

hecho notar Hope, ha podido muy bien desaparecer esta coloración despues de la muerte.

En la gran mayoría de los casos las falsas membranas son muy considerables, mas ó menos apretadas, mas ó menos adherentes, y de color blanco amarillento ó ligeramente teñido de rojo. Estos productos morbosos forman una capa que envuelve por lo comun el corazon, y se continúa sobre la pared opuesta de la cubierta serosa: sin embargo, algunas veces las falsas membranas están limitadas á una de las dos hojas y hasta á una parte de su estension. En su superficie presentan desigualdades y asperezas mas ó menos considerables, especies de anfractuosidades, que Bouillaud ha comparado á las que resultan de la separacion brusca de dos placas, entre las cuales se hubiera puesto una capa gruesa de materia grasa y que de antemano se hubiesen apretado una contra otra. Otras veces presentan aspectos muy variados, y así se las ha comparado á un panal de miel, al segundo estómago de los ruminantes, á la superficie de una lengua de gato, etc. Finalmente, en algunos casos se hallan sobre el corazon filamentos mas ó menos prolongados, que antes de ahora se creia que eran pelos, y que Senac, sin embargo de reconocer la causa del error, ha descrito con el nombre de *corazones velludos*. Cuando han existido estas falsas membranas durante cierto tiempo, presentan vestigios de organizacion, y á veces hasta se distinguen en ellas vasos pequeños. Mas tarde la organizacion hace nuevos progresos y las falsas membranas llegan á ser celulosas, como veremos en el artículo PERICARDITIS CRÓNICA.

Hácia el fin de la pericarditis aguda, estas falsas membranas primitivamente separadas sobre las dos hojas del pericardio, tienden á reunirse y á hacer que de este modo se adhiera el órgano con su cubierta serosa. Stokes ha citado una observacion sumamente notable (1), en la cual ha podido seguir en el vivo por medio de la auscultacion el curso de esta adherencia, y notó que la frotacion pericardítica que primero existia en toda la estension de la region del corazon, empezó á desaparecer en la parte inferior, y despues se fué disipando poco á poco, subiendo hácia la base del órgano, de tal modo, que en la época de la muerte solo se la percibia en un punto muy limitado, que se podia cubrir con el pabellon del estetoscopio. Hecha la autopsia, se halló el corazon unido al pericardio por adherencias recientes, escepto en una parte de su base y en una estension igual á la que acabamos de indicar. Ya hemos dicho antes de ahora, fundándonos en los hechos que ha citado Hughes y en el que hemos observado por nosotros mismos, que esto es por lo comun lo que sucede en los casos de curacion.

Es raro que estas falsas membranas se hallen completamente en el estado seco, pues las mas veces hay un derrame de líquido, cuya cantidad es sumamente variable, y tanto que en unos casos no pasa de tres ó cuatro cucharadas y en otros de 600 á 700 gramos. En estos úl-

(1) Stokes, *Loc. cit.*, obs. II, y *Traité des maladies du cœur*, p. 74.

timos casos se halla el pericardio sumamente distendido, ocupando una gran estension del pecho, empujando hácia la izquierda el borde anterior del pulmon y el diafragma hácia abajo, al mismo tiempo que por arriba sube hasta el nivel de la primera costilla. Entre estos extremos hay una infinidad de grados intermedios.

El líquido derramado se presenta ordinariamente formando copos, turbio, seroso purulento, y hasta enteramente purulento; pero solo en algunos casos raros contiene una cantidad notable de sangre. Se ha querido fundar en esta última particularidad una especie de pericarditis, á la que se ha dado el nombre de *hemorrágica*; pero nada hemos hallado en las observaciones que haga establecer una diferencia entre esta especie y las que ya dejamos descritas. Cuando el líquido está formado de pus verdadero, rara vez es cremoso y bien espeso, sino que por lo comun se le encuentra agrisado, verdoso, disuelto en mayor ó menor cantidad de serosidad, y á veces sanioso.

La manera como se desarrolla la pericarditis hemorrágica ha sido en estos últimos años objeto de investigaciones especiales. Sabido es que las falsas membranas depositadas en la superficie serosa pericardíaca son susceptibles de organizarse, es decir, que se desarrollan vasos de nueva formacion que comunican con los vasos del mismo pericardio. Los depósitos fibrinosos constituyen lo que hoy se llaman *neomembranas*. Pero los vasos nuevos tienen paredes muy delicadas y sufren con rapidez la degeneracion grasienta, de lo que resulta que ya primitivamente, ya bajo la influencia de movimientos fluxionarios, que se producen con frecuencia en estas neomembranas, se rompen estos vasos, produciendo un derrame sanguíneo. Segun la abundancia del derrame y el punto de la falsa membrana en que se verifica, se produce un simple equimosis ó una coleccion sanguínea intersticial ó una extravasacion en la cavidad misma del pericardio. Tal es ciertamente el origen del mayor número, si no de todos, los derrames sanguíneos que se encuentran en el pericardio y que se refieren á la pericarditis hemorrágica.

Esta patogenia no es esclusiva del pericardio; se ha invocado para esplicar la mayor parte de las hemorragias que se producen en las meninges, en la pléura, en la túnica vaginal, etc. Cruveilhier la ha aplicado de un modo general á las hemorragias de todas las cavidades serosas: «En todos los casos de *flegmasia pseudo-membranosa hemorrágica*, dice, la produccion de la hemorragia consiste en la rotura de los vasos de nueva formacion desarrollados en el espesor de la falsa membrana, vasos cuyas paredes mal organizadas presentan en varios puntos ampollas ó dilataciones que se rompen con gran facilidad. En el espesor de la falsa membrana y por focos pequeños, comienza á producirse la hemorragia. Las paredes pseudo-membranosas de estos focos se rompen y la sangre se derrama en la cavidad de la membrana serosa (1).»

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*, t. IV, Paris, 1855.

En la pericarditis hemorrágica, el modo que hemos indicado se establece de un modo cierto, y entre los casos mas concluyentes citaremos los referidos por Cruveilhier, Stokes, Margueritte (1), Fernet (2), Cornil (3), etc. Todos estos casos y otros muchos inéditos se refieren en un trabajo reciente de Lacrousille (4), en que se encuentra la historia completa de la variedad de pericarditis que nos ocupa.

Añadiremos que hasta ahora la pericarditis hemorrágica no constituye apenas mas que una variedad anatómica, que no tiene síntomas característicos que la distingan de la inflamacion simple del pericardio, pero que puede terminar por la muerte repentina. No nos ocuparemos mas de este asunto.

Las diversas lesiones que la pericarditis pueda dejar despues de si, como las manchas blancas lechosas, cartilaginosas, etc., hallándose igualmente en la pericarditis crónica, es mas natural describirlas al tratar de esta última afeccion. Pero además de estas lesiones propias de la pericarditis, se hallan otras en el corazon, tales como la hipertrofia, las concreciones polipiformes y á veces las alteraciones del endocardio, cuyas lesiones dependen, ó bien de las enfermedades que han venido á complicar la inflamacion del pericardio, ó de afecciones que constituyen por si mismas otras tantas complicaciones de la pericarditis.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de esta enfermedad, que tan difícil parecia hace algunos años, ha llegado á ser muy sencillo en la actualidad.

Los signos por los cuales se puede conocer la pericarditis y que hemos detallado hace poco, pueden reunirse del modo siguiente: dolor mas ó menos vivo, combadura en la region precordial, sonido á macizo en la parte anterior é izquierda del pecho, en una latitud de siete ú ocho centímetros ó todavia mas, y ordinariamente muy estensa de arriba abajo; latidos del corazon profundos y poco perceptibles, desaparicion del ruido respiratorio en el punto que ocupa el sonido á macizo, y que va apareciendo progresivamente hácia sus límites, y accesos de disnea y de palpitaciones.

Estos signos pertenecen á la pericarditis con derrame; así es que si hubiese una pericarditis seca ó con una cantidad muy corta de líquido entre las falsas membranas gruesas y rugosas, podrian faltar algunos de ellos, y entre otros la combadura, el sonido á macizo estenso, la distancia de los ruidos del corazon, y en una palabra, todo lo que

(1) Margueritte, tesis inaugural, Paris, 1862.

(2) Fernet, *Bulletins de la Société anatomique*, mayo, 1864.

(3) Cornil, *Mem. sur les coincid. pathologiques du rhumat. art. chronique y Comptes rendus des seances et mem. de la Soc. de biologie*, 1864.

(4) A. Debest de Lacrousille, *De la pericardite hemorrhagique*, tesis inaugural, Paris, 1865.

depende de un derrame considerable; pero en compensacion habria para ilustrar el diagnóstico, los ruidos de frotacion con sus diversas variedades.

¿Cuáles son las enfermedades que podrian confundirse con la pericarditis? Se ha citado la *pleurodinia*, pero esta afeccion, que consiste tan solo en el dolor de las paredes torácicas, al cual no acompaña ningun sonido á macizo anormal, y que á no ser en casos de complicacion, no presenta debilidad ni distancia en los ruidos del corazon, ni frotacion pleurítica, solo podria alucinar á un observador muy superficial.

¿Será mas difícil distinguir de la pericarditis la *pleuresia* acompañada ó no de derrame? Seria necesario para que así fuese, que la afeccion estuviese limitada á la parte anterior de la pléura, y cuando hemos hablado de esta enfermedad, ya hemos dicho que semejante caso seria enteramente una escepcion. Así, pues, en la pleuresia de mediana estension, el sonido á macizo se hallará hácia atrás y no hácia adelante, los ruidos del corazon serán superficiales y no habrá ningun ruido anormal que los oculte, y hácia atrás habrá disminucion del ruido respiratorio, soplo bronquial, etc.; por consiguiente no es posible equivocarse en un caso de esta especie. Si el derrame del lado izquierdo del pecho fuese bastante considerable para ocupar casi toda la estension de la pléura y propagarse por la parte anterior, no quedaria la menor duda de la existencia de la pleuresia, pero sí podria haberla de si existia al mismo tiempo una pericarditis; mas el curso de la enfermedad, el modo de estenderse el líquido por la pléura, el estar el nivel de este líquido mas alto por detrás que por delante, la falta de las palpitaciones, y los latidos del corazon á la derecha del esternon como consecuencia de hallarse empujado este órgano, vendrian á ilustrar el diagnóstico.

Pueden existir al mismo tiempo una pleuresia y una pericarditis, en cuyo caso el diagnóstico es mas difícil, aun cuando dista mucho de ser imposible, puesto que Bouillaud ha referido observaciones en que se ha reconocido perfectamente la afeccion del pericardio. El dolor particular que hay en la region precordial no seria suficiente para desvanecer las dudas, en razon á que existe uno parecido en la pleuresia y en el mismo punto. Así, solo siguiendo con atencion el curso de la enfermedad y tomando en consideracion todos los signos que existen en la region del corazon, se podrá tal vez llegar á formar este diagnóstico, que por lo demás, como dice Bouillaud, no tiene grande importancia porque no influye de un modo sensible en la eleccion del tratamiento que se ha de emplear.

Otra afeccion que pudiera dar origen á algunas incertidumbres es el *hidropericardias*, cuyo diagnóstico particular espondremos cuando hagamos la historia de esta afeccion. Remitimos igualmente al lector al artículo *Pericarditis crónica*, donde hallará su diagnóstico diferencial de la pericarditis aguda.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos positivos de la pericarditis con derrame.

- Dolor en la *region precordial*.
- Combadura mas ó menos estensa en el mismo punto.
- Sonido á macizo, por lo comun muy considerable, en la *pared anterior* del pecho, en el lado izquierdo.
- Falta del ruido respiratorio en el mismo punto.
- Latidos del corazon *distantes* del oido y poco perceptibles.
- Accesiones de disnea y de palpitaciones.
- A veces *lipotimias*.

2.º Signos positivos de la pericarditis seca con falsas membranas gruesas y rugosas.

- Dolor en la *region precordial*.
- Frotacion pericarditica.
- Ruido de *cuero nuevo*, de *pergamino frotado*, de *escofina*, etc., ordinariamente doble y mas fuerte en el primer tiempo.
- Calentura mas ó menos intensa.

3.º Signos distintivos de la pericarditis y de la pleurodinia.

| PERICARDITIS. | PLEURODINIA. |
|---|--|
| Sonido á macizo estenso. | No hay sonido á macizo. |
| Ruidos del corazon <i>distantes</i> . | Ruidos del corazon <i>próximos</i> al oido. |
| Falta del ruido respiratorio, ó bien frotacion pericarditica. | Ruido respiratorio <i>normal</i> ó tan solo generalmente <i>debilitado</i> . |
| | No hay frotacion pericarditica. |

4.º Signos distintivos de la pericarditis y de la pleuresia con un derrame mediano.

| PERICARDITIS. | PLEURESIA. |
|--|---|
| Combadura en la <i>region precordial</i> . | No hay combadura en la <i>region precordial</i> . |
| Sonido á macizo en el mismo punto. | Sonido á macizo en la <i>parte posterior</i> . |
| Ruidos del corazon <i>distantes</i> del oido. | Ruidos del corazon <i>próximos</i> al oido. |
| Disminucion ó falta del ruido respiratorio <i>hacia adelante</i> . | Disminucion del ruido respiratorio ó respiracion bronquial en la <i>parte posterior</i> . |

5.º Signos distintivos de la pericarditis y de la pleuresia con derrame considerable.

| PERICARDITIS. | PLEURESIA CON GRAN DERRAME. |
|--|---|
| El sonido á macizo se percibe y permanece limitado á la <i>parte anterior</i> del pecho. | El sonido á macizo, que primero existia en la <i>parte posterior</i> , ha invadido mas tarde la anterior. |
| Palpitaciones mas ó menos violentas. | No hay palpitaciones, escepto en circunstancias particulares. |
| Los ruidos del corazon, aunque debilitados, se perciben en la <i>region precordial</i> . | Los ruidos del corazon se perciben á la <i>derecha del esternon</i> , á consecuencia de la desviacion del órgano. |

Pronóstico. Para formar el pronóstico de la pericarditis es preciso distinguir con cuidado los casos en que esta afeccion se desarrolla en sujetos que están gozando de buena salud, de aquellos en que aparece como complicacion de otras enfermedades, porque la diferencia es sumamente grande. En el primer caso se puede considerar á la pericarditis como una afeccion muy ligera, y por el contrario, en el segundo causa con frecuencia la muerte. Los médicos que nos han precedido la consideraban como escesivamente grave, pero era porque solo conocian las pericarditis complicadas, y aun de estas las mas peligrosas, es decir, las complicadas con las afecciones crónicas de los diversos órganos, y principalmente del corazon.

La pericarditis tiene bastante propension á reproducirse (Hope), pero sin embargo, las recidivas no son igualmente frecuentes en todas las circunstancias; así, pues, cuando á una pericarditis aguda ha sucedido una adherencia mas ó menos íntima del pericardio, necesariamente debe haber menos tendencia á que la pericarditis se reproduzca. No obstante, cuando la primera vez la enfermedad ha sido causada por un reumatismo agudo, si este se reproduce, está espuesto el sujeto, como tambien lo ha notado Hope, á un nuevo ataque de pericarditis.

La terminacion mas favorable es la resolucion, pero lo mismo que en todas las afecciones de las membranas serosas, esta terminacion es rara, y así es que en casi todos los casos se halla una cantidad mayor ó menor de falsas membranas que tienden á reunirse y á hacer que se adhiera mas ó menos íntimamente el corazon con el pericardio. Cuando estas adherencias son ligeras pueden disminuir con el tiempo, y no producen grandes inconvenientes, por lo que todavia esta terminacion puede considerarse como favorable. Pero segun Hope y Beau, no sucede lo mismo cuando las adherencias son muy estensas, fuertes y muy apretadas, y resultan de la soldadura y organizacion de falsas

membranas muy gruesas, porque faltando entonces al corazón la facilidad de sus movimientos, pueden sobrevenir por esta causa accidentes consecutivos sumamente graves, entre otros la hipertrofia del órgano.

§ VII.—Tratamiento.

Hope y Gendrin son los autores que han presentado con mas cuidado el tratamiento de la pericarditis.

Emisiones sanguíneas. Todos los autores consideran como sumamente eficaces las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la pericarditis, y Hope recomienda que se empleen con energía, moderando, sin embargo, su uso según las fuerzas de los enfermos. Bouillaud insiste todavía mas en este medio, que debe, según él, ser proporcionado á la intensidad de la afección, á la edad, fuerza, temperamento y sexo del enfermo, á las complicaciones, etc. Este autor establece como regla general que hasta para obtener la curación en un sugeto que se halle en la fuerza de la edad y atacado de una pericarditis intensa, hacer en los tres ó cuatro primeros días tres ó cuatro sangrías del brazo, de trescientos cincuenta á quinientos gramos, secundadas por la aplicación de veinticinco á treinta sanguijuelas ó de ventosas escarificadas repetidas dos ó tres veces. Por otra parte, deja á la perspicacia del médico el determinar los casos en que bastará esta prescripción, ó en que será preciso traspasar estos límites.

Gendrin insiste igualmente en el uso de las sangrías, pero quiere que en el momento en que cedan los síntomas inflamatorios se recurra, según los casos, á un gran número de medicamentos que mencionaremos despues.

En fin, J. Taylor (1) dice que las sangrías no yugulan nunca la pericarditis, pero abrevian su duración cuando se practican mas abundantes y repetidas.

El sitio en que se practica la sangría es ordinariamente el brazo.

Este uso de la sangría general no excluye las emisiones locales, y así se aplican á la region precordial treinta, cuarenta y á veces un número mayor de *sanguijuelas* el mismo día, y en algunos casos al poco tiempo de hecha la sangría. Según Bouillaud, se pueden reemplazar con ventajas las sanguijuelas por las *ventosas escarificadas*, haciendo que saquen una cantidad considerable de sangre. A beneficio de estas emisiones locales se consigue que desaparezca pronto la sensación incómoda y el dolor que tienen los enfermos en la region precordial.

Según que hay congestiones en tal ó cual órgano, ó se han suprimido las reglas ó un flujo cualquiera, así naturalmente se inclinará el práctico á elegir uno ú otro punto para la aplicación de las emisiones sanguíneas locales. ¿Pero qué influencia tienen en la pericarditis estas evacuaciones distantes? Es muy difícil determinarlo.

(1) J. Taylor, *Dublin medical Press*.

Debe hacerse la sangría general *en los niños*, desde que su edad lo permite, y que en los *que sean muy pequeños* se aplicarán sanguijuelas como supletorias de la sangría.

Diuréticos, digital. Se emplean con frecuencia los diuréticos en el tratamiento de la pericarditis; ¿pero se debe esperar para usarlos, como quiere Gendrin, á que estén en declinación los síntomas inflamatorios? Esto es lo que todavía no ha demostrado la observación. Los diuréticos que se administran con mas frecuencia son el *nitrato* y el *acetato de potasa* á altas dosis, y según Aran (1) se han curado muchas pericarditis con reumatismo á beneficio del *nitrato de potasa* á altas dosis.

La *digital*, medicamento tan generalmente empleado en las afecciones del corazón, ha ocupado su lugar en el tratamiento de la pericarditis. Según Gendrin, es preciso guardarse de administrarla en los casos en que hay postración de fuerzas.

Graves (2) y Stokes consideran la digital como inútil y aun como peligrosa en la pericarditis: «El empleo de la digital en la pericarditis no produce, dice Stokes, ningun resultado mientras que el corazón se encuentra bajo el dominio de una afección inflamatoria; este medicamento llega á ser peligroso en los períodos avanzados de la enfermedad cuando hay debilidad del órgano.»

Hope la prescribía asociándola á la tintura de beleño, de tal modo que obraba al mismo tiempo sobre los síntomas cardíacos y sobre los nerviosos. Hé aquí su fórmula:

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| T. Tintura de beleño. | aa 15 á 20 gotas. |
| Tintura de digital. | |
| Infusion de tilo dulcificada. | 30 gram. |

Se toma tres ó cuatro veces al día.

Es evidente que esta dosis solo debe administrarse á los adultos, y aun así será preciso prescribirla con precaución, observando los efectos de la primera administración antes de pasar á la segunda, porque pudiera producir síntomas de envenenamiento. *En los niños*, la dosis de cada una de estas sustancias será de dos á diez gotas, según la edad. Hope recomienda que se espere á que haya cedido la violencia de los síntomas inflamatorios antes de recurrir á este medicamento.

Purgantes. Los purgantes se usan con menos frecuencia y se han administrado con objeto de llenar dos indicaciones diferentes: 1.ª Cuando hay signos de embarazo gástrico, se trata solo de evacuar el conducto intestinal, ó bien de mantener el vientre libre cuando hay estreñimiento. Hope empleaba para este objeto el purgante siguiente:

| | |
|--------------------------|----------|
| T. Hojas de sen. | 42 gram. |
| Sulfato de sosa. | 46 gram. |

Se infunde en

| | |
|-------------------------|-----------|
| Agua hirviendo. | 500 gram. |
|-------------------------|-----------|

(1) Aran, *Manuel pratiq. des malad. du cœur*, p. 404.

(2) Graves, *Cliniq. medicale*, trad. por Jaccoud, 2.ª ed., Paris, 1863, t. II, p. 249.

2.º Cuando se quiera obrar sobre el conducto intestinal de modo que se produzca una revulsion y se favorezca la reabsorcion del derrame, se insistirá mas en los purgantes y se emplearán con mas particularidad los drásticos. Hope aconseja la *coloquintida*. Se la puede unir á la escila que tiene igualmente accion sobre el conducto intestinal, y formar las pildoras siguientes, llamadas *hidragogas*.

| | |
|--------------------------------------|----------|
| T. Extracto de coloquintida. | 10 gram. |
| Escila. | 12 gram. |

H. S. A. cien pildoras. Se toma una pildora mañana y tarde, añadiendo otra pildora cada dos dias hasta llegar á tomar siete ú ocho.

Este último modo de administrar los purgantes solo es aplicable á los casos de pericarditis con derrame considerable, que sigue un curso lento, sub-agudo y que tiende á pasar al estado crónico. El *acibar*, la *gutagamba* y la *jalapa* pueden llenar igualmente esta indicacion.

Narcóticos y antiespasmódicos. Uniendo Hope los calmantes á los diuréticos obraba no tan solo sobre el derrame pericardítico, sino tambien sobre los síntomas nerviosos y espasmódicos. Gendrin se ocupa mucho de llenar esta última indicacion, é insiste detenidamente en la necesidad de combatir estos accidentes nerviosos, contra los cuales no ha hallado medio mas eficaz que el *almizcle*, que administra á la dosis de *uno ó dos gramos* en las veinticuatro horas. Este autor emplea en las mismas circunstancias el *opio*, cuyos efectos le parecen mas seguros que los del *almizcle*, cuando los *epifenómenos tienen mas bien la forma espasmódica que la delirante*, y eleva la dosis de este medicamento hasta *quince, veinte* y aun *veinticinco centigramos* en las veinticuatro horas, asegurando que no ha visto que se presentase jamás ningun accidente grave á consecuencia de la administracion de estas dosis altas en los casos en que habia movimiento febril manifiesto.

Vomitivos. Por lo comun no se usan los vomitivos en el tratamiento de la pericarditis: Hope se limita á decir que se puede emplear con ventaja el *tártaro estibiado* á la dosis de *un centígramo ó menos* aun cada dos horas.

Mercuriales. Hoy otra medicacion que ha sido sumamente reconocida en Inglaterra; nos referimos al uso del mercurio, cuyo medicamento, administrado en 1785 como antiflogístico por el doctor Hamilton, ha sido especialmente aplicado á la pericarditis por Hope, que le usaba con preferencia cuando habian sido inútiles los medios antiflogísticos ordinarios, y cuando parecia que la enfermedad progresaba sin detenerse hácia una terminacion fatal. Sin embargo, cierto grado de inflamacion no debe ser un obstáculo, segun Hope, para emplear esta sustancia. Este autor usaba ordinariamente los *calomelanos* ó las *pildoras azules*, segun las fórmulas siguientes:

| | |
|-------------------------|------------------------|
| T. Calomelanos. | de 75 á 120 centigram. |
| Opio. | de 9 á 15 centigram. |

H. S. A. seis pildoras. Se toman dos por la mañana, dos al mediodía y dos por la noche.

Se puede empezar este tratamiento despues de la primera sangria y de un purgante.

Si se teme que el intestino esté demasiado irritable, se sustituirán á los *calomelanos cincuenta á setenta y cinco centigramos* de pildoras azules, unidos igualmente á *tres á cinco centigramos de extracto gomoso de opio*.

En los casos en que sea preciso obrar con energia, se deben administrar tambien, segun Hope, *cincuenta centigramos de calomelanos con un decígramo de opio* en la primera dosis, y despues dar *quince centigramos de la sal mercurial, con tres centigramos de opio* cada tres horas.

Además de la administracion interior de este preparado de mercurio, Hope aconseja tambien que se haga una friccion mañana y noche en el hueco de la axila ó el pliegue de la ingle *con diez á treinta gramos de unguento napolitano*; pero añade, que para evitar una salivacion inútil no se debe emplear la última cantidad mas que tres ó cuatro veces. Segun este autor, remiten los síntomas de un modo notable desde el momento mismo en que se manifiesta en la boca la accion del remedio, sobre todo si sobreviene una salivacion franca en las primeras treinta ó cuarenta horas, y se debe mantener durante una semana ó mas este estado irritable de las encías, si no han desaparecido enteramente los síntomas.

Por otra parte, Gendrin no concede ninguna confianza á esta medicacion. ¿Qué partido debe tomarse en esta disidencia de opiniones? Segun las observaciones de J. Taylor, los casos en que los mercuriales se administraron en los cuatro primeros dias tuvieron una duracion media menor de cinco dias que en los que se administraron mas tarde. Hé aquí un medio que debe espermentarse de nuevo.

Irritantes cutáneos. Con el objeto de favorecer la resolucion del derrame pericardítico, se han empleado, sobre todo en estos últimos tiempos, los *vejigatorios* á la region precordial, que han sido recomendados por Hope y Bouillaud, pero ninguno ha insistido tanto como Gendrin en la necesidad de su aplicacion. Los primeros se contentan con poner cuando empiezan á declinar los síntomas febriles, uno ó dos vejigatorios de mediana estension; pero Gendrin quiere que se los multiplique segun la violencia de la enfermedad, y que ocupen siempre una estension considerable: para este autor no es una razon lo agudo de la afeccion para proscribir este medio, sino que por el contrario, quiere que entonces se le use con mas perseverancia, asegurando que nunca estas aplicaciones han tenido un inconveniente real, y que sus ventajas están probadas por los numerosos hechos clínicos que ha observado.