

insuficiencia aórtica el *doble soplo intermitente*, que debe buscarse de preferencia al nivel de la arteria crural. Para obtenerle se apoya gradualmente el estetoscopio sobre la arteria, hasta el momento en que aparece el doble soplo: ó bien se coloca el estetoscopio sobre la arteria sin apoyarle y despues se comprime con la mano hácia arriba y hácia abajo del instrumento; la presión hácia arriba producirá el primer soplo y el segundo la presión hácia abajo. El primer soplo corresponde al diástole arterial, el segundo al sistole. Este último resulta del reflujó de sangre de los capilares hácia los gruesos troncos, y como semejante reflujó no es posible sino en la insuficiencia aórtica, la producción del doble soplo es asimismo un precioso signo de esta enfermedad.

Despues de los ruidos que se oyen en la region precordial, el signo mas importante es el estado del *pulso*. Ya Hope habia notado un carácter vibrante ó salton sumamente notable; Corrigan, despues de haber notado este hecho, comprobó además que se hacian visibles las pulsaciones de las diversas arterias del cuerpo. Este fenómeno es especialmente notable en las arterias de los miembros superiores, y puede hacerse todavía mas evidente mandando al enfermo que levante el brazo, en cuya posición se perciben latidos fuertes y estensos en el hueco de la axila, en el pliegue del codo y hasta en la parte inferior del brazo, en el trayecto de la radial. Henderson, sin negar la importancia de estos caracteres del pulso, ha creído hallar otro todavía mas digno de atención en el *intervalo* que existe entre los latidos del corazón y el diástole de la arteria. En efecto, ha visto que no se perciben los latidos en las carótidas hasta que trascurre un espacio de tiempo bastante notable despues de haber oído los del corazón, y segun este autor, aun admitiendo con Sæmmerring, Magendie, Weber, etc., que en el estado normal pasa un intervalo sensible entre el latido cardiaco y el latido arterial, no por eso tiene menos valor este signo, pues este intervalo es en estos casos mucho mas considerable. Este es un síntoma que no ha sido estudiado bastante por los observadores, y que, sin embargo, merece toda su atención, porque los hechos que cita Henderson son sumamente notables.

El pulso es ordinariamente ancho, y, sin embargo, segun lo ha notado Aran, no presenta verdadera dureza, porque en el intervalo de dos diástoles se le puede deprimir fácilmente; es habitualmente frecuente y mucho mas cuando el enfermo sufre una emoción, y es vivo y rápido, es decir, que la pulsación se percibe en un instante muy corto. Finalmente, se ha dicho que formaba parte de los síntomas de la insuficiencia aórtica una flexibilidad visible de las arterias subcutáneas; pero debo decir que no se hace mención de este signo en las observaciones.

El esfigmógrafo de Marey produce estos caracteres del modo mas satisfactorio (*fig. 6*). «Los trazos obtenidos sobre la radial del hombre, dice Marey (1), presentan caracteres importantes. Todos tienen en

(1) Marey, *Physologie med. de la circulation du sang*, Paris, 1863.

el periodo de ascension una verticalidad que demuestra el modo brusco de la expansión del vaso. El vértice de este ascenso vertical termina por una punta aguda ó por una especie de gancho.» Este *gancho*, que existe en el vértice de la pulsación, es característico de la insuficiencia aórtica.



Fig. 6.

La amplitud de la pulsación es debida no solo á la elevación de la línea de reunión de los vértices, sino al descenso de la línea de reunión inferior; reconoce pues por causa el descenso de la tensión sanguínea producida por el reflujó de la sangre en el corazón y no un exceso de fuerza en el corazón unido á una hipertrofia secundaria del ventrículo izquierdo como podia creerse.

Este fenómeno resulta con claridad en los experimentos ejecutados por Marey y Chauveau en el caballo.

Hay algunos otros síntomas que aunque de menos importancia, merecen que los indiquemos aquí.

Las *palpitaciones* dependientes de la dificultad que opone el reflujó al curso de la sangre y á la hipertrofia que es su resultado, se perciben con mas ó menos fuerza. La *impulsión* es fuerte y estensa; el *sonido á macizo* ocupa un espacio ordinariamente mayor que en el estado normal; hay á menudo *disnea* y *accesos de sufocación* que pueden llegar á veces hasta la *ortofnea*; y la *cara*, por lo comun abotagada, se halla en algunos casos lívida y azulada, y en otros por el contrario, pálida. Rara vez se ha observado el *pulso venoso*, y solo se hace mención de él en un caso en que la insuficiencia no estaba acompañada de ninguna otra lesión de los orificios.

Casi nunca se ha notado la existencia de un *dolor* manifiesto, y en los casos en que se ha presentado este síntoma tenia su asiento en la region precordial.

En un corto número de enfermos se han observado algunos accidentes del sistema nervioso, como *desvanecimientos*, *zumbido de oídos*, *vértigos* é *insomnio*. Charcellay refiere la historia de un individuo que hácia el fin de su existencia tuvo un *coma* bastante largo. Rara vez falta el *edema*, aun en los casos en que existe sola la insuficiencia, y por lo comun está limitado á las extremidades, sobre todo á las inferiores, y á veces llega á hacerse general y hasta á producir la *hidropesía ascitis*, de lo cual Aran refiere un ejemplo. R. Quain ha notado en los casos en que la invasión ha sido repentina, que no se presentó el edema hasta despues de haber pasado bastante tiempo, y así es que en un sugeto no apareció hasta los dos años, en otro á los diez y ocho

meses y en otro á los catorce. Por último, se han notado en un caso *esputos de sangre* frecuentes y abundantes.

Estos últimos síntomas son comunes á la afección de que estamos tratando y á todas las lesiones de los orificios que dificultan considerablemente el curso de la sangre; convendría pues que se hiciesen investigaciones con el objeto de conocer en qué proporción se presentan, según que existe tal ó cual lesión.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

De todas las lesiones de las válvulas, la insuficiencia de la aorta es la que tiene un *curso* mas lento y al mismo tiempo la menos irregular. Apenas poseemos mas datos para poder resolver esta cuestión, que la *duración* de la enfermedad, y aun respecto á ella nos hallamos detenidos por dos dificultades: la primera es que los autores no han fijado bastante la atención acerca de este punto, y la segunda, que en mas de la mitad de los casos se ha presentado una afección nueva que arrebató rápidamente al enfermo. En dos casos observados, uno por Guyot y otro por Aran, ha durado la afección una vez cuatro años y la otra catorce. Resulta pues que los límites de esta duración pueden ser muy estensos, pero nada podemos decir mas positivo.

En cuanto á la *terminación*, es siempre funesta. Cuando ocurre la muerte por los solos progresos de la enfermedad del corazón, la circulación se vá haciendo cada dia mas difícil, siguen los progresos del edema, y despues de muchas alternativas de remisiones y recidivas, sucumbe el sujeto como en una asfixia prolongada. En otros casos sobrevienen, por el contrario, una pulmonía, una pleuresía ó la apoplejía pulmonar que han observado Henderson y Charcellay, y que son nuevas causas de muerte que vienen á precipitar la terminación fatal. Hope, y mas tarde Charcellay, han admitido una insuficiencia aguda de las válvulas dependientes de una tumefacción, de una deformidad momentánea ó de la presencia de falsas membranas recientes en los casos de endocarditis aguda. En estas circunstancias, cuya existencia ya habia previsto Guyot, se puede esperar obtener la curación de la enfermedad; pero es muy corto el número de ejemplos que se han citado, y aun estos dudosos, en razón de la gran dificultad del diagnóstico, y en particular el que refiere Charcellay carece de los detalles mas necesarios para dar un valor positivo á la observación.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas que han descrito minuciosamente los autores, son sumamente variables. Corrigan ha indicado como causa material de la insuficiencia la transformación fibrosa, cartilaginosa ó huesosa de las válvulas, la destrucción de su borde libre, su perforación, su rotura, y finalmente, sus vegetaciones; á estas lesiones, cuya

existencia habia comprobado, añade Guyot ciertas hiperemias activas y circunscritas á las válvulas aórticas. Por último, Charcellay ha indicado otras nuevas debidas á una adherencia entre los bordes de las válvulas inmediatas ú opuestas y á la prociencia ó prolapso de una ó varias de estas mismas válvulas. Bajo estos diversos puntos se pueden describir todas las variedades de alteración que han hallado los observadores.

La transformación fibrosa, cartilaginosa ó huesosa que impiden que las válvulas efectúen sus movimientos por completo, no las permiten obliterar lo bastante el orificio, y de aquí resulta el reflujo ó regurgitación. Del mismo modo las vegetaciones, oponiéndose á que los bordes inmediatos lleguen á ponerse perfectamente contiguos, pueden dejar un agujero por el cual vuelva á pasar la sangre. Igual efecto puede producir la adherencia de dos válvulas próximas ú opuestas, y especialmente en estos casos es cuando parece que el orificio aórtico se halla obstruido por un diafragma fibroso, en medio del cual existe una abertura irregular y de bordes rígidos; en estos casos hay insuficiencia con estrechez. La destrucción del borde libre de las válvulas, deja necesariamente el paso libre al reflujo de la sangre.

La perforación, la dislaceración y la rotura merecen que nos ocupemos un instante de ellas. En los casos en que han existido estas lesiones, de las cuales nos han dado los principales ejemplos Guyot, Aran y R. Quain, han sido principalmente cuando se ha observado la aparición repentina de los síntomas, lo cual se concibe fácilmente, porque pudiendo verificarse instantáneamente la lesión, deben manifestarse graves accidentes del mismo modo. Unas veces la perforación es simple é irregular, y otras es múltiple, y la base de las válvulas está llena de aberturas que le dán una figura reticular. Charcellay ha sido el que ha comprobado la prociencia ó prolapso de una válvula, y cuando existe esta lesión, en vez de ponerse uno de estos opérculos en contacto inmediato con los otros, es empujado mas hácia bajo por la sangre, que deslizándose por su superficie superior, tiende á volver á entrar en el ventrículo. Por último, creemos inútil describir la turgencia inflamatoria ó la retracción de las válvulas á consecuencia de una inflamación anterior, porque es fácil formarse una idea bastante cabal de estas lesiones.

Pero hay otro estado del orificio aórtico que merece particular mención. En este estado la insuficiencia no depende de la alteración de las válvulas, que son movibles, están sanas y conservan sus proporciones normales, sino que hallándose muy dilatada la aorta, no bastan para obliterar completamente la abertura, y de aquí resulta una insuficiencia por dilatación de la aorta. Guyot ha sido el primero que ha llamado la atención acerca de este punto.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La insuficiencia de las válvulas cuando existe sin lesión concomitante de ningún otro orificio, su diagnóstico no ofrece grandes dificultades. Recordemos en pocas palabras los signos que podrán ilustrarnos en estos casos.

Ruido de fuelle en el segundo tiempo, convertido á veces en murmullo musical, arrullo de paloma, etc., pero que por lo común no dan ninguna sensación de aspereza, que se perciben al nivel de la tercera costilla, se continúan por el trayecto de la aorta y ordinariamente hasta en las carótidas y en las axilares. Pulso ancho, regular, vivo, rápido y muy visible, sobre todo en los miembros superiores, cuando el enfermo levanta el brazo; según Henderson, intervalo notable entre el latido del corazón y la pulsación de una arteria distante, y por último, algunas veces las arterias subcutáneas están flexuosas.

La *estrechez mitral* no puede confundirse con la insuficiencia aórtica, á pesar de que parece ha sido la enfermedad que ha tenido más perplejos á los autores, y particularmente á Henderson. En efecto, hemos recordado que la estrechez mitral produce un ruido de fuelle en el primero y no en el segundo tiempo, como los mismos autores lo han asegurado, lo cual no deja de ser singular. Bastará, pues, que reproduzcamos este diagnóstico en el cuadro sinóptico.

Lo mismo haremos, y por igual motivo, con la *estrechez aórtica*. En cuanto á la *insuficiencia de las válvulas sigmoideas de la arteria pulmonar*, no nos ocuparemos de ella, en razón á que no se encuentra una sola observación bien recogida en que se haga mención de esta lesión.

La *insuficiencia mitral* y *tricúspide* producen también un ruido de fuelle en el primer tiempo, y por las mismas razones espuestas no puede confundirse con la insuficiencia aórtica.

Resulta, pues, que no hay ninguna lesión orgánica de los orificios que pueda equivocarse con la que nos ocupa en la actualidad; y que si bien es cierto que en los casos de complicación hay una mezcla de ruidos en el primero y segundo tiempo, este último es siempre el signo patognomónico de la insuficiencia, y el otro sirve para conocer la complicación.

Quedan ahora los casos en que se perciben ruidos de fuelle sin que haya lesión orgánica. En efecto, en estos casos se puede oír hacia la base del corazón un ruido doble de fuelle, pero entonces el segundo ruido anormal solo se produce en las arterias, pues las válvulas cierran exactamente el orificio aórtico y no se prolonga hacia la punta del corazón, como sucede al ruido anormal de la insuficiencia; además, el segundo ruido normal no está tan exactamente cubierto en la base del corazón como en los casos de insuficiencia, y finalmente, se observan siempre los signos generales de la clorosis y de la anemia, que vienen á ilustrar el diagnóstico con su presencia.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos positivos de la insuficiencia de las válvulas aórticas.

Ruido anormal en el segundo tiempo.

Cubre el segundo ruido normal, pero sin embargo se le puede oír todavía en toda su pureza auscultando más allá de los límites de la región precordial.

Este ruido se prolonga por el trayecto de la aorta, y con frecuencia por las carótidas y las axilares.

Pulso ancho, visible en el cuello y en las extremidades superiores, y en estas principalmente cuando el enfermo levanta el brazo.

Intervalo muy marcado entre el latido del corazón y la pulsación de una arteria distante (Henderson).

2.º Signo distintivo de la insuficiencia aórtica y de la estrechez mitral.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.	ESTRECHEZ MITRAL.
Ruido anormal en el segundo tiempo.	Ruido anormal en el primer tiempo.

3.º Signo distintivo de la insuficiencia y de la estrechez aórticas.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.	ESTRECHEZ AÓRTICA.
Ruido de fuelle en el segundo tiempo.	Ruido de fuelle en el primer tiempo.

4.º Signo distintivo de la insuficiencia aórtica y de la insuficiencia mitral y tricúspide.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.	INSUFICIENCIA MITRAL Y TRICÚSPIDE.
Ruido anormal en el segundo tiempo.	Ruido anormal en el primer tiempo.

5.º Signos distintivos de la insuficiencia aórtica y de las enfermedades que producen ruidos anormales sin lesión orgánica.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.	ENFERMEDADES SIN LESIÓN ORGÁNICA.
Ruido de fuelle en el segundo tiempo.	Nunca el ruido de fuelle se presenta solo en el segundo tiempo.
Se prolonga hacia la punta del corazón.	Cuando existe en el segundo tiempo, está limitado á la extensión de la aorta.
Se oculta el segundo ruido al nivel de la tercera costilla.	Solo oculta ligeramente el segundo ruido.
No hay signos generales de clorosis ni de anemia.	Signos generales de clorosis y de anemia.

Pronóstico. Existe siempre según algunos autores el temor de una muerte repentina en las insuficiencias aórticas (Gendrin). Esta terminación se ha puesto fuera de toda duda por F. Mauriac en un excelente trabajo sobre este asunto (1), en el que se encontrará la explicación de la manera patológica, según la que se produciría la muerte, y que no podemos incluir porque nos conduciría muy lejos de nuestro objeto; pero debemos indicar este hecho á la consideración del práctico, aconsejándole mucha prudencia en el pronóstico de la insuficiencia aórtica.

Sin esta funesta predisposición, el pronóstico de la enfermedad que nos ocupa sería de los menos graves entre las enfermedades del corazón; porque se reconoce generalmente que la insuficiencia aórtica vá pocas veces acompañada de alteraciones circulatorias y de los demás fenómenos generales de las enfermedades cardíacas.

§ VII.—Tratamiento.

Se admite generalmente que en la insuficiencia de las válvulas debe hacerse un uso mucho más moderado de las *emisiones sanguíneas* que en cualquiera otra enfermedad del corazón, acerca de cuyo punto han insistido particularmente Corrigan, A. Guyot y Littré. Sin embargo, estos mismos autores han puesto algunas restricciones á este precepto, y han reconocido que en los casos en que se hallasen algunos signos de endocarditis aguda, aquellos en que sobreviniese una sufoación que amenazase la vida, cuando hubiese signos de plétora, y finalmente, en aquellos en que se observasen accidentes graves como la apoplejía pulmonar ó la hemotisis, era preciso recurrir á la sangría, que en tales circunstancias se hallaba formalmente indicada. Pero siempre resulta que si se quisiese aplicar de un modo general el tratamiento ordinario de las enfermedades del corazón á la insuficiencia de las válvulas aórticas, se correría el riesgo de producir en los enfermos una debilidad funesta. Así, pues, solo se debe apelar á las emisiones sanguíneas en los casos de absoluta necesidad, cesando en su uso en el momento en que se hayan disipado los accidentes intercurrentes. Al práctico corresponde apreciar la oportunidad de la sangría y graduar su abundancia en vista de las varias indicaciones. Igualmente se deben prescribir las *sanguijuelas* á la región precordial ó al ano, principalmente cuando hay infarto del hígado, y solo en los casos de urgencia las *ventosas escarificadas* á las paredes del pecho.

La *digital*, de que se hace tanto uso en las enfermedades del corazón, está generalmente proscrita por los autores que acabamos de citar, excepto en algunos casos raros en que los latidos del corazón llegan á ser muy violentos y tumultuosos. En una palabra, estos autores

(1) F. Mauriac, *De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte*, tesis inaugural, París, 1860.

desechan todos los debilitantes, á fin de que el corazón conserve bastante energía para que pueda volver á lanzar en las arterias la sangre que tiende á obstruirle; en efecto, en muchos casos ha habido accidentes graves que demostraron que la medicación ordinaria podía ocasionar efectos muy funestos.

Por la misma razón se han aconsejado los *tónicos*, como el *vino de quina* y los *ferruginosos*; sin embargo, es preciso también tener cuidado de no abusar de semejantes medios, porque hay en esta enfermedad un grado más ó menos considerable de hipertrofia, y además una irritabilidad marcada de la membrana interna del corazón, que se pudiera aumentar por la acción de estos medicamentos.

En cuanto á los demás medios propuestos, como son, volvemos á repetirlo, comunes á las diversas lesiones orgánicas de los orificios del corazón, los espondremos en el artículo siguiente.

12. DE LAS ALTERACIONES DE LAS VÁLVULAS EN GENERAL.

Tal vez algunos creerán que valdría más esperar, para hacer esta descripción, á que se pudiese incluir en ella la hipertrofia, que es casi constante en todas estas enfermedades; pero hay en las lesiones de los orificios circunstancias independientes de la hipertrofia misma y que merecen ser consideradas en particular.

§ I.—Causas.

Hemos dicho también que cualesquiera que sean las alteraciones de los orificios, solo reconocen dos *causas* bien demostradas, que son: los progresos de la edad y una inflamación, las más veces secundaria, que sobreviene en el curso de una enfermedad febril. Solo la insuficiencia de las válvulas parece que es la única que reconoce algunas causas que le son propias, y de las que hemos hecho mención antes de ahora.

§ II.—Síntomas.

Algunos *síntomas* varían según la forma de la lesión que presenta el orificio, y según el orificio mismo. Ya hemos espuesto estos signos distintivos, y no volveremos á ocuparnos de ellos. Pero hay otros que son comunes á todas estas enfermedades, como son la *dificultad de la circulación*, las *alteraciones del pulso*, la *dificultad de respirar*, el *malestar* que sienten los enfermos en la región precordial, y el *edema* más ó menos estenso que aparece en cierta época de la enfermedad. Contra estos síntomas más especialmente se dirige el tratamiento general de las lesiones de las válvulas propuesto por los autores, y cuanto mayor sea la intensidad de estos síntomas, con más vigor y constancia se deben emplear los medios que vamos á indicar.

Igualmente hemos visto que estas diversas afecciones se complican

entre sí con mucha frecuencia, y así es que á la estrechez mitral acompaña la insuficiencia aórtica, que esta existe con bastante frecuencia con una estrechez del orificio mismo en que se halla, que esta estrechez aórtica coexiste al menos en la mitad de los casos con la del orificio mitral, y finalmente, que las alteraciones de los orificios del lado derecho casi nunca existen sin que haya otras todavía mas considerables aun en la válvula del lado izquierdo. Esto nos indica que se necesita mucha atención al explorar los diversos puntos del corazón, y no cesar en la exploración cuando se hallen cierto número de signos físicos á los cuales deban corresponder lesiones suficientes para explicar los principales síntomas. Tampoco puede dejar de conocerse que en tales casos no es posible dar reglas absolutas para el tratamiento, que entonces debe ser necesariamente complicado.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de las afecciones de las válvulas es en general tanto mas rápido, cuanto mas joven es el sugeto que las presenta y mayor el número de puntos que ocupan á la vez; sin embargo, las circunstancias particulares hacen con bastante frecuencia que varíe esta regla.

En cuanto á la *terminacion*, ya hemos dicho al tratar de cada lesion en particular, que hasta ahora no se habia hallado un medio de contener definitivamente en su curso estas enfermedades que tienen una tendencia invencible á hacer continuos progresos. Solo en algunos casos parece que se han retardado estos progresos por los medios que se han puesto en uso.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

No volveremos á ocuparnos de las *lesiones anatómicas* después de lo que hemos dicho respecto á cada una de ellas considerada separadamente, y solo haremos notar que la insuficiencia de las válvulas aórticas es, entre todas estas alteraciones, la que presenta lesiones mas particulares.

§ V.—Diagnóstico.

El *diagnóstico* general de las alteraciones de los orificios del corazón se deduce principalmente de la existencia de los ruidos anormales, de los que nos hemos ocupado estensamente; sin embargo, hay casos en que aparecen ruidos anormales muy intensos sin ninguna lesion de las válvulas. Cuando tratemos de los ruidos de las arterias explicaremos cómo se efectúan estos fenómenos; pero por ahora bastará decir que los estados morbosos que dan origen á estos ruidos anormales con integridad de las válvulas, tienen síntomas generales y causas que les son propias; de modo que agregados á estas circunstancias los

signos diferenciales que hemos espuesto en los artículos anteriores, se llega sin dificultad á formar este diagnóstico, cuya importancia es tanto mayor, cuanto que de él depende el tratamiento. Las afecciones del pericardio producen igualmente ruidos anormales que podrian confundirse con los que se efectúan en lo interior del corazón; pero esta es una cuestion de que nos ocuparemos al tratar de las enfermedades de esta cubierta serosa.

§ VI.—Tratamiento.

Se han aconsejado las *emisiones sanguineas*, pero es preciso atender, como lo ha hecho Hope, á las lesiones accesorias y al estado en que se halla el enfermo. Efectivamente, sin razon ha recomendado Laennec de un modo general el tratamiento de Albertini y de Vasalva (véase HIPERTROFIA).

Las sangrias escésivas, como dice Hope, no pueden hacer desaparecer las lesiones de las válvulas, y por consiguiente el usarlas con demasiada profusion es reducir inútilmente al enfermo á un estado anémico.

Se debe practicar con mas atrevimiento la *sangria* en los casos en que parece que todavía quedan algunos signos del estado agudo; pero absteniéndose de emplearla cuando el enfermo se halle ya anémico, porque de lo contrario seria añadir á la afeccion del corazón un estado morbozo en mas alto grado, que influye sobre este órgano de un modo funesto. Si, como lo hace notar Hope, en vez de una hipertrofia activa hay una dilatacion considerable de las cavidades del corazón, y si los latidos son claros y sin impulsión violenta, se debe ser muy sóbrio en la sangria, y cuidar todavía mas que en el caso anterior de llevarla hasta el esceso, porque entonces las consecuencias serian todavía mas funestas.

La *sangria* es mas ventajosa en los casos de estrechez considerable que en cualquiera otra afeccion orgánica parcial, y al mismo tiempo recordar que segun opinion unánime se considera á la insuficiencia aórtica como la menos á propósito para ser tratada por la sangria. El sitio en que debe hacerse esta emision sanguinea tiene tambien cierta importancia: principalmente se elige el brazo, aun cuando es bastante frecuente que el dolor y el malestar que sienten los enfermos en la region precordial inclinen al médico á aplicar á este punto *sanguijuelas* ó *ventosas escarificadas*, cuyo efecto es bastante eficaz, como hemos tenido ocasion de observarlo repetidas veces. Si se comprobase la existencia de una de esas congestiones sanguineas del hígado, que se hallan con tanta frecuencia en las afecciones del corazón, se deben aplicar las sanguijuelas al ano, á fin de obtener el desinfarto; sin embargo, debemos decir que este hecho no ha llamado lo bastante la atención de los autores, y que á pesar de su importancia no hacen mencion de él en las observaciones. Vemos, por lo demás, que en esta apreciacion