

# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACIONES MEDICAS BIOHORM—SECCIÓN: MEDICINA E HISTORIA

Director: Dr. Manuel Carreras Roca. D. L.: 42.169-75

Consejo de redacción: Dr. Agustín Albarracín—Dr. Juan Bosch Millares—Dr. Leopoldo Cortejozo—Prof. P. Laín Entralgo—  
Prof. Luis S. Granjel—Prof. J. López Ibor—Prof. José M. López Piñero—Dr. Esteban Padrós—Dr. Silverio Palafox—  
Prof. Diego Ferrer de la Riva—Prof. Juan Riera—Prof. J. Ruf Carballo—Prof. Ramón Sarró Burbano—  
Prof. Manuel Usandizaga—Secretario de Redacción: Dr. José Danón Bretos

n.º 71 Septiembre 1977 - Barcelona - (Segunda Época)

# Eupen

Amoxicilina Uriach



Es el antibiótico de primera elección  
en la práctica diaria porque reúne  
las 6 condiciones exigibles al antibiótico ideal

1. Elevada actividad
2. Escasa toxicidad
3. Elevados y duraderos niveles
4. Absorción oral no  
interferida por los alimentos
5. Posología cómoda y fácil
6. Bajo coste



Vea más información en contraportada

# flutenal

para cualquier edad, indicación o proceso dérmico

## flutenal

crema y pomada

El corticoide dérmico de acción depot con elevada actividad antiinflamatoria, antiprurítica y antialérgica.



**Composición:**

Fluprednolida 0,3 %, en vehículo hidrodifundible cremal y base pomada. **Presentaciones:** Flutenal crema, tubos de 30 g (447 Ptas.) Flutenal pomada, tubos de 30 g (452 Ptas.)

## flutenal gentamicina

crema y pomada

Tratamiento de los procesos dérmicos agudos o crónicos con infección secundaria.



**Composición:**

Fluprednolida 0,3 % y Gentamicina 0,1 % (bomba sulfata), en vehículo hidrodifundible cremal y base pomada. **Presentaciones:** Flutenal/Gentamicina crema, tubos de 30 g (482 Ptas.) y 15 g (256,70 Ptas.) Flutenal/Gentamicina pomada, tubos de 30 g (487,50 Ptas.) y 15 g (257,80 Ptas.)

## flutenal loción

pediátrico y fuerte (adultos)

El tratamiento de elección de las dermatopatías extensas o en zonas pilosas o visibles.



**Composición:**

Fluprednolida 0,3 % (fuente) o 0,15 % (Pedikars 21) en vehículo hidrodifundible. **Presentaciones:** Flutenal fuerte loción, frascos de 30 c.c. (443 Ptas.) Flutenal/Pedikars loción, frascos de 30 c.c. (241 Ptas.)

**Posología:**

En general, dos aplicaciones al día. Conviene, si es posible, las sucesivas aplicaciones hacerlas como terapéutica de mantenimiento, hasta alcanzar la curación completa.

**Contraindicaciones y acciones secundarias:**

Las pruebas de todo corticoide, reducidas al mínimo. Flutenal no produce efectos secundarios generales ni locales, incluso en tratamientos de grandes zonas corporales durante largos períodos de tiempo.



J. URIACH & C. S. A.  
Bruch 49 - Barcelona 9

# MEDICINA & HISTORIA

REVISTA DE ESTUDIOS HISTÓRICO-INFORMATIVOS DE LA MEDICINA

Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía. S. A.

Barcelona, septiembre de 1977

## EDITORIAL

### LA INVESTIGACIÓN Y OTRAS MEDITACIONES

En la vorágine de la vida moderna, solitario en su laboratorio, abandonado a su suerte, el investigador científico es un franco tirador en el seno de una sociedad indiferente, un raro espécimen a extinguir, un bicho raro, en una palabra. El trabajo puramente intelectual, menospreciado al no aportar inmediatas ventajas materiales, margina al investigador de una sociedad donde todo se mide según el dinero que se obtenga. Las pseudofilantrópicas instituciones de renombre que patrocinan algunas ramas de la investigación, las más de las veces, piensan más en su provecho propio que en el de la ciencia e, incluso otras veces, pretendidos generosos mecenas no son más que una ladina forma de evadir impuestos. Y por si fuera poco su nefasto alcance, algunas de estas instituciones contratan a privilegiados cerebros de la investigación con la sola finalidad de que no caigan en manos de la competencia. Y siempre, en estos rutilantes centros de investigación, no es la ciencia quien reluce sino el airado nombre del mecenas que los patrocina. Por fortuna, la situación del investigador en Europa no alcanza los límites aberrantes del planteamiento de la investigación americana. Por contra, el investigador europeo tiene menos posibilidades de hallazgos que su colega de ultramar (y no decimos americano pues muchas veces es europeo) pues, constreñido a resolver su vida diaria, muchas veces difícil, no puede dedicar todo el tiempo que quisiera a su vocación investigadora.

Estamos, pues, ante un fenómeno cuya resolución competaría, y en forma urgente, a los distintos gobiernos. Téngase en cuenta que no existen estímulos de ninguna especie para el investigador europeo. Piénsese que gran número de investigadores médicos se malogran por falta de una ayuda adecuada. Piénsese que estos investigadores que dedican sus anhelos y alicios al

## SUMARIO

Pág. 3

Editorial.

XXVII Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Barcelona, 1980.

Pág. 1/XVI

Primer tratado español de enfermedades del aparato digestivo.

Bartolomé Robert y Emerenciano Roig y Bofill (Madrid, 1889)

por

A. Gallart Esquerdo.

Pág. 29

Consultorio.

Notas Bibliográficas.

Pág. 30

Obras ingresadas en nuestra biblioteca. Efemérides.

progreso de la ciencia, es decir, a contribuir al bienestar del hombre, no disponen de colaboradores porque los jóvenes se resisten a emprender un camino sin horizontes.

Téngase en cuenta lo escaso y hasta mezquino de remuneraciones y becas a la investigación y piénsese en el desinterés de los organismos oficiales. Y piénsese, por último, en el sombrío panorama que aguarda a nuestros hijos y nietos ante esta indiferencia de la sociedad por la investigación. Piénsese que la crisis de nuestra sociedad actual es sólo un tímido anticipo de lo que está por venir. Téngase en cuenta que la población europea decrece hoy alarmantemente y piénsese que todo —la industria, el urbanismo, la racionalización del trabajo— está orientado según un desarrollo crecientemente ¿Qué ocurrirá dentro de veinte años? ¿Qué tendrán que hacer los fabricantes de bienes de consumo con su desarrollada tecnología establecida para producir más y más, cuando sus clientes son menos y menos cada vez?

M. CARRERAS ROCA

XXVII CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA. BARCELONA, 1980

El pasado mes de junio tuvo lugar, en París, la reunión anual reglamentaria de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina bajo la presidencia accidental del profesor Sondervorst, de Lovaina, por enfermedad del doctor Fortier, de Quebec. Asistieron representaciones de Alemania Federal, Bélgica, Bulgaria, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Suiza, Turquía, Venezuela y Yugoslavia excusándose, además de Canadá, Austria, Hungría, Rumanía, Egipto y Siria.

Bajo un tradicional orden del día, dirigido por el secretario general, profesor Dulieu, se dio cuenta del estado económico de la Sociedad; relación de defunciones y admisión de nuevos miembros; estado de publicación de las actas de los Congresos de 1974. Bu-

(sigue)

# 71

MSH

(Segunda época)



dapest, y de 1976, Quebec, ambas de próxima aparición a la vez que, glorioso este último, se hicieron varias manifestaciones en torno a los congresistas y a la irregular calidad de las comunicaciones presentadas, desechándose la tesis de quienes proponían una selección previa, pues se recordó la misión de extender la historia de la medicina al mayor número posible de investigadores, a la par que fomentar las relaciones internacionales.

La doctora Vera Pavlova expuso el estado de la organización del Congreso del año próximo en Plovdiv, la antigua Filípópolis romana, ciudad preferida sobre la capital por disponer, aquella, de un mejor conjunto hotelero, pese a las molestias de un obligado trasbordo aéreo en Sofía. El profesor Dulieu, por su parte, confirmó la excelencia de las carreteras búlgaras para quienes utilizan medios de transporte propios, alejando los temores de posibles dificultades idiomáticas dado que una gran parte de la población habla, o comprende, el francés.

No voy a insistir en los temas propuestos, ya comentados: anteriormente desde estas páginas, pero sí haré hincapié en la importancia de uno de ellos, el que tratará de la historia de la Historia de la Medicina, a través del cual se pretende conocer el estado de tal enseñanza en el mundo.

Parte importante del orden del día era la presentación de candidatura para el Congreso de 1980. A la de Düsseldorf, conocida desde hacía meses, añadimos la de Barcelona: puestas a votación, venció la candidatura alemana por nueve votos, por ocho la española, con una abstención y un voto en blanco pese a lo cual el profesor Hans Schädewaldt, decano de la Facultad de Medicina de Düsseldorf, en un gesto que realmente hay que destacar retiró su candidatura ya que previamente había anunciado su voto en favor de Barcelona, ciudad que quedó oficialmente en cargada de la organización del XXVII Congreso Internacional de 1980 a celebrarse, probablemente, durante la primera semana de septiembre.

Haciendo un poco de historia conviene recordar que tras unos primeros intentos iniciados por Tricot-Royer, en 1914, pero interrumpidos por la primera guerra mundial, el mismo convocó en 1920, en Amberes, a todos los que habían participado en la idea de crear una Sociedad Internacional, con éxito rotundo. Unos meses después, y reunido un segundo Congreso en París, en 1921, quedaba definitivamente constituida, tomando como misión el estudio de todas las cuestiones relacionadas con la historia de las ciencias biológicas y médicas, tomadas en su más amplia acepción y, especialmente, de la organización de Congresos de Historia de la Medicina. Desde aquella fecha se han celebrado veinticinco, convocados cada dos años a excepción del paréntesis de la última guerra mundial, para reanudarse en 1950.

En una breve exposición cronológica, recordaré los temas tratados hasta el presente:

I. París, 1921: Medicina antigua y



Bajo la presidencia del prof. Sondervorst, el prof. Dulieu comunica la designación de Barcelona, como sede del XXVII Congreso Internacional de 1980.

Medicina bizantina. Identificación de las grandes epidemias históricas. Papel de los fármacos en el desarrollo de la biología.

III. Londres, 1923: Historia de la Anatomía. Historia de las grandes epidemias. Historia de la medicina del Renacimiento, a comienzos del siglo XVI.

IV. Bruselas, 1923 (incluido en el Congreso Internacional de Historia de las Ciencias): Medicina greco-romana. V. Ginebra, 1925: La medicina de los siglos XVI al XVIII.

VI. Leyden, 1927: La Escuela de Leyden: Descartes, Leuwenhoek, Boerhaave.

VII. Oslo, 1928: La medicina en la prehistoria. Enseñanza médica en la edad media. Vida social de los leprosos.

VIII. Roma, 1930: Medicina etrusca, romana y de la edad media. Relaciones entre la medicina italiana y la de otras naciones europeas.

IX. Bucarest, 1932: Evolución de la medicina en los países balcánicos. Defensa de Europa contra la peste.

X. Madrid, 1935: La medicina de lengua árabe. Medicina americana durante la época del descubrimiento y la colonización. Folk-medicina.

XI. Zagreb - Belgrado - Sarajevo - Dubrovnik, 1938: La medicina en la literatura popular. Historia del paludismo. Medicina popular.

XII. Amsterdam, 1950 (sección V del Congreso de Historia de las Ciencias): Los precursores. Las relaciones médicas entre Oeste y Este. Medicina popular.

XIII. Niza-Cannes-Mónaco, 1952: Relaciones médicas entre Occidente y Oriente. Del empirismo a la medicina experimental en la cuenca mediterránea. Las escuelas de Salerno y de Montpellier. Iconografía médica. Esfuerzos realizados en los distintos países en favor de la enseñanza de la medicina.

XIV. Roma, 1954: La medicina, vector humano entre los pueblos. Contribución de la medicina al progreso de la civilización. La Escuela de Salerno y el periodo preuniversitario.

XV. Madrid, 1956: La península ibérica y la medicina árabe. Relaciones médicas entre la península ibérica y otros países de Europa. Iconografía médica en el siglo XVI.

XVI. Montpellier, 1958: Relaciones de la Escuela de Montpellier con las instituciones médicas de diversos países, a través de los siglos. Historia del desarrollo de las instituciones hospitalarias. Iconografía médica en el siglo XVII. Contribución del Nuevo Mundo a la terapéutica.

XVII. Atenas-Cos, 1960: Medicina hipocrática. La Escuela de Alejandría y el mundo bizantino.

XVIII. Varsovia-Cracovia, 1962: Medicina y humanismo en los siglos pasados. Relaciones entre la medicina polaca y la extranjera, en el curso de los siglos.

XIX. Basilea, 1964 (coincidiendo con el IV centenario de Vesalio): Contribución de Suiza al desarrollo de la medicina.

XX. Berlín-Oeste, 1966: Relaciones médicas entre Alemania y los restantes países del mundo. Historia de la anatomía patológica durante los siglos XVIII y XIX. Desarrollo de la enseñanza y de la investigación, bajo el marco de la historia de la medicina. La medicina y el arte. Historia de la odontología y de la medicina veterinaria.

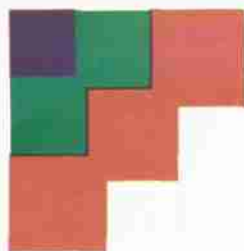
XXI. Siena, 1968: Aportación de la medicina toscana a la historia de la medicina durante la edad media. Medicina y arte en la edad media. Relaciones médicas italianas con otros países. Evolución de la medicina durante el último siglo. Evolución de la odontología.

XXII. Bucarest, 1970: Historia de la Odontología. La Medicina en las provincias del Imperio romano. Relaciones médicas entre Rumanía y otros países.

XXIII. Londres, 1972: Medicina clínica. Medicina y sociedad. Relaciones médicas entre la Gran Bretaña y otros países; Medicina y humanidades. Historia de la odontología.

XXIV. Budapest, 1974: Evolución de las ideas médicas a partir del siglo

(Continúa en la pág. 29.)

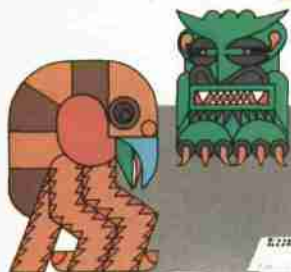


# Eupen

Amoxicilina Uriach

Es el antibiótico de primera elección en la práctica diaria porque reúne las 6 condiciones exigibles al antibiótico ideal

1. Elevada actividad
2. Escasa toxicidad
3. Elevados y duraderos niveles en sangre y tejidos
4. Absorción oral no interferida por los alimentos
5. Posología cómoda y fácil
6. Bajo coste



## Indicaciones

Tratamiento de los procesos infecciosos por gérmenes sensibles a la Amoxicilina, cualquiera que sea su localización.

### Contraindicaciones

Sensibilidad a la penicilina y a sus derivados semisintéticos.

### Incompatibilidades

No se conocen incompatibilidades con otros fármacos.

### Efectos secundarios

Muy raramente pueden presentarse intolerancias digestivas leves.

### Intoxicación y su tratamiento

No se han observado intoxicaciones dadas la baja toxicidad del producto.

## Presentación

### EUPEN SUSPENSION

Frasco de 60 cc, con 250 mg de Amoxicilina base por 5 cc. (305,90 Pts)

### EUPEN GOTAS

Frasco de 25 cc, con 125 mg de Amoxicilina base por 25 gotas (263,30 Ptas)

### EUPEN CAPSULAS

Frasco de 12 cápsulas de 500 mg. de Amoxicilina base (416,80 Ptas)

## Dosificación

### Adultos:

1 capsula tres veces al día.

### Niños mayores de 3 años:

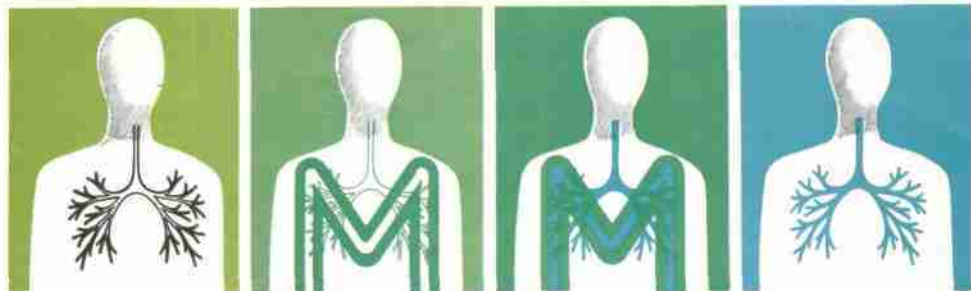
5 cc de suspensión tres veces al día.

### Niños menores de 3 años:

25 gotas tres veces al día.



J. URIACH & CIA, S.A.  
Bruch 49, Barcelona 9



# BRONQUI MUCIL



Tratamiento de todos los procesos sépticos del tracto respiratorio y cavidades anexas



Composición:	JARABE (mg)	SUPOSITORIOS ADULTOS (mg)	SUPOSITORIOS NIÑOS (mg)
Brovanexina (UR-389) . . . . .	250	30	15
Trimetoprim/Sulfametoxazol . . . . .	800/4000	100/500	50/250
Dextrometorfano . . . . .	200	25	10
Guayacolgliceril-eter . . . . .	1000	100	50
Alcanfor . . . . .	—	100	50
Eucaliptol . . . . .	—	150	75
Excipiente c.s.p. . . . .	100 c.c.	1 sup.	1 sup.

## Contraindicaciones y precauciones

Casos de sensibilidad individual frente a las sulfamidas. Insuficiencia hepática o renal graves. A pesar de que no se han descrito acciones teratogénicas, es prudente no administrar Bronquimucil durante los primeros meses de gestación. Como cualquier otro medicamento, el Bronquimucil deberá administrarse con precaución en los lactantes durante los primeros 3-4 meses de vida.

## • POSOLOGIA

### Adultos

1 medida (10 c.c.), tres veces al día.  
1 supositorio «adultos», dos-tres veces al día.

### Niños

1/2 medida (5 c.c.), tres veces al día.  
1 supositorio «niños», dos-tres veces al día.

## • PRESENTACIONES Y PRECIO

Bronquimucil Jarabé.  
Frasco de 100 c.c.: P.V.P. 190,00 Ptas.  
Bronquimucil Supositorios adultos.  
Caja de 12: P.V.P. 254,00 Ptas.  
Bronquimucil Supositorios niños.  
Caja de 12: P.V.P. 147,20 Ptas.



# MEDICINA & HISTORIA

REVISTA DE ESTUDIOS HISTÓRICO INFORMATIVOS DE LA MEDICINA

Director: Dr. Manuel Carreras Roca

Secretaría de Redacción:

Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía. S. A.

Barcelona, septiembre de 1977.

---

A. GALLART-ESQUERDO

PRIMER TRATADO ESPAÑOL  
DE ENFERMEDADES  
DEL APARATO DIGESTIVO  
POR  
BARTOLOMÉ ROBERT  
EMERENCIANO ROIG Y BOFILL  
MADRID 1889

71  
M&H



PRIMER TRATADO ESPAÑOL  
DE ENFERMEDADES  
DEL APARATO DIGESTIVO  
POR  
BARTOLOMÉ ROBERT  
EMERENCIANO ROIG Y BOFILL  
MADRID 1889





El siglo XVIII fue para la Medicina «el siglo de las teorías y de los sistemas filosóficos». Esta actitud tuvo un eco singular en nuestra patria, preparada por un exceso de lucubraciones teológicas y una falta absoluta de ambiente científico, a pesar de existir algunas mentes geniales.

Nuestras universidades eran escuelas de disputa, en las que apenas se enseñaba nada referente a la teoría y la práctica de la verdadera Medicina. Se estudiaban los textos hipocráticos y galénicos, pero bueno será recordar que en España en aquella época sólo quedaban de HIPÓCRATES y de GALENO el doctrinalismo, la aforística, y nada o casi nada de lo mejor de la obra de estos dos grandes maestros, basada en la observación atenta y minuciosa del enfermo.

En cambio, los sistemas filosóficos enseñados en las aulas de nuestras Facultades de Medicina, desprovistos muchas veces de las más rudimentarias nociones del sentido común, prendían con particular arraigo en las conciencias, ávidas del dogma, de los futuros clínicos. Cada cual creía en lo suyo y, además, lo creía infalible. De esto resultaba, en primer lugar, la falta de observación directa del enfermo, pues la filosofía lo daba todo por sentado y resuelto y, en segundo lugar, el desacuerdo irreconciliable entre los diversos grupos doctrinales, pues los diferentes sistemas filosóficos siempre estuvieron en pugna unos con otros, retrasando el progreso de la Medicina al impulsarla por las sendas del dogmatismo.

Como los médicos en cada caso no discutían el caso en sí, sino su propio sistema filosófico y, en vez de proceder a la observación detenida y concienzuda del paciente, perdían lastimosamente el tiempo en disquisiciones de metafísica pura, debatiéndose en estériles apasionamientos, las disputas eran interminables

y el acuerdo imposible. Entre tanto, el enfermo seguía con sus trastornos o se moría, sin asistencia adecuada en la inmensa mayoría de casos.

Según COMENGE FERRER<sup>1</sup>, la Medicina española del siglo XIX todavía estaba influida por el mismo espíritu que la del siglo anterior. Es cierto que en los países más adelantados las viejas doctrinas se habían extinguido ya, pero en nuestra patria era aún mucho más fuerte el doctrinalismo que la observación directa y viva de la naturaleza.

Según MARAÑÓN<sup>2</sup>, el espíritu de la Medicina europea del siglo XIX, de reacción antidoctrinal, se caracterizó principalmente por los tres importantes progresos siguientes:

1. *La aplicación exacta y minuciosa al estudio de los síntomas y a su interpretación.* Los grandes clínicos alemanes, franceses e ingleses elevaron el arte de la semiología a la categoría de verdadero virtuosismo.

2. *La anatomía patológica.* Los médicos aprendieron, especialmente por los trabajos inmortales de VIRCHOW, que el momento más interesante de su actuación era aquel en que practicaban la necropsia para hallar en el cadáver la solución exacta de cada problema diagnóstico.

3. *El conocimiento exacto de la etiología de buen número de enfermedades infecciosas.* Antes de las memorables investigaciones de PASTEUR, KOCH, etc., la causa de aquellas sólo era vislumbrada entre hipótesis y fantasías. Es digno y justo consignar que este espíritu de reacción antidoctrinal fue iniciado en España por el padre FELJOO<sup>3</sup> en pleno siglo XVIII, pues mientras los profesores de nuestras Facultades de Medicina se quebraban la cabeza y atronaban las aulas con sus gritos sobre si el «Ente es unívoco o análogo», sobre si «la relación se distingue del fundamento», etc., el excelso benedictino propuso reformar

la enseñanza médica, suprimiendo en absoluto el estudio de las materias de mera especulación, así como las disputas filosóficas y teológicas, que nada tienen que ver con la Medicina. En síntesis dijo: «El médico debe saber ante todo Medicina, lo demás es accesorio, agradable y ornamento del saber médico, siempre que no estorbe a lo directamente relacionado con el conocimiento del organismo humano, sus enfermedades y la manera de curarlas.»

Un siglo más tarde, en pleno siglo XIX, todavía LETAMENDI<sup>1</sup>, el maestro español que más ha influido en la mentalidad de varias generaciones de profesores y clínicos, en nuestro concepto espíritu insigne, pero netamente dieciochesco, dijo pomposamente que «el médico que sólo sabe Medicina, ni siquiera Medicina sabe». Esta sentencia, que juzgamos errónea, o por lo menos exagerada, sirvió de válvula de escape a muchos médicos que creyeron que el leer obras de vaga y varia literatura les permitía cobrar autoridad clínica con mucho menos trabajo y esfuerzo que el que se necesita para estudiar a fondo los libros de Medicina.

Al iniciarse el siglo XX, y a pesar de los consejos del padre FELIJO, la reacción antidoctrinal que caracterizó a la Medicina europea del siglo XIX, y a la que nos hemos referido someramente, apenas había llegado a España. Todavía perduraba como un mito el recuerdo de LETAMENDI y en la mayoría de nuestras Facultades de Medicina los maestros de más renombre eran letamendianos.

Dejando aparte figuras de menor relieve, creemos que los principales representantes españoles de la Medicina universal y antidoctrinal fueron Bartolomé ROBERT (1842-1902), Pedro ESQUERDO y ESQUERDO (1851-1922), Manuel ALONSO y SAÑUDO (1865-1912) y Juan MADINA-VEITIA (1861-1938). Estos cuatro grandes clínicos, los dos primeros desde Barcelona y los dos segundos desde Madrid, acabaron directa o indirectamente con el espíritu arcaico de nuestras Facultades de Medicina, con el anacrónico *magister dixit*, con el fanatismo hipocrático, con la rutina, con la especulación temeraria en el campo de la Clínica y con el fárrago de teorías sin base y sin sentido que habían malogrado en otro tiempo tantas inteligencias privilegiadas.

Salvador CARDENAL (1852-1927), que ocupa lugar preferente en la historia de la Medicina de nuestro país, y, al que M. CORACHÁN calificó de apóstol de la Medicina española, escribió textualmente: *La biografía del doctor ROBERT es digna de conocerse, porque todos los médicos deberían inspirarse en los méritos y en las virtudes de aquél para bien de la profesión y de la patria.*

Bartolomé ROBERT Y YARZÁBAL nació en Tampico (Méjico) el 19 de octubre de 1842, hijo de Francisco ROBERT Y BATLLE, médico (como también lo había sido su abuelo José), natural de Sitges (Barcelona) y de Teodora YARZÁBAL Y RICARDO, natural de Pasajes (Guipúzcoa), pero vivió muy poco tiempo en el nuevo continente. En un viaje que hicieron sus padres a Barcelona con sus dos primeros hijos, Bartolomé y Josefa, los dejaron en Sitges, en casa de su abuelo paterno, y al cuidado de su hermana, la tía Ventura.

Bartolomé ROBERT era, pues, sitgetano por la línea paterna. En Ultramar, su padre, que vivió siempre añorado de su villa natal, hizo bautizar al hijo que nació en Méjico con el nombre de Bartolomé, patrón de esa simpática e incomparable villa marinera.

Nuestro biografiado estudió en Sitges las primeras letras en la escuela que regentaba el señor CABALLERO, radicada en la calle de la Parellada; en Sitges estudió el bachillerato como alumno libre, examinándose en el Instituto de Segunda Enseñanza de Barcelona, y en Sitges se enamoró, y ulteriormente se casó con la sitgetana ROSA ROIG Y BOFILL, hermana de Emerenciano, con la colaboración del cual escribió el tratado de *Enfermedades del Aparato digestivo*, que más adelante comentaremos.

Bartolomé ROBERT cursó la carrera en la Facultad de Medicina de Barcelona y se licenció en 1864. En 1867 fue nombrado ayudante de clases prácticas de dicha Facultad, y el 13 de marzo del mismo año, miembro numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la ciudad condal. A partir del 8 de enero de 1883 y hasta diciembre de 1890, o sea durante cuatro bienios, fue presidente de la misma, habiendo sido reelegido para tal cargo tres veces consecutivas.

En 1869 fue nombrado médico numerario del Hospital de la Santa Cruz, de Barcelona, constituyendo su Servicio un centro de enseñanza clínica al que concurrían gran número de alumnos y de médicos y cuya característica principal fue que el maestro y sus discípulos confraternizaron siempre ejemplarmente y estudiaron con gran entusiasmo. En 1875, tras brillantes oposiciones, celebradas en Madrid, y que los críticos de la época calificaron de memorables (compitiendo con CORTEZO, que ulteriormente gozó de merecida fama en la capital, y con CROUS, que ganó la cátedra de la Universidad de Valencia), obtuvo la cátedra de Patología Clínica y Clínica médicas de la Universidad de Barcelona, que desempeñó con lucimiento y asiduidad durante 27 años.

Desde muy joven hasta su muerte, nunca cesó de estudiar y aprender, desarrollando su ac-



# Problemas funcionales de la encrucijada hepato-bilio-digestiva



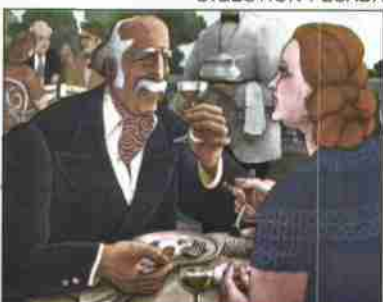
DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO



DIGESTION PESADA



PIROSIS



DISQUINESIA BILIAR

# HEPA DIGEST



Distensión abdominal.  
Meteorismo.  
Digestión pesada.  
Pirois.  
Epigastralgia precoz.  
Disquinesia biliar.  
Dispepsia hiposténica.  
Náusea, con vómitos biliosos,  
cefaleas y mal sabor de boca.

#### COMPOSICION POR GRAGEA

2-MPG (2-metaxptoprogionilglicina) 100 mg; Metoclopramida clorhidrato 10 mg; Ciclobutilol cálcico 100 mg; Procaina base 100 mg.

#### POSOLOGIA

1 gragea 3 veces al día, 1/2 hora antes de las comidas (en caso necesario, 2 grageas 3 veces al día).

El tratamiento con Hepadigest puede prolongarse indefinidamente dada su inocuidad y buena tolerancia.

#### CONTRAINDICACIONES

Casos de hipersensibilidad conocida.

#### INCOMPATIBILIDADES Y PRECAUCIONES

No se conocen.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS

A las dosis terapéuticas no produce efectos secundarios.

#### PRESENTACION

Envase de 40 grageas. 297.80 ptas.



J. URTACH & C. S.A. Bruch 49 - Barcelona 9

Exclusión Huguet



J.S.R. 36 años. Empresario.  
Sin antecedentes.  
Colesterol: 3,1 g/l.



P.A.S. 63 años. Representante.  
Sin antecedentes.  
Colesterol: 2,9 g/l.  
Claudicación intermitente.  
Acúfenos.



G.Z.A. 69 años. Jubilado.  
Angina a los 58 años.  
Colesterol: 3,3 g/l.  
Diabético compensado.

# requieren Davistar®

Bloquea el proceso ateromatoso y estimula el trofismo vascular

#### INDICACIONES

Hiperlipemias.  
Hiperlipoproteïnemias II, III, IV y V.  
Aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica.  
Angiopatías diabéticas.

#### CONTRAINDICACIONES

DAVISTAR no tiene contraindicaciones, pudiéndose administrar sin riesgo a hipertensos, hipotensos, diabéticos, gotosos, etc. cualquiera que sea su edad y durante largos periodos de tiempo.

A pesar de que DAVISTAR no ha demostrado poseer acción teratogena, es aconsejable abstenerse de utilizarlo durante el embarazo, ya que una elevación de las tasas de fosfolípidos durante el mismo es fisiológica y necesaria para el desarrollo del feto.

#### INCOMPATIBILIDADES

DAVISTAR puede utilizarse en terapéutica combinada con cualquier otro medicamento: hipotensores, diuréticos, vasodilatadores, cardiotónicos, hipoglucemiantes orales o insulina, tranquilizantes e hipnóticos, antiinflamatorios, uricosúricos, etc.

Al normalizar las tasas de lípidos sanguíneos, DAVISTAR restablece la actividad de las antivitaminas K, por lo que, en caso de tratamiento mixto, debe disminuirse a la mitad la posología habitual de los anticoagulantes.

#### COMPOSICIÓN

Cada cápsula de Davistar contiene:

Clomog	300 mg.
Piridinolcarbamato	150 mg.

#### POSOLOGIA

**Dosis de ataque:** 1 cápsula, 3 veces al día.

**Dosis de mantenimiento o profilaxis:** 1 cápsula, 1-2 veces al día.

#### PRESENTACION

Envases de 60 cápsulas (PVP 534,80 Ptas.)



J. URIACH & C. S.A. Bruch 49 - Barcelona 9

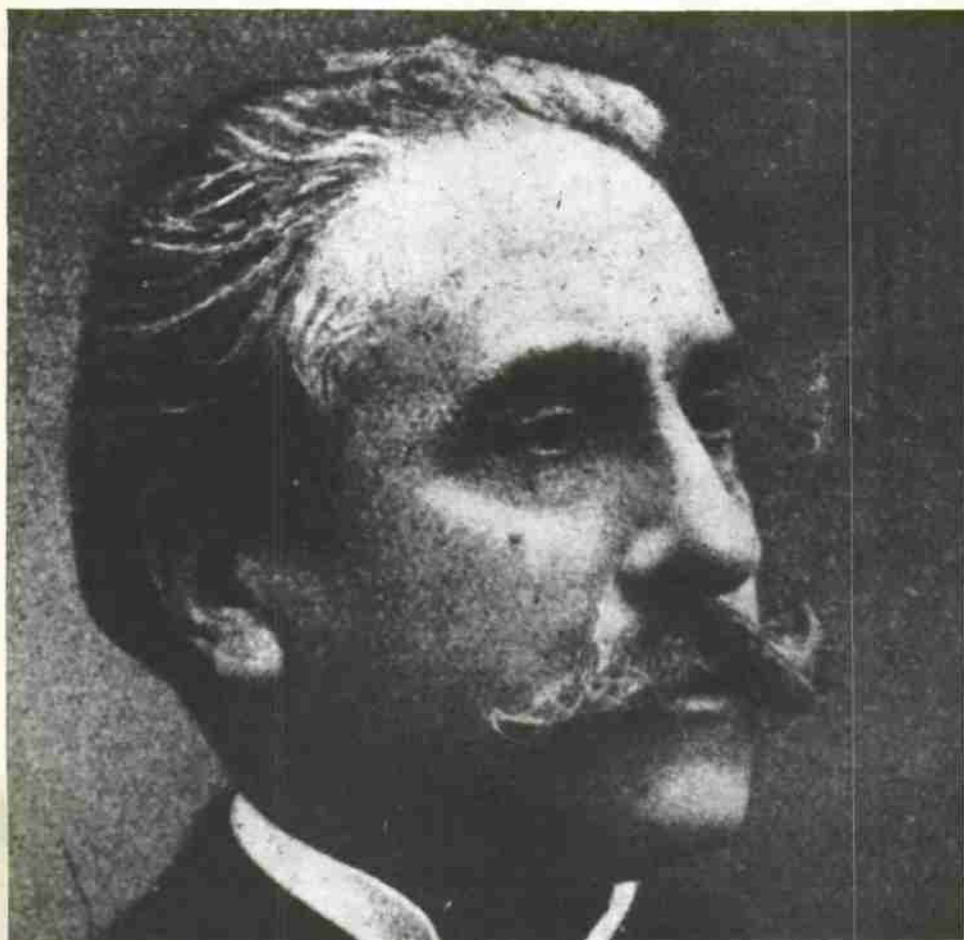


v

---

PRIMER TRATADO ESPAÑOL  
DE ENFERMEDADES  
DEL APARATO DIGESTIVO  
POR  
BARTOLOMÉ ROBERT  
EMERENCIANO ROIG Y BOFILL  
MADRID 1889

---



Emerenciano Roig y Bofill.



Portada del libro ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, por Bartolomé ROBERT y Emerenciano ROIG y BOFILL (editado por la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», Madrid, 1889). Es el primer Tratado de la especialidad publicado en español.

tuación ininterrumpida en las aulas, las Academias y la cátedra.

Bartolomé ROBERT luchó con valentía contra los atrasos, las limitaciones y las deficiencias de la enseñanza oficial. Al acabar la carrera no tuvo más remedio que comenzar a rehacerla, aprendiendo allí donde lo enseñaban o por sí mismo, lo que no le habían enseñado en la Facultad. Además tuvo que darse buen cuidado de olvidar todo lo que no debiera haber aprendido y que constituía, según él, un gran lastre que le impedía discernir lo que le faltaba.

Estaba dotado de poderosa intuición clínica, pero no vaya a creerse que realizaba sus prodigios de perspicacia diagnóstica y de exactitud pronóstica únicamente con su fuerza de intuición, sino que se aprovechó de todos los nuevos medios y métodos complementarios de exploración que se conocían en aquel entonces, contribuyendo poderosamente a su difusión.

Sabía grabar las ideas en la mente de sus discípulos como con un buril. Su oratoria no deslumbraba al auditorio con raudales de elocuencia, esmaltada de metáforas, frases hiperbólicas y paráfrasis ampulosas, sino que sustituía las figuras retóricas, que se esfuman y desvanecen como los fuegos artificiales, por palabras que herían los tímpanos a golpes de maza. En su cátedra de Patología y Clínica médicas de la Universidad de Barcelona, ya sabía el alumno que no le haría perder el tiempo con futesas y menudencias, ni se marcharía por los cerros de Ubeda. Explicaba la asignatura y nada más que ella, no convirtiendo el aula en púlpito para repetir los sermones de otros predicadores, ni para criticar y zaherir a los que no pueden defenderse.

La parte principal de su obra científica no está en sus discursos, programas, artículos, etc., sino en sus admirables y fructíferas enseñan-

zas desde la Cátedra y la Clínica, con las cuales formó a toda una generación de médicos prácticos en Cataluña y España.

Murió en plena actividad e inopinadamente el 10 de abril de 1902 al iniciar un discurso dirigido al Cuerpo Médico Municipal barcelonés, con el que se hallaba reunido en el restaurante «Can Pince».

A Bartolomé ROBERT y Emerenciano ROIG BOFILL (1848-1901), ambos presidentes de la Real Academia de Medicina de Barcelona durante los años 1883-90 y 1893-96, respectivamente, se debe el primer *Tratado de Enfermedades del aparato digestivo* aparecido en nuestro país, en 1889<sup>5</sup>. En él sólo figuran los procesos morbosos de observación clínica más frecuentes en aquella época, acerca de los cuales los autores poseían experiencia personal. Está escrito para los médicos que se dedican al ejercicio práctico y no para aquellos que buscaban con afán la discusión sobre temas que, más o menos controvertibles, iban apareciendo sin cesar. Los autores aceptan lo cierto como cierto y lo dudoso como dudoso, dejando encomendada a otros la tarea de corroborar lo que entonces todavía era motivo de vacilaciones e incertidumbre.

ROBERT y ROIG BOFILL pretendieron, y desde luego lo lograron con creces, llenar un vacío que existía en la mayoría de Tratados de Patología interna publicados hasta entonces, pues el estudio de las afecciones del aparato digestivo, y especialmente su terapéutica, apenas si estaban esbozados.

*Protestando contra el dogmatismo imperante todavía en nuestro país en las postrimerias del siglo XIX, los autores recalcan la necesidad urgente de que la historia real de los hechos no se vea sofisticada por la novela y de que el médico sea algo más que un naturalista; ahora y siempre resultará más claro que la luz del día, que la práctica clínica es*

algo más que un problema de historia natural. Al clínico práctico debe preocuparle más el concepto de enfermo que el de enfermedad; de ahí la necesidad de detallar la terapéutica haciéndola todo lo individual posible para ajustarla a esa variada serie de modalidades con que los procesos morbosos se ofrecen a nuestra observación.

El tratado de ROBERT Y ROIG BOFILL consta de los capítulos siguientes:

CAPÍTULO I. — ENFERMEDADES DE LA BOCA Y DE LA FARINGE. — *Estomatitis*: a) estomatitis simple o eritematosa; b) estomatitis aftosa; c) estomatitis ulcerosa; d) estomatitis parasitarias. *Glositis*: a) glositis agudas; b) glositis crónicas. *Glosodinia*. *Angina de Ludwig* o *flemón del suelo de la boca*. *Anginas*: a) angina catarral; angina catarral aguda y angina catarral crónica; b) angina frínge flegmonosa; c) angina tonsilar o amigdalitis; amigdalitis aguda (esquinancia) y amigdalitis crónica; d) angina pultácea (seudodifétrica); e) angina vesiculosa o herpética; f) angina gangrenosa; g) angina edematosa. *Faringitis aguda* (flemón retrofaringeo).

CAPÍTULO II. — ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO. — *Esofagitis aguda*. *Estenosis del esófago*. *Esofagismo*. *Úlcera redonda del esófago*.

CAPÍTULO III. — ENFERMEDAD DEL ESTÓMAGO. — *Catarró gástrico agudo*. *Catarró gástrico febril*. *Gastritis aguda*: a) gastritis simple; b) gastritis flegmonosa; c) gastritis tóxica. *Catarró crónico del estómago*: a) catarró crónico simple del estómago; b) gastritis ulcerativa; c) gastritis varicosa; d) gastritis flegmonosa; e) gastritis esclerótica; f) gastritis atrofica; g) gastritis ectásica. *Dilatación del estómago* o *gastréctasia*. *Úlcera simple del estómago*. *Cáncer del estómago*. *Gastrorragia*, *hemorragia del estómago* o *hematemesis*. *Gastralgia*. *Dispepsias gástricas*: a) dispepsia atónica o simple; b) dispepsia ácida; c) dispepsia convulsiva; d) dispepsia paralítica o pútrida; e) dispepsia flatulenta; f) dispepsia vertiginosa (vértigo a *stomacho laeso*); g) dispepsia disneica.

CAPÍTULO IV. — ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS. — *Catarró intestinal apudo generalizado* (enteritis catarral de los autores). *Catarrós intestinales agudos circunscritos*: a) duodenitis; b) yeyunitis e ileitis; c) cecitis, tilitis, peritilitis, flemón periceal. *Inflamación aguda del colon* o *colitis aguda*. *Rectitis* o *proctitis*. *Catarró intestinal crónico* o *enterocolitis crónica*. *Úlcera redonda del duodeno*. *Oclusión intestinal aguda* (cólico miserere). *Estenosis intestinal*. *Dispepsias intestinales*. *Enteralgia* o *colico intestinal*. *Enteroposis* o enfermedad de Glénard. *Enterorragia*. *Perforación del tubo digestivo*. *Hemorroides*.

CAPÍTULO V. — HELMINTIASIS INTESTINAL: *Ascárides lumbricoides*, *Oxiurus vermicularis*, *Trichocephalus dispar*, *triquinos*, *tenias* (*solum* y *mediocanellata*) y *Bothrioccephalus latus*.

CAPÍTULO VI. — ENFERMEDADES DEL HÍGADO Y DE LAS VIAS BILIARES. — *Ictericia*. *Congestión del hígado*. *Hepatitis parenquimatosa aguda*. *Hepatitis intersticial esclerótica* o *cirrosis del hígado*: a) cirrosis atrofica o anular; b) cirrosis hipertrofica o insular; c) cirrosis mixtas. *Perihepatitis*. *Atrofia aguda del hígado* o *hepatitis parenquimatosa aguda difusa*. *Atrofia crónica simple del hígado*. *Cáncer del hígado*: a) cáncer difuso; b) cáncer nodular; c) cáncer cirrótico. *Hígado adiposo* o *esteatosis del hígado*. *Degeneración amiloidea del hígado* o *hígado lardáceo*. *Quistes hidatídicos* o *equinococos del hígado*. *Quistes simples del hígado* (no parasitarios): *quistes serosos*, *quistes biliares*, *quistes por retención*. *Hepatalgia*.

*Colecistitis*. *Catarró de las vías biliares*. *Cálculos biliares*, *colecistiasis* o *litiastis biliar*.

CAPÍTULO VII. — ENFERMEDADES DE LA VENA PORTA: a) estasis de la vena porta; b) trombosis de la vena porta, *piletrombosis*, *pileflebitis adhesiva* de Bamberger; c) *pileflebitis supurativa*.

CAPÍTULO VIII. — ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS: a) hemorragia del páncreas; b) pancreatitis; c) atrofia del páncreas; d) neoplasmas del páncreas.

CAPÍTULO IX. — ENFERMEDADES DEL PERITONEO. — *Ascitis* o *hidropesia peritoneal*. *Peritonitis*: a) peritonitis aguda; b) peritonitis crónica.

Dejando aparte las enfermedades de la boca y la faringe resumiremos algunas de las afecciones estudiadas en los demás capítulos del libro de ROBERT Y ROIG BOFILL, pero sin añadir comentarios nuestros para no alargar demasiado estas páginas.

ESOFAGITIS AGUDAS. — Las lesiones anatómicas dependen del agente causal: sustancias cáusticas, líquidos espirituosos, determinados medicamentos (tártaro emético, tintura de yodo, etc.), cateterismo esofágico incorrecto, etcétera; la esofagitis también puede producirse por propagación de procesos similares, por lesiones que dificulten el tránsito esofágico o por localización de ciertas afecciones en la mucosa del esófago (viruela, escarlatina, etc.). Tales lesiones varían desde las de tipo catarral a las más graves (úlceras, placas de gangrena, abscesos, etc.).

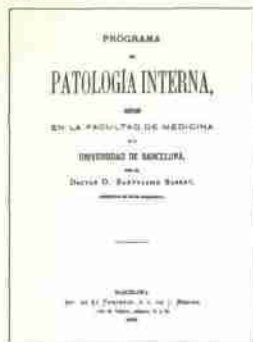
La sintomatología consiste en *disfagia dolorosa*, que los autores del libro describen insuperablemente. La enfermedad puede ser febril o apirética y su curso y terminación difieren según los casos; los síntomas pueden remitir, o hacerse crónicos a causa de estenosis esofágica. *Tan gráfico es el síndrome, que disipa toda duda con respecto al diagnóstico*. El pronóstico depende en gran parte de la causa productora.

Con muy buen criterio, los autores se muestran contrarios, salvo en casos excepcionales, a la alimentación forzada con sonda y a la aplicación de sanguijuelas todavía recomendada por algunos autores.

ESTENOSIS DEL ESÓFAGO. — Son provocadas por lesiones de sus propias paredes, por compresión ejercida por los órganos vecinos o por tumores extrínsecos (tumores del cuello o el mediastino, aneurisma del cayado aórtico, hipertrofia del tiroides, etc.). *El cáncer del esófago es la principal causa de estrechez*. En general las estenosis del esófago radican en su tercio inferior casi lindando con el cardias, siendo tal localización frecuentísima en el cáncer.

*La disfagia es el primer síntoma*. Al principio los enfermos degluten con holgura los líquidos y las sustancias pastosas, blandas y bien mascadas, pero los cuerpos de algún volumen (trozos de pan o carne) se atascan. El enfermo suspende por un momento las nuevas in-





Portada del PROGRAMA DE PATOLOGÍA INTERNA explicado por Bartolomé ROBERT en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, en 1875.

Portada del SUMARIO DE LOS PROLEGÓMENOS DE CLÍNICA MÉDICA explicados por Bartolomé ROBERT en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, en 1885.

gestiones, hace esfuerzos de deglución intentando imprimir un avance al cuerpo atascado y se ayuda con unos sorbos de agua; al fin el bolo pasa a través del sector estrechado, o, si no puede salvarlo, es regurgitado hacia la boca. A medida que la lesión progresa, el enfermo sólo puede alimentarse con leche y caldos; la disfagia puede hacerse absoluta. El paciente se desnutre y enflaquece hasta un extremo inconcebible, y le aparecen edemas caquéticos.

La duración de la enfermedad está subordinada al grado de estrechez y especialmente a su naturaleza; entre los pocos meses que permite de vida el cáncer del esófago y los muchos años que puede tolerarse una estenosis cicatrizal, hay todos los grados intermedios.

El diagnóstico de las estenosis esofágicas es fácil, pero lo que importa averiguar es la naturaleza del proceso para establecer el pronóstico y el tratamiento. Cuando puedan descartarse las demás causas productoras de estenosis, se estará en terreno firme para suponer la existencia del cáncer, mayormente si el enfermo es del sexo masculino y su edad rebasa los 50 años.

Los autores consideran el yodo, los yoduros y los preparados mercuriales absolutamente ineficaces, en contra de lo sustentado por otros; sólo hacen una excepción para el sífiloma esofágico, pero en esta afección casi nunca se alcanza el resultado apetecido. De las revulsiones cutáneas, tan en boga en aquella época, dicen que sólo sirven para mortificar inútilmente a los enfermos. *Los únicos medicamentos que pueden y deben usarse son aquellos encaminados a cumplir alguna indicación sintomática.* El cateterismo con sondas flexibles es tal vez el mejor y hasta el único tratamiento curativo de las estenosis esofágicas, si exceptuamos la provocada por el cán-

cer; *en ésta nunca es de utilidad y con frecuencia es más bien contraproducente.* Las intervenciones quirúrgicas para corregir definitivamente las estrecheces del esófago han sido poco brillantes; tan sólo la gastrostomía es un medio paliativo útil para evitar que el enfermo sucumba a la inedia, o a lo menos para prolongar sus días.

**ESPASMO DEL ESÓFAGO.** — Es generalmente un síntoma de diversos procesos morbosos, pero *una impresión moral o un estado puramente imaginativo* pueden provocarlo; en estos dos últimos casos, el simple cateterismo esofágico, manteniendo el catéter introducido durante unos momentos puede curar el esofagospasmo; en cambio, las corrientes eléctricas continuas, tan recomendadas por algunos autores, han tenido poco éxito en nuestras manos.

**ÚLCERA REDONDA DEL ESÓFAGO.** — Radica generalmente en su tercio inferior, casi en la vecindad del cardíaco, y a menudo coexiste con una lesión análoga del estómago.

Sus síntomas característicos son el dolor, la disfagia, los vómitos y las hemorragias. El pronóstico siempre es grave. La cicatrización de la úlcera provoca por lo general estenosis.

**DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO.** — *No podemos convenir con los autores*, dicen ROBERT y ROIG BOFILL, *en que sea carácter frecuente de esta enfermedad el buen apetito y hasta cierta voracidad*; a lo más, aceptamos que los enfermos notan alguna vez sensación de vacío epigástrico, muy distinta del verdadero deseo de comer. Más frecuente es la *sed*, y todavía lo es más la fetidez de aliento, a causa de las fermentaciones que se producen en el estómago. La dificultad digestiva es constante y los enfermos experimentan sensación de plenitud epigástrica y opresión precordial muchas horas después de las comidas. *Eructan gases*, por excepción inodoros, y con más fre-



PRIMER TRATADO ESPAÑOL  
DE ENFERMEDADES  
DEL APARATO DIGESTIVO  
POR  
BARTOLOMÉ ROBERT  
EMERENCIANO ROIG Y BOFILL  
MADRID 1889

cuencia fétidos, con olor a huevos podridos. Los vómitos son frecuentes y ofrecen particularidades dignas de tenerse en cuenta; hay enfermos que al principio vomitan después de cada comida, luego una vez al día o cada 2, 3, 4 o más días; pero a medida que la dilatación gástrica va permitiendo mayor acumulación de materias alimentarias, el vómito es más cuantioso; así se ven enfermos que en una sola vez vomitan 3, 4 y aún más litros de sustancias ingeridas. En el comienzo del mal, la viscera conserva su reflejismo y el contenido es fácilmente expulsado; pero más tarde, cuando la túnica muscular del estómago va perdiendo su contractilidad se necesita un grado extremo de plenitud para que lleguen a despertarse las acciones reflejas; así se comprende que al final puedan faltar los vómitos. Después de vomitar, los enfermos experimentan sensación de alivio, que desaparece con la nueva acumulación que luego se irá formando. El estreñimiento es la regla, pero a veces aparece diarrea alternada con estreñimiento o continua.

La inspección abdominal suministra datos de importancia, los cuales son descritos magistralmente por ROBERT y ROIG BOFILL, y que sólo mencionamos; marcado abombamiento del epigastrio y el hipocondrio izquierdo extendido a veces hasta la región umbilical (en estado de plenitud del estómago), peristaltismo y chapoteo gástricos.

*Este es el síndrome gráfico de la gastrectasia, porque toda la cohorte de síntomas (melancolía, sialorrea, palpitaciones, arenillas renales eccema, etc.), que mencionan algunos autores llevados del prurito de hacer una descripción magistral, o son comunes a otras gastropatías o pueden existir sin tener para aquella afección ningún carácter patognómico.*

*Aunque no falta quien diga que hay una gas-*

*trectasia aguda que desaparece con la misma facilidad que se ha constituido, nos parece que se ha de aceptar tal concepto a beneficio de inventario. La enfermedad es crónica, permite vivir largo tiempo (hasta años), no suele retrogradar, antes al contrario, avanza siempre, aunque con lentitud, y al fin provoca la muerte por extenuación de fuerzas, con profunda anemia, edemas y demás señales del gran desquiciamiento orgánico. A este desenlace contribuyen las lesiones primitivas, que también van siguiendo su camino.*

El pronóstico, aunque varía grandemente según la importancia de la causa productora, siempre es grave, pues el proceso es de curación difícil y aun diríamos mejor incurable. Podemos aliviar al enfermo estableciendo una especie de *modus vivendi* que le permita temporizar con su lesión; alejaremos tal vez la proximidad del peligro, pero a la larga será víctima, ya de la gastrectasia directamente, ya de las enfermedades concomitantes o consecutivas.

Aparte un régimen alimentario severo, pero que no deje de contener la cantidad de sustancias estrictamente necesarias para el sostenimiento orgánico, hay un recurso superior, que es el *lavado del estómago*. De los tratamientos empleados hasta ahora, éste es el que posee mayores ventajas, si no para curar la enfermedad, para corregirla y simplificarla.

ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO. — La verdadera sagacidad clínica de ROBERT y ROIG BOFILL se demuestra en las palabras siguientes:

*Aunque la úlcera del estómago puede tener una marcha continua, es más común observar remisiones y hasta la desaparición total de los síntomas para volverse a reproducir más tarde. Hemos tratado a enfermos que por cinco o seis veces consecutivas han ofrecido semejante oscilación, como si la marcha total*

*de la dolencia estuviere constituida por una serie de períodos de malestar, interpolados por otros de descanso más o menos absoluto. Pasada la fase de agravación, los fenómenos se mitigan, los enfermos se nutren, comienzan a digerir y se creen curados, hasta que transcurrido un plazo de meses y en alguna ocasión de años, se repite la evolución morbosa.*

*En varias ocasiones hemos observado que después de una hemorragia más o menos copiosa, no sólo se han calmado los dolores agudos de la úlcera, sino que, repuestos los enfermos de la anemia, han cesado los vómitos, han comenzado a digerir y han logrado la curación temporal o definitiva.*

**CÁNCER DEL ESTÓMAGO.** — *Dista mucho de presentarse en clínica con esa uniformidad y precisión de carácter apuntadas en muchos libros; antes al contrario, los hechos se encargan de demostrar que precisamente esta afección es la que más suele apartarse de las descripciones clásicas.*

Es preferible formar juicio diagnóstico por el conjunto de síntomas y la marcha total del proceso, que de la valoración de síntomas aislados, porque hasta los que parecen más característicos inducen a error. A favor de tal criterio tenemos los datos siguientes: a) *el cáncer gástrico se desarrolla en una época determinada de la vida, mientras que otras gastropatías no tienen tal característica; b) muchas veces es enfermedad hereditaria; c) afecta rápida e intensamente el estado general; d) no mejora con ninguno de los planes terapéuticos conocidos hasta ahora; e) sigue una marcha recta hacia la agravación y termina con la muerte.* Así, aunque se dé el caso de un cáncer gástrico sin tumor, dolor ni vómitos (síntomas considerados característicos en aquella época), podremos inclinarnos, con grandes visos de verosimilitud, por tal diagnóstico si la enfermedad aparece en personas de 40 a 60 años, que están dispépticas, que se van desnutriendo cada día más y hasta desproporcionalmente a la cantidad de alimentos ingeridos, la piel se les torna de color amarillo de paja y no hay recurso terapéutico capaz de realzar sus abatidas fuerzas.

*Se ha atribuido, por algunos autores, valor patognomónico a la falta de ácido clorhídrico en las materias vomitadas; pero por desgracia, tal afirmación no es tan cierta como pretenden sus apologistas.* No es verdad que aquel ácido falte constantemente, y aunque lo fuera, la falta tampoco sería peculiar del cáncer de estómago porque puede observarse en otras afecciones (gastritis crónicas, etc.). La Cirugía moderna, cuyos progresos nunca serán bastante ensalzados, habiendo logrado hacer fáciles y relativamente benignas muchas intervenciones, particularmente la la-

parotomía, se ha esforzado, en manos de BILLROTH y de otros que han seguido sus huellas, en intentar la extirpación del cáncer gástrico escindiendo las paredes del estómago y suturándolas, como se hace con el labio o el escroto cancerosos. Son varias ya las operaciones practicadas, pero no las ha coronado el éxito, si no entendemos por tal el acto operatorio en sí mismo, que ha sido brillante, sino los resultados definitivos, que han sido nulos. *Una cosa es extirpar la lesión y otra curar la enfermedad salvando al paciente.*

Por otra parte, se comprende lo arduo de la empresa; el diagnóstico en muchos casos se establece con suma dificultad y aún es más difícil en vida el conocimiento exacto del asiento del mal, su extensión y las propagaciones que hayan podido producirse más allá de la viscera, precisamente en una enfermedad cuya característica consiste en correrse como reguero de pólvora a lo largo de las vías linfáticas. De manera que se ha de andar a tientas y sin saber, antes de abrir el vientre e incidir las paredes del estómago, toda la magnitud de la lesión; y si entonces se encuentra el órgano adherido al páncreas o a cualquiera de las otras vísceras adyacentes o están afectados ya los ganglios del mesenterio, ¿qué se hace? ¿Se extirpa todo? ¿Se secciona una parte sólo por el bien parecer y para salvar el honor de la bandera? *Nosotros entendemos que la misión del cirujano es muy otra; que ante todo debe ser humana, y que no debe emprenderse un acto operatorio sin probabilidades de éxito.*

**DISPEPSIAS GÁSTRICAS.** — A la crítica más superficial no puede ocultársele que la dispepsia gástrica no tiene razón de ser como especie morbosa. Pero es el caso que con la dispepsia sucede lo mismo que con la neurosis; que la estudiamos como entidad clínica por exigencias de la práctica, por más que desconocemos la lesión anatomopatológica que la produce. *Así vemos enfermos, por cierto numerosísimos, que decimos que padecen dispepsia, sólo para dar nombre a sus trastornos y faltando a las más elementales reglas de la lógica.*

Es de creer, y de ello tenemos seguridad absoluta, que se hará luz sobre el particular y que a compás de futuras investigaciones anatómicas vendrán a conocerse en cualquiera de las partes que integran el estómago, lesiones que se verá son las causales de la alteración digestiva. Es muy presumible que antes de diagnosticarse el cáncer gástrico, la úlcera, etcétera, se dijera también que los enfermos que los sufrían estaban afectos sencillamente de dispepsia, y después se reconoció el error. *¿Por qué no ha de suceder que mañana se descubra una lesión x en los filetes del neumono-*





Bartolomé ROBERT, dibujado por su discípulo, el eminente pediatra reusense, A. FRIAS ROIG, el año 1902, y que le dedicó el «Gremi de La Xeringa», asociación estudiantil fundada en 1897, bajo el ideal «progreso, libertad y buen humor», que todavía perdura transcurridos más de 80 años, y a la que el autor se honra en pertenecer. (Memorial de «La Xeringa», Imp. Foment de M. Roca, Reus, 1935).

*gástrico, en las fibras musculares lisas del estómago, etc., y se describan nuevas gastropatías, aboliéndose entonces el nombre de dispepsia como título de una enfermedad, y conservándolo tan sólo como la expresión de un síntoma?*

Por otra parte, hay una consideración muy atendible y que explica las dificultades del problema. Y es que el estómago es un órgano de funcionalismo muy complejo y una de las vísceras que más correlacionadas están con los demás centros orgánicos. Por tanto, *se comprende que sin lesionarse él, sufra el reflejo que parte tal vez de gran distancia y se altere su función.* Así se explica que interviniendo de un modo principalísimo en el acto de la digestión el neumogástrico y el simpático, pueda producirse una dispepsia, no por influjo directo del estómago, sino por *trastorno inicial del cerebro* o de un ganglio cervical. En el momento en que escribimos, siguen diciendo ROBERT y ROIG BOFILL, hemos de admitir, a título de cosa inestable y transitoria, la dispepsia gástrica, entendiendo por tal aquel proceso crónico que consiste en digestión difícil y no depende de ninguna de las enfermedades orgánicas del estómago hasta hoy conocidas.

**OCLUSIÓN INTESTINAL AGUDA (cólico miserere).**

— Después de referir las diferentes causas productoras de obstrucción intestinal aceptadas por todos los autores ROBERT y ROIG BOFILL añaden: *Hemos de citar una nueva causa, en cuya comprobación tenemos varias historias clínicas, y que, sin embargo, no la hemos visto consignada por otros autores. Tal es la marcada influencia que el cólico nefrítico derecho, calculoso o no, ejerce en la producción de oclusiones intestinales agudas.* Comienza un ataque de cólico nefrítico con sus dolores característicos descendentes hacia el ovario o testículo, con los vómitos, la agitación vivísima, etc., y después de unas cuantas horas o días de sufrimiento, principia la evolución de un *cólico miserere.*

Los síntomas clínicos principales de la obstrucción intestinal aguda son el estreñimiento, las náuseas y los vómitos. No obstante, en las primeras horas *no suele ser absoluta la falta de deposiciones, pues espontáneamente o con la ayuda de enemas, el enfermo evacúa las materias fecales que, acumuladas por debajo del obstáculo, no encuentran dificultad para ser expelidas;* más tarde, desembarazada toda la parte practicable del intestino, el estreñimiento es absoluto. Las náuseas y los vómitos pueden aparecer prontamente, *tal vez antes que se haya advertido el estreñimiento,* o no producirse hasta que la dolencia haya adquirido ya mediano desarrollo. Las sustancias vomitadas son diversas; cuando se han

expulsado todos los materiales que estaban en depósito al sobrevenir el accidente y los que el enfermo ha ido injiriendo, comienzan los vómitos biliosos; más tarde aparece el *vómito fecaloide* mejor que fecal, sucio, fétido, corrompido, semejante a materia excrementicia, sin que lo sea probablemente en realidad, sobre todo cuando el obstáculo radica en el intestino delgado. Con mucha frecuencia se presenta hipo, pero generalmente el vómito le precede, y a veces sólo se produce en un período muy avanzado de la enfermedad. Simultáneamente se van manifestando en el abdomen modificaciones de importancia. El vientre se abulta, pero no simétricamente, contrastando una parte tensa e hinchada con otra más deprimida y flácida; la que forma relieve está timpánica y es algo sensible, sobre todo a la presión, mientras la otra no resuena al percutirla y es indolora. La parte tensa corresponde a asas intestinales ocupadas por gases y demás materiales que se encuentran por encima del obstáculo, y la parte flácida, a todo el tramo intestinal que media entre el obstáculo y el recto. En algún caso, a nivel del punto donde radica la dificultad, el enfermo percibe dolor más vivo, y mediante la palpación puede apreciarse cierta resistencia y hasta un tumor, pero la verdad es que, *en muchas ocasiones, la exploración más concienzuda no permite localizar con exactitud la topografía de la lesión.*

Es frecuente que las tentativas que hace el intestino para vencer el obstáculo se traduzcan por *dolores cólicos, borborismos y ruidos hidroaéreos* perceptibles a distancia, como también por *relieves a través de la pared abdominal* representados por los intestinos turgentes en el momento de su contracción. También sucede que el enfermo diga que *los movimientos intestinales principian en una zona y van a terminar, con intermitencias, en otra* (el sitio de la obstrucción) *y que de aquí no pasan.*

Hasta ahora las indicaciones principales del tratamiento médico eran dos: facilitar el movimiento peristáltico del intestino y atajar los vómitos y toda acción antiperistáltica, pero en estos últimos tiempos, la relativa inocuidad de ciertas prácticas quirúrgicas, gracias a los cuidados antisépticos, permite admitir otra indicación, que se cumple por medio de la *laparotomía* y que consiste en *atacar directamente el sitio de la oclusión* para hacerlo permeable. *Lástima que se emplee en último término, cuando ya se han agotado todos los recursos antes enumerados* (se refieren a la dieta absoluta, remedios antieméticos, purgantes, enemas, etc., tan en boga en aquella época), *pues en tales condiciones y estando el enfermo ya próximo a morir, bien se com-*



# STATICUM

Glipentida (UR 661), 5 mg

**Normaliza la glucemia  
y mantiene estable el equilibrio  
bioquímico del diabético**



Staticum modula la liberación de insulina de acuerdo con las necesidades de cada momento. La variación nictemeral del nivel de glucemia es el único condicionante de la insulinosécréción en el diabético tratado con

Staticum. Por ello, Staticum puede administrarse incluso por la noche, sin riesgo de hipoglucemia.

**Indicaciones:**  
Tratamiento de la diabetes de la edad madura no compensable o mal compensada con dieta sola o con otros hipoglucemiantes orales.  
Tratamiento de la diabetes con necesidades de insulina inferiores a 40 UI al día.

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

**Dosificación:**  
La dosis diaria usual está comprendida entre 1/2 y 4 comprimidos (2,5-20 mg de glipentida). En la mayoría de los casos es suficiente una dosis de 1-3 comprimidos por día para obtener un adecuado grado de compensación.

**Presentación y Composición:**  
Staticum se presenta en envases de 30 y 100 comprimidos. Cada comprimido de Staticum contiene 5 mg de glipentida (UR-661). Una ranura central permite el fraccionamiento del mismo en dos dosis exactas de 2,5 mg.



cuando todo  
ha fracasado...

# Trimetabol®

devuelve  
apetito al  
paciente  
anoréxico

**Características:**  
Una molécula original - METOPINA (BM-185) más específica sobre los centros hipotalámicos y sin efectos secundarios. No produce somnolencia. Rápido incremento del apetito y de la curva ponderal. Elevación espectacular del tono físico y psíquico. Anabizante no hormonal. Condiciones un desarrollo armónico del organismo. Sabor muy agradable a fresa.

**Composición centesimal:**  
METOPINA (BM-185) 25 mg.; L-Isina 5 gr.; d. L-Carnitina 7,5 gr.; D-Sorbitol 25 gr.; Vitamina B<sub>1</sub> 600 mgr.; Vitamina B<sub>6</sub> 600 mgr.; Vitamina B<sub>12</sub> 20 mgr.

**Indicaciones:**  
Anorexia, retrasos de desarrollo, estados de minusvalía física o psíquica, asinia, convalecencias.

**Contraindicaciones:** No se conocen.

**Efectos secundarios:**  
A las dosis habituales TRIMETABOL no tiene acciones secundarias.

**Posología:**  
Tres veces al día. Niños hasta 3 años 2,5 cc. Niños de 3 a 6 años 5 cc. Mayores y Adultos de 5 a 10 cc.

**Presentación:**  
Frascos de 150 cc. de solución, de agradable sabor, P.V.P. 136'00 Ptas.

J. URBACH & C<sup>IA</sup> S. A.  
Bruch 49 - Barcelona 9



Emerenciano ROIG y BOFILL pronunciando una conferencia  
(dibujo de GONZÁLEZ).

Bartolomé ROBERT pronunciando una conferencia  
(dibujo de RAMÓN).



prende que ha de ser empresa temeraria y problemática la de incidir las paredes del abdomen, ir en busca del intestino ocluido, manipular para desinvaginarlo o desenroscarlo, y tal vez, siendo forzoso ir más allá, abrir el tubo intestinal o tal vez escindirlo en una extensión respetable. Esto hace que los éxitos sean contados, mientras que si se operase a tiempo, abrigamos la creencia de que muchos enfermos que hoy sucumben, cuando lo fiamos todo a los remedios comunes, podrían salvarse; de todos modos los casos operados van en aumento, habiéndose logrado curaciones inesperadas, aun con escisión intestinal y la enterorrafia consiguiente.

**CIRROSIS HEPÁTICA ATRÓFICA.** — Los hábitos alcohólicos desempeñan un papel indiscutible en la producción de esta cirrosis. La absorción del tóxico puede ejercer *in situ* acción irritante formativa sobre el tejido conjuntivo intersticial del hígado o puede provocar catarrros gastroentéricos y flegmasia de la vena porta que originen la lesión hepática por continuidad. Es posible que ambos mecanismos entren en juego, ya que la experiencia demuestra que después de un período de gastroenteritis crónica se lesionan las radículas de la vena porta y tras ello va evolucionando la cirrosis; otras veces, sin el desarrollo previo de tales daños, la ingestión continuada de alcohol produce la afección hepática.

Pero incurriríamos en una exageración si creyéramos que todas las cirrosis son de origen alcohólico, ya que la enfermedad también se observa en personas que jamás han bebido más que agua. Y es que la cirrosis puede reconocer diversos orígenes, pero conste también, porque así es en verdad, que a veces nos pasa inadvertida la causa productora.

Los síntomas iniciales de la cirrosis atrófica son tan inciertos (dispepsia gástrica o intestinal, melancolía, estreñimiento, etc.), que es

necesario esperar algún tiempo para que el síndrome se manifieste con su característica expresión.

A medida que el proceso va evolucionando, la exploración clínica revela la *reducción de volumen del área hepática*. La palpación aprecia las asperezas y rugosidades de la superficie del órgano, no siendo raro percibir una o más abolladuras densas, resistentes y con poca o ninguna sensibilidad. La palpación del hipocóndrio izquierdo ordinariamente descubre el *bazo grande y tumefacto*.

La cirrosis atrófica se acompaña a no tardar de *cuantioso derrame peritoneal*, con la particularidad de que durante un largo período no hay edema de la pared del abdomen ni de las extremidades inferiores. Aquella presenta *gran número de venas, un tanto tortuosas, repletas de sangre y distribuidas en sentido longitudinal, aunque alrededor del ombligo pueden formar una verdadera corona vascular*.

Estas venas son las epigástricas inferiores que, arrancando del mismo pliegue inguinal, se anastomosan más arriba con las epigástricas superiores, desembocando después en las mamas. La importancia de esta circulación colateral es tal que contribuye a restringir notablemente la violencia de la ascitis, pues cuanto mayor sea la cantidad de líquido que se aleja de la vena porta para desembocar en las cavas y el corazón derecho, por medio de las anastomosis, tanto menor será la presión de los vasos peritoneales y la filtración del líquido en el interior de la serosa peritoneal. Así es como se explica que a veces la ascitis tarde más tiempo en producirse, o que ya producida se estacione o hasta retrograde.

En algunos casos sobrevienen durante el curso de la cirrosis atrófica *hemorragias por diversas vías* (nasal, gástrica, intestinal, etc.). A medida que las lesiones hepáticas van pro-



grasando, aparecen trastornos en todos los órganos que tienen relación directa o indirecta con el hígado; el corazón se dilata y palpita, se producen fenómenos de congestión pulmonar con la disnea consiguiente y disminuye la diuresis; este último trastorno agrava la ascitis. Aunque la riqueza de venas anastomóticas logra establecer temporalmente un relativo equilibrio entre la circulación general y la de la vena porta, llega un momento en que la estasis de las cavas deja sentir su influencia, apareciendo edema de las extremidades inferiores, preludio de la anasarca.

El pronóstico es mortal en la inmensa mayoría de casos; por lo menos nosotros *no hemos tenido la suerte de ver la curación de ninguna cirrosis atrófica bien confirmada.*

**CÁNCER DE HÍGADO.** — Raras veces constituye un proceso primitivo; en cambio, el secundario o metastático es tal vez el que figura en primer lugar cuando el tumor afecta otro órgano de la economía.

Macroscópicamente, el cáncer hepático puede revestir tres formas: cáncer difuso, cáncer nodular y cáncer cirrótico.

En el *cáncer difuso*, el hígado no ofrece exteriormente deformidad alguna: se encuentra hipertrofiado en su totalidad o en uno de sus lóbulos y con notable aumento de peso, pero con la superficie lisa y muchas veces de coloración normal; al seccionar la glándula, se comprueba que está convertida en una masa blanda, lardácea, de color blanquecino, blanco amarillento, a veces grisáceo.

En el *cáncer nodular*, el hígado aparece lleno de abolladuras, pequeñas como granos de mijo, o grandes como huevos de gallina, o de mayor volumen, separadas por zonas de tejido hepático normal o que comienza a alterarse. La totalidad del órgano está muy aumentado de volumen y peso, como en la forma difusa. En el *cáncer cirrótico* (adenocarcinoma) la hipertrofia es escasa y el aspecto exterior del hígado aparece granujiento como en la cirrosis; al practicar cortes profundos se descubren los nódulos cancerosos, esferoidales, blancos o amarillos, densos y separados unos de otros por tejido cirrótico.

A continuación, los autores describen de forma insuperable la sintomatología de estos tres tipos de cáncer hepático.

**ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS.** — En aquella época, eran casi desconocidas, pero véase lo que opinan de ellas ROBERT y ROIG BOFILL. Constituyen un punto negro en la Patología del aparato digestivo y quizá su conocimiento tendría suma importancia, no tanto para mayor ilustración de la fisiología normal, cuanto para la práctica clínica. *¡Cuántas veces se habrán visto enfermos con un síndrome abdominal indescifrable y que su muerte fue debi-*

*da a una oscura enfermedad pancreática!, porque nosotros no participamos del concepto de que las atribuciones del páncreas son tan modestas que deban figurar en un término muy secundario dentro de las jerarquías de nuestras visceras. No queremos velar nuestra ignorancia señalando aquel órgano como un estigma de nulidad.*

Pero el desconocimiento clínico, ya que no anatómico, de las afecciones del páncreas, es hasta cierto punto justificado. Por una parte, su situación topográfica no le pone al alcance de nuestra palpación ni inspección directas; allí oculto y atravesado entre el estómago, el duodeno y el colon transversal, por delante, y la columna vertebral por detrás, escapa a toda manipulación. Si no fuera más que por esto, no sería excusable la ignorancia de su patología, porque otros órganos hay tan profundos y tienen, sin embargo, su fisonomía característica; la verdadera causa que explica su excepcional condición se encuentra en el modo de ser funcional de la glándula. El páncreas no ejerce actos independientes, con líneas de demarcación bien definidas, sino que sus funciones se entrelazan íntimamente con las de otros órganos y corren paralelas con ellas, produciéndose una acción perfectamente solidaria; unida su actividad durante el trabajo digestivo a la del hígado y la del intestino, mejor puede apreciarse una resultante final de los tres factores combinados, que un papel propio y exclusivo de cada uno de ellos. Aun concediendo al páncreas notorio influjo en la digestión, no goza de especialidad química alguna, sino que todas las sustancias alimentarias que su jugo transforma (albuminoides, hidrocarbonados y grasas), también son atacadas por una u otra de las secreciones del aparato digestivo, desde las glándulas salivales hasta los folículos del intestino; si el páncreas digiere un solo tipo de alimento, con carácter exclusivo, tendríamos una base de partida para conocer su morbosidad; pero tal cosa no ocurre. Por esto, *sin ser pesimistas, entendemos que todavía transcurrirá algún tiempo sin que su patología se dilucide.*

Ganosos los clínicos de descifrar el enigma, han buscado una sintomatología general aplicable a todos los procesos pancreáticos y hablan de la abundante secreción de saliva (*sialorrea*), de las deposiciones grasientas (*esteatorrea*), de los orines grasos (*lipuria*) y del *tinte bronceado de la piel*; pero la verdad es que *este síndrome ni es constante, ni es patognomónico, porque puede faltar, y si se ofrece importa advertir que, lejos de ser exclusivo de la morbosidad del páncreas, se puede desarrollar igualmente en otras afecciones. En suma, hoy por hoy los diagnósticos en vida sólo podrán sospecharse, y la confirmación*

*viene postmortem.*

**ENFERMEDADES DEL PERITONEO.** — Vemos la manera insuperable cómo ROBERT y ROIG BOFILL describen la sintomatología clínica de la ascitis.

A medida que se colecciona el líquido, el vientre se va abultando primero hacia las partes declives, y después en su totalidad, llegando a veces la distensión a extremo tal que hasta las falsas costillas están abombadas. El crecimiento es uniforme y el abdomen simétrico; su figura varía un tanto, según la posi-



Bartolomé ROBERT en los últimos años de su segunda vida profesional (por el pintor barcelonés RAMÓN CASAS). Obsérvese la discreta ptosis palpebral izquierda, residuo de un pequeño ictus cerebral sufrido unos meses antes.

ción que el enfermo adopte: si de pie, sobresale la mitad inferior del vientre; si acostado, se ensancha por los lados.

La piel es blanca, tensa, brillante y con estrías paralelas a la línea alba semejantes a la de las paradas, que constituyen un sello indeleble. El ombligo va perdiendo su figura circular, presentándose ya hendido transversalmente, ya saliendo a modo de onfalocelo, y hasta puede llegar a borrarse por completo, siendo entonces difícil acertar el punto donde radica aquella cicatriz. Las paredes abdominales están adelgazadas, a menos que la hidropesía peritoneal se acompañe; de anasarca, pero entonces también manifiestan la infiltración edematosa de las restantes partes del cuerpo. En toda la región ocupada por el líquido, la pleximetría da un sonido mate que contrasta con la sonoridad de las partes restantes; esta zona de matidez puede variarse a voluntad, con sólo hacer que el enfermo cambie de posición, colocándose, verbigracia, en decúbito supino, de lado, de pie o a gatas. A medida que la coleccion aumenta de volumen el área de matidez crece, quedando en algunos casos un pequeño espacio sonoro hacia el epigastrio, representado por el paquete intestinal fuertemente empujado hacia arriba por la gran masa de líquido. Manipulando como la técnica clínica enseña, se puede apreciar la fluctuación del líquido en una zona mayor o menor y con más o menos claridad según la cantidad de líquido acumulado y la distensión y el adelgazamiento de las paredes.

*La plenitud de las venas subcutáneas del abdomen, si existe, no depende directamente de la ascitis, sino de la enfermedad causal, hepática u otra.*

La hidropesía peritoneal provoca diversos fenómenos mecánicos, cuya explicación es fácil: así la elevación del diafragma disloca y comprime los órganos intratorácicos, de lo cual resultan disnea, palpitaciones, asistolia, etcétera. Estos trastornos se acentúan cuando el enfermo está echado en cama. En bipedestación, la masa líquida provoca sensación de tirantez dolorosa en las ingles y la raíz de los muslos, y si el hidrópico quiere andar se ve obligado a hacerlo como la mujer embarazada, inclinando el dorso hacia atrás, y separando las piernas para aumentar su base de sustentación.

La enfermedad que con mayor frecuencia se confunde con la ascitis es el quiste del ovario, con tanto mayor motivo cuanto que este último suele acompañarse de derrame peritoneal. *En los quistes ováricos raras veces el abultamiento deja de acentuarse más en un lado que en el otro, y si la enferma se pone en decúbito supino, el vientre no se aplanan como en la ascitis, sino que se conserva puntiagudo.*



PRIMER TRATADO ESPAÑOL  
DE ENFERMEDADES  
DEL APARATO DIGESTIVO  
POR  
BARTOLOMÉ ROBERT  
EMERENCIANO ROIG Y BOFILL  
MADRID 1889

Si el líquido es quístico no se disloca la zona de matidez aunque se cambien los decúbitos; colocada la enferma en posición horizontal, se encuentran sonoras las regiones posterolaterales en dirección del cuadrado lumbar; no suele haber descenso del útero, ni convexidad hacia abajo del fondo de saco vaginal, sino elevación y a veces lateralización de la matriz, conservándose normal el fondo de la vagina. A pesar de este resumen que acabamos de hacer de algunos capítulos del *Tratado de Enfermedades del Aparato digestivo* de ROBERT Y ROIG BOFILL, nos podemos dar perfecta cuenta de que lo que estos sagaces clínicos escribieron en 1889 sobre determinadas afecciones del aparato digestivo no podría ser modificado después de transcurridos más de 85 años.

No obstante, las generaciones médicas actuales sustentan que los libros de Medicina envejecen pronto y que pasados unos años no sirven ya para nada. Estas mismas generaciones médicas son las que llenan sus escritos de citas bibliográficas de última hora, con frecuencia sin haber leído siquiera el trabajo original, y con los mismos errores en cuanto al título del artículo, el volumen, el número de las páginas y el año de la Revista que había en la referata de la cual tomaron tales datos. Estas modernas generaciones médicas, que son incapaces de prescribir una fórmula magistral, pero que recetan el último específico que sale al mercado porque el laboratorio farmacéutico que lo prepara asegura, en sus prospectos de propaganda que es el *desideratum* contra la úlcera péptica gastroduodenal, por ejemplo, ignoran que en 1889 se escribió en nuestro país un *Tratado de Enfermedades del Aparato digestivo*, que fue uno de los mejores del mundo en la época en que se publicó y del cual todavía podrían aprender muchas de las cosas que no saben, tales como

*interrogar y explorar bien al enfermo.*

Muchos de los modernos métodos auxiliares de diagnóstico son ciertamente muy valiosos, pero no han relegado a segundo término la anamnesis y la exploración clínica del paciente, como sustentan algunos. *Es absurdo creer que la mayoría de problemas que nos plantea el hombre enfermo se puedan solucionar con radiografías, sondeos, fibroscopias, gammagrafías, prescindiendo de lo más noble de que dispone el médico: sus sentidos.*

Cada día nos sorprende más el gran número de médicos, no ya recién salidos de las aulas universitarias, sino que después de bastantes años de ejercicio profesional, no saben interrogar ni explorar físicamente a los enfermos. *De una historia clínica bien hecha y correctamente interpretada se derivan la orientación diagnóstica y también las bases sobre las que ulteriormente se asentará el tratamiento.* Lo que ocurre es que resulta más fácil encarar un análisis de orina o de sangre, practicar unas radiografías, una fibrosogastroscofia o una laparoscopia, etc., que interrogar adecuadamente, saber palpar el hígado o el bazo, efectuar el tacto rectal o vaginal, etc.

JIMÉNEZ DÍAZ, en 1954, trató de revalorizar la exploración clínica en el estado actual del progreso de la Medicina, afirmando con razón que *«a hacer o interpretar radiografías u otros documentos se puede aprender siempre, pero la exploración clínica se incorpora pronto al espíritu del médico o ya no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible; de ello tengo buena experiencia».*

Notas

<sup>1</sup> COMBES FIKWER, L.: *La Medicina en el siglo XIX (apuntes para la historia de la cultura médica en España)*, J. Espasa, ed., Barcelona, 1914.

<sup>2</sup> MEXIÁN, G.: *Venticinco años de Medicina*, conferencia pronunciada en mayo de 1934 en la Reunión de las Bodas de Plata de la promoción de 1909. «Venticinco años de labor (historia y bibliografía del prof. G. Marañón y del Instituto de Patología médica del Hospital de Madrid por sus discípulos)», páginas 1-46, Espasa-Calpe, S. A., Madrid, 1935.



# Indolgina®

el antiinflamatorio más eficaz y mejor tolerado



## Indicaciones:

Enfermedades reumáticas, artritis, artrosis, dolor de espalda, artritis gotosa, artritis reumatoide.

Periartritis, hombro doloroso, sinovitis, tenosinovitis. Fibrositis, miositis, migalias.

Reumatismos musculares, lumbago, torticolis.

En los procesos inflamatorios que afectan al aparato locomotor y al tejido conjuntivo.

## DOSIFICACION:

1-2 cápsulas o supositorios, 2-3 veces al día.

## CONTRAINDICACIONES:

Úlcus, insuficiencia renal o hepática graves.

## INCOMPATIBILIDADES:

La Indolgina potencia la acción de los anticoagulantes.

## EFFECTOS SECUNDARIOS:

A las dosis habituales, e ingerido con las comidas, Indolgina no tiene acciones secundarias.

## Presentaciones y Fórmula

### Indolgina®

#### Cápsulas

Frascos de 20 y 40 cápsulas con 15 mg. de indometacina y 100 mg. de fenilbutazona por cápsula.

Fco. de 20 (Pts. 82,80) y de 40 (Pts. 132,50)

#### Supositorios

Cajas con cinco y diez supositorios con 40 mg. de indometacina y 200 mg. de fenilbutazona por supositorio.

Caja de 10 (Pts. 80) y de 5 (Pts. 48,90)

### Indolgina® Prednisona

#### Cápsulas

Frascos de 20 y 40 cápsulas con 15 mg. de indometacina, 100 mg. de fenilbutazona y 2 mg. de prednisona por cápsula.

Fco. de 20 (Pts. 86,80) y de 40 (Pts. 143,30)

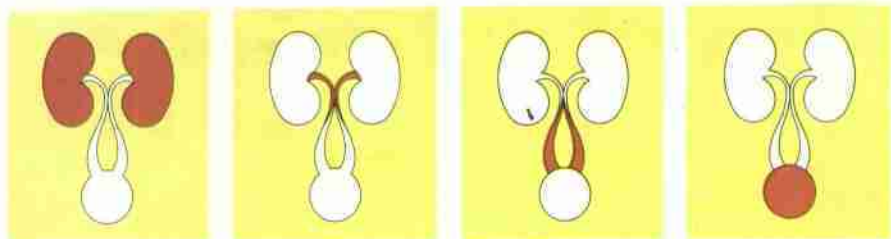
#### Supositorios

Cajas con cinco y diez supositorios con 40 mg. de indometacina, 200 mg. de fenilbutazona y 5 mg. de prednisona por supositorio.

Caja de 5 (Pts. 53) y de 10 (Pts. 84,40)



J. URIACH & C. S. A.  
Bruch 49 - Barcelona 9



En cualquier infección del tracto urinario la

# Furantoína<sup>®</sup>

es el quimioterápico de elección

Porque posee la máxima acción y el espectro más amplio frente a los gérmenes habitualmente presentes en las infecciones urinarias.

Porque alcanza niveles urinarios rápidos y persistentes, impregnando los túbulos y espacios intersticiales de la médula renal.

Porque no provoca resistencias y porque carece de toxicidad.



Una Furantoína para cada indicación, edad y estado

## Furantoína<sup>®</sup>

### Indicaciones:

Pielitis, Pielonefritis, Cistitis, Tratamiento profiláctico en cirugía, Exploraciones urológicas y ginecológicas. Sonda permanente.

### Composición y presentación:

Comprimidos con 50 mg. de Nitrofurantoína. Frascos de 25 y 50 comprimidos. (P. V. P. 83,30 y 137 Ptas.)

Suspensión. Frasco de 80 cc. conteniendo 10 mg. de Nitrofurantoína por cc. (P. V. P. 55,40 Ptas.)

## Furantoína<sup>®</sup> Sedante

### Indicaciones:

Infecciones urinarias que cursan con dolor, tenesmo, disuria y polequiuria. Tratamiento inicial de las pielonefritis, pielitis, uretritis, cistitis y prostatitis. Tratamiento prolongado de la pielonefritis crónica.

### Composición y presentación:

Cápsulas con 50 mg. de Nitrofurantoína, 100 mg. de Fenazopiridina, 1 mg. de N-metil-bromuro de Hioscina y 2.500 U.I. de Vitamina A. Frascos de 30 cápsulas. (P. V. P. 98,40)

## Furantoína<sup>®</sup> Fenicol

### Indicaciones:

Infecciones urinarias con participación renal: pielitis y pielonefritis. Tratamiento de las infecciones urinarias que requieren asociar a la nitrofurantoína un antibiótico de amplio espectro y de elevada concentración en el parénquima renal.

### Composición y presentación:

Cápsulas con 50 mg. de Nitrofurantoína y 200 mg. de cloranfenicol. Frascos de 25 y 50 cápsulas. (P. V. P. 93,40 y 167,50)

**Dosificación usual:** 50-100 mg.; 3 veces al día. Niños mitad de dosis.

**Contraindicaciones:** Insuficiencia hepática o renal graves. La administración de Furantoína Fenicol está contraindicada en los pacientes hipersensibles al CAF o con discrasias hemáticas.

**Efectos secundarios:** La ingestión del medicamento en las comidas no produce intolerancias gástricas.



J. URIACH & C. S. A.  
Bruch 49 - Barcelona 9

XVIII. Relaciones médicas entre la Europa central y del este con otros países del mundo. Historia de la farmacia. Etnomedicina. Historia de la psiquiatría.

XXV. Quebec, 1976: La medicina de los indios de América. Medicina medieval en el mundo. Medicina popular. Influencia de la medicina europea sobre la de los Estados Unidos en la época de su independencia.

A comienzos de 1976 constituían la Sociedad casi sesientos miembros, pertenecientes a 42 nacionalidades, con un extraordinario porcentaje de norteamericanos, entonces 126, por 74 italianos, 52 franceses, 33 alemanes, 31 rumanos, 24 ingleses y solamente 22 españoles. Aquella preponderancia fue, sin duda, el motivo de su propuesta de, pese a seguir manteniendo el francés como lengua oficial, la correspondencia de orden interior, principalmente la dirigida a los miembros anglosajones, fuese bilingüe, pretensión aceptada en la reunión que comento.



La antigua Escuela de Medicina de París, presidida por la estatua de Bichat.

Nuestro exiguo número, pese a no tratarse de una especialidad multitudinaria, y que con el resto de los países de habla castellana asciende a 57 miembros (15 venezolanos, 11 argentinos, 6 mejicanos y 3 cubanos) es a todas luces insuficiente y no representativo del nivel alcanzado por los estudios histórico-médicos en nuestro país. Es de esperar que, a raíz del Congreso de Barcelona, donde numerosos compañeros entrarán, por primera vez en contacto con los historiadores de la medicina mundial, aumenten las inscripciones que conviene recordar deben realizarse a través de las respectivas Sociedades Nacionales, en nuestro caso domiciliada en Plaza Medinaceli, 4, Madrid, abonando la cuota anual de 40 francos franceses.

DANÓN

## CONSULTORIO

189.—A. R. P.: La historia de la hipertensión arterial ha sido estudiada, recientemente, por Jacinto Corbella a través de su libro: «Las etapas de la hipertensión» (Barcelona, Lacer, S. A., 1974), donde a través de su amplia bibliografía, pueden seguirse los antecedentes en el estudio de este síndrome. 190.—L. R. M.: Las citas bibliográficas que sobre José Varela de Montes aparecen recogidas por Juan Riera en su «Bibliografía histórica de «El Siglo Médico» (1854-1936)» publicada recientemente en Valladolid, corresponden a otras tantas referencias dispersas, de una o dos páginas a lo sumo, que tratan diversas facetas de la vida de aquel médico gallego, muchas de ellas notas necrológicas. Las colecciones de la citada revista existentes en Barcelona (Academia de Ciencias Médicas y Facultad de Medicina), son incompletas. Compendio de todas aquellas, creo puede ser de interés el discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Galicia, de José L. Temes Ramos: «El profesor José Varela de Montes (1796-1868) en su época. Ensayo crítico de su obra médica»; La Coruña, 1974. Otra versión sobre la obra de dicho autor, corresponde a Ramón Otero Pedrayo: «El doctor Varela de Montes, médico humanista compostelano del siglo XIX»; Santiago de Compostela, C.S.I.C., Cuadernos de Estudios Gallegos, 1952, anejo VII.

Como complemento, pueden consultarse los siguientes trabajos: PESSET REIG, M.: «Positivismo y ciencia positiva en médicos y juristas españoles del siglo XIX»; *Almena*, 1963, 2: 65-123. GRANJEL, L. S.: «Dos notas sobre la Medicina española en el siglo XIX»; *Arch. Iberoamericanas de Hist. de la Med.*, III, 951: 365-76. PEDRET CASADO, P.: «Oposición a una cátedra de Medicina en la Universidad de Santiago por el doctor José Varela de Montes»; *Cuad. Est. Gallegos*, VIII, 26, 1953: 424-26.

191.—A. L. M.: Para estudiar los antecedentes del tema tan actual de los sindicatos médicos en España, hay que recurrir a la gran experiencia del «Sindicat de Metges de Catalunya», sobre el que publiqué un pequeño trabajo, en el que está recogida casi toda la bibliografía existente: «El ejercicio médico en España y el «Sindicat de Metges de Catalunya» (1920-1939)»; *Cuadernos de Hist. de la Med. Esp.*, XIII, 1974: 233-250.

192.—M. B. A.: La bibliografía psiquiátrica catalana anterior a 1930, es extraordinariamente amplia y, prácticamente, inexplorada, por lo menos en sus grandes figuras. Dejando aparte el I Congreso Español de Psiquiatría (I Certamen Frenopático de 1883) de Giné y Partagás, la obra de Pi y Molist y el manicomio de Santa Cruz, y hasta la de Pujadas y Mayans, en el de Sant Boi, todas ellas bastante estudiadas, en el resto hay una gran laguna. La

asistencia psiquiátrica de la Mancomunidad de Cataluña y, posteriormente, de la Diputación y de la *Generalitat*: Santa Coloma de Gramenet, Salt, Reus; Martí y Julia, Vives Casajuana, Mira, Busquets Terxidor, y muchos más, están esperando que alguien se dedique a estudiar su obra. La amplia relación que ello significaría, máxime tratándose de fuentes documentales, ocuparía mayor espacio del habitual en este Consultorio.

DANÓN

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

RIERA PERELLÓ, Pedro: «Vida y obra del médico mallorquán Miguel José Cabanellas y Cladera». Palma de Mallorca [Gráf. Pascual-Sa Pobla], 1976. 36 páginas.

El *tolleto reseñado* es un resumen de la Tesis doctoral leída, por su autor, en la Universidad Autónoma de Barcelona, en 1975. En ella se recoge la obra de José Cabanellas, estudiante en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz y destinado a los Hospitales militares del Perú desde donde, tras completar estudios de medicina en la Universidad de Mallorca, pasó a Cartagena, sin abandonar sus actividades castrenses. Es de destacar su intensa actuación como epidemiólogo, desde las primeras invasiones de fiebre amarilla, de Cádiz y Sevilla, en 1800, y las sucesivas de Murcia y Cartagena, donde permaneció hasta finalizada la guerra de la Independencia. Murio en Madrid, en 1830, siendo Subinspector general de Medicina y Cirugía.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS, *Anales*, Lérida, 1975 y 1976.

Con un extraordinario alarde tipográfico, no propios de nuestras burocráticas entidades corporativas, el Colegio de Médicos de Lérida ha publicado los *Anales* correspondientes a 1975 y 1976 en los que se incluye una serie de estudios histórico-médicos que, por su extensión, me limitaré a reseñar:

1975: LLADONOSA Y PUJOL, Josep: «Las Ordenanzas del Colegio de Médicos y Cirujanos de la ciudad de Lérida del año 1753»; p. 130-157.

TARRAGÓ VALENTINES, José: «Hospitales de Lérida durante los siglos XII al XVI»; p. 159-249.

1976: COLAS MATÍD, Fernando: «Alimentos histórico-anecdóticos del Colegio de Médicos de Lérida»; p. 17-85.

LLADONOSA PUJOL, José: «La sanitar i la higiene a Lleida, entre Arnau de Vilanova i Jaume d'Agramont (segle XIV)»; p. 86-99. «El proceso de brujería de 1484-1485. Un auténtico tratado de demonología»; p. 100-121.

MIGUEL DE VILLALAIN, Eladio: Antecedentes genealógicos y datos biográficos de D. Pedro Castelló y Ginestá; p. 122-131.

TARRAGÓ VALENTINES, Fernando: «Aportaciones varias para la historia de la Medicina en Lérida y sus comarcas»; p. 132-212.





La revista no es responsable de los conceptos vertidos en los artículos que se publiquen, siéndolo exclusivamente de sus autores.

#### OBRAS INGRESADAS EN NUESTRA BIBLIOTECA

- ARCHIMBAUD, J.: *Actualités bibliographiques en Médecine, Pharmacie et Sciences Biomédicales*, Martres-de-Veyre, Sandoz Editions, 1973/74/76. 3 vols.
- ARCHIMBAUD, J.: *Bibliographie et recherche documentaire en Médecine et Pharmacie*, Paris, Sandoz Editions, 1970/72. 2 vols.
- BARTERIN THOMAS, José M.: *Notas sobre Cirugía gástrica. Afecciones benignas gastro-duodenales*. Barcelona, Salvat, 1915.
- GENERALITAT DE CATALUNYA: *Ciudad: qué has de fer davant la guerra aèria?* Barcelona, Academia i Laboratori de Ciencias Mèdiques [s.a.] Donativo del Dr. Willaert.
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BARCELONA: *Memoria presentada a dicha Corporación por la Comisión Especial de Sanidad nombrada con motivo de la epidemia cólica de 1885 y acuerdos tomados a consecuencia de la misma*. Barcelona, Casa de Caridad, 1885.
- GARCIA BALLESTER, L. y J. L. CARRILLO: *Un ejemplo de represión en la España absolutista*. *Revista de Occidente*, mayo 1974, 134: 205-211. Donativo.
- GUERRA, FRANCISCO: *Las Medicinas marginales. Los sistemas de curar prohibidos a los médicos*. Madrid, Alianza Ed., 1976.
- Historia y labor de la Real Academia de Buenas Letras de Barcelona desde su fundación en el siglo XVIII*. Barcelona, Real Academia de Buenas Letras, 1955.
- MÉNDEZ NIETO, Juan: *Discursos medicinales que tratan de las maravillosas curas y sucesos... Boletín de la Real Academia de Historia*. 1935, 107, 1: 171-288, 1936, 108, 1: 80-98, 1936, 108, 2: 605-656.
- MORALES PÉREZ, Antonio: *Tratado de operatoria quirúrgica*. Barcelona, Suc. de Ramírez y Cia., 1881/82. Tomos I y II.

NIETO SERRANO, Matías: *Discurso leído en la inauguración de las sesiones de la Real Academia de Medicina en el año de 1825-86*. Madrid, Enrique Teodoro, 1886. Donativo del Dr. López Riós.

NIETO SERRANO, Matías: *Discursos le-*

*dos en la solemne Sesión Inaugural del año de 1890 de la Real Academia de Medicina*. Madrid, Enrique Teodoro, 1890. Donativo Dr. López Riós.

NIETO SERRANO, Matías: *Discursos leídos en la solemne Sesión Inaugural de 1893 de la Real Academia de Medicina*. Madrid, Enrique Teodoro, 1893. Donativo Dr. López Riós.

NIETO SERRANO, Matías: *Discursos pronunciados en la inauguración de las sesiones de la Real Academia de Medicina en el año de 1883-64*. Madrid, Enrique Teodoro, 1884. Donativo Dr. López Riós.

NIETO SERRANO, Matías: *Memoria leída en la solemne Sesión Inaugural del año de 1887 en la Real Academia de Medicina*. Madrid, Enrique Teodoro, 1887. Donativo Dr. López Riós.

PARRILLA HERMIDA, Miguel: *Posibles antecedentes del Real Colegio de Cirugía de Cádiz y de la enseñanza de la Medicina en la Armada*. *Revista General de Marina*. Febrero, 1977: 149-154. Donativo del autor.

*Real Cédula de Su Majestad y Señores del Consejo en que se aprueban y mandan observar las Ordenanzas generales formadas para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía... Madrid, Ibarra, 1817.*

RIERA PERELLÓ, Pedro: *Vida y obra del médico mallorquín Miguel José Cabanellas y Cladera*. Palma de Mallorca, Gráficas Pascual, 1976. Donativo del autor.

SUÑE ARBUSSÀ, José M.: *Las Concorديات de Barcelona del siglo XVI*. Barcelona, Romargraf, 1977.

VILASICA ANGUERA, Salvador: *Epidemias a Reus (siglos XIV-XVI)*. *Notes d'arxiu Tarragona*, Excm. Diputación Provincial, 1976.

#### EFEMERIDES

Bernardino Ramazzini, de Módena, escribió en 1700 la obra «De Morbis Artificum diatriba», que es considerado el primer tratado sobre enfermedades laborales.

Johan Peter Frank (1745-1821) director del Hospital General de Viena, publicó en 1779 el primer volumen de su obra

«System ciner vollständigen medicinischen Polizey», y el sexto en 1817. El título «sistema completo de política médica», expresa mejor que nada el significado de la obra, que es el de exponer la consecuencia de la sanidad mediante leyes dadas por el estado.

El descubrimiento de la protuberancia se atribuye a Constanzo Varolio (1543-1578), que incluyó una tosca representación de la misma en una figura de la base del cerebro que aparece en su obra «De nervis optici». Debido a ello, la protuberancia es llamada puente de Varolio.

Gabriele Fallopio (1523-1562) publicó en 1561 sus «Observationes Anatomicas» en las que describió las trompas que llevan su nombre, los ligamentos redondos y otras estructuras de los órganos genitales femeninos. Se ocupó asimismo del acueducto que también lleva su nombre, de la cóclea y del laberinto auditivo, y de la cuerda del tímpano. Su obra relativa a los nervios craneales es importante, en especial la correspondientes a los pares cuarto, quinto, octavo y noveno.

Jakob Benignus Winslow (1669-1760) publicó en 1733 su obra en cuatro volúmenes: «Exposition anatomique de la structure du corps humain», que se convirtió en el tratado anatómico «standard» durante cerca de un siglo.

Antonio Scarpa (1747-1832) uno de los mejores anatomistas italianos estudió los nervios cardíacos. Su monografía sobre este tema «Tubulae Neurologicae» (1794) incluye excelentes ilustraciones realizadas por él mismo, describiendo también la cirugía de las hernias (triángulo de Scarpa).

Johannes Evangelista Purkinje (1787-1869), presentó en 1837, en el Congreso de Praga, una comunicación en la que describía las células nerviosas con sus nucleos y dendritas y presentaba figuras de las fibras nerviosas mielínicas y de las grandes «células de Purkinje», características de la corteza cerebral. También se le debe la descripción de la vesícula germinal embrionaria. Escribió sobre la sensibilidad cutánea y sobre varios fenómenos psicológicos y fue el primero que utilizó el término protoplasma.

alteraciones  
del comporta-  
miento  
infantil



# GuasTil

suspensión

pediátrico

**Trastornos de conducta y de comportamiento.**

**Bajo rendimiento escolar.**

**Falta de atención y memoria.**

**Insomnio. Terrores nocturnos. Tics nerviosos.**

**Timidez. Fobias. Introversión.**

**Celos. Estados depresivos.**

**Enuresis nocturna.**

**Distonias neurovegetativas.**

**Dolores abdominales.**

**Anorexia psicógena.**

**Composición:** Cada cucharadita (5 cc) de GUASTIL PEDIATRICO Suspensión contiene 25 mg de Sulpiride. Frasco de 200 cc. P.V.P. 243,70 Ptas.

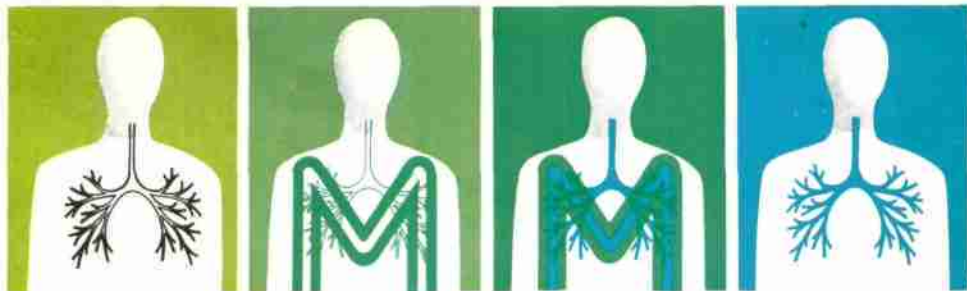
**Popología:** Lactantes: 1/2 cucharadita (2,5 cc), 1 a 3 veces al día. Niños de 2 a 7 años: 1 cucharadita (5 cc), 1 a 3 veces al día. Niños mayores de 7 años: 2 cucharaditas (10 cc), 1 a 3 veces al día.

**Contraindicaciones:** Epilepsia.

**Efectos secundarios:** Dosis elevadas pueden provocar galactorrreas o amenorreas transitorias, reversibles al disminuir la dosis o suspender el tratamiento.



URBACH  
Buenos Aires - Barcelona



# BRONQUI MUCIL



Tratamiento de todos los procesos sépticos del tracto respiratorio y cavidades anexas



Composición:	JARABE (mg)	SUPOSITORIOS ADULTOS (mg)	SUPOSITORIOS NIÑOS (mg)
Brovanexina (UR-389) . . . . .	250	30	15
Trimetoprim/Sulfametoxazol . . . . .	800/4000	100/500	50/250
Dextrometorfano . . . . .	200	25	10
Guayacolgliceril-eter . . . . .	1000	100	50
Alcanfor . . . . .	—	100	50
Eucaliptol . . . . .	—	150	75
Excipiente c.s.p. . . . .	100 c.c.	1 sup.	1 sup.

## Contraindicaciones y precauciones

Casos de sensibilidad individual frente a las sulfamidas. Insuficiencia hepática o renal graves. A pesar de que no se han descrito acciones teratogénicas, es prudente no administrar Bronquimucil durante los primeros meses de gestación. Como cualquier otro medicamento, el Bronquimucil deberá administrarse con precaución en los lactantes durante los primeros 3-4 meses de vida.

## • POSOLOGIA

### Adultos

- 1 medida (10 c.c.), tres veces al día.
- 1 supositorio «adultos», dos-tres veces al día.

### Niños

- 1/2 medida (5 c.c.), tres veces al día.
- 1 supositorio «niños», dos-tres veces al día.

## • PRESENTACIONES Y PRECIO

- Bronquimucil Jarabe. Frasco de 100 c.c.: P.V.P. 190,00 Ptas.
- Bronquimucil Supositorios adultos. Caja de 12: P.V.P. 254,00 Ptas.
- Bronquimucil Supositorios niños. Caja de 12: P.V.P. 147,20 Ptas.



J. URIACH & C. S.A. Bruch 49 / Barcelona 9