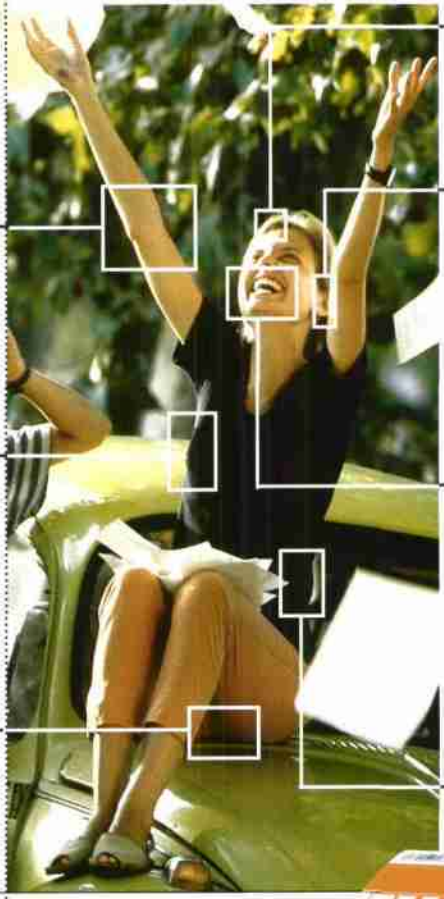
# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA

# acción sinérgica contra el dolor agudo



cefaleas

dolor post-operatorio

dolor en ORL
amigdalitis
faringitis
parotiditis
otitis externa
otitis media
mastoiditis

dolor oncológico

dolor bucodental

dolor urológico
cólico nefrítico

dolor gineco-lógico
dismenorreas

## DISDOLEN CODEINA

fosfosal + codeina 30 mg

Grupo URIACH

MEDICINA & HISTORIA

n.º 73 - 1998 (Tercera época)

REVISTA DE ESTUDIOS HISTORICOS DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía., S. A.
Degà Bahí, 59-67
08026 Barcelona

Director:
Dr. Juan Uriach Marsal
Secretario de Redacción:
Dr. José Danón Bretos

Soporte Válido con la Ref. SVR n.º 479
Dep. legal: B.27.541 - 1963
ISSN: 0300-8169

Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

73

# PERSONAJE MEDICINA & HISTORIA

Cuando ya estaba en prensa el presente número de *Medicina e Historia* nos ha llegado la triste y totalmente inesperada noticia de la muerte, en Santiago de Compostela, de Delfín García Guerra, nacido en 1933 y cuya actividad se movió entre su Galicia natal, Madrid y Oviedo.

A principios de los ochenta se vinculó al grupo de Historia de la Medicina de la Complutense mediante una plaza de Profesor Ayudante de clases prácticas. Permanecía en el Departamento durante los días lectivos, atendiendo a sus obligaciones docentes satisfaciendo su voluntad investigadora, y viajaba todos los fines de semana a Villagarcía de Arosa para atender a unos pacientes que le eran fieles y de los que dependía para sacar adelante a su familia. En el año 1982 obtuvo una plaza de Profesor Adjunto interino, convirtiéndose en Profesor Titular de Universidad en el 84, con lo que pudo fijar su residencia en Madrid hasta ser designado catedrático de la Universidad de Oviedo en 1990, para incorporarse a la de Santiago en mayo de 1996. Desde allí, con gran ilusión, estaba preparando el próximo Congreso Nacional de Historia de la Medicina que debe celebrarse en septiembre de este año.

Durante su estancia en la Complutense se dedicó activamente a la docencia y la investigación, prodigándose en los dos campos que le apasionaban: la historia de la clínica médica y las relaciones entre la literatura y la medicina, colaborando activamente en los cursos de doctorado que sobre este tema organizamos. Era un lector infatigable, que a menudo llegaba a nuestros despachos con un hallazgo reciente entre las manos, señalando a cada uno aquel párrafo que podía venirle bien para su investigación en curso, o para ilustrar este o aquel aspecto de la docencia.

Pero sobre todo hay que destacar lo que Laín, nuestro común maestro, a quien él tanto admiraba, la llamado *vocación de amigo*. Delfín irradiaba cordialidad, y todos nos hemos beneficiado de ella mientras estuvo entre nosotros; como nos beneficiamos -hay que decirlo- en la devotísima ayuda que, durante años, nos prestó Angela, su esposa, manteniendo en pie nuestra biblioteca, siempre en precarias condiciones de servicio por falta de personal. Ambos constituyeron, dentro de nuestro grupo, un elemento de serenidad y concordia cuya presencia ha dejado huella en el recuerdo.

Luis Montiel

DELFIN GARCIA GUERRA

MEDICINA & HISTORIA

n.º 73 - 1998 (Tercera época)

REVISTA DE ESTUDIOS HISTORICOS DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía., S. A.
Degà Bahí, 59-67
08026 Barcelona

Director:
Dr. Juan Uriach Marsal
Secretario de Redacción:
Dr. José Danón Bretos

Soporte Válido con la Ref. SVR n.º 479
Dep. legal: B.27.541 - 1963
ISSN: 0300-8169

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925*

73

Josep Bernabeu Mestre
Història de la Ciència - Universitat d'Alacant

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

A principios de siglo, el paludismo representaba para la población catalana y en general para toda la población española, el principal problema de salud provocado por enfermedades infecciosas transmitidas por vectores. Endémica en muchas regiones de la geografía española, la enfermedad palúdica provocaba tasas importantes aunque variables en mortalidad y sobre todo de morbilidad. Además de las consecuencias demográfico-sanitarias el problema del paludismo conllevaba, tanto para las zonas afectadas, como para el conjunto de la sociedad, importantes perjuicios de naturaleza socioeconómica[1].

En el ámbito internacional la lucha antipalúdica fue una de las primeras iniciativas que suscitó el consenso y la acción coordinada de numerosos países. El problema del paludismo estuvo presente en los primeros trabajos que llevaron a cabo el Comité de Higiene y la Comisión de Epidemias de la Sociedad de Naciones[2].

A continuación vamos a ocuparnos de analizar algunos de los principales aspectos que guiaron la lucha antipalúdica en la Cataluña de las primeras décadas del siglo XX. En concreto, centraremos nuestro interés en las iniciativas que se llevaron a cabo desde la administración sanitaria de la Mancomunidad de Cataluña y aprovecharemos la oportunidad para profundizar en el análisis de los factores que determinaban la presencia de la enfermedad palúdica, como también el contexto científico, cultural, socioeconómico y político en el que surgieron dichas iniciativas.

## *Ciencia y cultura en el proyecto de recuperación nacional de Cataluña: el papel del Institut d'Estudis Catalans*

El 7 de mayo de 1914, Gustavo Pittaluga, médico de origen italiano[3] y catedrático de Parasitología en la Facultad de Medicina de Madrid, presentaba al Consell de la Mancomunidad de Cataluña una memoria para estudiar y erradicar el paludismo[4]. El 8 de mayo de aquel mismo año el Consell solicitaba un dictamen sobre la memoria a la Sección de Ciencias del Institut d'Estudis Catalans (IEC). Unos

(*) *Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación La lucha sanitaria social contra el paludismo en la España del siglo XX (DGICYT: PB96-0815) y la acción integrada HI 1996-0055 (La transición sanitaria y epidemiológica de la Europa meridional: los casos de Italia y España).*

(1) La Inspección de Sanidad del Campo calculaba para el año 1918 más de 300.000 casos de paludismo y de los 9.261 términos municipales que integraban la nación, 1818 eran considerados maláricos (MATURANA VARGAS, C. «El paludismo en España», en: *Proyectos de organización de la lucha antipalúdica con aplicación a las condiciones hidrográficas y agrícolas de las distintas regiones de España*, Madrid, Imp. de la Ciudad Lineal (Trabajo premiado por la Real Academia Nacional de Medicina), 1924; pp. 7-78. Por su parte Gustavo Pittaluga en su obra sobre *Enfermedades de los países cálidos y Parasitología general* (Madrid, Calpe, 1923) dedica un capítulo a la infección palúdica, y dentro del mismo unas páginas (pp. 408-437) a ocuparse de la distribución geográfica y de las estadísticas de paludismo en España. Pittaluga trabaja con los datos de mortalidad recogidas en el Movimiento Natural de la Población y los Boletines Mensuales de Estadística Demográfica-Sanitaria, además de los ofrecidos por otros trabajos como la *Geografía Médica de la Península Ibérica* de Hauser. Pittaluga (pág. 413) afirmaba que en España se perdían más de 2.000 vidas anuales a causa del paludismo, calculando más de 250.000 casos anuales de infección palúdica, cifra que conllevaba una pérdida de más de cinco millones de días de trabajo por año. Con todo, existían importantes diferencias espaciales por lo que respecta a la dimensión del problema. El propio Pittaluga distinguía tres grupos de provincias: las regiones con paludismo grave (con tasas de mortalidad entre 10,4 por 10.000 y 1,50 por 10.000), regiones con paludismo de mediana intensidad (con una cifra máxima de 1,4 por 10.000 y mínima de 0,4 por 10.000), y regiones de paludismo leve, grupo en el que estarían situadas las cuatro provincias catalanas. En relación con lo que representaba el problema del paludismo en el conjunto de la mortalidad para la España de la Restauración se puede consultar el trabajo de BALAGUER, E. *et al.* «La transición sanitaria española en el período 1879/1919», en: LIVI BACCI, M. (Coord) *Modelos regionales de transición en España y Portugal*, Alacant, Institut de Cultura Juan Gil-Albert/ Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, 1991; pp. 137-156.

(2) MATURANA VARGAS, C., *op. cit.*; pp. 79-105. MCGREW, RE; MCGREW, MP. «Malaria», en: *Encyclopedia of Medical History*, New York, McGraw-Hill, 1985; 165-172.

(3) Las regiones palúdicas italianas, tras la unificación política del país, fueron objeto de una intensa campaña antipalúdica coordinada por la Cátedra de Higiene de la Universidad de Roma (PITTALUGA, G., *op.cit.* pp. 408-437. Para un análisis de la influencia del paludismo sobre la evolución de la población italiana pueden consultarse los trabajos del profesor Lorenzo Del Panta. Entre otros: DEL PANTA, L. «Fattori e condizioni della mortalità tra 1800 e 1930: igiene, salute e ambiente. La situazione in Italia», en: *Popolazione, società e ambiente*, Bologna, Clueb, 1987; pp. 245-273.

(4) *Treballs del Servei de Sanitat. 1917 a 1921. I Paludisme*, Barcelona, Mancomunitat de Catalunya, 1922; pp. VII-VIII.

# Línea Cardiovascular Uriach-Biohorm

**Disgren**
Triflusal

**CriNoren**
*Maleato de enalapril*

**CriNoretic**
*Maleato de Enalapril/Hidroclorotiazida*
*20 mg/12,5 mg*

**Nergadan**
**Lovastatina**

simvastatina
**Colemin**

Grupo URIACH

**Descripción:** MICETAL [illegible]

**Composición:** **MICETAL Crema dérmica:** [illegible]

**MICETAL Solución:** [illegible]

**Indicaciones terapéuticas:** **MICETAL Crema dérmica y Solución dérmica** [illegible]

**MICETAL Gel** [illegible]

**Posología y forma de administración:** **MICETAL Crema dérmica** [illegible]

**MICETAL Gel** [illegible]

**MICETAL Solución dérmica** [illegible]

**Contraindicaciones:** **MICETAL** [illegible]

**MICETAL** [illegible]

**Interacciones:** [illegible]

**Embarazo y lactancia:** [illegible]

**Reacciones adversas:** [illegible]

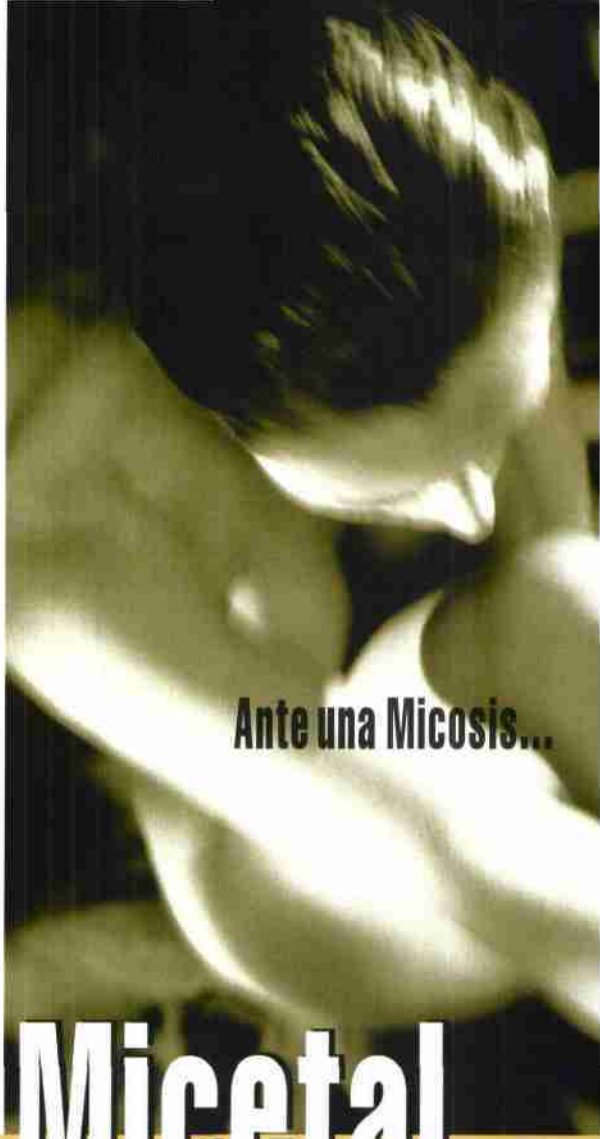
**Sobredosificación:** [illegible]

**Incompatibilidades:** [illegible]

**Presentaciones y PVP:**

[illegible]

**Condiciones de prescripción y dispensación:** [illegible]


Ante una Micosis...
Micetal
Flutrimazol
gel
solución
crema

Grupo URIACH
Degà Bahí, 67
08026 Barcelona

meses después, el 2 de julio de 1914, la Sección de Ciencias del IEC emitía un dictamen favorable donde afirmaba, entre otras consideraciones, que la lucha contra el paludismo era posible, necesaria y conveniente para Cataluña; que el eminente concepto personal y científico del doctor Pittaluga representaban una garantía de éxito; que el primer paso debía consistir en el estudio científico del paludismo, generando las estadísticas necesarias y delimitando y declarando las zonas palúdicas; y que un proyecto de tal envergadura presentaba importantes dificultades de organización administrativa y social. De hecho, el propio IEC se ofrecía para publicar los resultados de las investigaciones y ponía a disposición de la Mancomunidad, con el fin de colaborar en las tareas de organización e inspección de la campaña antipalúdica, los miembros de la institución que resultasen competentes.

Los trabajos de la lucha antipalúdica se iniciaron el 31 de julio de 1914, tras asignar el Consell de la Mancomunidad, a la Sección de Ciencias del IEC, una partida presupuestaria de 2500 pesetas con cargo al capítulo de imprevistos del presupuesto vigente en aquel año. Unos meses después, en las primeras semanas de 1915, se creaba, bajo la dirección de Gustavo Pittaluga, el Servicio Técnico de Paludismo como una filial de la Sección de Ciencias del IEC. Tenía carácter *informativo*, se trataba de una especie de centro de investigaciones para la coordinación y el diseño de campañas antipalúdicas. Dicha lucha debía de convertirse en el primer paso para el *saneamiento de las tierras catalanas*. Como tendremos ocasión de comprobar, aquel Servicio Técnico se convirtió en el punto de partida de la política sanitaria que puso en marcha la Mancomunidad de Cataluña (1914-1925). Como apuntaba Gustavo Pittaluga, en septiembre de 1922[5]:

*Aquella modesta organización inicial se transformó en 1918, en una oficina técnica de mayores dimensiones, con el nombre de Servicio de Estudios Sanitarios, y más tarde, en 1920, perdió su carácter especulativo y consultivo y dejando de pertenecer a la Sección de Ciencias del IEC se transformo en una dependencia directa de la Mancomunidad con el nombre de Servicio de Sanidad [...].*

Desde el primer momento, Gustavo Pittaluga contó con la colaboración de miembros destacados del IEC. Como él mismo se encargaba de recordar, en el prólogo de la publicación *Treballs del Servei Tècnic de Paludisme, 1915-1916* que apareció en 1918[6], los trabajos se pudieron llevar a cabo gracias a la colaboración tan eficaz que había recibido de un grupo numeroso de jóvenes estudiosos ligados, en gran número, a la escuela de fisiología de August Pi Suñer. Uno de los primeros colaboradores que se incorporó al nuevo Servicio fue Lluís Sayé, profesor auxiliar en la Facultad de Medicina de Barcelona y con posterioridad responsable de la lucha antituberculosa. El equipo de colaboradores directos lo

*Instituto d'Estudis Catalans*

(5) *Ibid.* pp. V-VI.

(6) PITTALUGA, G. Prólog. En: *Treballs del Servei Tècnic de Paludisme, 1915 a 1916*. Barcelona. Institut de Ciències: Diputació de Barcelona. 1918; pp. XIII-XVII.

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

completaban Rossend Carrasco y Pau Agustí, además de Manuel Dalmau, quien se incorporó a finales de 1917. Este último había estado completando sus estudios en Alemania y Estados Unidos, a través de una beca de la Junta de Ampliación de Estudios. Dalmau se había especializado en problemas relacionados con la química biológica y la inmunología. Dentro del reparto de funciones del Servicio de Estudios Sanitarios, pasó a ocuparse de la epidemiología de las enfermedades de origen hídrico y de su profilaxis. Su colaboración con el Servicio se vio interrumpida en octubre de 1918 cuando falleció víctima de la epidemia gripal.

El IEC había sido creado en 1907 coincidiendo con la llegada de Prat de la Riba a la presidencia de la Diputación de Barcelona y formaba parte de un amplio programa de institucionalización cultural y científica de Cataluña[7]. Tras una etapa inicial donde predominaron los estudios y actividades de carácter histórico-arqueológico, en 1911 se creaban dos nuevas secciones: la filológica y la de ciencias. Formaban parte de esta última sección, entre otros, Miquel A. Fargas, quien ocupaba la presidencia, Josep Maria Bofill i Pichot, Pere Corominas, Eugeni d'Ors, August Pi Suñer, Esteve Terrades y Ramón Turró. En 1914, la creación de la Mancomunidad de Cataluña vino a reforzar el papel del IEC en el proceso de normalización cultural y científica. En palabras del primer Presidente de la Mancomunidad, Prat de la Riba, se trata de conseguir la mejora física y moral del pueblo, la dignificación y fortalecimiento de la raza[8]. De hecho, muchas de las secciones del IEC jugaron un papel clave en la puesta en marcha de los nuevos departamentos creados por la administración mancomunal. Este sería el caso, entre otros, como ya hemos comentado, del Servicio Técnico de Paludismo y el Servicio de Estudios Sanitarios. El IEC acabó convirtiéndose en un organismo de asesoramiento científico y control técnico de los servicios mancomunados. Bajo la denominación de servicios científico-administrativos se agrupaban, además de los mencionados, un amplio conjunto de organismos considerados estratégicos como el Servicio de Mapas o Servicio Geológico y Geográfico, el Servicio Metereológico, la Oficina de Estudios Jurídicos o el Laboratorio General de Ensayos y Condicionamiento. Desde la creación de la Mancomunidad, su gestores, preocupados por la globalidad del proyecto cultural, tenían prevista la agrupación y coordinación de todas estas instituciones. En 1918 se creaba una comisión de coordinación, la Comisión de Educación General. Además de representantes de la formación profesional de la mujer, del mundo del cooperativismo, de los centros instructivos y de cultura obrera, de la difusión pedagógica catalana, etc., Gustavo Pittaluga formaría parte de la misma como representante de la sanidad y la propaganda higiénica.

## *La lucha antipalúdica en el marco de la acción sanitaria de la Mancomunidad de Cataluña*

Como acabamos de señalar, el Servicio de Sanidad fue creado en 1920 aprovechando la existencia de un Servicio de Estudios Sanitarios adscrito a la Sección de Ciencias del IEC. El Servicio había sustituido al

(7) BALCELLS, A. *et al* *La Mancomunitat de Catalunya i l'autonomia*. Barcelona, Proa, 1996, pp. 441-444.

(8) En relación con el uso que hace Prat de la Riba del término raza, hay que señalar, como apuntan Balcells *et al* (*op. cit.*; pág. 450), que el movimiento catalanista lo utilizaba como sinónimo de pueblo, de cultura, sin ninguna connotación de carácter racista.

Servicio Técnico de Paludismo creado en 1915.
El 1 de octubre de 1917, Gustavo Pittaluga presentaba a la Sección de Ciencias del IEC una propuesta de ampliación del Servicio Técnico de Paludismo en un Servicio de Estudios Sanitarios[9]. El 19 de octubre de aquel mismo año, el conseller de Beneficencia y Sanidad de la Mancomunidad, el doctor Josep Estadella, presentaba un informe donde exponía la necesidad de crear, a partir del Servicio Técnico de Paludismo, un Servicio de Estudios Sanitarios en el que se destacaban tres grandes iniciativas para intentar mejorar el estado de salud de la población catalana: la lucha contra el paludismo, la lucha contra la tuberculosis, y el estudio de la epidemiología general de Cataluña como base para una profilaxis razonada contra las grandes infecciones que endémica o epidémicamente afectaban a los catalanes. Entre las iniciativas que llevó a cabo el Servicio podemos destacar la encuesta enviada a los médicos con motivo de la gripe de 1918. Además, dicho Servicio tenía prevista la publicación, con carácter bimensual, de un *Butlletí del Servei d'Estudis Sanitaris*.
Unos años después, el Servicio de Estudios Sanitarios fue traspasado a la Mancomunidad de Cataluña y pasó a denominarse Servicio de Sanidad. El 29 de abril de 1920 el Consell aprobaba la incorporación a la administración mancomunal de las funciones que por delegación de la Sección de Ciencias del IEC venía desempeñando el Servicio de Estudios Sanitarios[10]. Al mismo tiempo que se creaba el nuevo Servicio de Sanidad se aprobaba la constitución, el 5 de mayo de 1920, de una Comisión de Sanidad para ordenar y supervisar sus actividades. La comisión estaba presidida por el Presidente de la Mancomunidad mientras que el conseller de Beneficencia y Sanidad ocupaba la vicepresidencia y formaban parte como vocales, además del director y del subdirector del Servicio de Sanidad (Gustavo Pittaluga y Lluís Sayé, quien actuaba de secretario), dos representantes de la Sección de Ciencias del IEC (August Pi Suñer y Ramón Turró), un representante de la Real Academia de Medicina de Barcelona (Pere Nubiola), un representante de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña (Benet Oliver Rodés) y el diputado y exconseller de Beneficencia y Sanidad, Josep Estadella. Además estaba previsto crear un *Servei d'Estadística Demogràfica i d'Informació* de los establecimientos sanitarios y benéficos.
El organigrama funcional de la Mancomunidad se basaba en la existencia de tres grandes departamentos: Administración, Hacienda e Intervención y Caja[11]. El departamento de Administración contaba con la existencia de siete negociados, entre ellos el de Cultura, Beneficencia y Sanidad. Presupuestariamente[12] la sección de Beneficencia y Sanidad, con el 27% de los recursos financieros de la Mancomunidad era, junto a la de Obras Públicas (24%) y Cultura (incluida educación) (7,15%), la que más dinero absorbía. Hay que indicar, sin embargo, que las actividades del Servicio de Sanidad sólo cubrían el 2,48% del

*Enric Prat de la Riba*

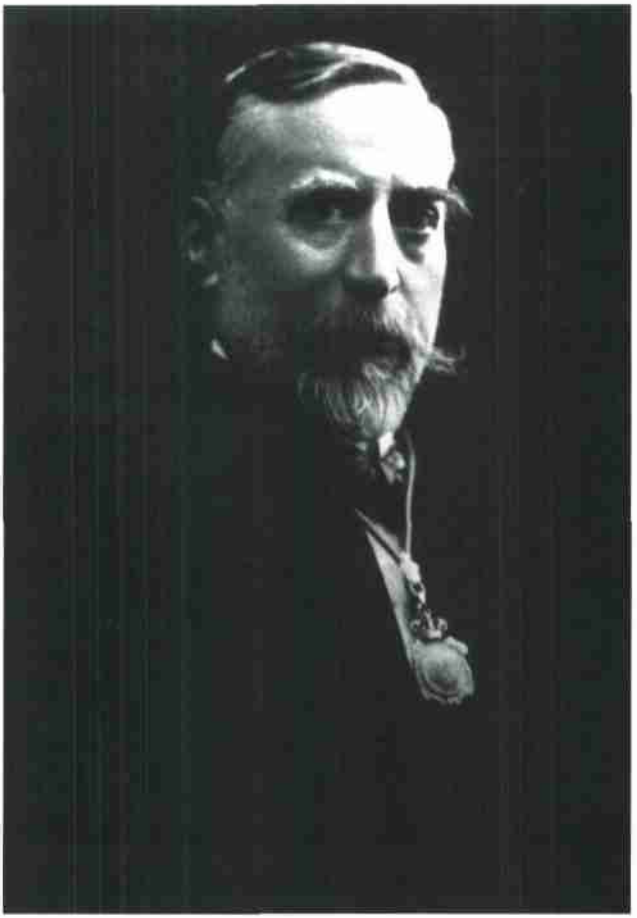
(9) *Treballs del Servei de Sanitat, op. cit.*, pp. VII-X.

(10) *Ibid.*, pág. XI.

(11) BALCELLS, A. *et al*, *op. cit.*, pág. 316.

(12) *Ibid.*, pp. 330-334.

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925



presupuesto asignado a Beneficencia y Sanidad, ya que la mayor parte se dedicaba a mantener los establecimientos benéfico-asistenciales (hospitales, Casa de Caridad, expósitos, dementes, etc.).
Durante la dictadura de Primo de Rivera la Mancomunidad tuvo que afrontar importantes problemas políticos y administrativos, viendo obstaculizados sus proyectos de recuperación nacional[13].
Finalmente, el 20 de marzo de 1925, al promulgarse el Estatuto Provincial, quedaron derogadas las leyes y decretos que habían permitido poner en marcha la Mancomunidad de Cataluña[14].

*Miquel A. Fargas i Roca*

(13) *Ibid.*, pp. 248-250.

(14) *Ibid.*, pág. 238.

# ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS PARA

## Tratamiento de Larga Duración

**Disgren**®
Triflusal

simvastatina
**COLEMIN**®

**Nergadan**®
Lovastatina

**CriNoren**®
Maleato de enalapril

**STATICUM**®
Glisentida

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
B.O.E. nº 37, jueves 12 de febrero de 1998
O.M. 23.5.94 B.O.E. nº 129, 31 de Mayo de 1994
O.M. 4.2.98 B.O.E. nº 37, 12 de febrero de 1998

URIACH Bichoim
GRUPO URIACH
Degà Bahí, 67 - 08026 BARCELONA

# listran®

nabumetona

*Actúa selectivamente sobre los componentes de la inflamación*

**DESCRIPCIÓN**: **Listran** (nabumetona) es el primer representante de una nueva familia de analgésicos antiinflamatorios, los No Ácidos. Esta diferencia con los AINEs existentes hasta la fecha, confiere a **Listran** unas características farmacológicas y farmacocinéticas que hacen de él un fármaco revolucionario genero de los AINEs, al conjugar potencia antiinflamatoria con mínimos riesgos de efectos secundarios. **INDICACIONES**: **Listran** está indicado en Osteoartritis y Artritis Reumatoide que requieran tratamiento: analgésico y antiinflamatorio. **COMPOSICIÓN**: Cada comprimido recubierto de **Listran 500 mg** contiene: Nabumetona (D.C.I.) 500 mg. Cada comprimido disperdable de **Listran 1g** contiene: Nabumetona (D.C.I.) 1 g. **Suspensión** conteniendo 300 mg de Nabumetona por 5 ml. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN**: **Adultos**: La dosis habitual es de 1.000 mg (2 x 500 mg) al día administrados por vía oral, en una única toma, con o sin alimentos, preferiblemente por la noche. En pacientes con síntomas agudos o persistentes la dosis puede aumentarse hasta 1.500 mg ó 2.000 mg por día como dosis única o en dosis fraccionada. **Niños**: No hay datos clínicos para recomendar el uso de **Listran** en niños. **DOSIFICACIÓN EN ANCIANOS O PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL**: Normalmente, no se precisa realizar ajustes en dosis en los ancianos, ni en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. **CONTRAINDICACIONES**: **Listran** está contraindicado en pacientes que hay mostrado anteriormente hipersensibilidad a este medicamento y en pacientes a los que la aspirina u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos les provocan reacciones alérgicas. Úlcera péptica activa. Disfunción hepática grave (cirrosis). **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO**: Se ha comunicado la aparición ocasional de úlceras gastrointestinales sintomáticas, hemorragia intestinal o perforación. Aunque la frecuencia es menor que la observa para otros AINEs, deberá tenerse en cuenta la posibilidad de aparición de estos procesos, incluso de los pacientes sin antecedentes de úlcera. Al igual que con todos los AINEs, debe tenerse precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min/1,73 m²). En pacientes con procesos inflamatorios crónicos, pueden aparecer anomalías en la función hepática (fluctuaciones en la fosfatasa alcalina). No se ha comprobado que **Listran** acentúe estos cambios, en caso de que se observen síntomas y/o signos que indiquen una disfunción hepática o resultados anormales de las pruebas hepáticas, debe considerar el posible desarrollo de una reacción hepática más grave. **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN**: El metabolito activo de **Listran** puede desplazar a otros fármacos unidos a proteínas de su lugar de unión. La administración simultánea de un antiácido conteniendo aluminio, leche o alimentos, no afecta de manera importante a la biodisponibilidad del metabolito activo de **Listran**. Dos ensayos clínicos farmacológicos demostraron que no se produjo una interacción significativa in vivo entre warfarina y **Listran**. No obstante, deberá tenerse cuidado cuando se reciba **Listran** concurrentemente, la administración simultánea de paracetamol, aspirina o cimetidina no afecta a la biodisponibilidad del principal metabolito. No se han realizado estudios de interacción entre **Listran** y glucósidos cardiacotónicos, litio o metotrexato, por tanto, se recomienda precaución en la administración simultánea de ambos. **EMBARAZO Y LACTANCIA**: En ratas, **Listran** no ha mostrado ningún efecto adverso sobre la capacidad reproductiva. No existen estudios controlados que garanticen la eficacia y seguridad de **Listran** en mujeres gestantes. No se recomienda su uso durante el tercer trimestre del embarazo. Durante la lactancia su uso deberá restringirse a aquellos casos en los que el posible beneficio para las madres justifique el riesgo potencial para el lactante. **EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHICULOS Y UTILIZAR MAQUINARIA**: Existe un riesgo de que aparezcan vértigos u otros trastornos del Sistema Nervioso Central tras la administración de **Listran**. En tales casos, el paciente no debe conducir o utilizar maquinaria. **REACCIONES ADVERSAS**: Generalmente **Listran** se tolera bien. Las reacciones adversas descritas más frecuentemente son: **Sistema Nervioso Central**: Cefalea, vértigo, fatiga, somnolencia e insomnio. **Dermatológicos**: Erupción cutánea y prurito. **Gastrointestinales**: Diarrea, dispepsia, dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, flatulencia, estreñimiento y sangre oculta en heces. **Sentidos Especiales**: Tinnitus y visión anormal. **Sistemicos**: Edema. **SOBREDOSIFICACIÓN**: No existe un antídoto específico. Se recomienda el lavado gástrico seguido de la administración oral de 60 g de carbón activo durante, en dosis divididas, con intervalo adecuado de sorbitol. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**. **Propiedades farmacodinámicas**: **Listran** es un nuevo fármaco antiinflamatorio no esteroideo, no ácido que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas durante los estudios farmacológicos. En ensayos realizados en voluntarios sanos durante una semana, con dosis repetidas, **Listran** no ejerce efecto sobre la agregación plaquetaria inducida por collágeno y ningún efecto sobre el tiempo de sangrado. **Propiedades farmacocinéticas**: **Listran** se absorbe bien en el tracto gastrointestinal. Por lo mismo no se puede cuantificar en el plasma, porque después de la absorción sufre una rápida biotransformación a su principal metabolito activo, el ácido 6-metoxi-2-naftalénico (6MNA). Aproximadamente un 35% de una dosis oral de 1.000 mg de nabumetona se convierte en 6MNA y un 50% se transforma en otros metabolitos que se excretan posteriormente en la orina. Más de un 99% de 6MNA está unido a proteínas plasmáticas. La fracción libre normalmente consiste en un 0,2% a un 0,1% de las concentraciones alcanzadas tras la administración de 1.000 mg de nabumetona y aproximadamente un 0,8%, a un 0,8% de las concentraciones totales en el estado de equilibrio después de la administración diaria de 2.000 mg. **DATOS PRECLINICOS SOBRE SEGURIDAD**: **Toxicología general**: Como clase, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos se han asociado con lesiones renales después de su administración a largo plazo a primates. En ratas se observaron cambios tras la administración de nabumetona. En monos, no se observaron lesiones renales en los estudios de hasta un año de duración, a dosis 10 veces superiores a la dosis humana recomendada. **Genotoxicidad**: Nabumetona y su metabolito activo (6MNA) no resultaron ser genotóxicos en estudios in vitro e in vivo en mamíferos y no mamíferos. **Carcinogénesis**: Durante los ensayos realizados en ratas y ratones durante dos años con nabumetona, no se observó ningún efecto tumoral. **INCOMPATIBILIDADES**: No se han descrito. **PERIODO DE VALIDEZ**: No utilizar después de la fecha de caducidad. **PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN**: Almacenar a temperatura ambiente en recipientes bien cerrados. Dispensar en envases resistentes a la luz. **INSTRUCCIONES DE USO MANIPULACIÓN**: Mantener fuera del alcance de los niños. **PRESENTACIÓN y PRECIO PVP IVA**: **Listran 500 mg**, envase de 40 comprimidos recubiertos PVP IVA 2.12€ Pbs. **Listran 1 g**, envase de 20 comprimidos dispersables PVP IVA 2.12€ Pbs. **Listran Suspensión**, envase de 300 ml PVP IVA 3.36€ Pbs. Bajo licencia de Smithkline Beecham p.l.c. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN**: Con receta médica. Reembolsable por la Seguridad Social. **COSTE TRATAMIENTO DIA**: 102.16€ Pbs.

UNIFARCH

Línea Analgésica

## *Los antecedentes de la lucha antipalúdica en la Cataluña contemporánea*

Aunque existen importantes antecedentes[15], destaca la investigación y la campaña antipalúdica que entre octubre de 1902 y marzo de 1903 llevaron a cabo el catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, Andrés Martínez Vargas, y el propio Gustavo Pittaluga, en aquel momento recién llegado de Italia. En su trabajo[16], además de estudiar las formas parasitarias del paludismo endémico en la provincia de Barcelona, llevaron a cabo una valoración de la malaria en la Cataluña de principios de siglo. Ambos autores señalan la existencia de tres grandes focos palúdicos: uno en la provincia de Lleida, considerado el más extenso, ocupaba el llamado llano de Urgell; un segundo foco, localizado en la zona del Empordà, en Girona, se encontraba enclavado entre las cuencas del Ter, del Fluvià y del Muga; el tercero, relacionado con los dos anteriores, se encontraba localizado en la desembocadura del Llobregat.

En relación con el primero de los focos, el saneamiento hidrológico realizado en la construcción del Canal de Urgel y la regulación de los desagües, habría contribuido a disminuir la morbilidad y mortalidad palúdicas. Del segundo foco, los autores del estudio se limitan a señalar que ya no mostraba la importancia que había tenido antaño. Sin duda, el foco que más preocupaba, por la proximidad a la ciudad de Barcelona, era el del Llobregat.

La zona palúdica del Llobregat, que afectaba los términos municipales de Prat de Llobregat, Gavà, Viladecans y Castelldefels, fue estudiada por Martínez Vargas y Pittaluga durante el verano y el otoño de 1902. Entre las conclusiones a las que llegaron destaca el papel que jugaron los fenómenos migratorios para explicar la reactivación del paludismo en dicha zona. Además del problema del cuartel de carabineros, donde se incorporaban militares procedentes de zonas palúdicas. La mayoría de los enfermos eran originarios de las provincia de Albacete, Tarragona, Córdoba, Huesca, Valencia, Murcia, Teruel, Madrid, Málaga, Guadalajara, Castellón de la Plana y otras. Se trataba de individuos que procedían de localidades palúdicas de carácter endémico o que habían padecido algún brote epidémico. Como señalaban los autores del estudio[17]:

*Estos hechos hablan por sí solos, sin que sea precisa ninguna interpretación, ya que establecen sin duda la existencia de relaciones varias, entre pueblos y comarcas diferentes de la Península, que se hallan infectadas por el agente parasitario y son habitadas por el insecto transmisor del parásito [...] el hombre enfermo es el medio que crea y continúa esas relaciones, transportando el agente patógeno contenido en su propio organismo.*

El origen de toda epidemia palúdica, afirman los autores del trabajo, se encuentra en el *hombre infecto*. Para Martínez Vargas y Pittaluga si fuera posible aislar a todos los palúdicos, mientras son sometidos a tratamiento curativo, se evitaría que estos fuesen picados por los mosquitos y se controlaría el problema del paludismo[18]: *En aras del bien común, habría de obligar a que se separasen los palúdicos del medio donde pululan los mosquitos, y además, someterles al tratamiento farmacológico, que es la manera eficaz de sanear el cuerpo humano, y de agotar en él el origen de la enfermedad.* Además, la acción coercitiva del Estado sería mejor soportada en ésta que en otras enfermedades por el éxito de la acción terapéutica. El tratamiento farmacológico consistía en la aplicación de preparaciones de quinina y arsénico. Si además se destruyesen los mosquitos, o sus larvas, con la canalización de las aguas estancadas y con medios directos, se evitaría igualmente el desarrollo de la infección. A través de la combinación de estos dos procedimientos con un tratamiento eficaz, que fuese garante de la curación de los enfermos y de la desaparición de todas las formas parasitarias en su sangre, sería posible el saneamiento radical de las zonas afectadas por la enfermedad. Para Martínez Vargas y Pittaluga la profilaxis más practicable y la de resultados más notables era la medicamentosa. Profilaxis que podía ser aplicada de forma colectiva[19]:

*De igual modo que un capataz da tabaco o sal a los obreros [...] con mayor razón, un jefe de trabajos cada mañana podría dar una ración de quinina [...].*

De hecho, entre agosto y octubre de 1902, se llevó a cabo, bajo la

(15) «Assaig de una bibliografia històrica del paludisme a Catalunya», en: *Treballs del Servei Tècnic de Paludisme*, *op. cit.*; pp. 43-70.

(16) MARTINEZ VARGAS, A; PITTALUGA, G. «El paludismo en Cataluña. Investigaciones sobre las formas parasitarias del paludismo endémico en la provincia de Barcelona», en: HUERTAS BARRERO, F., PITTALUGA, G. (dirs.) *Investigaciones y estudios sobre el paludismo en España*, Barcelona: La Academica, 1903; pp. 69-140.

(17) *Ibid.*; pág. 86.

(18) *Ibid.*; pág. 120.

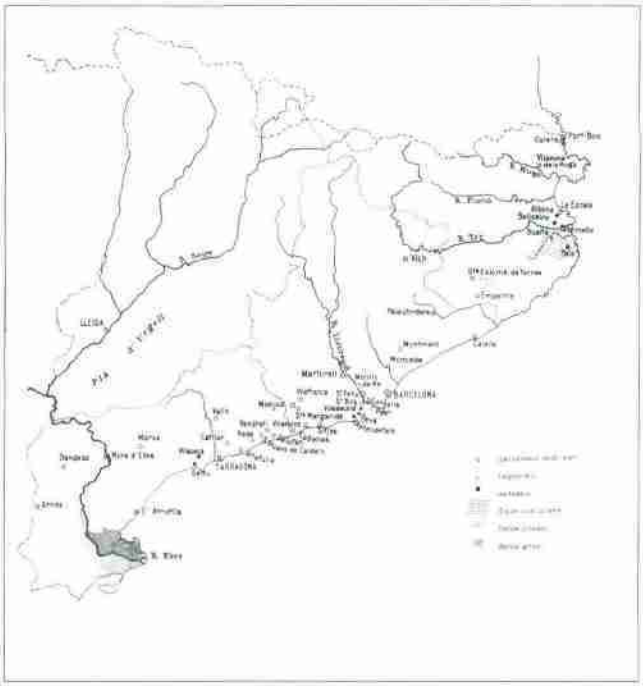
(19) *Ibid.*; pág. 131.

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

dirección de Gustavo Pittaluga, una profilaxis medicamentosa en el área del Llobregat. Colaboraron en la actividad los doctores Baltasar Pijoan y S. Salgot, médico titular de Prat de Llobregat.
El ensayo profiláctico, siguiendo los parámetros de la escuela del italiano Grassi, buscaba conocer los resultados que podían obtenerse con la profilaxis química así como las dificultades que pudiera presentar su aplicación.
El experimento se llevó a cabo en dos grupos, uno de ellos en Catelldefels y el otro con los carabineros de la casilla-cuartel del Prat de Llobregat. Este último grupo de enfermos vivía en un edificio bajo con malas condiciones higiénicas, donde se amontonaban de 10 a 15 familias. Estaba situado en un terreno arenoso próximo al mar, en uno de los lugares donde con más violencia dominaba el paludismo. Para explicar la elevada incidencia entre el grupo de carabineros, se apuntan por parte de los autores las razones siguientes: las numerosas recidivas de infecciones palúdicas habidas en años anteriores, muchas de ellas procedentes de Cuba y Filipinas; el cambio frecuente de individuos que al llegar sanos al puesto, no sólo eran víctimas de la afección que aquejaba a sus compañeros, sino que, *careciendo de la triste experiencia que adquieren los palúdicos, se exponían más fácilmente a sus causas*[20]; las pésimas condiciones higiénicas del edificio y del lugar, así como el desconocimiento del modo de precaverse de la infección; y las condiciones climatológicas y topográficas de la zona, que facilitaban el desarrollo del vector, de la enfermedad y su difusión.
En la zona de Castelldefels, el experimento consistió en la profilaxis colectiva de trabajadores de una fábrica, utilizando como informadores y administradores del medicamento a encargados de la fábrica previamente instruidos.
A raíz de estas y otras intervenciones posteriores se logró controlar progresivamente el brote epidémico que se había declarado en 1902.

## *La doctrina anofelina como base de la profilaxis antipalúdica*

En una de las primeras publicaciones que generó el Servicio Técnico de Paludismo[21], se exponían los criterios que de acuerdo con los conocimientos científicos del momento debían orientar la lucha antipalúdica.
El sistema de propagación, de acuerdo con los conocimientos de la biología del parásito y de las condiciones de difusión del mismo, tenía la consideración de un círculo cerrado donde la propagación de la enfermedad se hacía desde el individuo portador de gametos al mosquito que los difundía y el individuo que los recibía. La profilaxis antipalúdica debía de intentar romper dicho círculo en cualquiera de sus elementos, bien a través de la desaparición de la fuente primitiva, bien impidiendo que el anofeles llegase a transmitir el hematozoo, o bien consiguiendo individuos resistentes a la acción del parásito.
En las comarcas palúdicas, como ya hemos tenido ocasión de comentar a raíz del trabajo de Martínez Vargas y Pittaluga, era el hombre infectado el reservorio de los parásitos, por tanto, eliminando al hombre infectado se debería resolver el problema del paludismo. Pero la dificultad de esta estrategia profiláctica residía en conseguir la colaboración de todos los palúdicos y que todos ellos siguieran, además, un tratamiento adecuado.
Otra de las posibles estrategias profilácticas consistía en evitar que el anofeles alcanzase al hombre. En la fase larvaria, el insecto se podía combatir con la introducción en los medios acuáticos donde se desarrollan las larvas de peces, especialmente el *girardinus poeciloides*, que se alimentan de las mismas, la introducción de plantas o vegetación que impidiese su desarrollo, la utilización de medios mecánicos que posibilitasen la agitación de las aguas y su circulación continua, o la utilización de sustancias oleosas que aislasen la capa superior del agua del aire, como ocurría con el petróleo.
La lucha contra el mosquito adulto pasaba por la utilización de sustancias que fuesen capaces de eliminarlos (combinaciones de raíces de valeriana y de flores de crisantemo, por ejemplo) o disposiciones luminosas especiales capaces de atraerlos.
Medios de combatir el paludismo que podían parecer insuficientes, pero que en opinión de los técnicos del Servicio habían conseguido erradicarlo en muchas zonas. En este sentido, se cita el ejemplo de la ciudad de La Habana tras la llegada de los norteamericanos y cómo estos lograron erradicar la enfermedad a través de la lucha contra las larvas y los mosquitos adultos. Para los autores del




informe[20]: *Todos los trabajos antipalúdicos llevados a cabo para conseguir el saneamiento de los pueblos y evitar el paludismo [...] tienen hoy una justificación plena en la doctrina anofelina.*

Las medidas de protección individual constituían otra forma de evitar que el anofeles infectase al individuo. Entre éstas se destacaba el evitar dormir fuera de las casas, realizar fumigaciones en las habitaciones antes de dormir o protegerse la cara y las manos con sustancias oleosas, además de hacer uso de mosquiteras o aplicar redes metálicas en puertas, ventanas y aberturas hasta conseguir el total aislamiento de la vivienda. La principal dificultad en este tipo de profilaxis radicaba en el elevado coste de los medios mecánicos de protección, la dificultad para la conservación de las redes, y sobre todo su aplicación a grandes núcleos de población.

Por último quedaba la posibilidad de intentar hacer al individuo refractario a la enfermedad palúdica a través del consumo de quinina. Este método profiláctico resultaba útil en el caso de colectivos especiales, tal como ocurría con los ejércitos, trabajadores emigrantes, tripulaciones, investigadores, etc., pero planteaba dificultades cuando se intentaba aplicar a la población general, tal como tendremos ocasión de comprobar cuando nos ocupemos de los estudios de casos en diversos focos palúdicos en la Cataluña de principios de siglo.

Para los responsables del Servicio Técnico de Paludismo, de acuerdo con los criterios de la escuela italiana de Ascoli, el planteamiento de una campaña antipalúdica requería el estudio previo de la naturaleza del suelo y subsuelo del país que se deseaba sanear, de las condiciones atmosféricas (temperatura, lluvia, vientos, humedades, etc), de los cultivos del terreno, de la especie de anofeles dominante, de las condiciones de vida de los habitantes, de la emigración y de la inmigración, de las colecciones de agua que eventualmente se pudiesen recoger, y del censo palúdico, es decir de la proporción entre enfermos y sanos. Todas estas informaciones debían de servir para orientar la acción profiláctica que se debía seguir; la

(20) PIJOAN, B.; SALGOT, DS; PITTALUGA, G. «Relación de un experimento de profilaxis medicamentosa contra la infección palúdica llevado a cabo en Prat de Llobregat y Castelldefels (agosto-octubre de 1902)». En: HUERTAS BARRERO, F.; PITTALUGA, G., *op. cit.*, pág. 161.

(21) «La práctica de la profilaxis antipaludica: orientacions actuals». En: *Treball del Servei Tècnic de Paludisme, op. cit.*, pp. 29-35.

quinización, las medidas antilarvarias o los métodos combinados. En cualquier caso se destaca un elemento indispensable para conseguir éxito en la lucha antipalúdica: la colaboración efectiva de la población al mismo tiempo que se le proporciona a ésta la información y la formación necesarias.

## *Desarrollo agrícola, impacto medioambiental y paludismo: los principales focos palúdicos en la Cataluña contemporánea*

### *El paludismo en el Delta del Ebro*

El problema contemporáneo del paludismo en el Delta del Ebro se relacionaba con la construcción del Canal Derecho del Delta a finales de la década de los sesenta del pasado siglo[22]. El nuevo canal permitió la implantación de zonas de regadío que no contemplaban los correspondientes desagües. Esta circunstancia facilitaba el estancamiento de las aguas y fue el origen de una grave epidemia de paludismo con las consecuencias demográfico-sanitarias y económicas correspondientes. De hecho, la producción de arroz en esta zona era muy inferior a la de otras regiones dedicadas al mismo tipo de cultivo.
En un primer momento, la construcción de desagües se llevó a cabo sin contar con la existencia de un plan general, aunque buscando una salida obligada al mar, circunstancia que tropezaba, en muchas ocasiones, con serias dificultades, ya que entre la zona de arrozales y el mar se encontraban las zonas húmedas de *l'Encanyissada* y la *Tancada*, propiedad de la Sociedad de Pescadores quien se oponía a recibir el agua de los desagües por los perjuicios que pudiera ocasionar al pescado. Todo ello obligó a construir un canal de circunvalación que rodeando aquellas zonas condujese las aguas de los desagües hasta el mar. Sin embargo, las condiciones del terreno hacían difícil conseguir el desnivel necesario para evitar el estancamiento e impedir, por tanto, que apareciesen las condiciones idóneas para el desarrollo del anofeles. La cronificación del problema obligó a la ciudad de Tortosa, seriamente afectada por el paludismo que se originaba en el Delta del Ebro, a promover una Sociedad para el saneamiento de aquellos terrenos. La Sociedad en cuestión, constituida el 24 de agosto de 1864 con el nombre de *Sociedad de Saneamiento de los Prados de la Aldea*, se comprometía a construir y mantener los desagües necesarios para convertir los terrenos afectados en tierras cultivables. A cambio, el Ayuntamiento se comprometía a conceder a perpetuidad la propiedad de la tierra desecada. Se construyeron dos canales de desagüe: la acequia de les *Ollex* o *Canal Vell* y la acequia *Sanitaria*.
El otro elemento que explicaría la gravedad del problema palúdico en la zona del Delta del Ebro, guarda relación con la forma en que se llevaba a cabo el cultivo y recogida del arroz. Después de proceder a la roturación y nivelación del terreno, en los meses de mayo y junio tenía lugar el proceso de trasplantación de las matas de arroz desde el *planter* hasta el terreno que iba a ocupar de forma definitiva. Esta operación la llevaban a cabo además de trabajadores de la zona, jornaleros procedentes de otros lugares, tal como ocurría con los trabajadores de la comarca de la Ribera de Valencia, una zona también afectada, de forma endémica, por el paludismo. Por tanto, la llegada de trabajadores foráneos conllevaba el peligro de incorporar a posibles portadores de la enfermedad. De nuevo, como hemos tenido ocasión de comentar al ocuparnos del brote palúdico de 1902 que afectó al Prat de Llobregat, los movimientos migratorios jugaban un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad.
Las labores en los arrozales se llevaban a cabo en condiciones bastante duras. Tras roturar, nivelar e inundar las tierras se procedía a su desecación, tras lo cual quedaba un fango pastoso por donde los trabajadores caminaban descalzos. A principios de julio se procedía a *birbar*, es decir a limpiar la tierra de las hierbas inútiles, trabajo que llevaban a cabo hombres y mujeres caminando con los pies y las piernas desnudas dentro del agua. El proceso se completaba con la siega del arroz a principios de septiembre, siendo necesaria la colaboración de gran número de jornaleros y braceros foráneos. De nuevo destacan, por su número y por la trascendencia que tendrían para el paludismo, los braceros procedentes de la comarca valenciana de la Ribera. De hecho, cuando se hacía referencia a los palúdicos del Delta del Ebro, se establecía una distinción entre los habitantes del Delta y los habitantes transeúntes, especialmente aquellos trabajadores valencianos. La siega requería un trabajo intenso, comportaba pocas horas de descanso y aunque la alimentación solía ser más abundante, resultaba bastante sobria. Además, las habitaciones y viviendas dejaban mucho que desear. Construidas muchas de ellas con barro y paja, aunque predominaban las de obra con buenos tejados y dos o tres departamentos, persistía, sin embargo, la mala costumbre de tener la cuadra dentro de la casa o pernoctar fuera de ellas en épocas de calor.
En el año 1912 se produjo un importante incremento de palúdicos que se atribuyó a la construcción del Canal Izquierdo del Delta y a la transformación en arrozales de grandes extensiones de terreno[24]. El cultivo de extensas zonas de terreno exigía una gran cantidad de agua para inundar unas tierras ya de por sí muy húmedas. El cultivo de arroz, tal como había ocurrido unas décadas antes, se llevaba a cabo de forma incorrecta, con un plan de desagües ineficaces que conducían al estancamiento de las aguas[25]: *Basta atravesar el Delta para comprobar que existen grandes superficies de aguas estancadas. Una de las principales causas de la recrudescencia del paludismo a la Vall de l'Ebre, es el embasamiento de les aguas en el delta izquierdo, en especial en los terrenos comprendidos en el plan de regadío, embalsamiento que provocan desagües defectuosos.*
A esta causa principal, había que añadir otras concausas que agravaban el problema, como había ocurrido en otros rebrotes anteriores: los trabajadores de Valencia, procedentes de zonas palúdicas, que acudían a colaborar en las tareas agrícolas y que se veían obligados a vivir en las peores condiciones higiénicas.
Además de las consecuencias sanitarias, sociales, etc., que suponía el incremento del paludismo, en el informe que publicó el Servicio Técnico se destacan las consecuencias de tipo económico. De los 12.000 palúdicos registrados en 1918, 8.000 eran hombres útiles para el trabajo. La enfermedad solía

# el azúcar también puede amargar la vida...

Grupo URIACH

**Control y seguridad durante 24 horas para el paciente diabético tipo II (DMNID)**

# STATICUM®

Glisentida

**Composición:** Cada comprimido de STATICUM contiene 5 mg de glisentida, fraccionable en dos mitades de 2,5 mg.

**Indicaciones:** Diabetes mellitus del adulto (DMNID). Diabetes no compensada o mal compensada con otros hipoglucemiantes.

**Dosificación:** La dosis usual está comprendida entre 1/2 y 4 comprimidos (2,5-20 mg de glisentida). En la mayoría de los casos es suficiente una dosis de 1/2 comprimidos por día, administrados en una sola toma, durante el desayuno. Las dosis superiores a 2 comprimidos diarios se repartirán durante el resto de las comidas.

**Normas de administración: Diabéticos no tratados previamente:** Iniciar con 1/2 comprimido. Continuar con esta dosis o aumentar 1/2 comprimido cada semana hasta un perfecto control. La asociación de STATICUM a un adecuado régimen dietético permite obtener excelentes resultados en más del 90% de diabéticos de reciente descubrimiento, no insulino dependientes.

**Diabéticos ya tratados con otros antidiabéticos orales:** Los diabéticos no compensados o mal compensados con otros hipoglucemiantes pueden muchas veces ser controlados perfectamente con STATICUM. En estos, no es necesario que medie intervalo alguno entre los dos tratamientos.

En los diabetes bien equilibrados con otros hipoglucemiantes orales, el cambio a STATICUM puede iniciarse con 1/2 comprimidos al día. En los diabetes mal equilibrados con otros antidiabéticos, iniciar con 1 comprimido diario. Si fuera necesario, aumentar progresivamente las dosis en fracciones de 1/2 comprimido cada semana.

**En los diabéticos que precisen menos de 20 U.I. de insulina diaria puede sustituirse ésta por STATICUM. En estos casos:** iniciar el tratamiento con 1 comprimido diario de STATICUM. Aumentar la dosis, si fuese necesario, 1/2 comprimido cada semana hasta un máximo de 4 comprimidos al día. STATICUM provoca la liberación de insulina endógena a partir de las células β pancreáticas. Esta insulina, utilizada por el mismo organismo que la ha formado, está desprovista por tanto de las propiedades antigénicas de la insulina exógena.

**Asociación con biguanidas:** En los pacientes en que sea difícil conseguir un control de la glucemia óptimo, puede asociarse STATICUM a una biguanida. Para ello se acompaña, a la dosis de STATICUM ya establecida, una pequeña dosis de biguanida, aumentándola hasta conseguir el control ideal. En algunos casos esta asociación permite reducir la dosis de STATICUM.

**Incompatibilidades:** La administración simultánea de determinadas sulfimamidas de acción prolongada, tuberculostáticos (etionamida), pirazolonas o derivados cumarínicos puede potenciar el efecto hipoglucemiante del medicamento. STATICUM no presenta efecto antabús.

**Efectos secundarios:** A pesar de que la tolerancia de STATICUM es muy buena, si en algún caso se observarán manifestaciones digestivas (náuseas, sensación de plenitud o anorexia) se limitará el medicamento durante o inmediatamente después de las comidas.

**Contraindicaciones:** Descompensación metabólica grave. Coma diabético. Trastornos graves de la función renal o hepática. Diabetes juvenil (DMID). Embarazo.

**Intoxicación y su tratamiento:** La intoxicación aguda con esta especialidad es rara dado su elevado coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán los puntos generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago, aumento de la diuresis). En caso de hipoglucemia grave y/o prolongada se requerirá tratamiento con solución de dextrosa por vía intravenosa y cuidado médico intensivo.

**Presentación:** Envase de 30 y 100 comprimidos (PVP IVA 4.481 y 840 pts).

**Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social. **Estimación del coste tratamiento:** Entre 4 y 64 Ptas/día.

simvastatina

# COLEMIN®

## En pacientes con cardiopatía coronaria e hipercolesterolemia

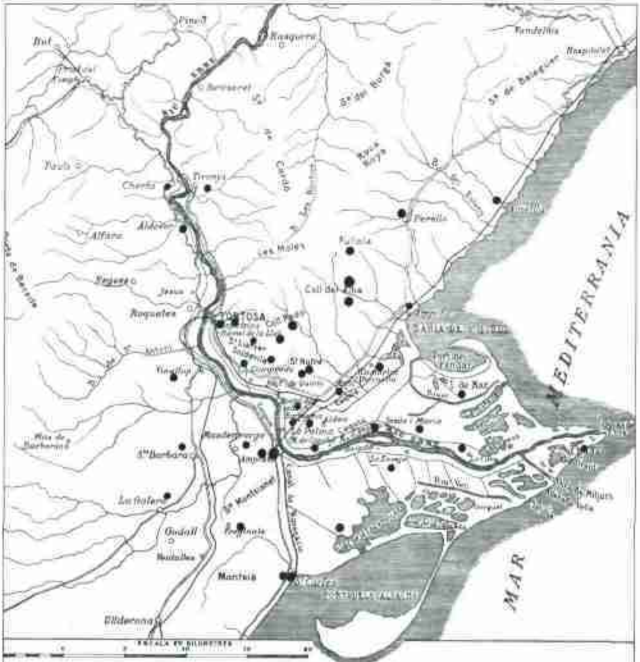
COMPOSICIÓN: COLEMIN 10 mg: Simvastatina (DCI) 10 mg, lactosa y otros excipientes. COLEMIN 20 mg: Simvastatina (DCI) 20 mg, lactosa y otros excipientes. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: HIPERCOLESTEROLEMIA: Reducción de los niveles elevados de colesterol total y colesterol LDL en pacientes con hipercolesterolemia primaria cuando la respuesta obtenida con la dieta u otras medidas no farmacológicas ha sido inadecuada. Reducción de los niveles elevados de colesterol en pacientes con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia combinadas cuando la hipercolesterolemia es la anomalía preocupante. CARDIOPATÍA CORONARIA: En pacientes con cardiopatía coronaria documentada e hipercolesterolemia moderada o grave, a pesar del tratamiento dietético, COLEMIN está indicado, junto con la dieta, para: Disminuir el riesgo de muerte (Reducir el riesgo de muerte por causas coronarias y el riesgo de infarto miocárdico no fatal). Disminuir el riesgo de someterse a procedimientos de revascularización miocárdica y enlentecer la progresión de la aterosclerosis coronaria, con una reducción del desarrollo de lesiones nuevas y de trastornos totales nuevos. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolemiante estándar antes de recibir COLEMIN y debe seguirla durante el tratamiento con este fármaco. HIPERCOLESTEROLEMIA: La dosis inicial habitual es de 10 mg/día, administrados en dosis única por la noche. Los pacientes con hipercolesterolemia leve a moderada pueden ser tratados con una dosis inicial de 5 mg de COLEMIN. Si es necesario ajustar la posología, debe hacerse a intervalos no menores de cuatro semanas hasta una dosis máxima diaria de 40 mg administrada como una dosis única por la noche. Si los niveles de colesterol LDL descienden por debajo de 75 mg/dl (1,94 mmol/l) o los niveles de colesterol plasmático total disminuyen por debajo de 140 mg/dl (3,6 mmol/l), debe considerarse una reducción de la dosis de COLEMIN. CARDIOPATÍA CORONARIA: Los pacientes con cardiopatía coronaria pueden tratarse con una dosis inicial de 20 mg/día, administrada como dosis única por la noche. En caso necesario deberá ajustarse la dosis, tal como se especifica anteriormente. Tratamiento concomitante: COLEMIN es eficaz administrado solo o en combinación con secuestrantes de ácidos biliares. En los pacientes tratados simultáneamente con fármacos inmunosupresores y COLEMIN, la posología máxima recomendada es de 15 mg/día. Posología en la insuficiencia renal: No debe ser necesario modificar la posología de simvastatina en pacientes con insuficiencia renal moderada, debido a que no se produce una extensión renal importante de este fármaco. En los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min), debe considerarse cuidadosamente la administración de dosis superiores a 10 mg/día y, si se considerase necesaria, debe administrarse con precaución. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a cualquier componente de este preparado. Patología hepática activa o elevaciones persistentes e inexplicables de las transaminasas séricas. Embarazo y lactancia. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO: Efectos hepáticos: En los ensayos clínicos efectuados se han producido aumentos notables y persistentes (a más de tres veces el límite superior de normalidad) de las transaminasas séricas en unos pocos pacientes adultos tratados con simvastatina. Cuando se interrumpe de modo temporal o definitivo la administración del fármaco, los niveles de transaminasas suelen descender lentamente hasta los valores existentes antes del tratamiento. Los aumentos no se asociaron con ciertos signos o síntomas clínicos. No hubo indicios de hepatomegalia. Algunos de estos pacientes presentaron resultados anómalos en las pruebas de función hepática antes del tratamiento con simvastatina y/o consumían cantidades notables de alcohol. Se recomienda la realización de pruebas de función hepática antes de iniciar el tratamiento y de forma periódica a partir de este momento en todos los pacientes. Debe prestarse una atención especial a los pacientes que desarrollen niveles séricos elevados de transaminasas en quienes deben repetirse las determinaciones en breve plazo, y realizarse después con más frecuencia. Debe interrumpirse la administración del fármaco cuando los niveles de transaminasas muestren indicios de progresión, especialmente si se elevan de forma persistente hasta tres veces el límite superior de normalidad. Este fármaco debe utilizarse con precaución en los pacientes que consumen cantidades importantes de alcohol y/o con antecedentes de patología hepática. Las enfermedades hepáticas activas o las elevaciones inexplicables de las transaminasas contraindican expresa el uso de simvastatina. Efectos musculares: Se han observado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de los niveles de creatina quinasa (CK) de músculo esquelético en pacientes tratados con COLEMIN pero por lo general carecían de importancia clínica. El tratamiento con inhibidores de HMG-CoA reductasa se ha asociado en casos esporádicos con miopatía (a 0,1 %). Debe interrumpirse el tratamiento con COLEMIN si se produce una elevación importante de los niveles de CK o si se diagnostica o sospecha una miopatía. Se sabe que el riesgo de miopatía con los inhibidores de la HMG-CoA reductasa aumenta por el tratamiento concomitante con inmunosupresores, incluida la ciclosporina, y por el tratamiento concomitante con fibratos como el gemfibrozilo, o con dosis hipolipemiantes de niacina (ácido nicotínico). Ha habido comunicaciones esporádicas de rabdomiolisis grave con insuficiencia renal aguda secundaria. Por consiguiente, debe adoptarse cuidadosamente los beneficios y riesgos de administrar un tratamiento concomitante con simvastatina y fármacos inmunosupresores, fibratos o dosis hipolipemiantes de niacina (ácido nicotínico). Se observó debilidad muscular acompañada de una elevación importante de la CK en un paciente con trasplante renal tratado con ciclosporina y simvastatina (dosis del inicio de la terapia con el agente antifúngico sistémico itraconazol. Se ha informado de la aparición de rabdomiolisis con insuficiencia renal en un paciente con trasplante renal tratado con ciclosporina y otro inhibidor de la HMG-CoA reductasa poco después de aumentar la dosis sistémica de itraconazol. En los pacientes tratados con simvastatina, debe interrumpirse temporalmente la administración de simvastatina si se produce inicio de un tratamiento con antifúngicos sistémicos. En pacientes no tratados con ciclosporina debe ser controlado cuidadosamente y necesitar tratamiento con antifúngicos sistémicos derivados de los azoles. El tratamiento con un inhibidor de la HMG-CoA reductasa debe interrumpirse de forma temporal o definitiva en cualquier paciente que presente un trastorno agudo y grave sospechoso de miopatía o que presente un factor de riesgo que le predisponga al desarrollo de una insuficiencia renal secundaria a rabdomiolisis. Evaluaciones oftálmicas: En ausencia de cualquier tratamiento farmacológico, en de esperar un aumento en la prevalencia de opacidades del cristalino con el tiempo como resultado del envejecimiento. Los datos a largo plazo, actuales, obtenidos en los ensayos clínicos no indican la existencia de ningún efecto adverso de simvastatina sobre el cristalino de los seres humanos. Uso pediátrico: No se ha establecido la seguridad y la eficacia de este fármaco en los niños. En el momento actual no se recomienda el uso pediátrico de COLEMIN. Ancianos: Pacientes de más de 65 años han recibido simvastatina en estudios clínicos controlados. La eficacia, valorada mediante la reducción de los niveles de colesterol total y colesterol LDL, parece similar a la observada en el conjunto de la población, y no existe un aumento aparente de la frecuencia de hallazgos adversos clínicos o analíticos. Hipercolesterolemia familiar homozigótica: En pacientes con la forma homozigótica de hipercolesterolemia familiar es improbable que el tratamiento con COLEMIN tenga un efecto clínico beneficioso. Hipertrigliceridemia: COLEMIN solo ejerce un efecto hipotrigliceridémico moderado, por lo que no está indicado cuando la hipertrigliceridemia es la anomalía más preocupante. Advertencia: Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es probablemente suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas debe prestarse atención adecuada. INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN: Derivados de la cumarina: En dos estudios clínicos, uno en voluntarios normales y otro en pacientes hipercolesterolémicos, 20-40 mg/día de simvastatina potenciaron en grado moderado el efecto de los anticoagulantes cumarínicos, el tiempo de protrombina, comunicado en forma de cociente internacional normalizado, aumentó desde un valor basal de 1,7 a 2,8 y de 2,6 a 3,4 en los estudios con voluntarios y pacientes, respectivamente. En pacientes que reciben anticoagulantes cumarínicos, el tiempo de protrombina debe ser determinado antes de iniciar el tratamiento con simvastatina y muy frecuentemente al principio del tratamiento para asegurarse de que no ocurren alteraciones significativas del tiempo de protrombina. Cuando la estabilidad del tiempo de protrombina haya sido documentada, debe puede ser monitorizado a intervalos usualmente recomendados para pacientes bajo anticoagulantes cumarínicos. Si la dosis de simvastatina se cambiase o descontinuase, el mismo procede debe ser repetido. El tratamiento con simvastatina no ha sido asociado con hemorragias o cambios en el tiempo de protrombina en pacientes que no tomen anticoagulantes. Derivados del ácido fíbrico: Véase ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO, Efectos musculares. Antiprotrombina: La antiprotrombina es un miembro de los fármacos metabolizados por el sistema enzimático microsomal hepático. Dado que COLEMIN ejerce un efecto mínimo o inappreciable sobre la farmacocinética de antiprotrombina en los pacientes hipercolesterolémicos, el potencial de interacciones significativas con otros fármacos a través de este mecanismo es insignificante. Posiconazol: No se han producido en voluntarios normales interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas clínicamente significativas con la administración concomitante de dosis únicas de COLEMIN y posiconazol. Digoxina: La administración concomitante de COLEMIN y digoxina en voluntarios normales produjo una ligera elevación (menos de 0,3 ng/ml) de las concentraciones plasmáticas del fármaco en comparación con las halladas tras la administración concomitante de placebo y digoxina. Otros tratamientos concomitantes: Es obligada la precaución en caso de administración concomitante de COLEMIN con un tratamiento inmunosupresor, itraconazol o nicotina. En los estudios clínicos, COLEMIN se utilizó de forma concomitante con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), betabloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, diuréticos e inhibidores de la prostaglandina sintetasa sin que se observaran signos de interacciones adversas clínicamente significativas. EMBARAZO Y LACTANCIA: COLEMIN está contraindicado durante el embarazo. Debido a la capacidad de los inhibidores de la HMG-CoA, como COLEMIN, de disminuir la síntesis de colesterol y, posiblemente, otros productos de la vía bioquímica del colesterol, COLEMIN puede originar lesiones fetales cuando se administra a una mujer embarazada. Se han recibido algunas comunicaciones de anomalías congénitas en lactantes cuyas madres recibieron tratamiento durante el embarazo con inhibidores de HMG-CoA reductasa. COLEMIN solo debe administrarse a mujeres en edad fértil cuando sea muy improbable que queden embarazadas. Si la paciente con fertilidad recibe este fármaco, debe interrumpirse la administración de COLEMIN e informarse a la paciente del posible riesgo para el feto. Se desconoce si simvastatina o sus metabolitos se excretan en la leche humana. Debido a que muchos fármacos se excretan por la leche, y dada la posibilidad de que COLEMIN produzca reacciones adversas graves en niños lactantes, las mujeres tratadas con COLEMIN no deben criar al pecho a sus hijos. REACCIONES ADVERSAS: En general, COLEMIN es bien tolerado. La mayoría de los efectos secundarios han sido leves y transitorios. Menos del 2 % de los pacientes se discontinuaron en los estudios clínicos debido a efectos secundarios atribuibles a COLEMIN. En todos los estudios clínicos controlados, los efectos adversos aparentes con una frecuencia igual o superior al 1% que fueron considerados por el investigador como posible, probable o definitivamente relacionados con el fármaco fueron: dolor abdominal, estreñimiento y flatulencia. Otros efectos secundarios que ocurrieron en un 0,5 a 0,9 % de los pacientes fueron: astenia y cefaleas. Se ha informado de la aparición de miopatía en casos excepcionales. En el Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) efectuado en 4.444 pacientes tratados con 20-40 mg/día de COLEMIN (n=2.221) o placebo (n=2.223), los perfiles de seguridad y tolerabilidad fueron comparables en los grupos de tratamiento durante la mediana de 5,4 años de estudio. En ensayos clínicos no controlados y con el uso una vez comercializado el producto se han notificado los siguientes efectos secundarios adicionales: náuseas, diarrea, erupción cutánea, dispepsia, prurito, alopecia, mareos, calambres musculares, mialgia, pancreatitis, parestesias, insomnio, parestesia, vómitos y anemia. En raras ocasiones han ocurrido casos de rabdomiolisis y hepatitis/ictericia. Se ha comunicado de forma excepcional un síndrome de hipersensibilidad aparente que ha incluido algunas de las siguientes características: angioedema, síndrome lupoide, polimialgia reumática, vasculitis, trombocitopenia, eosinofilia, aumento de la velocidad de sedimentación globular, artritis, artralgia, urticaria, fotosensibilidad, fiebre, sofocaciones, disnea y malestar general. Hallazgos de las pruebas de laboratorio: De forma esporádica se han comunicado aumentos notables y persistentes de las transaminasas séricas. Se han comunicado aumentos de la fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transpeptidasa. Los alteraciones de las pruebas de función hepática han sido por lo general leves y transitorias. Se han notificado elevaciones de los niveles séricos de creatina quinasa (CK), derivadas del musculo esquelético (véase ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO). SOBREDOSIFICACIÓN: Se han registrado algunos casos de sobredosis, ningún paciente sufrió síntomas específicos, y todos los efectos se recuperaron sin secuelas. La dosis máxima ingerida fue de 450 mg. En esos casos deben adoptarse las medidas generales, y en caso de signos de fallo de hígado hepático. INCOMPATIBILIDADES: Sin comentarios. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Con receta médica. Presentación por u.s.s.: ESTIMACIÓN DEL COSTE DE TRATAMIENTO/DÍA: EHBB 77 x 436 pravastatina. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE: COLEMIN 10 mg, envases de 28 comprimidos ranurados, PVP 5,00 €, 395 Ptas. COLEMIN 20 mg, envases de 28 comprimidos, PVP 5,6 € 104 Ptas.

Bichcim

Degà Bahí, 67 - 08026 Barcelona

1-148-XL-R-97-BCO-001

DISEÑO GRAFIC: FUMMAGALLI/MANY




EL PALUDISME A LA VALL DE L'EBRE

suponer la pérdida media de 10 días de trabajo. Si un jornal medio equivalía a tres pesetas por día, las pérdidas se elevarían a 240.000 pesetas, cifra que habría que incrementar de forma notable si se añaden los 5 días en los que el obrero se encuentra sin fuerzas o ganas de trabajar, las recaídas que se solían presentar con bastante frecuencia y los gastos en medicación. Las pérdidas por causa del paludismo en la zona del Delta habrían ascendido, en aquellos años de epidemia, a más de un millón de pesetas anuales.

El Servicio Técnico de Paludismo llevó a cabo dos ensayos profilácticos en el verano y el otoño de 1915, uno de quinización y otro de protección mecánica. La intención era conocer las dificultades que comportaban estas técnicas de profilaxis palúdica en el caso de la zona del Delta, y más concretamente en las partidas tortosinas de La Cava y Camarles.

En septiembre de 1917[26] se decidía orientar la lucha antipalúdica a través de un dispensario gratuito en la estación de Amposta por estar situada en el centro de una zona de intenso paludismo y porque permitía extender su radio de acción en 10 kilómetros. Eran asistidos los enfermos pobres, a quienes se les suministraba la medicación de forma gratuita, al mismo tiempo que se comprobaba hematológicamente que se encontraban en pleno acceso. Para difundir entre la población la existencia del dispensario se repartieron hojas informativas donde se indicaba que serían visitados en el consultorio todos aquellos pobres y trabajadores enfermos de paludismo con sus familias, fuese cual fuese su domicilio y origen, siempre que el jornal fuese inferior a 3 pesetas y no tuviesen otros medios económicos conocidos. También se indicaba que en el consultorio se atendería especialmente las demandas de los propietarios o agricultores que deseasen emprender por su cuenta trabajos profilácticos en sus explotaciones agrícolas.

En septiembre y octubre de 1919 se procedía a realizar un ensayo profiláctico con quinina en 25 trabajadores de la *Illa del Mar*, una extensa finca dedicada al cultivo del arroz en la partida rural de La Cava. La administración de la quinina fue encomendada a un capataz agrícola que había sido previamente adiestrado. Los resultados positivos del ensayo llevaron a afirmar a su responsable, el doctor Josep Torrademé, que se debía animar a los trabajadores del Delta que se ocupan del cultivo de arroz para que no fuesen indiferentes a la quinización, ya que su aplicación sistemática ayudada por la puesta en marcha de otras medidas de saneamiento, como la derivación inmediata de las aguas sobrantes de los arrozales hacia el río o el mar, harían desaparecer el paludismo que tanto daños ocasionaba a la salud humana y a la economía de la comarca. Por no hablar, continuaba manifestando Josep Torrademé, de otras medidas profilácticas, tanto o *más eficaces, pero que en la práctica* resultan casi irrealizables. Tal como ocurría con la mejora de la casas habitadas por los vecinos del Delta, la implantación de medidas de protección mecánica, la desecación de terrenos, etc.

En diciembre de 1920 se presentaba un interesante informe sobre el paludismo en el Delta del Ebro redactado por el subdelegado de medicina del partido de Tortosa, el doctor Manuel Vilà[27]. Tras afirmar



(22) *Treballs del Servei Tècnic de Paludisme*, *op. cit.*; pág. 33.

(23) *Ibid.*; pp. 71-103.

(24) *Ibid.*; pp. 103-105. Para el problema histórico de la relación entre arroz y paludismo, en el caso valenciano, se puede consultar: MATEU, E. *Op. cit.*

(25) *Treballs del Servei Tècnic de Paludisme*, *op. cit.*; pág. 104.

(26) *Ibid.*; pp. 3-24.

(27) *Ibid.*; pp. 109-152.

que la gravedad de la epidemia palúdica entre 1914 y 1917 había disminuido de forma importante desde aquel año, gracias a la construcción de los desagües necesarios, la construcción de habitaciones resguardadas, la mejora de la alimentación en cantidad y calidad, y un tratamiento adecuado de los casos de paludismo, se ocupa del incremento relativo de casos que se había registrado a lo largo de 1920 y la alarma que había motivado tal circunstancia.
El doctor Vilà consideraba el incremento relativo ya que sólo se registraron 500 nuevos casos. Sin embargo, para las gentes de la comarca, aleccionadas en su opinión por la prensa local, el aumento de la enfermedad fue recibido con dramatismo, al mismo tiempo que se culpaba de dicha circunstancia al cultivo del arroz. De hecho, los arrozales se habían extendido a tierras que no siempre reunían las condiciones más adecuadas.
Con todo, la polémica abrió un debate sobre los problemas que planteaba el control del paludismo en la zona del Delta. En relación con la profilaxis antipalúdica basada en la administración de sales de quinina el mayor problema residía en conseguir que los pacientes fuesen rigurosos con la toma de la medicación[28]: *Ha sido preciso poner casi diariamente la quinina en la boca de cada individuo [...] resultaba imposible conseguir que la tomasen espontáneamente.*
Otro de los problemas que preocupaba a los responsables del Servicio de Estudios Sanitarios y al subdelegado de medicina de Tortosa era el grado de cobertura de la lucha antipalúdica. El hecho de que los dispensarios antipalúdicos estuviesen dirigidos únicamente a los enfermos pobres dejaba fuera del control sanitario a un número importante de afectados y de posibles reservorios humanos. Se trataba de conseguir que acudiesen a los consultorios todos los palúdicos, pobres y ricos. Además, había que conseguir situar los consultorios en puntos estratégicos, contemplando la particularidad local de existir mucha población dispersa, lo que junto a la existencia de un gran número de pequeños propietarios dedicados al cultivo de su escaso patrimonio y con ingresos que en ocasiones no alcanzaban los de los jornaleros.
El último de los problemas guardaba relación con la actitud que mostraba la población en relación con el paludismo. Habituados a convivir con la enfermedad le concedían poca importancia, se habituaban a convivir con ella sin tratarse y sin consultar a los médicos, y apenas dedicaban atención a su salud, sobre todo si ello comportaba gastos económicos. Como se recogía en un informe presentado el 24 de enero de 1921 por el ya citado Josep Torrademé[29], a la mayoría de los enfermos no se les podía hacer análisis de sangre por haber tomado quinina. Sin embargo, a pesar de ello la mayoría volvían a padecer la enfermedad porque tomaban la quinina de forma inadecuada y en cantidad insuficiente. La falta de recursos económicos hacía que la gente se automedicase, pero como los precios del tratamiento eran muy elevados la tomaban en muy poca cantidad y durante muy pocos días, con lo cual en lugar de curarse se convertían en quinino-resistentes.
Los sanitarios encargados de dirigir la campaña antipalúdica no dejaron pasar la oportunidad para señalar que el medio más radical para hacer desaparecer el problema pasaba por practicar una auténtica y racional desecación de todo el Delta y de las tierras bajas de la cuenca del Ebro. Aunque no dejaban de reconocer que se trataba de una obra colosal e impracticable tanto desde el punto de vista social como económico. Suprimir el cultivo del arroz comportaba condenar a la comarca a la ruina y provocar la emigración de amplios sectores de la población. Por tanto, al no quedar más remedio que aceptar el cultivo del arroz, se trataba de conseguir que no resultase peligroso para la salud. En enero de 1922, el doctor Josep Monserrat[30], responsable de los dispensarios antipalúdicos de Camprodó y Vinallop, al ocuparse de los resultados prácticos obtenidos afirmaba que se había enseñado a los enfermos a tratarse mejor tomando la quinina en tiempo y cantidad suficiente, que había disminuido el número de portadores de gérmenes, y que para contribuir a su destrucción se había acostumbrado a la población a conocer a los mosquitos anofeles, tanto en su fase de insectos alados como en estado de larvas[31]: *Con los dispensarios antipalúdicos de la Mancomunidad y mediante la campaña divulgadora, tan necesaria en nuestro sentir, se consiguieron notables resultados prácticos, entre ellos enseñar a los enfermos a tratarse bien y hacer conocer a los anofeles en sus diferentes estados para lograr su posible destrucción.*
Durante el período 1917-1921 se pusieron en marcha dispensarios antipalúdicos de carácter ambulante y se crearon tres laboratorios-dispensarios de carácter fijo en las zonas palúdicas del Baix Llobregat, de Almacelles y del Delta del Ebro. En este último caso el dispensario se situó en la estación de Amposta-Aldea[32].

### *El foco palúdico de Salou*

El 24 de julio de 1918, el Servicio de Estudios Sanitarios presentaba al Consell de la Mancomunidad una memoria[33] donde se recogían las conclusiones a las que había llegado tras las observaciones, estudios y experimentos que se llevaron a cabo en el foco palúdico de Salou durante el verano de 1916.
El problema del paludismo en Salou tenía, a juicio del Servicio, una importancia especial por tratarse de una de las playas más seguras del mediterráneo, comunicada con Reus por un ferrocarril de vía estrecha y candidata a convertirse en una de las zonas de veraneo más importante de Cataluña. Proyectos que no podrían llevarse a cabo si no se modificaba el ambiente palúdico que dominaba la zona habiéndose creado, en 1916, una Junta Local para el estudio del paludismo en Salou. Además de realizar un completo estudio epidemiológico, se realizaron dos ensayos de profilaxis antipalúdica con los procedimientos clásicos de protección mecánica (con redes metálicas) de las casas situadas en plena zona palúdica y con un tratamiento preventivo con sales de quinina.
Las conclusiones a las que se llegó se reúnen en los siguientes puntos: continuar con la profilaxis con quinina (tratamiento intensivo en todos los atacados y tratamiento preventivo de todos los habitantes y propiedades situadas en la zona palúdica); establecer una protección mecánica en todas las casas situadas en la zona palúdica y crear un servicio permanente de vigilancia, substitución y conservación de las redes metálicas; y por último, establecer un sistema de desagües y drenaje de todas las aceqüias y en general de todos los embalsamientos.
Pero para poder resolver la cuestión de fondo, el Servicio de Estudios Sanitarios propuso acogerse a la ley de 17 de julio de 1918 sobre desecación de lagunas, marismas y terrenos pantanosos. En opinión del Servicio debería ser la Mancomunidad quien solicitase la concesión y el auxilio estatal que contemplaba la ley y delegar, después, las funciones gestoras del proyecto en una junta especial o

*Dispensario antipaludico de El Prat del Llobregat*

sindicato de saneamiento del que deberían formar parte además del Ayuntamiento de Vilaseca y representantes de las fuerzas vivas de Salou, Reus y Vilaseca, delegados de la Sección de Obras Públicas de la Mancomunidad y del Servicio de Estudios Sanitarios.

### *El paludismo en el foco de Almacelles*

De modo similar a lo ocurrido en otros focos palúdicos, el problema del paludismo en Almacelles se desencadenó a partir de conversión de una zona de secano en regadío[28]. La construcción del Canal de Aragón y Cataluña hizo posible aquella circunstancia. Sin embargo, no se hicieron las previsiones oportunas para garantizar los desagües. Además, el tipo de cultivos que se implantaron necesitaban la colaboración de un número importante de jornaleros foráneos. El día 2 de marzo de 1910 llegaba el agua al término de Almacelles. La mayoría de los labradores habían aplanado las tierras para poder regar de forma inmediata y cambiar las condiciones del terreno. Las obras hidrológicas llevaron la abundancia donde sólo había escasez y miseria. Pero junto a la riqueza que conllevaba la aparición de los nuevos cultivos, llegó también la plaga del paludismo.
Con anterioridad a las obras del Canal, el agua era tan escasa que una balsa de un máximo de profundidad de tres metros con un perímetro de 250 tenía que ser custodiada por un guardia durante la noche porque los habitantes de Almacelles (a seis kilómetros de distancia) y de otros pueblos de los alrededores intentaban aprovecharse de ella. Antes de la llegada del Canal, durante el período de verano, el agua que se necesitaba para la bebida era transportada en tren desde Lleida, circunstancias que hacían que la población fuese escasa.
El aumento de trabajo exigió la llegada de nuevos brazos y un incremento importante de la población obrera en la temporada de más actividad laboral que se vio afectada, en gran medida, por el problema del paludismo. Terminada la temporada muchos de estos obreros volvían a sus lugares de origen convirtiéndose en unos peligrosos portadores de la enfermedad.
El paludismo fue creciendo desde 1914 llegando a alcanzar su máximo desarrollo en 1919, aunque conviene recordar la poca fiabilidad de los datos, pues a los casos observados había que añadir aquellos individuos que se autotrataban la enfermedad. Existían otros factores que agravaban el problema, tal como ocurría con la influencia de las condiciones de trabajo. La mayoría de los enfermos, con edades comprendidas entre los 10 y los 30 años, eran reclutados para llevar a cabo las tareas de riego nocturno, circunstancia que agravaba sobremanera las posibilidades de

(28) *Ibid.*; pág. 115.

(29) *Ibid.*; pp. 148-149.

(30) *Ibid.*; pág. 152.

(31) MATURANA VARGAS, C. *Op. cit.*; pág. 91.

(32) *Mancomunitat de Catalunya. L'obra realitzada, anys 1914-1923. Beneficència i sanitat, política social, hisenda*, Barcelona, Mancomunitat de Catalunya, 1923; pp. 98-99.

(33) *Treballs del Servei de Sanitat, op. cit.*; pp. 148-149.

(34) *Ibid.*; pp. 54-91.

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

contagio, ya que se realizaba sin ningún tipo de protección.
En 1920 se llevaron a cabo diversos ensayos profilácticos y se diseñó un completo plan de lucha antipalúdica, al mismo tiempo que se intentaba convencer a los propietarios de la importancia de controlar el paludismo si se quería garantizar el éxito de las empresas agrícolas e industriales de la zona. Entre las medidas propuestas figuraba la activación de las obras de desagües bajo la dirección y vigilancia de un ingeniero; la desecación de todas las aguas estancadas; la protección mecánica de todas las casas, el uso de mosquiteras para dormir y de guantes y velos durante las actividades laborales realizadas en el campo durante las horas peligrosas; la realización de reconocimientos médicos a los nuevos trabajadores y la exclusión de aquellos que hubiesen padecido fiebres palúdicas, así como la creación de una brigada sanitaria encargada de inspeccionar los cursos de agua, de vigilar la integridad de las redes metálicas, y de administrar la quinina al mismo tiempo que se debía comprobar que se ingería en las dosis y la forma adecuadas.

### *El paludismo en el foco del Prat de Llobregat*

En mayo de 1922, el médico Ramón Roigé presentaba un informe sobre el paludismo en la comarca del Prat de Llobregat[35]. Durante el período 1919-20 se había producido un incremento de los casos de paludismo en la zona. Esta circunstancia llevó al Servicio de Sanidad a programar una campaña antipalúdica. La iniciativa contó con la colaboración científica de la Comisión Ejecutiva para el Saneamiento de las Comarcas Palúdicas dependiente de la Inspección General de Sanidad, y con la aportación económica de los cultivadores de arroz. De hecho, la campaña fue dirigida por el doctor Sadi de Buen, auxiliar de la cátedra de Parasitología y Enfermedades tropicales de la Facultad de Medicina de Madrid, miembro de la Brigada Sanitaria Central y director de la campaña antipalúdica de Tayuela en Cáceres.
El problema del paludismo en el Prat de Llobregat había adquirido una dimensión importante como consecuencia de la construcción del Canal de la Derecha del río Llobregat en 1855. Como consecuencia de aquella obra, cambiaron de forma radical las condiciones del clima y los cultivos de la zona. De tierra de secano, donde solamente se cultivaban cereales y viñas, por no ser posible otro tipo de cultivos, se convirtió en tierra de regadío. Sin embargo la falta de desnivel del terreno y la mal estudiada y desacertada distribución de acequias y desagües crearon un medio ambiente favorable al desarrollo del paludismo. La enfermedad adquirió dimensiones preocupantes y provocó la emigración de una cantidad importante de población. El pueblo del Prat paso a ser conocido con el nombre del *poble de les febres* (pueblo de las fiebres) y la zona de mayor gravedad se situaba entorno al puesto de carabineros cercano a las *charcas* de Magarola y Ricarda. En 1888 el estado de salud de los 23 carabineros destinados en el puesto del Prat era tan deficiente, por culpa del paludismo, que apenas podían cubrir las guardias.
Durante la etapa en la que ocupo la presidencia del Sindicato del Canal, Rius i Badia, se llevaron a cabo importantes actividades de saneamiento de la comarca, a través de la limpieza de las acequias y la mejora de los desagües. Durante la década de 1890 a 1900, el paludismo se redujo de forma significativa. Sin embargo, unos meses después, durante 1901 y 1902, el problema se reactivó aunque localizado al puesto de carabineros y alrededores. El origen del nuevo problema radicaba en la incorporación al puesto de carabineros de individuos procedentes del foco palúdico de Cáceres, brote que fue objeto, tal como hemos comentado al ocuparnos de los antecedentes de la

(35) *Ibid.*, pp. 153-159.

# Nergadan®

Lovastatina

# Freno a la progresión de la

# aterosclerosis

Línea Cardiovascular

URIACH

J. URIACH & Cía. S.A. Degà Bahí, 59 08026 Barcelona Tel. (93) 347 15 11 Fax (93) 456 06 39

# DISDOLEN CODEINA

fosfosol - codeina 30 mg

**COMPOSICIÓN:**
Cada sobre monodosis contiene:
Fosfosol (DCI), 1250 mg.;
Codeina, fosfato (hemihidrato), 30 mg;
Excipiente c.s., incluyendo: Ciclamato sódico, 90 mg;
Sacarina sódica, 9 mg;
Sacarosa, 490 mg.

**INDICACIONES:**
DISDOLEN CODEINA está indicado en el tratamiento sintomático de:
*Dolores musculoesqueléticos:* dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguinces, luxaciones.
*Dolores articulares:* artritis reumatoidea, osteoartritis.
*Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas.*
*Odontología.*
*Dolores menstruales.*
*Cefaleas y migrañas.*
*Neuralgias. Mialgias.*
*Estados gripales y febriles.*

**DOSIFICACIÓN:**
Adultos: 1-4 sobres/día
De precisarse, puede administrarse un máximo de 6 sobres de DISDOLEN CODEINA al día, con un intervalo de dosificación aconsejado de 4-6 horas. El máximo de sobres por toma es de 2.
Debido a su tolerancia gástrica DISDOLEN CODEINA puede administrarse sin ingestión previa de alimentos, entre las comidas, etc.

**ADVERTENCIAS:**
Deberá administrarse con precaución en:
Pacientes con antecedentes de crisis asmáticas consecutivas a la ingesta de salicilatos o antiinflamatorios no esteroideos.
Pacientes con insuficiencia hepática y/o renal. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera pépticas.
Este medicamento contiene 490 mg de sacarosa, hecho que deberá ser tenido en cuenta por los pacientes diabéticos.
Se informa a los deportistas que este medicamento contiene codeina y puede establecer un resultado analítico de control de dopaje como positivo.

**CONTRAINDICACIONES:**
Casos de hipersensibilidad a los salicilatos, a la codeina o a alguno de los componentes de la forma farmacéutica.
Pacientes con depresión respiratoria grave.
Pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria grave.

**EMBARAZO Y LACTANCIA:**
Aunque no hay evidencias efectos teratógenos, no es aconsejable la utilización de DISDOLEN CODEINA durante el embarazo. La Codeina se excreta en la leche materna en dosis muy pequeñas. Se desconoce si el Fosfosol se excreta en la leche materna. No se aconseja el uso de DISDOLEN CODEINA durante la lactancia materna.

**INTERACCIONES:**
Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosfosol puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de estos.
La codeina puede potenciar los efectos de otros opiáceos, anestésicos generales, tranquilizantes, sedantes e hipnóticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central.

**REACCIONES ADVERSAS:**
Utilizado a dosis elevadas (1.000-1.50 mg de fosfosal/kg/día) pueden aparecer los efectos secundarios característicos de los salicilatos (gastralgias, pirosis, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarreas) y en algún caso aislado alteraciones reversibles de la función hepática (aumento de las transaminasas). A las dosis utilizadas en los procesos álgicos (60-70 mg/kg/día) solo se ha observado algún caso aislado de alteraciones gastrointestinales (vomitos, inapetencia, gastritis, diarrea).
Otras reacciones adversas atribuibles a la codeina son: estreñimiento, náuseas y somnolencia.

**SOBREDOSIFICACIÓN:**
En caso de intoxicación accidental, que solo se produciría por ingestión de dosis muy elevadas, debido a elevado coeficiente terapéutico de los principios activos, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiocirculatorio, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea.
El tratamiento es sintomático. Se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado; administración de una suspensión acuosa de carbón activo; aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico.

**INCOMPATIBILIDADES:**
No se han descrito.

**CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:**
Con receta médica.
Reembolsable por la Seguridad Social.

**ESTIMACIÓN DEL COSTE TRATAMIENTO/DÍA:**
Entre 51 y 204 ptas/día.

**PRESENTACIÓN Y PVP (IVA 4):**
Disdolen Codeina envase de 30 sobres, 1.532 ptas.

Grupo URIACH

Nergadan

URIACH

*Familia del sargento de Carabineros del puesto del Prat de L'Llobregat y choza adyacente a la Casa Cuartel.*

lucha antipalúdica, de una campaña dirigida en 1902 por Andrés Martínez Vargas y Gustavo Pittaluga.
El rebrote de 1920-21[36] es atribuido al incremento en el cultivo de arroz, aunque se insiste en la importancia de otros factores coadyuvantes. Tal como ocurría con la llegada de jornaleros procedentes de zonas arroceras (Amposta, la comarca de la Ribera de Valencia, etc.) donde el paludismo tenía carácter endémico, llegada que convirtió una zona anofélica sin paludismo en un foco palúdico. Además, el incremento en el número de palúdicos, de gran intensidad en el puesto de carabineros y el campo de aviación, preocupaba sobremanera por la proximidad de la ciudad de Barcelona. El puesto de carabineros del Prat se consideraba un lugar de castigo.
Ordinariamente, las plazas vacantes eran ocupadas por carabineros destinados allí como lugar poco deseable, o eran solicitadas por individuos de la zona española del protectorado de Marruecos. Estos últimos eran los más peligrosos, ya que en el 80% de los casos estaban atacados de paludismo y se trasladaban a vivir a una zona anofélica.
Tras el trabajo de campo que llevaron a cabo Sadi de Buen y sus colaboradores, llegaron a la conclusión de que se encontraban frente a una región que reunía todos los elementos necesarios para una nueva explosión palúdica: mosquitos, portadores de gametos y ambiente adecuado. Al mismo tiempo, los responsables de la campaña señalaban que con los medios disponibles sólo era posible combatir el factor enfermos. De hecho se procedió a la distribución gratuita de quinina a todos los enfermos pero tomando la precaución de comprobar que se la tomaban. Además de insistir en el control a que debería de someterse los grupos de trabajadores que llegaban de zonas afectadas por el paludismo. Si no se hubiese permitido la llegada de trabajadores enfermos, afirmaban los autores del informe, con toda probabilidad no se habría

(36) *Ibid.*: pág. 214.

# Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la Mancomunidad, 1914-1925

producido el rebrote palúdico.
El informe hacía hincapié en el problema de la adquisición de la quinina y de su precio. Los autores del mismo, para garantizar una aplicación correcta del tratamiento, se muestran partidarios de su gratuidad. Como se recoge en el informe de Sadi de Buen, desde el punto de vista epidemiológico, un tratamiento insuficiente o aplicado incorrectamente, dificultaba las investigaciones hematológicas y sobre todo incrementaba el número de portadores y de casos resistentes a la quinina.
Otra de las consideraciones que incorporaba el informe hacía referencia a la necesidad de dictar disposiciones encaminadas a reglamentar, desde el punto de vista sanitario, el cultivo de arroz. Proponía el tratamiento obligatorio de los trabajadores enfermos, la introducción de la cartilla sanitaria, vigilar las condiciones del cultivo, etc. Sin embargo, se mostraba pesimista afirmando que las ideas de los legisladores no iban en aquella dirección y aportaban como testimonio la ley de colonización que se acababa de presentar.

## *Algunas consideraciones finales*

El impacto medioambiental que provocaron muchas de las obras hidrológicas que se realizaron en la Cataluña contemporánea para extender las zonas de regadío, explican buena parte de los problemas de paludismo que afectaron a la población catalana de las primeras décadas del siglo XX. El tipo de cultivos que se implantaron y la ausencia de desagües adecuados propiciaron unas condiciones favorables para la reaparición de la enfermedad palúdica.
Al factor medioambiental se uniría la influencia del factor migratorio, al desplazarse a los focos palúdicos catalanes trabajadores temporeros provenientes de zonas donde el paludismo tenía carácter endémico. Su presencia permitió la transformación de zonas anofélicas sin paludismo en palúdicas. Ante la importancia y la gravedad que suponía la presencia de semejantes portadores de la enfermedad, los responsables de la lucha antipalúdica llegaron a solicitar la intervención del Estado para establecer un censo de palúdicos e impedir, incluso con acciones coercitivas, su movilidad.
La lucha antipalúdica que pusieron en marcha las autoridades sanitarias catalanas formaban parte de un programa de recuperación nacional que otorgaba a la institucionalización cultural y científica un papel fundamental. En el marco de un ambicioso proyecto de control y erradicación de los principales problemas de salud que provocaban las enfermedades de naturaleza infecciosa, el Servicio Técnico de Paludismo, primero, y el Servicio de Estudios Sanitarios, después, desde su condición de filiales de la Sección de Ciencias del IEC, sentaron las bases para un ambicioso plan de erradicación de las zonas afectadas por la malaria. Aunque se ensayaron todo tipo de medidas profilácticas, la lucha antipalúdica se centró en la divulgación de medidas de protección y en la profilaxis medicamentosa. Sin embargo, la utilización de la quinina tropezó con importantes problemas. A la falta de recursos económicos para adquirirla a los elevados precios del mercado, se unieron las prácticas de automedicación y la desinformación para seguir de forma adecuada el tratamiento. Circunstancias que provocaban la aparición de quinino-resistentes.
Los dispensarios antipalúdicos se convirtieron en un instrumento fundamental para educar e informar a los enfermos de paludismo. Sin embargo, la ausencia de una cobertura asistencial de carácter universal y la limitación de la labor dispensarial a la población que reunía la condición de pobreza, llevó a los responsables sanitarios a plantear la ampliación de la campaña divulgadora al conjunto de la población enferma.
La contraposición entre intereses económicos e intereses sanitarios se intentó resolver a través de la incorporación de los agentes socio-económicos a las campañas de erradicación del paludismo y en la generación de un discurso que intentaba poner de manifiesto la diversidad de consecuencias que presentaba la enfermedad palúdica: demográficas, económicas, etc.

# NOTICIAS M&H

## Recensiones

GARCIA RAMOS, José Antonio. *Notas y noticias documentales sobre médicos almerienses de los siglos XVI al XVIII.* Huercal-Overa, Gráficas García, 1998; 133 p. [sin ISBN]

Utilizando fuentes de archivo, recoge este estudio biobibliográfico la presencia de casi un centenar de médicos y cirujanos que ejercieron en los actuales límites de la provincia de Almería, muchos de ellos no mencionados en los repertorios tradicionales. Sin duda, esta labor de investigación deberá tenerse en cuenta para quien, en un futuro que deseamos próximo, proceda a la actualización de aquellas obras, todavía de actualidad, de Hernández Morejón y Chinchilla.

LOPEZ MUNICIO, Felipe; RIERA PALMERO, Juan. *El libro médico en España (1880-1900).* Valladolid, Seminario de Historia de la Medicina, 1997; 101 p. Acta histórico-médica vallisoletana, XLIX

La Restauración de 1874 representa, en nuestro país, la definitiva transición al positivismo y la incorporación en el quehacer científico de la medicina experimental. Este período engloba aquella *generación de sabios* que dio lugar a destacados morfólogos, histólogos e histopatólogos; fisiólogos, biólogos y cirujanos que culminaron la renovación de las técnicas quirúrgicas, junto con el inicio de las especialidades como entidades diferenciadas. Tras esa visión de conjunto, se analiza un exhaustivo estudio bibliométrico de aquella producción científica española.

MENENDEZ NAVARRO, Alfredo. *«Catástrofe morbosa de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue» (1778), de José Parés y Franqués. Edición anotada. Prólogo del Profesor Esteban Rodríguez Ocaña.* Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1998; 397 p. ISBN.: 84-89958-10-6

Dentro del conocimiento histórico sobre la medicina laboral española en el siglo XVIII, el redescubrimiento y publicación de este manuscrito aporta, sin lugar a dudas, la primera materialización, en nuestro país, de la obra de Ramazzini. A partir de ahora, el historiador de la medicina hallará en él, junto a detallados cuadros clínicos, datos de primera mano sobre el Real Hospital de Mineros, así como el significado que tuvo para la hacienda española el suministro del azogue en la minería argentífera de la Nueva España. José Parés y Franqués, autor del Ms., y su antecesor en el cargo como médico de las minas, significan el punto de arranque de la preocupación médica española por el medio laboral.

*ACTAS de las II Jornadas de Historia de la Psiquiatría. La locura y sus Instituciones.* Valencia, Diputación Provincial, 1997; 525 p. ISBN.: 84-7795-125-X

En mayo de 1997 y bajo la dirección de Antonio Rey González, se desarrollaron en Valencia las II Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría, cuyo resultado queda tangible en las Actas que comentamos.
Tras una conferencia inaugural sobre «Enfermedad mental y Sociedad en la España del siglo XIX» a cargo de José Luis Peset, se organizaron tres ponencias sobre «Instituciones manicomiales», «Los locos de Valencia: mito y realidad» y «Locura y ciencia psiquiátrica», junto a una sesión especial dedicada a «la locura en el cine». La conferencia de clausura, enmarcada en la sesión homenaje a D. Vicente Peset Cervera, «Vicente Peset Llorca, historiador de la Psiquiatría» fue pronunciada por José Mª. López Piñero.

## Biblioteca

Obras anteriores a 1950 ingresadas en nuestra Biblioteca

BALCELLS Y CAMPS, José Antonio. *Importancia de la Farmacia en la Sociedad. Extracto de la Oración inaugural ... del Colegio nacional de Farmacia de Barcelona en el 1º de Octubre de 1819.* Madrid, Repullés, 1820

BARRAQUER, José A. *Sobre la operación de la catarata.* Barcelona, Imp. Elzeviriana, 1921

BROWN, Juan. *Elementos de Medicina, T. I y II.* Madrid, Imprenta Real, por D. Pedro Julián Pereyra, 1800

CABANIS. *El grado de certidumbre de la Medicina.* Madrid, Repullés, 1816

CID, Francisco Xavier. *Tarantismo observado en España.* Madrid, Imprenta de González, 1787

HERNANDEZ DE GREGORIO, Manuel. *Diccionario elemental de Farmacia, Botánica y Materia Médica.* Madrid, Imprenta Real, 1803; 3 vols.

LAIN ENTRALGO, Pedro. *La Historia Clínica.* Madrid, CSIC., 1950

LECHON Y MOYA, Pedro. *Sesión Apologética dedicada al Doctor Melchor de Villena.* Valencia, Ferrer de Orga, 1884

LOPEZ LAGUARDA, Juan José. *Formación del médico y su ejercicio profesional en la Valencia del siglo XVIII.* Valencia, R. Academia de Medicina, 1948

LUCAS-CHAMPIONNIERE, Just. *Chirurgie antiseptique. Deuxième éd.* Paris, J.-B.Baillière et fils, 1880

NIETO SAMANIEGO, Juan Andrés. *Memorial histórico de los sucesos más notables de armas, y estado de la salud pública durante el último sitio de la plaza de Gerona.* Tarragona, Brusi, 1810

*PHARMACOPOEA Hispana. Editio altera.* Madrid, Typ. Ibarriana, 1797

PI Y MOLIST, Emilio. *Discurso que, al fin de la Sesión Pública inaugural celebrada en 25 de enero de 1875 por la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, leyó su Presidente.* Barcelona, Jaime Jepús, 1875

PRESSAVIN. *Arte de conservar la salud y prolongar la vida, o Tratado de Higiene.* Salamanca, Francisco de Tóxar, 1800

PUSALGAS Y GUERRIS, Ignacio. *Manual de Higiene arreglado según la Doctrina de sir John Sinclair.* Barcelona, J. Rubió, 1831

PULIDO, Angel. *El Dr. Velasco.* Madrid, E. Teodoro, 1894

PULIDO, A. *Miniaturas Científicas, con un prólogo de D. José Echegaray.* Madrid, E. Teodoro, 1894

RENOUARD, P. V. *Historia de la Medicina desde su origen hasta el siglo XIX.* Salamanca, Sebastián Cerezo, 1871

RIVES, Jean-Louis. *Considérations sommaires sur les avantages que la Médecine peut retirer de la Gymnastique.* Montpellier, Tournel, 1807

ROYO, José Miguel. *Contr-Aviso a los literatos de España sobre el Aviso de Mr. Tissot a los literatos.* Zaragoza, Imprenta del Rey, 1771

RUBIANO HERRERA, Santos. *Sanatorio de San José para enfermos mentales (Ciempozuelos - Madrid). Memoria.* Madrid, Imp Asilo Huérfanos S.C. de Jesús, 1927

SCULTET, Jean. *L'Arcenal de Chirurgie.* Lyon, Chez Leonard de la Roche, 1712

*SERVICIO Médico-Sanitario permanente de la ciudad de Barcelona.* Barcelona, Suc. de N. Ramírez y Cª., 1885

SPALLANZANI, Lázaro. *Experimentos acerca de la digestión en el hombre, y en diversas especies de animales.* Madrid, Blas Román, 1793

SUAREZ DE RIBERA, Francisco. *Cirugía Natural Infalible.* Madrid, Juan de Aritzia, 1721

*SUCINTA descripción del Cólera morbo asiático ... por D. F. Ll.* Castellón, Martín Masustegui, 1854

*UNIVERSIDAD de Valladolid. Solemne apertura de Curso 1949-1950 [Rafael Vara López. La craniectomía a través de los tiempos. Discurso inaugural].* Valladolid, SEVER-Cuesta, 1949

VALLEJO NAGERA, A. *La locura y la guerra. Psicopatología de la Guerra española.* Valladolid, Libr. Santarén, 1939

VIDAL, Domingo. *Tratado de las enfermedades de los ojos.* Barcelona, Carlos Gibert y Tutó, 1785

VILLERME, L.V. *De las prisiones consideradas en su actual estado y según las reformas que deben experimentar con respecto a la higiene, a la moral y a la economía política ... traducida por L.[aso].* Cádiz, Imp. de la Casa de Socorro, 1823

Revistas:

*GENIO Médico-Quirúrgico, El.* Madrid, 1876

*PERIODICO de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. Tomo tercero.* Cádiz, 1822

Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana. 1875-82; 1885-86; 1888

*Revista de Sanidad de Guerra. [Número monográfico dedicado al Servicio de Transfusión de Sangre del Ejército de la República],* 1937, 1 (8)

NOTICIAS M&H

CriNoren®
Maleato de enalapril
CriNoRETIC®
Maleato de enalapril 20 mg | Hidroclorotiazida 12.5 mg
URIACH
Línea Cardiovascular
Uriach-Bioherm
J. Uriach & Cía. S.A. Degá Bahí, 59 • 08026 BARCELONA • Tel. 347 15 11 • Fax 456 66 38 • http://www.uriach.com • e-mail: mkt@uriach.com

Disgren®
Triflusal
Bloquea
el proceso
trombótico

**Acción:** El triflusal es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria inducida por agentes como ADP, adrenalina y colágeno, que tiene una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica del triflusal [DISGREN] constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de todos los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas. **Composición:** Cada cápsula contiene: Triflusal [DCI]: 300 mg. **Indicaciones:** Como antiagregante plaquetario. En la prevención y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas, ó complicadas por trombosis. **Posología:** De 1 a 3 cáps. diarias de DISGREN (300-900 mg de triflusal), administradas con preferencia durante o al final de las comidas. La pauta posológica recomendada es la siguiente: dosis preventiva, 1 cápsula diaria; dosis de mantenimiento, 2 cáps. diarias; situaciones de alto riesgo, 3 cáps. al día. **Contraindicaciones:** Antecedentes de úlcera péptica o de hipersensibilidad a salicilatos. **Precauciones:** Aunque no existe evidencia de efectos teratógenos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Incompatibilidades:** Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes, ya que potencia su acción. El triflusal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. **Efectos secundarios:** En personas hipersensibles pueden aparecer molestias gástricas, que ceden en general con la administración de un antiácido. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de excitación o de depresión del SNC, alteraciones del sistema cardiocirculatorio y respiratorio y del equilibrio electrolítico. Hemorragias digestivas y diarreas. El tratamiento consiste en la administración de una suspensión acuosa de carbón activo. Vaciado de estómago por aspiración y lavado gástrico. Mantener equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social. **Estimación del coste del tratamiento:** Entre 90 y 269 ptas/día. **Presentación y PVP [IVA]:** Cápsulas. Envases con 30 cáps., 2.697 PTAS; con 50 cáps., 4.488 PTAS. [V.95]

J. URIACH & CIA., S.A.
Dega Bahí 59
08026 Barcelona