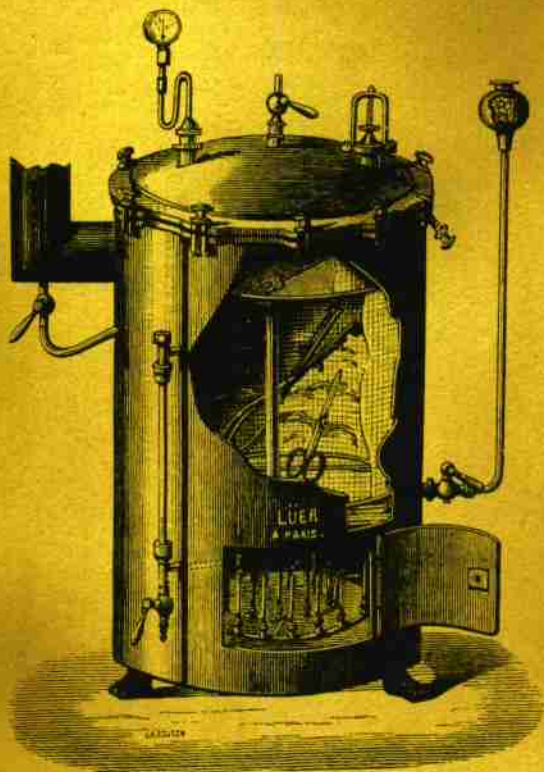


# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA



# CRINORETIC

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

## Aumenta la protección metabólica de sus pacientes hipertensos

**DESCRIPCIÓN:** CRINORETIC es una combinación de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) (maleato de enalapril) y de un diurético (hidroclorotiazida). Los efectos antihipertensivos de sus dos componentes son aditivos y se mantienen al menos 24 horas. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene: Maleato de Enalapril 20 mg, Hidroclorotiazida 12,5 mg. Excipientes: Lactosa s.c.p., 1 comprimido. **INDICACIONES:** Pacientes hipertensos en los que el tratamiento combinado sea adecuado. **DOSE/FORMACIÓN:** Hipertensión: La dosis habitual es un comprimido administrado una vez al día. Si es necesario, puede aumentarse la dosis a dos comprimidos administrados una vez al día. Puede aparecer hipotensión sintomática tras la administración de la dosis inicial de CRINORETIC, siendo esto más probable en pacientes con disfunción renal. El tratamiento diurético debe suspenderse 2-3 días antes del comienzo del tratamiento con CRINORETIC. **Desfalcación en Insuficiencia Renal:** En pacientes con aclaramiento de creatinina entre 30 y 80 ml/min, CRINORETIC deberá utilizarse solo tras la titulación de cada uno de sus componentes. La dosis inicial recomendada de maleato de enalapril, cuando se utiliza solo, para insuficiencia renal leve es de 5-10 mg. **CONTRAINDICACIONES:** Anuria, pacientes hipertensos y cualquier de sus componentes y en pacientes con historia de edema angioedematoso relacionado con el tratamiento previo con inhibidores de la ECA. Hipertensión a dosis terapéuticas de otros fármacos derivados de la sulfonamida. **PRECAUCIONES:** Hipotensión y desequilibrio hidroelectrolítico. En algunos pacientes puede aparecer hipotensión sintomática. Se deberá vigilar a los pacientes en cuanto a la aparición de signos clínicos de desequilibrio hidroelectrolítico, o hiponatremia que pueda presentarse durante vómitos o diarrea enterales. La hipotensión leve, no constituye una contraindicación para dosis posteriores. Tras haber restaurado el volumen y presión sanguínea adecuados, puede continuarse el tratamiento a dosis menores, o bien utilizarse sólo uno de los componentes. **Insuficiencia Renal:** CRINORETIC no debe ser administrado a pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min) hasta que el ajuste de la dosificación de cada componente haya demostrado la necesidad de las dosis prescritas en el comprimido combinado. Algunos pacientes con hipertensión y sin enfermedad renal previa pueden presentar elevaciones sintomáticas de la urea y la creatinina en sangre cuando se les ha administrado analgésicos concomitantemente con un diurético. Si esto ocurre, debe suspenderse esta combinación. Puede ser posible la combinación del tratamiento a dosis inferiores, o bien (puede utilizarse uno sólo de los componentes). En algunos pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis de la arteria de un riñón solitario, se ha observado incremento en los niveles de urea y creatinina sérica, normalmente reversible con la suspensión del tratamiento, al administrar inhibidores de la ECA. **Enfermedad Hepática:** Las heces deben utilizarse con precaución en pacientes con alteración de la función hepática o enfermedad progresiva, pues pequeñas alteraciones microcíticas pueden precipitar un coma hepático. **Cirugía/Anestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o anestesia con fármacos hipotensivos, enalapril bloquea la formación de angiotensina I secundaria a la liberación compensatoria de renina. Si aparecen hipotensión y se considera venturosa a este mecanismo podría ser controlada por expansión de volumen. Los fármacos pueden aumentar la respuesta a la succinilcolina. **Efectos Metabólicos y Endocrinos:** El tratamiento con fármacos puede alterar la tolerancia a la glucosa. Puede producirse un ajuste de la dosis de los fármacos antidiabéticos, incluida la insulina. Las heces pueden disminuir la absorción de calcio, creando elevaciones intermitentes del calcio sérico. El tratamiento con fármacos también puede aumentar con incremento de los niveles séricos de colesterol y triglicéridos. Las heces pueden precipitar hipocalcemia y/o gata en ciertas pacientes. Sin embargo, enalapril puede aumentar el ácido úrico en orina y por tanto, alterar el efecto hipouricémico de la hidroclorotiazida. **Edema Angioedematoso/Hipertensión:** En pacientes tratados con inhibidores de la ECA, incluyendo maleato de enalapril, han aparecido en raras ocasiones edema angioedematoso de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o faringe. En tales circunstancias, el tratamiento debe suspenderse inmediatamente y el paciente debe permanecer en observación hasta que desaparezca la hinchazón. Cuando existe obstrucción de la vía aérea, debe administrarse adrenalina en solución 1:1000 (0,3-0,5 ml) por vía subcutánea e instaurar otras medidas terapéuticas que se consideren apropiadas. En pacientes bajo tratamiento con heces, pueden darse reacciones de sensibilización con o sin historia de alergia o asma brónquica. Se ha informado exacerbación o activación de lupus eritematoso por el uso de fármacos. **Uso en el Embarazo:** No existen estudios bien controlados con CRINORETIC en mujeres embarazadas. Las heces y el enalapril atraviesan la barrera placentaria y aparecen en la sangre del cordón umbilical. Por tanto, se requiere ejercer los beneficios del fármaco frente a posibles riesgos para el feto antes de su administración. **Lactancia:** No se sabe si enalapril se excreta por la leche materna; sin embargo, las heces no aparecen en la leche materna. Se ha observado el uso del fármaco, la paciente debe interrumpir la lactancia. **Uso en Pediatría:** No se ha establecido su seguridad y eficacia en niños, por tanto, no se recomienda su utilización. **Uso en Geriatría:** En los estudios clínicos realizados, la eficacia y toxicidad de maleato de enalapril e hidroclorotiazida administrados concomitantemente fueron similares, tanto en los pacientes hipertensos de edad avanzada, como en los más jóvenes. **ADVERTENCIA:** Esta especialidad contiene lactosa. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito interacciones. **Otros tratamientos Antihipertensivos:** Pueden aparecer efectos aditivos cuando se añaden al maleato de enalapril junto con otros tratamientos antihipertensivos. **Potasio Sérico:** El efecto de pérdida de potasio causado por los diuréticos tiazídicos se atenúa normalmente con el efecto conservador de potasio de enalapril. El potasio sérico habitualmente permanece dentro de los límites normales. **Uso:** Generalmente el uso no debe administrarse con diuréticos. Existe reducir el aclaramiento renal del feto y añadir a este un alto riesgo de toxicidad por acumulación. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINORETIC generalmente bien tolerado. Los efectos clínicos más comunes fueron náuseas y fatiga, que generalmente desaparecieron al disminuir la dosis y/o interrumpir o suspender el tratamiento. Otros efectos secundarios (1-2%) fueron: calambres musculares, malestar, anemia, hipotensión ortostática, cefalea, tos e impotencia. Efectos aún menos frecuentes fueron los siguientes: Cardíacos: insuficiencia congestiva, hipotensión no ortostática, palpitaciones, taquicardia, dolor torácico; Gastrointestinales: diarrea, vómitos, dispepsia, color abdominal; fatigabilidad; estomatitis; Sistema Nervioso/Psiquiátrico: insomnio, somnolencia, parosmia, vértigo, nerviosismo; Respiratorio: disnea; Otros: disminución de la libido, rash, sequedad de boca, gata, dolorosis, prurito, artralgia, brucias; **Hipertensión/Edema Angioedematoso:** Se han comunicado, raras veces, la aparición de edema angioedematoso de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o faringe. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** Raramente se observaron alteraciones clínicamente importantes en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINORETIC. Se han informado, ocasionalmente hipotensión, hiponatremia e hipocalemia. Se han observado incrementos en la urea y creatinina séricas y elevaciones de las enzimas hepáticas y/o biliares séricas. Estos son normalmente reversibles con la suspensión de CRINORETIC. Se han descrito alteraciones en la hemoglobina y el hematocrito. **INDICACIONES Y TRATAMIENTO:** No se dispone de información específica en cuanto al tratamiento de la intoxicación con CRINORETIC. Deberá suspenderse la administración de CRINORETIC y vigilar al paciente estrechamente. **Manejo de Emergencia:** La característica más importante de intoxicación renalizada hasta ahora ha sido hipotensión general intensa, a partir de una sola dosis horas después de la ingestión de los comprimidos, con bloqueo del sistema renina-angiotensina y edema; Se puede intentar el restablecimiento de la sangre mediante hemodilución. **Hemodilución:** Los signos y síntomas más comunes observados son los causados por la pérdida de electrolitos (hipocalemia, hiponatremia) y por la combinación resultante de diuresis excesiva. Si el paciente ha tomado digital la hipotensión puede aceptar las arritmias cardiacas. **PRESENTACIÓN:** CRINORETIC se presenta en ampollas cubiertas de 30 comprimidos, conteniendo cada uno 20 mg de enalapril y 12,5 mg de hidroclorotiazida (PIPI-NA) 3-261-196a.



J. LUPACH & CIA. S.A.  
Dip. San. 88  
08026 Barcelona



## De la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

# 61

# PERSONAJE MÉDICO & HISTORIA

**A** lo largo del último tercio del siglo XVII aparecen los primeros médicos españoles que, rompiendo con el galenismo tradicional que dominaba la casi totalidad de las instituciones, denunciaron el atraso científico de nuestro país reclamando una mayor incorporación a las nuevas corrientes europeas de las que iban quedándose aislados.

Las agrias polémicas entre tradicionalistas y renovadores iban a culminar, favorablemente, con la creación de nuevas instituciones -como la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla en 1697- que tanto iban a contribuir a la notable recuperación de la medicina española del XVIII.

Con la entronización de la dinastía borbónica, pronto se abrieron fronteras ideológicas con el beneficioso trasvase de saberes, de técnicas y de profesionales sanitarios, principalmente franceses, a partir de 1701.

El engranaje renovador se situó en torno a los médicos y cirujanos venidos al servicio de Felipe V, quienes pronto iban a promover amplias reformas encaminadas a renovar la precaria situación de la ciencia española.

Al margen de los llegados con el ejercicio y con la corte, el matrimonio de Felipe V con Isabel de Farnesio iba a facilitar la llegada de otro importante contingente, éstos italianos: Giovanni Spallarosa, uno de los iniciadores de la valorización en Cádiz, Diego Volpe, el protomédico Mucio Zona y José Cervi, entre otros.

Cervi (1663-1748), natural de Parma de cuya Universidad fue catedrático de Prima de Medicina gracias a la ayuda de Francisco Farnesio, en 1714 acompañó a España a la que iba a ser la nueva reina Isabel. Pronto iba a destacar, ya siendo médico de Cáma-

ra de Felipe V y Protomédico, como protector y animador de las academias que iban a contribuir a la puesta al día de la medicina española.

Con motivo de la estancia de la corte en Sevilla, Cervi favoreció la promulgación de unos nuevos estatutos para la Regia Sociedad hispalense, facilitando en ella la práctica de demostraciones anatómicas y debiéndose, a su gestión, la larga labor realizada en la capital andaluza por Blas Beaumont y Guillermo Jacobe.

**T**ras la creación en 1732 de la Academia Matritense, obtiene la protección real para la misma proponiendo como su objetivo principal la realización de exámenes de las aguas minerales y la enseñanza de la anatomía y de la botánica.

Sucesor honorífico de Boerhaave como miembro de la Real Sociedad de Medicina de Londres, y también miembro de la de París, falleció en el Palacio del Buen Retiro en 1748.



José Cervi



---

# D e la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

# 61

José Danon

Universidad Autónoma de Barcelona

---

# De la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

La introducción del método antiséptico de Lister significó la culminación de la revolución de la cirugía a lo largo del siglo XIX. Iniciada con la aparición de la anestesia que suprimía el dolor y ampliaba las áreas del cuerpo humano hasta entonces inoperables, la antisepsia iba a terminar con las grandes infecciones hospitalarias, locales o sistémicas, responsables de un extraordinario porcentaje de muertes, ya postoperatorias o como consecuencia de simples accidentes laborales.

Como muestra cabe recordar el caso de Alemania, sacudida por una inquietante tasa de mortalidad hospitalaria. El deficiente estado de sus centros asistenciales, incapacitados para albergar unos aceptables departamentos quirúrgicos junto con las inevitables piemtas consecutivas a las amputaciones habituales en la época, hacían llegar las defunciones hasta un 62,5 por ciento de los operados y «sólo» a un 37,5 por ciento entre los no operados, principalmente con fracturas abiertas<sup>1</sup>.

La problemática empeoró durante la guerra franco-prusiana pese a la mejora que significó la utilización, frente al habitual sistema de cura cerrada, del método de cura abierta, al aire libre, principalmente utilizado por Billroth y por Volkmann. También la creación de nuevos hospitales, bajo el sistema de pabellones, contribuyó al cambio en la mentalidad asistencial con una notable mejoría de la situación.

Por lo que respecta a nuestro país, no voy a insistir en la ya conocida discusión acerca de la prioridad en la utilización del método antiséptico por unos o por otros. Su comienzo fue, sin posterior solución de

continuidad, quizá como resultado del interés en aplicar, o en comprobar, datos aparecidos en publicaciones científicas seguidoras de los avances de la cirugía europea.

Cabe suponer que el inicio tuviera lugar en alguna Facultad de Medicina: Barcelona, Madrid o Valencia, por orden alfabético; sin olvidar Cádiz, Granada o Sevilla, vieron aparecer esta nueva técnica la cual, desgraciadamente, no pudo consolidarse en los primeros tiempos debido a la falta de estructuras en sus respectivas clínicas quirúrgicas.

La situación hospitalaria española no difería mucho de la comentada para Alemania. Por lo que respecta a Cataluña y a sus capitales de provincia, únicamente Barcelona disponía de un Hospital General, el de Santa Creu, creado a comienzos del siglo XV el cual, en el último tercio del XIX y pese a sus características de institución privada, colaboraba en la prestación de la enseñanza universitaria.

Prácticamente desechado para su utilización por una Comisión municipal desde 1847<sup>2</sup>, y en unas condiciones que se iban agravando con el paso de los años, la Facultad de Medicina se alojaba en el contiguo edificio del desaparecido Real Colegio de Cirugía, disponiendo, solamente, de unas pocas camas hospitalarias para la enseñanza clínica. De ellas, cincuenta y tres correspondían a la clínica quirúrgica dirigida por Juan Giné y Partagas, de las que diecinueve pertenecían al llamado departamento de enfermedades venéreas, también a cargo de Giné.

A la vez, y por lo que respecta al intercambio de información

científica en el caso al que me voy a referir, con la Gran Bretaña, y en lo que respecta al aprendizaje del nuevo método antiséptico, debemos tener presente las entonces escasas relaciones existentes, lejanas ya los tiempos de los Reales Colegios de Cirugía con numerosos alumnos becados, a la vez que superadas también las forzadas y frecuentes emigraciones políticas de la primera mitad del XIX. Pese a ello, aunque en época más tardía, el propio Lister reconoció la utilización de su método en Italia y en España, con pruebas documentales de la presencia en Londres de, por lo menos, dos cirujanos españoles: Alejandro San Martín (1847-1908), de Madrid, y Salvador Cardenal Fernández (1852-1927), de Barcelona.

Sin embargo, y como vanguardia de algo que se avecinaba, las nuevas corrientes que iban a facilitar el progreso de la ciencia en España mostraban un larvado interés por el nuevo término *antisepsia*. Esto ocurría con anterioridad a la primitiva concepción de Lister el cual basaba dicha antisepsia en impedir el acceso del aire atmosférico hasta las superficies cruentas; con ello pretendía frenar la *putrefacción* o descomposición de los líquidos exhalados por las heridas.

El cirujano José Díaz Benito y Angulo fue uno de los primeros en abordar la cuestión: en 1858 estudió la acción del clorato de potasa en cirugía; en 1864, Giné y Partagas trató del ácido fénico centrándose su efecto frente a la putrefacción cadavérica y sus consecuencias<sup>3</sup>. Por último, y para no citar más, en 1866 Juan Soler y Buscallá (1835-1895) quiso hallar alguna acción terapéutica de aquel último germicida sobre el cáncer<sup>4</sup>.



# Li<sup>1</sup>tra

1er AINE  
No Acídico

nabumetona

## 1g dispersable



Las articulaciones  
conocen su eficacia

La mucosa gástrica  
su seguridad

**DESCRIPCIÓN:** Li<sup>1</sup>tra (nabumetona) es el primer representante de una nueva familia de analgésicos antiinflamatorios, No Acídicos. Esta diferencia con los AINEs existentes hasta la fecha, confiere a Li<sup>1</sup>tra unas características farmacológicas y farmacodinámicas que hacen de él un fármaco revolucionario dentro de los AINEs, al contar con potencia antiinflamatoria con mínimos riesgos de efectos secundarios. **INDICACIONES:** Li<sup>1</sup>tra está indicado en Osteoartritis y Artritis Reumatoide que requieren tratamiento analgésico y antiinflamatorio. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido recubierto de Li<sup>1</sup>tra 500 mg contiene: Nabumetona (D.C.I.) 500 mg. Cada comprimido dispersable de Li<sup>1</sup>tra 1g contiene: Nabumetona (D.C.I.) 1g y **POSOLÓGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Adultos: La dosis habitual es de 1 g al día administrado 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 o 2.000 mg por día como dosis única o en dosis fraccionada. Niños: No hay datos. **Clínicos para recomendar el uso de Li<sup>1</sup>tra en niños.** **DOSEIFICACION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL:** Normalmente, no se precisa reducir ajustes de la dosis en los pacientes con insuficiencia de Li<sup>1</sup>tra. Al igual que con todos los AINEs, debe tenerse precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (tauracreatinina > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). En pacientes con procesos inflamatorios crónicos, pueden aparecer anomalías en la función hepática, (fluctuaciones en las testas de alcalinía). No se ha comprobado que Li<sup>1</sup>tra afecte estos cambios; en caso de que se observen síntomas o signos que indiquen una disfunción hepática o resultados anómalos de las pruebas hepáticas, debe considerarse el posible desarrollo de una reacción hepática más grave. **INTERACCIÓN CON OTROS FÁRMACOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** El metabolito activo de Li<sup>1</sup>tra puede desplazar a otros fármacos unidos a proteínas del suero de lugar de unión. La administración simultánea de un antiácido contenido aluminio, leche o alimentos, no afecta de manera importante a la biodisponibilidad del metabolito activo de Li<sup>1</sup>tra. Dos ensayos clínicos farmacológicos demostraron que no se produjo una interacción significativa in vivo entre warfarina y Li<sup>1</sup>tra. No obstante, deberá tenerse cuidado cuando se recete Li<sup>1</sup>tra conjuntamente. La administración simultánea de paracetamol, aspirina o codeína no afectó a la biodisponibilidad del principal metabolito. No se han realizado estudios de interacción entre Li<sup>1</sup>tra y glucocorticoides, b1 o metilglucosaminos por tanto, se recomienda precaución en la administración simultánea de ambos. **EMBARRAZO Y LACTANCIA:** En ratas, Li<sup>1</sup>tra no ha mostrado ningún efecto adverso sobre la capacidad reproductiva. No existen estudios controlados que garanticen la eficacia y seguridad de Li<sup>1</sup>tra 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 la madre justifique el riesgo potencial para el lactante. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y UTILIZAR MÁQUINARIA:** Existe un riesgo de que aparezcan vértigos u otros trastornos del Sistema Nervioso Central tras la administración de Li<sup>1</sup>tra. En tales casos, el paciente no debe conducir o utilizar maquinaria. **REACCIONES ADVERSAS:** Generalmente Li<sup>1</sup>tra se tolera bien. Las reacciones adversas descritas más frecuentemente son: Sistema Nervioso Central: Cefalea, vértigo, fatiga, somnolencia e insomnio. Dermatológico: Erupción cutánea y prurito. Gastrointestinal: Diarrea, dispepsia, dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, flatulencia, estreñimiento o sangrado escasa en heces. Sentidos Especiales: Tinnitus y visión anormal. Sistémicos: Edema. **SOBREDOSEIFICACION:** No existe un antídoto específico. Se recomienda el lavado gástrico seguido de la administración oral de 60 g de carbón activo diario, en dosis divididas, con terapia adecuada de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Propiedades farmacodinámicas: Li<sup>1</sup>tra es un nuevo fármaco antiinflamatorio no esteroideo, no-acídico 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, Li<sup>1</sup>tra tuvo escaso efecto sobre la agregación plaquetaria inducida por colágeno y ningún efecto sobre el tiempo de sangrado. **Propiedades farmacodinámicas:** Li<sup>1</sup>tra se absorbe bien en el tracto gastrointestinal. Por lo mismo no se puede cuantificar en el plasma, porque después de su absorción sufre una rápida biotransformación a su principal metabolito activo, el ácido 6-metilo-2-etilheptanoico (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 posiblemente en la orina. Más de un 99% de 6MNA está unido a proteínas plasmáticas. La fracción libre normalmente, varía entre un 0,2% a un 0,6% de las concentraciones alcanzadas tras la administración de 1.000 mg de nabumetona y aproximadamente un 0,6% a un 0,8% de las concentraciones totales en el estado de equilibrio después de la administración diaria de 2.000 mg. **DATOS PRECLÍNICOS 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 animales. En ratas se observaron cambios tras la administración de nabumetona. En monjes, 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, exceptivamente. 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. Disponer en envases resistentes a la luz. **INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN:** Mantener fuera del alcance de los niños. **PRESENTACIONES Y PRECIO PVP IVA:** Li<sup>1</sup>tra 500 mg, envase de 40 comprimidos recubiertos PVP IVA 2.205,- Ptas. Li<sup>1</sup>tra 1g, envase de 20 comprimidos dispersables PVP IVA 2.395,- Ptas. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. Insensibilizable por la Seguridad Social. **COSTE TRATAMIENTO:** DIA: 119,- Ptas.

Li<sup>1</sup>tra® 500 mg comprimidos recubiertos está fabricado por Synthelabo Bercham Pharma GmbH (Alemania), bajo licencia de Synthelabo Bercham s.l., para L. URIBACH & CIA, S.A. Li<sup>1</sup>tra® 1g comprimidos dispersables está fabricado por Synthelabo Bercham Pharmaceuticals, Miami Inc., Country (Ohio) (USA), bajo licencia de Synthelabo Bercham s.l., para L. URIBACH & CIA, S.A.

El AINE eficaz que respeta  
la mucosa gástrica

1g  
500mg



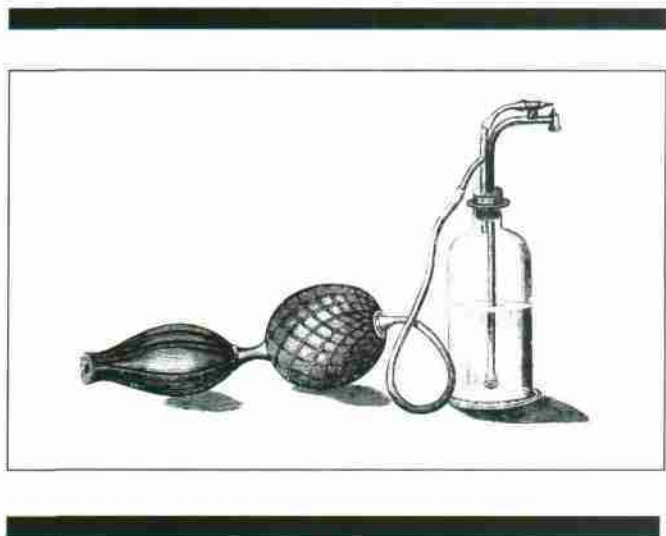


Poco después, en 1875, en el vetusto hospital barcelonés y en uno de sus rincones húmedo y oscuro habilitado como «sala de operaciones» -para no llamarle quirófano-, el polifacético Giné y Partagás (higienista, dermatólogo, frenólogo y catedrático de clínica quirúrgica), llevaba a cabo las primeras aplicaciones documentadas en la Ciudad Condal del método antiséptico de Lister, reseñadas por su discípulo Alfredo Nadal<sup>(1)</sup>.

El relator reconoce que no es la primera vez que presencia la aplicación de este nuevo método terapéutico utilizado por Giné y pretende, con su escrito y dadas las numerosas versiones aparecidas hasta entonces, arrojar un poco de luz «sobre el legítimo *modus faciendi* de Mr. Lister», tal como lo practicaba en Edimburgo y a tenor de unas noticias recogidas de una carta «redactada por Clement Arutiz» -he aquí una de las posibles fuentes de información impresa- miembro de la Academia de Medicina y ayudante del reputado Profesor «irlandés» (*sic*).

Veamos, resumiendo, cómo describe Nadal la aplicación del método. Se utilizan -escribe- tres tipos de desinfectantes: ácido fénico, ácido bórico y cloruro de zinc, siendo el primero el más enérgico utilizado para la limpieza de los tegumentos, esponjas, instrumentos, etc. en una solución al 5 por ciento, proporción que debía reducirse al 2 por ciento para el lavado de las manos del cirujano.

La primera cura externa se realizaba mediante la llamada *antiseptic gauze*, formada de un tejido de algodón impregnado con una parte de ácido fénico mezclado con siete de parafina y cinco de resina blanca. En total se utilizaban ocho capas de



tal gasa interponiendo, entre las dos últimas, una tela impermeable revestida de caucho por la cara que contactaba con la herida, con la misión de impedir que las secreciones atravesaran el apósito eliminando, con ello, el ácido fénico y facilitando el paso de los gérmenes a la herida, extremo que era incontestable evitar.

Durante la intervención debía mantenerse una atmósfera antiséptica mediante la pulverización de líquido fenicado al 2,5 por ciento utilizando el llamado aparato de Richardson, una bomba manual o un pulverizador de vapor recientemente incorporado al método. «El aparato -afirma- sea cual fuere el que echemos mano para obtener la atmósfera fenicada, debe confiarse a un ayudante

(1) UPMALIS, EH. «The introduction of Lister's treatment in Germany». *Bull. Hist. Med.* 1968, XLIII: 221-240.

(2) *Dictámenes médico-higiénicos de la Comisión Facultativa inspectora del Hospital general de Santa Cruz de Barcelona, nombrada en 12 de diciembre de 1847 por el Señor Alcalde corregidor de esa ciudad*. Barcelona. Imp. de Antonio Bruvi, 1848.

(3) DIAZ BENITO. «Del clorato de potasa en algunas afecciones quirúrgicas». *Memorial de Sanidad*, 1858-1859, 220-222.

(4) GINÉ y PARTAGÁS, Juan. «El ácido lónico en medicina», en: *Obras recogidas*. Barcelona. Tip. La Académica, 1903, p. 33-49.

(5) SOLER y BUSCALLA, Juan. «El ácido lónico en el cáncer. Observaciones». *Compendio Médico*, 1906 (135): 236-240.

(6) NADAL, Alfredo. «Cura antiséptica de Lister». *La Independencia Médica*, 1875 (5): 54-57.

inteligente y cuidadoso, pues de él depende en gran parte el éxito del tratamiento».

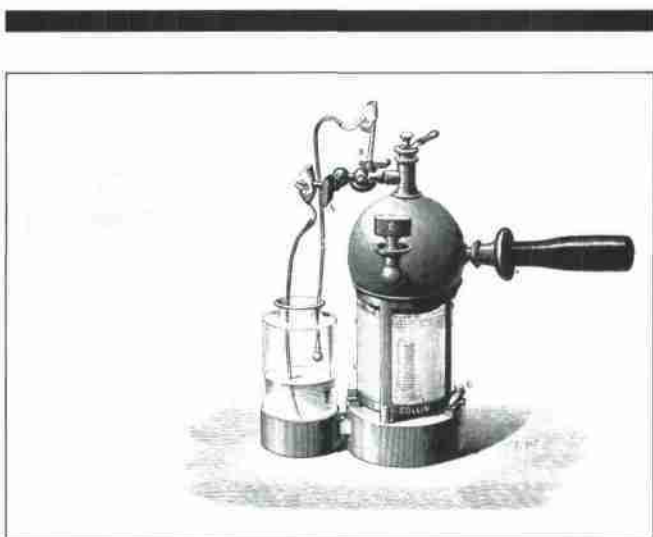
Para proteger la herida de la acción irritante del antiséptico, Lister preconizaba el uso de un tejido especial, *the protector*, constituido por seda embebida en aceite común, recubierta en sus dos caras por barniz copal y, el conjunto, por una capa de dextrina en cuyo interior un tubo de Chaisaignac, convenientemente fijado mediante hilos de seda, facilitaba el drenaje.

Para las ligaduras vasculares aconsejaba el catgut, también preparado asépticamente y conservado en aceite fenicado al 10 por ciento, a la vez que prefería substituir las habituales suturas metálicas por otras de seda mantenidas bajo las mismas precauciones.

El número de curas dependía de la supuración, siendo imprescindible mantener la humedad de la gasa antiséptica con el fin de que ésta «evaporándose lentamente a la temperatura ordinaria del aire, podría suceder que gérmenes sépticos adheridos accidentalmente a los hilos de la gasa, pudiesen ser así puestos en contacto con la úlcera por la superficie del apósito mismo» elemento que podía utilizarse, indistintamente, bajo la forma de vendaje.

Desgraciadamente, no disponemos de estadísticas de aquella época inicial aunque sí cabe resaltar la expresión de los «excelentes resultados» obtenidos. Pese a ello y por las circunstancias expuestas anteriormente, no parece posible que el proceder consolidara.

Las nuevas ideas fueron ganando terreno tanto a través de las

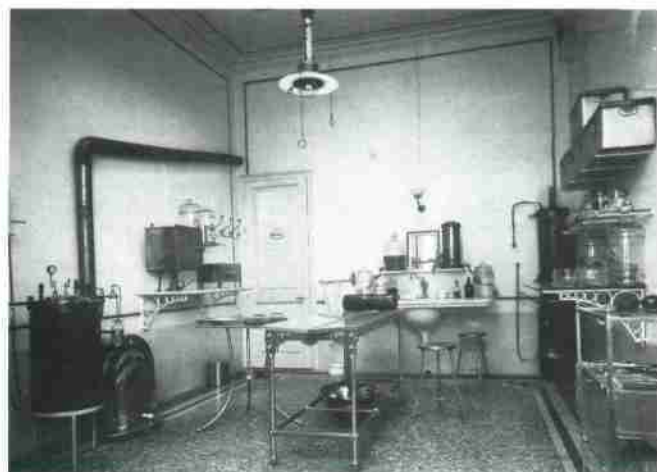


instituciones universitarias – Facultades de Medicina – como desde las clínicas privadas de las principales ciudades españolas»; con Lister se reconoció que «la supuración no es un proceso necesario y la presencia en las heridas de pus revela un trastorno; un verdadero obstáculo en la reparación de los tejidos». Era también patente que «el contacto de los gérmenes atmosféricos viene a ser una causa más influyente, no ya solamente para producir el pus, sino también para descomponerlo, infeccionando la herida, provocando la septicemia, infección purulenta, críspela y otros accidentes, que hacían sucumbir en otras épocas a

multitud de operados», como recuerda en 1881 Antonio Morales<sup>4</sup>.

Pronto sería predecible una mayor difusión del método antiséptico y aquella iba a superar las escuetas reseñas anteriores de la prensa extranjera para centrarse en traducciones de obras específicamente dedicadas al tema. En 1880 aparece en Sevilla la «*Cura*

<sup>4</sup> *Patenteador a vapor de Lucas-Championniere*



Federico Rubio y Galí (1827-1904); el nuevo Hospital Militar de Carabanchel, con figuras como las de Jerónimo Pérez Ortiz y Lorenzo Aizari López; el Hospital de la Princesa, con Antonio Morales ya citado y más tarde catedrático en Barcelona, junto con José Berruero (1855-1923); ambos formados bajo la tutela de Creus y Manso.

Por lo que respecta a Barcelona y también al margen del Hospital de Santa Creu, que entonces cumplía más mal que bien las funciones de hospital universitario, en 1879 un grupo de aquellas llamadas «señoras piadosas» llegó a fundar un nuevo Hospital, el del Sagrado Corazón, inicialmente habilitando una casa de alquiler bajo la dirección del oftalmólogo Manuel Isidoro Osío Valero. Al poco tiempo, insuficiente aquella, se construyó un edificio de nueva planta proyectado para trescientas camas de acuerdo con la tecnología de la época, encargando la dirección del mismo a Salvador Cardenal y Fernández (Valencia, 1852 - Barcelona, 1927).

*antiséptica expuesta según el método de Lister*, de Nussbaum y poco después, en Madrid, la «*Cirugía antiséptica y aplicación del método de Lister*» de Just Marie Marcellin Lucas-Championnière (1843-1913), el más decidido defensor del listerismo en Francia.

Asimismo, en 1882 Juan Aguilar y Lara publica en Valencia su *Nueva cirugía antiséptica*<sup>(8)</sup> en la que recoge una extensa relación bibliográfica, recordando que «hace algunos años; el distinguido Catedrático de esta Escuela Dr. Ferrer y Viñerta, practicó por primera vez ante un numeroso e ilustrado público, compuesto en su mayoría por Catedráticos, Médicos de Beneficencia y alumnos de la

Facultad de Medicina, una amputación del muslo según el Método del eminente cirujano de Edimburgo», prioridad que hace extensiva, a la vez, a Juan Creus y Manso, de Madrid y a los médicos valencianos Amalio Gimeno y Julio Magraner.

Pero más allá de las Facultades de Medicina cabe citar un importante número de instituciones extra-universitarias las cuales, con mejores medios; desempeñaron un importante papel en el desarrollo y consolidación del método antiséptico de Lister en nuestro país<sup>(9)</sup>; Madrid y Barcelona llevaron la pata. En la capital cabe citar el Instituto Rubio, creado por

(7) YRIVERA, Juan. *La introducción en España del método antiséptico de Lister*. Valladolid. Seminario de Historia de la Medicina, 1973.

(8) MORALES PÉREZ, Antonio. *Tratado de operatoria quirúrgica*. Barcelona, Suces. de N. Ramírez y Cia., 1881; 2 vols.

(9) AGUILAR Y LARA, Juan. *Lister y Gaurin. La nueva cirugía antiséptica. Historia, principios, manual operatorio*. Valencia, Librería de Pascual Aguilar, Ed, 1882.

(10) Cf. la monografía de Juan Riera, *op. cit.* (7).

Cardenal, genuino representante de la llamada «generación de sabios», únicamente dejó huella en la Facultad de Medicina a través del modesto cargo de «preparador de los Museos Anatómicos». Entre 1875 y 1879 tuvo lugar su formación científica, inicialmente autodidacta cuando no colaborando activamente en las tareas de la «Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña» de la que junto a Juan Giné y Partagás, José de Letamendi y Bartolomé Robert fue uno de sus fundadores. Más tarde, dedicado plenamente a la cirugía, Cardenal inició un periplo por distintas Clínicas europeas: en 1875, a los 23 años, visita Francia y a continuación entra en contacto con los principales cirujanos del área germánica: Austria, Suiza y la misma Alemania, donde mantuvo sus primeros contactos con el método antiséptico de Lister, ya plenamente aceptado tras la guerra franco-prusiana. Allí se hizo cargo del nuevo tratamiento de las fracturas abiertas, principalmente en base a sus relaciones con Billroth, Tiersch, Bardeleben, Volkman, Rose, Julliard, Lücke y Schröder a quienes visitó personalmente con este objeto.

A lo largo de su viaje pudo comprobar el estado de los nuevos hospitales alemanes, sensiblemente mejorados en los últimos años, así como los excelentes resultados postoperatorios obtenidos, haciéndole ver que el método antiséptico había echado profundas raíces en Alemania, país que consideraba como «el que más se opera en el mundo».

A su regreso, aportó los nuevos conocimientos en la puesta al día de su departamento del Hospital del Sagrado Corazón y en el sentaría catedrático, naturalmente

extrauniversitaria, creando una extraordinaria escuela de la que salieron cirujanos como Antonio Raventos Aviñó (1869-1919), Francisco Riusa Doménech (1868-1909), Sebastián Recasens Giró (1863-1933) y, entre otros más, Enrique Ribas y Ribas (1870-1935). Casi al fin de su vida fue nombrado catedrático honorario de la Universidad.

Poco después de su regreso, Cardenal aspiró a difundir el método de Lister que había visto en Alemania pues con anterioridad, reconoce sinceramente, «no quise lanzarme a ello por carecer en aquella época de observación propia sobre el particular, y estar convencido de que, en cuestiones de práctica pura, no basta leer para poder enseñar». Para ello se vale de la tribuna de «su» Academia de Ciencias Médicas, donde pronuncia seis lecciones con la esperanza de conseguir «popularizar en mi país un método que ha salvado ya tantos millares de enfermos y que permitirá con seguridad salvar otros tantos; y me daré por muy satisfecho y por completamente remunerados mis esfuerzos».

Con estas palabras, fechadas el 16 de enero de 1880, finaliza la introducción de sus lecciones, cuya publicación estuvo «madurando hace año y medio», lo que hace suponer que tuvieron lugar a mediados de 1878<sup>11</sup>.

Cardenal presenta material antiséptico traído expresamente de Alemania y de la Gran Bretaña, país «éste» que considera recto a la aceptación de la antisepsia pese a la nacionalidad de Lister el cual «recuerdas» es inglés «peor que ésto, es escocés y digno de notarse el hecho curioso observado por Schultz en su viaje a Inglaterra de

que el empleo y el entusiasmo por el método de Lister es tanto mayor cuanto más se va alejando de la ciudad en que ejerce el gran Profesor».

Y por lo que respecta al resto del continente, mientras en Rusia se manifestaba su entusiasmo, el método se había asentado tanto en Dinamarca como en Suiza a la vez que, contrariamente, en Francia se habían llevado a cabo grandes esfuerzos para desacreditarlo. En España «dice», «donde existe la mala costumbre de no aceptarse sino lo que viene de Francia, ¿será preciso, para que se generalice el método, que algún autor de dicha nación tenga a bien escribir un tratado manual de Cirugía en que se ocupe de él y que algún benévolo español se apresure a traducirlo?. Quiero esperar que no». Pero pese a ello, recuerda que Creus y Manso había publicado varios casos en los dos años anteriores, a la vez que se seguía con interés tanto en Cádiz como en Valencia. Respecto a Barcelona, cree que Giné y Partagás trataba de introducirlo en su Clínica en cuanto lo hicieran posible las desventajosas condiciones en las que se encontraba en el Hospital de Santa Creu.

A manera de prólogo, Cardenal recuerda el ideal de todos los tiempos: alcanzar la cicatrización de las heridas por primera intención, pese a la opinión contraria de ciertos cirujanos franceses como Pelletan, Larrey y Dupuytren; quienes llegaron a proferir el procedimiento, y frente a otros como Richet, quien en 1875 amputada a colgajo libre, sin suturar, solamente interponiendo unas hilas de algodón.

A partir de estos momentos, entra en la historia la figura de Pasteur para quien la *fermentación* y la

# Crinoren

## 20 mg

Maleato de enalapril



En beneficio  
del tratamiento  
de la  
**Hipertensión**  
**Arterial**  
y de la  
**Insuficiencia**  
**Cardíaca**



J. URBACH & CIA. S.A.  
Dpto. I+D+D  
08028 Barcelona

**DESCRIPCIÓN:** El maleato de enalapril es un derivado de L-alanina y L-prolina. Tras su administración oral, se absorbe rápidamente y posteriormente se hidroliza a enalaprilato, el cual es un inhibidor del enzima de conversión de angiotensina altamente específico, de larga duración de acción y sin grupo sulfhídrico. **INDICACIONES:** Todos los grados de hipertensión esencial, hipertensión renovascular e insuficiencia cardíaca congestiva. **POSOLÓGICA:** CRINOREN se debe administrar únicamente por vía oral y su absorción no se ve afectada por la comida. La dosis usual diaria varía desde 10 a 40 mg en todas las indicaciones, administrada en una o dos formas. Está dosis debe ajustarse según las necesidades del paciente. Hasta la fecha, la máxima dosis estudiada en el hombre es de 60 mg al día. **Hipertensión:** La dosis inicial recomendada es de 5 mg (2,5-5 mg) en la hipertensión renovascular, administrada una vez al día. En pacientes de 65 años o más, la dosis inicial recomendada es de 2,5 mg. La dosis usual de mantenimiento es de un comprimido de 20 mg una vez al día. En pacientes hipertensos que están siendo tratados con diuréticos, el tratamiento diurético debe suspenderse 2-3 días antes del comienzo del CRINOREN. Si no fuera posible, la dosis inicial de CRINOREN debe ser baja (2,5 a 5 mg). **Insuficiencia renal:** Generalmente, los niveles de dosificación de enalapril deben prolongarse, o bien disminuir la dosis. Los dosis iniciales recomendadas son las siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min y mayor de 30 ml/min (5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 30 y mayor de 10 (2,5-5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 10 (0,25 mg dos días de diálisis). Ensayar si está fallando. Los días en que los pacientes no estén en diálisis, la dosis debe ajustarse de acuerdo a la respuesta de la presión arterial. **Insuficiencia Cardíaca Congestiva:** La dosis inicial de CRINOREN en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva debe ser de 2,5-5 mg y se debe administrar bajo estricta supervisión médica. Si es posible debe reducirse la dosis de diuréticos antes de iniciar el tratamiento. La dosis usual de mantenimiento es de 10 a 20 mg, administrados en dosis únicas o divididas. Esta dosis debe incrementarse por incrementos graduales tras la dosis inicial y puede llevarse a cabo en un período de 2 a 4 semanas o más rápidamente, si la presencia de signos y síntomas residuales de insuficiencia cardíaca así lo indican. Antes y durante de comenzar el tratamiento con CRINOREN debe controlarse estrechamente la presión arterial y la función renal (ver Precauciones). **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** CRINOREN está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a este fármaco. **Hipotensión Sistémica:** Fue observada raramente tras la dosis inicial o en el curso del tratamiento con CRINOREN. En los pacientes hipertensos la hipotensión es más frecuente cuando existe depleción de volumen. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es más probable que aparezca en aquellos con grado más avanzado de insuficiencia cardíaca. Si se desarrolla hipotensión, debe colocarse al paciente en posición supina y puede ser necesario administrar líquido oral o suero fisiológico por vía intravenosa. Una respuesta hipotensora transitoria no es una contraindicación de dosis posteriores, que pueden administrarse habitualmente después de la expansión de volumen. Si la hipotensión se vuelve sintomática, puede ser necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con CRINOREN. **Función Renal alterada:** En algunos pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria de un riñón aislado, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina séricas, reversibles con la suspensión del tratamiento. Este hallazgo es especialmente probable en pacientes con insuficiencia renal. Algunas pacientes hipertensas con ligera acentuación de insuficiencia renal previa, han desarrollado incrementos transitorios y generalmente transitorios, en la urea y creatinina sérica especialmente cuando se administró CRINOREN concomitantemente con un diurético. Puede ser necesario entonces reducir la dosis de CRINOREN o suspender el diurético. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, la hipotensión tras el comienzo del tratamiento con CRINOREN puede llevar a un ulterior deterioro de la función renal. En esta situación, se ha observado insuficiencia renal aguda, habitualmente reversible. **Cirugía/Aestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía menor o durante la anestesia con agentes que producen hipotensión, enalapril bloquea la formación de angiotensina II secundaria a la liberación postoperatoria de renina. Si aparece hipotensión y es necesario secundario a este mecanismo, puede ser corregido por expansión de volumen. **Potasio sérico:** El potasio sérico generalmente permanece dentro de los límites normales. En pacientes con insuficiencia renal, la administración de CRINOREN puede llevar a elevación del potasio sérico, especialmente en pacientes con insuficiencia renal, diabetes mellitus, y/o químicos alterados de potasio concomitantes. **Empleo en el embarazo y Mamas Lactantes:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. No se conoce si CRINOREN se excreta por la leche materna. Existe un riesgo potencial de hipotensión fetal, pero poco al nacer y desarrollo de la perfusión renal o anuria, en el feto tras la exposición uterina a los inhibidores del enzima de conversión. **Empleo en Pediatría:** CRINOREN no se ha estudiado en niños. **INTERACCIONES:** Puede ocurrir un efecto aditivo cuando se emplea CRINOREN conjuntamente con otros fármacos antihipertensivos. Generalmente se le recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos osmóticos de potasio, ya que pueden producir elevaciones sintomáticas del potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINOREN ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente observados fueron sensación de inestabilidad y vértigo. En el 2-3% de los pacientes se describieron fatigabilidad y astenia. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, altopnea, náuseas, diarrea, cambios musculares, urticaria cutánea y los vómitos. En los casos individuales se ha descrito edema angioneurótico, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, garganta y/o laringe y/o faringe y/o laringofaríngeas. En todos estos casos debe suspenderse CRINOREN e iniciar inmediatamente los medidas terapéuticas adecuadas. Finalmente se observaron elevaciones en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINOREN, que fueron de significación clínica. Se han observado incrementos de la urea y creatinina séricas, reversibles con la suspensión de CRINOREN. Se han descrito, en pocos pacientes, ligeros disminuciones de la hemoglobina, hematócrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de enzimas hepáticas, pero no se ha establecido una relación causal con CRINOREN. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Existen datos limitados respecto a la intoxicación. La manifestación más probable de sobredosificación debe ser hipotensión, que puede ser tratada, si fuese necesario, mediante infusión intravenosa de suero salino normal. **PRESENTACIONES:** CRINOREN 5 mg. Envase de 60 comprimidos. PVP IVA3 2.234.-Plus, y de 10 comprimidos. PVP IVA3 367.-Plus. CRINOREN 20 mg. Envase de 28 comprimidos. PVP IVA3 3.692.-Plus. **Envases Clínicos:** CRINOREN 5 mg. 500 comprimidos (dosis unitaria). CRINOREN 20 mg. 500 comprimidos (dosis unitaria).



# El azúcar también puede amargar la vida

# Glisentida STATICUM®

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



**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 insulinos 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 éstos, no es necesario que medie intervalo alguno entre los dos tratamientos.

En las diabetes bien equilibradas con otros hipoglucemiantes orales, el cambio a STATICUM puede iniciarse con 1/2 comprimido al día. En las diabetes mal equilibradas con otros antidiabéticos, iniciar con un 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.L. 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  $\beta$  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 sulfonamidas de acción prolongada, tuberculostáticos (etionamidas), pirazolonas o derivados cumarínicos, puede potenciar el efecto hipoglucemiante del medicamento. STATICUM no presenta efecto antibiótico.

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

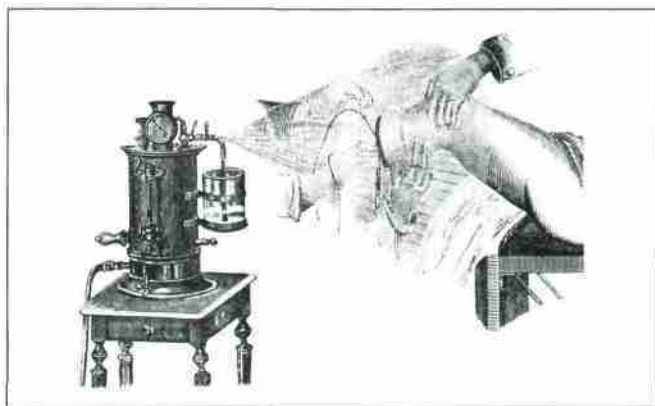
**Contraindicaciones:** Descompensación metabólica grave. Coma diabético. Trastornos graves de la función renal o hepática. Diabetes juvenil (DMID). Embarazo.

**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 las pautas 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:** Envases de 30 y 100 comprimidos (PVP IVA 440 y 880 ptas.).

**Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social.

**Estimación del coste del tratamiento:** Entre 5 y 58 Ptas/día.



Para ello, Lister buscó un buen antiséptico que defendiera la herida de la *putrefacción*, junto con un protector inofensivo y no estimulante el cual, a su vez, la defendiera del antiséptico.

Pese a la insistencia de Lister de que su método no podía ser aplicado correctamente con su sola descripción, inicialmente ningún cirujano alemán se había desplazado a la Gran Bretaña y, pese a ello, Nussbaum, de Munich, fue hasta casi la exageración su más ferviente partidario, mientras que Volkmann, de Halle, obtenía unos resultados no tan brillantes como el anterior. A la par, el apóstolado de Cardenal se basaba en su experiencia, gracias a sus contactos con Berfín, Viena, Ginebra, etc.

Para la aplicación de la nueva técnica, eran necesarios los siguientes elementos:

1º. Pulverizador de líquidos de Richardson, de chorro continuo, para mantener una atmósfera antiséptica alrededor del campo operatorio, siendo necesaria la presencia de otro aparato de repuesto para prevenir contingencias.

*putrefacción* frecuentes en las heridas, era el resultado de la proliferación germinativa de unos seres microscópicos capaces de conservar su vitalidad y su germinabilidad aún después de desecados. A este respecto, Lister aplica la doctrina del panspermismo partiendo de la idea teórica de que «la descomposición de los líquidos orgánicos» y principalmente la de los generados por las heridas, depende directamente de aquellos organismos inferiores. Como consecuencia, fija su atención en evitar que dicha intervención pueda llegar a desarrollarse al llegar a contactar con las heridas; a la vez que propugna el reposo de los miembros afectados (*to be net alone*).

Formado en la Escuela alemana y siguiendo fielmente a Nussbaum,

Cardenal insiste en que la importancia del reposo, del drenaje quirúrgico y de una antisepsia total serán los fundamentos básicos del método antiséptico de acuerdo con el pensamiento de Lister, debiéndose, además, pulverizar continuamente la atmósfera del campo operatorio.

El objetivo pleno consistía, insisto, en evitar que se pusiera en contacto con la herida absolutamente ningún objeto ni substancia que no hubiera sido previamente desinfectada con esmero. Para conseguirlo era preciso el uso de unos apósitos que proporcionarían una atmósfera permanentemente incompatible con la vida o con la actividad de aquellos organismos, sin que la substancia antiséptica se aplicara directamente sobre la herida.

(11) CARDENAL S. *Guía práctico para la cura de las heridas y la aplicación del método antiséptico. (Lecciones dadas en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña)*. Barcelona, Biblioteca Ilustrada de España, Hnos. (ca. 1880), VIII+188 p.

Lister había ideado un pulverizador de vapor, mejorado por Lucas-Championniere y fabricado por Collin, de París, utilizado en el Hospital del Sagrado Corazón, sin excluir otros modelos más sencillos como los de Nussbaum o de Tiersch.

2°. Irrigador para el lavado de las heridas, o ducha de Esmarch con depósito interior para hielo.

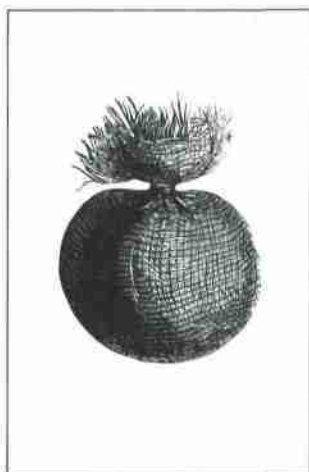
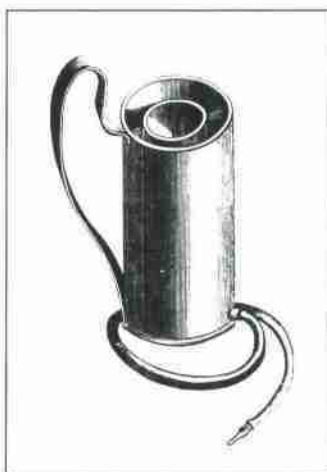
3°. Solución fenicada fuerte al 5 por ciento para limpieza del campo operatorio, los instrumentos y las manos aunque para estas podía utilizarse la vaselina fenicada, recomendada por Nussbaum y Bardeleben, reservando la solución al 2,5 por ciento para el lavado de la herida durante la intervención, las esponjas y los apósitos.

4°. Aceite fenicado del 5 al 10 por ciento para lubricar los instrumentos de exploración y para empapar las gasas.

5°. Solución de cloruro de zinc al 8 por ciento por su acción antiséptica, en caso de heridas tardías, fracturas complicadas o úlceras.

6°. Catgut de seda antiséptica para ligaduras vasculares y suturas, considerado como uno de los más curiosos y útiles aportados por Lister por su poder de reabsorción.

Cardenal recuerda que el producto se prepara comercialmente en Edimburgo, Leipzig, Schaffhausen, etc., si bien frente a la aceptación del mismo por parte de Nussbaum, Volkmann y Bardeleben, está la opinión contraria de Billroth el cual consideraba que la reabsorción era demasiado rápida, utilizando en su lugar seda de Czerny.



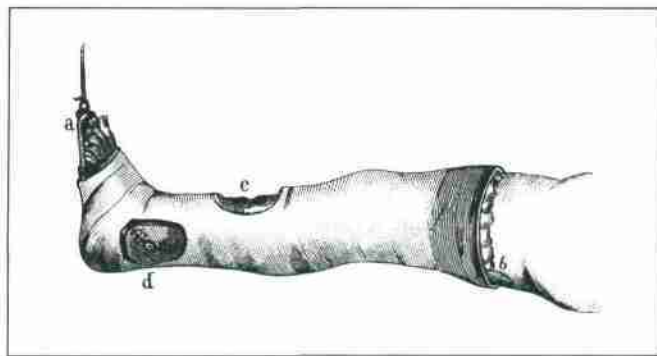
7°. Tafetán protector, o *silk protective*, constituido por una especie de hule muy fino, flexible e impermeable, recubierto de una capa formada de una mezcla de dextrina, almidón y ácido fénico. En su misión, sin actuar como antiséptico directo sobre la herida, la defendía de la acción irritante de los restantes tópicos si bien, en las variantes alemanas, Bardeleben utilizaba seda común mientras que Billroth una tela de caucho muy fino. Cardenal se lamentaba de su coste que podía llegar a las nueve pesetas el metro cuadrado.

8°. La parte más original del método antiséptico -se dice- la constituye la llamada «gasa antiséptica» que,

*Irrigador o ducha de Esmarch, con depósito interior para el hielo.*

*Torunda antiséptica.*





mortalidad existente en los hospitales alemanes en la época pre-antiséptica, variando entre el 38 y el 48,5 por ciento, mientras que en Francia, teniendo además en cuenta unas estadísticas erróneas de Malgaigne, se optaba por la amputación directa en los casos de fracturas abiertas.

Salvador Cardenal aconsejaba, una vez más, el proceder de los cirujanos alemanes principalmente de Volkmann, Nussbaum y Rose. Se basaba en la inmovilización y desinfección absoluta y continuada, en un perfecto drenaje y, como complemento, en la práctica de aberturas en los puntos declives, utilizando -según los casos- ácido fénico o cloruro de zinc.

Siguiendo las líneas de su formación, recomienda una

indistintamente, llegaba de la Gran Bretaña, de Alemania o de Suiza. Se preparaba mediante tiras de gasa común, de cinco o seis metros de largo por uno de ancho, introducida en una caja de zinc y manteniéndola a la temperatura del agua hirviendo durante dos o tres horas. Pasado este tiempo, y por cada diez partes de su peso, se le introducía otra parte de ácido fénico por cinco de colofonia fundida y siete de parafina. También por su elevado coste, era recomendado el método de Burns, de Tübingen, más económico.

9º. El llamado *Makintosh*, o tela impermeable de caucho para situar entre las dos últimas capas de gasa. Su finalidad era la de mantener, por debajo, una atmósfera antiséptica ajena al aire exterior imposibilitando el paso a su través de las supuraciones, de «los líquidos» de la herida operatoria:

10º. Vendas de aplicación variable desde el mismo Lister que utilizaba la misma gasa antiséptica, hasta Volkman que se valía de gasas secas. Cardenal, las mojaba en una solución de ácido fénico fuerte, escurriéndolas antes de su aplicación.

11º. Tubos de drenaje, perfeccionando el modelo de Chassaingnac, también conservados en solución antiséptica.

12º. Esponjas o, en su defecto, torundas de yute salicilado envueltas, a su vez, en gasa también salicilada.

13º. Finalmente y como elementos optativos según las circunstancias, se podían substituir los apósitos fenicados por otros salicílicos.

Respecto al tratamiento de las llamadas *fracturas complicadas*, Cardenal recoge la elevada tasa de

## De la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

bibliografía exclusivamente germánica como la más representativa en cuanto a la aplicación del método antiséptico: el Tratado de Köning y las monografías de Gernzer y de Volkmann.

Progresivamente, aunque con oscilaciones, el método antiséptico de Lister se fue introduciendo en España. Por lo que respecta a los Congresos, un año antes de la publicación de Cardenal, en el de Cádiz, vemos que solamente se presenta una comunicación sobre la temática, la del oftalmólogo Cayetano del Toro<sup>12</sup>, sobre «El ácido hiponítrico en terapéutica», mientras que en el de Barcelona de 1888 los trabajos leídos sobre el mismo tema fueron numerosos<sup>13</sup>. Por el contrario, mientras que en 1881 el catedrático de Barcelona Antonio Morales, incluía en el programa de la asignatura una lección sobre su experiencia personal<sup>14</sup>, al año siguiente Juan Freixas y Freixas (1860-1933), antiguo alumno de Giné y Partagás, defendió su tesis doctoral en la Universidad Central sobre los distintos métodos<sup>15</sup> en la que tras una exhaustiva enumeración de los antisépticos conocidos, llega a definir el aire puro, el método abierto defendido por Cardenal como el único que se acerca al de Lister por sus resultados y el agua oxigenada y el método de Guérin, utilizado por este cirujano en el viejo Hôtel-Dieu de París, consistente en la colocación de una enorme capa de algodón cardado alrededor de toda herida, apósito que el mismo Guérin dejaba sin renovar entre 15 y 25 días, limitándose a colocar nuevas capas de algodón limpio y nuevas vueltas de venda en cuanto aparecían manchas que atestiguaban la presencia de pus. Cardenal creía que

el método sería válido si pudiera aplicarse sobre una cura bien hecha.

El servicio de Cirugía del Hospital del Sagrado Corazón fue adquiriendo notoriedad y cabe recordar, de aquella primera época, a su primer ayudante Alvaro Esquerdo y Esquerdo (1853-1921) quien en 1880 ganó una plaza por oposición en el Hospital de Santa Creu siendo sustituido por Mariano del Vilar y Fontcuberta. Este, junto con José Girón y Trias y con Felipe Cardenal y Navarro, colaboraron con el Maestro en su clínica privada -una de las pocas entonces existentes en Barcelona-, instalada con el mejor utillaje de la época en el Pasaje Mercader, 13. Su fachada todavía puede apreciarse en la actualidad<sup>16</sup>.

En 1881 Cardenal realizaba su primera laparotomía y cinco años más tarde ya había efectuado treinta y dos, con veintidós éxitos, preconizando la separación del instrumental utilizado en operaciones sépticas que aislaba en una sala especial<sup>17</sup>.

Aquella primera *Guía* de Cardenal se agotó pronto y hasta siete años más tarde no aparecía la segunda edición bajo el nombre de *Manual práctico de Cirugía antiséptica*<sup>18</sup>, título por el que comúnmente es también designada la primera por quienes solamente la conocen de referencias dado los pocos ejemplares conservados. En 1895, como ya veremos más adelante, se publicó una tercera edición, que fue obra de consulta obligada hasta bien entrado el siglo XX.

Entre aquellas dos primeras fechas, 1880 y 1887, Salvador Cardenal había profundizado sus conocimientos quirúrgicos entrando de lleno en la cirugía experimental,

Analgésico  
Antitérmico  
Anti-  
inflamatorio

*Todos  
tienen  
algo en  
común*

# DOLMEN

Especialidad  
financiable  
por la  
Seguridad Social

Comprimidos  
efervescentes

**INDICACIONES** Procesos que cursan con dolor: dolores de cabeza, muelas, musculares y de articulaciones, dolores menstruales. Procesos febriles.

Como antiinflamatorio en procesos tales como artritis reumatoide, osteoartritis, artritis juvenil, siempre bajo prescripción médica.

**COMPOSICIÓN** Cada comprimido contiene 500 mg de ácido acetilsalicílico; 10 mg de fosfato de codeína y 250 mg de vitamina C.

**POSOLOGÍA** Adultos: Uno o dos comprimidos, disueltos en agua, cada 4 ó 6 horas. Niños menores de tres años: A juicio del médico, 1/4 de comprimido. Niños entre 3 y 6 años: 1/2 comprimido.

**CONTRAINDICACIONES** Casos de hipersensibilidad individual frente al medicamento o a sus componentes. Úlcus gastroduodenal en fase activa.

**INCOMPATIBILIDADES** No se conocen a dosis terapéuticas.

**EFFECTOS SECUNDARIOS** Si bien DOLMEN posee una buena tolerancia, en algunos casos hipersensibles pueden provocar ligera molestia gástrica, que cede en todo caso con la administración de un antiácido.

**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 las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago y aumento de diuresis).

**PRESENTACIÓN** Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes.

PVP IVA 3 266,- Ptas. y 397,- Ptas.

Envase de 20  
comprimidos:  
permite  
el tratamiento  
del cuadro  
sintomatológico  
gripal



J URIACH & Cia, S.A.  
Degà Bahi 59  
08026 Barcelona

# Eupen bronquial

Amoxicilina + Brovanexina

## Cuando el moco acompaña a la infección

La actividad mucospecífica de la  
brovanexina unida a la eficacia  
antibiótica de la amoxicilina.

**Indicaciones:** Infecciones broncopulmonares sensibles a la amoxicilina, especialmente las que cursan con aumento de la viscosidad de las secreciones bronquiales.

**Brovanexina:** broncopulmonares agudas y crónicas que cursan con tos y expectoración.

• Bronquitis aguda, subaguda y crónica • Bronquitis asmático • Bronquitis bacteriana postgripal • Brovanexina de reorganización de la bronquitis crónica • Laringitis • Tos férrea • Bronquitis • Neumonía • Broncopneumonía • Complicaciones bacterianas de las vías respiratorias.

**Farmacología:** Admisión: 1 cápsula cada 8 horas. Niños: La dosificación usual corresponde a 25-50 mg/kg de amoxicilina y 1,25-2,5 mg/kg de brovanexina, en dosis divididas cada 8 horas. Esta dosificación corresponde a 1 sobre cada 8 horas, que puede ser aumentada sin riesgo según la gravedad del proceso.

**Contraindicaciones:** Admisión con precaución a enfermos con historial alérgico o sensibles a penicilinas y colistimoprina. No ha sido demostrada su toxicidad en el embarazo.

**Efectos secundarios:** Pueden presentarse intolerancias digestivas: Diarrea, náuseas, vómitos, que no requieren suspensión del tratamiento.

**Incompatibilidades:** La acción bactericida puede ser antagonizada por antibióticos bacteriostáticos.

**Intoxicación y tratamiento:** En personas hipersensibles a la amoxicilina pueden aparecer fenómenos alérgicos (reacciones cutáneas con urticaria e hinchazón glándulas) que se tratan con antihistamínicos, corticoides, antioflaxina o la nicotina, oral o parenteral, según su gravedad.

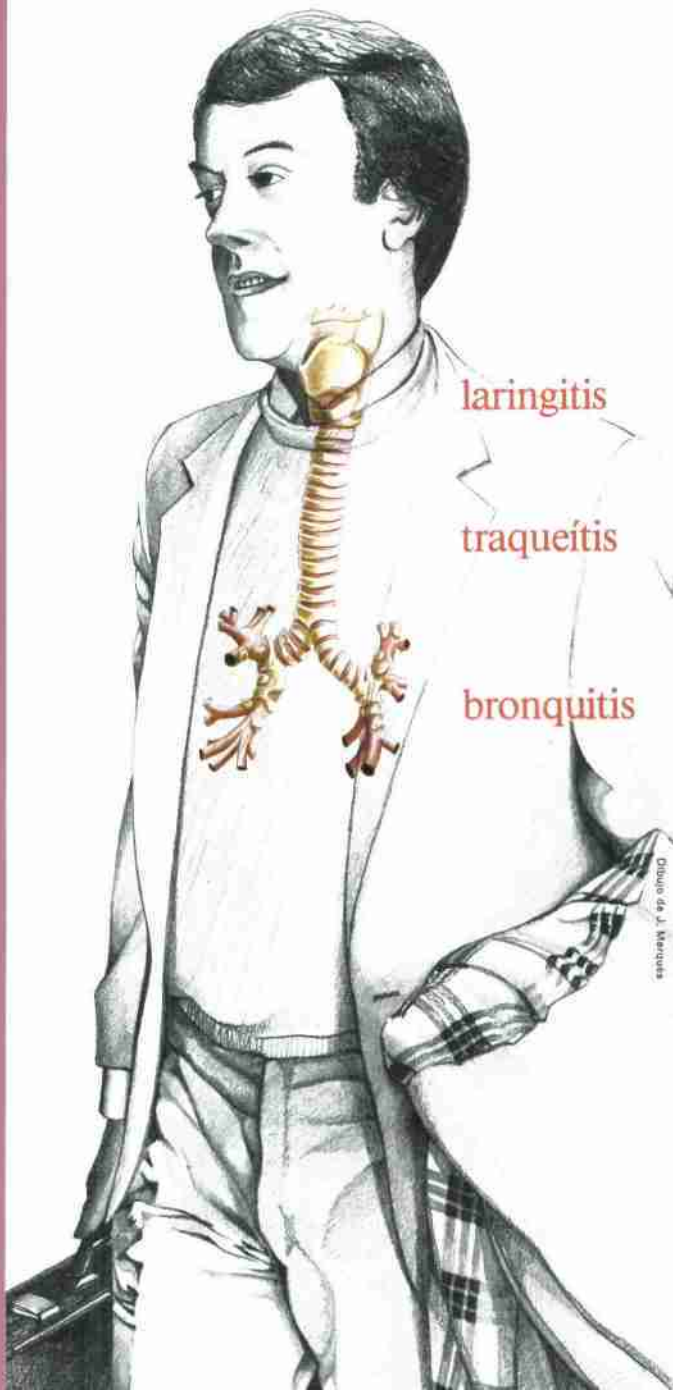
**Composición y Presentación:** Eupen bronquial cápsulas

Cada cápsula contiene 500 mg de amoxicilina (tribidato) y 25 mg de brovanexina CH. Envase de 12 cápsulas. PVP IVA 625,- Ptas.

**Eupen bronquial sobres:** Cada sobre contiene 250 mg de amoxicilina (tribidato) y 12,5 mg de brovanexina CH. Caja de 12 sobres para preparar suspensión instantánea. PVP IVA 367,- Ptas.

Nueva presentación, idéntica para niños.

Puede emplearse en los adultos con problemas de deglución. Q sobres = 500 mg de Amoxicilina



Óscar de J. Morales



J. URIACH & CIA., S.A.  
Daga 1411 59  
08026 Barcelona

GUIA PRÁCTICO PARA LA CURA

DE

# LAS HERIDAS

Y LA APLICACION

## DEL MÉTODO ANTISÉPTICO

EN CIRUGIA

LECTURAS DADAS EN LA «ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA» POR EL SÓCO FUNDADOR Y VICEPRESIDENTE DE LA MISMA

DR. S. CARDENAL

Preparador anatómico, por oposición, de la Facultad de Medicina de Barcelona, Médico de número de la Casa provincial de Caridad, por oposición; primer cirujano del Hospital de Ntra. Sra. del Sagrado Corazón de Jesús

Socio honrado (medalla de oro) de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid



BARCELONA

BIBLIOTECA ILUSTRADA DE ESPAÑA HERMANOS EDITORES

205, CALLE DE LAS CORTES, 202

(12) CONGRESO Regional de Ciencias Médicas, 1879. Cadiz. E. de P. Jordán, 1880; p. 821-861.

(13) CONGRESOS de Ciencias Médicas de Barcelona celebrados del 9 al 15 de septiembre de 1888. II. Congreso Médico. Barcelona. J. Balmas Planas, 1889; ESPAÑA Y CAMU, J. -Antisepsia en general. «Cómo obran los antisépticos?», p. 65-78. -De la antisepsia en medicina interna», p. 227-229. REINA; Eduardo; BARRAQUER, José Antonio; CHIRALLI, Vicente, sendas comunicaciones al tema: «Valor comparativo de la asepsis y de la antisepsia en cirugía ocular», p. 727-736. CAMPA, E. de P. -Sobre la antiosepsis puerperal en los partos normales», p. 736-742. FARGAS ROCA, Miguel A. -Antisepsia obstétrica», p. 743-745. CAL PERINI. -Del valor de la antisepsia en el campo de la toxicología», p. 862-863. -Ventajas de la escrupulosa aplicación de las precauciones antisépticas», p. 881-883. POBLACION, Antonio; CASTELLS, Federico, sendas comunicaciones al tema: «Determinar los casos en que, siendo arriesgada la extracción del proyectil en herida por arma de fuego, debe prescindirse de ella mediando la cura antiséptica», p. 877-880. GRAN Y FORTUNY, E. -El parasitismo y la antisepsia en oftalmología», p. 909-917.

(14) MORALES (R), p. 268-282.

(15) FREIXAS Y FREIXAS, Juan. *Valor comparativo de los métodos antisépticos empleados para la curación de las heridas*. Curso de 1882 a 1883. Barcelona, Imp. Suces. de N. Rauter y Cia., 1883; 50 p.

(16) CLINICUM. *Casa de curación quirúrgica del Dr. Cardenal. Nota descriptiva y extracto del reglamento*. Barcelona, Salvat e Hijo, 1899; 39 p.

(17) PI FIGUERAS, Jaume. *La cirugía moderna a Catalunya: de Cardenal al 1936*. I. (Congr. I Hisp. Med. Catalana, Barcelona, 1937); II, 193-212.

(18) CARDENAL. *Manual práctico de la Cirugía antiséptica. Segunda edición refundida y considerablemente aumentada del Guía práctico para la cura de las heridas y la aplicación del método antiséptico en cirugía*. Barcelona, España y C<sup>o</sup>, Editores, 1887. N<sup>o</sup> 760 p. 4<sup>ta</sup>. 5 lám.

## De la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

y visitado a Lister en Londres. Y si mientras en 1875 había recogido y aceptado de los cirujanos franceses y germánicos las primeras observaciones sobre la antisepsia, tal como lo exigían -según reconoce- las necesidades de la práctica, cuando va a publicar la segunda edición ya había acumulado una gran experiencia propia. Esta le iba a permitir comprender la presencia de supuración y de inflamación, aunque escasa, en heridas y operados que consideraba tratados con las más estrictas normas de la tecnología antiséptica y aceptado, por contra, aquello que anteriormente era impensable: una curación sin inflamación ni supuración. Por este motivo determinadas operaciones, como la laparatomía, eran privilegio de unos pocos cirujanos y aún aquellos de la talla de Volkmann o de Nussbaum, dudaban en practicarla en determinadas circunstancias.

Cabe recordar que era el período de asentamiento de la bacteriología y, por consiguiente, de la plena aceptación de los postulados de Koch para las enfermedades infecciosas. En consecuencia y conociendo la casi permanente presencia del *micrococcus pyogenus* de Pasteur y Ogston hasta en los focos inflamatorios cerrados, Cardenal llegaba a la convicción de que «para que se desarrolle una enfermedad es precisa la presencia del germen, las *noxas vivas* llamadas *Flogogenas* presentes en el torrente circulatorio, y mientras no consigamos el método de hacer estéril o inhabitable nuestro organismo a todos estos inoportunos gérmenes, debemos buscar el medio de impedir su entrada en él y de destruirlos en su origen una vez entrados (...) y aquí tenéis, señores, el solidísimo fundamento del más humanitario progreso de nuestro Cirugía<sup>19</sup>».

Pero en la segunda edición de su libro ya incluye un pequeño apéndice de *técnica bacterioscópica* con microfotografías cedidas por Jaime Ferrán, donde pretende demostrar la doctrina antiséptica en base a hechos clínicos y de laboratorio. Por el contrario, la naciente asepsia solamente la recoge en cuanto a su aplicación a la metodología bacteriológica a la vez que abonando la doctrina de Lister de que «las substancias orgánicas putrescibles que no entran en contacto con la atmósfera, no entran en descomposición y las que están en comunicación con ella, sí».

Habían transcurrido treinta años desde el nacimiento del método antiséptico y Cardenal lo seguía defendiendo a la vista de los buenos resultados -siguiendo a Kocher- sin variar demasiado respecto a los alcanzados por otros cirujanos que utilizaban métodos asepticos. La aceptación de éstos, sin embargo, iba a ser inevitable ante el exacto conocimiento de las causas de la infección y de las vías de penetración de los gérmenes: hasta entonces, en primer lugar, la aérea, aquella que Lister suponía como la más frecuente y temible y, en segundo lugar, la infección por contacto ante la que, Lister también, procuró someter todos los materiales quirúrgicos a una absoluta desinfección y poco después y, de ser posible, a su esterilización.

Fue entonces, catorce años después de su primitivo *Guía práctica para la cura de las heridas* y transcurridos ocho de la segunda edición, sin haber acontecido avance alguno en la terapéutica antiinfecciosa, pero sí en la confirmación de la etiología microbiana, cuando Cardenal considera necesaria la publicación

de una nueva edición de su obra convencido «que el conocimiento de la intervención de los agentes microbianos en los llamados procesos quirúrgicos, sin destruir en lo más mínimo el concepto tradicional y perpetuo de la diátesis, como estados orgánicos predispuestos (de menor resistencia a la lucha), ha producido más positivo progreso en la terapéutica quirúrgica, que diez y ocho siglos de elucubraciones filosóficas y doctrinales».

Salvador Cardenal, sin abandonar el listerismo, hace su profesión de fe patente en la lección VIII de esta tercera edición: «Los que han tenido la suerte de nacer en el último tercio del presente siglo y por consiguiente no han podido conocer otra práctica quirúrgica que la que se ha generalizado estos últimos quince años, no pueden apreciar con justicia el importante papel desempeñado por el *listerismo*, y al aprender hoy los principios y fundamentos de la moderna asepsia quirúrgica, la relativa sencillez de sus procedimientos y la excelencia de sus resultados, consecuencia directa todo esto de los progresos verificados en la ciencia bacteriológica, pueden sentirse fácilmente inclinados a juzgar mal al gran reformador y hacer responsable a *Lister* de los errores de doctrina cometidos al crear su método, errores inevitables y debidos pura y exclusivamente a la insuficiencia de nuestros conocimientos bacteriológicos en aquella época. *Lister* hizo bastante, y la humanidad no podrá nunca pagarle el inmenso beneficio obtenido por ello, con penetrar el gran secreto de que todas las *complicaciones infectivas de los traumatismos eran debidas a la intervención de microorganismos exteriores*, y si no pudo ver en esa

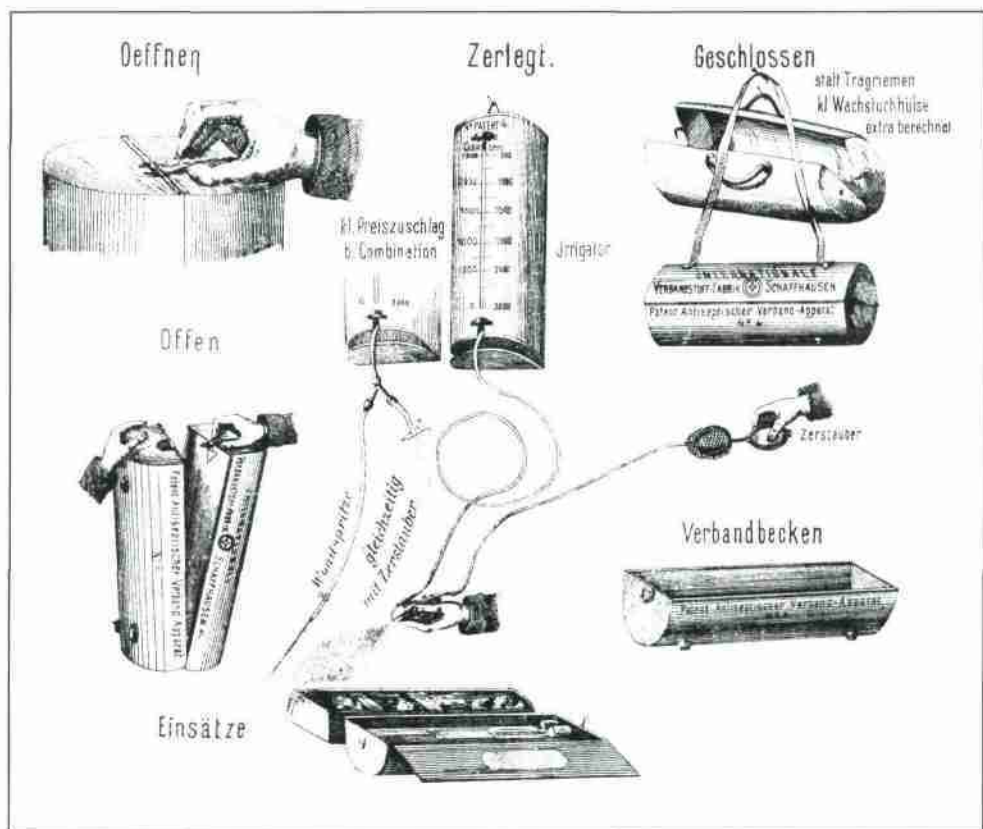
intervención más que fenómenos de putrefacción o descomposición pútrida de los líquidos orgánicos, porque no existían entonces elementos científicos para otra cosa, no por eso fue menos lógico en sus deducciones, y ante un peligro general difuso, poco especificado ni conocido en sus detalles, opuso una diversidad de medios que tendían todos a matar o destruir donde estuvieran, es decir, en *todas partes* y ante todo en la atmósfera, los elementos infecciosos que tanto se temían, porque el hecho de mayor importancia demostrado hasta entonces era que las substancias orgánicas putrescibles que no llegaban a ponerse en contacto con la atmósfera no entraban en descomposición, y las que estaban en comunicación con ella sí».

A partir de entonces, combinando la antisepsia y la asepsia en una clara posición ecléctica, Cardenal aceptó, que donde existiera un estado aseptico, solamente era necesario esforzarse para conservarlo y mantenerlo, mientras que donde hubiera una infección séptica, debía lucharse contra ella con medios o agentes antisépticos para tratar de volver las cosas a su estado normal de asepsia. Y es en este momento, en los estados de asepsia, cuando la reparación de los tejidos lesionados se verifica como una función normal y fisiológica «sin que elementos infecciosos extraños vengan a turbarlos».

Pero defendiendo una vez más el método antiséptico y tratando de aunar conceptos, Cardenal detecta dos errores de apreciación en los defensores a ultranza de la antisepsia: 1º, la confusión del medio o instrumento de lucha (antisepsia y antisépticos) con el objeto del esfuerzo (asepsia) que es lo que se trataba de conseguir y 2º,

(19) Estas palabras corresponden a su discurso de entrada en la Real Academia de Medicina de Barcelona leído el 13 de junio de 1885. *Concepto quirúrgico actual de la inflamación*, reproducido íntegramente en las p. 5-55 de la 2ª edición del *Manual* (18).

(20) CARDENAL. *Manual práctico de Cirugía antiséptica*. 3ª edición. Barcelona, España y Cia. Editores, 1894; vii + 1013 p. its. 9 lam.





# Nergadán

Lovastatina

**DESCRIPCIÓN:** NERGADAN (lovastatina) es la forma activa de la lactona del compuesto hipocolesterolémico abierto, potente inhibidor de la síntesis de colesterol endógeno, y por tanto, hipocolesterolémico. Actúa inhibiendo específicamente la HMG Co-A reductasa. En estudios con animales, la dislipidemia asociada a la aterosclerosis presenta una alta selectividad para el hígado. Tiene escasas contraindicaciones, sustancialmente más allá que en algunas no dora.

**COMPOSICIÓN:** NERGADAN 20 mg Lovastatina (DCL 20 mg, lactona) y otros excipientes (cp). El comprimido NERGADAN 40 mg Lovastatina (DCL 40 mg, lactona) y otros excipientes (cp). El comprimido. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol en pacientes con hipercolesterolemia primaria en los que la dieta y/o la fibra y otros métodos han sido insuficientes. **POSOLOGÍA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolémica estándar antes de recibir NERGADAN. Debe comenzar con esta dieta el tratamiento. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, en la noche. En pacientes con hipercolesterolemia leve o moderada se puede iniciar el tratamiento por 10 mg diarios de NERGADAN. Si se precisa, los niveles en los días se harán el intermedio de no menos de 4 semanas. Hasta un máximo de 20 mg diarios, administrados en una o en dos tomas al día, con el desayuno y la cena. Dos tomas al día son algo más efectivo que la misma dosis en una sola toma diaria. La dosis de NERGADAN debe ser reducida si los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml o si se alcanza el **Empiezo Concomitante:** NERGADAN es eficaz solo con un tratamiento médico concomitante en estos pacientes. Los pacientes tratados con fármacos inmunosupresores. La dosis máxima recomendada de NERGADAN es de 20 mg/día. **Insuficiencia Renal:** Pacientes que NERGADAN no debe ser administrado a menos que se deba ser necesario modificar la dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (creatinina > 3,0 mg/ml), las dosis máximas de 20 mg diarios deben ser cuidadosamente consideradas y si se juzgaran necesarias, se deberá administrar con precaución. **CONTRAINDICACIONES:** Hipercolesterolemia o cualquier componente del preparado, enfermedad hepática aguda o elevaciones persistentes no explicadas de los transaminasas séricas, embarazo y lactancia (ver PRECAUCIONES). **PRECAUCIONES:** **Efectos hepáticos:** Al igual que con otros fármacos hipocolesterolémicos, se han descrito elevaciones moderadas (menos de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas durante el tratamiento con Lovastatina (ver EFECTOS SECUNDARIOS). Estas elevaciones aparecen tras el inicio de la terapia, raras (aumentando progresivamente), no se acompañan de síntomas ni se requiere la interrupción del tratamiento. Se recomienda determinar niveles de transaminasas antes de iniciar el tratamiento, y 4-6 meses después, así como en pacientes que presenten pruebas hepáticas anormales y/o síntomas consistentes con el síndrome. Esta elevación debe repetirse justiciera y si estas elevaciones son persistentes y progresivas debe ser continuada la terapia. **Efectos Musculares:** Se han informado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de los niveles de creatinofosfoquinasa (CPK) en pacientes tratados con Lovastatina, pero habitualmente no han tenido significado clínico. La aparición de molestias también se ha observado al tratamiento con Lovastatina. En raras ocasiones se ha producido miopatía. Se han informado casos de rabdomiólisis grave que precipitaron una insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe interrumpirse al aparecer elevación marcada de los niveles de CK-MB o si se sospecha o diagnosticó miopatía. La mayoría de los pacientes que desarrollaron miopatía, recibieron Lovastatina, habitualmente por un tiempo prolongado, en combinación con otros medicamentos (antibióticos o ácido acetilsalicílico). Algunos de estos pacientes tenían insuficiencia renal preexistente (generalmente como consecuencia de una diabetes de larga evolución). Se ha descrito rabdomiólisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con antineoplásicos combinados con Lovastatina. En pacientes tratados con Lovastatina y que no recibían otros medicamentos, los síntomas de miopatía fueron generalmente del tipo de los que se observan en la miopatía. Este síndrome debe ser manejado con precaución. Se han descrito casos de miopatía y este síndrome en niños y adolescentes. **Advertencias:** Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. **ADVERTENCIAS:** No se conocen. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, antibióticos (ácido acetilsalicílico, antineoplásicos, ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Derivados carotenoides:** Cuando se administran de forma conjunta Lovastatina y carotenoides (carotenoides), el tiempo de prótesis puede aumentar en algunos pacientes. **Drogas:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración con Lovastatina y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de algunas. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, Lovastatina administrada conjuntamente con betabloqueantes, antiepilepticos, antipsicóticos del calcio, diureticos y antihipertensivos no evidenció de interacciones adversas clínicamente significativas. **EFECTOS SECUNDARIOS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado, los efectos adversos asociados han sido leves y transitorios. En estudios clínicos controlados, los efectos secundarios que ocurrieron con una frecuencia mayor de 1% fueron: fatiga, diarrea, estreñimiento, náuseas, alergia, rinitis, visión borrosa, cefaleas, calambos musculares, malestar, rash cutáneo y dolor abdominal. Los pacientes que recibieron agentes activos de control tuvieron una incidencia similar o más alta de efectos secundarios gastrointestinales. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, inflamación de boca, aumento transitorio del azúcar y digoxina. Desde la comercialización del fármaco se han descrito los siguientes efectos secundarios adicionales: hepatitis, ictericia coleliástica, síndrome anoréxico, parosmia y trastornos psiquiátricos incluyendo ansiedad. Eritema multiforme incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. En raras ocasiones se ha informado de un síndrome anóxico de hiperamabilidad que incluyó una o más de las siguientes anomalías: onicólisis, angioedema, síndrome maniaco, psicopatía psicótica, temblores, insomnio, ansiedad, hiperactividad, parosmia, síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Eaton, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgias, urticaria, catarros, inflamación bucal, fatiga y malestar. **Medicamentos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos reversibles y persistentes de las transaminasas (ver PRECAUCIONES). También se han comunicado otros parámetros en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la bilirrubina y albúmina. Se han comunicado aumentos en la creatinofosfoquinasa sérica (activada) o la fracción muscular de la CPK. Estos elevaciones han sido indolentemente ligeros y transitorios. Los tests se han comunicado elevaciones reversibles (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Se debe tener medidas generales y monitorizar la función hepática. Actualmente se desconoce si la Lovastatina y sus metabolitos son dializables. Se han notificado unos cuantos casos de intoxicación accidental; ninguno de estos pacientes presentó síntomas específicos y todos se recuperaron sin secuelas. La mayor cantidad ingerida fue de 5 a 8 g. **PRESENTACION:** Envases de 20 comprimidos envasados de 20 mg de Lovastatina, 4.280 pzas. (PVP IVA). Envase de 28 comprimidos de 40 mg de Lovastatina, 8.840 pzas. (PVP IVA).

Una contribución eficaz frente al colesterol elevado y la progresión de la aterosclerosis coronaria



NUEVA PRESENTACION 40 mg



J. URIACH & CIA. S.A.  
Daga Bafà 39  
08026 Barcelona

# Eupen

Amoxicilina

## Ampliamos sus posibilidades



J. LUDWIG & CIA. S. A.  
Daga Barri, 50  
08037 Barcelona

### Niveles hemáticos más elevados. Pauta posológica cada 12 horas.

**Composición:**  
Amoxicilina (trihidrato) ..... 1 g  
Sacarina sódica ..... 20 mg  
Sacarosa ..... 2.700 mg

**Advertencia:**  
Este medicamento contiene 2.700 mg de Sacarosa por sobre lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos.

**Propiedades:**  
La Amoxicilina es una penicilina semisintética activa por vía oral y con acción bactericida sobre un amplio espectro microbiano. La Amoxicilina actúa, como todas las penicilinas, inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana.

Es bactericida, y en su amplio espectro de actividad se incluyen la mayoría de los patógenos responsables de las infecciones más frecuentes.

**Gram-positivos:**  
Staphylococcus aureus (\*), Streptococcus hemolítico, S. viridans, S. pneumoniae, S. faecalis, Clostridium tetani.  
(\*): No es activa contra cepas de Staphylococcus productoras de penicilinas.

**Gram-negativos:**  
Haemophilus influenzae, Neisseria gonorrhoeae, N. meningitidis, Escherichia coli, Salmonella typhi, Proteus mirabilis, Helicobacter (Campylobacter) pylori.

La Amoxicilina es estable en medio ácido y se absorbe muy bien cuando se administra por vía oral. La administración conjunta de alimentos o su presencia en el estómago no interfiere sensiblemente la absorción de la Amoxicilina.

Tras su ingestión alcanza elevadas concentraciones hemáticas y difunde rápidamente por todo el organismo, lo que le permite llegar al foco infeccioso a concentraciones terapéuticas útiles. No sufre en el organismo procesos de biotransformación que alteren sus propiedades antibióticas.

Se elimina principalmente por vía renal alcanzando elevadas concentraciones en orina; también se excreta por la bilis, donde se alcanzan concentraciones elevadas.

**Indicaciones:**  
EUPEN 1 g (Amoxicilina) está indicado en el tratamiento oral de infecciones causadas por cepas sensibles de microorganismos citados anteriormente, tales como:

- Infecciones de garganta, nariz y oídos:
- Amigdalitis
- Otitis media
- Sinusitis
- Infecciones del tracto respiratorio inferior:
- Bronquitis aguda y crónica
- Neumonías bacterianas.
- Infecciones del tracto genito-urinario sin complicaciones urológicas (cistitis y uretritis).
- Infecciones de la piel y tejidos blandos (incluyendo infecciones de la herida quirúrgica).
- Infecciones en odónto-estomatología.
- Infecciones del tracto biliar.

**Análisis:**  
La dosis habitual en adultos es 1 g dos o tres veces al día. Sin embargo, las dosis indicadas pueden aumentarse en caso de infecciones graves, debido a la escasa toxicidad y a la excelente tolerancia de EUPEN.

Como continuación a un tratamiento por vía parenteral en septicemia, endocarditis y meningitis, la posología puede aumentarse hasta 6 g/24 h.

En el tratamiento de las cistitis simples en la mujer se recomienda una dosis única de 3 g. Como profilaxis de la endocarditis bacteriana utilizar 2 g una hora antes de la intervención quirúrgica, seguido de 2 g 8 horas después.

Duración del tratamiento: Normalmente el tratamiento durará un mínimo de 7 días. En el tratamiento de

infecciones por S. pyogenes (estreptococos beta-hemolíticos grupo A) la administración de este antibiótico debe prolongarse durante un periodo mínimo de 10 días.

**Contraindicaciones:**  
EUPEN (Amoxicilina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas o cefalosporinas, o afectos de mononucleosis infecciosa. Debe administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de alergia, fundamentalmente medicamentosa.

**Interacciones:**  
Debe evitarse la administración simultánea de antibióticos bacteriostáticos (grupo tetraciclina o cloranfenicol) por la posibilidad de que se produzca antagonismo debido a su diferente mecanismo de acción.

Se desaconseja la utilización conjunta de allopurinol por un mayor riesgo en la aparición de fenómenos cutáneos.

**Efectos secundarios:**  
La tolerancia de EUPEN es buena. Según la susceptibilidad individual, es posible la aparición de pesadez de estómago, náuseas y, rara vez, diarrea o vómitos.

Las reacciones alérgicas se limitan a fenómenos de eritema (prurito, erupciones cutáneas, etc.) que a veces remiten sin necesidad de interrumpir el tratamiento. Muy rara vez se presentan reacciones anafilácticas de mayor gravedad.

Se han descrito también algunos casos de colitis pseudomembranosa.

**Indicación y tratamiento:**  
Cuando aparezcan los fenómenos de hipersensibilidad se recomienda suspender la administración del tratamiento y administrar una terapéutica específica (corticoides, antihistamínicos, oxigenoterapia, etc.).

**Presentación y PVP IVA:**  
Sobres de 1 g, envase de 12, 1.022,—, ptas.

la consideración errónea de considerar sólo antisépticos los agentes químicos germicidas y, asépticos, los agentes físicos que como el calor, la filtración, desecación, etc. son capaces de destruir los gérmenes tratándose, en su opinión, de medios genuinamente germicidas o antisépticos como los primeros.

Los medios terapéuticos de la época no le permiten abandonar plenamente el método antiséptico. La asepsia, reconoce, es el mejor método existente para la curación de las heridas, el «único capaz de permitirnos asegurar en ellas un curso exento de complicaciones», pero, «como lo mejor no excluye lo bueno» -afirma- hace un repaso a los medios alternativos a utilizar cuando no sea posible la asepsia: la limpieza, a falta de otros medios, con agua caliente y jabón; los sencillos métodos antisépticos de Bardeleben y de Boeckel; el método abierto o la curación al aire libre; todavía el apósito alcohonado de Guérin y, por último, la cura húmeda con alcohol o con otros antisépticos comunes «más o menos antisépticos».

Con el advenimiento de la *asepsia* las reformas llegaron al mismo tiempo a la «Casa de Curación quirúrgica del Dr. Cardenal»: su clínica privada.

Fundada en 1888 ya al año siguiente sufrió una primera ampliación que culminaría con una nueva y definitiva transformación en 1898, llevada a cabo por el arquitecto Pallás y Vivó.

Con una altura de tres plantas y sótano, en la baja se mantuvo una de las salas de operaciones que Cardenal llamaba *antiséptica*, para pequeñas intervenciones de

primera intención, ginecología y visitas ambulatorias. En el primer piso, al margen de las habitaciones, Cardenal situó la parte más interesante de la clínica: la *sala de asepsia*, con una mesa de operaciones de bronce niquelado diseño del propio Cardenal, junto a una autoclave de Chamberland, una estufa de Poupinel, etc... al igual que debía ocurrir en el Hospital del Sagrado Corazón.

Pero pese a mejorar el anterior concepto para este tipo de instalaciones, la idea listeriana de la transmisión aérea de los gérmenes infectantes seguía viva: para su erradicación se debía impregnar la atmósfera de vapor acuoso el cual, siguiendo el criterio de los cirujanos alemanes, servía para «fijar el polvo atmosférico y partículas volantes (gérmenes) a las paredes y al suelo, impidiendo así su desprendimiento en *nubes* infectantes, a cada movimiento del personal durante la operación. El procedimiento, por demás sencillo -afirmaba- no es más que un remedo de la purificación de la atmósfera tranquila, después de la lluvia»<sup>21</sup>.

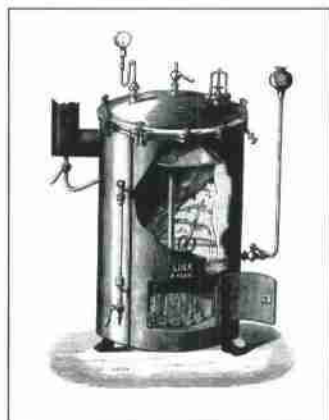
Veintiocho conclusiones aforísticas o «preceptos prácticos para la cura de las heridas» cierran indistintamente las tres ediciones de la obra de Cardenal. Creo que merece resaltar dos de ellas: *La suerte y hasta la vida de los heridos depende, pues, del que practica la primera curación y, Cuando no se consigue convertir en aséptica una herida séptica, lo cual puede ocurrir en ciertas circunstancias, no somos dueños de ella ni podemos asegurar el resultado.*

Para terminar, voy a transcribir la reflexión que hace en el último

## De la Antisepsia a la Asepsia en la obra de Salvador Cardenal

párrafo del prólogo a la tercera edición fechado el 1.º de enero de 1895<sup>22</sup>.

«Una sola duda -confiesa Cardenal- nos ha sugerido la experiencia de estos últimos años, ante el espectáculo de ciertas audacias e intemperancias operatorias: ¿tendrá que reprocharse tal vez la Cirugía antiséptica, y los que hemos contribuido a su vulgarización, de haber dado lugar, haciendo perder el miedo a los inexpertos, a verdaderos excesos de intervención quirúrgica, irreflexiva o egoísta, que ha producido más de una víctima?. Es muy posible; pero no es menos cierto, y eso lo probará una vez más, que por encima de todo progreso, como de toda ciencia y de toda doctrina, está el *buen sentido*, la *honestez* y aquel sublime y elemental principio: «*No hagas nunca a otro lo que no quisieras que hicieran contigo*».



(22) Sin duda hay un error de fecha en esta tercera edición de: «*Manual Práctico de Cirugía antiséptica*» de Salvador Cardenal. La referencia bibliográfica citada en la nota anterior (29) reproduce el año de 1894 como el que figura en la portada. El prólogo, como vemos, fue escrito en Barcelona el 1.º de enero de 1895 (el de la 1.ª edición lo fue en Ginebra) pero el colofón del libro repite el nombre del editor, «Tipolitografía de España y Comp.» asignándole el año 1895 como el de su edición.

## Recensiones

**B**OTELLA, Miguel C;  
JIMÉNEZ, Sylvia A;  
RUIZ, Luis; SOUICH,  
Philippe Du (Eds)  
*Nuevas perspectivas en  
Antropología. VII Congreso  
Español de Antropología Biológica.  
Granada 1991.* Granada, Diputación  
Prov. de Granada, 1995; 2 vols, 1097  
p. ISBN.: 84-605-2082-X

**R**ecoge esta obra los trabajos  
presentados al  
VII Congreso Español  
organizado por la Sociedad  
Española de Antropología  
Biológica, en la Universidad de  
Granada, en 1991.

En él figuran 102 comunicaciones de  
la más variada temática, cabiendo  
resaltar el capítulo dedicado a la  
paleopatología.

**M**EMORIAS Académicas  
de la Real Sociedad de  
Medicina y demás  
*Ciencias de Sevilla. Año de 1789.  
Tomo VIII.* Facsimil. Sevilla, Eds.  
Guadalquivir, (s.a.); 409 p, 8 h.

Esta edición facsimil publicada  
bajo los auspicios de una entidad  
bancaria, reproduce el volumen  
VIII de las Memorias de la Regia  
Sociedad Hispalense, único que  
permanecía inédito, en el que se  
recogen las Disertaciones leídas en  
aquella Institución en el año 1789.

**H**OMENAJE a Martín de  
Sessé y Juan del Castillo,  
naturalistas jacetanos.  
Huesca y Jaca, Instituto de Estudios  
Altoaragoneses, Instituto Pirenaico  
de Ecología, 1993; 29 p, 20 lám.,  
ISBN.: 84-8127-002-4

Presentado por Luis Villar, un grupo de  
historiadores aporta una serie de breves  
trabajos sobre el médico y naturalista  
Martín de Sessé y Lagasca (1751-1808)  
y el farmacéutico Juan Diego del  
Castillo (1744-1793), protagonistas de la  
Real Expedición Botánica a Nueva  
España, y promotores de la creación de  
los Jardines Botánicos de Méjico y La  
Habana.

La edición, en forma de carpeta,  
incluye veinte láminas de plantas

mejicanas, cuyo original se conserva  
en el Archivo del Real Jardín  
Botánico de Madrid.

**A**SIN PALACIOS,  
Miguel. *Glosario de  
voces romances  
registradas por un botánico anónimo  
hispano-musulmán (siglos XI-XII).*  
*Edición facsimil. Introducción de  
Vicente Martínez Tejero.* Zaragoza,  
Institución «Fernando el Católico»,  
1994; 500 p. ils. ISBN.: 84-7820-212-9

Con motivo del cincuentenario de  
la muerte del arabista Miguel Asín  
Palacios, la Institución «Fernando  
el Católico» reproduce uno de sus  
más característicos trabajos  
aparecido en 1943. En él, además  
de recoger notables huellas de las  
lenguas romances habladas en la  
España musulmana y cristiana  
durante los siglos XI y XII, se  
ofrece una extraordinaria  
información botánica,  
farmacéutica, antropológica y  
geográfica de aquella época.

## Noticias

**O**rganizado por el Instituto  
de Estudios  
Documentales e Históricos  
sobre la Ciencia de la Universidad de  
Valencia se ha desarrollado un  
simposio en el que, bajo el tema de *El  
Tribunal del Real Protomedicato en la  
Monarquía Hispánica (1593.1808)*,  
han intervenido historiadores de  
diversas Universidades españolas. Los  
temas tratados han sido los siguientes:  
«Los estudios histórico-médicos sobre  
el Tribunal del Protomedicato»; «El  
Protomedicato en la administración  
central de la Monarquía Hispánica»;  
«Protomedicato y minorías  
marginadas»; «Protomedicato y  
curanderismo»; «Protomedicato y  
matronas»; «Protomedicato y médicos  
cortezanos»; «Tribunal del  
Protomedicato y profesión quirúrgica  
española en el siglo XVIII»; «El  
Protomedicato y boticarios en la  
Barcelona del siglo XVIII»; «El  
control de las profesiones sanitarias  
en Aragón»; «Estudio del  
Protomedicato navarro»; «Protomédicos y Protomedicato en  
Cataluña» y «The Royal  
Protomedicato in Spanish Naples».

La supervisión del simposio corrió a  
cargo de María Luz López Terrada y  
Alvar Martínez Vidal.

NOTI  
CIAS  
M&H

## XXVI Premio URIACH de Historia de la Medicina

**E**l pasado 13 de noviembre se reunió el Jurado que debía otorgar nuestro tradicional Premio de Historia de la Medicina al que concurren los siguientes trabajos:

1. "Tratamiento de las fracturas abiertas", lema *Español*; 2. "La política sanitaria republicana durante la guerra civil", lema "Tristes horas"; 3. "El escorbuto en la mar. 500 años de historia", sin lema; 4. "El asombroso progreso de la ortopedia quirúrgica de la cadera y rodilla en los últimos treinta y cinco años", lema *Siglo XXI*; 5. "Barcelona y el cólera de 1834", lema *Epidemias*; 6. "Joaquín Durán y Trinchera (1856-1911). vida y obra", lema *Montbau*; 7. "Pasión ilícita derecha" lema *Observación* y, 8. El Dioscórides de Sesma" con igual lema.

En la primera votación quedaron eliminados los señalados con los números 3, 4 y 5; en la 2ª votación se eliminó el nº 1; en la 3ª, el nº 6; en la 4ª el nº 8 quedando finalistas los nº 2 y 7. En la última votación, el Jurado otorgó el Premio, con cuatro votos afirmativos y uno en blanco, al señalado con el nº 7; "Pasión ilícita derecha" cuyo autor, una vez abierta la plica, resultó ser el Dr. Jaime Brotons Barcón, de Cartagena. Como también ya es tradición, quedó convocado el XXVII Premio Uriach de Historia de la Medicina cuyas bases se publicarán en nuestro próximo número y que, como novedad, avanzamos que su ámbito se extiende al terreno internacional.

### Biblioteca

La edición impresa de la *Articella* de Venecia 1493

El Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cia. S.A., ha adquirido recientemente un ejemplar de la *Articella* cuya impresión por encargo del librero Ottaviano Scotti, concluyó el impresor Boneto Locatello en Venecia el 20 de diciembre de 1493, y que se añade a la edición de Lyon (1515) de Pedro Pomar, previamente adquirida. El

ejemplar en cuestión se conserva en perfecto estado.

Impresa en segundo, a dos columnas, con signaturas a<sup>o</sup> a-r<sup>o</sup> A-E<sup>o</sup> F-G<sup>o</sup> y foliación triple (6+136-50), la *Articella* de 1493 es, en orden cronológico, la quinta de las incunables de este auténtico libro de texto universitario de la medicina escolástica bajomedieval. Al igual que la edición precedente de 1491 y las subsiguientes de 1500 y 1513, todas ellas también venecianas, la *Articella* de 1493 fue preparada por un editor médico, el vicentino Gregorio Da Volpe. Para su trabajo, Da Volpe se apoyó en gran medida en el efectuado por otro editor médico, el valenciano Francesc Argilagues, en las ediciones de esta colección, también venecianas, de 1483 y 1487. De hecho, en sus cuatro *Articellae* Da Volpe reprodujo un patrón de obras idéntico al de Argilagues, aunque también introdujo algunos cambios dignos de mención.

La *Articella* de 1493 contiene (en este mismo orden) las obras siguientes: la *Isagoge* de Johanniçius, dos pequeños tratados semiológicos sobre los pulsos y las orinas (*de pulsibus* atribuido a Filareto y *De urinis* de Teófilo); tres escritos hipocráticos que, al igual que los tres anteriores son constantes en la *Articella* desde el siglo XIII: «Aforismos», «Pronósticos», y «Régimen de las enfermedades agudas», todos ellos acompañados de sus comentarios por Galeno; el libro sexto del texto hipocrático «Epidemias», acompañado de su comentario por Johannes Alexandrinus; el escrito, también hipocrático, «Sobre la naturaleza del fetos»; el «Arte médica» o *Tegni* de Galeno con su comentario por 'Ali ibn-Ridwan, el opúsculo «Sobre la división de los libros de Galeno» (*De divisione librorum Galieni*) del médico escolástico Gentile de Foligno y dos brevísimos textos hipocráticos que cierran la serie: «Sobre la ley» y «Juramento». Da Volpe, finalmente, tampoco descuidó reproducir las tres tablas de contenido que Argilagues había incorporado a sus *Articellae*, relativas la primera a los «Aforismos» hipocráticos, la segunda a los «Pronósticos», el «Régimen de las enfermedades agudas» y las «Epidemias», y la última al «Arte médica» de Galeno.

Entre los cambios introducidos por Da Volpe cabe destacar la supresión de la nota introductoria al contenido de la colección que el Argilagues había dispuesto al inicio de sus dos

ediciones, la sustitución de su postfacio al lector por una carta dedicatoria al patricio veneciano Mario Zorzi (o Giorgi), la introducción en ambos márgenes de las planas de texto, de numerosas anotaciones para guía de los lectores, y la disposición en recuadros centrados, de los cuatro textos hipocráticos y el galénico, que se acompañan de comentarios.

Jon Arrizabalaga

NOTI  
CIAS  
M&H

# Disgren

Trifusil



## Bloquea el proceso trombótico



### Descripción:

DISGREN es un inhibidor de la agregación plaquetaria sintetizado y desarrollado en el Centro de Investigación Uriach, que posee una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica de DISGREN constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas.

### Composición:

300 mg de trifusil (DCI) por cápsula

### Indicaciones:

Tratamiento y profilaxis de la **enfermedad tromboembólica** y de todos los procesos patológicos asociados con hiperactividad de las plaquetas. Tratamiento y profilaxis de los **trastornos vasculocerebrales isquémicos** y de sus recidivas. Tratamiento y profilaxis de las **vasculopatías periféricas**.  
Prevención de las **trombosis venosas profundas** y de los accidentes trombóticos en el postop-

eratorio de la cirugía vascular periférica y de la cirugía traumatológica.

Situaciones de riesgo trombótico.

Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal descoagulados.

Hipercogulabilidad

### Farmacología:

1-3 cápsulas diarias, durante o al final de las comidas.

**Dosis preventiva:** 1 cápsula diaria

**Dosis de mantenimiento:** 2 cápsulas diarias

**Dosis en situaciones de alto riesgo:** 3 cápsulas diarias.

### Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas [P.V.P. IVA 4.740,- Ptas.]

Disgren 30 cápsulas [P.V.P. IVA 2.849,- Ptas.]

Disgren Envase Clínico de 300 cápsulas

### Interacciones:

Potencia a los anticoagulantes, AAS y sulfonilureas. Asociado al dipiridamol se potencia la acción de ambos fármacos.

### Contraindicaciones:

Deberá administrarse con precaución en la úlcera péptica y en pacientes con sensibilidad a los

salicilatos. No está demostrada su eficacia en el embarazo.

### Efectos secundarios:

En raras casos molestias gástricas que se evitan administrando el medicamento con las comidas y que ceden con antiácidos.

### Intoxicación:

No se han descrito fenómenos tóxicos incluso a dosis de 1800 mg diarios. En caso de intoxicación accidental los síntomas son: excitación o depresión del SNC, alteraciones circulatorias y respiratorias y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. Tratamiento con carbón activo, eliminación del fármaco (vómito, aspiración, lavado), prestando atención al equilibrio electrolítico e instaurando tratamiento sintomático.



J. URIACH & CIA, S.A.  
Decano Balm 59  
08035 Barcelona

# Micetal®

Flutrimazol

**La solución más eficaz y cómoda para el tratamiento de las micosis superficiales**

**Altas tasas de curación clínica en la pitiriasis capitis y la dermatitis seborreica**

Flutrimazol (DCI): molécula original del Centro de Investigación del Grupo Farmacéutico Uriach



**Descripción:** MICETAL (Flutrimazol) es un antifúngico tóxico del tipo imidazólico. Al igual que otros derivados de imidazólicos, Flutrimazol interfiere la síntesis del ergosterol mediante la inhibición de la actividad del enzima lanosterol-14 $\alpha$ -desmetilasa, lo que origina cambios en la membrana celular del hongo.

**Composición:** MICETAL Gel: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de gel. Excipientes: Duzolidimilurus (conservante) 0,2 g, polisorbato 20, caprilil-caprilglicolado, cocamidopropilbetaina, acrilatos-esteariléter-20-metacrilato copolímero, dimeticona propil-PG-betaina, hidróxido sódico, perfume y agua purificada. MICETAL Crema dermatica: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de crema. Excipientes: alcohol bencílico, cetomacrogol 1000, alcohol cetilalcohólico, monoestearato de glicerilo 40-50%, aditivo de isopropilo, fosfato disódico anhidro, fosfato monodisódico dihidrato, macrogol 400 y agua purificada c. s.

**Indicaciones terapéuticas:** MICETAL Gel está indicado para el tratamiento tópico de la pitiriasis capitis (caspa) y dermatitis seborreica. MICETAL Crema dermatica está indicado para el tratamiento tópico de las micosis superficiales de la piel, tales como la tiña en sus variedades de: *Silva pedis* (pie de atleta), *tiña cruris*, *tiña corporis*, *tiña faciei* en el barba y *tiña unguisum*, causadas por *Trichophyton*, *Microsporum* y por el *Epidermophyton floccosum*. En el tratamiento de la candidiasis cutánea producida, principalmente, por levaduras del género *Candida*. También está indicado en el tratamiento de la pitiriasis versicolor.

**Posología y forma de administración:** MICETAL Gel se aplicará 3 veces por semana durante un periodo de 4 semanas, tanto en adultos como en niños a partir de 10 años de edad. El gel debe ser aplicado en cantidad suficiente sobre el cuerpo afectado y áreas adyacentes mediante un suave masaje o fricción, dejándolo actuar de 3 a 5 minutos antes de aclarar con agua abundante. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. MICETAL Crema dermatica debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La crema debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes, favoreciendo su penetración a través de un ligero masaje. En lesiones de localización intertriginosa se aplicará una pequeña cantidad de crema para evitar la irritación de la piel. La duración del tratamiento dependerá del tipo de lesión o microorganismo infectante y de su localización. No obstante, ya en los primeros días de tratamiento con MICETAL, se evidencia un alivio de los síntomas dérmicos. El periodo de tratamiento aconsejable y efectos de disminuir la posibilidad de recidivas es: *tiña pedis* (pie de atleta) y micosis intertriginales, 4 semanas; *tiña corporis*, 2 a 3 semanas; *pitiriasis versicolor*, 1 a 2 semanas; y en candidiasis cutáneas superficiales, 2 a 4 semanas. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. Se recomendará a los pacientes las habituales medidas higiénicas para evitar fuentes de infección o reintroducción.

**Contraindicaciones:** MICETAL, está contraindicado en sujetos que presenten antecedentes de hipersensibilidad a otros antifúngicos imidazólicos, o a cualquiera de los componentes de la forma farmacéutica empleada. **Advertencias:** Sólo para uso externo. MICETAL no debe utilizarse por vía sistémica ni aplicarse en áreas mucosas. Si una reacción dérmica sugiere sensibilidad o irritación química por empleo de MICETAL, el tratamiento debe ser discontinuado y se instaurarán las medidas terapéuticas apropiadas. En el caso de MICETAL crema, es necesaria la confirmación diagnóstica por examen directo (KOH) y/o cultivo para el correcto tratamiento de la dermatomycosis. No existen ensayos clínicos en ambas formas realizados con niños menores de 10 años. **Interacciones:** No se han descrito interacciones. **Embarazo y lactancia:** Los estudios en animales han mostrado que no existe evidencia de efectos mutagénicos o teratogénicos atribuibles a Flutrimazol. No existe experiencia clínica con MICETAL en estudios controlados con mujeres embarazadas. MICETAL puede ser utilizado en el primer trimestre del embarazo sólo cuando el tratamiento sea considerado esencial para el bienestar de la paciente. Se desconoce si MICETAL es excretado por la leche materna, por lo que debe utilizarse con precaución durante el periodo de lactancia.

**Reacciones adversas:** Durante los ensayos clínicos no hubo incidencia de reacciones adversas tras la utilización de MICETAL gel. No obstante, al igual que en otros preparados antifúngicos imidazólicos no puede descartarse la posible aparición, en algunos casos, de irritación o quemazón local tras las primeras aplicaciones. En el caso de MICETAL crema dermatica, durante los ensayos clínicos las reacciones adversas descritas más frecuentemente fueron: ligera quemazón, irritación, picor y eritema en la zona de aplicación. **Sobredosificación:** Dada la baja concentración de principio activo y su acción por vía tópica, es poco probable la posibilidad de una sobredosificación o intoxicación con MICETAL, por lo que no es previsible que se produzcan situaciones de riesgo vital en el paciente. No obstante, en caso de ingestión accidental de una cantidad apreciable, se instaurará el tratamiento sintomático apropiado. **Incompatibilidades:** No se han descrito incompatibilidades. **Presentación y PVP:** Micetal Gel al 1%. Envase con 100 g. PVP IVA: 1.495. Micetal Crema dermatica al 1%. Tubo de 30 g. PVP IVA: 1.499. **Plus:** División de prescripción y dispensación: Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social.