

MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA



52

NERGADAN

Lovastatina

Una contribución eficaz a la reducción del colesterol elevado y a la regresión de la aterosclerosis coronaria

NERGADAN (lovastatina) es la forma inactiva de la lactona del correspondiente hidroxácido abierto, potente inhibidor de la síntesis de colesterol endógeno, y por tanto, fármaco hipocolesterolemiante. Tras su absorción gastrointestinal, la lovastatina se hidroliza y convierte en la forma activa, que es un inhibidor competitivo de la HMG-CoA reductasa, enzima que cataliza la biosíntesis de colesterol. NERGADAN reduce el colesterol total plasmático, las lipoproteínas LDL y VLDL-colesterol y los triglicéridos, al mismo tiempo que aumenta el HDL-colesterol. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol en pacientes con hipercolesterolemia primaria en los que la respuesta a la dieta y otras medidas han sido insuficientes. **POSOLOGÍA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolemiante estándar antes de recibir NERGADAN y debe continuar con ésta durante el tratamiento. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, en la cena. Si se precisan, los ajustes en las dosis se harán a intervalos de no menos de 4 semanas, hasta un máximo de 80 mg diarios, administrados en una o dos tomas al día, con el desayuno y la cena. La dosis de NERGADAN debe ser reducida si los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml (3,6 mmol/l). En pacientes tratados con inmunosupresores, la dosis máxima recomendada de NERGADAN es de 20 mg/día. **Terapia Concomitante:** NERGADAN es eficaz solo o en combinación con secuestradores de ácidos biliares.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a cualquier componente del preparado, enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes no explicadas de las transaminasas séricas, embarazo y lactancia (ver PRECAUCIONES).

PRECAUCIONES: Efectos hepáticos: Al igual que con otros fármacos hipolipemiantes, se han descrito elevaciones moderadas (menor de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas durante el tratamiento con lovastatina (ver EFECTOS SECUNDARIOS). Estos cambios aparecieron tras el inicio de la terapia, fueron usualmente transitorios, no se acompañaron de síntomas ni se requirió la interrupción del tratamiento. Se recomienda determinar niveles de transaminasas antes de iniciar el tratamiento, y 4-6 meses después, sobre todo en pacientes que presenten pruebas hepáticas anormales y/o ingieran cantidades sustanciales de alcohol. Esta determinación debe repetirse puntualmente; si estas elevaciones son persistentes o progresivas debe discontinuarse el fármaco. **Efectos musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de los niveles de creatinofosfoquinasa (CPK) en pacientes tratados con lovastatina, pero habitualmente no han tenido significación clínica. La aparición de mialgias también se ha asociado al tratamiento con lovastatina. En raras ocasiones se ha producido miopatía. Se han informado casos de rabdomiolisis grave que precipitaron una insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe interrumpirse si aparece elevación marcada de los niveles de CPK o si se sospecha o diagnostica miopatía. La mayoría de pacientes que desarrollaron miopatía, incluyendo rabdomiolisis, estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de ácido nicotínico. Se ha descrito rabdomiolisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con entranicina concomitante con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieron estas terapias, la incidencia de miopatía fue aproximadamente del 0,1%. **Empleo en el Embarazo:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. Solo se administrará a mujeres en edad fértil cuando sea muy improbable vayan a quedar embarazadas. **Lactancia:** No se sabe si NERGADAN se excreta por la leche materna. **Uso en pediatría:** No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. **Advertencia:** Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gemfibrozil, ácido nicotínico, entranicina (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran de forma conjunta lovastatina y anticoagulantes cumarínicos, el tiempo de protrombina puede aumentar en algunos pacientes. **Digoxina:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración concomitante de lovastatina y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de digoxina. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, lovastatina se administró conjuntamente con betabloqueantes, antagonistas del calcio, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos, sin evidencia de interacciones adversas clínicamente significativas. **EFECTOS SECUNDARIOS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado, la mayoría de efectos secundarios han sido leves y transitorios. En estudios clínicos controlados, los efectos secundarios que ocurrieron con una frecuencia mayor al 1% fueron: flatulencia, diarrea, estreñimiento, náusea, dispepsia, mareo, visión borrosa, cefalea, cambios musculares, mialgia, rash cutáneo y dolor abdominal. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, sequedad de boca, insomnio, trastornos del sueño y disgeusia. Desde la comercialización del fármaco se han descrito los siguientes efectos secundarios adicionales: hepatitis, ictericia colestática, vómitos, anorexia, parestesia y trastornos psíquicos incluyendo ansiedad. En raras ocasiones se ha informado de un aparente síndrome de hipersensibilidad que incluía uno o más de los siguientes síntomas: anafilaxia, angioedema, síndrome lupus-like, polimialgia reumática, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artalgia, urticaria, astenia, fotosensibilidad, fiebre y malestar. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos marcados y persistentes de las transaminasas (ver PRECAUCIONES). También se han comunicado otras anomalías en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la fosfatasa alcalina y bilirrubina. Se han comunicado aumentos en la creatinofosfoquinasa sérica (atribuibles a la fracción muscular de la CPK). Estas elevaciones han sido habitualmente ligeras y transitorias. Rara vez se han comunicado elevaciones marcadas (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Se han comunicado pocos casos de sobredosisificación accidental. Ningún paciente presentó síntoma específico ni sequele. Se deben tomar medidas generales y monitorizar la función hepática. **PRESENCIA Y COMPOSICION:** Envases de 28 comprimidos de 20 mg de lovastatina. PVP 1W43-4 286-Prs.

NERGADAN está indicado cuando la dieta y otras medidas farmacológicas resultan ser insuficientes.



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



Quina y Malaria en la España del siglo XVIII

52

PERSONAJE MÉDICINA & HISTORIA

Tras la desaparición del Tribunal de Protomedicato e inexistentes los antiguos Colegios de Doctores en Medicina, la ley de Sanidad de 1855 obligaba a los «profesores de la ciencia de curar» a presentar, al establecerse, el título que les autorizaba el ejercicio ante el subdelegado de medicina del partido, a la vez que establecía un solo Jurado médico en cada provincia con atribuciones para velar por un correcto ejercicio profesional, regularizando en ciertos casos los honorarios y estableciendo, sobre el papel, una severa moral médica.

Casi cuarenta años más tarde y a raíz del establecimiento en Madrid del primer Colegio de Médicos, una nueva disposición aconsejaba imitar tal proceder en todo el país, con el fin directo de conseguir una mejor distribución de las cargas fiscales, misión hasta entonces encomendada a los gremios.

A partir de aquel momento se iniciaron las controversias sobre la conveniencia de la colegiación obligatoria, defendida por unos y combatida por la mayoría, que veía en tal medida un intento de control de los profesionales de la medicina.

Por lo que respecta a Cataluña, el 29 de agosto de 1894 -estamos en vísperas de conmemorar su primer centenario- una minoría de facultativos organizó el Colegio de Médicos de Barcelona presidido interinamente por Antonio Ayné, síndico del gremio de médicos-cirujanos de la capital.

El 17 de septiembre siguiente y ante una mayor concurrencia de colegiados, Ayné presentó unos estatutos semejantes a los ya vigentes en el Colegio de Madrid, siendo elegido Joaquín Bonet y Amigó (1852-1913), partidario de la colegiación obligatoria, como primer presidente de la nueva corporación.

Bonet no era un desconocido. Catedrático de Obstetricia desde 1879 y activo colaborador de varias publicaciones periódicas a la vez que participante en Congresos, pronto se convirtió en un obstetra más social que científico, decantándose hacia la vida política.

Católico convencido, de fácil oratoria, fue decano de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad, senador en varias legislaturas y presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Tras los primeros intentos para construir una nueva Facultad de Medicina y un Hospital Clínico, Bonet fue el alma de todas las negociaciones e impulsor entusiasta de la idea si bien nunca se enfrentó a la Administración. En 1901 recibía el título de Barón de Bonet.

Eclipsado científicamente por la gran figura de la época, Miguel A. Fargas (1858-1916), sus publicaciones fueron escasas como prueba de su corta dedicación a la cátedra lo que motivó, sin duda, la posterior promoción de su adjunto y sucesor, Pedro Nubiola (1878-1956).



Joaquín Bonet y Amigó

MEDICINA & HISTORIA

n.º 52 - 1994 (Tercera época)

REVISTA DE ESTUDIOS
HISTORICOS DE LAS
CIENCIAS MEDICAS

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

Director:

Dr. Juan Uriach Marsal

Secretario de Redacción:

Dr. José Danón Bretos

Soporte Válido con la
Ref. SVR n.º 479

Dep. legal: B.27.541 - 1963

ISSN: 0300-8169



Quina y Malaria en la España del siglo XVIII

52

Juan Riera Palmero

Cátedra de Historia de la Medicina
Universidad de Valladolid

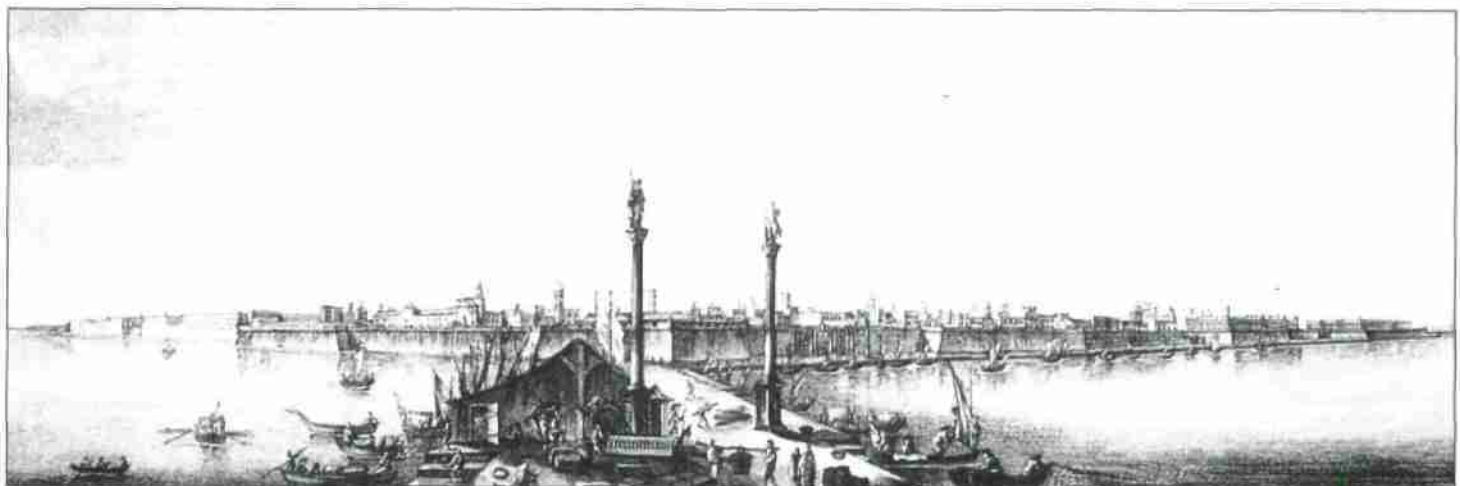
Quina y Malaria en la España del siglo XVIII

Las primeras noticias en España sobre la quina corresponden al siglo XVII y fue precisamente un criollo de Chuquisaca, Antonio de Calancha, a quien debemos las primeras referencias sobre el uso de la quina en las fiebres intermitentes. Calancha llegó a ser Rector del Colegio Agustino de San Ildefonso de Lima en 1622, y años más tarde en su «Crónica Moralizada» (1638) se recogen alusiones a la droga antipalúdica. La segunda noticia permaneció inédita en la «Historia del Nuevo Mundo», redactada en 1653 pero que no llegó a publicarse hasta 1890. Antes de promediar el siglo XVII los médicos españoles se hicieron eco de las virtudes curatrices de la corteza de quina; entre ellos, se anticiparon Juan de Vega que la empleó en Sevilla y Pedro Barba divulgó las propiedades del fármaco en su conocida obra «*Vera praxis ad curationem tertianam*» (1642).

Tres ilustres tratadistas del Seiscientos español se ocuparon con elogio de los beneficiosos efectos de la corteza peruviiana: el sevillano Gaspar Caldera de Heredia (1663), el catedrático de Valladolid, Gaspar Bravo de Sobremonte (1669) y el profesor de Alcalá de Henares, Pedro Miguel de Heredia.

El estudio de la droga, sus diferentes especies y su difusión a través de las expediciones botánicas de los siglos XVIII y XIX culminaron con el estudio taxonómico completo, llegando más tarde al aislamiento de los alcaloides de la quina en 1816 por Gomes y en 1820 por Pelletier y Caventou. A lo largo del Seiscientos el comercio de la quina fue monopolizado en buena medida por los jesuitas, orden moderna de origen español, que contaba con un colegio en Lima y otro en El Callao, puerto donde embarcaban

la corteza de quina. En Sevilla, puerto de recepción de los productos americanos, la Compañía de Jesús contaba con un colegio desde el que aseguraban su distribución por Europa. La circulación de este producto se realizaba bajo el control del Cardenal Juan de Lugo (1583-1660), oriundo de Sevilla, que habiendo cursado leyes en la Universidad de Salamanca, ingresó más tarde en la Compañía de Jesús. Elevado al cardenalato en 1643, tuvo noticia de la quina a través del jesuita peruano, Alfonso Mexía en 1632. A lo largo de la segunda mitad de la centuria barroca fueron numerosas las voces españolas en favor del nuevo fármaco y a las anteriores referencias, debe sumarse la favorable acogida que dispensaron al producto medicinal dos médicos sevillanos Muñoz Peralta (1699) y Fernández (1698).



Cuando el azúcar es un problema...



STATICUM

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

Composición

Cada comprimido de STATICUM contiene 5 mg de glicetida, 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 glicetida). En la mayoría de los casos es suficiente una dosis de 1-2 comprimidos por día, administrados en una sola toma, durante el desayuno. Las dosis superiores a 2 comprimidos diarios se repartirán durante el resto de las comidas.

Normas de administración:

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

Diabéticos ya tratados con otros antidiabéticos orales

Los diabéticos no compensados o mal compensados con otros hipoglucemiantes pueden muchas veces ser controlados perfectamente con STATICUM. En 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 comprimidos al día.

En las diabetes mal equilibradas con otros antidiabéticos, iniciar con 1 comprimido diario.

Si fuera necesario, aumentar progresivamente las dosis en fracciones de 1/2 comprimido cada semana.

En los diabéticos que precisen menos de 20 U.I. de insulina diaria puede sustituirse ésta por STATICUM. En estos casos, iniciar el tratamiento con 1 comprimido diario de STATICUM.

Aumentar la dosis, si fuese necesario, 1/2 comprimido cada semana hasta un máximo de 4 comprimidos al día.

STATICUM provoca la liberación de insulina endógena a partir de las células β pancreáticas. Esta insulina, utilizada por el mismo organismo que la ha formado, está desprovista por tanto de las propiedades antigénicas de la insulina exógena.

Asociación con biguanidas

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

Incompatibilidades

La administración simultánea de determinadas sulfonamidas de acción prolongada tuberculostáticos (etionamida), pirazonas o derivados cimarínicos puede potenciar el efecto hipoglucemiante del medicamento. STATICUM no presenta efectos antabús.

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

Envase de 30 y 100 comprimidos (PVP IVA A 448 y 922 ptas.).



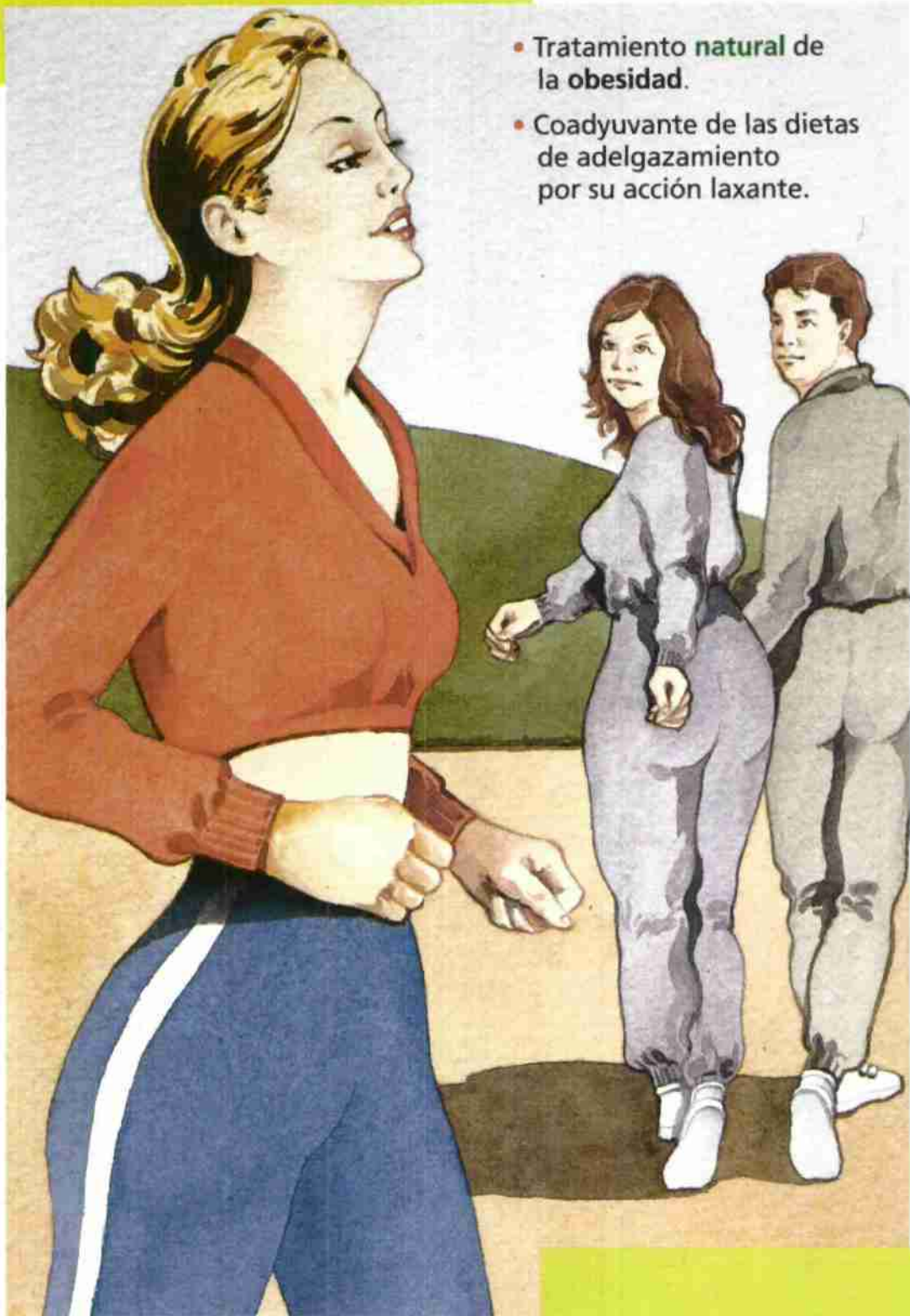
URIACH
Decano Babil, 59-67 08026
BARCELONA

INVESTIGACION
NACIONAL

Para controlar el exceso de peso...

LIPOGRASIL

(EFP)



- Tratamiento **natural** de la **obesidad**.
- Coadyuvante de las dietas de adelgazamiento por su acción laxante.

Indicaciones: Tratamiento complementario de las dietas de adelgazamiento. **Composición:** Cada gragea contiene: Alcachofa extracto seco, 25 mg; Cascara sagrada polvo, 30 mg; Fenofltaína, 30 mg; Fucus extracto seco, 175 mg; Sacarosa, 176 mg; Lactosa, 104 mg. **Posología:** De 2 a 6 grageas diarias durante las comidas. La dosificación se graduará en cada caso según la disminución del peso logrado. También puede rebajarse la dosis si el efecto laxante resulta excesivo o molesto. Tomar con abundante agua. **Contraindicaciones e incompatibilidades:** Hipertensión arterial, hipertiroidismo, ileostomía, dolor abdominal de origen desconocido, obstrucción intestinal, apendicitis y síntomas. En caso de insuficiencia cardíaca, hepática o renal graves, no es aconsejable su utilización. **Efectos secundarios:** En algunos casos trastornos intestinales de naturaleza diarreica, que desaparecen al disminuir las dosis. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de sobredosis o ingestión accidental de dosis muy elevada, pueden aparecer taquicardia, diarrea, espasmos digestivos, insomnio, confusión. Tratamiento: lavado de estómago y sintomático. **Incompatibilidades:** Puede interferir con los anticoagulantes orales, glucósidos digitálicos. **Precauciones:** No utilizar más de seis días sin consultar con su médico. **Presentación:** envases de 50 grageas (PVP IVA3 - 425 pts).



J. Uriach & Cia. S.A.
Degà Bahí 59
08026 Barcelona

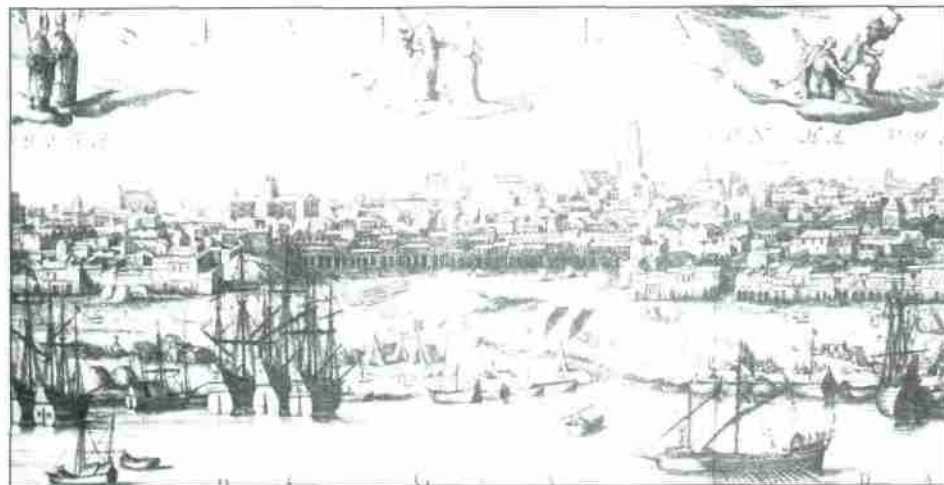
Los médicos, malaria y quina

Los escritos médicos españoles de la centuria setecentista se ocuparon ampliamente del grave problema de las fiebres intermitentes, con referencias puntuales al beneficioso efecto de la quina. En orden cronológico, antes de promediar el siglo, Félix Pacheco dio a conocer un opúsculo sobre la enfermedad. Pacheco era médico de la ciudad extremeña de Trujillo, con notable incidencia de las fiebres maláricas, experiencia que refleja su obra *«Rayos de luz práctica... de las fiebres intermitentes»* (Madrid, 1731), a lo largo de la cual consagra dos capítulos a la etiología, clínica y curación del paludismo. Tres años más tarde el médico de Cazalla de la Sierra, Luis Enríquez, dio a

conocer el texto *«De las fiebres intermitentes, sus causas y modo de hacerse»* (Sevilla, 1734) considerando endémica la enfermedad en esta localidad andaluza. Antes de promediar la centuria, Pedro López de Leiva, catedrático de Alcalá, disertaba *«Sobre el uso de la quina en las calenturas»* (1744), obra que, bajo el influjo de Sydenham y Morton, apostaba claramente en favor de la quina como febrífugo. La mejor aportación, sin disputa, en las décadas centrales corresponde al patólogo y catedrático de Valencia, más tarde médico de Cámara, Andrés Piquer y Arrufat. Entre su valiosa obra médica, destaca en el excelente *«Tratado de las calenturas, según la observación del mecanicismo»* (Valencia, 1751), que la experiencia procedía de la frecuencia de la malaria en las zonas pantanosas de los arrozales valencianos. Conviene subrayar que su

Tratado es uno de los mejores textos sobre la materia, como lo prueba la enorme difusión alcanzada a lo largo de las cinco ediciones españolas del siglo XVIII. Conocemos al menos, además de la primera impresión, ulteriores ediciones de 1760, las de 1768 y 1777, siendo la última de 1788. La obra traducida al francés se difundió por Europa. El Tratado de Andrés Piquer, recomienda el empleo de la quina, específico del que refiere: *«Las tercianas malignas, con cualquier signo vehemente que manifiesten, han de curarse dando «kina» desde luego, sin hacer antes sangrías ni dar vomitivos, ni otras medicinas, porque lo que sucede es que algunas veces a la tercera accesión y comúnmente a la cuarta o quinta se mueren los enfermos que ciertamente se curan con tal que se les de kina sin prevención ninguna».*

Los médicos españoles de la segunda mitad de la centuria reflejan en sus escritos la frecuencia de la malaria y el empleo sistemático de la corteza de quina como remedio terapéutico. Los brotes de «fiebres pútridas» a partir de 1764 en algunas regiones españolas, como Aragón y Cataluña, exigió la administración masiva de la droga americana como único remedio eficaz. Las tercianas eran endémicas en algunas regiones como Valencia o Extremadura, de esta última nos habla Cristóbal Nieto de Pina, médico de Higuera la Real y miembro de la Regia Sociedad de Medicina de Sevilla; recogió en una *Disertación* (Madrid, 1754) la topografía médica y enfermedades reinantes, entre ellas la malaria. La quina y las



fiebres intermitentes fueron objeto de estudio entre los tratadistas ilustrados como Francisco de los Reyes Sahagún, autor del «Tratado de las inflamaciones internas», y José Alsinet y Cortada autor de una excelente monografía sobre el fármaco peruviano titulada «*Nuevas indagaciones sobre la utilidad de la quina*» (Madrid, 1763), texto que debe considerarse como una de las mejores aportaciones al empleo terapéutico de este producto americano. Alsinet, conocedor del grave problema del paludismo, se mostró abierto defensor de este eficaz remedio: «En la antigua ciudad de Mérida de la que tuve ocasión de ser su primer médico, suelen ser endémicas las fiebres periódicas de todas las clases, las que he curado siempre con el método que acabo de referir, de lo que ha resultado universal estimación». Alsinet recibió el sobrenombre de «médico de las tercianas», por su certera aportación a su epidemiología y el estudio pormenorizado de la quina.

La epidemiología española del último tercio del siglo XVIII ofrece un marcado interés por la frecuencia de los contagios y el generalizado uso de la corteza de quina en el tratamiento de los procesos febriles. La obra de mayor repercusión en la España de Carlos III y Carlos IV fue sin disputa la llevada a cabo por José Masdevall, verdadero árbitro de la Sanidad española y artífice del empleo sistemático de la quina.

Las epidemias de 1764 con motivo de la campaña de Portugal (1762-1763), como las grandes pandemias de 1784-86 o la circunstancia de la frontera pirenaica francoespañola entre 1793-95, fueron motivo de considerable comercio y distribución de quina en España, droga que procedía a la sazón exclusivamente de América. José Masdevall y Terrades, Protomédico de Carlos III y de Carlos IV, dio a conocer sus experiencias en el opúsculo «*Relación de las Epidemias de calenturas pútridas y malignas que en estos últimos años se han padecido en el Principado de Cataluña, y principalmente la que descubrió el año pasado de 1783, en Lérida, Llano de Urgel*» (Barcelona, 1786). Este breve folleto supone un testimonio de primera mano para

RELACION DE LAS EPIDEMIAS DE CALENTURAS PÚTRIDAS Y MALIGNAS,

que en estos últimos años se han padecido en el Principado de Cataluña; y principalmente de la que se descubrió el año pasado de 1783 en la ciudad de Lérida, llano de Urgel, y otros muchos Corregimientos y partidos, con el método feliz, pronto y seguro de curar semejantes enfermedades.

POR DON JOSEPH MASDEVALL,
Doctor en Medicina de la Universidad de Cervera; Médico del Rey nuestro Señor con ejercicio, Inspector de epidemias del Principado de Cataluña, Presidente de la Academia de Medicina de Cartagena, Sócio del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Zaragoza, y de las Reales Sociedades de Paris y de Sevilla.

TERCERA EDICION.

DE ÓRDEN SUPERIOR.

MADRID EN LA IMPRENTA REAL.

POR D. PEDRO JULIAN PEREIRA, IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.

AÑO DE 1797.



conocer la incidencia de las fiebres y epidemias en España desde 1763 a 1786, afectos para los cuales recomendó Masdevall el empleo de la opiata, preparado en el que figuraba el antimonio y la corteza de quina. La difusión del anterior opúsculo fue extraordinaria hasta el extremo de editarse y reeditarse en varias ocasiones. Conocemos dos impresiones, al menos, de 1786 y mereció cumplido eco en la

medicina europea de los años finales de la centuria. Cabría apuntar dos impresiones de la versión italiana (Ferrara, 1789 y Venecia, 1792) y las traducciones alemana (Bruschiwig, 1792) y francesa (Marsella, 1800). Las recomendaciones de Masdevall llegaron a influir en el continente americano, siendo México el país que desde 1787 difundió la opiata. Asimismo en Marruecos, el doctor Coll divulgó a partir

de 1800 el ideario terapéutico de Masdevall.

En el último cuarto del siglo XVIII la difusión de la quina contó con el respaldo mayoritario de los médicos españoles. Entre los tratadistas destacan numerosos seguidores de José Masdevall, de quien recibieron cumplido influjo. Entre éstos figura Juan Sastre y Puig, autor del texto favorable al método de la opiata, titulado «*Reflexiones instructivo-apologéticas sobre el eficaz y seguro método de curar las calenturas pútridas malignas*» (Cervera, 1788). A este tema colaboró el periodismo ilustrado a través de las «memorias» y «disertaciones» de las Academias y Sociedades de Medicina. La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, recogió entre sus «memorias» contribuciones a la

epidemiología de fiebres palúdicas. A lo largo de más de tres décadas, entre 1763 y 1796, se sucedieron disertaciones de Valentín González Centeno, Ambrosio María Ximénez de Lorite, Pedro Balmaña y Antonio de Santaella, socios de la regia sociedad sevillana.

Las «memorias» de la Academia Médico Práctica de Barcelona, impresas en 1798, reúnen buen número de trabajos de corte e interés epidemiológico. La frecuencia del paludismo suscitó las aportaciones de Francisco Espada («Noticia de una epidemia observada en la villa de Uldecona, Principado de Cataluña»), en la que se ocupa de las tercianas y fiebres pútridas.

El paludismo endémico en los arrozales valencianos fue estudiado por Francisco Llansol

(«*Disertatio epidémica de februm intermitentium constitutione anno 1784 grassante in Algezirensi oppido lingua vernacula Alcira in valentino Regno ad Academiam Regiam medicopracticam barchinonensem*»).

En el seno de la Academia de Barcelona las fiebres, contagios y paludismo fueron ampliamente abordados entre sus miembros, como Francisco Salvá y Campillo, Francisco Suñer o Juan Tovares. En la Academia Médico Práctica de Mallorca no faltaron tampoco trabajos de contenido epidemiológico como los de Francisco Alemany, Valentín Torres y otros autores que por razones de concisión no citamos.

Entre los más destacados secuaces de Masdevall, seguidor del método de la opiata y

QUINOLOGIA,

O TRATADO DEL ÁRBOL DE LA QUINA
Ó CASCARILLA,

CON SU DESCRIPCION Y LA DE OTRAS ESPECIES DE QUINOS

NUEVAMENTE DESCUBIERTAS EN EL PERÚ;

DEL MODO DE BENEFICIARLA,
de su Eleccion, Comercio, Virtudes, y Extracto elaborado con Cortezas recientes, y de la Eficacia de este, comprobada con observaciones; á que se añaden algunos experimentos Chímicos, y noticias acerca del Analisis de todas ellas.

POR DON HIPÓLITO RUIZ, PRIMER BOTÁNICO
de la Expedicion del Perú, Agregado al Real Jardin de Madrid,
e Individuo de la Real Academia Médica Matritense,

MADRID.

EN LA OFICINA DE LA VIUDA É HIJO DE MARIN

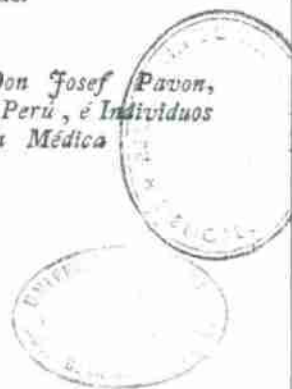
AÑO DE MDCCXCII.

SUPLEMENTO

Á LA QUINOLOGIA,

EN EL QUAL SE AUMENTAN
las Especies de Quina nuevamente descubiertas en el Perú por Don Juan Tafalla, y la Quina naranjada de Santa Fé con su estampa. Añádese la Respuesta á la Memoria de las Quinas de Santa Fé, que insertó Don Francisco Zea en los Anales de Historia natural, y la satisfacion á los reparos ó dudas del Ciudadano Jussieu sobre los Géneros del Pródromo de la Flora del Perú y Chile.

Por Don Hipólito Ruiz y Don Josef Pavon,
Botánicos de la Expedicion del Perú, e Individuos
de la Real Academia Médica
Matritense.



MADRID:

EN LA IMPRENTA DE LA VIUDA É HIJO DE MARIN,
AÑO DE MDCCCI.

Quina y Malaria en la España del siglo XVIII

defensor del empleo de la quina en las fiebres intermitentes, debe citarse al médico aragonés Antonio Ased y Latorre, cuya labor en las campañas sanitarias contra los contagios epidémicos, le valió ser nombrado Inspector General de Epidemias de Aragón. Ased había nacido hacia 1753 en Zaragoza, se graduó en la Universidad de Huesca y ejerció en su Aragón natal. Con motivo del brote epidémico que sufrieron las provincias aragonesas en 1783, fue comisionado por Carlos IV para organizar la campaña sanitaria. El resultado de su esfuerzo dio como fruto dos escritos, el primero titulado «*Memoria instructiva de los medios de precaver las malas resultas de un temporal excesivamente húmedo*» (Zaragoza, 1784) y dos años más tarde daba a conocer la «*Historia de la epidemia acaecida en la ciudad de Barbastro en el año 1784 y exposición del nuevo método curativo del Dr. José Masdevall y Terrades*» (Zaragoza, 1786).

A partir de 1784, siguiendo el ejemplo del Protomédico de Carlos IV, José Masdevall, se sucedieron en España numerosos textos sobre epidemias y quina. Martín Rodón y Bell se ocupó del paludismo en la «*Relación de epidemias que han afligido a la ciudad de Cartagena, sus causas y método curativo*» (Cartagena, 1787), defendiendo el uso de la quina como recurso eficaz en las tercianas y fiebres pútridas. Francisco Delgado y Soto redactó un breve folleto titulado «*Dictamen... sobre la epidemia de Barbastro y método curativo*» (Barcelona, 1785).

Las referencias a las epidemias de tercianas y fiebres pútridas se

multiplicaron en España a partir del contagio de 1784-86, surgiendo una abundante bibliografía. En torno a la misma, figura el opúsculo de Cristóbal Cubillas titulado «*Epidemia gaditana, nombrada la piadosa padecida en el año 1784*» (Cádiz, 1784). Mayor amplitud e interés reviste la contribución de Manuel Joaquín Ortiz, ilustre médico navarro, autor del «*Discurso sobre la epidemia de Pamplona*» (Pamplona, 1789) en el que hace un pormenorizado estudio de los contagios de esta ciudad y localidades comarcanas. Sobre las tercianas escribió una exhaustiva monografía Félix Ibáñez («*Topografía Hipocrática o Descripción de la epidemia de calenturas tercianas intermitentes malignas... que han padecido en la Provincia de la Alcarria desde el año 1784 hasta el de 1790 y 1791 y siguientes*», y no podíamos finalizar esta noticia bibliográfica sin recordar la obra de José Antonio Viader y Peirachs titulada «*Memoria sobre las enfermedades que han afligido a los moradores y guarnición de esta plaza de Gerona*» (1810) y las «*Reflexiones sobre las enfermedades del Ejército de Rosellón*» (Gerona, 1794).

De enorme interés cabe considerar la obra sobre el paludismo de Antonio Cibot a la que nos referimos más adelante. También sobre epidemias, contagios y paludismo se refiere el compendio «*Tratado de las enfermedades epidémicas, pútridas, malignas, contagiosas y pestilentes*» (Madrid, 1803, dos vols.), del que es autor el cirujano militar de origen irlandés, Antonio Lavedan,

Epidemiología y Tercianas en España

Sin contar los focos endémicos de malaria, desde 1763 se sucedieron en España numerosas epidemias de «fiebres pútridas» unas y otras de «paludismo» sobre cuya verdadera naturaleza se plantean numerosos interrogantes. Los cuadros clínicos asemejan formas de malaria maligna, con participación neuroencefálica; otras parecen viriasis y procesos exantemáticos, sin embargo las fiebres intermitentes o malaria, se sucedieron de forma generalizada.

Algunos médicos nos han relatado la gravedad del paludismo español en la segunda mitad del siglo XVIII, de cuyos testimonios sirvan estas palabras de Juan Tovares al referirse a la epidemia de 1784-86: «Lo más de España sintió este azote, pero con más rigor las provincias de la Mancha y Alcarria. Fue necesaria para subvenir a tanta desdicha toda la presencia de ánimo de nuestro invicto monarca el Señor Carlos III (que santa gloria haya) y toda la piedad de su magnánimo corazón. En efecto mandó S.M. que de los propios de las villas y lugares diese a los enfermos cuanto necesitasen para su alimento, asistencia y curación, y destinó grandes porciones de quina».

Las repercusiones demográficas de las epidemias han sido valoradas por Jordi Nadal en su estudio de la población española, y por Vicente Pérez Moreda. La frecuencia de las tercianas

Eficaz cobertura analgésico-antiinflamatoria, segura y bien tolerada



Composición: cada sobre contiene: Fosfosal (DCI), 1200 mg; Excipiente (con 90 mg de ciclamato sódico y 9 mg de sacarina sódica) c.s.p. 1 sobre. **Indicaciones:** Analgésico-antiinflamatorio para el tratamiento de los dolores propios de enfermedades agudas y crónicas, de dolores musculoesqueléticos o articulares y coadyuvante en los procesos respiratorios y catarrales. Por su extraordinaria tolerancia general y digestiva, DISDOLEN está especialmente indicado en tratamientos de larga duración y en personas de edad avanzada o con problemas de tolerancia digestiva. ● Dolores musculoesqueléticos: dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguinces, luxaciones. ● Dolores articulares: artritis reumatoidea, osteoartritis. ● Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas. ● Cefaleas y Migrañas. Neuralgias. Mialgias. ● Estados gripales y febriles. **Dosificación:** ● De 1 a 3 sobres al día. ● De precisarse, pueden administrarse un total de 6 sobres al día, distribuidos en 3 tomas de 2 sobres cada una. ● Debido a su tolerancia gástrica, las tomas de DISDOLEN pueden realizarse sin previa ingestión de alimentos, en ayunas, entre comidas, etc. ● El contenido del sobre se disuelve con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencia de efectos teratogénicos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Interacciones:** DISDOLEN deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes orales ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosfosal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. **Efectos secundarios:** No se conocen a las dosis terapéuticas habituales. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo se produciría por ingestión de dosis muy elevadas, debido al favorable coeficiente terapéutico del principio activo, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. Como tratamiento de la intoxicación se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado, administración de una suspensión acuosa de carbón activo, aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **Presentación:** Envase de 40 sobres. PVP IVA 1.864,- Ptas. Envase de 20 sobres. PVP IVA 932,- Ptas. Cada sobre contiene 1200 mg de Fosfosal (DCI). Disdolen envase clínico de 500 sobres (dosis unitarias). DISDOLEN es un producto investigado y desarrollado por URIACH.



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

DISDOLEN

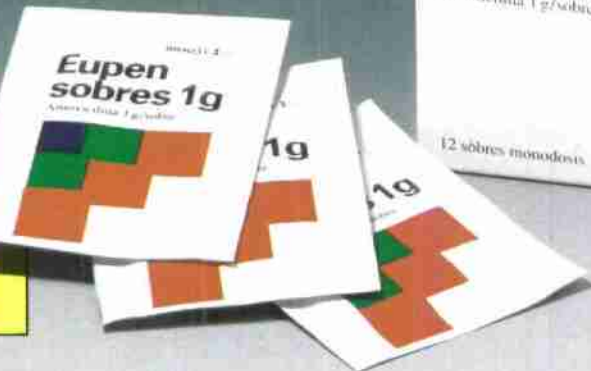
Fosfosal Uriach

Eupen

Amoxicilina

Ampliamos sus posibilidades

1g
12 sobres



884031

Eupen
sobres 1g
Amoxicilina 1g/sobres

12 sobres monodosis



J. URIACH & CIA, S.A.
Daga Bahl, 59
08026 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 haemolyticus*, *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 1g (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 odontología.
- Infecciones del tracto biliar.

Posología:

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 septicemias, 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 alopurinol 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 adversas se limitan a fenómenos de sensibilidad (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.

Intoxicación y tratamiento:

Cuando aparecen 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.

sobrepasó los primeros años del siglo XIX como refiere Antonio Cibat, uno de los más ilustres clínicos de la España ilustrada en su «*Memoria sobre el problema ¿por qué motivos o causas las tercianas se han hecho tan comunes y graves en nuestra España? ¿Con qué medios podían precaverse y destruirse?*», opúsculo impreso en Madrid en 1806.

Al margen de los estudios seriados de la epidemiología en la España ilustrada, conviene aportar el testimonio y valoración cualitativa que los médicos describen sobre el alcance del mal y el empleo de la corteza de quina.

A la cabeza de los facultativos figura José Masdevall, quien al recordar la epidemia de 1764 la describe en estos términos: «Son muchísimas las epidemias que de estos males, han acometido a sus moradores y muchas más que antes», y prosigue señalando el origen de la epidemia de 1764: «Las tropas francesas al salir de Portugal se retiraron a Cáceres (1763), y estuvieron detenidas allí una temporada en esta villa y desde ella se extendió inmediatamente una mortífera epidemia, que desoló aquel país, tanto entre los soldados y gentes del Ejército, como entre los moradores de ella (...). Al llegar a este Principado, que fue en 1764, nos llenaron los Hospitales de su tránsito de las mismas enfermedades que habían padecido en Portugal».

A partir de 1764 las constelaciones epidémicas en suelo peninsular fueron frecuentes y de probada gravedad. Las más intensas, a juzgar por las aportaciones de la

demografía histórica corresponden al período, se dijo, entre 1784 a 1786. Esta epidemia, Juan Tovares la consideraba «de calenturas intermitentes que principiando en los años de 1784 y 1785 fue cruefísima en el de 1786, devastando la mayor parte de nuestra península». La última gran epidemia corresponde a la desatada con motivo de la Guerra contra la Revolución francesa entre 1793-95.

Como respuesta a la ejecución de Luis XVI por los revolucionarios, la Corona española declaró la guerra a la Convención en el manifiesto firmado por Carlos IV en Aranjuez el 23 de mayo de 1793. Apenas iniciadas las hostilidades en la frontera pirenaica francoespañola, surgió un grave contagio de fiebres que rápidamente se extendió desde Cataluña, en los Pirineos Orientales, hasta el País Vasco y el norte de Navarra. Las cifras de enfermos febricitantes ascendió rápidamente hasta alcanzar masivamente a las tropas combatientes, desde junio de 1793: los hospitales habilitados se mostraron insuficientes, hasta el extremo de desbordar todas las previsiones. En junio, los enfermos se elevaban a dos mil, pero en febrero de 1794 ascendían a cuatro mil soldados hospitalizados. La epidemia afectó por igual a la población civil, siendo el trienio 1793-95 uno de los períodos más negativos en el siglo XVIII para la demografía española. Al mismo tiempo la quina, único recurso eficaz, fue distribuida de forma masiva, aumentando su consumo a cantidades elevadísimas como diremos seguidamente.

La Quina y las expediciones científicas

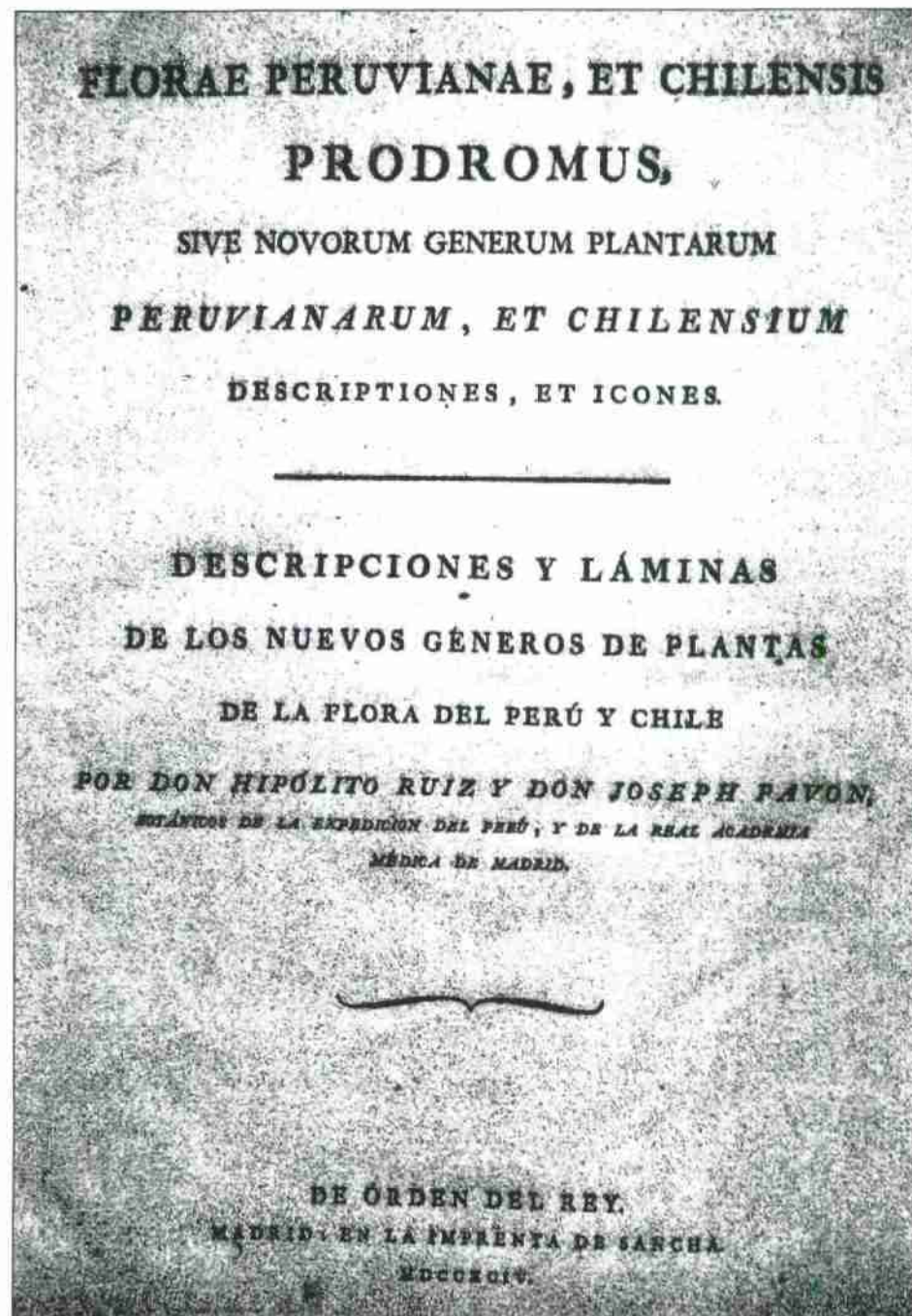
Las expediciones científicas promovidas por los Borbones españoles en el siglo XVIII, tuvieron repercusiones con relación a la corteza de quina y la búsqueda y localización de las especies medicinales del género «cinchona». Este interés por la droga, en buena medida, vino motivado por la creciente demanda ante las graves epidemias de paludismo en Europa. El interés por la Botánica americana tenía una doble motivación, científica sin disputa, pero con clara orientación pragmática y utilitaria.

Entre los objetivos de las expediciones españolas a América se pretendía conocer mejor las drogas medicinales, entre las que destacaba por sus virtudes curatrices la corteza de quina. La expedición de 1777-79, ordenada por Carlos III, llevó a Hipólito Ruiz como director y primer botánico, y en segundo lugar a José Antonio Pavón Jiménez. Al finalizar la misma, el material recopilado sirvió para que Hipólito Ruiz diese a conocer la «*Quinología o Tratado del Arbol de la Quina*» (1792) en el que describe siete especies del género, y recomienda las plantaciones para su mejor administración y explotación. La aparición de la Quinología supuso un acontecimiento de primera magnitud con honda resonancia, alcanzando difusión universal a través de las versiones a idiomas

extranjeros, como al italiano (Roma, 1792), al alemán (Göttingen, 1794) y al inglés (Londres, 1800).

Contando con la colaboración de José Pavón, publicó Hipólito Ruiz a comienzos del siglo XIX el «*Suplemento de la Quinología*» (1801) y llevó a cabo la monumental edición de la «*Flora Peruviana et Chilensis*» (Madrid, 1794), de la que conocemos una ulterior y definitiva impresión en cuatro volúmenes, realizada entre 1798 y 1802. Hipólito Ruiz, en el prólogo de su *Quinología*, refiere cómo reconoció en flor el verdadero cascarillo del árbol de la quina en 1779 en las montañas de Cuchero. Este tratado se divide en dos partes, la primera de las cuales expone el descubrimiento de los quinos, el comercio y replantación de las especies en beneficio de su explotación. En su relato se ocupa de las propiedades medicinales de la droga, los efectos terapéuticos y los diferentes extractos elaborados a partir de la corteza de quina. La segunda parte recoge hasta siete especies diferentes de quina, con numerosas observaciones del autor.

Las investigaciones sobre la quina realizadas por el gaditano José Celestino Mutis y Bosio (1732-1808) significan una de las aportaciones más relevantes que España ha hecho a la Ciencia europea de la Ilustración. Los trabajos del sabio Mutis le llevaron a un primer plano de interés en el ámbito de la comunidad científica universal, cuando en 1764 destinó a Linneo un ejemplar de quina Loja. La historiografía de las ciencias farmacéuticas considera con toda



justicia a los españoles Mutis, junto a Ruiz y Pavón, como la mejor contribución al conocimiento de la quina.

Desde 1791 Mutis se consagró de forma especial al estudio del género «cinchona», capítulo botánico sobre el que polemizó con Ruiz y Pavón. La disensión en torno a la prioridad del descubrimiento de las especies del género «cinchona», fue uno de los más debatidos episodios de la historiografía ilustrada. Al parecer, Mutis se adelantó a sus compatriotas cuando en 1763 al elevar una Representación a

Carlos III solicitando la formación de una Historia Natural de América, en la cual destacaba la importancia y prioridad de la quina: «La utilísima quina -refiere Mutis- tesoro concedido únicamente a los dominios de V.M. en cuya mano está el distribuirle a las más Naciones». Con este fin propuso Mutis en 1763 la aprobación de «establecimientos que podrán formarse con el corte y economía de estos árboles, conducción de la quina a España y su distribución a todas las Naciones. En ellas logrará el público un precio moderado la

RESPUESTA

PARA DESENGAÑO DEL PÚBLICO

Á LA IMPUGNACION

QUE HA DIVULGADO PREMATURAMENTE

EL PRESBITERO

DON JOSEF ANTONIO CAVANILLES,

CONTRA EL PRÓDROMO

DE LA FLORA DEL PERÚ,

É INSINUACION DE ALGUNOS
de los reparos que ofrecen sus Obras
Botánicas,

POR DÓN HIPÓLITO RUIZ,
primer Botánico de la Expedicion del Perú, y
Académico de Número de la Real Academia
Medica Matritense.



CON SUPERIOR PERMISO.

EN MADRID: EN LA IMPRENTA DE LA VIUDA É HIJO
DE MARIN. AÑO DE M.DCC.XCVL.

quina reciente y escogida, cortada y conducida por cuenta de la Real Hacienda». El sabio Mutis estaba interesado no sólo en la investigación botánica del género «cinchona», sino también en su distribución y comercialización a precios accesibles de mercado.

Las observaciones de José Celestino Mutis le llevaron a diferenciar en 1776 tres especies distintas de quina (roja, amarilla y blanca), pero años más tarde, en 1784, llegó a reconocer hasta cinco especies botánicas (las llamadas cinchona officinalis,

sericea, glaberrima, odorata y grandiflora). A juzgar por su obra, impresa póstumamente, «*El Arcano de la Quina*» (1828), sacada a la luz por Hernández de Gregorio, llegó a describir siete especies de quina (lancifolia, cordifolia, oblongifolia, ovalifolia, longifolia, dissimifolia y parvifolia). Mutis completó sus experiencias agrupando cuatro variedades con virtud medicinal y las tres restantes sin poder febrífugo, movido, se ha dicho no sólo por estricto interés científico sino también terapéutico.

El interés por la Quina

El interés despertado por el fármaco en España fue enorme, sirva de ejemplo el testimonio de Miguel Santisteban, en su amplio memorial «*Relación informativa práctica de la Quina en la ciudad de Loxa y demás territorios donde sería, comercio de sus habitantes y derechos que de ella se paga al Erario, precio que la venden*». Este Memorial redactado en Santa Fe el 4 de junio de 1753, nos ofrece amplia información, entre 1640 y 1700 señalando la conveniencia «que seguirá estancarla a la Salud Pública, al útil interés y fomento del vecindario y de la provincia, y crece a la Real Hacienda anualmente 280 mil pesos de su producto». Estas razones movían a Santisteban a proponer que «se planificare conduciéndola por los parajes y puertos a España, con individual cuenta del costo hasta almacenarla». Estas pretensiones fueron realidad en el reinado de Carlos III cuando el comercio de la quina, debido al transporte desde América, su ulterior almacenamiento, la humedad y circunstancias de la travesía ultramarina, provocaron con frecuencia el deterioro del producto peruano, haciendo inservible la quina para fines medicinales. Estas razones de conservación y almacenamiento, movieron a la Corona española a centralizar el destino del fármaco en la Real Botica de Madrid, centro en el que se realizaba su examen cuidadoso bajo la vigilancia de expertos facultativos.

El transporte era lento y lleno de dificultades. Criada en los montes

peruanos de Loja, Latuna, Ama y en los de Cajanuma y Yunza entre otros, era preciso cosecharla, realizar más tarde las operaciones de secado y finalmente almacenarla en la ciudad de Malacatos. Las remesas eran conducidas al Callao, de allí a Guayaquil por vía marítima, y finalmente tras el viaje oceánico arribaba a Cádiz. El control de todas estas operaciones era muy riguroso y desde 1773 se dictan órdenes con instrucciones concretas sobre su secado y embalaje. Debían ser elegidos los árboles expuestos al sol y al aire, fuera de las humedades y parajes sombríos. Se insistía en la cuidadosa desecación, proceso fundamental para obtener quinas de buena calidad, señalando que «ni el rocío, ni otra humedad extraña las toque en el tiempo de la desecación; porque pueden padecer detrimento de su virtud y accidentes propios. Ya desecada y conservando su color y olor propios, se repondrán en paraje seco y de bastante

extensión, por obviar el inconveniente de que pueda fermentarse». Estas son algunas de las normas que figuraban en las instrucciones dictadas por Manuel González Garrido y Diego López, en Madrid, en el mes de febrero de 1773, junto a otras relativas al transporte y almacenamiento.

La calidad de la quina dependía de numerosas razones: desde la elección de las especies hasta los accidentes que pudiesen sobrevenir durante su transporte. En líneas generales la mejor calidad de la droga procedía de los cerros de la provincia de Loja, tales como Uritusinga y Cajanuma. Se consideraba de mejor calidad la corteza de quina procedente del mismo tronco del árbol, denominada «cortezón», seguían las primeras ramas, las más gruesas que salían del tronco, o «cortezoncillo». Las ramas más pequeñas constituían el «canuto» y finalmente el canutillo estaba compuesto por los renuevos.

Malaria y Quina en la España del siglo XVIII

Los estudios sobre el comercio americano de la quina coinciden en señalar la importancia de esta droga entre las especies medicinales que llegaron a España procedentes del Nuevo Mundo. Desde los clásicos trabajos de Filemón Arribas, hace medio siglo, hasta los más recientes de la historiografía farmacéutica, coinciden en afirmar la importancia cuantitativa del comercio indiano de la quina. Los fondos del Archivo General de Simancas (Valladolid) conservan, sin embargo, algunas series documentales poco exploradas que estamos sometiendo a estudio sistemático, series que completarán los estudios realizados sobre la documentación de otros archivos, como el General de Indias y el de Palacio Real de Madrid. Las referencias de Simancas comprenden, sobre todo, documentación de los años 1764 a 1798, cifras que en parte han sido conocidas a través de la catalogación de Filemón Arribas.

En líneas generales, comparando las cantidades de droga peruviana importada y los brotes de epidemias en la España ilustrada podemos afirmar un marcado paralelismo entre epidemia, comercio y consumo de quina. Es necesario someter a valoración con cierta cautela los registros de quina que llegaron a España, ya que en alguna medida las partidas anotadas por los registros oficiales no se corresponden con la realidad, debido al comercio fraudulento, especialmente al contrabando americano. A pesar del monopolio de la Corona española, el consumo de quina en Europa fue sin disputa superior a las remesas de la carrera de Indias. En este sentido, además de los registros consulares de Cádiz, para conocer el consumo deben analizarse fuentes indirectas como las boticas de hospitales, que pueden servir de estudio comparativo entre consumo y epidemias.

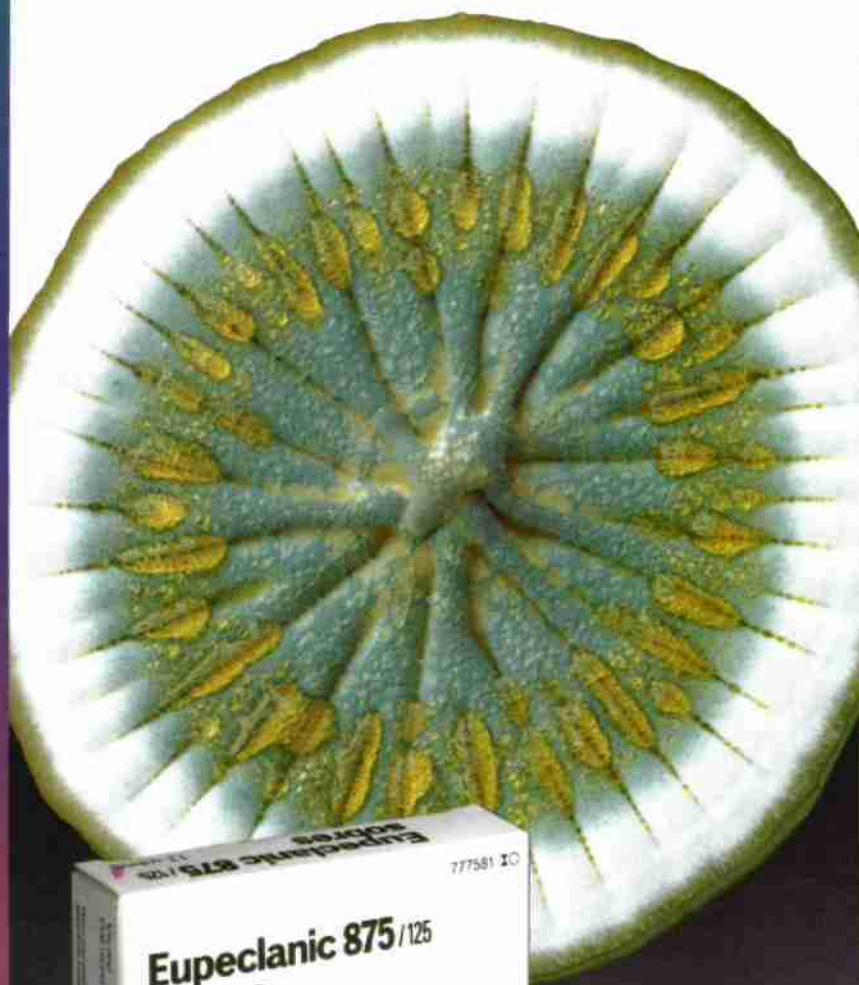
La frecuencia de fiebres tercianas y cuartanas durante el siglo XVIII, obligaron a una masiva importación de cascarilla americana que llegaba a Cádiz en



Eupeclanic 875/125 mg

Amoxicilina + Acido Clavulánico

También crecemos...



Composición cuantitativa: EUPECLANIC 875/125 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 875 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 125 mg, excipientes c.s. (sacarosa: 2,5 g por sobre). EUPECLANIC 500/125 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 500 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 125 mg, excipientes c.s. (sacarosa: 3 g por sobre). EUPECLANIC 500/125 mg comprimidos: Amoxicilina (trihidrato) 500 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 125 mg, excipiente c.s. EUPECLANIC 250/62,50 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 250 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 62,50 mg, excipientes c.s. (sacarosa: 3,3 g por sobre). EUPECLANIC 125/31,25 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 125 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 31,25 mg, excipientes c.s. (sacarosa: 3,7 g por sobre). **Propiedades:** EUPECLANIC es un antibacteriano de amplio espectro constituido por Amoxicilina (trihidrato) y Acido Clavulánico (sal potásica). La Amoxicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro, de acción bactericida frente a microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos. El Acido Clavulánico es una molécula betalactámica que de por sí tiene un bajo grado de actividad antibacteriana, radicando su actividad en la propiedad de inhibir una gran variedad de betalactamasas, bloqueándolas y transformando en sensibles a la Amoxicilina los gérmenes productores de ellas. **Indicaciones:** Tratamiento por vía oral de los procesos infecciosos producidos por gérmenes sensibles a la Amoxicilina tales como: Infecciones del aparato respiratorio, otitis media, sinusitis, faringoamigdalitis, infecciones genito-uritarias, infecciones de la piel: tejidos blandos y óseos, infecciones intra-abdominales. **Posología:** A criterio facultativo. Como pauta orientativa: **ADULTOS:** 875/125 mg cada 8-12 horas, 500/125 mg cada 8 horas. **NIÑOS:** La dosis usual es de 20 mg/kg/día, basados en el componente Amoxicilina, dividida en dosis iguales cada 8 horas. En procesos severos la dosis debe ser de 40 mg/kg/día basados en el componente de Amoxicilina, divididos en dosis iguales cada 8 horas. Como pauta orientativa se señala la siguiente: De 7 a 14 años (hasta 40 kg): 250/62,50 mg cada 8 horas. De 1 a 7 años: 125/31,25 mg cada 8 horas. De 3 meses a 1 año: 62,50/15,62 mg cada 8 horas. **Dosificación en pacientes con insuficiencia renal:** Reajustar la dosis total diaria y el ritmo de administración de EUPECLANIC de acuerdo con el siguiente esquema de dosificación: Insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina entre 10-30 ml/mm): 1 ó 2 dosis de 500/125 mg cada 12 horas. Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/mm) 1/2-1 dosis 500/125 mg cada 12 horas. A pacientes que están sometidos a diálisis se administrará adicionalmente una dosis 500/125 mg durante la diálisis. **Contraindicaciones:** Pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas o afectos de mononucleosis infecciosa. **Precauciones:** Administrar con precaución a pacientes hipersensibles a cefalosporinas o con antecedentes alérgicos medicamentosos. No se ha establecido su inocuidad durante el embarazo. **Advertencia:** Los sobres de EUPECLANIC contienen sacarosa, hecho que deberá ser tenido en cuenta por los pacientes diabéticos. **Interacciones:** Debe evitarse la administración simultánea de antibióticos bacteriostáticos por la posibilidad de que se produzca antagonismo debido a su diferente mecanismo de acción. El alupurinol incrementa la posibilidad de aparición de reacciones cutáneas. **Efectos secundarios:** Se ha descrito la aparición de náuseas, vómitos, molestias gástricas y diarreas. En el caso de aparecer trastornos gastrointestinales se recomienda administrar EUPECLANIC coincidiendo con las comidas. La incidencia de erupciones urticariales o erupciones eritematosas es escasa. Las erupciones eritematosas suelen asociarse con una mononucleosis infecciosa simultánea. El tratamiento debe suspenderse ante la aparición de cualquier tipo de erupciones. **Intoxicación y su tratamiento:** Con las dosis recomendadas no se han descrito síntomas de intoxicación. Si se produjese una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración aplicándose el tratamiento específico, adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.). **Presentación y PVP IVA3:** **Comprimidos de 500/125 mg,** envase de 12, 1.165,- Ptas. **Sobres de 875/125 mg,** envase de 12, 1.581,- Ptas. **Sobres de 500/125 mg,** caja de 12, 1.218,- Ptas. **Sobres de 250/62,50 mg,** caja de 12, 629,- Ptas., caja de 24, 1.252,- Ptas. **Sobres de 125/31,25 mg,** caja de 12, 345,- Ptas., caja de 24, 671,- Ptas. **Envases clínicos:** EUPECLANIC 500/125 mg: 500 comprimidos, EUPECLANIC 500/125 mg: 500 sobres y EUPECLANIC 250/62,5 mg: 500 sobres.



J. URIACH & CIA, S.A.
Degà Bati 59
08026 Barcelona

Las resistencias bacterianas crecen...
nosotros también



Pintura de Pla-Narbona

NICO-HEPATOCYN

Indicaciones: Alivio sintomático del estreñimiento.

Composición: Cada gragea contiene: acibar polvo 40 mg, alcachofa extracto seco 75 mg, boldo extracto seco (0,05 % boldina) 50 mg, cáscara sagrada polvo 50 mg, sacarosa 176 mg, lactosa 137 mg.

Posología: De 2 a 6 grageas diarias, durante las comidas. La dosificación se graduará en cada caso.

Contraindicaciones: Hipertensión arterial, ileostomía, dolor abdominal de origen desconocido, obstrucción intestinal, apendicitis o sus síntomas. Es necesaria una estrecha vigilancia médica en caso de insuficiencia cardíaca, hepática o renal graves.

Incompatibilidades: Puede interferir con los anticoagulantes orales, glucósidos digitálicos y otros medicamentos. Consultar al médico y espaciar su toma al menos dos horas con los citados medicamentos.

Efectos secundarios: Debido a su acción laxante, en algunos casos puede producir trastornos intestinales de naturaleza diarreica, que desaparecen al disminuir la dosis. Erupciones cutáneas, diarreas, calambres intestinales, náuseas, cansancio o debilidad, eructos o gases.

Precauciones: No utilizar más de seis días sin consultar al médico. En caso de aparecer diarreas consecuencia de una intolerancia a la lactosa que contiene este medicamento, consultar al médico.

Intoxicación y su tratamiento: En caso de sobredosis o ingestión accidental de dosis muy elevadas, pueden aparecer taquicardia, diarrea, espasmos digestivos, insomnio, confusión. Tratamiento: lavado de estómago y sintomático. Acudir a un Centro Médico.

Presentaciones: Envases de 30 (PVP IVA3 183 pts.) y 60 grageas (PVP IVA3 425 pts.).



Normalizador
de la
función
hepatobiliar

Laxante
(EFP)

J. URIACH y Cia, S.A.
Degà Bahí, 59-67
08026 Barcelona



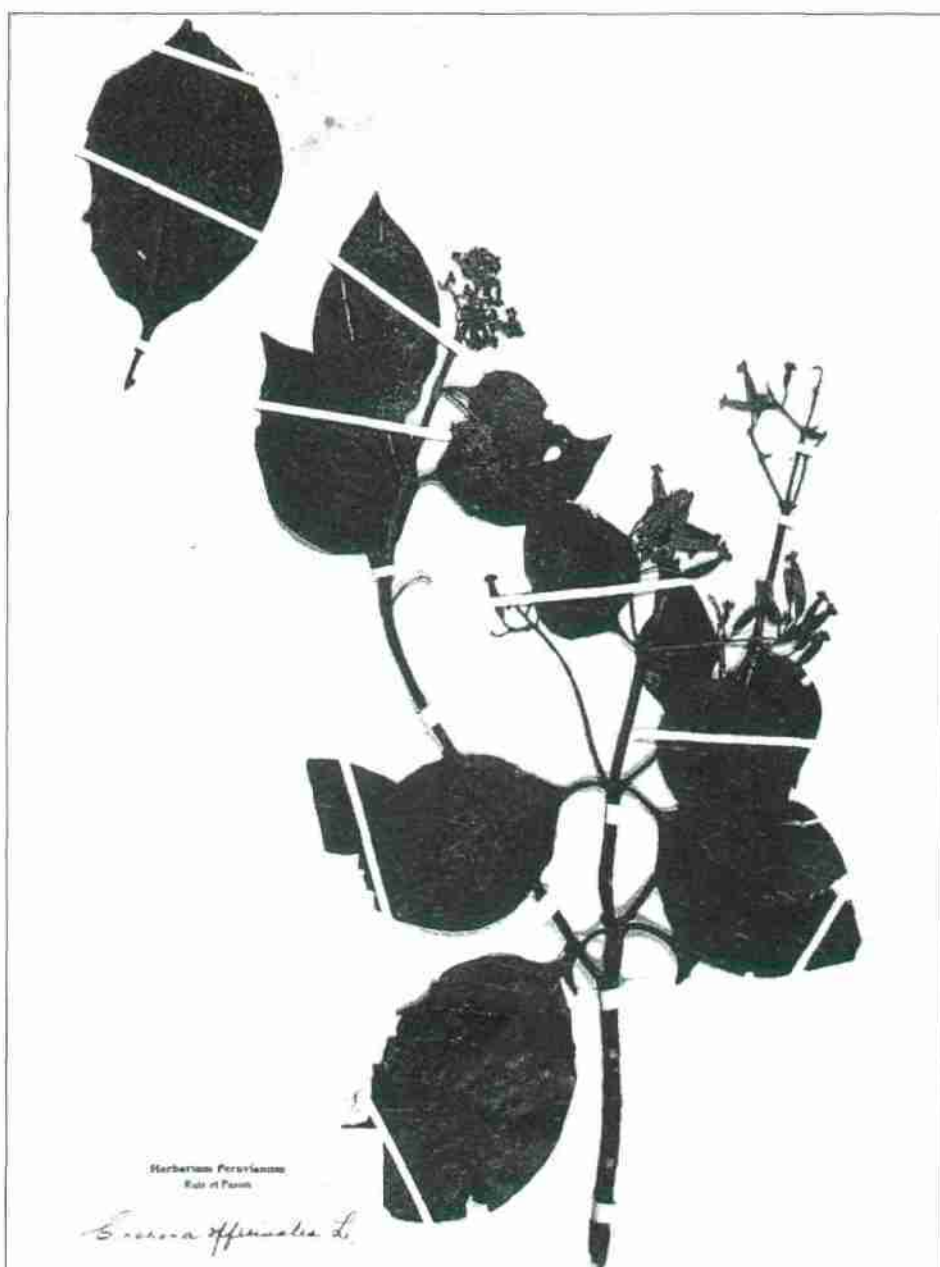
proporciones muy considerables. Las noticias y avisos de arribada de las remesas indianas son periódicas. En 1769 sabemos que llegaron al menos 2.036 arrobas; estas cifras eran superadas en los años 1772 y 1773 con más de tres mil arrobas. A lo largo de 1776 se llegaron a contabilizar hasta cuatro convoyes marítimos, el primero con 148.676 libras, el segundo con unas 350 arrobas y los dos últimos con cantidades de 6.598 y 36 cajas respectivamente. A unas cuatro mil arrobas se elevaba la cantidad registrada en Cádiz en 1778, momento del mayor brote epidémico en España. El número de remesas recibidas en 1783 fueron seis en total, con las siguientes cantidades desembarcadas en el puerto gaditano: a bordo de la fragata «Jesús» llegaron a Cádiz 7.112 arrobas de cascarilla el 14 de julio de este año; al día siguiente cien cajones arribaron con el navío «Nuestra Señora de Montserrat», y las tres últimas remesas de 1783 se correspondieron con 18.500, 20.480 y 22.730 libras respectivamente. La dispersión de las fuentes de archivo evidencia discrepancias entre las cifras obtenidas de la consulta de la Real Botica de Madrid (Archivo de Palacio) de los archivos estatales de Indias y Simancas.

Los últimos años del siglo XVIII fueron de intensa actividad comercial de la cascarilla; en 1788 superaban las veinte mil arrobas, en torno a las quince mil arrobas en 1791 y cifras superiores al cuarto de millón de libras en 1794, momento como sabemos de elevados índices de morbilidad en la guerra contra la Convención francesa en el frente pirenaico franco español. El intenso comercio, la difusión y consumo de la droga peruana, constituyen un mismo problema, cuyo conocimiento minucioso exigiría el estudio pormenorizado no sólo de los registros portuarios y de la Real Botica, sino el comercio fraudulento y su consumo tanto privado como en centros hospitalarios. La enorme demanda del fármaco determinó su distribución desde la Real Botica, que en los períodos álgidos de epidemia distribuyó a través de los Gobernadores y Obispos el auxilio de la quina entre los sectores más necesitados.

Los regalos de Quina a las Cortes extranjeras

Resulta ilustrativo el destino que la Corte madrileña dio a la cascarilla americana. La quina fue objeto de regalo a los monarcas europeos, especialmente italianos de la segunda mitad del siglo XVIII. Las referencias puntuales de la documentación de la Real Botica son abundantísimas, entre las cuales sirva de ejemplo, a la estima de la corteza peruana, los envíos realizados a las Cortes de Nápoles y Toscana. La orden

de 22 de julio de 1783 disponía que Juan Díaz, Jefe de la Real Botica, entregase como regalo 231 libras de quina a los soberanos de aquellos reinos italianos. Esta costumbre fue reiterada durante el reinado de Carlos III, monarca que a partir de 1771 hizo frecuentes regalos de la droga antipalúdica. El azote de las tercianas movían a éste a realizar envíos periódicos a partir de las 300 libras destinadas a Nápoles y Toscana. Al frente de las remesas se hallaba Cristóbal de Luna, encargado de la Real Botica. La correspondencia del Duque de Losada (21 de mayo de 1777) confirma nuestro anterior aserto: «Que el Rey acostumbra hacer a



las Cortes de Nápoles, Toscana y otros parajes, se necesitan dos cajones iguales de 100 libras de quina selecta de la existente en los almacenes de la Real Botica». Similares cantidades se destinaban a la reina de Cerdeña en 1778, incluso el Duque de Parma recibe de la Corona española frecuentes entregas, como informan los registros entre 1772 y 1782.

La relación de las entregas podría reiterarse innecesariamente, poniendo de relieve la estima que gozó la cascarilla, su enorme demanda en Europa y la valoración en las cortes europeas. Los embajadores extranjeros en España recibieron el obsequio de la quina, como los de Francia y Alemania, o los encargados de Negocios de las cortes de Berlín, como los Ministros de Portugal. Al emperador de Marruecos, en 1779 se destinaban «cajones de géneros medicinales», entre los cuales figuraba la cascarilla americana. Miguel Muzquiz, Secretario de Gracia y Justicia, ordenaba al Duque de Losada en 1777 que «se aparte en la Real Botica, una porción de quina para regalársela el Rey a la Emperatriz de Baviera». La frecuencia con que el producto se distribuía se prolongó hasta la primera década del siglo XIX, años de intensas epidemias de malaria.

La Real Botica fue una institución de primera importancia en el almacenamiento, distribución y consumo de la quina en la España ilustrada, hasta el extremo que el volumen de su tráfico comercial y sus gastos globales nos acercan al conocimiento de la realidad

epidemiológica durante esos años. A lo largo de medio siglo, entre 1759, fecha de llegada de Carlos III a España procedente de Nápoles y 1803, año de la última gran epidemia de malaria, es posible espigar los registros contables de la Real Botica. Las oscilaciones en su consumo y distribución nos informan de la acuciante demanda de los enfermos palúdicos en nuestro país. A comienzos de su reinado, en 1759, las sumas destinadas a la Real Botica eran de 52.399 reales, pero estas cantidades se multiplicaron en las décadas

siguientes. El gasto de la Real Botica en 1764 era superior a los ciento treinta mil reales, alcanzando en 1779 la cifra de 172.141 reales.

El enorme consumo de fármacos, entre los cuales figura la cascarilla, motivó alzas espectaculares en las partidas destinadas a la Real Botica. La Gran Guerra (1793-95) contra la Convención exigió destinar al frente de batalla gran cantidad de corteza de quina, llegando en 1794 a casi medio millón de reales el gasto de la Real Botica.

REGLAMENTO

Y

ARANCELES REALES

PARA

EL COMERCIO LIBRE

DE ESPAÑA

A

INDIAS

de 12. de Octubre de 1778.

MADRID.

EN LA IMPRENTA DE PEDRO MARIN.

A. H. N.
 10 MAR 1805
 Leg. 516
 424

Tercianas, Quina y Beneficencia

Sin pretender realizar una enumeración exhaustiva, es necesario referir la distribución de cascarilla en España desde la Real Botica a lo largo de las epidemias y tercianas de la segunda mitad del siglo XVIII. Las fiebres, sobre todo entre 1784-86, suscitaron de la real clemencia de Carlos III el remedio de la quina, como único antídoto capaz de curar y prevenir el azote epidémico. La Real Botica, en ocasiones, atendió las peticiones formuladas por autoridades militares, como el Capitán General de Castilla la Vieja el 7 de noviembre de 1788, momento en que persistían las tercianas en Valladolid y las restantes provincias castellanas. En el verano de este año el Conde de Floridablanca ordenaba al Marqués de Valdecaranza la entrega de «porciones de quina» a la villa de Santa María la Real de la Nieva. La correspondencia del Sumiller de Corps atestigua la intensa distribución de quina entre la población enferma de la España finisecular. La referencia, entre otras, de 29 de agosto de 1793, informa de la administración del fármaco al Gobernador de la Real Acequia de Colmenar y Jarama y tres años más tarde se repite la entrega de otra porción de cascarilla al Gobernador Vicente Pedrosa. El auxilio de la quina tuvo un alcance generalizado, afectando las regiones mediterráneas, como los envíos de corteza a Peñíscola, cuyo Gobernador suplicaba el fármaco en 1803. Semejantes eran las peticiones de socorro en la cornisa cantábrica, como la de

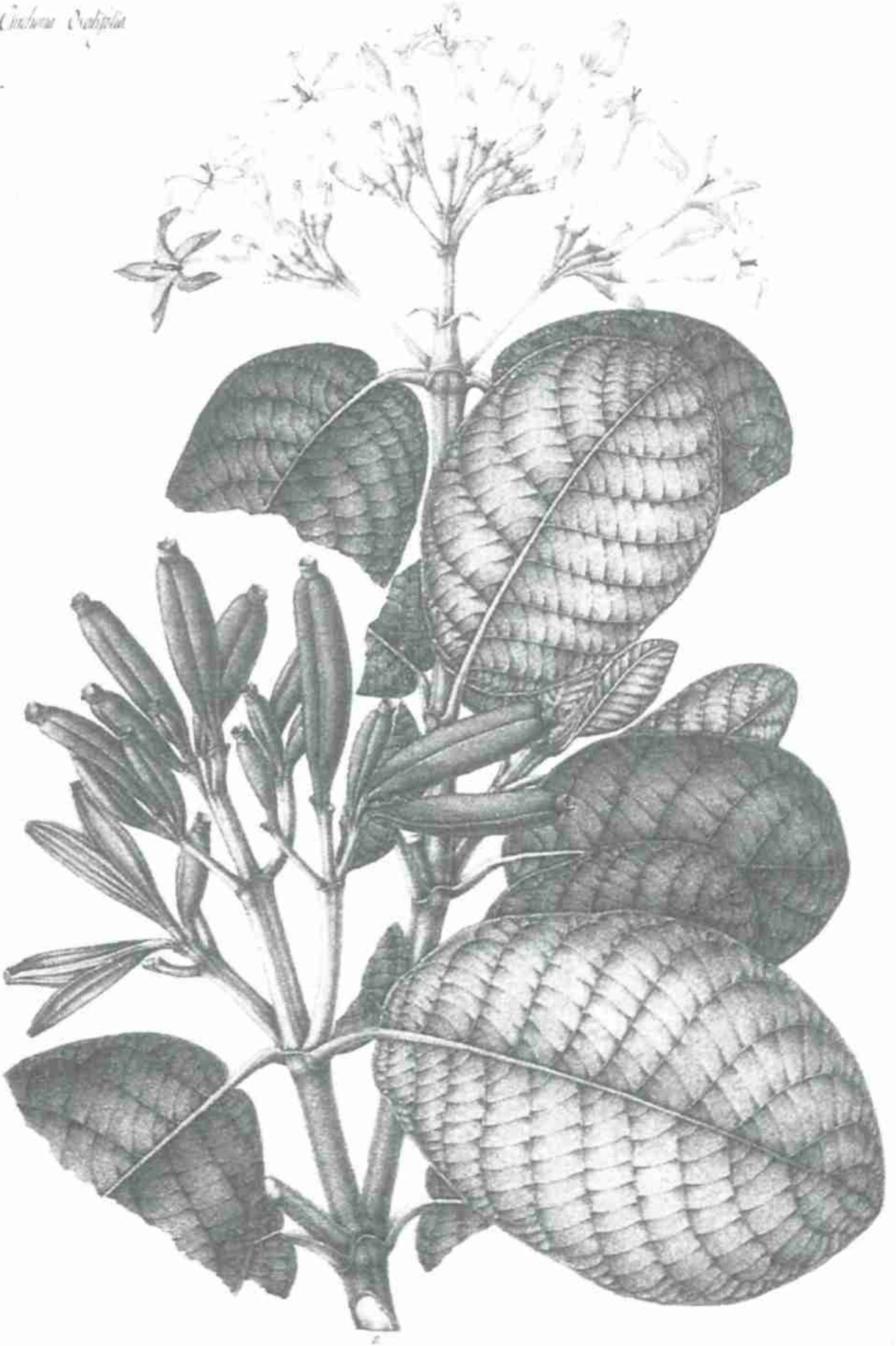
Asturias en 1805. La ciudad cántabra de Santander, ante la gravedad del contagio, solicitaba de la Corona la adquisición de quina. La Junta particular de Gobierno de esta ciudad pretendió obtener «por su justo precio dos cajas de quina para remitirla a los pueblos miserables de la montaña afectados de tercianas». Las súplicas, en ocasiones, procedían de Andalucía, del sur peninsular, siendo Granada en mayo de 1803 la ciudad que buscaba afanosamente obtener «quina de calidad», manifestando la enorme dificultad de conseguirla.

Los testimonios médicos confirman nuestro anterior aserto en palabras del facultativo sevillano Valentín González Centeno, el fármaco fue decisivo en la epidemia: «La quina hizo la principal cosa, y fue el agente más poderoso para contenerlas, pero dada en mayores cantidades que lo acostumbrado regularmente: de otra manera no obedecían». Otro médico, Pedro Pérez, residente en Guadalajara, haciéndose eco del sentir general, recordaría en una carta al Intendente de esta ciudad el 31 de enero de 1787, la gravedad de la epidemia y el empleo de la quina: «En el año 1784 principió a observarse dicha epidemia, que en el 1785 grabó casi la mitad de la villa y que en el 1786, no había perdonado y dejado casa intacta; de que inferí ser su influjo superior causante de dicha epidemia, idéntico al que se ha padecido en toda la provincia, y creo en toda Castilla (...) el crecido número de enfermos no permite la conducción de ellos a este Hospital, y ellos asimismo lo rehusan, imponiéndoles régimen metódico y suministrándoles la

cantidad correspondiente de quina para la extirpación de dichas fiebres». En este sentido las referencias sobre Guadalajara y Castilla podrían extenderse al resto de las provincias españolas. Los cuatro reinos de Andalucía, o los de Aragón, precisaron del auxilio de la quina, a través de la Real Botica para atajar el contagio. El consumo se elevaba a cantidades muy elevadas y sirvan algunas referencias como la de Guadalajara y su provincia, que precisó en escasas semanas más de sesenta libras. Los hospitales de esta ciudad alcarreña consumieron entre el 3 de octubre de 1786 y el 10 de marzo de 1787, en medio año, 145 libras de quina. La demografía histórica, según las estimaciones de Vicente Pérez Moreda, los tercianarios en España entre 1784-86 llegaron a más de novecientos mil, y debe concluirse que la quina, a razón de casi dos gramos de corteza por enfermo y día, alcanzó proporciones considerables.

En algunas ciudades andaluzas la droga se distribuyó masivamente, en el caso de Jaén, localidad de escasos miles de habitantes, que en dos meses, desde el 15 de agosto al 15 de octubre de 1786, precisó el suministro de más de seiscientas libras de corteza peruviana. Son constantes las peticiones, remesas y órdenes palaciegas dictadas para que la Real Botica auxiliase a los tercianarios con el remedio de la quina.

Las mayores porciones de quina fueron destinadas a los hospitales regentados por órdenes religiosas. Son numerosas las peticiones de quina realizadas por los Jerónimos del Real Monasterio de Madrid. Los

Cinchona pubifolia

Dos « soluciones » eficaces y prácticas

Tratamiento de la Pitiriasis versicolor

La Pitiriasis versicolor es una de las infecciones micóticas más frecuentes. De fácil contagio en playas, piscinas, duchas, etc., presenta un curso crónico, sujeto a recidivas frecuentes, creando a la vez un problema estético para el paciente.

La eficacia de BIOSELENIUM es superior a la de cualquier otro fármaco, con la ventaja de que su aplicación resulta fácil y cómoda, lo que facilita la continuidad del tratamiento establecido.

- **Acción antimicótica específica.**
- **Actúa en superficie y en profundidad.**

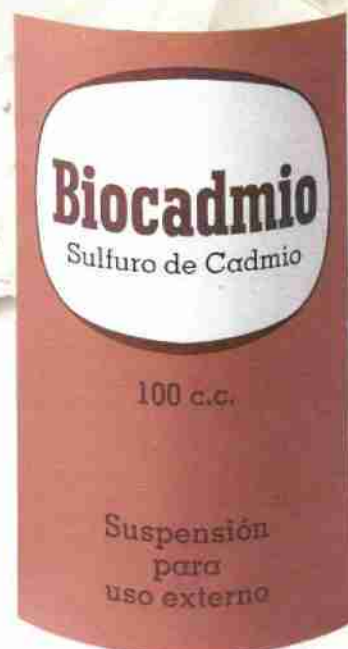
Tratamiento de la Dermatitis seborreica: pitiriasis seca y esteatoides

La dermatitis seborreica es un proceso crónico inflamatorio que afecta al cuero cabelludo y se propaga hacia la frente, orejas, regiones postauriculares y cuello. Presenta abundante descamación seca, fina y escamosa (caspa), con tendencia a la caída del cabello en las zonas afectadas, siendo una de las principales causas de alopecia.

La eficacia de BIOCADMIO se manifiesta tras las primeras aplicaciones, frenando la hipersecreción oleosa y el prurito acompañante.

El tratamiento es fácil, cómodo y agradable, dejando el cabello normal, no untoso, limpio, con buen olor y aspecto agradable.

- **Normaliza la función de las glándulas sebáceas.**
- **Reduce la exfoliación queratínica.**
- **Suprime el prurito y la caspa común.**



INDICACIONES

Bioselenium: Pitiriasis versicolor, dermatosis pitiriasiformes, pruriginosas, escamosas o escamo-costrosas del cuero cabelludo.

Biocadmio: Dermatitis seborreica seca y descamativa. Control de la alopecia secundaria a la dermatitis seborreica acompañante o predisponente.

POSOLOGIA

Dejar actuar el preparado sobre la zona afectada durante unos 20 minutos, a modo de lavado. Repetir esta operación varios días consecutivos. Para el tratamiento de la Pitiriasis versicolor resulta también eficaz dejar actuar Bioselenium toda la noche, duchándose la mañana siguiente y repitiendo cada 3-7 días.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES

No se conocen. En contacto con la mucosa ocular pueden resultar irritantes.

INTOXICACION Y TRATAMIENTO

En caso de intoxicación accidental puede aparecer anorexia, vómitos y anemia. Tratamiento: lavado de estómago por aspiración y lavado con purgante salino.

PRESENTACIONES Y COMPOSICIONES

Bioselenium

Frascos de 100 y 35 cc con sulfuro de selenio al 2,5% en vehículo detergente.

PVP IVA 297,- y 218,- Ptas.

Biocadmio

Frascos de 100 y 35 cc con sulfuro de cadmio al 1% en vehículo detergente.

PVP IVA 228,- y 150,- Ptas.



J. URIACH & Cia., S.A.
Degà Bati 59-67 - 08026 Barcelona

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.

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

POSOLOGIA 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. Ulcus 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.

INTOXICACION 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).

PRESENTACION Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes.

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

DISSENY: JOAN MARQUES BACH, SL

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



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

Hospitales General y de la Pasión, en la Corte, recibieron entre 1771 a 1801 periódicas entregas de cascarilla. Conocemos el destino de 16 arrobas de quina en 1776 para estos Hospitales reales, peticiones en las que intervino el médico de Cámara, Muzio Zona.

Los hospitales recibieron durante el reinado de Carlos III el auxilio de la quina, al menos en diversas entregas desde 1776 a 1800. Sobrepasado el Siglo de las Luces, el Consejo de Castilla, por razones de salud pública, y ante la gravedad de las tercianas, dispuso se destinasen varias arrobas de quina a los tercianarios de Lorca, Mazarrón y Caravaca. Las plazas norteafricanas a la sazón españolas como Argel y Ceuta, incluso la ciudad de Túnez, se beneficiaron del auxilio.

Las epidemias y el comercio americano de la quina, su distribución y consumo en España a lo largo del siglo XVIII, en estrecha relación con la opinión generalizada de los médicos, constituyen un capítulo de enorme interés para conocer la comunicación entre el Nuevo Mundo y la Corona española, fruto sin disputa de los progresos médicos, pero también del mejor conocimiento de la realidad americana y una más racional organización del comercio ultramarino.

Las noticias dispersas de las localidades, instituciones religiosas y hospitales, solicitando quina, o las referencias al envío puntual de la droga, subrayan la generalidad del consumo, la enorme demanda fruto del intenso comercio americano. A lo largo de la

región manchega fueron numerosas las peticiones, entre poblaciones como San Clemente, la villa de Yepes o localidades como Valdemoro y Villacañas entre otras.

La magnitud del problema afectó, se ha dicho, a la España mediterránea, incluso los hospitales de Zaragoza y Huesca en el Reino de Aragón obtuvieron el beneficio del remedio antipalúdico. Semejantes consideraciones merecen los hospitales navarros, como el de Nuestra Señora de Gracia de Viana. En el antiguo Reino de Valencia, la quina llegaba a través de prelados y órdenes religiosas preferentemente, entre otros el Convento de Santa María o el de Jerusalén.

Es significativo el «memorial» del Conde de Mora al Duque de Losada, de 22 de noviembre de 1777, cuando puntualiza «el enorme gasto que han tenido los Hospitales de quina». Las remesas eran previamente sometidas a valoración y ensayo clínico para determinar su pureza y calidad. Los hospitales y conventos gozaron del auxilio real, como los religiosos del Corpus Christi o el Convento de San Francisco el Grande, que se abastecían de la Real Bótica. Las instituciones benéficas y asistenciales españolas, merced a la protección de Carlos III y Carlos IV, recibieron el remedio de la quina en cifras estimables, que distribuyeron autoridades eclesiásticas y gubernativas. Las peticiones de quina se reiteran a lo largo de las dos últimas décadas del siglo XVIII, entre otros, por el Hospital de San Lorenzo o el Monasterio del Paular, Ordenes religiosas como los Capuchinos de Salamanca y

Franciscanos Descalzos de Cebreros (provincia de Avila) o numerosos lugares del Obispado de Segovia recibieron «limosnas» de quina de diversa consideración. Algunas localidades castellanas como Medina del Campo elevaron peticiones en favor del socorro de la quina ante las epidemias a comienzos del siglo XIX.

Quina y
Malaria
en la
España
del siglo XVIII

Quina y Malaria en la España del siglo XVIII

Bibliografía

ALEGRE PÉREZ, M^a Ester: «La Real Botica y las Especies americanas (siglo XVIII)». *Boletín de la Soc. Esp. de Hist. de la Farm.* XXXV (1984): 225-243.

ALONSO CORTÉS FERNÁNDEZ, I.N.: «Algunos datos para la Historia de la Quina recogidos en el Archivo General de Simancas». *Rev. Sanidad e Higiene Públicas.* XVII (1943): 1-29.

ANDRÉS TURRION, M^a Luisa: «Datos sobre el aprovisionamiento de quina para la Real Hacienda española y algunas incidencias». *Primeras Jornadas de Historia de la Medicina hispanoamericana.* (Cádiz, 1983, pp. 151-161).

ARRIBAS ARRANZ, Filemón: «Papeles sobre la Introducción y distribución de la Quina en España». Valladolid, 1937.

DANÓN BRETOS, José: «Los Hospitales en la Guerra del Rosellón». *Medicina e Historia.* 2^a época, 1975 (49).

CAVANILLES, Antonio José: «Observaciones sobre la Historia Natural, Geografía, Agricultura, Población y Frutos del Reyno de Valencia». Madrid, 1795-97; 2 vols.

FOLCH ANDREU, Rafael: «Contribución al estudio histórico de la quina en España». *Revista de la Universidad de Madrid* (Sec. Farmacia), 1941 (4): 600-84.

FOLCH JOU, G.K. y HERRERO HINOJO, P.: «Contribución de los españoles al conocimiento y divulgación de la materia médica americana». *Actas del XV Cong. Inter. Hist. Med.* Madrid, 1956: 173-181.

FRANCÉS, Carmen (y col.): «Le Quinquina; son commerce et son emploi en Espagne au cours de l'histoire», en «*Le Pianta medicinali e il loro impiego in farmacia nel corso dei secoli.* Atti del Congresso di Piacenza». Piacenza, 1988, pp. 51-58.

GRANJEL, Luis S.: «*La Medicina Española del Siglo XVIII*». Salamanca, 1979.

GREDILLA, Federico A.: «*Jardín Botánico de Madrid. Su origen,*

importancia científica y relaciones internacionales.» Madrid, 1911.

GREDILLA, Federico A.: «*Biografía de José Celestino Mutis con la relación de su viaje y estudios practicados en el Nuevo Reino de Granada.*» Madrid, 1911.

GUERRA, Francisco: «*Historiografía de la Medicina colonial Hispanoamericana.*» México, 1953.

GUERRA, Francisco: «El descubrimiento de la Quina». *Medicina e Historia* (2^a Época), 1977 (69).

GUERRA, Francisco: «The introduction of Cinchona in the treatment of Malaria». *J. Trop. Med. Hyg.* (80) 1977: 112-118 y 135-40.

JARAMILLO ARANGO, Jaime: «Relación histórica del viaje que hizo a los Reynos del Perú y Chile el botánico don Hipólito Ruiz en el año 1777 hasta el de 1778, en cuya época regresó a Madrid». Madrid, 1952.

JARAMILLO ARANGO, Jaime: «Estudio crítico acerca de la historia de la Quina». *An. Soc. Peruana Hist. de la Med.* 1948-49(10):31-38.

JARAMILLO ARANGO, Jaime: «Answer to query, what is the connection of the Countess Anna de Chinchon and the cinchona bark». *Journal of the Hist. of Med. and Alies Sciences* 1948, III: 547-49.

JARAMILLO ARANGO, Jaime: «A critical review of the basic facts in the History of Cinchona». *J. Linnean Soc. Bot.* 1949, (53): 272-309.

JARAMILLO ARANGO, Jaime: «Estudio crítico acerca de los hechos básicos en la historia de la quina». *Revista de la Real Academia de Ciencias.* 1949, (43): 1-61.

PAZ SOLDAN, C.E.: «*La introducción de la Quina en Terapéutica*» México, 1941.

RIERA, Juan: «*Medicina y Ciencia en la España Ilustrada. Epistolario y Documentos.*» Valladolid, 1981.

RIERA, Juan: «*Estudios y Documentos sobre Arroz y Paludismo en Valencia (siglo XVIII).*» Valladolid, 1983.

RIERA, Juan: «*Epidemias y paludismo en la España Ilustrada (Félix Ibáñez y la*

epidemia de la Alcarria. 1784-1792).» Valladolid, 1984.

RIERA, Juan: «La polémica terapéutica de la opiata de José Masdevall y las epidemias en España a finales del siglo XVIII». *Congreso Inter. Hist. Farm.* Granada, 1985, pp: 125-126.

RIERA, Juan: «Los comienzos de la sanidad ilustrada en Castilla». *Revista de Salud Pública de Castilla y León.* 1986; 1 (1) 83-86.

RIERA, Juan: «Masdevall y la Epidemia de Cataluña de 1783». *Jano.* 1986 (746): 30-36.

RIERA, Juan: «Epidemiología y tercianas en Tierra de Campos». *Actas del I Congreso de Historia de Palencia.* Palencia, 1987 III: 671-678;

RIERA, Juan: «La reforma sanitaria en la España Ilustrada. Los hospitales militares». *Minutos Menarini.* 1987, (151): 4-8.

RIERA, Juan: «*La inoculación de la viruela en la España Ilustrada.*» Valladolid, 1987.

RIERA, Juan: «Spanish Agriculture and Malaria in the 18th. Century». *History and Philosophy of Science.* 1988, 10: 343-362.

RIERA, Juan: «Quina in Spain in the XVIII th. Century». *Le piante medicinali e il loro impiego in farmacia nel corso dei secoli.* Atti del Congresso di Piacenza. (Piacenza, 1988), pp: 184-187.

RIERA, Juan: «*Epidemias y Paludismo en la Ribera del Júcar. Una Topografía Médica del siglo XVIII.*» Valladolid, 1988.

RIERA, Juan: «*Ciencia, Medicina y Sociedad en la España Ilustrada.*» Valladolid, 1990.

VALVERDE LÓPEZ, José Luis: «*Bibliografía Española de Historia de la Farmacia.*» Granada, 1971.

VALVERDE LÓPEZ, José Luis: «*Documentos médico-farmacéuticos conservados en los Archivos de Sevilla.*» Salamanca, 1971.

VALVERDE LÓPEZ, José Luis: «*Catálogo documental de interés histórico-farmacéutico conservados en el Archivo General de Simancas.*» Granada, 1976.

NOTI CIAS M&H

Recensiones

CAMPILLO, Domingo. *Paleopatología. Los primeros vestigios de la enfermedad. Primera parte.* Barcelona, Fundación Uriach, 1993; 167 p. ils. Colección Histórica de Ciencias de la Salud, 4. ISBN.: 84-87452-15-9

El día 21 del pasado mes de febrero, tuvo lugar la presentación de este libro -prologado por el profesor Francesc Bujosa Homar- que forma parte de la Colección Histórica de Ciencias de la Salud de la Fundación Uriach.

El acto, desarrollado en la sede del Museo Arqueológico de Barcelona, fue presidido por el profesor Josep Laporte,

Comisionado de Universidades de la Generalitat de Cataluña, quien glosando la trayectoria profesional y académica del autor, resaltó el extraordinario interés de la obra que se presentaba.

Constituye, este libro, la primera parte del único tratado de Paleopatología editado en España -la segunda parte corresponderá al nº 5 de la misma Colección- dirigido específicamente al profesional de la medicina con el fin de dar a conocer una especialidad médica, poniendo en evidencia los avances conseguidos en los últimos años y sus posibilidades futuras.

Dado que, en palabras de Laín Entralgo, «desde su aparición sobre la tierra ha sido *historia* la vida del hombre y las culturas que, con notoria impropiedad también, suelen recibir el nombre de *primitivas*», Domingo Campillo se hace eco de que la Paleopatología sigue siendo la gran ignorada para la gran mayoría de los historiadores de la medicina de nuestro país, hasta el punto de no constar, como tal, ni en nuestros diccionarios más habituales.

A lo largo de sus páginas, profusamente ilustradas a todo color con gráficas, dibujos, fotografías y radiografías, en su mayor parte originales del propio autor, Campillo analiza las fuentes de estudio y metodología, malformaciones y afecciones congénitas, enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores, paleotraumatología, patología osteoarticular y osteopatías metabólicas, enunciando los capítulos que conformarán la segunda parte.



RIERA, Juan. *Ordenanzas y asientos de Hospitales Militares en España (siglo XVIII).* Valladolid, Secretariado de Publ. de la Universidad, 1992; 120 p. Acta Histórico-médica Vallisoletana, XXXVI. Monografías. ISBN.: 84-7762-278-7

En los comienzos del siglo XVIII, tanto la armada como el ejército son protagonistas de una importante reorganización hospitalaria que tratará de mejorar la asistencia sanitaria de las tropas combatientes,

Con la entronización de la monarquía borbónica, pronto se regulará -aquella- por Ordenanzas, Instrucciones o Reglamentos que, iniciados en 1708, atenderán junto a las misiones propias de los hospitales militares, una función docente para con sus médicos, cirujanos y farmacéuticos.

Paralelamente y como consecuencia de la guerra de Sucesión contra la antigua Corona de Aragón, surgieron los primeros «asientos» hospitalarios debidos a motivaciones asistenciales y económicas y que pronto se extenderían por toda la geografía española.

CALBET I CAMARASA, Josep Maria; VALLRIBERA I PUIG, Pere. *Medicina i societat a l'Espluga de Francolí.* Barcelona, Seminari Pere Mata, 1990 (*Gimbernat XI*, 1989); 257 p., 6 h. ISBN.: 84-7665-635-1

En base a fuentes documentales procedentes de archivos parroquiales y referidas a bautismos, matrimonios y defunciones, se realiza un estudio concretado en la población tarraconense de la Espluga de Francolí, en el que se pone de manifiesto las relaciones y dependencias entre natalidad y mortalidad -la demografía histórica- a la vez que se estudian aspectos económicos, antropológicos, político-sociales y sanitarios de la época.

XXV PREMIO URIACH DE HISTORIA DE LA MEDICINA

En su deseo de impulsar los estudios sobre el pasado de las Ciencias Médicas, el Laboratorio «J. Uriach & Cía., S. A.» tiene establecido un Premio anual que se adjudica a la mejor monografía que, a juicio de un Jurado, trate de un tema de Historia de la Medicina.

La concesión de dicho Premio se ajustará a las siguientes

B A S E S

1. El XXV Premio Uriach de Historia de la Medicina correspondiente a 1994, está dotado con 250.000 pesetas, pudiendo optar a él todos los médicos españoles residentes en España, incluyéndose en esta consideración a aquellos licenciados que terminen sus estudios en alguna de las convocatorias del presente año académico de 1993 a 1994.
2. Las monografías que opten al Premio deberán tratar un tema de Historia de la Medicina, no siendo admitidas las que en el momento de la adjudicación hayan sido publicadas, total o parcialmente, así como tampoco aquellas otras que hayan sido presentadas a otros concursos.
3. Deberán presentarse escritas a máquina a doble espacio, por una sola cara, con un máximo de 30 hojas tamaño DIN A4, incluyendo referencias documentales o bibliográficas, además de iconografía complementaria.
4. Los originales serán remitidos a este Laboratorio hasta el día 15 de octubre de 1994, bajo el sistema de «lema y plica», siendo rechazados aquellos cuyo texto pueda identificar al autor.
5. El XXV Premio URIACH de Historia de la Medicina será otorgado por un Jurado designado al efecto y su fallo se hará público durante el mes de diciembre de 1994.
6. La monografía premiada quedará propiedad del Laboratorio «J. Uriach & Cía. S.A.» el cual, de acuerdo con las recomendaciones del Jurado, podrá publicarla en su revista «Medicina e Historia».
7. Tras la adjudicación del Premio, el secretario del Jurado procederá a la apertura de la plica correspondiente a la monografía premiada y a la destrucción de las no premiadas, por cuyo motivo no podrá ser devuelto ningún original.
8. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de las Bases de esta convocatoria.

Barcelona, enero de 1994

Toda la correspondencia relacionada con esta Convocatoria será dirigida a: Centro de Documentación de Historia de la Medicina. J. Uriach & Cía., S. A., calle Degà Bahí, 59, 08026 Barcelona.

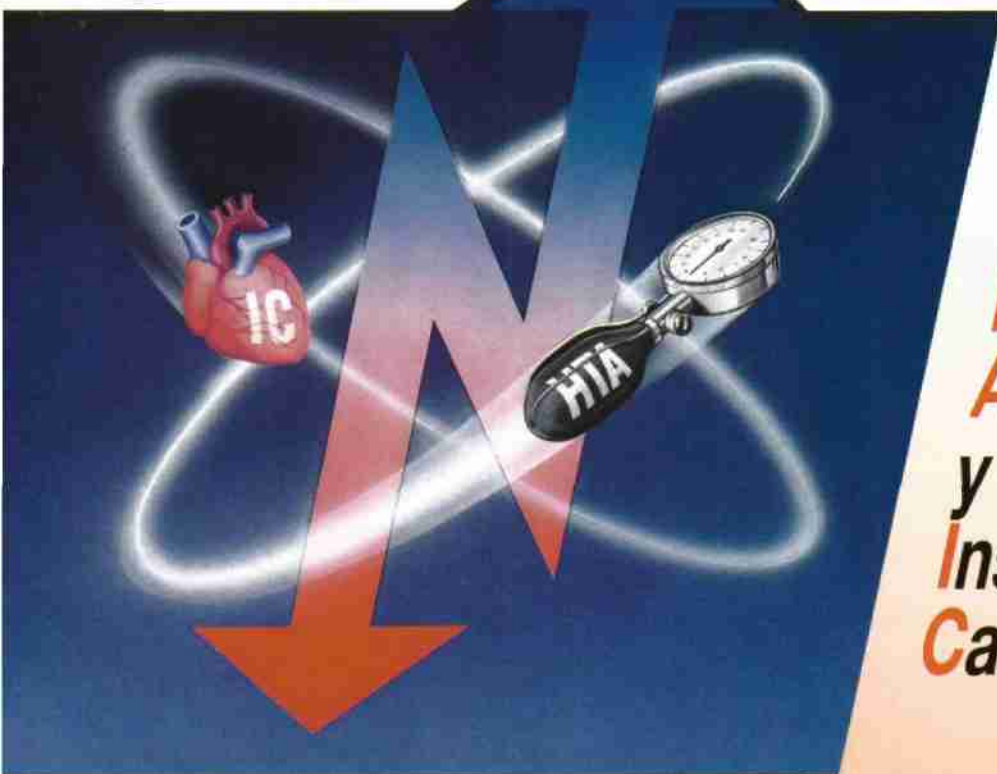


J. URIACH & C^{IA} S.A.

Crinoren

20 mg

Maleato de enalapril



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



J. URIACH & CIA, S.A.
Degà del Baix 59
08026 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 sulfhidrilo. **INDICACIONES:** Todos los grados de hipertensión esencial, hipertensión renovascular e insuficiencia cardíaca congestiva. **POSOLÓGIA:** 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 tomas. Esta dosis debe ajustarse según las necesidades del paciente. Hasta la fecha, la máxima dosis estudiada en el hombre es de 80 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 estén siendo tratados con diuréticos, el tratamiento diurético debe suspenderse 2-3 días antes del comienzo de CRINOREN. Si no fuese posible, la dosis inicial de CRINOREN debe ser baja (2,5 a 5 mg). **Insuficiencia renal:** Generalmente, los intervalos de dosificación de enalapril deben prolongarse, o bien disminuir la dosis. Las dosis iniciales recomendadas son las siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 80 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 (2,5 mg los días de diálisis). Enalapril es dializable. 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 alcanzarse por incrementos graduales tras la dosis inicial y puede llevarse a cabo en un periodo de 2 a 4 semanas o más rápidamente, si la presencia de signos y síntomas residuales de insuficiencia cardíaca así lo indican. Antes y después 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 Sintomática:** 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 grados más severos de insuficiencia cardíaca. Si se desarrollase hipotensión, debe colocarse al paciente en posición supina pudiendo ser necesario administrarle 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 hiciera 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 solitario, 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. Algunos pacientes hipertensos con aparente ausencia de enfermedad renal previa, han desarrollado incrementos mínimos y generalmente transitorios, en la urea y creatinina séricas 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/Anestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o durante la anestesia con agentes que producen hipotensión, enalapril bloquea la formación de angiotensina II secundaria a la liberación compensadora de renina. Si apareciera hipotensión y se considerase secundaria a este mecanismo, puede ser corregida 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 diuréticos ahorradores de potasio concomitantes. **Empleo en el embarazo y Madres 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, bajo peso al nacer y descenso 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 no se recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden producirse elevaciones significativas del potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINOREN ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente descritos fueron sensación de inestabilidad y cefalea. En el 2-3% de los pacientes se describieron fatigabilidad y astenia. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, síncope, náuseas, diarrea, calambres musculares, erupción cutánea y tos seca persistente. En casos individuales se ha descrito edema agoréurico, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe (ver Precauciones). En estos casos debe suspenderse CRINOREN e instaurar inmediatamente las medidas terapéuticas adecuadas. Raramente se observaron alteraciones en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINOREN, que fuesen 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, ligeras disminuciones de la hemoglobina, hematocrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de enzimas hepáticas, pero no se ha establecido una relación causal con CRINOREN. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Existen datos limitados respecto a la sobredosificación. 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 2.204.-Pías. y de 10 comprimidos, PVP IVA3 367.-Pías. CRINOREN 20 mg. Envase de 28 comprimidos, PVP IVA3 3.693.-Pías. Envases Clínicos: CRINOREN 5 mg. 500 comprimidos (dosis unitaria); CRINOREN 20 mg. 500 comprimidos (dosis unitaria).

Disgren

Triflusal

Bloquea el proceso trombótico

Dibujos de J. Uriach

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 triflusal (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.

Posología:

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 500 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 inocuidad en el embarazo.

Efectos secundarios:

En raros 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 1.800 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 & Cía, S.A.
Decano Bahr, 59
08026 Barcelona