

número de fisiólogos han emitido la opinión de que eran sensaciones especiales ligadas á los nervios del estómago. Sé perfectamente que, respecto á este asunto, Schiff (a) ha expuesto argumentos serios contra esta opinión, y que se ha esforzado en demostrar con experiencias hábilmente conducidas que esta sensación no debe atribuirse exclusivamente al estómago, sino á toda la economía. A pesar de la opinión de este sabio fisiólogo, no estoy todavía convencido por sus experiencias, y continúo pensando, sin penetrar más en la cuestión, que el estómago desempeña un papel predominante en la producción de esta sensa-

hace segregar á las glándulas un líquido abundante y el hambre no cesa.

Las experiencias de Sedillot, hechas seccionando el pneumogástrico en el caballo, al que se hace comer inmediatamente después de la operación, prueban que la sección de los nervios pneumogástricos no quita el hambre. Asimismo no se deben considerar los ganglios del gran simpático como la vía de transmisión de la sensación del hambre á los centros nerviosos, puesto que Brunner y Hensen han hecho la sección de los nervios esplánicos, circunstancia que no ha impedido á los animales operados continuar comiendo con apetito.

Lo mismo ha sucedido con los conejos en los cuales Schiff practicó la sección de los dos pneumogástricos, de los dos simpáticos y la extirpación de los ganglios celíacos. Fetos anencéfalos han vivido muchos días, presentando signos indudables de hambre; no se puede, pues, colocar el centro de la sensación del hambre en una parte determinada de las circunvoluciones de los

hemisferios. Combes, Spurzheim, Hopré y Broussais admitían que había un órgano de la alimentabilidad situado en las fosas laterales y medias de la base del cráneo y que pertenecía al cerebro propiamente dicho.

De sus experiencias ha deducido Schiff que la sensación del hambre es independiente del estado local del estómago; el cumplimiento normal de la digestión estomacal é intestinal no basta para hacerla desaparecer, y no cede más que á la absorción de las materias digeridas. Esto explica cómo en los casos de insuficiente longitud del intestino (citados por Cabrol, Dionis, Pozzio y Albin) el trabajo normal de la digestión no ha experimentado alteración; pero las materias digeridas, no teniendo tiempo de ser absorbidas en suficiente cantidad, su paso se efectuaba con demasiada rapidez, se perdía cierta parte entre los excrementos y los enfermos eran atormentados por el hambre, etc; además, Schiff ha demostrado que si en animales hambrientos se inyectan en sus venas materiales nu-

(a) Schiff, *Leçons sur la physiologie de la digestion*, lección segunda, página 31 y siguientes.

ción particular llamada *sensación del hambre y de la sed*, y atribuiré las alteraciones de esta sensación particular á una modificación funcional del estómago.

Dichas sensaciones pueden estar aumentadas, disminuídas ó pervertidas.

Me ocuparé de la disorexia y de la anorexia, pero pasaré rápidamente sobre la perversión ó heterofagia, porque esta afección no tiene, bajo el punto de vista terapéutico, una importancia bien marcada. En efecto, se observa la heterofagia, sobre todo, como un síntoma accidental y secundario que se manifiesta al principio de la gestación, ó bien bajo la influencia de una perturbación profunda de las facultades intelectuales.

Estos trastornos, descritos con el nombre de *pica* y de *malacia*, presentan poca gravedad, y con mucha frecuencia el médico no hace más que ceder á los antojos de su cliente, sobre todo si se refieren á sustancias alimenticias más ó menos indigestas, que, sin embargo, pueden ser digeridas en este caso con bastante facilidad por el enfermo. Respecto á las modificaciones de las funciones del estómago que están bajo la influencia de una enajenación mental, la medicación se dirige, no al estómago, sino á la perturbación ocurrida en las funciones intelectuales.

Pica, malacia

tritivos se calma el hambre de estos animales, que son alimentados así sin que hayan ingerido alimentos por la cavidad estomacal.

Lo mismo sucede con la sed. La sensación de la sed no tiene su asiento en la garganta, porque la anestesia completa de la faringe deja subsistir estas manifestaciones en los animales. La sección de los nervios glosio-faríngeo y lingual, practicada en cada lado por Longet, no impidió á los perros operados beber

como de costumbre, y la resección del pneumogástrico en la región cervical en los perros no ha provocado tampoco la sensación de la sed.

La sed, como el hambre, es para Schiff, ante todo, una sensación general; no se calma más que con la absorción del agua, y Dupuytren ha observado que inyectando agua en las venas de los perros, cansados por una larga carrera al sol, se podía hacer descansar á estos animales.

Queda la enfermedad descrita por Heusinger, la *geofagia* (1); nunca la he observado, y como sin duda alguna tampoco la observaréis vosotros, me creo dispensado de daros una descripción completa del tratamiento, y os aconsejo consultar otros autores que se han ocupado de esta afección, particularmente á Lebert, que, en estos últimos años, ha hecho el resumen de todo lo que se ha dicho acerca de esta perversion del estómago.

Disorexia.

La *disorexia*, como la enfermedad anterior, se encuentra accidentalmente en las mujeres embarazadas, en ciertas cloro-anémicas ó en algunas mujeres nerviosas, para las cuales nunca se satisface la nece-

(1) Durante las épocas de penuria, y aun en los largos viajes, ciertas razas indias comen tierras arcillosas que contienen óxido de hierro; incorporan á esta tierra, puesta en galleta, un poco de grano en algunas ocasiones y la frien con aceite de palmeras. No es de este género de heterofagia pasajera de la que queremos hablar, sino de esa enfermedad observada en el negro y que Heusinger atribuye á los efluvios de los pantanos, en tanto que Hirsch, negando completamente esta influencia palúdica y la influencia de la malaria, encuentra su causa principal en una mala higiene, en una alimentación insuficiente y en una inanición progresiva.

La geofagia, que se ha observado especialmente en las Indias occidentales, en el Brasil, en las Antillas, en la Luisiana y en Egipto, reduce poco á poco al enfermo á la muerte, en un plazo de algunas semanas ó algunos meses; rara vez dura el enfermo más de un año, y raramente también se han observado curaciones.

La enfermedad es precedida de

un período de debilidad general, de laxitud, de abatimiento y de anemia progresiva.

Las mucosas se decoloran, la cara se pone terrosa y aparecen palpitaciones al menor esfuerzo. El enfermo presenta entonces trastornos, dolores por parte del estómago, come tierra, buscando con preferencia la tierra arcillosa parecida á la marga. Con este régimen sobrevienen bien pronto trastornos gastro-intestinales. Los enfermos se debilitan cada vez más; la anemia hace progresos extraordinarios, rápidos; aparecen edema é hidropesía, y el enfermo sucumbe, ya á los progresos del mal, ya á una enfermedad intercurrente.

Según Levacher y Craigie, no es raro en estos últimos casos observar úlceras en los miembros.

La autopsia manifiesta una decoloración de todos los tejidos, una infiltración de los órganos: la mucosa gastro-intestinal está pálida; las glándulas mesentéricas están comúnmente tumefactas, y el bazo es pequeño, esplenificado; el hígado y el corazón están aumentados.

sidad del hambre (1). Sabed también que esta necesidad insaciable de comer es habitual en la diabetes; por consecuencia, cuando observéis semejantes estados, os recomiendo que antes de hacer vuestro diagnóstico y de establecer el tratamiento examinéis con cuidado las orinas.

Cuando esta necesidad no depende de trastornos nerviosos, cuando no es un epifenómeno de una afección grave, podéis combatir este sintoma con las preparaciones opiáceas. El opio, como sabéis, da por resultado disminuir la necesidad de comer, calmar ó entretener el apetito, y el dicho: *Quien duerme come*,

Bulimia.

(1) La bulimia es un síntoma morboso caracterizado por una necesidad insaciable de comer, no proporcionada con las pérdidas del organismo. Los autores antiguos la dividían en bulimia propiamente dicha, en cianorexia ó hambre canina y en licorexia ó hambre de lobo. La misma definición de bulimia indica que no se puede colocar bajo este nombre el hambre que sobreviene en la convalecencia de ciertas enfermedades agudas, ó la que sigue á una marcha excesiva, á trabajos y á fatigas corporales.

Se han reconocido á la bulimia diferentes causas: puede depender de ciertas deformidades ó anomalías congénitas del tubo digestivo (Vesale, Lieutaud, Percy, Legroux, Landré-Beauvais y Ollivier d'Angers) y de enfermedades crónicas del abdomen; sobreviene con frecuencia en el embarazo, en la enajenación mental, en la parálisis general, el histerismo y la gota exoftálmica (Trousseau), pero especialmente en la diabetes.

Aparece también algunas veces de un modo pasajero después de la absorción de ciertos medicamentos (ioduro de hierro, Nat. Guillot) ó después de la ingestión de alimentos muy especiados; se ha di-

cho también que los enfermos de tenia se hacían pasajeraente bulímicos.

Los individuos afectos de bulimia comen poco, y al poco tiempo de la comida se ven bruscamente acometidos de una imperiosa necesidad de comer otra vez; si no pueden satisfacer esta necesidad, experimentan dolores estomacales, malestar, desfallecimientos y hasta síncope; después de haber absorbido sus alimentos, son atacados de pesadez mientras dura su digestión, por lo común bastante laboriosa. Algunas veces la enorme masa alimenticia que el bulímico ha ingerido es totalmente digerida; otras veces es arrojada casi inmediatamente por el vómito (cianorexia), ó bien, pasando rápidamente al intestino, determina movimientos peristálticos enérgicos, y es arrojada al exterior (licorexia), provocando una diarrea más ó menos abundante que debilita rápidamente al enfermo. Las deposiciones son ordinariamente fétidas, así como el aliento y las secreciones sudoríficas.

Cuando la enfermedad no ha adquirido un grado de agudeza muy pronunciado, se puede conservar bien el estado general durante al-

es aplicable especialmente á los que hacen uso de las preparaciones opiáceas.

No creáis, sin embargo, que esta es una regla absoluta; conozco, por mi parte, uno de mis compañeros que desde hace más de treinta años toma cada día una dosis de láudano de 25 á 30 gramos, y siempre que ha querido cesar en este medicamento inmediatamente se le perturbaron las funciones digestivas, desapareció el apetito y se produjo una debilitación muy considerable en su economía. Para este enfermo, si se observa bien, el opio es el mejor estimulante de las funciones digestivas. Este es un caso aislado, pero no olvidéis que este admirable medicamento goza de propiedades tónicas evidentes; por la estimulación que produce en el cerebro excita el organismo entero, y los morfiómanos son individuos que, en su mayor parte, buscan en el opio, no la calma y el reposo, sino la estimulación necesaria á su debilitado organismo, y encontraréis gran número de morfiómanos que por probar una comida se apresurarán á inyectarse la morfina.

Salvo esta excepción, el opio puede disminuir la *bulimia*; á su uso uniréis, en los individuos nerviosos, la hidroterapia, el bromuro de potasio, y por encima de todo esto reglamentaréis las comidas, de tal manera que el enfermo coma, poco de

gún tiempo; pero en otros casos, á pesar de la abundancia de la alimentación, se observa un adelgazamiento progresivo, una disminución de las fuerzas y de la inteligencia, y el enfermo sucumbe, ora por el progreso de este estado, ora por una enfermedad intercurrente contra la que no puede luchar.

Hay varios grados en la *bulimia*, los enfermos no son todos tan voraces y no toman la misma cantidad proporcional de alimentos, pe-

ro los hay que ingieren alimentos en cantidad verdaderamente fenomenal en las veinticuatro horas.

Percy, por ejemplo, cita el caso de un hombre tártaro que á los diez y siete años pesaba 100 libras, y comía en veinticuatro horas un peso igual al suyo de carne de vaca; este hombre tomó un día una comida preparada para 17 personas, y hasta fué acusado de haber devorado un niño de cuatro años, etcétera, etc.

una vez, pero á menudo, cierta cantidad de alimentos.

De todas las perturbaciones sufridas por la sensación del hambre y de la sed, la más frecuente y más difícil de vencer es la *anorexia*.

Anorexia.

Muchas causas influyen en este síntoma, y sería necesaria toda una lección para exponer la etiología y la semeiología completa de la *anorexia*. Afecciones de la sangre, enfermedades febriles, perturbaciones profundas de la economía, todas estas afecciones se traducen por una disminución del apetito. Esta disminución se refiere á menudo á una secreción menor del jugo gástrico. Sabéis, en efecto, que W. Beaumont ha observado en su canadiense que, durante la fiebre, la mucosa estomacal dejaba de segregar jugo gástrico. En otros casos la causa primera, la causa real se nos escapa, y no sabemos cómo pueden hacer desaparecer el apetito las influencias morales, las penas y las emociones. Sea lo que fuere, es un síntoma común muy frecuente, y seréis llamados á combatirlo.

Cualquiera que fuere la terapéutica empleada, no olvidéis que hay casos contra los que no venceréis con nada. Cuando la pérdida del apetito existe realmente, de una manera completa, á pesar de nuestras súplicas, á pesar del peligro que corre por la inanición á que se somete, á pesar de todo, en fin, el enfermo no quiere tomar alimentos, y prefiere morir mejor que soportar el suplicio de comer sin apetito.

No creáis, señores, que es exagerado este cuadro; recordad, en efecto, las dos mujeres, una en nuestra sala de mujeres y otra en la Maternidad, á las que hemos observado en la misma época. Una y otra eran anémicas; presentaban esa anemia llamada *esencial*, *perniciosa*, nombre que indica bien nuestra ignorancia de la causa primera de la enfermedad, pero

que demuestra que, á pesar de un detenido examen, no se encuentra ningún desorden en los órganos que explique el estado caquético de los enfermos; estas dos mujeres no podían comer, y á pesar de nuestros cuidados en variar su alimentación, á pesar de nuestros continuos consejos, las desgraciadas nos decían que no podían tragar, sin embargo de no existir ningún obstáculo ni en el esófago ni en el estómago.

Estas dos enfermas no tardaron en sucumbir, y como ya había demostrado el examen clínico, no se encontró en la autopsia ninguna lesión que explicara la muerte; se observó la degeneración grasosa de los órganos, degeneración del páncreas, pero esta degeneración ¿era primitiva ó era secundaria? Imposible es decirlo.

No es solamente en estos casos en los que encontraréis la anorexia tenaz; observaréis también, después de la convalecencia de la fiebre tifoidea y de otras afecciones graves, enfermos que rehusan comer.

Aquí, por lo demás, como en muchas de las afecciones del estómago, la higiene desempeña el papel más importante; hay que trasladar al enfermo, hacerle vivir al aire libre, en las montañas ó á la orilla del mar; hay que hacerle viajar y variar hasta el infinito las preparaciones culinarias. En estos casos, el práctico debe ser tan buen cocinero como médico experimentado.

Podréis excitar el gusto por medio de salsas apetitosas y ligeramente especiadas. No olvidéis nunca que á menudo las carnes frías gustan mucho; lo mismo sucede con el jamón, los pasteles, la caza, las ensaladas, etc.; en una palabra, doblegaos al gusto y á los deseos del enfermo.

Tocante á los medicamentos propiamente di-

chos (1), echad mano de la medicación arsenical; no conozco otra mejor en semejantes casos. El arsénico ejerce una acción estimulante real sobre las funciones digestivas, y si no adopto completamente la explicación mecánica de los alemanes, que pretenden que el arsénico obra directamente sobre los capilares del intestino y del estómago, y que dilatando estos vasos se produce una congestión activa de los órganos, no dudo en afirmar, sin embargo, bajo el punto de vista clínico, que no hay mejor estimulante que las preparaciones arsenicales. Usad, pues, el licor de Fowler, los gránulos de Dioscóride ó el arsénico en solución. Cualquiera que sea el modo de introducción, el resultado será el mismo: reaparecerá el apetito, se activarán las funciones de la piel y el enfermo podrá curar.

A estas sustancias habrá que añadir el clorhidrato

Arsénico.

De la orexina.

(1) *Licor de Fowler*. Solución de arseniato de potasa (Códex francés):

Acido arsenioso. 1 gr.
Carbonato de potasa
pura. 1 —
Agua destilada. 100 —

Hiérvase hasta la disolución completa, déjese enfriar y añádase:

Alcoholado de melisa
compuesto. 3 gr.

Filtrese: complétese si es necesario el peso total hasta 100. Este licor representa 1 centigramo de ácido arsenioso por gramo.

Dosis: 5 á 10 gotas en varias veces al día.

Licor de Pearson. Solución arsenical de Pearson (Códex):

Arseniato de sosa cristalizado. 1 gr.
Agua destilada. 600 —

Disuélvase y filtrese. Este licor representa 1 centigramo de arseniato de sosa por cada 6 gramos

Dosis: 10 á 20 gotas al día. A 10 gotas del licor de Pearson corresponden 5 miligramos de ácido arsenioso.

La Farmacopea británica da una fórmula de una disolución de arseniato de sosa que contiene diez veces más arseniato que la solución francesa de Pearson.

Gránulos de Dioscóride. Gránulos de ácido arsenioso:

Acido arsenioso. 1 miligr.
Manita. 4 centigr.
Miel. c. s.

Para un gránulo. Dosis: de 4 á 10 al día al empezar á comer.

Los *gránulos de arseniato de sosa* son también á 1 miligramo y se dan á la dosis de 1 á 5.

Solución de arseniato de sosa.

Arseniato de sosa
anhidro. 5 á 10 cent.
Agua destilada. 250 gr.

Dosis: una ó dos cucharadas de las de sopa al día.

de orexina, ó, para hablar en un lenguaje más científico y químico, el clorhidrato de fenildihidroquinazolina, que ha sido estudiado por Penzoldt, Hoffmann y Munter (1).

Este último, experimentando en sí mismo la orexina, ha observado que esta sustancia abreviaba media hora la digestión estomacal; será, pues, un excelente estimulante de la digestión.

Las experiencias hechas en Alemania y las que yo mismo he emprendido no han respondido á esta aserción, y he encontrado en la orexina un estomáquico muy infiel. Si queréis utilizar este cuerpo, lo administraréis á la dosis de 25 á 50 centigramos en cada comida en un sello medicinal.

A estas preparaciones uno, pero de una manera secundaria, los amargos y ciertos tónicos que estimulan el organismo, tales como la canela, el jengibre, el cardamomo, la moscada, etc., de las que se han hecho, especialmente en el extranjero, asociaciones más ó menos complejas, como el polvo aromático de la Farmacopea inglesa.

También se ha propuesto contra la anorexia la pepsina, habiéndoos ya manifestado mi opinión sobre esta sustancia al hablaros de las dispepsias crónicas, diciéndoos que en mi opinión estas preparaciones estaban desprovistas de las propiedades terapéuticas que se les habían atribuído. Tengo más confianza en los amargos, dejando también demostrado en dicha lección que los amargos aumentaban la actividad de

(1) El clorhidrato de fenildihidroquinazolina ó clorhidrato de orexina (de ὄρεξις, apetito) ha sido descubierto por Paal y Busch. Es una sal soluble que se presenta bajo el aspecto de cristales brillantes incoloros aciculares ó lanceolados. Este cuerpo es tóxico en el conejo á la dosis de 33 centigramos por kilo-

gramo del peso del animal. Existen otras combinaciones de la quinazolina, tales como el clorhidrato de difenildihidroquinazolina (fenilorexina), ó bien el clorhidrato de metilfenildihidroquinazolina (metilorexina).

Pero todos estos cuerpos son más tóxicos que la orexina.

la digestión. Podréis, pues, usar la cuasia amara, el colombo, etc.

Nunca me cansaré de protestar contra los aperitivos que en tan gran número se consumen en nuestros cafés y salones de fumar. La experiencia hecha por un discípulo de Botkin, Tschelzoff (a), ha demostrado que todos esos aperitivos, bitters, amargos, etcétera, disminuían más bien que provocaban la secreción del jugo gástrico. Si algunas personas pretenden que les prueban bien, es que confunden los calambres ocasionados por estos alcoholes con la sensación del hambre.

El tratamiento hidrotermal de la dispepsia gástrica es muy importante; la hidroterapia representa también un papel preponderante. Podéis usar las aguas de Bagnoles (Orne), de Alet, de Evián y sobre todo las aguas de Pougues (1). Estas aguas, como ha demostrado Crozán, parecen tener una acción electiva sobre el catarro del estómago, y parti-

De los aperitivos.

Tratamiento termal.

(1) Pougues (Francia, Nièvre), á 14 kilómetros de Nevers, contiene tres fuentes minerales frías, de las que la más importante es la de Saint-Leger, cuya corriente es de 900 hectólitros en veinticuatro horas. Según Carnot, he aquí la composición por litro de la fuente Saint-Leger:

	Gramos.	
Acido carbónico libre.. . . .	2,1178	Sulfato de sosa.
Silice.	0,0340	Cloruro de sodio.
Bicarbonato de cal.	1,7020	Materias orgánicas.
— de magnesia..	0,4035	
— de potasa.	0,0633	5,5024
— de protóxido		
— de hierro.	0,0059	
— de litina.	0,0035	
— de sosa.	0,7812	

Este agua debería, pues, colocarse entre las aguas bicarbonatadas cálcicas y carbónicas fuertes. Además de su acción sedativa, el agua de Pougues sería un poderoso oxidante de las combustiones orgánicas, según Bovet. Y como en las afecciones dolorosas del estómago, las aguas de Pougues se dirigirían también particularmente á todas las enfermedades que Bouchard ha atribuído á la lentitud de la nutrición. La diabetes y la gota se modificarían asimismo con estas aguas.

(a) Tschelzoff, *De l'influence des amers sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes* (Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, 1886, núm. 24).

cularmente sobre las gastralgias dolorosas. Deberéis desechar para este tratamiento las aguas demasiado mineralizadas y demasiado cargadas; podréis también indicar las aguas españolas de Urberoaga de Alzola (provincia de Guipúzcoa) y las de Solán de Cabras (Cuenca) (1).

Tales son, señores, las reglas terapéuticas que presiden al tratamiento de las neurosis del estómago. Frecuentemente tendréis ocasión de tratar estas afecciones en vuestra práctica. La gastralgia, los calambres de estómago, la pérdida del apetito, son síntomas sumamente frecuentes que encontraréis en un gran número de afecciones estomacales, razón por la cual he creído deber insistir detenidamente sobre ellos. En la próxima lección estudiaremos las dispepsias bucales é intestinales.

(1) Urberoaga de Alzola (Guipúzcoa).

Análisis practicado por los señores Moreno y Lletget.

Un litro de agua contiene:

Carbonato cálcico.. . . .	0,138 gr.
Cloruro sódico.	0,072 —
— magnésico.	0,006 —
— cálcico.	0,009 —
Sulfato cálcico.	0,016 —
— sódico.	0,015 —
Silice.	0,003 —
Materia orgánica.	c. indt.

Temperatura: 29 á 30° centígrados. Existen tres fuentes.

Solán de Cabras (Cuenca).

Análisis practicado por D. Tirso de Córdoba.

Un litro de agua contiene:

Acido carbónico.	0,09749 c. c.
Aire.	0,02116 —
Bicarbonato magnésico.	0,05150 gr.
Bicarbonato cálcico.	0,12075 —
Sulfato cálcico.	0,08100 —
— magnésico.	0,03100 —
— sódico.	0,02700 —
Cloruro sódico.	0,02500 —
— magnésico.	0,01600 —

Temperatura: 21°,25 centígrados. Tiene un manantial.

Ya que el autor aconseja estas aguas españolas, me ha parecido conveniente dar sus análisis.

(N. del T.)

LECCIÓN DÉCIMASEXTA

DE LAS DISPEPSIAS DE ORIGEN BUCAL É INTESTINAL

RESUMEN.—De la saliva.—Dispepsia amilácea.—Tratamiento dietético.—Tratamiento farmacéutico.—Diástasa.—Extracto de malta.—Dispepsia intestinal.—Del jugo intestinal.—De la bilis.—Del jugo pancreático.—Pancreatina.—Dispepsia ileo-cecal.—De la dilatación del intestino grueso.—Neurastenia intestinal.

SEÑORES:

Hasta aquí solamente me he ocupado de los trastornos de la digestión estomacal; pero si el estómago desempeña un papel preponderante en el conjunto de estos actos digestivos, este papel no es único, y hay que tener en cuenta, bajo el punto de vista de las dispepsias, las perturbaciones ocurridas en el funcionamiento de la digestión bucal é intestinal. Así, pues, en esta lección voy á estudiar el tratamiento de las dispepsias bucal é intestinal.

Los alimentos feculentos sufren, como sabéis, la acción de la saliva, y merced á la diástasa que contiene, el almidón se transforma en dextrina y después en azúcar asimilable. Mialhe ha suministrado en este concepto las nociones más exactas y precisas. No puedo entrar en extensas consideraciones sobre la composición y la secreción de la saliva. Puedo únicamente hacer notar que el fermento salivar, la *ptialina* de Berzelius, la *diástasa* de Mialhe (1), no

De la saliva.

(1) La saliva, producto de la secreción de las diversas glándulas salivares, es un líquido que en algunas personas puede presentar una reacción ácida, pero que es, sobre

todo durante las comidas, como han hecho constar la mayor parte de los fisiólogos, francamente alcalina.

He aquí, según Jacobowitsch,