

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FÁRMACIA
ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XIV } LIMA, DICIEMBRE 31 DE 1897. { N.º 216

TRABAJOS NACIONALES

ENRIQUE L. GARCÍA

Dilatación del estómago sin estenosis pilórica

Tesis para el Bachillerato en medicina.

Al Sr. Dr. Ricardo L. Florés, catedrático principal de la Facultad de Medicina de Lima.)

(Continuación)

PATOGENIA

Dos fuerzas antogónicas, interior una, exterior la otra, mantienen la capacidad normal del estómago. Hállase la exterior encomendada á dos zonas musculares, que actúan en igual sentido, la orgánica del ventriculus y la estriada del abdomen; la interior es ocasionada por el contenido gástrico.

La ruptura del equilibrio, mantenido entre estas dos fuerzas, se realiza dentro de los límites del estado fisiológico; pero estas alteraciones de la estática gástrica sólo merecen atención particular, cuando al trastorno se asocian las condiciones de intensidad y permanencia. Es esta última circunstancia, la cronicidad, la que le imprime carácter y le dá derecho para un estudio cuidadoso. La dilatación aguda, á condición de que no se repita, ni merece atención preferente, ni ha ocasionado este trabajo.

Esta manera general de concebir la génesis de la dilatación conduce á averiguar las causas que aumentan la tensión intragástrica y las que disminuyen la presión exterior; á determinar la influencia que una de ellas, ó las dos, han ejercido en el proceso.

Causas que aumentan la tensión intra-gástrica.— La impermeabilidad del orificio pilórico se impone en primer lugar. En el conflicto creado á la circulación quimosa, la túnica muscular del estómago redobla sus esfuerzos para desahacerse de un contenido que en adelante representa el papel de cuerpo extraño y el resultado de la desigual lucha entablada— en esta emergencia —es el agotamiento de su tonicidad; y su consecuencia forzosa la distensión del órgano y el estancamiento. El vómito, es en estas circunstancias, el regulador natural que restablece el equilibrio, pues el vómito sobreviene tarde y no realiza una evacuación total.

Es lo que acontece con las afecciones orgánicas que abonan esa obstrucción: las producciones neoplásicas del píloro, como el cáncer y los pólipos las cicatrices consecutivas á una úlcera del anillo, la hipertrofia simple, la compresión pilórica por neoplasias circunvecinas del hígado, del páncreas, etc. He hallado—á la autopsia—un estómago dilatado á consecuencia de la compresión ejercida por una masa tuberculosa del epíplon.

Pero no precisa este alto grado

de impermeabilidad pilórica: "un estrechamiento que sobre el cadáver admite todavía el paso de un dedo puede ocasionar una gran dilatación." (1)

Los mismos líquidos no pasan, en su totalidad, á travez de una abertura, relativamente tan ancha, porque los músculos pilóricos, faltos de tonicidad dejan refluir gran parte de la onda peristáltica, que cae sobre una zona cuya contracción acaba de verificarse. Así, cada digestión deja un residuo que crece progresivamente y entorpece, cada vez más, el funcionamiento de la túnica muscular gástrica. Es lo que pasa con la hipertrofia y pérdida de tonicidad del píloro en el catarro gástrico y con la enfermedad de Reichmann, en la que el espasmo pilórico producido por el licor ácido de la hipersecreción, tiene como consecuencia habitual la ectasia ventricular (30 veces sobre 32. Honnigmann), hecho negado por Eichortz (2), pero en favor del que militan observaciones recientes y cuidadosas estadísticas (Obs de Bouveret y Devic.)

El estrechamiento pilórico puede ser congénito (Observ. de Lenderer) ú ocasionado por la dislocación del estómago, que, al cambiar de posición, transforma la abertura redondeada de la extremidad inferior del ventriculus, en una hendidura estrecha, cosa que también ocurre en las inflexiones pilóricas ó duodenales, cuyo doblez obstruye la luz del conducto. — La inflexión duodenal puede aún ser ocasionado por un exceso de alimentación, de modo que aunándose estas dos causas incrementan el mal por círculo vicioso. Aquí la dilatación es mixta, también una parte del duodeno participa de ella. En estas dilataciones gastroduodenales puede ocurrir que se las encuentre separadas por un píloro estrecho, dando la

aparición de un estómago doble. Tal acontece cuando por estrechez neoplásica del píloro se origina la dilatación gástrica, y el descenso del estómago produce la inflexión duodenal.

La ectasia, cuyas causas acabo de señalar, se impone como consecuencia inevitable del obstáculo opuesto á la versión del quimo en el duodeno. Hasta allí es sencillísimo entenderlo, las dificultades no comienzan sino en el momento en que se busca el proceso de las dilataciones que no se puede referir á una impermeabilidad aparente del píloro ó del duodeno. Pero esas dificultades surgen, porque se va á buscar en otros orígenes el mecanismo de su producción, cuando es más natural y sencillo referir el mismo efecto á causas idénticas. Las gastroectasias no sintomáticas de lesiones orgánicas pilóricas ó duodenales, tema de mi trabajo, caben dentro del cuadro de nuestra clasificación general: son ocasionadas por variaciones de la presión intra ó extra-gástrica.

El obstáculo estará más lejos, será de otra naturaleza, pero conducirá siempre á idéntico resultado; se le hallará en pleno intestino, en en el mismo intestino grueso, pero, que importa! No está hoy aceptada la más íntima solidaridad entre el intestino y el estómago? Acaso existe límite fisiológico entre estos órganos? No se ha propuesto, con razón, reemplazar el término dispepsia gástrica por el de dispepsia gastro-intestinal? y no va Sigaud hasta radicar todas las dispepsias en el intestino y titularlas á todas intestinales?

Entonces que ofrece de particular el referir el origen de algunas dilataciones á un obstáculo de circulación entérica, circunstancia tan frecuente al nivel del ciego, si ese obstáculo — resistencia real é inoportuna — debe de ser vencido por una exageración de peristaltismo en las porciones de intestino situado más allá del punto en que se interrumpe la corriente entérica y si esos esfuerzos peristálticos alcan-

(1) Bouveret. Traite des mal. de l'estomac p. 35.

(2) "La hipótesis de una oclusión espasmódica del píloro con ectasia gástrica consecutiva ni está demostrada ni es verosímil" Eichortz. Trat. de Patol. int. y Terap. p. 113.

zan y agotan desde los planos musculares del intestino hasta las fibrocélulas del ventriculus?

El problema patogenético de la gastroectasia no estenósica encuentra, ateniéndose á este mecanismo, una solución tanto más racional cuanto que ella se apróxima, hasta confundirse, á la interpretación de las dilataciones por obstáculo pilórico. El proceso es el mismo, solo varía el lugar en donde se radica más directamente la dificultad circulatoria, y así la identidad de mecanismo aproxima formas de gastroectasia que la clínica separa, por el grado y la intensidad de los síntomas, y la Anatomía por el asiento.

Porque quería hacer hincapié sobre estas relaciones, que me parecen fundamentales; porque me parecía preciso verificar y reconocer este parentesco, me he permitido gastar una parte de este artículo en la patogenia de las dilataciones con estenosis pilórica, punto que me era vedado, ya que título mi tesis: gastroectasia no estenósica del píloro.

Supongamos pues trasladado al obstáculo del píloro al intestino, al ciego; veamos á que resultados conduce.

El tono muscular gastrointestinal es el *regulador natural* de la tensión de los gases contenidos en la cavidad digestiva. Una tonicidad intacta conducirá á una peristáltica digestiva conforme á su tarea fisiológica, y ejercitándose dentro dentro de la medida de ese tono, nada perderá de su energía; pero si estas condiciones cambian será su funcionamiento patológico. Siguiendo este justo razonamiento concluye Sigaud que "*la ectasia cecal conduce necesariamente á variar la tensión abdominal.*" (1)

Para demostrar esta aseveración, el clínico lionense, asimila el tubo digestivo á un cilindro hueco, de diametro uniforme y supone un obstáculo que estrecha su luz á la

altura de su tercio inferior (ciego). Habrá por encima del obstáculo una acumulación de los *ingesta*, es decir, "*hipertensión*, por ectasia, por congestión, por hiperetismo funcional; habrá en el extremo inferior, hipotensión por vacío parcial, por anemia, por una especie de hipoeretismo funcional". Como el obstáculo no es ni absoluto ni invencible, llegará á ser dominado, pero con detrimento de la energía muscular excesiva desplegada en la lucha. Si la repetición de los fenómenos tiene lugar á cada momento como acontece en la constipación habitual, se prevé que cuales pueden ser sus resultados: la tonisidad muscular incesantemente exagerada acabara por ser vencida en ciertos puntos, la nutrición de sus paredes se irá viciando poco á poco, y el tubo de calibre uniforme primitivo sufrirá ensanchamientos parciales. El estómago será un punto preferido, para este ensanchamiento dada su forma y la estancación normal de la digestión que en el se realiza.

Está de acuerdo con esta concepción patogénica de la dilatación gástrica, el hecho clínico siguiente: *los dilatados gástricos son constipados rebeldes*; lo que no autoriza, por cierto, para formular la proposición contraria: *los constipados rebeldes son dilatados del estómago*.

En efecto la dilatación no se establece desde el momento en que se produce la dificultad circulatoria en el intestino. Ocurre con el miogastrio, lo que con el miocardio, en caso análogo. Si el músculo está intacto se acomoda al mayor trabajo que le exige su nueva situación, se *hipertrofia*, y la energía adquirida lo alista para una lucha eficaz; se establece una verdadera *compensación* á la que sucede, si siguen actuando las mismas causas perjudiciales, el agotamiento del músculo gástrico y el desorden funcional consecutivo: la *asistolia*.

Cuando se alcanza este último período, la dilatación estomacal está constituida; antes no hay ver-

(1) C. Sigaud.—Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif, 1894, p. 27.

dadera enfermedad, pues los períodos de hipertrofia y compensación son compatibles con la salud más floreciente y puesto que ellos tampoco conducen *forzosamente* á la asistolia miogástrica.

Causas que disminuyen la presión exterior. Independientemente de todo obstáculo primitivo de circulación gastro-intestinal, la ineficacia muscular gástrica conduce á esa dificultad. Esta ineficacia es ocasionada por la alteración de sus fibras lisas ó por el desorden funcional de sus fibras nerviosas motrices.

Las enfermedades generales crónicas determinan trastornos de nutrición que alcanzan á la musculatura gástrica y conducen á la ectasia. Tal ocurre con la anémia, la clorosis, la caquexia sifilitica, la tuberculosis y la demás aptas para engendrar desórdenes de circulación, como las enfermedades del corazón del hígado y los riñones.

Ydéntica resonancia tienen las enfermedades agudas, pero el trastorno es transitorio y si las causas perturbadoras no se mantienen, el mal es reparable. La dotienteria merece señalarse bajo este concepto (1).

La propagación de la inflamación de la mucosa del estómago á la túnica muscular subyacente es una causa local de su entorpecimiento. Así también por este procedimiento ejercen su acción dilatatriz la gastritis y la hipersecreción permanente.

Pueden aputarse en igual capítulo todas las causas que alteran la integridad del miogastrio, como las ulceraciones que interrumpan la continuidad de sus fibras, las infiltraciones neoplásicas y las degeneraciones.

En estos últimos casos se simplifica singularmente el problema potogenético de la dilatación, pero en ausencia de lesiones anatómicas *manifiestas* se le puede referir

á un desorden funcional de la inervación motriz del órgano. En efecto, si la anatomía patológica no ha sabido encontrar todavía lesiones evidentes é incontestable, después los trabajos microscópicos de Jurgens (1) no han sido verificados: existe innegable derecho para admitir en las ramas gástricas del vago y del simpático, esos trastornos de inervación, que hoy se agrupa bajo el término genérico de neurosis.

Existe, en efecto, un hecho de observación diaria importante desde el punto de vista etiológico: es la frecuencia del desorden funcional gástrico en las dos grandes neurosis de este siglo, la histeria y la neurastenia. La relación es, en ocasiones, evidéntísima y al lado de la afección estomacal resaltan los síntomas cardinales de esos estados nerviosos. Así, esta relación etiológica es admitida por Rosenthal, Ewald, Glax, Bouveret, para quienes conduce á la dispepsia nerviosa de Leube y á la dilatación ventricular.

A la neurastenia, en particular, está reservado el más interesante papel patogénico. Las condiciones de su existencia: debilidad irritable, depresión nerviosa general, astenia, muscular son condiciones abonadas para asegurar la gastroectasia. El agotamiento muscular alcanza á las fibras lisas por debilidad inherente al tegido y por incapacidad de los centros nerviosos; la motilidad gastro-intestinal queda alterada por disminución de la energía contractil de las paredes ventriculares. Si la dilatación no está constituida, está á riesgo de constituirse bajo la influencia de la más insignificante causa ocasional.

A esta debilidad de la musculatura gastro-intestinal debe de agregarse la que se pudiera encontrar

(1) La dilatación del estómago ha sido señalada como causa predisponente de la fiebre tifoidea. Esta proposición inversa no encierra una contradicción.

(1) En 41 casos de dispepsias nerviosas, Jurgens ha encontrado—á la autopsia—degeneraciones de los ganglios nerviosos, de los plexos de Meissner, Auerbach y de la musculosa gastro-intestinal. Jurgens cit. p. Ewald.

en las paredes del vientre y que puede ser ocasionada por causas diversas. La tensión abdominal se encuentra mantenida por sus capas musculares y aponeuróticas, y el papel de los ligamentos peritoneales, suspensores de las vísceras, es muy aliviado por su concurso. Cuando por cualquier circunstancia sobreviene la relajación del cinturón músculo-aponeurótico se alteran por completo las condiciones de la estática abdominal, y si esa relajación no alcanzase grado suficiente para originar la *entoroptosis*, siempre será eficaz para ocasionar la dificultad circulatoria gastro-intestinal por disminución de la presión exterior, y ya se ha visto la aptitud del estancamiento entérico en la génesis del trastorno de que me ocupo.

Si la relajación de las paredes del vientre diera margen á la entoroptosis, la dilatación sería todavía más explicable; agregaríase entonces á las anteriores razones, la siguiente: según Glenard, el punto más sólidamente fijo por los ligamentos peritoneales se halla entre el píloro y el duodeno, sobre el principio de su porción horizontal. Si desciende el sistema gastro-intestinal, se producirá una flexión oportuna para engendrar la dilatación gástrica por estrechamiento duodenal.

Trastornos de esta naturaleza suelen ocurrir á las mujeres cuyas paredes abdominales sumamente distendidas por repetidos embarazos adquieren una considerable laxitud. La frecuencia de la neurastenia y de la histeria en ese sexo contribuye á la agravación del proceso.

Pero no es esto solo, existe en ellas otro elemento perturbado de la estática abdominal: el abuso y hasta el uso del corsé. Ejerse sobre el talle una presión circular, que no es de dirección horizontal ni enteramente comparable á la que realizaría un cordón ajustado á la cintura (1); es algo más per-

judicial (2) que la constricción simple y se extiende oblicua y é inferiormente á contar de la 9.^a costilla. Presionadas las vísceras son rechazadas hacia abajo; el hígado disloca al riñón derecho, el bazo sufre, aunque en menor extensión, igual impulso y el riñón izquierdo es en muy rara ocasión transportado; pero el estómago, comprendido entre ellos participa del prolapso, especialmente en la región pilórica merced á la influencia hepática predominante.

Así no sorprende que en todas las estadísticas se encuentren ligados—con notable frecuencia—estos dos hechos anatómicos: nefrop-tosis y dilatación gástrica. En cuanto al orden cronológico de su aparición no hay acuerdo absoluto. Bartels (1875) cree primitiva la ectopia renal: el riñón obraría mecánicamente cayendo sobre la porción horizontal del duodeno; no es la opinión de Bouchard: Si la dislocación renal es el hecho primitivo, porque acontece siempre en el riñón derecho? Yo creo que el riñón derecho se luxa porque el hígado lo desaloja. No se encuentra la ectopia en todos los dilatados, sino solo en aquellos cuya base del torax está comprimida, en las mujeres y en los militares. El corsé y el cinturón impiden al hígado, cuando amenta de volumen, pasar por delante del riñón. Ahora bien, si 12 ó 15 veces

(2) Justo es el encono del médico del Hospital Cochín contra la toilette, exagerada de las señoritas: "En el estado normal, después de una comida, el estómago es el asiento de una congestión muy activa y su volumen es aumentado por los alimentos que encierra, así levanta ligeramente la región epigástrica; si por una brutal presión os oponéis á este desenvolvimiento, perturbáis profundamente la digestión estomacal. Es lo que produce un corsé estrecho.... En las mujeres atacadas de dilatación del estómago, se halla á menudo la ectopia renal derecha, que es producida por la congestión del hígado que desaloja al riñón y si la ectopia es más frecuente en la mujer, debe atribuirse á que el corsé determina el descenso de la glándula hepática." Dujardin—Beaumetz. Mal. del estómago p. 166.

(1) Capotot. L'estomac et le corset.—1891.

al año se producen ataques de congestión hepática, se comprende fácilmente que el riñón, empujado poco á poco, se luxa al fin como consecuencia de la distensión gradual de sus ataduras. Se observa en el cómputo de dilataciones del estómago que la ectopia renal ocurre 14 veces en 100 casos. Si se tiene en cuenta el sexo, la frecuencia es de 28 por ciento en la mujer y solamente 3 por 100 en el hombre. Si de conformidad con estas cifras la dilatación del estómago fuese imputable á la dislocación del riñón, ocurriría aquella mucho menos frecuentemente en el hombre que en la mujer; en cambio la experiencia nos demuestra que la ectasia gástrica es, por lo menos, tan frecuente en uno como en otro sexo.

Anatomía patológica.—El estómago puede alcanzar dimensiones increíbles. Ha sucedido hallarlo, á la autopsia, suficientemente grande para ocultar íntegramente la masa intestinal y alcanzar el estrecho pelviano superior, creciendo al aspecto de un extenso delantal colocado tras de la pared anterior del abdomen. Pero tal exageración no es la regla; corresponde á las dilataciones por estenosis piloro-duodenales, las engendradas por insuficiencia funcional ofrecen dimensiones medias ó moderadas. (1) En estos casos la dilatación se localiza, de preferencia, en el antro mayor.

El estómago dilatado contiene siempre líquidos fuera del término de la digestión normal, líquidos cuya naturaleza varía según el grado y sentido de la desviación del funcionamiento glandular, según la duración del estancamiento y la intensidad del proceso fermentativo que en él se verifica.

(1) Es difícil fijar las dimensiones exactas del ventriculus normal. Su capacidad no guarda relación con la talla ni con la constitución; varía más bien con la alimentación. Por eso las cifras que he encontrado en los autores son diferentes según los países: 5 pintas (litros 84). Brinton—(Inglaterra); 1600 á 1700 cc. Ewald y Rosenheim (Alemania), 1300 cc. Legendre (Francia).

Se hallan comunmente en las paredes del ventriculus las lesiones del catarro crónico, cualquiera que sea la causa de la ectasia. Están adelgazadas, atrofiadas y descoloridas en los casos de dilatación antigua; más también se las puede hallar espesas, notablemente congestionadas, con hipertrofia de las capas musculares, con infiltración de células jóvenes en su tejido mucoso y con las alteraciones consiguientes de las glándulas en ella implantadas, pudiendo llegar á ser estas reemplazadas por manojos conjuntivos ó sufrir la alteración quística.

Esto ocurre, sobre todo, en la dilatación por estenosis pilórica, no así en la miastenia gástrica reciente, que puede existir sin lesión macroscópica aparente, lo que no debe causar grande admiración. Puesto que se vé la dilatación del corazón derecho y la insuficiencia funcional de la tricúspide, sobrevenir por el solo hecho de la anemia, no nos repugnará, mucho más, admitir la posibilidad de la producción—en las mismas condiciones etiológicas generales—de una dilatación gástrica de la misma naturaleza, de lo cual la clínica nos dá frecuentes pruebas. (Bau-mel.)

Pero, á la larga sobreviene la alteración material apreciable. Las fibras musculares lisas no forman una membrana continua, se hallan disociadas, dejando claros, como lo hacen los manojos fibrosos del dermis distendido para producir las *rajaduras*. La mayor parte de las fibras musculares han sufrido la alteración grasosa ó coloide, lesión, á menudo secundaria, y debida á los trastornos de nutrición que determina la distensión excesiva y permanente de la pared estomacal. Se encuentra entre las mallas de la red muscular una infiltración de células jóvenes aisladas ó reunidas á lo largo de los vasos." (1)

(Continuará).

(1) Bouveret. Obra citada—p. 321.

Revista de enfermedades mentales y nerviosas

Tratamiento de la mania. El profesor Magnan, Médico del Asilo de Santa Ana, en París, publica en "La Revista de Siquiatria" un interesante artículo sobre el tratamiento de la manía del cual tomamos algunos párrafos.

La primera indicación que se impone en el tratamiento de la manía es la secuestración.

El enfermo debe ser colocado lo mas pronto posible en el asilo, donde gozará de esa libertad tan necesaria al libre ejercicio de todas las funciones.

El punto capital del tratamiento de la manía está en la supresión absoluta de la camisa de fuerza y de todo otro medio de contención.

Amarrar á un maniaco, bajo el pretexto de que puede hacerse daño ó hacerlo á otros, es una medida ilógica y la principal causa del acceso del furor maniaco.

Por otra parte la lucha del maniaco contra el aparato que lo mantiene produce una enorme pérdida de fuerzas y determina muchas veces escoriaciones, escáras, flegmones y aun fracturas de la laringe. Perla contención del maniaco es sobre todo nociva cuando, en el curso de la enfermedad, sobreviene fiebre, signo precursor de un delirio agudo ó síndrome de una complicación orgánica. Y si en tales condiciones se le pone á estos enfermos la camisa de fuerza es condenarlos á una muerte cierta.

Después de algún tiempo, á ejemplo de lo que pasa en los asilos Alemanes, Rusos, Suisos y Holandeses, el Profesor Magnan suprime la camisa de fuerza y la sustituye por el régimen hospitalario, la permanencia continua en el lecho para las formas agudas de la locura y principalmente para la manía.

El maniaco colocado en el lecho continúa naturalmente agitado, gesticula, habla, grita, canta, oye voces, rechaza su ropa de ca-

ma, se levanta un gran número de veces del lecho; pero al cabo de 2 ó 3 días, quedando aun agitado, acaba por no salir de él y si lo hace obedece á la primera indicación. Desde entonces el maniaco está en un verdadero reposo, se duerme y estos momentos de sueño son verdaderamente reparadores. Al despertar, habla, gesticula, se mueve en su lecho, pero sin bajarse de él.

La agitación es diariamente menor en la noche y al cabo de algunos días el enfermo tiene muchas horas de sueño. En los casos de mucha agitación, se coloca al enfermo, en la noche, en una cámara, cuya puerta provista de anchas ventanillas que permitan mirar y vigilar todas las partes de la habitación. Allí, el enfermo continua moviéndose, frota los muros, desaloja los colchones y acaba por extenderse sobre unos de ellos y dormir un tiempo mas ó menos largo.

Al cabo de algunos días, la agitación es menor y el enfermo no permanece en su cámara de aislamiento sino durante la noche.

El tratamiento consiste, en seguida, en la administración simultánea de baños tibios prolongados y de bromuro de potasio asociado al cloral.

La duración del baño á 33° centígrados, será calculada según el grado de excitación, y será de una, dos, tres, cuatro y aun cinco horas. Los baños tibios prolongados producen una sedación muy benéfica y procuran el reposo á los enfermos. Durante el baño es bueno mantener sobre la cabeza compresas de agua fria, ó dejar correr sobre la cabeza cubierta de un lienzo un ligero chorro de agua.

Quando el enfermo muy agitado no puede ser mantenido en el baño, se puede reemplazar este por la sabana mojada que es igualmente un medio bastante eficaz de sedación. Los enfermos son cuidadosamente envueltos en el paño y en una frasada de lana: es bueno envolver los pies y la mitad de las piernas con algodones espolvoreados de harina de mostaza. Las com-

presas frias son mantenidas sobre la cabeza. Se provoca una fuerte sadación haciendo beber abundantemente, sea limonadas, infusiones de tilo ó de hojas de naranja.

Se dará el bromuro de potasio á la dosis de 3 á 5 gramos en la comida, y dos á tres horas después se hará tomar 2 á 3 gramos de cloral. Así administrados estos dos medicamentos se completan, obran simultaneamente y su acción combinada procuran casi siempre el sueño. El bromuro, en efecto, obra lentamente, su acción continúa cuando se dá mas tarde el cloral cuya acción es al contrario bastante rápida.

Al cabo de una decena de días, si las noches son mejores se suspende el uso del bromuro y no se dá el cloral sino condicionalmente, es decir, en los casos en que, la agitación vuelva.

Se podria reemplazar el cloral por el trional ó el sulfonal, á la dosis de 2 á 3 gramos en obleas de 50 centigramos, pero el cloral parece siempre mas eficaz.

Cuando estos medicamentos no dan resultados favorables se puede recurrir con suceso á la administración del láudano á dosis progresivas comenzando por 15 gotas, y aumentando cada día una gota hasta 4 y 5 gramos y aun 10 y 15 gramos por día.

La morfina no nos ha dado resultados favorables aun empleada en inyecciones subcutaneas por dosis cotidianas progresivas hasta 30 y 40 centigramos. Este medicamento poco eficaz en la manía presenta además el peligro de provocar hábitos morfínicos de los que es difícil desembarazarse.

La hiosciamina, la digital no han dado sino algunos momentos de calma sin ejercer influencia sobre la marcha general de la enfermedad.

Los purgantes, los vomitivos, que se administran sistemáticamente no tienen por resultado sino debilitar los enfermos. Otro tanto diremos del emético en enemas.

Este provoca un estado nauseo-

so y una depresión considerable de fuerzas que se puede considerar como perjudicial.

Un medicamento muy eficaz y de un gran recurso, sobre todo cuanto se trata de prestar los cuidados profesionales á un maniaco lejos de un asilo, es el clorhidrato de hioscina; es, se puede decir, el específico del síndrome *agitación* y ningún acceso maniaco puede, pasageramente al menos, resistir á su acción. Con el clorhidrato de hioscina se está siempre seguro de calmar un maniaco y de procurarle algunas horas de sueño. La solución habitualmente empleada es la siguiente:

Clorhidrato de hioscina.....	0'05 centigr.
Agua destilada de laurel cerezo.....	2' grms.
Agua destilada.....	23' id.

Media jeringa de Pravaz, de esta solución, contiene un miligramo de hioscina.

Cuando se inyecta á un enfermo atacado de una viva excitación maniaca, un miligramo á un miligramo y medio de clorhidrato de hioscina, no se nota desde luego ningún cambio en su estado general; pero al cabo de 5 á 10 minutos, raramente más, la agitación cede, los movimientos pierden su brusquedad y rapidez, y son menos estensos.

Por intervalo de algunos segundos, el enfermo queda tranquilo, detiene su marcha, no gesticula, no vacila. La marcha se vuelve vacilante, los movimientos mal coordinados.

La debilidad muscular y la incoordinación motriz obligan bien pronto al enfermo á acostarse y al cabo de 15 á 20 minutos no puede levantarse. Ensaya todavía el hacerle pero las piernas adormecidas no lo sostienen, al mismo tiempo la locuacidad disminuye, la voz se hace mas y mas débil, temblorosa y al cabo de 25 minutos, está quieto, no habla mas ó dice de tiempo en tiempo algunas palabras que no se le oyen.

Un estado de laxitud general

acompaña estos fenómenos. Si el enfermo está acostado en el lecho la cabeza cae sobre el pecho, los párpados se cierran á pesar de él, y finalmente se duerme. El sueño es raramente profundo; si se le toca abre los ojos pero para dormirse inmediatamente.

Este sueño dura 5 á 10 horas. Al despertar el enfermo queda en calma muchas veces una media hora, y cuando la acción del medicamento está agotada la agitación y la locuacidad vuelven tan intensas como antes de la inyección. Se observa generalmente la frecuencia del pulso, taquicardia, sequedad en la garganta y una midriasis que persiste muchas veces tres días.

Fuera de estos medicamentos, es necesario vigilar el estado general de fuerzas y por consiguiente la alimentación del enfermo.

Nutriendo bien el enfermo se le permite recuperar sus fuerzas, que pierde incesantemente, y de sostenerlas durante una enfermedad á menudo larga. Muy raramente se tiene la ocasión de obligar á los maniacos á comer; generalmente son glotonas, pero en caso de rechazar los alimentos es necesario cuidarse de emplear el cateterismo exofágico bajo pena de ver sobrevenir en muy breve tiempo un debilitamiento considerable de la resistencia física cuya consecuencia no tardaría en ser funesta.

Es necesario separar todas las bebidas excitantes, tanto las fermentadas, (vino, cerveza, cidra) como las bebidas destiladas (aguardiente, cognac, ron). La leche, el agua, las limonadas, las infusiones (tilo, hoja de naranja, etc. son las bebidas más útiles.

En resúmen, el tratamiento de la manía consiste en la aplicación de los medios siguientes:

- 1.º—Libertad del enfermo con permanencia en la cama.
- 2.º—Baño; bromuro y cloral,
- 3.º—Inyecciones de hioscina en los casos de insomnio rebelde ó de agitación violenta,
- 4.º—Buena alimentación y abs-

tinencia de toda bebida fermentada ó destilada.

E. Pardo Figueroa.

TRABAJOS EXTRANJEROS

DR. ERNESTO W. KELSEY

(Cirujano de la International Navigation Company)

Mal de mar; su patogenia y tratamiento

(The New York Medical Journal)

Las monografías que se han escrito sobre el *Mal de mar* son todas un tanto vagas, lo que nos alienta á hacer un estudio más completo de esta enfermedad y sus diversas complicaciones, tratándo de llenar así el vacío que existe respecto de su patogenia y tratamiento.

Entraré, pues, á discutir estos asuntos, haciéndolo con algún recelo por el poco valor que pueden tener mis opiniones opuestas á las de eminencias científicas. Para justificar este artículo debo decir que está fundado en mi larga experiencia profesional, como cirujano de marina; que he visto un gran número de estos enfermos, con el mareo en todas sus fases, en sus distintos grados de intensidad, en todas las estaciones del año, y sólo ó complicado con otras enfermedades.

Es indispensable hacer un estudio más científico del mal del mar y prestarle más atención. Si se encontrara para él un verdadero profiláctico sería recibido con entusiasmo por millares de personas y colocado su descubridor entre los campeones de la medicina moderna. Es de sentirse que apesar de hallarse repletas las librerías médicas, poniendo así de manifiesto por el estudio de su contenido el grado admirable de adelanto adquirido por la medicina en esta última mitad del siglo, el tratamiento del mal de mar parezca abandonado á los secretos de los charlatanes. Por

regla general, el práctico queda satisfecho con la lectura de un artículo sobre la materia, ó acepta una prescripción propuesta después de una corta navegación, y no se preocupa más.

Que es el mal del Mar? Qué sabemos de su patogenia, profilaxia y tratamiento? Numerosas teorías han sido inventadas para explicarlo y muchos remedios usados sin éxito, tanto, que es una chanza vulgar entre los hombres de mar, decir que el único remedio es permanecer en la orilla.

No sabemos seguramente si padecieron de él los antiguos, pero parece ser una enfermedad de la civilización. Es bien conocido que los bárbaros lo sufren muy poco. Varios escritores antiguos lo mencionan — Shakespeare, Rabelais, Swift, y otros. El primero nos dice lo siguiente en "A Winter's Tale" (Un cuento de invierno): Comenzó á sentirse muy mareado. continuado la fuerza del temporal" Este, manifiesta también el terror y profundo respeto que causaba entonces el mal de mar. Con los grandes sacudimientos de los botes de esa época las angustias de las personas nerviosas debían ser terribles.

Estudiado las diversas teorías relativas á su patogenia, la más aceptada parece ser la que considera el mal de mar como un trastorno funcional del sistema nervioso y de la circulación, producido por los movimientos de barco. Los cambios circulatorios son principalmente de tipo mecánico. El doctor A. D. Rockwell, de Nueva York, en un artículo reciente publicado en el *Medical Record*, Enero 25 de 1896, ha formulado la teoría: que el mal de mar es el resultado de una série de pequeños pero continuos choques que experimentan ciertas porciones de la sustancia cerebral, cuya reacción produce los fenómenos subjetivos. Muchos observadores en la profesión médica basan sus teorías sobre experiencias insuficientes, quizá un sólo viaje, ó dos, hechos en la buena estación; pero

los médicos de la marina, capaces y con largos servicios, en contacto con la enfermedad en todas las épocas, están conformes en no dar mucha importancia á la teoría de los trastornos cerebrales, considerando más comprometida la circulación; no niegan la existencia de los primeros, pero apoyan la segunda teoría. Todos están conformes, sin embargo, en que el descenso de la tensión arterial que se observa es obra de los vasomotores. Los pacientes acusan una sensación de depresión completa, vértigos, cefalalgia frontal, vómitos, y con mucha frecuencia, desorden en las secreciones intestinales y urinaria. Un estado de somnolencia se nota como primer síntoma, debido probablemente á anemia del cerebro. Con mucha frecuencia sobreviene un calofrío como síntoma inicial. El aspecto del paciente es característico de un trastorno vasomotor — palidez muy marcada, extremidades frías y traspiración frecuente, con la sensación de calofrío ya indicada. El termómetro manifiesta un descenso de la temperatura al principio. El examen de la circulación muestra frecuencia del pulso con disminución de su resistencia, fenómeno compensador de la disminución de la tensión arterial. Después hay una fiebre líjera y algunas veces acrecentamiento del peristaltismo intestinal. El vómito es principalmente de tipo mecánico, debido á las sacudidas que recibe el estómago en los movimientos del buque, y puede ser agravado por el mal estado del paciente anterior á su embarque. Me parece que hay en estos casos alguna acción sobre los centros vomitivos del cerebro. La sensación de postración completa está fuera de proporción, en los enfermos susceptibles, con los signos físicos que se observan.

Antes de ocuparnos de la susceptibilidad individual, debemos notar otras dos particularidades características de esta enfermedad — corresponden á la vista y al olfato. El sentido de la vista parece ser uno de aquellos cuyo impresiona-

miento conduce al mal de mar. Si una persona que tiene tendencia á marearse contempla el oceano y pretende seguir con los ojos los movimientos del panorama, sucumbe necesariamente, y se le hace inevitablemente pagar una contribución á Neptuno; con frecuencia se alivia si cierra los ojos. Los centros visuales son impresionados y su influencia aumenta los otros trastornos. El sentido del olfato tiene también influencia predominante, el estado de las personas atacadas se empeora por su incapacidad para resistir los olores del buque, como los de la cocina, de las aguas, de la carga, etc. Debemos decir también que la intensidad del mareo depende con mucha frecuencia de la resistencia muscular que opone el individuo en los movimientos del navío. El no acomodarse pronto á estos vaivenes, en un viaje aumenta mucho los padecimientos. Esto obedece á varias causas, fáciles de comprender, como la edad, el sexo, estado de los músculos, nervios, etc. En cambio la salud del paciente mejora rapidamente si trata de conseguir adaptarse á ellos.

Con respecto á la suceptibilidad, los pacientes difieren. Algunos se postran mucho, otros casi nada. Por regla general, los morenos sufren más que los rubios. Un cierto número no se acostumbra nunca á los movimientos del del buque. El capitán N., caballero á quien conozco personalmente, se siente siempre mal poco tiempo después de dejar el puerto, y empeora si el mal tiempo comienza pronto. Ha navegado continuamente por espacio de treinta años. Pocas personas escapan al mareo durante los temporales. Se ha notado que los bebedores son poco propensos al mal de mar. Esto se explica porque su organismo se halla acostumbrado á los trastornos determinados por la ingestión del alcohol, y estos son análogos á los que el mal de mar provoca en los abstencionistas. Su sistema nervioso se halla así en cierto modo preparado, "Ald Ocean" no los mueve. Los casos de mujeres embarazadas

son peligrosos de tratar en el mar; por esto es de regla en muchas compañías de vapores impedir, en lo posible, su embarque; en esas viajeras un mareo grave puede determinar el aborto ó el parto prematuro.

El mal de mar no es enfermedad peligrosa, excepto en el caso de que agrave lesiones preexistentes; pocas muertes se le han atribuido, aunque en algunos casos toma un aspecto tan alarmante que parece comprometer la vida. Algunos en cambio consideran benéfico un ataque ligero lo que me parece un error. Muchos quisieran ser aliviados inmediatamente ó que se impidiera su mareo, y otros por temor de él no gozan de los beneficios de un viaje por mar; por esto conviene que los hombres de ciencia descubran algo que sirva de medio preventivo ó alivie eficazmente á los pacientes.

Como métodos de tratamiento, millares de medios llamados preventivos ó curativos se han propuesto, ensayado, y resultado inútiles. Con poco puede contarse para dar alivio seguro en tales casos, pero tenemos algunos medicamentos con cuyo concurso y buena administración podemos conseguir mucho en los casos más graves.

Hágamos el examen clínico de algunos de ellos:

En primer lugar estudiaremos uno de los remedios preventivos más populares, los bromuros. Estas sales han sido empleadas durante mucho tiempo y en muy varias formas como medio preventivo y forman la base de algunos específicos como el remedio de Brushe. El doctor Rockwell los apoya mucho en su artículo ya citado; sostiene que tomando antes de embarcarse dosis fuertes y repetidas de bromuro de sodio se puede prevenir el mareo; prescribe 1 ó 1.50 gramos tres veces al día y durante varios días antes del principio del viaje, y dice haber obtenido numerosos éxitos. La teoría sobre la cual basa sus buenos resultados con el empleo de los bromuros, consiste en suponer que estos com-

puestos actúan sobre las porciones de la corteza cerebral que deben sufrir los pequeños choques, hacen obtusas sus sensaciones, deprimen la actividad de las células motoras, obran como sedantes de la medula espinal y mantienen tranquilo el centro del vómito; en otros términos, amortiguan las sensaciones de los centros cerebrales para los dichos choques. Según él los bromuros preparan al individuo contra el mal de mar, previniéndolo así enteramente ó haciéndolo muy ligero. Leyendo este trabajo no se encuentran datos que manifiesten que las personas así tratadas han sufrido antes del mareo; además siendo esta afección de naturaleza deprimente, es inútil provocar mayor depresión, lo que debe obtenerse fisiológicamente con el empleo prolongado de los bromuros en altas dosis. Su administración en el mar es inútil, excepto en personas esencialmente nerviosas. Su ingestión puede también provocar trastornos del estómago y de los intestinos cuando se emplean fuertes cantidades, determinar somnolencia y colocar al paciente en una condición muy desagradable, con frecuencia peor que la enfermedad misma. Su uso pues, quedará siempre teórico.

En dos casos que he atendido, dos mujeres jóvenes, me ví obligado á prohibirles seguir usando el bromuro de potasio; con el fin de prevenir el mareo habían tomado tanto bromuro que su estado era alarmante. Estas sales no impidieron un fuerte ataque de mareo, provocaron una erupción acnéica, dieron mal olor á su hálito y les determinaron otros trastornos, como depresión intelectual, pérdida de la memoria etc., cuya reunión hizo el viaje muy desagradable para ellas. En verdad habían tomado una cantidad excesiva. En varios otros casos observados por mí de personas que habían intentado la profilaxis por el bromuro, no he notado acción preventiva real, pero en un cierto número de ellos el mareo fué un poco menos fuerte

que en otras ocasiones y sin el uso de esa droga. Sin embargo, si se desea usar los bromuros debe preferirse el de sodio, en dosis de un gramo cincuenta centigramos, tres veces al día, y por corto tiempo antes de comenzar el viaje. En el mar debe darse una bebida efervescente, con ácido cítrico y bicarbonato de potasa, según la fórmula de Hare. El bromuro de sodio es mejor que el de potasio por que ataca menos el estómago. También debemos decir aquí que este medicamento es de alguna utilidad en el tratamiento de las histéricas atacadas de mal de mar. Debe tenerse cuidado de señalar con precisión al paciente la manera de tomar el bromuro.

El medicamento que debemos examinar en seguida es el nitrito de amilo, muy recomendado por algunos prácticos. Tengo poca experiencia respecto de él, y lo considero como un medio peligroso en manos de los pacientes. Si por la existencia de otras lesiones, se presentasen indicaciones para emplearlo, su valor aumentaría en el tratamiento del mareo. Algunos lo emplean antes de embarcarse como deprimente de los vasomotores y sedante del centro vomitivo. Este pretexto para su uso no tiene un fundamento; para mantener constantemente á igual grado su acción sedante sería necesario dar el medicamento cada cinco minutos; por esta razón, y particularmente cuando su administración se acompaña de fenómenos desagradables, su empleo se hace imposible.

Mezclando una cucharadita de esencia de lavanda y una de agua de cal se obtiene una preparación estomacal agradable, antácida y de muy buen gusto, que puede darse cuando el mareo comienza. Esta combinación no tiene poder preventivo.

El bromhidrato de cafeína, en preparación efervescente, ha sido recomendado como un calmante agradable del dolor de cabeza que acompaña el mareo, pero tampoco tiene valor como medio preventivo.

El sulfonal, en dosis de 75 centigramos, tomado en leche caliente, ha sido preconizado por un eminente médico de Londres como agente profiláctico y curativo, pero no he obtenido buenos resultados en un gran número de casos en que lo he usado, y en otros el paciente ha conseguido algún descanso por su acción sedante é hipnótica.

En varios casos de mareo, en mujeres embarazadas, nos ha demostrado la experiencia que un tablete compuesto de oxalato de cerio, 10 centigramos y cocaína, 1 centígramo, es excelente, en particular cuando hay inminencia de aborto por vómitos constantes. Naturalmente, no debe descuidarse los otros tratamientos que tienden á evitar este accidente. Este tablete debe darse cada tres horas hasta que desaparezca el peligro.

El Dr. H. J. Brice, de la compañía alemana de vapores "White Star", dice que el fosfato ácido de Horsford es muy útil para el mareo. Lo he usado poco, debe ser un buen tónico estomacal.

Algunos médicos han puesto su atención en el cloral. El ensayo de este medicamento me ha convencido que es de poca utilidad; es muy deprimente para dejarlo en manos del paciente, y, por otra parte, no tiene valor profiláctico y se corre el peligro de habituar al organismo.

La nitroglicerina se ha usado con muy buen éxito, según el Dr. H. W. Jemans, de la "Red Star Line", que la ha administrado en dosis suficientes para producir y *mantener* su acción terapéutica. Prescribe una gota de la solución al centésimo, cada quince minutos, hasta que alcanza la acción terapéutica, y mantiene en seguida este estado. La nitroglicerina es un vasodilatador, y por su administración, á dosis suficiente para mantener completamente dilatados los canales sanguíneos, asegura una irrigación cerebral uniforme, y de este modo alivia los síntomas reflejos, que son debidos in-

cuestionablemente á variaciones en la circulación cerebral. El Dr. Jemans considera también útil combinar este tratamiento con el uso de los alcalinos—p. e., un papel azul de Seidlitz—Supone que estos neutralizan los malos efectos de los ácidos biliares, que pueden fermentar en el estómago y agravar las malas condiciones preexistentes, impiden también la abundante exudación del serum de los vasos sanguíneos esplánicos, fenómenos ambos que se realizan durante el mareo.—Este es para mí un tratamiento racional; he usado la nitroglicerina en tres casos como profiláctico, en dos de ellos, personas muy susceptibles, los ataques de mareo fueron mucho más lijeros; en el otro, se desarrolló muy pronto la cefalalgia frontal, que se considera como el límite terapéutico de esta droga, y suspendí su administración. Según el Dr. Jemans este síntoma desaparece pronto. Quizá después pueda daros detalles mas completos sobre el valor de la nitroglicerina en esta enfermedad.

El cognac y la soda, el champagne (seco), en pequeña cantidad, pero en dosis frecuentemente repetidas, trozos de hielo para disolver lentamente en la boca, son excelentes adyuvantes y tónicos, principalmente del estómago, que mejoran el estado de depresión del paciente. Cuando hay signos de inanición, debida á la imposibilidad de retener los alimentos, su utilidad está fuera de duda, especialmente del champagne. Tomado en pequeñas dosis el estómago lo tolera, é inmediatamente se mejora la condición del paciente. Desde que el enfermo puede retener los alimentos está casi ganada la batalla. El champagne debe su benéfica acción al ácido carbónico que contiene cuando es tapado antes que la fermentación sea completa; los glóbulos de gas hacen la bebida lijera para el estómago, y lo tranquilizan mucho. Es sorprendente la rapidez con que algunos pacientes mejoran con este trata-

miento. Estos estimulantes son simples adyuvantes y no tienen acción profiláctica.

Debemos ahora dirigir nuestra atención hacia dos medicamentos que parecen tener alguna influencia sobre esta desagradable afección, haciendo mas lijeros sus ataques, siempre que sean convenientemente prescritos, son: la digitalina, que es la mas importante, y la cocaína. La digitalina tiene los efectos fisiológicos siguientes cuando se da á dosis terapéutica: hace el pulso lento, lleno, regular y fuerte, y acrecienta la presión sanguínea; de aquí resulta un estado de los vasos que les permite resistir á las influencias reflejas, cuyo efecto es una irrigación sanguínea que varía á cada instante y determina los fenómenos del mareo. El aumento de la presión sanguínea se debe á su acción sobre los vasomotores, á estimulación directa del corazón, y finalmente á su acción sobre las paredes vasculares. Su acción vasomotriz la debe á sus efectos directos sobre el centro que gobierna esta función y sobre los nervios terminales periféricos. La lentitud del pulso se produce por estimulación directa del vago y aumento de la fuerza y volumen del músculo cardiaco. La digitalina es en resúmen un estimulante circulatorio directo.

Estudiando la patogenia del mal de mar, hemos llamado particularmente la atención sobre los cambios circulatorios que ocurren en él. Teóricamente, siendo la digitalina un antagonista directo de estos cambios debe merecer alguna consideración, y mi práctica confirma la teoría. Dada oportunamente y en dosis suficiente tiene un valor considerable. La dificultad ha sido conseguir digitalina pura, y darla en dosis apropiadas para obtener el efecto que se desea. Es indispensable conocer su origen y saber que no se halla mezclada con otros principios contenidos en la digital que trastornan las funciones gástricas. La mejor es la digitalina pura de

Merck, polvo amorfo enteramente soluble en el agua, que puede usarse tanto por vía hipodérmica como en ingestión. Prescrita á la dosis de $\frac{1}{8}$ á $\frac{1}{4}$ de grano, tres veces al día, algunas semaras antes del viaje, es un medio profiláctico seguro, y si el mareo sobreviene es mucho más lijero que si no se hubiera usado la medicina. He obtenido buenos resultados en ocho casos en que la he empleado; con excepción de uno, todas eran personas muy susceptibles al mareo; además, las condiciones del mar eran para poner á prueba á cualquiera. En treinta casos en que he prescrito la digitalina, en el mar, sin previa administración de ella como profiláctico antes del viaje, los resultados, aunque no tan completos, fueron muy alentadores, y el mayor número de los mareados sanaron rápidamente. De la primera serie en que se empleó la digitalina como preventivo, sólo una persona se mareó completamente, era una señora, y le duró muy poco. Después de uno ó dos días de navegación debe disminuirse la dosis.

La digitalina está contraindicada sólo en una enfermedad, la insuficiencia mitral con dilatación de la aurícula. Prescrita como hemos dicho no hay nunca efectos de acumulación. Como nuestra experiencia de la digitalina en esta afección es muy limitada, deseamos que se haga de ella un estudio más completo. Si se ha usado antes de comenzar el viaje, puede disminuirse mucho la dosis en el mar sin que deje de producir sus beneficios. El introductor de la digitalina en la terapéutica del mareo es el Dr. Henry Beates, de Filadelfia.

La cocaína, recomendada por el doctor R. Lloyd Parker, de la línea americana de vapores de San Louis, es muy util en el mal de mar porque impide el vómito si se toma oportunamente, y lo detiene cuando ya se ha presentado. Debe darse constantemente (cuando se decide usarla de preferencia á otras medicinas) desde que comienza el viaje

en dosis de $\frac{1}{4}$ de grano cada dos horas, por la boca, bajo la forma de tabletes de clorhidrato, ó cinco gotas de una solución al 4/100. Parece disminuir la depresión extrema de los pacientes. Si antes del viaje se dan los bromuros en dosis moderadas y después la cocaína, los primeros aumentan el valor de esta, y se obtienen con frecuencia buenos resultados. Debe tenerse cuidado en no habituar los pacientes á la cocaína.

Si, como sucede algunas veces, todos estos remedios fallan, la morfina, la atropina, y algunas veces la estriquina, deben ser nuestra esperanza, y no debemos nunca dejar de usarlos en dosis conveniente para hacer frente á la situación.

Las personas que proyectan un viaje por mar deben cuidar mucho su salud general antes de embarcarse si desean escapar al mareo. Si se teme ser atacado ó es sabe que es susceptible, debe cuidarse mucho el estómago é intestinos, usando un laxante suave pocos días antes y evitando las comidas de despedida. La colocación del camarote, tan cerca del centro del buque como sea posible, pero lejos de la máquina; alimentos sanos, evitando las grasas y los pasteles, son detalles que deben tenerse presentes. Si se desea tomar abordo un lijero laxante, ninguno es mejor que un vaso de agua de mar, en la mañana, y antes de almuerzo; si es verdad que suele provocar vómitos, tonifica el estómago y da una sensación de bienestar. Debe tratarse siempre de tener algo en el estómago. Si se sufre un ataque fuerte y no se ha empleado ningún medio profiláctico habrá que someterse á dieta severa por algunos días. En lugar de pan ó biscochos calientes se comerá tostadas secas, solas ó con carne cortada en trozos muy pequeños; se beberá buen té de buey, ó mejor champagne seco con hielo, en dosis pequeñas pero repetidas. Si se siguen estas reglas se obtiene pronta mejoría aun en los casos más graves. Si hay indicacio-

nes para el empleo de medicamentos, el cirujano del buque, por lo general práctico y con mucha experiencia en el tratamiento de esta afección, elejirá entre los medicamentos ya mencionados el que considere mejor.

Para terminar debemos decir que falta mucho que aprender para conocer el mal de mar bajo todos sus puntos de vista, no obstante que en estos últimos años se ha conseguido combatir mejor este estado morboso y aun prevenirlo. Creemos que cuando la ciencia moderna haya resuelto el problema de suprimir el balance y cabeceo de los buques durante el mal tiempo, entonces, y sólo entonces, se habrá obtenido un preventivo perfecto del mareo y un específico bueno y seguro.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Tableaux sinoptiques de Pathologie interne, par le Dr. Villeroy. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné-5 fr.

El objeto de estos cuadros sinópticos ha sido condensar en el menor volumen posible la suma de conocimientos necesarios y suficientes á todo práctico para hacer en las afecciones comunes un diagnóstico cierto, sin el cual la terapéutica es una quimera.

Estos cuadros sinópticos serán un auxilio para los estudiantes la víspera de sus exámenes ó concursos, así como para los prácticos, cuya memoria no es infalible y que, en terapéutica especialmente es raro que sigan con exactitud las evoluciones de la ciencia; encontraran señalados en esta obra los tratamientos mas recientes y los beneficios que la clínica puede sacar de los métodos nuevos.

J. B. Bailliére et fils.-16, rue Hautefeuille, á Paris.

Seroterapia.—Tesis para el doctorado en Medicina y Cirujía pre-

sentada y sostenida por don Antonio R. Blanco, ex-interno del "Hospital de Caridad".

Cartajena—1897.

Madre (Elejía) por el Dr. don César Borja.

San José de Costa Rica, 1897.

Higiene de l'Oreille et des Sourdes par le Dr. Gelineau.

Un volumen in 18, reliure souple, 3 fr.

Este pequeño volumen muy claro y muy práctico contiene, después de una breve descripción de la anatomía y fisiología, *la higiene del oído en el niño, en el adulto y en el viejo*. Se encuentra también en él la prótesis acústica y un capítulo sobre los sordos-mudos.

La Formule Medicale. Principes Generaux de Pharmacologie sur lesquels repose sa redaction et son execution.

Un volumen in 18, reliure souple Prix, 5 fr.

Para redactar y ejecutar las fórmulas médicas es necesario poseer conocimientos farmacológicos que descuidan con frecuencia muchos prácticos. Este libro tiene por objeto recordar los principios generales que sirven de base á esta redacción y ejecución. Es una verdadera guía del arte de formular que prestará grandes servicios á los médicos y farmacéuticos en el ejercicio de su profesión.

Esta obra y la anterior han sido editadas en la casa de A. Maloine, 23, 24 rue de l'Ecole-de-Medicine, Paris.

FORMULARIO

Contra los sudores de las manos

Bórax.....	} aa
Acido salicílico...	} 15 gram.
Acido bórico.....	} 5 gram.
Glicerina.....	} aa
Alcohol diluido...	} 60 gram.

Fricciones tres veces al día.

**

Mistura para la constipación habitual de los niños

(Jules Simón)

Tint. cascarrilla....	} aa
„ ruibarbo.....	
„ canela.....	} 2 gram.
„ colombo.....	
„ genciana....	} 1 „
„ nuez vómica..	

M.—Diez gotas en un poco de agua antes de cada comida.

**

Contra la acidez gástrica

(Boas)

Sulfato soda.....	30 gram.
„ potasa.....	5 „
Clorato soda.....	30 „
Bicarbonato soda....	25 „
Biborato soda.....	10 „

M.—Media cucharadita en un vaso de agua caliente, tres veces al día, dos horas antes de comer.

Trujillo, Febrero 19 de 1895.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Míos: La Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos se recomienda por su excelente preparación que la hace tolerable aún por los estómagos más delicados.

Usándola en los casos en que está indicada como reparador de la nutrición, dá muy buenos resultados, pues modifica dicha nutrición haciendo disminuir las manifestaciones tuberculosas, de raquitismo, de escrófula, etc.

Soy de Uds. Atto. S. S.

DR. ANTONIO BRANDARIZ.