



REVISTA

MÉDICO-FARMACÉUTICA

AÑO IV

CASTELLON 7 DE OCTUBRE DE 1882

NÚM. 100

SUMARIO.—*Sección profesional*: Desamparo de las clases médicas españolas en Portugal.—*Sección científica*: Los nuevos anestésicos. El protóxido de azoe.—Cómo y por qué se llega á ser tuberculoso, por M. Landouzy, traducción de los doctores Lassala y Forés (continuación).—Titulación del ioduro potásico.—*Revista científica*: Rapidísima preparación de la pomada mercurial.—Nuevo procedimiento para operar la oclusión de las fistulas salivares del conducto de Stenón.—Tratamiento de la epilepsia por el curare.—Nuevas investigaciones sobre las ptomainas.—Intervención quirúrgica en la obstrucción intestinal.—*Crónica*.—*Publicación recibida*.—Cubiertas, anuncios.

SECCION PROFESIONAL.

Vamos hoy á ocuparnos en esta sección de nuestra REVISTA, de un asunto que, como otros muchos, demuestra una vez más el desamparo en que se hallan las clases médicas de nuestra nación.

En virtud de un decreto-ley expedido en 6 de Febrero de 1869, se reconocieron en España como válidos los estudios y títulos conferidos en las escuelas oficiales del reino de Portugal. Cualquiera hubiese creído que á la prueba de afecto y consideración que esta medida entraña para con la nación vecina, había de corresponder ésta con otra igual, pero nada más lejos de ello, pues los hechos que vamos á consignar, emanados de los datos que hemos podido recojer, evidencian que la deferencia del gobierno español para con el portugués, es pagada por éste con una persecución sin tregua ni descanso contra los médicos españoles.

Un respetable compañero nuestro, el ilustrado médico señor Mascaró, marchó á Lisboa en 1870, pensando que podría ejercer allí su profesión; más pronto fué intimado por la autoridad para cerrar su clínica, instruyéndosele al mismo tiempo un proceso por ejercicio ilegal de la medicina y cirujía. En vista de esto, y agradecido el pueblo portugués á los servicios que el señor

Mascaró había prestado á muchos enfermos pobres, recurrió á S. M. el Rey don Luís á fin de que le autorizase para ejercer la medicina en Portugal. El jefe de la nación portuguesa se interesó por la causa de nuestro compañero y la recomendó al presidente del Consejo de Ministros, el cual ofició al señor Mascaró autorizándole con un Real decreto para ejercer temporalmente su profesión, si lo solicitaba, habiéndose de comprometer por su parte á examinarse cuando hubiese aprendido el idioma portugués. Nuestro querido compatriota el señor Mascaró, que tiene gran entereza de ánimo, y que como buen caballero jamás promete lo que no quiere cumplir, agradeció la oferta con que le distinguía el jefe del gabinete, pero no la aceptó por no querer examinarse nunca, prefiriendo ser condenado ante los tribunales por ejercicio ilegal de la medicina, para ver si de esta manera lograba llamar la atención de los representantes de Portugal que podían modificar una ley tan poco galante para España.

No se equivocó el señor Mascaró. A los pocos días el diputado é ilustrado profesor excelentísimo señor Julio Caldas había presentado un proyecto de ley en las Córtes, en el que pedía que, inspirándose en el principio de una justa reciprocidad internacional, se votase una ley igual á la que España había decretado á favor de Portugal. El gobierno portugués remitió dicho proyecto de ley á una comisión para que informase, y al cabo de tantos años, aún no ha informado. Este hecho prueba que el gobierno de Portugal se ha opuesto solapadamente á que dicha noble nación cumpla con un deber de cortesía internacional que el pueblo ha pedido, reclamado la prensa y sancionado la clase médica,—la más competente para juzgar el caso,—al pronunciarse en favor del señor Mascaró, aceptándole en su seno é inscribiéndole espontáneamente en el gremio médico de la ciudad de Lisboa.

¿No oponiéndose los médicos y pidiéndolo el pueblo, qué poderosa potencia oculta ha impedido hasta ahora que las Córtes portuguesas voten la ley que reclama la opinión pública?

Es de notar que todos los gobiernos de España que se han sucedido desde el año 1870 han reclamado á favor de las pretensiones del señor Mascaró, y el excelentísimo señor marqués de la Vega de Armijo, ministro de Estado, hizo declaraciones favorables á la causa que nuestro querido compañero sostiene hace tantos años en Portugal, en la sesión de Córtes de 1.º de Junio de 1882, al responder al diputado don Saturnino Esteban

Collantes. También el excelentísimo señor Vizconde de Campo Grande, clamó en el Senado en la sesión de 9 de Junio de 1882, contra la falta de reciprocidad de Portugal, y al contestarle don Julián Calleja, dijo: «que en el fondo estaba completamente de acuerdo con el señor Vizconde, y que se podía calificar de cruel la persecución del Estado portugués contra nuestros compatriotas, á quienes no se les permite ejercer la medicina sin pasar por una multitud de exigencias.»

Entre tanto, sin embargo, por uno de aquellos absurdos inconcebibles en personas ilustradas, se ha visto al gobierno portugués, que por todos los medios han impedido el que se *legalice* el ejercicio de la profesión por el señor Mascaró, *legitimarlo cobrándole contribuciones como médico, por ejercer la medicina que no puede ejercer libremente.* Al mismo tiempo se le han instruido varios procesos, poniéndole en peores condiciones que el último curandero; y pareciendo poco, sin duda, la *persecución legal*, se han intentado contra nuestro distinguido compañero otras persecuciones de más baja esfera: se le ha envuelto en causas criminales políticas y no políticas, se le ha avisado *bondadosamente* para que escapase, se le obliga á pagar fuertes contribuciones, se ha permitido que se saqueen sus propiedades..... en una palabra, se le abrumba con un sinnúmero de penas que el señor Mascaró, después de todo, sufre con calma y hasta con gusto, por ver si obtiene que se pague á España lo que tan justamente se la debe.

Ahora bien: si han sido infructuosas hasta hoy día las gestiones de nuestros representantes en la córte de Lisboa y desatendidos los clamores de los legisladores españoles, si se han tomado las reclamaciones de nuestros fugaces gobiernos como simple y débil expresión del deseo de éstos, urge ya hacer ver claramente á Portugal que la opinión pública pide en España este acto de cortesía internacional. Y al efecto, nos permitimos excitar á nuestros compañeros en la prensa para que inspirándonos todos en los más puros sentimientos de amor pátrio, aconsejemos al gobierno español lo que juzguemos procedente, ilustrando al mismo tiempo la opinión pública, para que ésta pueda, con conocimiento de causa, pronunciar su fallo supremo, robusteciendo la acción diplomática, único medio de obtener sin más dilaciones una solución digna de España y Portugal, cual cumple al decoro de dos naciones vecinas y amigas.



SECCION CIENTIFICA

LOS NUEVOS ANESTESICOS

El protóxido de ázoe.

En el anterior artículo me ocupé del bromuro de etilo, exponiendo sucintamente la facilidad de su aplicación y las ventajas que presentaba sobre otros anestésicos conocidos, justificando con esto la utilidad de este agente terapéutico.

Hoy voy á tratar del protóxido de ázoe ó gas hilarante, que aunque no de tan fácil aplicación, reúne, sin embargo, excelentes condiciones para que de su empleo resulten considerables ventajas.

Las propiedades fisiológicas de este gas fueron descubiertas por Humphry Davy en 1799; pero este hábil químico que estudió sus aplicaciones terapéuticas, dejó completamente á un lado su estudio como anestésico. Cuarenta años después, un dentista americano (Horace Wells) descubre las propiedades anestésicas del gas hilarante, aplicándole con éxito en las operaciones de los dientes. Posteriormente, algunos cirujanos lo emplearon ya en las operaciones de más importancia; pero el descubrimiento del éter y cloroformo hizo se diera completamente al olvido.

En 1863, el doctor Colton, que había asistido á los primeros ensayos de Wells, hizo bastantes esfuerzos para rehabilitar el protóxido de ázoe como anestésico, fundando en Nueva York una especie de instituto en el que no se operaba sin la anestesia proto-azoadada. Este establecimiento alcanzó un éxito prodigioso, tanto, que en 1876 habían sido anestesiados en el Instituto del doctor Colton más de cien mil enfermos, sin tener que lamentar ningún accidente. Después de esto, generalízase en la cirugía dentaria en América y Europa, demostrando que el gas hilarante produce con rapidez una insensibilidad suficiente para practicar la mayor parte de las operaciones.

Tal es la historia de la anestesia proto-azoadada, hasta la época en que aparecieron los trabajos de M. Paul Bert. Estos trabajos, que han llamado la atención del mundo médico sobre un agente que estaba relegado á la práctica dentaria, tienen grandísima importancia, abriendo una era nueva en la práctica de la anestesia.

El 11 de Noviembre de 1878, M. Paul Bert comunicaba á la Academia de Ciencias la posibilidad de obtener por medio del protóxido de ázoe una insensibilidad de larga duración, haciendo notar la inocuidad de este agente.

Mis experimentos sobre los animales, decía M. Bert, me autorizan para recomendar con interés á los cirujanos el empleo del protóxido de ázoe á baja presión, obteniéndose de este modo una anestesia bastante prolongada, con insensibilidad y resolución muscular tan completa como se desee, con retorno inmediato y bienestar consecutivo.

El procedimiento de aplicación es sencillo y cómodo, pues en los casos en que los temperamentos, constituciones ó susceptibilidad individual exigieran la variación de dosis, sería bastante aumentar ó disminuir ligeramente la presión por medio de una espita colocada en el aparato.

Dificultad grande es, y en muchos casos insuperable, el coste del aparato, que aunque á un nosocomio ó un establecimiento cualquiera, pero que reúna suficientes fondos, les sea fácil su adquisición, en la práctica particular urbana y rural raro será el médico que se permita el lujo de gastarse veinte ó treinta mil reales en esa especie de máquina. Esto no obsta para que tengamos interés sumo en conocer los adelantos de la ciencia.

Los experimentos que el doctor Fontaine emprendió en 1879 han demostrado que la anestesia proto-azoadada es aplicable á todas las operaciones, aconsejando que se emplee mezclándolo con el oxígeno, presentando de este modo una inocuidad casi completa, especialmente para prevenir la asfixia.

Perfeccionados ya los medios de aplicación, ha sido empleado este método por los primeros cirujanos de París, pudiendo citarse entre ellos á los doctores Labbé, Péan, Perier y Le Dentu.

Entre las operaciones practicadas pueden citarse dos amputaciones de la mama, ocho operaciones sobre los huesos, una amputación del muslo, ocho fístulas del ano, seis estirpaciones de tumores diversos, cuatro estirpaciones de epiteloma de los labios, una resección del nervio supra-orbitario, etc., etc. Esta enumeración es suficiente para probar que este nuevo método es aplicable á todas las operaciones.

La duración de la anestesia varía de cuatro á veinte y seis minutos. La insensibilidad completa se obtiene sin atravesar ningún periodo de excitación y al cabo de un tiempo que varía también entre quince segundos y dos minutos. El retorno á la sensibilidad tiene lugar ordinariamente después de medio ó un minuto. En algún caso persiste cierto grado de analgesia aun después de dos ó tres minutos que han cesado las inhalaciones.

Los experimentos de Paul Bert permiten afirmar que el pulso y la respiración se aceleran al principio. Este fenómeno, que había sido ya señalado por Hermann y otros observadores, no tiene importancia práctica, porque desaparece tan pronto se presenta la anestesia. Al revés de lo que sucede con el cloroformo y el éter, el protóxido de ázoe mezclado con oxígeno y á baja presión, no dá lugar ni á vómitos ni á ningún malestar consecutivo. En la gran mayoría de los casos, los enfermos salen por sí mismos de la cámara anestésica.

Esta ausencia de vómitos nos parece ser una de las grandes ventajas de la anestesia proto-azoadada; pues se sabe que el éxito de cierto número de operaciones hechas sobre el abdomen y sobre los ojos se compromete frecuentemente por los vómitos, algunas veces incoercibles, que se observan después de la administración del cloroformo.

Una de las complicaciones que se observan es las contracturas de los miembros. Esta complicación, al parecer bastante grave, ha sido obvia-

da por Paul Bert aumentando la presión en la cámara dos ó tres centímetros, bastando generalmente de quince á veinte y dos centímetros para obtener la insensibilidad y la resolución. Esta facilidad con que se aumenta la presión, y por consiguiente la insensibilidad, constituye una de las grandes ventajas de este método.

El rápido retorno á la sensibilidad nos lo esplicaremos fácilmente si consideramos que el gas hilarante no se combina químicamente en el organismo, como sucede con el cloroformo, sino que se disuelve en la sangre escapándose por los pulmones.

El cloroformo, el éter y en general todos los carburos y clorocarburos de hidrógeno, quedan retenidos bastante tiempo después de la anestesia en las materias grasas, en la sangre y en los centros nerviosos.

Por otra parte, la gasificación del cloroformo administrado por el método ordinario dista mucho de ser perfecta; se evapora más ó menos rápidamente según la temperatura esté más ó menos elevada, según esté el ambiente saturado ó nó de vapores, según la cantidad que exista en las vías respiratorias y hasta influye bastante la distancia en que se coloca la compresa; inconvenientes de los que carece la anestesia proto-azoadada.

A una misma presión la cantidad de protóxido de ázoe absorbida por el enfermo no suele variar; el enfermo se satura de este gas, pero no se puede sobre-saturar si la presión no aumenta.

Además M. Blanchard y M. Bert, han hecho algunos experimentos, probando que la zona manejable de éste anestésico es mucho más considerable que la del cloroformo. Resulta de estos experimentos, que si la dosis anestésica se representa por dos, la dosis mortal será tres; la zona manejable, pues, estará entre dos y tres, zona mucho más reducida por cierto que la del protóxido de ázoe.

Prueba evidente de esto es, que en las múltiples anestesis verificadas por los dentistas, personas generalmente poco duchas en la materia, no se ha tenido que lamentar ningún accidente, mientras que en la anestesia clorofórmica, realizada casi siempre por habilísimos operadores, se cuentan á centenares los gravísimos accidentes y algunas veces la muerte.

J. Chillida Meliá.

Continuará.

COMO Y POR QUÉ SE LLEGA A SER TUBERCULOSO,

por **M. L. Landouzy**

TRADUCCION DE LOS DOCTORES LASSALA Y FORES

Continuación.

¿Es el producto de un desorden humoral, de una perversión evolutiva de los elementos histológicos, ó se trata acaso de una infección, de la

penetración del organismo por una semilla que cae y germina en un terreno de antemano preparado?

La contestación á esta pregunta establece nada ménos que el determinismo de la tuberculosis; vá directamente á buscar su naturaleza.

Sobre este capítulo, señores, no encontrareis gran cosa en vuestros libros clásicos: «Resultado de la hipotrofia del organismo; neoplasia diatésica; manera de ser del organismo que la sufre, con producción de un neoplasma que tiene tendencia á pasar al estado fibroso» y salvo algunas variantes, he aquí todo.

Es esta una manera de decir abreviadamente lo que es la tuberculosis en su expresión anatómica, pero esto no es en manera alguna calificarla ni ménos todavía clasificarla.

Tan grande es la perplegidad de los nosógrafos, que á pesar de colocar la tuberculosis entre las enfermedades generales, se ven obligados á inscribirla fuera del cuadro en una casilla *incertæ cedis*, intermedia entre las diatésicas por un lado y las virulentas por otro, inclinándose por una parte á considerar la tuberculosis como enfermedad diatésica, bajo el pretexto de que parece hereditaria y frecuentemente maridada con la escrófula, y tendiendo por otra, á encontrar en los experimentos de Villemín una demostración de su naturaleza virulenta.

A despecho de sus reservas y reticencias, los patólogos parecen inclinarse de mejor grado á esta opinión de la virulencia de la enfermedad y por un momento colocarían la tuberculosis en el grupo de las virulentas, sino en la inmediación á lo ménos á continuación de la sífilis del muermo y del carbúnculo.

Ahora bien, señores, no ignorais que merced á los trabajos que en todas partes se hacen y á la influencia de los magníficos descubrimientos de Davaine y de Pasteur, el carbúnculo y la rabia no solamente son considerados como enfermedades virulentas, sino también como infecciosas, es decir, producidas por la introducción y proliferación de elementos vivos que en la lucha por su existencia propia, vienen á turbar la nutrición del organismo, á perturbar sus funciones y á solicitar su reacción.

Sabeis que para algunas de estas enfermedades, ayer clasificadas entre las virulentas, el agente mórbido (la causa determinante), elemento infeccioso en la especie, ha podido ser descubierto, recogido, cultivado, inoculado más tarde, permitiendo así á la ciencia experimental hacer una brillante síntesis, allí dónde la clínica no había podido hacer más que una exacta análisis.

Esta historia del carbúnculo hace reflexionar á más de un médico que se pregunta si la tuberculosis (que los famosos experimentos de Villemín nos han enseñado ser una enfermedad virulenta) puede acaso deber su virulencia á algún agente infeccioso. No podeis ignorar que esta manera de concebir la tuberculosis, hace nacer en diversos puntos trabajos de inmenso alcance, de los cuales juzgareis en breve. Parece que por fin estamos en vísperas de saber á qué atenernos sobre la naturaleza de la tísis y ver pasar á la tuberculosis, del grupo cada día mas escaso de las enferme-

dades *incertæ cedis*, á la clase cada vez más invasora de las enfermedades infecciosas, al lado de las epidémicas y contagiosas que tratamos ordinariamente y cuyo carácter infeccioso es tan marcado que no esperó para imponerse las pruebas materiales que pedimos á la tuberculosis.

Un solo y decisivo hecho bastaría para establecer definitivamente la naturaleza de la tuberculosis y fijar su infecciosidad; éste sería el reconocer, aislar, cultivar é inocular un elemento que por sus reacciones sobre un organismo vivo, respondiese siempre al mismo tipo, y siendo elemento tuberculoso diese tuberculosis, siempre tuberculosis y nada más que tuberculosis, como la bacteria del carbúnculo dá siempre el carbúnculo y sólo el carbúnculo, miéntras sean idénticas las condiciones del experimento.

Faltos de esta prueba decisiva, orillemos la dificultad y preguntemos á la observación pura, á la clínica, á la anatomía patológica si la tuberculosis no presenta con las enfermedades infecciosas muchos puntos de exacto parecido. Preguntemos á la patología general si la tuberculosis se ofrece como una enfermedad infecciosa, si de tál tiene los atributos y modos de ser.

1.º Las enfermedades infecciosas tienen por principal carácter ser tan comunes que componen como sabeis el 35 por 100 de la mortalidad general.

Ahora bien: la tuberculosis falta tanto menos á este principal *carácter de frecuencia* de las enfermedades infecciosas cuanto que no confiere inmunidad. Esta frecuencia es tal, que en Francia por lo ménos, ocupa el primer lugar entre las causas de la mortalidad, puesto que del 35 por 100 que hemos indicado para todas las enfermedades infecciosas, corresponden á la tísis 23 por 100, y sólo en Paris ocasionó durante los ocho primeros meses de 1880, 7.724 víctimas, miéntras que todas las demás enfermedades epidémicas y contagiosas juntas sólo ocasionaron 6.861; durante los primeros ocho meses de 1881 produjo la tuberculosis 8.222 defunciones y todas las otras afecciones clasificadas entre las epidémicas y contagiosas sólo 5.597.

Convendreis conmigo en que si, según la expresión pintoresca y justa de Milton, las enfermedades son los caminos que conducen á la muerte, la tuberculosis es la vía más frecuentada en la cual entran sobre todo (como lo prueba la estadística) niños y adolescentes, encontrándose en ella mucho más raramente los viejos.

2.º Si la tuberculosis es una enfermedad infecciosa, debe, como sus análogas, presentarse sobre todo en los organismos jóvenes. Sabeis cuán frecuente es en el niño (meningitis tuberculosa, tumores blancos, tabes mesentérica, tísis pulmonar) y en el adolescente para disminuir en frecuencia después de los 40 años y ser muy rara en la vejez.

3.º La tuberculosis como enfermedad infecciosa debe cebarse de preferencia en los organismos débiles y enfermizos que de un modo general se dejan invadir más fácilmente por el agente infeccioso. Las condiciones de miseria sobre las que tanto hemos insistido á propósito de las causas preparatorias de la tuberculosis, prueban ámpliamente que, aún

bajo este punto de vista, dicha enfermedad tiene más de uno de los atributos de las parasitarias.

4.º Como infecciosa ¿deberá la tuberculosis evolucionar, localizarse, difundirse y generalizarse después, como lo hacen las otras enfermedades infecciosas?

Todos los casos de la anatomía patológica prueban que la tuberculosis no procede de otro modo, y éste es uno de los más poderosos entre los argumentos sobre los cuales insistió el profesor M. Bouchard cuando en su curso de 1880 abogó por la infecciosidad de la tuberculosis. «¿La tuberculosis, decía, no parece desarrollarse en los vasos por intermedio de la sangre que contagia la túnica interna de las arterias, la cual atestigua su infección, no solo por la proliferación de sus elementos, si que también por la coagulación de su contenido? ¿El agente infeccioso franqueando las túnicas vasculares no contamina los tejidos ambientes dando así la razón del hecho bien conocido del desarrollo de los nódulos tuberculosos á lo largo de los vasos?

Si alguna afección ha dejado de manifestarse claramente infecciosa por su anatomía y fisiología patológicas, seguramente no será la tuberculosis, cuyos procesos endoarteríticos recuerdan bajo tantos conceptos los de la sífilis, enfermedad infecciosa por excelencia. La periarteritis que tantas veces ha comprobado mi maestro M. Cornil en la meningitis tuberculosa, la inflamación de la túnica interna de los vasos descrita por mi amigo H. Martín, y las investigaciones análogas de Kiener ¿no prueban que ha penetrado en los conductos vasculares un agente infeccioso?

Este agente inflama por una acción de presencia la pared arterial é infecta por diapédesis los tejidos, cuya alteración aparece tanto más intensa y rápida cuanto más ampliamente abiertas han quedado las vías vasculares, como lo comprueban, por ejemplo, en el curso de la meningoencefalitis tuberculosa las lesiones y la sintomatología tan predominantes en la región fronto-parietal, que permitiría llamar á esta enfermedad *meningitis silviana*.

Acaso la tuberculosis, cuando en su forma granulosa toma en algunos dias posesión de un organismo y enciende en él la fiebre, lo invade por completo y lo mata con más certeza que muchas enfermedades infecciosas, no nos ofrece los rasgos característicos de éstas? ¿No ofrece todos los caracteres de una enfermedad infecciosa cuando vemos, todos los dias, despues de muchos meses de tuberculosis local (induración exactamente y por mucho tiempo limitada á los vérdices del pulmón—mal de Pott—osteitis tuberculosa de la tibia) declararse de pronto verdaderas infecciones secundarias que ya imponen al ánimo menos prevenido la idea de una infección, de una enfermedad generalizada, ya imprimen á la dolencia una fisonomía completamente nueva, y cambian sus caracteres encubiertos tórpidos y crónicos en una marcha rápida, á veces agudísima?

Le Progrès Médical.

Continuará.

TITULACION DEL IODURO POTASICO. (1)

Actualmente se siguen dos procedimientos para conseguirla, que son los de Berthé y Personne.

El primero se sirve de un licor normal de iodato de sosa acidulado, que vierte en una cantidad conocida de ioduro de potasio. El líquido se ennegrece desde luego, y cuando cesa de colorarse por la adición de una sola gota de iodato, se lee el gasto hecho de este último y se conoce la cantidad correspondiente de ioduro puro.

Este procedimiento, dicen, debería ser quizá más usado en los laboratorios, y si no lo es todo lo que debía, es porque reclama el concurso de un reactivo bastante poco empleado, y raras veces puro, aparte de que la operación es relativamente larga. Estas son verdaderas dificultades; pero en nuestro concepto la mayor y más fundamental de todas es la que suele dar resultados inexactos en presencia del iodato, que es una impuridad bastante frecuente del ioduro comercial.

En cambio el procedimiento de Personne se ha enseñoreado en poco tiempo y adoptado por muchos de nuestros químicos. Está fundado en la propiedad que tiene el bicloruro de mercurio de formar, al contacto de los ioduros solubles, un precipitado rojo, que se disuelve en tanta mayor proporción en estos últimos, cuantos contengan más ioduro puro.

Varias causas han influido para que se haya adoptado este método por la generalidad. Por una parte su sencillez y hermosura, pues el término de la reacción se manifiesta por la persistencia inmediata de un precipitado rosáceo tan visible á la luz artificial como durante el día, y por otra la brevedad del ensayo, la no intervención del calor, la presencia del reactivo en estado de pureza en todas las oficinas, la simplicidad de utensilios, etc. Pero en medio de todas estas ventajas, deja, en nuestro entender, bastante que desear bajo el punto de vista de la exactitud, y esto lo ha confirmado y demostrado Carles, que ha hecho ver no se consiguen resultados constantes para una misma muestra de ioduro.

Observado este hecho, el autor de que acabamos de hacer mención ha preparado tres distintos ioduros: uno de ellos con ácido iodhídrico y carbonato de potasa obtenido con la sal de acederas, otro por el método del Códex, y el tercero y último con ioduro comercial, reputado puro y recristalizado seis veces. Estos ioduros fundidos titulan 100 por 100 con el nitrato de plata, y todos tres con el procedimiento del bicloruro de mercurio, no titulaban más que 94. Se ha tratado de investigar la causa de este error con objeto de subsanarle, pues es tanto más necesario, cuanto que en concepto de Carles, si bien el ensayo por la sal de plata es un medio de comprobación, no merece por sí sólo sino una confianza relativa.

¿Cuáles son las impuridades ordinarias del ioduro comercial? Por lo general son: agua, iodato de potasa, carbonato, cloruro, bromuro de po-

(1) De *La Farmacia Española*.

tasio y cloruro de sodio. Puesto en presencia del nitrato de plata, todas estas sales ocasionan un gasto de reactivo que para unos es mayor y para otros menor que el equivalente á un peso igual de ioduro, de tal suerte, que es fácil concebir una mezcla hecha en proporciones tales, que la sal de plata la denunciaría, sino como ioduro puro, al ménos como mucho ménos impuro que lo es en realidad.

Se objetará á esto que es fácil, merced al calor, hacer desaparecer el agua y iodato que contrabalancean la acción de las otras sales estrañas. Lo concedemos de buena voluntad; pero á ménos de hacer dos ensayos directos del agua y del iodato, se ignora cuál sea su proporción en el ioduro primitivo, ó mejor, el iodato, agente perjudicial por excelencia, vendrá, por el contrario, á hacer subir de punto el título del ioduro después de la fusión ígnea en el ensayo por la sal de plata.

Todas estas causas de error pueden eliminarse en principio con el procedimiento del bicloduro de mercurio.

¿Pero cómo se hace exacto? ¿Cuál es su punto vulnerable? ¿Está en el sublimado? La experiencia responde negativamente: no acusa más sal marina que la que sirve para facilitar su disolución, porque su supresión no ejerce influencia sensible sobre la defensa del ensayo. ¿Podrá decirse que el ioduro es, por último, impotente para redissolver el precipitado rojo? Hasta ahora no, porque haciendo evaporar la toma de ensayo del mismo ioduro, su primitivo título se eleva de 94 á 97-98, según el agua eliminada. Esta sobre-elevación del título nos ha parecido acusar el grado de dilución del líquido, y hemos podido asegurarnos por el ensayo contrario de que estaba allí la parte débil; pues añadiendo á la toma de ensayo del ioduro puro uno, dos, tres volúmenes de agua, se hace retrogradar el título primitivo de 94 á 92,5—91,—89, etc., ó mejor si en una solución concentrada de ioduro de potasio saturada de ioduro mercúrico, se vierte agua destilada, se reprecipita una cantidad de ioduro rojo proporcional al grado de dilución.

Se consigue que el agua disocie el ioduro doble de mercurio y potasio, así como los otros ioduros dobles.

Para obviar este inconveniente sería preciso ó prescindir del concurso del agua, que sería muy difícil, ó contrabalancear su acción descomponente, y el alcohol se ha encargado de ello.

Operando con ioduro puro, Carles ha observado, después de tantos tanteos, que bastaba disolver esta sal en espíritu de vino de 35°, para conseguir en el ensayo una riqueza de 100 por 100; pero desde el momento que cambió á propósito el título del ioduro, el sublimado se halló en menor cantidad, debido á que el grado alcohólico variaba.

Comprendiendo que era indispensable que este grado quedase siempre invariable, el autor ha hecho disolver ioduro y sublimado, cada uno en alcohol á 17°,5 y desde este momento los resultados han sido exactos, es decir, que cualquiera que haya sido el título de la solución de ioduro puesta en reacción, el sublimado la indicaba de un modo seguro é invariable.

Quedaba por estudiar la influencia de las sales estrañas. Para ello ha hecho disolver separadamente en alcohol á 17º,5, cloruros, bromuros, iodatos y carbonatos de potasa en las mismas proporciones que el mismo ioduro, y ha sustituido en la copa de ensayo á dos centímetros cúbicos de solución de ioduro, un volumen igual de solución de dichas sales estrañas, y cada vez el líquido titulante ha denunciado 80 por 100 de ioduro puro. La verdad obliga á decir sin embargo, que el bromuro ha acusado una ligera excepción, porque ha hecho subir el título de 80 á 81: pero cuando esta sal no entra en el ioduro sino en la proporción de 1,40, su influencia es escasa ó casi nula.

Con objeto de fijar bien el valor del método, M. Carles ha hecho las mezclas siguientes:

1.º	{	Ioduro de potasio puro.	70
		Cloruro.	10
		Bromuro.	10
		Iodato.	5
		Carbonato.	5

Y sublimado ha indicado 70,50 por 100 de ioduro puro.

2.º	{	Ioduro de potasio puro.	70
		Cloruro.	20
		Iodato.	5
		Carbonato.	5

Y el sublimado ha acusado 70 por 100 de ioduro puro.

En resúmen, el procedimiento de Personne presenta toda la exactitud apetecida, y denuncia inmediatamente el título real del ioduro de potasio sin ser modificado por las sales estrañas, siempre que se emplee, como único disolvente del ioduro y de la sal mercúrica, el alcohol á 17º,50.

M. E. L.

Revista científica.

Rapidísima preparación de la pomada mercurial.—Nuevo procedimiento para operar la oclusión de las fistulas salivares del conducto de Stenón.—Tratamiento de la epilepsia por el curare.—Nuevas investigaciones sobre las ptomainas.—Intervención quirúrgica en la obstrucción intestinal.

Hace ya mucho tiempo tenia intención de publicar en LA REVISTA MÉDICO-FARMACÉUTICA, un método de preparación de la pomada mercurial, sencillísimo, fácil y el más rápido que yo sepa, se conoce; creyendo prestar con esto á la clase farmacéutica un utilísimo servicio.

Poned en un mortero treinta gramos de manteca rancia, añadid doscientos gramos de mercurio y agitada la mezcla; á los cinco minutos el mercurio se ha extinguido completamente.

Entonces agréguese la cantidad de manteca fresca que marque la farmacopea para que quede ya formada la pomada mercurial.

• Como se vé, este método es mucho más sencillo y más breve que el publicado en *La Farmacia Española*, por el señor Morelló.

J. Chillida Meliá.

* * *

El profesor Richelot publica en *L' Union Médicale* un nuevo procedimiento operatorio para curar esas rebeldes é incómodas fístulas salivares, que resultan de la perforación del conducto de Stenón.

Puede resumirse la operación de esta manera: 1.º Hundir un trocar en la fístula de delante atrás y hacerle salir por la cara cutánea de la región geniana, de suerte que resulte un orificio posterior situado fuera del curso de la saliva. Por medio de un estilete introducir provisionalmente un hilo que ocupe el lugar del trocar. 2.º Perforar por la fístula oblicuamente la megilla de atrás á delante y colocar un tubo de cauchouc cuya estremidad anterior salga por la boca. 3.º Atar la estremidad posterior del tubo al hilo provisional y hacerla salir por el orificio nuevamente creado. De esta suerte un asa de cauchouc pasa por detrás de la fístula sin tocarla. 4.º Refrescar y suturar la fístula. Deben hacerse dos observaciones importantes. Antes de la sutura importa dejar decrecer la hinchazón inflamatoria y esperar que la saliva se derrame en la boca con una facilidad relativa; después de la sutura conviene esperar todavía y no retirar el tubo antes que la saliva corra libremente y la cicatriz tenga resistencia.

La novedad de este procedimiento estriba en dos cosas; en la creación de un orificio posterior y en el empleo del tubo de cauchouc. Respecto á este último, parece ser más cómoda su aplicación y tolerarse mejor por los tejidos que la cánula de Dufœnix, ó el alambre de Deguise y Béclard. Las condiciones en que queda el nuevo trayecto, que vá lentamente acostumbrándose al paso del líquido salival mientras la fístula sufre un hábito inverso, parecen abogar por la creación del orificio posterior. A primera vista parece que este recurso no salve las dificultades comunes á los demás procedimientos, puesto que reemplaza la fístula que se quiere curar por otra situada más atrás; pero nótese que este orificio posterior no tiene las condiciones de una verdadera fístula, por estar situada fuera del curso de la saliva y porque en el momento de retirar el sedal, las vías se restablecen y nada se opone ya á la libre circulación del producto parotídeo.

En resumen, creemos que el proceder de M. Richelot merece ensayarse de nuevo, no sólo por la sencillez del manual operatorio, sino también porque responde fielmente á las indicaciones terapéuticas.

* * *

El doctor Kunze recomienda de una manera apremiante el curare en

la epilepsia. Ha experimentado este medicamento en treinta y cinco enfermos y obtenido en nueve de ellos una perfecta curación. Los hechos referidos detalladamente por él prueban que en todas las formas de epilepsia, aún en aquella en las cuales la enfermedad, ya antigua, ha producido una debilidad notable de la inteligencia, aquel puede curar el mal y aún devolver al espíritu algo de su integridad. Alefreu, animado por estas observaciones, ha ensayado el curare en cierto número de casos de epilepsia confirmada, porque el bromuro, asociado ó no á la atropina, no siempre produce buen resultado. Ha adoptado la fórmula de Kunze, pero haciendo filtrar la solución para las inyecciones:

Curare.	:	50 centigramos.
Agua destilada.	:	5 gramos.
Acido clorhídrico.	:	1 gota.

Inyecta cada cinco días el tercio ó los dos quintos de una jeringa de Pravaz. La inyección no dá jamás lugar á inflamación ni á síntomas de envenenamiento. Es preciso insistir mucho sobre la cualidad de las materias empleadas y la perfección en la preparación de la disolución.

*
**

Los *Annali Universali de Medicina e Chirurgia* reproducen una memoria del profesor Adolfo Casali, sobre los llamados alcaloides cadavéricos.

Las conclusiones de este importante trabajo se reducen á dos:

Primera. Las ptomainas no son alcaloides comparables á los verdaderos alcaloides de las plantas (*a*) por su modo de formación (*b*) por su gran inestabilidad molecular, cuando se las sujeta á la acción del calor, del oxígeno ó del ácido sulfúrico (*y c*) porque no pueden producir como los alcaloides propiamente dichos cloro-platinatos y cloro-auratos insolubles.

Segunda. Las ptomainas deben ser consideradas como combinaciones amídicas; (*a*) porque en la putrefacción el trabajo de desasimilación se continúa en los derivados de las materias albuminoideas (ptomainas fisiológicas); estos derivados están representados por amidas de diversa naturaleza y por combinaciones afines; (*b*) porque las ptomainas, generalmente tienen una función química doble (*c*) por la acción reductora enérgica, rápida y constante que ejercen sobre reactivos, especialmente sobre el cloruro de oro (*d*) porque ponen constantemente en libertad su nitrógeno por la acción de los óxidos, comprendiendo en ellos al ácido nítrico y al nitrato de potasa.

*
**

El doctor W. Hill de Bloomington ha leído á la *Asociación Médica Americana* una Memoria sobre la gastrotomía, como medio curativo del

atascamiento intestinal, refiriendo el siguiente caso, debido á la invaginación del íleon en el ciego.

- La afección fué debida á que el enfermo comió melocotones sin madurar y casi sin masticarlos. Se emplearon sin resultado los anodinos, fomentos calientes, catárticos, etc. A los tres días se observó un bulto del tamaño de un huevo de gallina en la fosa iliaca derecha. Se diagnosticó de invaginación del íleon en el ciego, y se creyó que el único recurso de salvación eran los medios quirúrgicos. Se cloroformizó al enfermo y se hizo una incisión de 5 pulgadas, hasta que se puso al descubierto el órgano afecto; oprimiéndose sobre el intestino, y la masa atascada pasó dentro del ciego.

Los bordes de la herida se reunieron con suturas y aglutinante, como en el labio leporino sujetándolo con un vendaje. La herida cicatrizó por primera intención, y á los seis días pudieron quitarse los alfileres. Después de una ligera peritonitis, el enfermo se restableció por completo. Desde entonces (1855) ha practicado esta operación varias veces con éxito feliz.

CRONICA.

Ha sido nombrado decano de la facultad de Medicina en Valencia el conocido catedrático de obstetricia de aquella facultad doctor don Francisco de P. Campá. Su elección ha sido muy bien recibida en aquella Universidad.

En la facultad de farmacia de la Universidad Central se han matriculado 876 alumnos, correspondiendo á cada asignatura los siguientes: á la de materia farmacéutica, animal y mineral, 132; á la de materia farmacéutica vegetal, 132; farmacia químico-inorgánica, 103; farmacia químico-orgánica, 89; ejercicios prácticos, 97; práctica de operaciones, 96, y análisis química, propia de los doctorados de farmacia y medicina, 439.

Con sobrada razón dice nuestro colega «El Diario Médico:»

Otro mártir de la ciencia.—Leemos en un periódico la siguiente noticia: «El conocido médico de Granada, don José Antonio Rivas, se hirió levemente en una mano con el bisturi al hacer una auptosia en el pueblo de Alcolea; á los pocos días se le inflamó todo el brazo, y á pesar de emplearse para salvarle, cuantos recursos tiene la ciencia, ha muerto.»

He aquí un hecho más, expuesto con triste laconismo. ¡Cuántos seres inútiles para la sociedad, merecen algunas frases cariñosas después de su muerte!....

De un médico se dice que era conocido y que murió. Pero esa muerte ha sorprendido en el cumplimiento de un deber profesional, deber qui-

zá que no le sería recompensado y que ni siquiera inspira una frase de gratitud por parte de esa sociedad á quien servía.

¡Descanse en paz nuestro desgraciado compañero! Y si dejó, como dejan tantos hombres de ciencia, una familia desconsolada y huérfana, sepa que la otra familia científica á la que pertenecemos, comparte su duelo y guardará el nombre de RIVAS entre el de sus miembros predilectos y malogrados.

La ciudad de Lóndres ha decidido levantar una estatua en honor del célebre Darwin, gloria de Inglaterra y uno de los sábios más distinguidos de la época contemporánea.

Las obras, para cuya dirección se ha nombrado una junta compuesta de notables, se llevarán á cabo por medio de una suscripción, cuyo resultado asciende hasta ahora á 2.487 libras esterlinas 18 schelines (249.700 reales próximamente).

La estatua será de mármol y quedará colocada en la gran sala del Museo británico, sección de Historia natural, para lo cual se ha pedido ya la competente autorización á las autoridades del célebre Museo.

• **El tribunal nombrado para las oposiciones á la cátedra de práctica de operaciones farmacéuticas, vacante en la facultad de farmacia de la universidad de la Habana, le forman los doctores don Manuel Rioz y Pedraja, consejero de instrucción pública, presidente, y como vocales don José Alerany y Nebot, don José Rodríguez Carracido, catedráticos de la universidad central; don Gabriel de la Puerta y Ródenas, académico de la de medicina; don Joaquín Olmedilla y Puig, don Frutos de Zúñiga y don Luís de la Cámara, doctores en la facultad.**

Ha fallecido en Francia el director de la facultad de medicina de Poitiers doctor Guérineau.

Publicación recibida

La Biblioteca económica de Medicina y Cirugía, que tan favorable acogida ha merecido á la clase médica española por las importantes obras que publica y la economía de sus precios, acaba de publicar el cuaderno número 33, en el que dá comienzo á una notabilísima obra: *Lecciones clínicas sobre las enfermedades del hígado*, del doctor Murchison, presidente de la Sociedad Patológica de Lóndres, y uno de los clínicos más reputados de Inglaterra. *La Biblioteca económica* se publica una vez al mes en cuadernos de 224 páginas, con elegante impresión, de mayor cantidad de lectura que los libros ordinarios, llevando multitud de grabados cuando la índole de la obra lo exige. Su precio es tan sólo de diez reales al mes. Se suscribe en la Administración, calle del Ave-María, 18; pral. Madrid.