

caciones del esófago son mas peligrosas que las de la uretra, pues fácilmente se comprende que si se hacen en un punto en que sea el conducto poco grueso, pueden traspasar los límites convenientes y ocasionar una abertura por donde caigan los alimentos en una cavidad inmediata, dando origen á accidentes mortales. Sin embargo, cuando la sonda exploradora hubiese dado á conocer que habia una brida gruesa, se podia hacer uso de este medio, sirviéndose de un instrumento semejante al *uretrotomo* de Amussat.

4.º *Esofagotomía*. Finalmente, si en los casos desesperados se llega á comprobar que el obstáculo al paso de los alimentos se halla por encima de la cavidad pectoral, se puede intentar como único recurso la *abertura del esófago*, y cuando por el contrario la estrechez está situada muy abajo, se puede recurrir á la *gastrotomía*. Taranget fué el que practicó la primera operacion en un caso que todos han citado. Los alimentos estaban detenidos en la parte inferior del cuello; se hizo la abertura del esófago un poco mas abajo y con una especie de embudo se hacian llegar los alimentos al estómago; la enferma vivió de este modo diez y seis meses.

La operacion de la *gastrotomía* que consiste en practicar en el epigastrio una abertura permanente por la cual se introducen en el estómago las sustancias alimenticias, ha sido intentada por Sedillot (1), quien hizo esta operacion (2) en un hombre de cincuenta y dos años que no podia tragar ni aun los líquidos, y en el cual no habia sido posible lograr hacer el cateterismo del esófago; pero por desgracia murió el enfermo á las veinte y una horas. Sin embargo, Sedillot ha deducido de este hecho las consecuencias siguientes: 1.º acercar el estómago á la herida exterior del abdomen, de modo que cierre completamente esta última y que provoque inmediatamente adherencias entre las dos hojas visceral y parietal del peritoneo (á este efecto se debe combinar con la accion de la cánula algunos puntos de sutura destinados á unir las dos heridas); 2.º abstenerse durante el primer día de hacer ninguna inyeccion de liquido en el estómago, y el segundo día introducir tan solo un poco de agua para ir estableciendo lentamente y por grados las funciones de esta viscera.

Tratamiento de la estrechez causada por tumores próximos al esófago. Este tratamiento, lo mismo que el anterior, es las mas veces ineficaz, segun lo ha hecho notar Boyer: sin embargo, se han citado algunos ejemplos de curacion en casos en que se podia sospechar que el obstáculo dependia de una alteracion de este género. Boyer refiere dos observaciones tomadas de Mennes y de Haller, en las cuales el *mercurio* hizo desaparecer una disfagia tan considerable que todos los alimentos y hasta los líquidos eran arrojados. Mennes se habia asegurado, introduciendo una ballena en el esófago, de que habia un obstáculo orgánico. En uno de estos dos enfermos se administró el

(1) Sedillot, Véase *Gazette méd. de Paris*, diciembre de 1846 y enero de 1847.

(2) Sedillot, Véase *Séance de l' Acad. des sciences*, noviembre de 1849.

mercurio en fricciones, de modo que produjese la salivacion, y en el otro prescribió Haller *píldoras de mercurio dulce, acibar y alcanfor*. La curacion fué completa en ambos casos, á los que debemos añadir un tercer caso del mismo género observado igualmente por Haller.

Hemos creído conveniente dar á conocer este tratamiento, que puede usarse sin peligro y producir felices resultados en algunos casos. Pueden emplearse las diversas *preparaciones mercuriales* ó el *ioduro de potasio* del modo que varias veces hemos indicado.

ARTICULO XII.

ESOFACISMO Ó ESPASMO DEL ESÓFAGO.

§ I.—Historia.

Esta enfermedad se conoce desde muy antiguo, pero sin que podamos hacer remontar su historia hasta Hipócrates, como lo quiere José Frank (1); pues en el pasaje que cita este autor se refiere al tétanos en el cual se presentan las convulsiones de la faringe como un síntoma particular que no debe ocuparnos aquí.

Entre los autores que han estudiado esta afeccion, debemos citar principalmente á F. Hoffmann, que le ha consagrado un largo capítulo (2). En estos últimos tiempos ha reunido Mondiere un gran número de hechos con el objeto de trazar la descripcion de esta afeccion espasmódica; pero á pesar de estas investigaciones y de los esfuerzos que ha hecho este último autor para llegar á un conocimiento exacto del *esofagismo*, es muy fácil advertir que reina gran confusion en su historia. En efecto, se han colocado entre los casos de esofagismo ejemplos de inflamacion verdadera, en los cuales el espasmo del esófago era solo un fenómeno accesorio; se ha referido á esta afeccion el resultado de alteraciones producidas por sustancias ácras y cáusticas, y finalmente se ha descrito con su nombre el estado espasmódico de la faringe y del esófago que sobreviene en la rabia. Hasta las úlceras de la parte superior de la laringe se han llegado á considerar como capaces de producir el esofagismo, fundándose en que en estos casos los alimentos y las bebidas son espulsados al momento de su ingestion. Creemos inútil hacer notar cuán viciosa es esta opinion.

Sin embargo, si únicamente se quiere admitir como verdadero espasmo del esófago los casos en que esta afeccion, de naturaleza puramente nerviosa, es enteramente local, ó en otros términos, los casos de *esofagismo idiopático*, sería muy corto el número de los que pudieran reunirse. En efecto, en la mayor parte se han hallado desio-

(1) J. Frank, *Patologia interna*, Madrid.

(2) Hoffmann, *Opera omnia*, t. III, Genevæ, 1761: *De morb. œsophag. spasmodic.*

nes, bien del esófago, bien de los órganos inmediatos que han explicado la producción del espasmo, y en otros había casi constantemente una afección nerviosa general, una neurosis de la cual el esofagismo no era más que un síntoma.

§ II.—Definición, sinonimia y frecuencia.

El esofagismo consiste en una constricción más ó menos completa y durable del conducto faringo-esofágico, que puede producir una disfagia absoluta ó impedir tan solo la deglución de los cuerpos, bien sean sólidos, bien líquidos. (Mondiere).

Por nuestra parte creemos que se debe reservar el nombre de *esofagismo* á la *constricción convulsiva del esófago*, que no puede explicarse por ninguna lesión orgánica de este órgano ni de los inmediatos.

Se han dado á esta afección los nombres de *constricción de la faringe y del esófago*, *tenesmo del esófago* y *disfagia nerviosa*.

No es muy frecuente y solo se presenta en las histéricas é hipocondriacos en el menor número de casos.

El esofagismo es siempre sintomático estando relacionado unas veces con una lesión local, y otras, que es lo más frecuente, á una afección de los centros nerviosos ó á una nevrose general. Las lesiones locales son de diversos órdenes; se han indicado entre las más frecuentes la faringitis, laringitis, el crup, la esofagitis y las estrecheces esofágicas, el cáncer del estómago. Las enfermedades de los centros nerviosos que pueden dar lugar al esofagismo son también muy numerosas, siendo menester colocar en primera línea las afecciones orgánicas del cerebro y de la parte superior de la médula espinal, y después las nevroses siguientes: hipocondria, locura, histerismo, que presenta con frecuencia el esofagismo entre sus síntomas; lo mismo se observa en la rabia.

Para proceder con un orden lógico procuraremos comentar ante todo la expresión *esofagismo* (*æso-phago-spasmus, stricture of the æso-phagus*).

Parece que la causa reside exclusivamente en el esófago, y sin embargo se observan con frecuencia en la parte posterior de la boca y en la faringe espasmos que se confunden con el esofagismo. Procediendo de la fisiología á la patología, vemos que la faringe rechaza á menudo la ingestión de ciertas sustancias, ya á causa de su sabor, ya por su forma. Este espasmo de las primeras vías se verifica en muchos casos en estado de salud. Basta recordar que muchas personas no pueden tragar cuerpos de forma esférica aunque sean de pequeño volumen.

Se ve, pues, que los fenómenos espasmódicos que se producen en la parte superior de las primeras vías son completamente análogos á los que se producen en el esófago.

A la par de este espasmo, que por lo común no dura más que un instante, y que parece una convulsión clónica, existe otro espasmo duradero, continuo, especie de tenesmo que no solo se opone á la ingestión de los alimentos por estrechamiento del esófago, sino que determina habitualmente una sensación dolorosa. Existe además otra especie de esofagismo, que consiste en una penosa sensación al nivel de uno de los puntos de las primeras vías, en la faringe ó en el esófago. No puede decirse que en estos casos exista espasmo, hay dolor, sensación de cuerpo extraño, ilusión que conduce á los enfermos á las concepciones más extravagantes. Otras veces solo es el resultado de la locura, la hipocondria ó el histerismo. Los enfermos creen haber tragado un cuerpo extraño y reclaman una operación quirúrgica para su extracción. En este caso, algunos profesores han condescendido con buen resultado en hacer una ligera operación inofensiva por medio de la que se cree el enfermo libre del cuerpo extraño. En las mujeres histéricas esta sensación dolorosa es análoga á la del *bolo histérico*, *huevo ó aura*, etc., y el estado general debe ser el que llame más la atención del médico.

En los casos en que los enagenados rechazan los alimentos ya porque no quieren, ya porque no pueden tragar, es menester alimentarlos por medio de la sonda esofágica. El cateterismo puede practicarse por la boca ó por las narices.

§ III.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* En general se puede decir que apenas se presenta hasta pasada la infancia, aun cuando Everard Home y el doctor Stevenson hayan citado casos en que existía desde los primeros años de la vida.

Se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre. En los casos de esofagismo observados en las histéricas, hay evidentemente algo parecido á esos trastornos de la laringe que producen la *afonía*, y de los cuales hemos hablado en el tomo II de esta obra. Los *hipocondriacos* le padecen con menos frecuencia; á lo menos solo se ha hecho mención de un corto número de casos de este género.

Stevenson, á quien cita Mondiere, ha referido un caso en el cual el esofagismo ha parecido *hereditario*. También predispone el *temperamento nervioso*.

2.º *Causas ocasionales.* Valleix no admite que la *inflamación* del esófago, la ingestión de *sustancias ácras*, puedan determinar el esofagismo, como lo creen Forestier, Plater, F. Hoffmann, Mondiere, etc. A estas causas unimos las lombrices y las sanguijuelas petetradas casualmente. Entonces se produce según toda apariencia una *contracción refleja* de la túnica muscular.

La presencia de un cáncer en el esófago determina el mismo fenómeno.

Las causas ocasionales mas frecuentes residen en las *afecciones morales* y principalmente en las *pasiones violentas*. Este género de causas obra sobre todo en personas de temperamento nervioso, en las histéricas é hipocondriacos, que como ya hemos dicho, son las que están particularmente predispuestas al esofagismo. La *imaginacion* por sí sola puede producir el mismo efecto, de lo cual ha citado Boyer un ejemplo notable (1). Era objeto de esta observacion una mujer histérica que despues de haber sentido algunas punzadas en un movimiento de deglucion, no podia tragar alimentos sólidos sin temor de sufocarse. Zimmermann (2) ha referido un caso todavía mas notable, porque habiendo sentido el sugeto al tomar una cucharada de caldo, que habia caído una corta cantidad de este liquido en la laringe, ya no pudo tragar desde este momento una sola gota, á pesar de haber hecho los mayores esfuerzos.

En ciertos casos se presenta en su mas alto grado el espasmo de la faringe y del esófago y hace imposible la deglucion, despues de una *mordedura de un perro que se creia rabioso y no lo estaba*. La imaginacion desempeñaba tambien la parte principal en la produccion de este fenómeno.

Al hablar de las *enfermedades del estómago y del útero*, indicaremos el espasmo del esófago *sintomático* de estas afecciones.

No hablaremos del esofagismo que se presenta en las *afecciones reumáticas*, porque mas tarde trataremos de analizar si la disfagia es en estos casos el resultado de un verdadero reumatismo del conducto musculoso.

Queda por último una causa acerca de la cual no se hallan conformes los autores, cual es la *dislocacion de los apéndices cartilaginosos del hueso hioides*, indicada por Valsalva, lo que ha hecho que Sauvages hubiese dado á esta disfagia el nombre de *disfagia valsalviana*, ó bien segun el doctor Mugna (3), la *diástasis* de estas prolongaciones cartilaginosas. Este autor ha citado en apoyo de su opinion un hecho acerca del cual Ollivier (de Angers), ha publicado una nota interesante (4). Esta dislocacion ó esta diástasis seria producida, segun los autores que acabamos de citar, por la *deglucion de un cuerpo duro y voluminoso*; pero antes de tratar de dar la explicacion de los hechos de este género, es preciso saber si realmente existe la dislocacion ó la diástasis, cuyo hecho no se ha demostrado de un modo directo, y Mondiere no le admite.

Mugna ha creído que habia cambio de direccion del hueso hioides en vista del buen resultado que le han producido las maniobras que ha hecho con el objeto de volver á su posicion normal las partes cartilaginosas en el sugeto cuya historia ha publicado, y como no ha po-

(1) Boyer, *Loc. cit.*, t. VII.

(2) Zimmermann, *Act. helvet.*, t. II, p. 97.

(3) Mugna, *Annal. univers. di med.*, t. XLVIII, Noviembre y Diciembre, 1828.

(4) Ollivier (d'Angers), *Arch. gén. de méd.*, t. XIX, p. 232.

dido concebir la dislocacion de los apéndices de este hueso, admitió la diástasis. Pero por una parte Ollivier no conviene en que las razones que se han dado en favor de la diástasis valgan mas que las que han hecho considerar al accidente como una dislocacion, y por otra Mondiere hace notar que con maniobras semejantes á las que se han empleado en estos casos se curaron verdaderos espasmos. La cuestion dista, pues, de estar resuelta.

§ IV.—Síntomas.

El esofagismo hace por lo comun su *aparicion repentina* en medio de la comida, en un movimiento de deglucion y hallándose el sugeto en estado de perfecta salud. Mondiere cita con este motivo una observacion que refiere Monro, y que recae en un individuo de edad avanzada, que estando comiendo fué acometido *de repente* dos veces en su vida, de un espasmo del esófago que impidió la deglucion. El primer ataque duró solo algunas horas y se disipó á beneficio de una lavativa anodina, y el segundo duró cuatro dias.

Una vez desarrollado el espasmo del esófago, varían los síntomas segun el punto afectado si el espasmo ocupa la parte superior del esófago, y sobre todo la faringe, *los alimentos son espulsados con fuerza al instante que se han introducido*; y cuando la constriccion espasmódica reside en la parte inferior, los alimentos se detienen en este punto ó bien son espulsados por un movimiento antiperistáltico, (Hoffmann).

Ordinariamente hay cierto *dolor* durante esta regurgitacion, aunque se le ha observado tambien sin dolor, (Latourette).

Al tratar de esta *regurgitacion*, no puede prescindirse de referir el hecho que recogió Courant (1), en el cual el bolo alimenticio permanecia por cierto tiempo detenido en el esófago, en seguida iba pasando sucesivamente de la parte superior á la inferior de este conducto, y por último, ó era arrojado afuera con violencia ó precipitado en el estómago. En un caso que cita Hoffmann, solo se detenía en el esófago el último bolo alimenticio, y no podia pasar mas que bebiendo gran cantidad de liquido. Este fenómeno de regurgitacion puede evitarse tomando los enfermos ciertas precauciones, que consisten, como lo ha notado Courant, que ha observado un hecho de este género, en masticar mucho los alimentos y aprovechar el instante favorable, engañando, por decirlo así, al espasmo (2).

Se ha hablado igualmente de síntomas que al parecer pertenecen mas bien á las vias respiratorias que á las digestivas. Así se han visto sobrevenir *espasmos violentos de las fáuces* durante la deglucion de los líquidos, y al mismo tiempo ponerse la *cara livida*, torcerse la cabeza hácia atrás, efectuarse un ruido de *gorgoteo* en la cámara posterior

(1) Courant, *De nonnullis morb. convuls. œsoph.*, Mompeller, 1778.

(2) Véase MONDIERE, *Loc. cit.*

de la boca, y manifestarse *angustias* violentas y hasta la *pérdida del conocimiento*. De dos modos se puede explicar la aparición de estos síntomas: en los casos en que se presentan despues de la ingestión de los líquidos, ¿dependerán de la introducción de alguna corta cantidad de bebida en la laringe? Y cuando aparece despues de la ingestión de los alimentos sólidos, ¿no deberán atribuirse á la compresión que el bolo alimenticio ejerce sobre la tráquea?

Tales son los *síntomas* que se manifiestan *durante la deglución*: en los intervalos se observa una sensación de *incomodidad*, de *constricción*, de existencia de un *cuerpo extraño*, una *bola* ó un *huevo de paloma*, sensaciones que son mas ó menos incómodas en los diferentes momentos del día, sin que haya una causa satisfactoria que explique esta variedad.

Todos los autores, desde Hoffmann, hacen especial mención del *hipo*.

En algunos casos ha invadido el espasmo los órganos de la respiración, aun fuera del acto de la deglución. Entonces la *voz* se halla á veces apagada, la *respiración* es anhelosa, y en ciertas circunstancias la *sufocación* es inminente. Segun Hoffmann, estos signos son exclusivos del *espasmo de la faringe*.

En ciertos casos llegan estos síntomas á adquirir tal intensidad y se afecta de tal modo la imaginación de los enfermos, que hay una verdadera *hidrofobia*. Mondiere ha referido acerca de este punto un hecho muy notable tomado del doctor Barbantini (1), y que se refiere á un jóven á quien su perro mordió ligeramente. Habiéndose perdido el animal sin que volviese á parecer, se figuró el amo que estaba rabioso, y de tal modo se afectó su imaginación, que desde el día siguiente presentó todos los síntomas de la hidrofobia. La deglución habia llegado á ser imposible, y hasta tenia algunos abcesos de furor, cuando al noveno día despues del accidente, volvió á presentarse el perro, y convencido el jóven de que no tenia la rabia, se curó inmediatamente.

Finalmente, debemos indicar algunas particularidades que se presentan en esta afección, como en todas las enfermedades nerviosas. «Unas veces las *bebidas calientes* pasan con mas facilidad que las frias, y otras *sucede lo contrario*. Lo mas comun es que solo se puedan tragar los *líquidos*, pero á veces no pasan mas que las *sustancias sólidas*. Elselenio (2) ha observado un hombre que ingeria sin dificultad los alimentos, tanto líquidos como sólidos, cuando estaban *calientes*, pero que al momento que intentaba tragar alguna cosa solo á la temperatura de la atmósfera, sentia como que le raspaba la garganta, el orificio del estómago se contraía, y el alimento permanecía en el esófago hasta que el enfermo bebia un *líquido caliente*, á beneficio del cual el cárdias se dilataba y el bolo alimenticio penetraba en el estómago. T. Perci-

(1) Barbantini, *Gior. di phys., chim.*, t. X.

(2) Elselenio, *Med. und. chir. Beauserk.*, Franfort, 1789.

val y Bleuland refieren casos semejantes. También se observa lo contrario, y así veremos en el artículo del tratamiento que el *hielo* ha disipado á veces la enfermedad. Courant ha observado casos en que los *alimentos sólidos* recorrian con facilidad todo el esófago, y los líquidos no podían tragarse ó no llegaban al estómago sino gota á gota, y Dumas (1) ha asistido á una enferma en la cual se efectuaba la deglución de los sólidos con tanta facilidad y con menos dolor que la de los líquidos (Mondiere) (2).»

§ V.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad no guarda ninguna regularidad, como sucede ordinariamente en las afecciones nerviosas. En un hecho que cita el doctor Desgranges, se presentó la afección bajo la forma intermitente y se contuvo con la quina; pero son bastante raros los casos de este género.

El espasmo del esófago no tiene *duración* fija, pues puede disiparse á las veinte y cuatro horas ó prolongarse sin remisión durante días enteros. Así en un caso que cita Bleuland, tomado de Osterdyck, no se presentó la menor remisión en doce días. Se ha hablado de esofagismo de larga duración; pero la enfermedad se presenta en los casos de este género á intervalos mas ó menos largos.

Apenas hay ejemplo de espasmo del esófago *terminado* por la muerte, como no sea en casos en que haya sobrevenido una verdadera hidrofobia.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Rara vez se ha presentado ocasión de examinar el esófago de los sujetos muertos de esta enfermedad, y así casi nada tenemos que decir de las alteraciones anatómicas. Mondiere cita un caso que refiere Howship, en que el esófago se hallaba contraído en muy alto grado y en un punto limitado, sin alteración de tejido. Baillie, que ha hallado la misma contracción, dice que ha notado que el esófago estaba en este punto mas duro que en el estado normal. En los casos de este género ¿no habria algo mas que un simple espasmo? Finalmente, en los sujetos que han sucumbido de hidrofobia no rabiosa nada de particular se ha hallado en el esófago.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* del espasmo del esófago no ofrece por lo comun grandes dificultades, puesto que un estorbo en la deglución que aparece de pronto en medio de un estado de perfecta salud y sin que

(1) Ch. Dumas, *Consultations et observ. de medecine*, Paris, 1824, en 8.º

(2) Mondiere, *Mem. cit.*, p. 481.

antes se haya percibido la menor dificultad al deglutir, anuncia evidentemente que la afección depende tan solo de un espasmo nervioso.

¿Cómo puede distinguirse este espasmo puramente nervioso del que acompaña á la *inflamación espontánea*? No es posible hacerlo con las observaciones que nos han dejado los autores. En cuanto al espasmo dependiente de la *ingestión de sustancias acres é irritantes*, el conocimiento de la causa basta para la formación del diagnóstico.

Con una sonda de *grueso calibre* introducida con cuidado, puede recorrerse todo el esófago sin encontrar obstáculo, lo que no se verifica en la estrechez orgánica. La auscultación hará distinguir si la constricción es nerviosa ó depende de un *aneurisma*.

Para el diagnóstico diferencial del espasmo del esófago y de una estrechez orgánica (véase artículo CÁNCER DEL ESÓFAGO).

Falta, pues, establecer la distinción entre el esofagismo y la *parálisis del esófago*, el que plantearemos en el artículo siguiente.

Pronóstico. El pronóstico no es grave. En el curso del histerico y en los hipcondriacos este síntoma desaparecía ordinariamente por sí mismo. Solo es algo temible el espasmo del esófago en los casos en que hay una verdadera hidrofobia, y en que se afecta extraordinariamente la imaginación de los enfermos.

§ VIII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas. Fed. Hoffmann, fundándose en ideas puramente teóricas, recomienda y ha practicado en algunos casos (1) la *sangría general*. Los demás médicos han empleado poco la sangría, á no ser que dependiese el espasmo de la inflamación del esófago. El mismo autor ha mandado aplicar *sanguijuelas al ano* en muchos casos en que atribuía la producción del esofagismo á la supresión de las hemorroides, cuya práctica se ha imitado algunas veces.

Antiespasmódicos. Estos medios se emplean interior y exteriormente, y su efecto es, segun Mondiere, muy diverso, segun que se les prescribe de uno ú otro modo.

Antiespasmódicos al interior. Entre todos estos medicamentos, el que se usa con mas frecuencia es el *alcanfor* administrado en un julepe, como, por ejemplo, el siguiente:

T. Alcanfor.	30 centigram.
Arrope de sauco.	45 gram.
Agua de melisa.	180 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas.

O bien en pildoras, del modo siguiente:

T. Alcanfor.	2 gram.
Nitro.	5 gram.
Jarabe simple.	C. S.

Háganse 40 pildoras, de que se toman dos ó tres al día.

(1) F. Hoffmann, *Consult. et resp. med.*, cent. I, sect. II.

Se han prescrito igualmente el *castoreo*, el *almizcle* y la *asa fétida*. La tintura siguiente contiene dos de estas sustancias.

T. Tintura de castoreo.	} aa 2 gram.
Tintura de asa fétida.	
Espíritu de asta de ciervo.	4 gram.

Mézclese. Se toma á la dosis de 15 á 20 gotas cada hora ó cada dos horas en una taza de *infusión de manzanilla*.

El almizcle debe darse igualmente á dosis bastante alta.

T. Almizcle.	20 centigram.
Azúcar de leche.	40 centigram.

Mézclese. Se toma de una vez, repitiendo esta dosis dos ó tres veces al día.

Se pueden aplicar estos remedios á la parte inferior del conducto digestivo por medio de *lavativas*, á las cuales es bastante frecuente tener que recurrir por ser imposible la deglución. J. Frank recomienda particularmente la preparación siguiente.

T. Infusión de manzanilla.	200 gram.
Asa fétida.	2 gram.
Yema de huevo.	n.º 1.

Para una lavativa.

No creemos que debemos detenernos mas en esta medicación, porque como lo ha hecho notar Mondiere, no hay un solo caso en que parezca que ha obtenido por sí sola la curación. Nos limitaremos á añadir que Fed. Hoffmann tenía gran confianza en el *sucino*, y sobre todo en su *licor anodino*, y á presentar una fórmula de este médico en que se hallarán reunidas otras muchas sustancias de que no hemos hablado.

Fórmula de Hoffmann.

T. Hojas de salvia.	} aa un puñado.
Hojas de verónica.	
Sumidades de mil en rama.	
Flor de manzanilla.	
Simiente de hinojo.	} aa 8 gram.
Simiente de anís estrellado.	

Infúndase en suficiente cantidad de agua. Se bebe á tazas.

Antiespasmódicos al exterior. Fed. Hoffmann ha insistido tambien acerca del uso exterior de los antiespasmódicos que aplicaba principalmente á la boca y á la faringe: así queria que se pudiese cierta cantidad de *triaca* debajo de la lengua y que se hiciesen llegar con lentitud á la faringe y al esófago el *castoreo*, el *alcanfor*, el *azafran* y algunas gotas de *licor anodino*, de modo que obrasen sobre el punto afectado. Los esfuerzos de la deglución son en tales casos mas perjudiciales que útiles.