moverlo, vimos los circunstantes que salia de la trompa derecha cierta cantidad de pus flegmonoso, loable, inodoro, del cual nada se habia encontrado antes derramado en la cavidad peritoneal. Las trompas, los ovarios, los ligamentos anchos, redondos y sacro-uterinos estaban intactos.

Habiendo dividido la pared anterior del útero por medio de un corte vertical, lo primero que el Sr. Rodriguez nos hizo notar fué un trozo de m. 0,05 de circunferencia, constituido por un fragmento cotiledonario de la placenta; estaba tan

perfectamente adherido al tejido del útero, que parecia formar un todo con él: por mas esfuerzos que se hicieron, no se pudo lograr desprenderlo. Dicho fragmento estaba en la parte mas alta de la pared posterior del cuerpo de la matriz, y se hallaba considerablemente descompuesto. El resto de la superficie interna tenia un color lívido, apizarrado. Buscando luego la fuente del pus de que antes he hablado, dividió el Sr. Rodriguez el oviducto derecho; entonces pudimos notar que la mucosa estaba fuertemente inflamada y que la mayor inflamacion se hallaba en el espesor de las paredes de la matriz en donde termina la trompa. Los senos uterinos estaban ligeramente inyectados. Varias de las venas que se reconocieron, las *ováricas*, las *uterinas*, las *iliacas* y la *cava inferior*, nada presentaban de particular, así como ni los ganglios y vasos linfáticos. La vagina y la vulva estaban sanas. La vejiga lo estaba igualmente.

REFLEXIONES.

El cuadro de síntomas observados, y el de las lesiones anatómo-patológicas, hacen deducir desde luego que un estado séptico puerperal fué el que acortó los dias de la desgraciada muger; pues si bien es cierto que existian cuatro abscesos metastásicos en el pulmon derecho, y pus en toda la longitud de la trompa del mismo lado, originario de la inflamacion de todo el oviducto, ni esta *inflamacion terminada por supuracion*, ni aquellos *cuatro pequeñísimos abscesos sub-pleurales*, ni el *aumento de volúmen del hígado*, ni la *flogosis intestinal*, explican el cuadro de síntomas gravísimos observados durante la enfermedad; por lo mismo, fundadamente no se puede atribuir á ellos la fatal terminacion.

La presencia del cotiledon placentario anormalmente adherido á la matriz, y su estado de descomposicion, sí explican, en concepto del Sr. Rodriguez, el cuadro clínico que circunstanciadamente he enumerado en la parte relativa de esta historia. En este caso, pues, hubo una verdadera *sceptihemia*; es decir, la *verdadera fiebre puerperal*, y no la metritis, la metro-peritonitis, flebitis, adenitis, etc., etc., acerca de las cuales poco ó nada se encontró durante la enfermedad y en la inspeccion cadavérica.

Este hecho, ademas de que confirma plenamente las ideas que sobre el particular profesa nuestro catedrático de clínica de obstetricia el Sr. Rodriguez, y que viene á aumentar el número de los que ha recogido en su práctica y en la de algunos otros profesores de nuestra Escuela, como los Sres. Jimenez (D. Miguel y D. Lauro), Dominguez, Carmona, Espejo y otros varios, viene igualmente á destruir, en su concepto, la doctrina que sobre el pronóstico de la fiebre puerperal estableció Vogel: "el estado del hipogastrio es quien decide de la vida ó de la muer-

te de las enfermas." (1) El estado del hipogastrio, en el presente caso, no podia ser mas lisonjero, y no obstante, la muger falleció de fiebre puerperal.

La inspeccion cadavérica vino, en fin, á justificar el tratamiento. ¿Cómo habrian justificado el método antiflogístico, los que creyendo que en esto hecho y sus análogos existe una flegmasia del útero y de sus anexos, recurren á las extracciones de sangre, generales ó locales, á las fricciones mercuriales, al calomel á dosis refractas, á los vejigatorios y á una dieta severísima? De ningun modo.

Por el contrario, queda plenamente justificado el que se empleó en estas circunstancias; la doble indicacion de evitar la descomposicion orgánica que envenenaba el organismo, y el uso de medios que eliminasen y descompusiesen el que ya habia sido reabsorbido, se llenó cumplidamente con los vomitivos, el acónito, el hypofosfito de magnesia, el ácido fénico, la quina, el vino y la debida alimentacion.

México, 30 de Abril de 1870.

JOSÉ IGNACIO CAPETILLO.

MEMORIA SOBRE PARÁSITOS INTESTINALES TENIOIDES.

[CONTINUA.]

LAS TENIAS Y EL BOTRIOCÉFALO.

I.

LA TENIA.

La *tenia solium* ó solitaria, se llama así por la semejanza que su cuerpo tiene con una cinta de lienzo larga y prolongada, y porque se creia que solo un entozoo puede existir en los intestinos.

La familia abraza á la vez la ténia y botriocéfalo, pero el género caracteriza por completo, con signos especiales, las diferencias que el naturalista ha encontrado entre los individuos de esta familia, marcando las especies.

HISTORIA NATURAL.—La ténia pertenece al género de entozoarios cestodeos, cuyo cuerpo plano se compone de una infinidad de anillos articulados en forma de cinta, de varios metros de longitud, terminado por un extremo tuberculoso á manera de cabeza, muy pequeño, implantado á la extremidad de una prolongacion filiforme que se articula con los primeros anillos del cuerpo, y que á lo mas es de

(1) *Abdomen procul dubio meditullium est à quæ vita vel mors pendent; quo magis hoc patitur, quo violentius, pertinacius, dolorossusque expansum est, eo periculo circumstantiis, cæteroque sub iisdem pro uti symptomata hæc disparent decrescens majus erit.* MANUALIS PRAX MED. §. 250, pág. 361.