

en apoyo de esta asercion, ni se halla mas probado el gran peligro de los eméticos, de lo que lo está su extrema eficacia.

Unas veces se administran estas sustancias para producir un efecto vomitivo y otras como simples espectorantes, en cuya última forma se usa sobre todo en los casos en que hay una gran disnea y signos de una estrechez considerable. Nos parece inútil estendernos en mayores detalles respecto á este punto, porque los vomitivos que se emplean no tienen nada de particular, y son casi siempre el *tártaro estibiado* y la *ipecaacuana*.

Se han prescrito igualmente otros espectorantes, y el doctor Bree usaba principalmente, en los casos en que habia una disnea violenta, la pocion siguiente:

T. Tintura de escila. . . . .	40 gotas.
Acido nítrico. . . . .	6 gotas.
Estracto de beleño. . . . .	15 centígram.
Agua pura. . . . .	45 gram.

Se toma á cucharadas.

Este medicamento obra al mismo tiempo como espectorante por la escila, y como calmante por el estracto de beleño. En cuanto al ácido nítrico, parece que se le ha prescrito como escitante, porque el doctor Bree atribuye en estos casos el asma á un edema de los pulmones; pero seria fácil demostrar lo hipotético de esta opinion.

Cuando la enfermedad ha pasado enteramente al estado crónico, algunos autores, y en particular Hope, han preconizado los *revulsivos* aplicados á la region precordial, y entre ellos los *vejigatorios*, los *sedales*, los *cauterios* y las *fricciones irritantes*; pero nada prueba la eficacia de estos medios, que, sin embargo, pueden producir algunos resultados útiles haciendo desaparecer varios accidentes locales, tales como el malestar de la region precordial y el dolor local.

Los demás remedios que se han propuesto van dirigidos contra los accidentes secundarios: así se administran los *antiespasmódicos* contra la disnea convulsiva, los *calmantes* en las mismas circunstancias, y los *tónicos*, y sobre todo los *ferruginosos*, cuando el enfermo está sumamente débil y acompaña á la alteracion de las válvulas la dilatacion, mas bien que una hipertrofia activa. Pero no debemos ocuparnos aquí de estos medios, en atencion á que son comunes á todas las enfermedades del corazon, y ya tendremos ocasion de hablar de ellos mas adelante.

Las *bebidas* deben ser abundantes, emolientes ó ligeramente diuréticas, indicaciones que llenan muy bien el cocimiento de cebada ó la infusion de grama, á la que se agrega cierta cantidad de nitro. En los casos en que hay algunos trastornos nerviosos, las tisanas deben ser ligeramente antiespasmódicas y se prescribirán generalmente la infusion de tilo ó la de hojas de naranjo.

Importa mucho considerar el *régimen* en todas las afecciones del

corazon, y en general debe ser severo, compuesto de alimentos ligeros y en corta cantidad. El *régimen lácteo* puede tener grandes ventajas, y conviene sobre todo abstenerse de licores fuertes y de toda sustancia escitante, que pasando rápidamente al torrente de la circulacion vaya á irritar el corazon. Sin embargo, hay casos, y ya hemos hecho mencion de ellos en el tratamiento, en que no se debe seguir el régimen con esta severidad; tales son aquellos en que existe la debilidad de que hemos hablado, y cuando hay una insuficiencia manifiesta, circunstancias en que es necesario permitir un régimen nutritivo, aunque moderado.

#### PRECAUCIONES GENERALES QUE SE DEBEN TOMAR EN LOS CASOS DE ALTERACIONES DE LOS ORIFICIOS DEL CORAZON.

Se evitará todo cansancio excesivo y cuantas causas puedan ocasionar las enfermedades febriles, y principalmente el reumatismo articular.

Se evitarán igualmente cuanto sea posible las emociones fuertes.

Se abstendrá de hacer esfuerzos violentos y movimientos demasiado bruscos, como el correr, saltar, levantar un fardo de mucho peso, etc.

No se usarán vestidos demasiado apretados y que puedan interrumpir la circulacion.

Se evitarán los excesos de todo género.

*Resúmen y prescripciones.* Ya hemos dicho que segun el modo con que han sido estudiadas hasta ahora las enfermedades del corazon, es imposible formular preceptos bien rigurosos para el tratamiento de las enfermedades del endocardio, pues no tenemos una coleccion de hechos perfectamente interpretados que nos ilustren acerca de este punto que llama la atencion de los observadores, porque es mas que probable que si no es posible llegar á obtener la curacion de estas afecciones orgánicas, cuando menos se conseguirá determinar los medios á beneficio de los cuales se podrá prolongar notablemente la vida del enfermo. Vamos, pues, á esponer, en algunas prescripciones la conducta que se debe seguir en los principales casos.

#### Prescripcion I.

EN UN CASO EN QUE TODAVÍA HAY SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD AGUDA.

1.º Para bebida, cocimiento ligero de grama, al que se agregan 40 ó 60 centigramos de nitrato de potasa por cada 500 gramos de líquido.

2.º Sangrías del brazo, mas ó menos repetidas segun la fuerza del enfermo, pero obrando siempre con bastante energía.

5.° Ventosas escarificadas y sanguijuelas á la region del corazon en los casos de dolor local.

4.°	T. Infusion de tilo. . . . .	120 gram.
	Polvos de digital. . . . .	10 á 20 centigram.
	Jarabe de flor de naranjo. . . . .	30 gram.

Se toma á cucharadas en las veinticuatro horas.

Se puede reemplazar los polvos de digital por ocho ó quince gotas de tintura etérea de la misma planta.

5.° Régimen ligero, alimentacion poco abundante y abstinencia absoluta de todo licor fuerte.

#### Prescripcion II.

EN UN CASO DE AFECCION CRÓNICA SIN EDEMA Y CON HIPERTROFIA AGUDA.

- 1.° El mismo cocimiento que en la prescripcion anterior.
- 2.° Sangrias, ventosas escarificadas y sanguijuelas, usando estos medios aun con mas energia, pero sin abusar de ellos.
- 3.° Digital á las mismas dosis y bajo la misma forma que en la prescripcion anterior, aumentando gradualmente la dosis.
- 4.° Revulsivos á la region del corazon, vejigatorios, sedales y fricciones irritantes.
- 5.° Régimen todavia mas severo que en el caso anterior.

#### Prescripcion III.

AFECCION DE LAS VÁLVULAS CON EDEMA Y ASCITIS.

1.° Para bebida:

T. Cocimiento de grama. . . . .	500 gram.
Bitartrato de potasa. . . . .	15 gram.

Dulcifíquese. Se toma en el dia.

2.° Sangrias moderadas y sanguijuelas al ano en los casos de infarto sanguineo del higado.

3.° Purgantes:

T. Jalapa. . . . .	10 centigram.
Gutagamba. . . . .	} aa 5 centigram.
Acibar. . . . .	

Hágase una pildora. Se toman de una á tres al dia, segun la necesidad, ó bien se usa el elaterio, segun la fórmula de Hope.

4.° En los casos en que la ascitis sea considerable, se hará la paracentesis abdominal.

#### Prescripcion IV.

EN UN CASO COMPLICADO CON ANEMIA, EN UNA DILATACION CONSIDERABLE DEL CORAZON, Ó EN UNA INSUFICIENCIA DE LAS VÁLVULAS.

- 1.° Para bebida, infusion de tilo dulcificada con jarabe de flor de naranjo.
- 2.° Pocas ó ningunas sangrias.
- 3.° Tónicos ligeros, vino de quina á la dosis de 50 á 60 gramos (una á dos onzas) al dia, ferruginosos á dosis moderadas, de ocho á doce pildoras de Blaud al dia, empezando por dos pildoras y aumentando gradualmente la dosis.
- 4.° Régimen medianamente abundante, pero fortificante y nutritivo.

Tal es en resúmen este tratamiento que exige todavia numerosas investigaciones, y del cual tendremos aun que volver á ocuparnos en razon á que bastantes medios de los que contiene son aplicables á las demás enfermedades del corazon.

#### Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguineas, diuréticos, purgantes, vomitivos, especto- rantes, revulsivos y medios contra los accidentes secundarios (anties- pasmódicos, calmantes, tónicos y ferruginosos).

#### 15. CONCRECIONES POLIPIFORMES DEL CORAZON.

Las diversas concreciones, que tan frecuentemente se hallan en las cavidades del corazon, han llamado en estremo la atencion de los ob- servadores desde los primeros tiempos de la anatomia patológica y dado origen á largas discusiones. Por de pronto se han emitido diver- sas opiniones acerca de la naturaleza de estos cuerpos, con frecuencia muy considerables, que obstruyen los orificios, llenan las cavidades y se prolongan á veces por los grandes vasos. Bartholet y Pissino dieron á estas concreciones la denominacion de *pólipos*, porque les parecie- ron semejantes á los tumores de este nombre que se hallan en el útero y en las fosas nasales. Pero poco despues otros autores, y en particular Kerkringius (1), habiendo logrado formar simples concreciones san- guineas por medio de un ácido inyectado en las venas de perros vivos, demostró que estas concreciones dependian con mucha frecuencia de la simple coagulacion de la sangre. Sin embargo, gran número de médicos, entre los cuales debemos contar á Malpigio, Peyer y Federico Hoffmann, persistieron en admitir la existencia de pólipos formados

(1) Kerkringius, *Spicilegium anatomicum*, Amst., 1670.

durante la vida en la membrana interna del corazón que daban origen á síntomas graves. Estas opiniones diversas han venido sosteniéndose sucesivamente por los autores mas distinguidos, y sería demasiado largo enumerarlas aquí.

Una y otra de las dos opiniones anteriormente citadas son demasiado exclusivas, y así veremos ahora qué es lo que nos dice la observación moderna.

Hay un número inmenso de concreciones polipiformes que dependen de la coagulación de la sangre, sea después de la muerte, sea en los últimos momentos de la vida. Otras se forman durante la existencia, y han contraído adherencias con las paredes del corazón, se han organizado y llegado á formar, no pólipos semejantes á los del útero y de las fosas nasales, que son tumores producidos en la sustancia misma del órgano, al cual están adheridos, sino un tejido accidental que está pegado á la superficie interna del corazón, y que ha concluido por contraer con ella relaciones orgánicas. Finalmente, en la inflamación del endocardio se forman á veces, y de ello hemos citado ejemplos antes de ahora, concreciones pseudomembranosas, á las cuales los autores antiguos tomaron también por pólipos.

Las vegetaciones que se desarrollan en la superficie interna del endocardio y que resultan de la producción exagerada del tejido conjuntivo de esta membrana, son una variedad de las concreciones polipiformes que pueden referirse á la inflamación.

Vamos á dar á conocer en una descripción corta lo que sabemos de mas positivo respecto á las dos primeras especies de concreciones de que acabamos de hablar, pues la última, como de naturaleza inflamatoria, es totalmente diversa, y ya hemos tratado de ella al describir la endocarditis.

Lo que principalmente distingue las dos especies de pólipos del corazón de que vamos á ocuparnos, es el hallarse ó no adheridos, carácter en que han insistido mucho Corvisart y Laennec, y que sirve principalmente para reconocer si su formación es antigua ó reciente.

#### CONCRECIONES POLIPIFORMES NO ADHERENTES.

Las concreciones polipiformes no adheridas son sumamente comunes, tanto que según Laennec se hallan á lo menos en las tres cuartas partes de los cadáveres cuya autopsia se practica. Bouillaud ha notado que se encuentran principalmente en las cavidades derechas del corazón, y entre los casos que cita este autor, el mayor número se ha observado en afecciones febriles, y principalmente en la pulmonía. Legroux y Fournet han visto ejemplos notables de estas concreciones en casos de fiebre tifoidea. Finalmente, el reumatismo articular, cuando llega á ocasionar la muerte, deja casi siempre en el corazón concreciones polipiformes notables. Resulta, pues, que estas concreciones se

forman principalmente en las afecciones que desarrollan un movimiento febril intenso.

Mas ¿cuál es su *causa determinante*? No se esplican los autores de un modo esplicito respecto á este particular; sin embargo, Legroux y Bouillaud conceden al parecer una parte bastante grande en esta producción á la flegmasia de la membrana del corazón, opinión cuya exactitud no se halla de ningun modo probada, puesto que las concreciones polipiformes lo mismo se forman en los casos de afección febril sin endocarditis que en aquellos en que se presenta esta última enfermedad. Además, el mismo Bouillaud ha demostrado, como ya hemos dicho, su mayor frecuencia en las cavidades derechas, en las cuales es opinión unánime que es mucho menos frecuente la inflamación que en el lado izquierdo. Debemos, pues, admitir que la sangre se coagula en las cavidades derechas del corazón, y particularmente en aquellas en que hácia el fin de la existencia la circulación es mas difícil, tan solo bajo la influencia de este estado de la sangre, que en el reumatismo y en la pulmonía produce la costra espesa que vemos en la que se saca por la sangría. El doctor Armand (1) ha observado en Lyon desde el mes de diciembre de 1840 al de febrero de 1841, un número considerable de concreciones polipiformes del corazón, cuya mayor parte terminaron por una muerte muy pronta, con dolor precordial, ansiedad, gran disnea, movimientos tumultuosos del corazón y lividez de la cara. Habiéndose presentado en Nantes hechos análogos, Armand admitió la existencia de una verdadera *epidemia*. Sería preciso para adoptar esta conclusión, que el hecho se reprodujera mas de una vez.

¿Hay *síntomas* propios de estas concreciones sanguíneas? Bouillaud ha tratado de asignarlos, pero resulta de las observaciones que ha presentado, que si se exceptúa *una disminución mayor ó menor en la intensidad de los movimientos del corazón y el percibirse como apagados sus ruidos*, no hay ningun síntoma un poco constante que pueda darnos razón de su existencia, y como se han recogido estos signos en los últimos momentos de la vida y en los casos de afecciones graves, queda la duda de si dependen enteramente de la presencia de las concreciones polipiformes ó si son uno de los fenómenos de la agonía.

La *ansiedad*, el *malestar de la región precordial*, la *dificultad de respirar*, la *coloración de la cara*, la *debilidad del pulso* y las *lipotimias*, que se han dado como síntomas de esta coagulación de la sangre en el corazón, y pueden ser el resultado de la enfermedad principal. En una palabra, si hay signos propios de estas concreciones, no está todavía demostrada su existencia, y solo diremos que el doctor Menard (2) ha referido casos muy interesantes de muerte casi repentina á consecuencia de *convulsiones* y de síntomas de *asfixia* en algunos niños, sin que haya podido hallar para explicar la muerte mas que *concreciones fibrinosas del corazón*.

(1) Armand, *Tesis de Montpellier*, 1844.

(2) Menard, *Gaz. med. de Montp.*, febrero de 1845.

Por último, Senhouses Kirkes (1) cree que las concreciones fibrosas pueden desprenderse del corazón y ser lanzadas en los vasos, obstruyendo las arterias y aun en algunas circunstancias obrando de un modo tóxico en la sangre. Cita tres casos de reblandecimiento del cerebro en los que se encontraron concreciones fibrosas del corazón izquierdo y tapon fibroso que obstruía completamente la arteria cerebral media. ¿Pero en estos casos la misma causa que determinó la formación de las concreciones en el corazón no pudo determinar la de la arteria? En cuanto á la intoxicación de la sangre no se ha demostrado.

Debemos añadir que Kirkes refiere á semejantes concreciones parálisis histéricas cuya curación atribuye á la desaparición del tapon fibroso; pero esto solo es una hipótesis. Hechos semejantes á los referidos por Kirkes son hoy muy conocidos y se presentan con frecuencia á la observación. Legroux, Virchow, Schützenberger, etc., refieren ejemplos numerosos. No insistiremos en esta cuestión, que será objeto de un artículo especial (véase *Embolia*).

Solo diremos algunas palabras respecto al modo de presentarse las concreciones sanguíneas. Por lo común se hallan en las cavidades del corazón simples coágulos negros, blandos, muy fáciles de estrujar y que son evidentemente efecto de una coagulación después de la muerte; estos no deben ocuparnos, aunque, sin embargo, hemos debido hacer mención de ellos, porque se observa con bastante frecuencia que estos coágulos presentan en gran parte de su extensión algunas porciones transparentes, elásticas, como gelatinosas, parecidas á la costra de la sangre de la sangría, y por lo cual se puede creer que habiéndose efectuado la coagulación poco tiempo antes de la muerte, se inclinaban á pasar al estado costroso, como las de que vamos á hablar.

Estas concreciones, por lo común de una extensión considerable, que á veces llenan toda una cavidad y se prolongan al través de los orificios, son gelatiniformes, se dejan dividir con mucha más dificultad y á veces están de tal modo enredadas en los tendones de los ventrículos, que cuesta trabajo separarlas. Conviene que no se tome este enredo por una adherencia, porque más adelante veremos cómo una adherencia positiva presta nuevos caracteres á las concreciones polipiformes.

Estos coágulos son transparentes, elásticos y gelatiniformes, y se han considerado durante la vida como causa de síntomas muy graves y que ocasionan á veces la muerte repentinamente. Nos parece difícil dejar de admitir que estas concreciones se forman efectivamente durante la vida, opinión que profesan todos los autores desde Corvisart; pero volvemos á decirlo, no por eso es menos cierto que los signos que se les han atribuido no tienen hasta ahora un valor bien positivo, atendida la insuficiencia de los hechos.

(1) Senhouses Kirkes, *Des effets principaux qui résultent du détachement des concrétions fibrineuses développées dans le cœur et mélangées avec le sang* (Arch. gen. de med., marzo, 1853).

¿Está mejor demostrada la gravedad de estas producciones? Es indudable que su presencia debe perturbar la circulación; pero en el momento en que se forman ya ha llegado la enfermedad primitiva á su término fatal, porque como ya dejamos dicho, todo se reúne para hacer que las consideremos como el resultado de la agonía. Efectivamente, se concibe muy bien que se verifique con tanta más facilidad la coagulación de la sangre favorecida por la naturaleza de la enfermedad, cuanto que la agonía ha deprimido todas las funciones, tanto animales como orgánicas.

No se ha propuesto *tratamiento* contra estas producciones morbosas, y aunque así no fuera, se concibe bien que no nos detendríamos en esponerle, puesto que en nuestra opinión la producción de estos coágulos polipiformes es el resultado del estado gravísimo en que se halla el enfermo, y de ningún modo la causa de este mismo estado.

## CONCRECIONES POLIPIFORMES ADHERIDAS.

Evidentemente se han formado las concreciones de esta especie durante la vida, y su adherencia, por cuya palabra entendemos la fusión de su base ó de su pedículo con la membrana interna del corazón, no deja ninguna duda respecto á este particular. Desde que los anatómico-patológicos se han ocupado de este punto, se han citado casos notables y se hallan ejemplos bastante numerosos de estas producciones en las obras de Senac, Borsieri, Kreysig, Corvisart y Laennec, y en las más recientes de Legroux (1) y Bouillaud (2).

¿Cómo se han formado las concreciones sanguíneas en estos casos? Según los autores, de dos modos diferentes; unas veces una inflamación parcial de la superficie interna del corazón ocasiona una aglomeración de las moléculas sanguíneas, que produce un coágulo, el cual llega á adherirse con fuerza y á organizarse á la manera de las falsas membranas que cubren las serosas; y otras veces, y Laennec ha citado algunos ejemplos, una concreción polipiforme contrae iguales adherencias á consecuencia de un contacto prolongado, y se organiza del mismo modo.

Nadie admite hoy que las concreciones sanguíneas sean susceptibles de organizarse. En una Memoria reciente sobre los pólipos del corazón (3), emite Legroux la opinión de que la llamada organización de los coágulos no es más que la disposición fibrinosa de la fibrina coagulada que adquiere una testura fibrosa, laminosa, areolar.

¿Es esto decir que los pólipos fibrinosos del corazón que reconocen siempre por origen una exudación inflamatoria, son los únicos que

(1) Legroux, *Recherches sur les concret. sanguines dites polypiformes, développées pendant la vie*, Paris, 1827.

(2) Bouillaud, *Traité cliniq. des malad. du cœur*, Paris, 1845, 2 tomos en 8.º

(3) Legroux, *Des polypes de cœur* (Gaz. hebdom. de med. et de chir., 1856).

pueden organizarse? Bucquoy (1), admitiendo una explicación propuesta por Broca para los coágulos de los aneurismas, cree que en ciertas condiciones, un coágulo puede penetrarse y como infiltrarse por una exudación plástica procedente del endocardio inflamado, y entonces puede encontrarse vascularización y restos de organización pertenecientes, no á la fibrina del coágulo, sino á la linfa plástica misma.

Los *síntomas* á que han dado lugar estas concreciones durante la vida son, según los autores y las observaciones que estos han referido, una *opresión considerable*, una *gran ansiedad* y á veces *lipotimias*; el *corazon late con fuerza, estension é irregularidad*, hay *congestiones venosas*, el *pulso es pequeño*, se *enfrian las extremidades*, y según Bouillaud, se percibe un *ruido de fuelle*, unas veces simple y otras sibilante. En las observaciones citadas se hallan los signos que acabamos de indicar; pero aun prescindiendo de que no son constantes, hay por lo comun en la enfermedad principal razones suficientes para explicar estos accidentes. Así, pues, sin querer decir que estos signos no pertenezcan á las concreciones polipiformes del corazon, debemos hacer notar que la observación no ha puesto todavía bastante fuera de duda su importancia, y que falta aun mucho que hacer respecto á este particular.

Las concreciones polipiformes de esta especie presentan á veces dimensiones enormes, y tenemos á la vista muchas observaciones en que un cuerpo de esta naturaleza ha llenado toda una aurícula, al mismo tiempo que un ventrículo entero, y todavía enviaba prolongaciones á los vasos; pero no está perfectamente probado que hubiese realmente adherencia del coágulo á un punto del corazon, y así es que mas bien estamos autorizados á colocar estos casos en la primera categoría. Otras veces, por el contrario, estas concreciones tienen mediana estension, residen en las inmediaciones de uno de los orificios, sobre los cuales puede en algunos casos deprimirse, constituyendo así las vegetaciones móviles de que habla Corvisart. Estas producciones se adhieren de un modo evidente por un pedículo mas ó menos ancho, de tal suerte, que no es posible arrancarlas quedando intacta la membrana interna del corazon. En estos casos se ven algunas veces tramas vasculares en el tejido de nueva formación, de lo que cita un ejemplo Maximiliano Rigacci (2), y Vernois ha presentado á la Sociedad anatómica inyecciones que habian penetrado hasta estas producciones morbosas.

Algunas veces estas concreciones polipiformes están como infiltradas de serosidad, y hay casos en que contienen tambien una materia purulenta, que según Bouillaud, puede haber sido segregada por ellas despues de su organización. Se concibe fácilmente que entonces pueden tomar un color particular, amarillo ó rosado, mayor dureza, y con-

(1) Bucquoy, *Des concretions sanguines*, tesis de agregación, 1863.

(2) Rigacci, *Anthologia*, febrero de 1828.

fundirse, como en efecto las han confundido algunos autores, con pólipos sarcomatosos (1).

Las transformaciones que sufren las concreciones polipiformes del corazon han sido en estos últimos años objeto de estudios especiales, que se han consignado en las Memorias de Lemarchand (2), de Bucquoy (3), etc. Ya Andral y Laennec habian puesto en duda la purulencia de los coágulos y creian que la materia puriforme que se encontraba en su interior era resultado de la disgregación de la fibrina. Hughes, Rokitansky, Virchow y otros autores, pusieron fuera de duda la cuestión. Hé aquí, según Charcot (4), cuál es la composición de este líquido piodes; se ha encontrado: 1.º una sustancia amorfa que parece ser la fibrina disgregada; 2.º una prodigiosa cantidad de granulaciones moleculares; 3.º cierto número de glóbulos redondeados, pálidos, un poco mas voluminosos que los glóbulos rojos de la sangre, y que parecen ser glóbulos blancos. Los pretendidos *quistes purulentos* del corazon, formados sin existencia de infección purulenta, parece que no tienen otro origen. Lemarchand insiste sobre una particularidad indicada ya por Hughes; y es que el reblandecimiento comienza en las concreciones sanguíneas por los puntos primeramente formados.

Despues de lo que hace poco hemos dicho respecto á la poca constancia de los signos y síntomas generales, se comprenderá que el *diagnóstico* es muy oscuro. En cuanto á los efectos que produce la presencia de estos cuerpos de nueva formación, naturalmente nos inclinamos á admitir que deben ser muy graves, puesto que es evidente que en ciertas posiciones pueden ofrecer un gran obstáculo á la circulación. Esta es, pues, una nueva causa de enfermedades orgánicas del corazon, de obstrucción de los orificios, y por consiguiente de dilatación é hipertrofia, que llegan á ocasionar la muerte.

¿Qué diremos del *tratamiento* de las concreciones polipiformes? Este punto es demasiado oscuro para que se pueda decir nada con precisión, aun en lo que toca á medios paliativos. Las *emisiones sanguíneas* son el medio principal que recomienda Bouillaud, y habiendo atendido Legroux á la propensión que tiene la sangre á coagularse, ha creído que sería útil administrar las *sales de potasa y de sosa* como disolventes de este líquido. Estos medios solo podrán ser verdaderamente útiles, en los casos en que no se haya formado una adherencia orgánica, porque si esta existiese, ya no se trataría de disolver un coágulo, sino de fundir un tejido nuevo.

(1) En estos casos sumamente raros puede haber pólipos enteramente carnosos, de los que se halla un ejemplo en el periódico de Pigné (*Ann. de l'annat. et de la phys. path.*). ¿Cuál es el origen de esta producción? Es imposible decirlo, y se comprende que con tan pocos elementos sería hasta inútil indagarlo. En los casos que acabo de citar habia síntomas de una estrechez del orificio aurículo-ventricular izquierdo.

(2) Lemarchand, Tesis inaugural, Paris, 1862.

(3) Bucquoy, Tesis mencionada, p. 48.

(4) Charcot, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1851 y 1854.