

ha reunido los hechos mas auténticos de las diversas degeneraciones de las aurículas. Pero como no hay ningun sintoma que absolutamente se pueda referir á esta lesion, no nos detenemos mas en ella, y pasamos á ocuparnos de otra.

§ IV.—Cáncer del corazon.

En efecto, en los diversos casos que se han referido desde el doctor Carcassonne (1) hasta los autores recientes, ha sido imposible asignar ningun sintoma particular á esta especie de degeneracion. En un gran número de casos en que habiendo sucumbido los enfermos de afecciones completamente estrañas al corazon, no ha habido la menor duda de que existia la afeccion de este órgano; pero en otros habia algunos síntomas de padecimiento del corazon, pero no se los distinguia de los de cualquiera otra afeccion que residiese en el mismo sitio; siendo notable que en ninguno se hace mencion de los dolores particulares que se observan frecuentemente en el cáncer.

Solo se tiene noticia de un corto número de ejemplos de cáncer del endocardio, y los principales son debidos á Rokitanski (2), Cruveilhier (3), Sims (4), Prescott-Hewett (5) y Latham-Ormerod (6).

Los signos de esta enfermedad son sumamente oscuros. En el caso que cita Latham-Ormerod habia un murmullo sistólico casi musical en la punta del corazon, un ruido de fuelle suave en el trayecto de la aorta y de la arteria pulmonar, ruidos del corazon que se propagaban hasta debajo de las clavículas, y debajo de la izquierda faltaba casi completamente el ruido respiratorio, y por último habia en el epigastrio un tumor blando, sensible á la presion y casi fluctuante. El cáncer ocupaba el ventrículo derecho en cuyo interior formaba muchos tumores, y habia además otros tumores cancerosos en diferentes partes del cuerpo.

9.º COMUNICACION DE LAS CAVIDADES DERECHAS Y DE LAS CAVIDADES IZQUIERDAS DEL CORAZON.

Se ha tratado mucho de este asunto desde Morgagni, que ha presentado la historia sumamente interesante de una cianosis congénita en una jóven (7), hasta Louis (8) y Bouillaud que han citado observa-

- (1) Carcassonne, *Mem. de la Soc. de med.*, 1777-78.
 (2) Rokitanski, *Handbuch des pathologischen Anatomie*, t. II, 1842.
 (3) Cruveilhier, *Anat. pathologique du corps humain*, en folio, con láminas iluminadas.
 (4) Sims, *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII.
 (5) Prescott-Hewett, *Lond. med. Gaz.*, t. XXXVIII.
 (6) Latham-Ormerod, *Med.-chir. Trans.*, t. XXXI, 1847.
 (7) Morgagni, *De sedib. et caus. morb.*, epist. XVII, 42.
 (8) Louis, *Rech. anat.-path. Mem. sur la comm. des cavités droites et gauches du cœur*.

ciones nuevas y analizado las antiguas. Gintrac (1) ha hecho una historia particular de esta afeccion, en la cual ha reunido un gran número de casos, y recientemente Deguise, en una tesis interesante que tendremos ocasion de citar, ha referido un hecho sumamente notable. Mas no se vaya á creer que es nuevo el conocimiento de la enfermedad, porque ya Senac, y antes de él algunos otros autores, habian tratado de referir la coloracion azul de la piel á la comunicacion anormal de las cavidades del corazon.

§ I.—Frecuencia y sinonimia.

Aun cuando se ha llegado á reunir un número bastante grande de casos de esta comunicacion anormal de las cavidades del corazon, no por eso se puede decir que sea muy frecuente esta enfermedad. De unos cuatrocientos cadáveres que ha abierto Louis en el espacio de cuatro años y medio, solo la ha hallado en dos. En muchos autores se la encuentra designada con los nombres de *cianosis*, *cianosis cardiaca*, y *enfermedad azul*.

§ II.—Causas.

Carecemos de datos bastante exactos respecto á todas las causas que pueden dar origen á esta comunicacion anormal; sin embargo, hay una que todos admiten, y es *un vicio de conformacion* primitivo y congénito. En efecto, Louis ha demostrado por la análisis de los hechos que observó y de los que ha tomado de los autores, que en casi todos los casos, si no en todos, se deben atribuir estas aberturas normales á una disposicion particular que existe desde el nacimiento. Se han citado casos en que han coincidido una *violencia exterior* ó *esfuerzos considerables* con la aparicion de la enfermedad, y de aqui se ha deducido que se debia considerar á estas violencias como una causa evidente; pero siempre quedan muchas y grandes dudas acerca de la exactitud de esta opinion, que no se halla apoyada en hechos positivos.

La *alteracion* del tejido del corazon que forma el tabique de las aurículas y de los ventriculos, el *reblandecimiento*, y en particular si este fuese inflamatorio, ¿podria ocasionar una rotura parcial que hiciese comunicar entre si las cavidades derechas é izquierdas del órgano? Se concibe la posibilidad del hecho, pero no hay observaciones bien auténticas que demuestren su realidad, y así se debe convenir con Louis que los casos de este género son cuando menos sumamente raros.

§ III.—Síntomas.

Invasion. Ya hemos dicho mas arriba que la invasion podia en al-

- (1) C. Gintrac, *Obs. et rech. sur la cyanosis, ou maladie bleue*; Paris, 1824.

gunos casos parecer repentina; pero despues de haber leído las observaciones, queda la duda de si lo ocurrido en estos casos no podría ser una simple exageracion de algunos sintomas ya existentes, pues por lo comun los primeros signos de la afeccion, que se manifiestan ordinariamente á una época bastante distante del nacimiento, llaman muy poco la atencion. Algunas veces aparecen estos signos en el momento mismo del nacimiento.

Sintomas. El primero de todos y el que mas discusiones ha suscitado, es la *cianosis* ó *coloracion azul de la piel*; pero esta cianosis depende de la comunicacion anormal de las cavidades del corazon, ó de otras lesiones? Hé aquí lo que se trata de examinar. En primer lugar, vemos que este signo se presenta principalmente en los casos en que además de esta comunicacion, hay una estrechez notable de la arteria pulmonar. Louis ha insistido en este hecho sumamente importante, que ha observado en el mayor número de casos, y ya Morgagni tuvo buen cuidado de hacer notar esta estrechez del orificio pulmonar que existia en alto grado en la jóven objeto de su observacion.

En los casos de cianosis dependiente de una afeccion del corazon y sin estrechez del orificio pulmonar, se hallan otras lesiones de los orificios que causan igualmente, como ya antes de ahora lo hemos dicho, la estancacion de la sangre venosa, al paso que por el contrario en casi todos aquellos en que los orificios han permanecido libres no se ha observado la cianosis. Hé aquí ya un motivo poderoso para dudar de que el color azul de la piel depende, como lo han creído muchos autores y en particular Gintrac, de la mezcla de las dos sangres al través de la abertura anormal. Pero todavía pueden hacerse otras muchas objeciones á esta opinion. En primer lugar, dista mucho de estar demostrado que si se conserva el equilibrio en la fuerza de contraccion de las cavidades derechas é izquierdas pueda pasar la sangre de una cavidad á otra, porque para esto sería preciso, como lo han hecho notar J. Cloquet, Louis, etc., que se hubiese roto este equilibrio ó por la potencia misma de las paredes de una de las dos cavidades, ó á consecuencia de una estrechez del orificio que forme un obstáculo contra el cual se vea obligada á luchar poderosamente la contraccion de una de las dos cavidades. En segundo lugar se ha notado que por lo comun no se presenta la coloracion livida hasta una época mas ó menos avanzada de la vida, aun cuando la comunicacion anormal sea congénita; y por último, á todo el mundo ha convencido la reflexion de Fouquier, que en el feto por cuyos vasos solo circula sangre negra, no se halla la piel de color azul. Hemos hallado en un niño (1) una comunicacion tan ancha de los ventrículos con las aurículas, que solo habia un rudimento muy pequeño del tabique, de modo que necesariamente debió de efectuarse la mezcla de las dos

(1) Valleix, *Arch. gén. de méd.*, 1835, *Obs. de transp.*, etc., 2.^a série, t. VIII, p. 78.

sangres. Sin embargo, este niño vivió muchos dias, no tan solo sin presentar el color azulado de la piel, sino tambien pasando por los diversos cambios de coloracion que se observan en el recién nacido, y así fué que los tegumentos despues de presentar un rojo bastante subido, tomaron un tinte ligeramente amarillento y al fin se hicieron rosados, lo mismo que en los demás niños. ¿No sabemos además que en las otras enfermedades del corazon y en el período de frio de las calenturas intermitentes se presenta este color azul, por el solo hecho de la estancacion de la sangre venosa?

Resulta pues de estas consideraciones que no se puede considerar á la cianosis como la espresion sintomática de la lesion de que nos estamos ocupando, y que además no constituye esta coloracion una enfermedad particular, sino un sintoma comun á muchas afecciones, y tan solo mas ó menos frecuente en cada una de ellas.

Esta coloracion azul se nota principalmente en la cara, en los labios, en los párpados, en los lóbulos de las orejas, en la nariz y en las estremidades, y á veces se presenta tambien de un modo notable en las partes genitales.

Nos hemos valido de las palabras *coloracion azul*, porque es bastante general que sea este el tinte que presentan los tejidos; pero en cierto número de casos se observa que la piel está mas ó menos violada, livida, oscura y hasta negruzca. Gintrac ha referido respecto á este particular ejemplos muy variados, y además ha notado las circunstancias que aumentan la intensidad de esta coloracion, como son los diversos esfuerzos, la tos, el andar, las variaciones de temperatura, los accesos de sufocacion, etc.

Los *sincofes* constituyen un sintoma frecuente de la lesion que nos ocupa. Louis los ha observado cinco veces en siete casos de comunicacion con estrechez, y cuatro veces en un número igual de casos de perforacion sin estrechez. Estas lipotimias son á veces imponentes por su duracion, van precedidas por lo comun de amagos de sufocacion, y Louis ha visto un niño en el que parecia inminente la muerte á cada accesion.

La *disnea* es un sintoma todavía mas frecuente, pues se observa en casi todos los sugetos, haya ó no estrechez de los orificios. Es verdad que se ha pretendido que esta disnea faltaba muchas veces de lo que lo habian creído Laennec y Louis; pero la exactitud de esta asercion no está comprobada por los hechos, y si se la ha sentido ha sido haciendo entrar en la enumeracion casos de cianosis, que en realidad no pertenecian á la lesion del corazon de que nos estamos ocupando. La disnea, sin embargo, no tiene por sí misma un valor absoluto, pero ya veremos al tratar del diagnóstico que le tiene y grande cuando se agrega á algunos otros fenómenos.

Entre los sintomas importantes se ha notado y Caillot (1) ha insis-

(1) Caillot, *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, año de 1807.

tido mucho sobre este punto, una *sensibilidad manifiesta al frio*. Esta sensibilidad al frio se observa especialmente cuando hay un gran obstáculo á la circulacion, cuando la estancacion de sangre es muy considerable y las funciones están como entorpecidas.

Tales son los síntomas principales que se han atribuido á la comunicacion anormal de las cavidades del corazon; pero hay todavía otros que sin tener tanta importancia merecen sin embargo que los indiquemos. Si se examina la region precordial, se halla por lo comun un *sonido á macizo* mas estenso que en el estado normal, lo cual depende en la mayor parte de los casos en la hipertrofia con dilatacion del ventriculo pulmonar. Tambien se observan palpitaciones mas ó menos violentas con impulsión fuerte y en proporción de la hipertrofia.

Se ha descuidado generalmente el exámen del corazon en cuanto á sus ruidos normales ó anormales, y en algunas observaciones se limitan sus autores á decir que los latidos son tumultuosos, sin hablar nada del timbre y limpieza de estos ruidos. Segun lo ha demostrado Louis, solo muy raras veces se ha indicado un *ruido de fuelle* ó un *estremecimiento* en la region precordial; pero aunque los hubiera citado con mas frecuencia no serian de gran utilidad, si no se tenia el cuidado de indicar el momento preciso en que se verificaba este ruido. Asi pues debemos hacer particular mencion de la observacion que ha recogido Deguise (1), y en la que se han observado con precision los signos estetoscópicos. Se percibió un *ruido de fuelle*, que al principio parecia que se prolongaba por la aorta, pero Bouley habiendo examinado con atencion al enfermo, reconoció que el ruido anormal se dirigia de derecha á izquierda siguiendo el trayecto de la arteria pulmonar, signo importante y que hizo que se diagnosticase la estrechez de esta arteria.

E. Gintrac asegura que el *pulso* se presenta pequeño, irregular, intermitente y por lo comun frecuente; pero la análisis de las observaciones ha probado tambien que esta asercion es demasiado general, y que estos caracteres del pulso solo se observan en un número limitado de casos.

Las *hemorragias* son bastante frecuentes en los enfermos que padecen perforacion de los tabiques del corazon; pero ¿lo son mas que en las demás enfermedades de este órgano, en que hay igualmente una estancacion considerable de sangre? Esto es lo que los hechos no nos permiten decidir.

Restan, por último, algunos síntomas muy variables, como son varios dolores que residen principalmente en la cabeza, debilidad general, la dificultad que experimentan los enfermos de dedicarse á los diversos ejercicios corporales, etc.; pero estos síntomas solo tienen una importancia muy secundaria. Finalmente, esceptuando la respira-

(1) Deguise, *De la cyanose cardiaque*, etc.; Tesis, Paris, 1843.

cion y la circulacion, las demás funciones no se hallan generalmente alteradas de un modo notable.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En el mayor número de los casos que ha observado Louis el *curso* de la enfermedad no se ha diferenciado sensiblemente de el del aneurisma del corazon, es decir, del que siguen la mayor parte de las afecciones que dejamos descritas. Por el contrario, en algunos casos no se han notado síntomas de una afeccion del corazon hasta muy poco antes de la muerte. Esto debe aplicarse sin duda alguna á los síntomas mas aparentes, y en particular á las palpitaciones violentas, porque con los medios de diagnóstico que poseemos en la actualidad, es probable que en la mayor parte de los casos se hubiese conocido que el corazon estaba afectado de una enfermedad orgánica.

Accesos de sufocacion. Ya hemos dicho que habia accesos de sufocacion mas ó menos frecuentes y seguidos por lo comun de lipotimias. Gintrac ha descrito muy bien estas *accesiones*, que á veces son muy largas y de las cuales es por lo general imposible reconocer la causa. Estos accesos están caracterizados por los signos siguientes: sensacion de sufocacion, contraccion convulsiva de los músculos inspiradores, latidos irregulares del corazon, pulso débil é intermitente, y á veces color lívido de la piel que se efectúa en el acto ó se aumenta si ya existia, sensacion de frio, sudores frios, á veces escreciones involuntarias, y finalmente lipotimias. No siempre se presentan todos estos síntomas reunidos en la accesion, pero por lo comun se observa el mayor número. A veces se suceden varias de estas accesiones á intervalos cortos y durante horas enteras, y en un caso las he visto que se presentaban á la menor emocion moral. Ordinariamente se anuncian por síntomas nerviosos semejantes á los que se observan en los casos ordinarios de accesos de sufocacion ó de diversas neuroses.

La *duracion* de la enfermedad es muy variable, y segun Louis la prolongacion de la vida no guarda proporción ni con los síntomas ni con la alteracion presunta de la sangre. No obstante, se puede decir en general que esta afeccion tiene un curso muy crónico, porque se han visto individuos que evidentemente tenian hacia ya mucho tiempo una comunicacion anormal de las cavidades del corazon, y han conseguido llegar á la vejez.

¿La *terminacion* es siempre fatal? Los sujetos de que acabo de hablar han muerto ya ancianos y de enfermedades completamente extrañas á la lesion del corazon; pero en el mayor número de casos esta afeccion abrevia evidentemente la vida, y despues de haber arrastrado los enfermos una existencia mas ó menos penosa, concluyen por presentar una estancacion venosa cada dia mas considerable, y sucumben en un verdadero estado de asfisia lenta.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas varían en los diversos sujetos, y Deguise nos ha dado un buen resumen de las observaciones publicadas acerca de este asunto. La comunicación de las cavidades derechas é izquierdas del corazón depende las mas veces de la persistencia del agujero de Botal, cuya persistencia es bastante frecuente, puesto que Bizot la ha hallado once veces en treinta y cuatro individuos de uno á quince años; diez y ocho veces en cincuenta y ocho de quince á treinta y nueve años, y catorce veces en sesenta y tres de cuarenta á ochenta y nueve años. Si se examinan comparativamente las observaciones en que se han notado algunos síntomas que pudieran referirse á la existencia del agujero de Botal, y aquellas en que no se ha sospechado la lesión durante la vida, se halla que la proporción de los primeros es infinitamente menos considerable, lo cual viene también en apoyo de lo que hemos dicho mas arriba acerca de la posibilidad de la acción normal y regular del corazón, á pesar de la permanencia de esta abertura fetal, de donde resulta que se necesitan otras condiciones orgánicas para que esta permanencia del agujero de Botal llegue á hacerse realmente morbosa.

Otras veces se halla en el tabique inter-ventricular y á una altura variable, un orificio de bordes redondeados, mas ó menos gruesos, lisos y como fibrosos. En la observación 15.^a de Louis, la abertura practicada en los dos tabiques, en vez de tener una circunferencia lisa y redondeada, presentaba franjas membranosas, amarillentas é irregulares; en una palabra, condiciones suficientes para hacer que se la considerase como una comunicación accidental. Los doctores Bertody é Hiff (1) han referido un caso cada uno de cianosis por comunicación de los ventrículos, en uno de los cuales que recayó en una jóven de veintiun años, existía sola la comunicación de los ventrículos y el otro que era otra jóven de doce años, comunicaban las aurículas entre sí y habia además una estrechez considerable de la arteria pulmonar.

No es muy rara esta última complicación que tanto favorece á la cianosis. El doctor Crisp (2) ha citado dos casos de cianosis, uno de los cuales una niña de doce años, que murió rápidamente de asfixia, tenia por lesión principal la comunicación de los dos ventrículos por un agujero por el que cabia el dedo pequeño, con *falta completa de la arteria pulmonar*, y el otro en un niño de seis semanas en el que *tampoco existía la arteria pulmonar* (3).

Si persiste el conducto arterial, coincidiendo con la permanencia del agujero de Botal, parece que es todavía mas fácil la mezcla de las dos especies de sangre, como sucedia en dos de las veinte observacio-

(1) Bertody é Hiff, Véase *Arch. gén. de méd.*, 4.^a série, 1843, t. XVI, p. 375.

(2) Crisp, *Lond. med. Gaz.*, abril de 1847.

(3) Véase *Arch. gén. de méd.*, 4.^a série, 1848, t. XVI, p. 87.

nes que ha reunido Louis. Otras lesiones se pueden hallar al mismo tiempo que la anterior y que aumentan mucho su gravedad; tales son una hipertrofia mas ó menos considerable con estrechez de los orificios, y principalmente del pulmonar, la dilatación de las cavidades y las alteraciones de la membrana interna del corazón. Ya Bizot ha indicado un hecho que conviene no se le deje pasar desapercibido, y es la frecuencia de las alteraciones de la membrana interna de las cavidades derechas del corazón, alteraciones que naturalmente nos inclinariamos á atribuir al paso de la sangre arterial á las cavidades derechas, si las objeciones que anteriormente hemos indicado no hiciesen concebir alguna duda acerca de este modo de considerarlas. En efecto, en casi todos los casos parecia mas difícil el paso de la sangre arterial á las cavidades derechas, que el paso de la sangre venosa á las cavidades izquierdas.

Debemos añadir que en algunos casos estas lesiones no producen la cianosis, y así el doctor Mayne (1) ha hallado abierto el agujero de Botal en el cadáver de una mujer de veinte y nueve años, con una estrechez de las mas considerables de los orificios aórtico y mitral, de modo que el sistema arterial debia recibir muy poca cantidad de sangre roja, y en la cual, sin embargo, *no habia habido cianosis*.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de esta lesión presenta con mucha frecuencia grandes dificultades, puesto que ya hemos dicho que muchas veces faltan los síntomas principales, y así se concibe fácilmente que habrá casos sumamente dudosos. Louis ha resumido del modo siguiente el diagnóstico de esta afección: «El único síntoma que con seguridad puede anunciar la comunicación de que se trata, es una sufocación mas ó menos considerable que repite por accesos, por lo comun periódicos y siempre muy frecuentes, acompañados ó seguidos de lipotimias con ó sin coloración azul de todo el cuerpo, y producidos por las causas mas leves.» Se han hecho algunas objeciones á este diagnóstico, pero aun cuando segun el mismo Louis no tiene una certidumbre absoluta, es preciso conocer que son poco considerables las causas de error, en razon á que solo en casos muy raros y de los que apenas hay ejemplos, se podrian presentar estos síntomas sin estar ligados á una comunicación anormal de las cavidades del corazón. Segun Bouillaud, «la coexistencia de un arrullo de gato y un ruido de fuelle en la region precordial, aumentaria mucho el valor de los signos anteriores (los indicados por Louis), sobre todo si el ruido de fuelle y el arrullo de gato fuesen permanentes y no estuviesen acompañados de colecciones serosas pasivas.» La comunicación de las cavidades derechas é izquierdas del corazón está con tanta frecuencia acompañada de otras lesio-

(1) Mayne, *Dublin quart. Journ.*, febrero de 1848.

nes de este órgano, y el ruido de fuelle lo mismo que el arrullo de gato dependen de tantas otras afecciones, que serian necesarias nuevas pruebas que confirmasen esta asercion de Bouillaud. Los demás síntomas solo tienen un valor secundario, pero sin embargo pueden ser de grande utilidad para el diagnóstico cuando acompañan á los síncope: así, pues, si por ejemplo además de los síncope y de las lipotimias se observan palpitaciones permanentes, la sensibilidad al frio, la cianosis, etc., ya no pueden quedar dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad.

¿Y con qué otra afeccion se la pudiera confundir? Las diversas estrecheces pueden dar lugar, como ya hemos dicho, á una estancacion de la sangre, de la que resulte la coloracion azulada de la cara; pero no se observan esos síncope reproducidos con frecuencia, que ocasiona la causa mas leve y que son notables en muchos casos de cianosis. Es muy probable que esto dependa de la rareza de las estrecheces extremas de la arteria pulmonar, sin comunicacion anormal de las cavidades del corazon, puesto que efectivamente todo induce á creer que la disnea, los síncope y la lipotimia son debidos principalmente á la insuficiencia de la circulacion pulmonar. Sin embargo, este es un hecho que no podrá ponerse fuera de duda hasta que se haya estudiado con detencion la estrechez de la arteria pulmonar en todos los casos en que se presente. (Véase cap. II, art. IV).

Se han citado como dignas de un diagnóstico particular, la *ictericia negra*, formada por la materia pigmentosa en superabundancia en la piel, la *coloracion* que resulta del uso del *nitrate de plata*, la del *cólera*, las *manchas azules escorbúticas*, etc. Pero primero la cianosis que depende de una estancacion sanguinea se diferencia demasiado de las que acabamos de indicar para que se las pueda equivocar; y segundo que tan solo por esta coloracion es por lo que se juzga de la existencia de la lesion que nos ocupa, puesto que se la ha visto faltar en casos bien determinados.

Pronóstico. Segun lo que ya hemos dicho antes de ahora, el pronóstico de esta enfermedad es grave, pero su gravedad es muy variable, puesto que ya hemos visto que en ciertos casos podian llegar los enfermos á una edad muy avanzada. La frecuencia de los síncope, la dificultad de respirar, la debilidad de la circulacion, la congestion venosa, en una palabra, la reunion de gran número de síntomas y la violencia de las accesiones, anuncian por lo comun una muerte próxima.

§ VII.—Tratamiento.

No debe esperarse que se halle un tratamiento de grande eficacia, pero pueden ser ventajosamente modificados los diversos síntomas por el uso de varios medios.

Emisiones sanguíneas. La congestion venosa que tan á menudo se presenta en esta enfermedad, ha inducido naturalmente á los médicos

á recurrir á la *sangría*. Es cierto que en varios casos, de los que ha citado los principales Gintrac, la sangría ha conseguido calmar momentáneamente los síntomas; pero como la causa permanece siempre la misma, no tardan en reproducirse los accidentes, y hay por consiguiente que volver á apelar al mismo medio. Si los paroxismos son frecuentes y si se reproduce muy pronto la congestion venosa, habria inconvenientes en insistir en la sangría en sugetos por lo comun debilitados; así el médico deberá regular su uso, segun el estado del enfermo, de modo que siempre pueda recurrir á ella suando los accidentes lleguen á hacerse demasiado graves. Se ha hecho mucho menos uso de las *sanguijuelas*, pero sin embargo, cuando el higado esté muy congestionado, no debe dudarse en aplicar un número bastante considerable al ano, en cuyo punto producen mas fácilmente la deplecion. Este medio es el que se emplea con preferencia en los niños menores de ocho ó nueve años. En cuanto á las *ventosas escarificadas*, etc., no deben usarse mas que en los casos de congestion local.

Narcóticos. Aun cuando en esta afeccion la dificultad de respirar depende mas particularmente del estorbo de la circulacion pulmonar, se emplean comunmente con ventaja los medicamentos susceptibles de restablecer la calma en esta funcion. El *opio*, el *estramonio*, la *bella-dona* y el *beleño* llenan perfectamente esta indicacion.

Antiespasmódicos. Con el mismo objeto se ha hecho uso de los antiespasmódicos, entre los que ocupan el primer lugar el *alcanfor* y la *asa fétida*, pero en cuya esposicion no nos detendremos por igual motivo. El *agua destilada de laurel real*, ha sido elogiada por Burns, y que se administra en pocion del modo siguiente:

T. Infusion de tilo.	120 gram.
Agua destilada de laurel real.	40 á 20 gotas.
Jarabe de flor de naranjo.	30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas en las veinticuatro horas.

No se debe olvidar que la administracion de este medicamento puede ofrecer algun peligro en los niños, y por consiguiente se le prescribirá con circunspeccion, sobre todo careciendo de hechos perfectamente concluyentes en favor de su eficacia.

Diuréticos. El uso de estos medios en una enfermedad tan larga no puede ordinariamente continuarse ni por bastante tiempo, ni con la constancia necesaria. Se emplean cuando á la congestion venosa se agregan varias infiltraciones, pero sin que el modo de administrarlos se diferencie del que antes de ahora hemos indicado.

Medicamentos diversos. La estancacion de la sangre venosa y los inconvenientes que de ella resultan á los órganos bañados por este líquido no arterializado, son los motivos que han inducido á obrar mas ó menos directamente sobre la sangre misma. Así se ha hecho respirar al enfermo un aire cargado de una cantidad de *oxigeno* mayor que la que contiene el aire atmosférico, se ha tratado de hacer mas enér-