

# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACIONES MEDICAS BIOHORM—SECCION: MEDICINA E HISTORIA

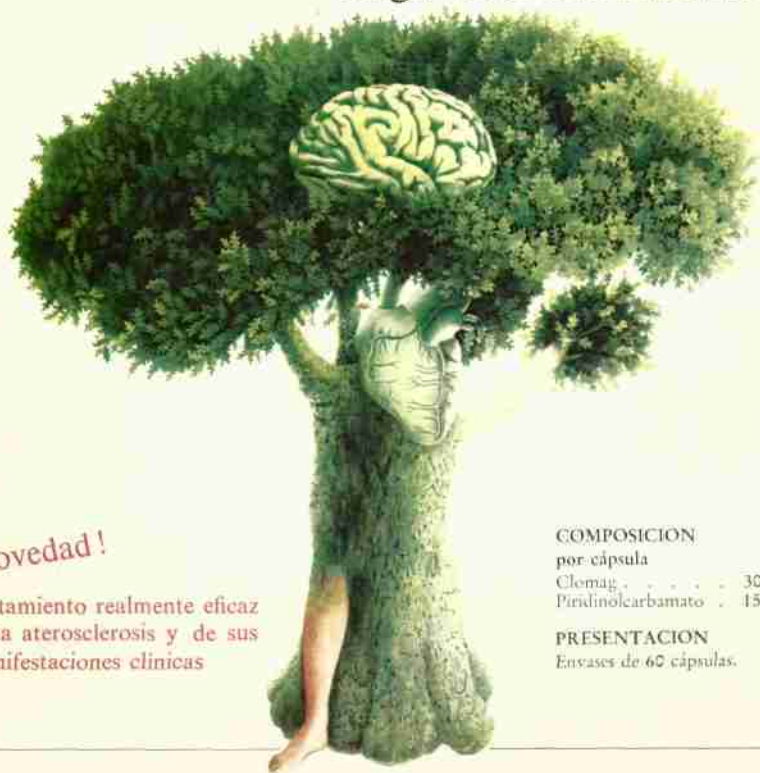
Director: Dr. Manuel Carreras (Editorial Rocas) N.º R.: B. 1023-63. D. L.: 27541-63

Consejo de redacción: Dr. Agustín Albarracín—Dr. Leopoldo Cortés—Prof. P. Lain Entralgo—Prof. Luis S. Granjel  
Prof. J. López Ibor—Prof. José M.º López Piñero—Dr. Esteban Padrós—Dr. Silverio Palafox—Prof. Pedro Pizachs  
Prof. J. Roa Carballo—Prof. Ramón Sarro Burbano—Prof. Manuel Usáinziga.— Dirección gráfica: Pla-Narbona

n.º 26 Julio 1973 - Barcelona - (Segunda Época)

## Ahora con **DaviStar**®

larga vida circulatoria



**Novedad!**

Tratamiento realmente eficaz  
de la aterosclerosis y de sus  
manifestaciones clínicas

#### COMPOSICION

por cápsula

Clemag . . . . . 300 mg.  
Piridinolcarbamato . . . . . 150 mg.

#### PRESENTACION

Envases de 60 cápsulas.

Cuando el síntoma es  
**distensión abdominal**



Dibujo de Ezequiel Mugliari

# HEPA DIGEST

Biohorm



armonizador de la estructura  
y de la dinámica de la  
encrucijada hepato-bilio-digestiva

COMPOSICION POR GRAGEA: 2-MPG (2-mercapto-propionilglicina) 100 mg; Metoclopramida 10 mg; Ciclobutiroil 100 mg; Procaina 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.

PRESENTACION: Frascos de 40 grageas. Ptas. 297,80

# MEDICINA & HISTORIA

REVISTA DE ESTUDIOS HISTORICO-INFORMATIVOS DE LA MEDICINA

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

Barcelona, julio de 1973

## EDITORIAL

### HISTORIA DE LA MEDICINA E HISTORIOGRAFIA

El renovado interés de los médicos por la Historia de la Medicina convierte a nuestros lectores en un público día a día más exigente respecto al rigor y exactitud de los temas desarrollados a través de estas páginas. Nos enorgullece haber contribuido a ampliar con esta publicación el espíritu crítico de la clase médica y aplaudimos y agradecemos las sugerencias que nos llegan para hacer de estas páginas un auténtico vivero de Historiografía.

No podemos conformarnos ya, en efecto, con el relato impersonal y frío de unas figuras del pasado o de su mera aportación al acervo de la Medicina. La Historiografía es un arte y, como todo arte, debe captar el espíritu tanto como las formas. No nos basta tener la noticia aséptica de un personaje, como si nos fuera mostrado dentro de un tubo de ensayo. La vida es séptica. Cada época un entorno social y circunstancial que determina sus formas.

El que hoy, por ejemplo, la Medicina, como actividad social, se halle en la mayoría de los países; paradójicamente, en una encrucijada a causa del propio desarrollo técnico, planificada y monopolizada estatalmente, provoca si no una crisis abierta si una serie de fenómenos que denuncian las deficiencias de su sistematización. Esta crisis, naturalmente, no es más que una consecuencia del devenir histórico de nuestra época y que refleja, lo mismo que en cualquier otra, la ininterrumpida transformación de la sociedad.

Es, pues, importante, que sepamos ver tanto los distintos aspectos de la Medicina del pasado como su permanente crisis, la atmósfera y el entorno en que se desenvolvieron aquellos que nos han precedido. Es ésta la visión que nos guía. Pretendemos que el estudio y análisis de la Historia de la Medicina no se nos quede convertido en un relato sin interés, reducido a una relación de fechas y hechos, sino que, todo lo contrario, nos revele la rica dialéctica de cada época, la aventura interior de cada uno de sus protagonistas.

M. CARRERAS ROCA

## SUMARIO

Pág. 3

Editorial.

Médicos y cirujanos andaluces en Cataluña entre 1796 y 1850.

Pág. 4

Noticias.

Visitas a nuestro Laboratorio.

Pág. I/XVI

Aspecto social del cólera de 1885, en Alcira por Salvador Aliño Pellicer.

Pág. 29

IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Obras ingresadas en nuestra biblioteca.

Pág. 30

Efeméride.  
Consultorio.

### MÉDICOS Y CIRUJANOS ANDALUCES EN CATALUÑA ENTRE 1796 Y 1850 \*

Puede ser de interés para el estudio histórico de nuestra Medicina el conocimiento de las que podríamos llamar migraciones científicas entre sus regiones. Son escasos los datos que poseemos acerca de la importancia de los intercambios estudiantiles entre universidades más o menos lejanas si exceptuamos los debidos a una mayor o menor tolerancia a la hora de los exámenes, bien patentados en la historia de las de Cervera, Huesca, Gandía, Orihuela, etc. Los archivos universitarios españoles están prácticamente inexplorados y en ellos podríamos obtener datos de interés acerca de la difusión del saber médico en nuestro país. Por ello y buscando alguna relación entre dos regiones bien distantes, Andalucía y Cataluña, como punto de partida para un trabajo más amplio, hemos estudiado unas series documentales comprendidas entre 1796—cuando ya había cesado la natural afluencia de gaditanos hacia el Real Colegio de Cirugía de Barcelona— y 1850, año en que puede considerarse definitivamente consolidada la Universidad barcelonesa una vez suprimida la de Cervera.

Hemos seguido un total de casi 1.500 médicos y cirujanos en un periodo de cincuenta y cuatro años a través de la documentación administrativa del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, y sus sucesores Colegio de Cirugía Médica, Escuela especial de la Ciencia de Curar y Real Colegio de Medicina y Cirugía; de la Academia de Medicina Práctica de la misma ciudad y del Protomedicato de Cataluña, conservada en el llamado Fondo de Cervera de la Biblioteca Universitaria de Barcelona. La relación de médicos y cirujanos de origen andaluz es la siguiente:

Ms. n.º 9: *Libro de Matriculas de la Academia de Medicina Práctica, (1801-1842)* con 602 inscripciones:

1824:— Francisco de Paula Folch y Amich, n. de Granada, examinado y aprobado de Clínica en 1825 y 1826.

— José Hurtado y Benítez, n. de Antequera. Graduado de Medicina en la Real Universidad de Granada el 28.5.1824; y aprobado de Clínica en 1826.

(sigue)

# 26

## M&H

(Segunda Época)

- José María Carmona, n. de Almuñécar; bachiller en Medicina de la Universidad de Granada en 10.7.1823, según acreditación expedida por la de Sevilla. Aprobado de Clínica de octubre de 1823 a septiembre de 1824. En noviembre de 1825 se le aprobó otro año.
- 1825: — José Ramón Quijada, n. de Illoira. Bachiller en Medicina de la Universidad de Granada en 16.6.1823.
- José Ruiz de Almojeda, n. de Montilla. Graduado en la Universidad de Cervera, aprobado de Clínica en junio de 1827.
- José Ramón Martínez, n. de Lorca, diócesis de Cartagena. Graduado en la Universidad de Granada el 14.5.1824. Examinado y aprobado de Clínica en julio de 1827.
- 1838: — Pedro Estrada y Manresa, n. de Almería. Presentado a exámenes generales y aprobado en 1839.
- 1842: — Miguel Casimiro Alonso y Ortiz, n. de Movilzar.
- Ms. n.º 50: *Libro de Bachilleres en Cirugía, 1808-1846*, con 368 títulos:
- 1816: n.º 80. — Antonio de Reyes y Paz, n. de Málaga, de 39 años.  
82. — Juan Berdejo y Gómez, n. de Coin, de 42 años.
- 1819: 164. — Francisco Jori y Lleviana, n. de Cádiz, de 23 años, con título otorgado por la Facultad de Cirugía Médica.
- 1822: 202. — Felipe Frullet y Boria, n. de San Fernando, de 23 años.
- 1823: 219. — Francisco de Paula Folch y Amich, n. de Granada, de 24 años.
- 1824: 222. — Antonio Cledera y Madoño, n. de Andújar, de 20 años.
- 1843: 351. — Eugenio Herrero y Navas, n. de Frigiliana, de 24 años.
- 1845: 356. — Camilo Alzate y González, n. de Córdoba, de 23 años.
- Ms. n.º 167. *Libro de Doctoramientos (1796-1850)*, con 266 grados.
- 1796: n.º 11. — Nicolás Meca e Iceda, n. de Lucena, «jam antea Chirurgiae licentiatuus».
19. — Antonio Mena y Ojeda, n. de Sevilla.
24. — Pedro Matamoros y Pacheco, n. de Ceuta.
26. — Miguel Boullosa, n. de Cádiz.
27. — Francisco Martínez, n. de Sevilla.
30. — José Ramos, n. de Baena.
31. — Pascual López Cárdenas, n. de Cádiz.
32. — Andrés de Martos, n. de Córdoba.
39. — Antonio García Pugas, n. de Cazalla (de la Sierra).

42. — Francisco de Vilches, n. de Bornos.
43. — Diego López Ruiz, n. de Tarifa.
- 1797: 49. — Francisco Javier de Córdoba (y Torrebejano), n. de Espejo.
54. — José Portillo, n. de Santa María, diócesis Hispalense (sic).
57. — Antonio España, n. de Tarifa. Por orden de la Junta Superior Gubernativa se le concede antigüedad de 6.10.1796.
- 1798: 64. — Antonio Serrano y Urve, n. de Málaga.
- 1802: 89. — Lorenzo Díaz González, n. de Málaga.
91. — Bartolomé Antonio de Salas, n. de Jubrique.
- 1807: 110. — Antonio Argobejo, n. de Cádiz, licenciado en Cirugía del Real Colegio de Cádiz.

Ms. n.º 248. *Libro del Protomedicato de Cataluña (1768-1827)*, con 256 reválidas a partir de 1796:

- 1808: Alberto González Carmona, n. de Lucena, bachiller en Medicina de la Universidad de Granada el 12.9.1803.

Vemos, pues, que de casi 1.500 médicos y cirujanos solamente 36, menos del 25 %, son originarios de Andalucía incluyendo en ellos uno natural de Lorca, graduado en Granada, y otro de Ceuta. Asimismo, en las anteriores relaciones figuran cinco nombres repetidos debido a figurar, en diferentes momentos, en la Academia de Medicina Práctica, Real Colegio de Cirugía o Protomedicato.

Como comentario, valgan las siguientes consideraciones:

Entre 1796 y 1798 y de un total de sesenta y cuatro doctores en Cirugía, quince son andaluces. En este mismo período no figura ningún médico ni bachiller en cirugía pues con toda probabilidad aquellos, formados en su mayor parte en el Real Colegio de Cádiz, se desplazaron a Cataluña ante la demanda de cirujanos militares para el Ejército del Rosellón. El grado de doctor sería un trampolín para alcanzar puestos destacados en la Sanidad Militar pero sin embargo, de aquellos, solamente hemos podido seguir la trayectoria de Francisco Javier de Córdoba, quien al poco pasó a América escribiendo un tratado sobre la fiebre amarilla.<sup>1</sup>

A partir de 1798 el número de andaluces desciende extraordinariamente: dos en 1802 y otros dos en 1807 mientras que como médicos ejerciendo privadamente la profesión solamente figura Alberto González Carmona, bachiller en Medicina de la Universidad de Granada en 1803, bachiller en Cirugía del Real Colegio de Barcelona y reválido por el Protomedicato en 1808. Pasado el paréntesis de la invasión francesa, en blanco en toda la documentación consultada, la concurrencia de an-

daluces sigue siendo muy escasa pero gana en calidad:

Francisco de Paula Folch y Amich, natural de Granada aunque de padres catalanes residentes en aquella capital, «de estatura alta, color moreno, cabello negro, ojos pardos; nariz regular y barba poca», doctor médico-cirujano el 21 de septiembre de 1823, recibe el grado de bachiller en Cirugía, inexplícitamente, un año después el 18 de diciembre de 1824. Será catedrático de Patología Clínica y Anatomía Patológica de Barcelona.

Carlos de Silóniz y Ortiz, doctor el 23 de noviembre de 1845: director, en esta misma fecha, del gabinete de trabajos anatómicos de la Facultad de Medicina barcelonesa y catedrático, al año siguiente, de Anatomía general y descriptiva<sup>2</sup> y, por último, Antonio Mendoza y Rueda, catedrático de Anatomía quirúrgica, Operaciones y vendajes en 1844<sup>3</sup> no se gradúa de doctor hasta el 5 de abril de 1846.

J. DANÓN

\* Comunicación presentada en el IV Congreso Español de Historia de la Medicina.

<sup>1</sup> Cfr.: DANÓN BERTOS, J.: *Médicos graduados en Valencia que ejercieron en Cataluña a finales del siglo XVIII*. Comunicación presentada al I Congreso de Historia del País Valenciano (en prensa). DANÓN BERTOS, J.: «Médicos graduados en Valencia que ejercieron en Cataluña a comienzos del siglo XIX». *Boletín Informativo, Suplemento de Anales de Medicina*, 143, 1971: 29-35.

DANÓN BERTOS, J.: «Datos para la Historia de la Medicina en Tarragona, 1768-1799». *Boletín Informativo, Suplemento de Anales de Medicina*, 152, 1972: 33-51.

<sup>2</sup> Comunicación personal del doctor José López Sánchez de La Habana.

<sup>3</sup> CORRALA, J.: «La restauración de la Facultad de Medicina de Barcelona en 1843». *Orbe Histórico*, 5: 31.

## NOTICIAS

El día 2 del pasado mes de junio tuvo lugar la recepción como académico de número de la Real Academia de Medicina de Salamanca del profesor don Luis S Granjel, catedrático de Historia de la Medicina de aquella universidad y fundador, en 1955, del primitivo Seminario de Historia de la Medicina Española, hoy transformado en Instituto.

Al discurso inaugural que versó sobre «Médicos novelistas y novelistas médicos», contestó don Pedro Laín Entralgo.

## VISITAS A NUESTRO LABORATORIO

Durante el pasado mes, nos vimos honrados con la visita a nuestro Laboratorio de la Promoción 1973 de la Facultad de Medicina de Valencia y de los Auxiliares de Farmacia de Barcelona.

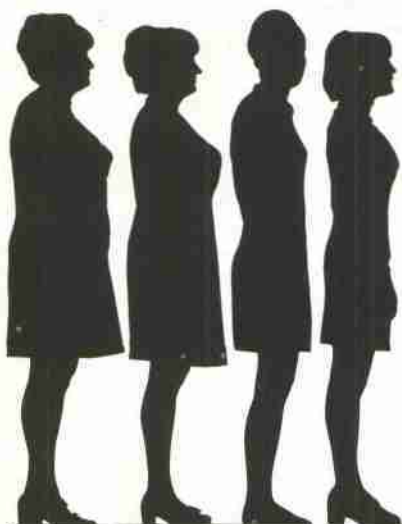
EN VERANO ...

# Trimetabol

el único a base de Metopirón.

devuelve  
el apetito  
y la vitalidad





# la misma edad... pero distinta silueta

La etiopatogenia de la obesidad es debida en el 80% de los casos a una deficiencia de las oxidaciones intraorgánicas, impidiendo el libre desenvolvimiento de las combustiones tisulares.

## LIPOGRASIL<sup>®</sup> grageas

es un tratamiento óptimo e inofensivo para la terapéutica de la obesidad porque

- Estimula los órganos eliminadores
- Desintoxica el organismo
- Ejerce una acción diurética
- Permite una medicación prolongada, sin efectos secundarios
- Elimina paulatinamente el peso superfluo
- Evita molestias de origen artrítico, gotoso o vascular



*Dosificación: De 2 a 6 grageas al día durante las comidas*

# MEDICINA & HISTORIA

REVISTA DE ESTUDIOS HISTÓRICO-INFORMATIVOS DE LA MEDICINA

Secretaría de Redacción

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

Barcelona, julio de 1973

---

SALVADOR ALIÑO PELLICER

III PREMIO «BIOHORM» DE HISTORIA DE LA MEDICINA, 1972

## ASPECTO SOCIAL DEL CÓLERA DE 1885 EN ALCIRA

# 26

M&H

# ASPECTO SOCIAL DEL CÓLERA DE 1885 EN ALCIRA

SALVADOR ALIÑO PELLICER

## INDICE

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. DESARROLLO:
  - A) Perspectiva histórica de Alcira.
    - 1. Situación geográfica.
    - 2. Aspecto económico.
    - 3. Aspecto social.
    - 4. Aspecto cultural.
  - B) Alcira y la epidemia.
    - 1. Crisis socio-económica.
    - 2. Evolución de la epidemia.
    - 3. Distribución cartográfica de la mortalidad.
- III. CONCLUSIÓN.





## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad del cólera se conoce desde muy antiguo y verdaderamente no constituyó un problema social hasta el siglo XIX. Hasta entonces se limitó a ser una enfermedad a lo sumo endémica y localizada siempre en la India. Pero a partir del siglo XIX, concretamente en 1817, inicia su salida por las desembocaduras del Ganges en dirección (siguiendo las vías fluviales) a Occidente y es de este modo como el cólera se transforma para Europa en uno más de los jinetes del Apocalipsis que, con una intermitencia de diez años, aproximadamente, diezmará las poblaciones europeas. Así, pues, una enfermedad que hasta entonces era desconocida para Occidente, se transformará en una pesadilla social sembrando destrucción, pánico y muerte allá donde aparece, e inquietud y desasosiego en los países limítrofes que ven avecinarse la catástrofe y no pueden hacer nada para impedirlo.

Esta situación despierta, a modo de reflejo o quizá cuadraría mejor decir «instinto de supervivencia», la inminente necesidad de dar con la etiología del cólera que en 1880 se reducía a tres hipótesis.

- Etiología atmosférica.
- Etiología miasmática.
- Etiología eléctrica.

Será durante la segunda oleada epidémica (alrededor del año 1850) cuando empiezan a aparecer las primeras aunque tímidas teorías de una etiología bacteriana. Y ya en los años 70, Pasteur y Koch fundan la «Nueva ciencia microbiológica», para más tarde, en 1883, maduro su pensamiento sobre la etiología microbiana como para sufrir una crítica, comunicar Koch su descubrimiento del vibrión colérico al Consejo Imperial de Sanidad de Berlín, hecho que produjo un gran impacto en toda Europa.

Asociando a esto el no menos importante descubrimiento de las vacunas por Pasteur, se observa que queda abierto en esta época un extensísimo campo de posibilidades (bacteriológicas, terapéuticas, profilácticas, etc.) aunque por aquel entonces muy difuso todavía para combatir el cólera. Y es dentro de este marco de circunstancias donde aparece Ferrán, cuya obra representa la síntesis de las preocupaciones y conocimientos científicos de Europa en aquella época.

Nosotros, en este trabajo, nos proponemos como meta principal observar cuáles fueron las circunstancias en que se desarrolló la epidemia de cólera de 1885, en Alcira, así como estudiar su evolución y repercusiones sociales.

Este mismo celo objetivo nos induce a realizar un estudio detallado de la mortalidad durante tres años, nos obliga a desarrollar, pues, el tema en el próximo apartado, incluyendo en un primer momento, como inicio del desarrollo del trabajo, una perspectiva histórica de Alcira, así como en el segundo apartado dar una visión clara de cuál era la situación crítica de esta ciudad durante el año 1885, poco antes de ser escenario de la epidemia. Estos datos los juzgamos fundamentales, para junto con el estudio detallado de la mortalidad durante el año epidémico en relación al anterior y posterior al mismo, llegar a una conclusión.

## II. DESARROLLO

### A) PERSPECTIVA HISTÓRICA DE ALCIRA

Pueblo o ciudad, Alcira fue, por así decir, el escenario principal en España de la epidemia de cólera en 1885. Hay quien supone que así son las reglas del azar. De igual modo que Alcira ha obtenido tres veces el primer premio de la Lotería Nacional, le ha tocado ser escenario de la epidemia. No obstante, es preciso realizar un estudio más serio que la pura elucubración para llegar a dicha conclusión y a poco que profundicemos, observaremos cómo se trata de un azar dirigido ya que Alcira en esta época era toda ella una cápsula de Petri, repleta del mejor caldo de cultivo para el desarrollo del bacilo del cólera.

Pero, consideremos las circunstancias de Alcira sin olvidar en ningún momento la estrecha relación que existe entre ésta y su provincia, España y Europa.

#### 1. Situación geográfica

La situación geográfica de Alcira es imposible desligarla de su aspecto económico ya que ambos se influyen y se condicionan por lo que nos limitaremos en este apartado a representar una mera descripción, para entrar en más detalles al analizar el aspecto económico.

La Alcira del 85 era una isla rodeada por el río Júcar. Blanco perfecto para una epidemia que avanza siguiendo las vías fluviales. Es más, la mayor parte de sus zonas de regadío lo eran a costa del agua del Júcar, lo cual hace que la epidemia entrase canalizada por las acequias a los huertos.

#### 2. Aspecto económico

La principal fuente de riqueza de Alcira se



Un aspecto de la moderna Alicante.

encuentra en el campo y en el cultivo del naranjo. La segunda fuente la proporciona el comercio basado principalmente en la anterior.

Parece ser que se ha difundido la idea de que el cultivo del naranjo es un negocio redondo, idea que ha llegado a crear un mito sobre este cultivo, y que incluso los mismos alcireños nos hemos llegado a creer. Si ahora comenzamos a ponerlo en duda es por la evidencia tan aplastante de lo contrario, y magnífico ejemplo de esta creencia es la grandísima especulación del suelo que se ha venido haciendo en la provincia de Valencia, llegándose a pagar cifras astronómicas por una hectárea de terreno en seco transformable. Y este hecho, común en todo el país valenciano, se intensificó mucho más en Alicante (ciudad eminentemente naranjera).

Pero, esta especulación del suelo responde a un hecho comprensible, y es que todo individuo soñaba en tener un pedazo de terreno donde plantar naranjos y así liberarse del yugo esclavista que suponía el trabajar para otro. Es así como surge una gran demanda de terrenos y poca oferta, por lo que, por una simple deducción lógica, se comprende esta especulación que a su vez, hacía suponer a los demás (por este momento el valor de la tierra) que el cultivo del naranjo era un medio ideal de enriquecerse, con lo cual aumentaban los deseos de compra; el descenso de la oferta y por consiguiente una mayor especulación. Así, pues, se establecía un círculo vicioso que a la larga se tenía que demostrar lo perjudicial de esta idea porque se compraban terrenos a un precio tan elevado que muy difícilmente éste (suponiendo que no hubiesen catástrofes) le podría resultar rentable. Si a esto le sumamos que en muchos casos había

que transformar el terreno, nivelándolo (operación altamente costosa) e incluso a veces transformarlo en regadío (operación también muy costosa) se comprende que el mito creado sobre la magnífica rentabilidad económica del cultivo del naranjo, hay que admitirlo con reservas.

El comercio de la naranja fue iniciado por el banquero Sacristá Coll, y así Luis Simarro dice: «en 1850 el banquero valenciano don Francisco Sacristá Coll siguiendo una sugerencia de unos músicos ambulantes franceses, los hermanos Fournier, a los que protegía en su iniciativa el poeta Aguirre Mاتيол, gran amigo de aquél, hizo un envío de unas cajas de naranjas procedentes de los huertos de Alicante que fueron consignadas a Liverpool. Las cincuenta primeras cajas obtuvieron una acogida muy lisonjera repitiéndose las expediciones con el mismo éxito».<sup>1</sup>

Indudablemente este hecho permitió abrir un amplio mercado, lo cual no dejó de ser interesantísimo, no ya sólo para el comerciante sino también para el agricultor.

### 3. Aspecto social

La estratificación social en Alicante corresponde a la de una sociedad clasista y de este modo se observa un proletariado, una clase media y una aristocracia.

La clase proletaria estaba constituida por los campesinos que oscilaban de menor a mayor categoría en el jornalero, el arrendatario no acomodado y el pequeño propietario.

La clase proletaria (la mayor parte de la población) está toda ella prácticamente ligada al campo y como él expuesta a las inclemencias del tiempo, es decir, son unas personas que viven la monótona angustia de la necesi-

# Nico-Hepatocyn

la clásica medicación hepatobiliar

#### Propiedades esenciales:

- Activa la secreción biliar
- Corrige con rapidez la estasis biliar y el estreñimiento
- Interrumpe el círculo vicioso de las disfunciones hepatobiliares
- Desintoxicación general del organismo

#### Composición:

Vitamina P.P. (Nicotinamida), 50.000 U.I.; Extracto hoja fresca de alcachofa, 0,15 gr.; Polvo de hojas de boldo, 0,01 gr.; Res. P. Peltatum, 0,002 gr.; Extracto bils de buay, 0,04 gr.; Evonimina, 0,01 gr.; Extracto de cáscara sagrada, 0,02 gr.

#### Presentación:

Frasco con 60 grageas, P.V.P. Ptas. 65

#### Indicaciones:

Hepatitis, ictericias, cirrosis, litiasis biliar, dispepsias de origen biliar, colemia, insuficiencia hepática, estreñimiento.

#### Posología:

2-6 grageas al día.



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



colagogo y colerético  
que normaliza la

suave y completo  
función hepática

# Para toda clase de dermatitis seborreica del cuero cabelludo

dos especialidades clásicas de



## Bioselenium<sup>®</sup> para dermatosis secas

Suspensión de sulfuro de selenio al 2,5 %  
FRASCOS de 100 y 35 cc. P.V.P. Ptas. 63,60 y 32,60  
Libre prescripción en la ASSS

## Biocadmio<sup>®</sup> para dermatosis grasas

Suspensión de sulfuro de cadmio al 1 %  
FRASCOS de 100 y 35 cc. P.V.P. Ptas. 57,80 y 31,30  
Libre prescripción en la ASSS

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Dominan la dermatitis seborreica.
- Eliminan la caspa común.
- Suprimen la descamación en 1-4 semanas.
- De aplicación muy fácil.
- Dejan el pelo limpio y sin olor desagradable.
- No producen untuosidad en el cabello.

dad de trabajar a diario porque no ganan lo suficiente como para ahorrar y se encuentran con que su trabajo no es constante (nos estamos refiriendo principalmente al jornalero, que dentro de esta clase campesina es el más abundante), ya que hay unos meses de invierno en que no trabaja prácticamente; que los años de helada no hay recogida de naranja y con lo cual disminuyen los puestos de trabajo y que, aun cuando hay trabajo, deben salir (salvo honrosas excepciones) de buena mañana (a las cuatro o cinco de la mañana) para ver si hay alguien que les alquile.

Por lo que respecta a la clase de pequeños propietarios, ya hemos expuesto algo en el apartado anterior. Aquí nos limitaremos a insistir en la necesidad de desestimar su propio esfuerzo (no pequeño ya que generalmente trabajan «de sol a sol»), de sembrar hortalizas para evitar el comprarlas y de poseer todo tipo de aves y animales de corral para evitar comprar carne. Este es el único modo de que el cultivo del naranjo le resulte rentable. No obstante, es la clase dentro de la proletaria que por lo menos goza de la satisfacción de no depender directamente de un amo y de este modo se libera de una esclavitud aunque a costa de grandes sudores, porque no hemos de olvidar tampoco el grandísimo esfuerzo y ahorro necesarios para obtener dinero suficiente para comprar un pedazo de terreno de regadío (dada la grandísima especulación del suelo ya comentada en el apartado anterior) o la transformación de un secano en regadío.

La clase social media viene a estar representada por el funcionario, el comerciante, el industrial, el propietario acomodado y los que ejercen profesiones liberales. Este grupo lo constituyen un número reducido en relación

con la población total. Esta clase está también muy relacionada con el campo, ya que la mayoría de ellos suelen simultanear su profesión con la posesión de pequeñas parcelas de terreno en donde también ellos se dedican al cultivo del naranjo. No obstante, tienen la gran ventaja de que su situación económica no depende por entero de la marcha de éste, sino que más bien viene a ser, aparte de una distracción, un modo de ingresar dinero.

El comerciante posee poco riesgo puesto que compra la naranja y la vende con una sobrecarga, lo cual hace que su beneficio sea limpio con un mínimo de riesgo. Puesto que, si bien es verdad que a veces compra la naranja en flor, lo cual supondría que arriesgan ellos en vez del agricultor, la naranja en caso de una catástrofe (helada, granizada, etc.), también es verdad que muchas veces no se han hecho responsables de tal catástrofe y, como los contratos se hacen de palabra (un error que da motivo a funestas arbitrariedades), el agricultor no ha poseído pruebas para reclamar el dinero de una venta que había hecho. Aunque esto no era general para todos los comerciantes, sí por lo menos le daba un margen de seguridad de no llegar a la ruina.

Los propietarios acomodados son, dentro de esta clase media, los más ligados al campo y por tanto a las inclemencias del tiempo. No obstante, hay que tener presente que dichos propietarios no tenían todos sus bienes unidos (generalmente), sino parcelas en diversos lugares, lo cual hace que de no ser una grandísima catástrofe, sus cosechas no eran todas destruidas, por lo cual lo que sacaban de unas les permitía compensar las pérdidas de otras. Lo que demuestra que poseían por lo menos un margen más o menos elevado de posibilidades de obtener beneficios, dependiendo de

la parcelación y situación estratégica de sus tierras.

Los funcionarios constituyen un sector formado por individuos que llueva, relampaguee o truene, tienen una entrada económica constante, más o menos elevada, lo cual les pone en un lugar preferente sobre los jornaleros aunque sus ingresos no sean muy superiores a los de éstos. Llevan una vida más bien modesta, sin ningún tipo de lujos, y algunos de ellos poseían incluso algún pedazo de terreno cultivable.

La aristocracia viene a estar representada por los grandes propietarios, que constituyen una verdadera minoría al son de la cual baila una gran masa de gente.

#### 4. Aspecto cultural

a) Visión general. Es importante destacar que en estos momentos España estaba dividida en todos los campos de las culturas y las ciencias. Y así, se observa en el campo de la política que estaba dividida en los partidos de Cánovas (liberal conservador) y los de Sagasta (liberal constitucional); en el campo de la literatura se dividen principalmente en los partidarios de Pereda y los de Galdós; en la música hay también dos bandos, los admiradores de Beethoven y los de Wagner; de igual modo, los aficionados a los toros se agrupan en admiradores de Frascuelo y los de Lagartijo. Estas posturas penetraban tan en las entrañas de los individuos que verdaderamente venían a transformarse en rivalidades personales con los del bando opuesto. Estas aparecen también en el campo de las ciencias, por lo que se explica claramente que, al aparecer la figura de Ferrán y con él la vacuna, se formasen dos grupos, unos a favor y otros en contra, que son fiel reflejo de las circunstancias sociales de España por aquel entonces.

b) Crisis científico-médica. Durante esta época (1885), España comienza a sentirse liberada, al menos tímidamente, del yugo impuesto al avance de las ciencias médicas durante el reinado de Fernando VII (1808-1834), durante el cual se observa un verdadero estancamiento general de todas las ramas de la Medicina.<sup>2</sup> Durante el reinado de Isabel II se establece un período de avance, que vendrá a ser una etapa intermedia entre el estancamiento citado y el período de restauración de la Casa de Borbón, representada por Alfonso XII (1875) y continuada tras su muerte (1885) por María Cristina como regente, dada la minoría de Alfonso XIII; período durante el cual se turnaban en el poder los liberales conservadores y los liberales constitucionales.

Si estaban anquilosadas en 1885 las ramas de la Medicina clásica como consecuencia de un colapso de unos veinticinco o veintiséis años, sufridos durante el reinado de Fernando VII, ¿cuánto menos no lo estaría hacia una nueva ciencia microbiológica que estaba naciendo en Europa?

Pero, como la ciencia en Europa no había sufrido las vicisitudes que en España y de este modo, siguiendo su camino se encontraba en los umbrales de una nueva ciencia.

c) Cultura popular. Pero, la cultura popular no es ni por asomo la anteriormente citada, sino que se encuentra influida por multitud de factores tradicionales, tanto en el campo de la religión en unos como el de la superstición y brujería en otros. Para comprender el peso de esta tradición y la fuerza con que se encuentra arraigada en el pueblo de 1885, realizaremos un somero recuerdo del comportamiento de la gente ante circunstancias iguales o peores, debidas a otras epidemias o enfermedades durante los siglos anteriores.

*Aspecto religioso.* No obstante, aunque la lista de ejemplos podríamos alargarla todo cuanto quisiéramos, con el fin de abreviar lo más posible, sólo citaremos algunos, no por ser los más significativos sino por citar simplemente algunos, porque no debemos olvidar que, prácticamente, la reacción popular era idéntica en su esencia (oraciones, plegarias, misas, pactos con el clero, etc.); en lo único que variaba era en su forma, es decir, su postura religiosa de penitencia que aumentaba de intensidad en la medida que lo hacía el azote epidémico.

Epidemia de peste de 1600 en Valencia. Diversas procesiones a algunos monasterios de la ciudad. Establecimiento de un pacto entre el clero y los jurados mediante el cual, si éstos dotaban una casa para mujeres arrepentidas, esta ciudad se liberaría de la peste. Al espeluznante espectáculo de los cadáveres por las calles, que habían sido descolgados por las ventanas y que nadie se atrevía a enterrar, se sumaba de vez en cuando la estampa de una procesión de mujeres descalzas, cubiertas de un velo negro y con un crucifijo en la mano; hombres penitentes cargados de cadenas y cruces, y haciendo más macabra la situación el canto entre dientes de una oración o una plegaria.

«El número de muertos fue, al menos, de unos 16.789. No murió ningún caballero porque, salvo los oficiales reales y algún que otro, todos se pusieron a salvo fuera de la población. El número de religiosos fallecidos fue de 301; en cambio no falleció ninguna religiosa. Perdieron la vida 7 médicos y 2 cirujanos.»<sup>3</sup> Lo



cual da un índice de en qué estrato social se desarrolló la epidemia y la gente verdaderamente concienciada del problema que luchó contra ella.

Durante las epidemias de cólera iniciadas en Valencia a partir de 1801, se sigue una misma tónica de invocar a santos como abogados de la solución del problema. Y la devoción a san Roque como protector de la peste, adquirió un nuevo matiz como protector del cólera.

Hemos hecho cita a todas las referencias religiosas respecto a las epidemias, no obstante existe una gran tradición de santos sanadores y que cada uno de ellos es protector de una enfermedad:

- San Sebastián, protector de los sufrimientos corporales.
- Job, patrono de los leprosos.
- San Ciriaco, venerado como protector de las enfermedades mentales y amparador de locos.
- Santa Agata, protectora de las enfermedades de los pechos de las mujeres.
- Santa Clara y santa Lucía, protectoras de las afecciones oculares.
- Santa Apolonia, patrona protectora de los dolores de muelas.
- San Antonio, patrono protector de la gangrena en los miembros.

Podríamos continuar haciendo un sinfín de citas, pero con las que hemos hecho parece ser que son demostrables de una mentalidad altamente «religiosa» y que indudablemente, esta tradición tuvo forzosamente que sembrar mella en los hombres de 1885. Tradición que, sin ir más lejos, es bien palpable en nuestros días aún y sobre todo en los ambientes populares.

**Curanderos.** La amplia distribución y en cantidades considerables, de brujos en España durante los finales del siglo XIX y principios del XX, es un vivo reflejo de la superchería reinante durante este tiempo. Estas creencias no sólo se localizaban en la clase social baja sino que se distribuía en todos los estratos sociales.

El mecanismo de curación de los curanderos era «mágico-religioso», puesto que se observaba en la mayoría de todas sus fórmulas una oración de invocación, pudiendo ser ésta algunas veces incluso herética para la religión católica. No obstante, había la confianza de que tras dicha invocación la enfermedad salía del sujeto para ir a instaurarse en otro objeto y el primero que lo tocara se quedaría con la enfermedad abandonada por el anterior; incluso en algunos casos la enfermedad se traspasaba directamente a otros individuos.

Este tipo de curación y superchería que deberíamos suponer correspondía a una sociedad sin adelantos médicos, se observa que incluso se da hoy día, con una Medicina que es capaz de llegar, de mejor o peor modo, a todos los estratos sociales. Y así vemos que, gente con un grado de cultura medio por lo menos, acude en ciertos casos a las oraciones mágico-religiosas para quitar verrugas, orzuelos, esguinces, roturas óseas e incluso alteraciones más complejas, lo cual nos da viva muestra de hasta qué extremo este tipo de Medicina ha llegado a penetrar en las entrañas de las gentes.

Podríamos citar una amplia gama de ejemplos de oraciones empleadas por los curanderos para remediar diversos males. Pero, puesto que en este trabajo sólo nos interesa men-

cionar la importancia de la tradición curandera y el arraigo con que estaba implantada en la sociedad de 1885, y para esto no es necesario aportar demasiados datos demostrativos, lo pasaremos por alto para no alargar demasiado este trabajo. Además, como ya hemos dicho, esta tradición aún se observa en nuestros días, sobre todo en la región sur de España, en la que no es difícil observar de cuando en cuando romerías para visitar al «santico» de algún lugar. No obstante remitimos a los interesados a un librito de bolsillo de la colección Dr.: *Los curanderos*, donde podrá encontrar una pequeña variedad de oraciones empleadas por éstos, extraída de las propias vivencias del autor.<sup>4</sup>

## B) ALCIRA Y LA EPIDEMIA

### 1. Crisis socio-económica

Hemos dado ya cuatro pinceladas de la situación de Alcira, abarcando dentro de ésta los aspectos de situación geográfica, económico, social y cultural, procurando no caer en la tentación de considerar la ciudad como un ente aislado de su provincia, España y Europa. Pues bien, aunque no profunda, sí al menos tenemos una idea de las circunstancias históricas de Alcira y de cómo ésta se movía dentro de los límites condicionantes que representa el estar encuadrada dentro de un contorno histórico en todos sus aspectos.

Pero, la ciudad que hemos descrito quizás aparentemente se asemeja muy poco a la que existía en 1885. Y decimos aparentemente porque, en realidad, lo que era en esta época lo estaba siendo ya en potencia años anteriores y, si no está clara la idea, dejad que lancemos la siguiente pregunta: ¿En qué situación se encuentra una ciudad que está realizando ver-

daderos equilibrios por sobrevivir? ¿Qué ocurre cuando se rompe el equilibrio? El desastre, la falta de cosechas, falta de puestos de trabajo, escasez de dinero, hambre, miseria y más miseria.

Alcira, pues, en 1885, no era la ciudad que mantenía un equilibrio, ni siquiera la que realizaba intentos desesperados por mantenerlo, sino la que había observado cómo muy a pesar suyo, ese equilibrio se había roto, no por un solo lado sino por diversas partes y del peor modo. Efectivamente, una riada y una nevada. Si cada una por sí sola ya hacía temblar a las gentes por la miseria que sembraba, cuánta miseria más no sembrarían las dos juntas. Así se observa al revisar el libro de actas de las sesiones del Ayuntamiento de Alcira en el año 1885, cómo éstos se dirigen al gobernador solicitando ayuda económica puesto que las catástrofes han superado con mucho los presupuestos que éstos destinaban para imprevistos y Alcira estaba sembrada de gente miserable. El gobernador, atendiendo a sus peticiones, les envía 2.000 pesetas, que son recibidas con gran entusiasmo. Pero, lógicamente serían insuficientes a juzgar por lo que se observa en otra sesión, en la que se decide enviar una carta al Ministerio de Hacienda suplicando que se abstengan de cobrar los tributos de dicho año a las gentes de Alcira, debido a la cantidad de miseria que existía.<sup>4</sup>

De cualquier modo, nada dará una situación de Alcira en aquella fecha, como la carta que la ciudad eleva al gobierno:

«Excmo. Señor:

»Los que suscriben, habitantes de la ciudad de Alcira, en su propio nombre y el de todos sus convecinos, sin distinción, a V. E. con el mayor respeto expone que no parece sino, que la naturaleza, ávida de conmociones y rui-





nas, haya elegido a esta infortunada ciudad como víctima propiciatoria de todos sus lúgubres y aterradores holocaustos. Declaró primero la guerra a las haciendas, a toda clase de intereses materiales, y aún con horror se recuerdan aquellas espantables inundaciones, singularmente la de noviembre del año pasado, que sí por un acaso providencial no causó las desgracias personales que demandaba su funesta magnitud, en cambio, sembró por todas partes la desolación y la miseria...

«Pero ni aun con ser tan inmensa la catástrofe, quedaron satisfechos los devastadores elementos. Amaneció un día del pasado invierno y aterrados contemplaron estos moradores la espesa capa de nieve que cubría la ciudad y el campo... Aquel rápido y nunca visto descenso de la temperatura acabó con las escasas esperanzas de estos habitantes... Desde entonces la miseria extendió por completo sus alas sobre esta población...

«...No bien se habían repuesto sus moradores del aniquilamiento moral que les causaron tantos quebrantos sufridos, cuando de improviso y a corta distancia surge pavoroso el fatídico y tenebroso fantasma de la muerte... Describir a V. E. el cuadro que ofrecía esta

ciudad al verse seriamente amenazada por la funesta epidemia sería tarea interminable que aun tal vez resultara enojosa. ¿Qué son las revueltas políticas, ni los trastornos de orden público, ni las pavorosas crisis económicas... al lado de esas revoluciones de la salud pública, que bruscamente causan numerosas víctimas... esto acontecía en Alcira durante el primer período de la epidemia actual. ¡Malesar, abatimiento, tristeza, luto, miseria por doquier...!»

Esta impresión que nosotros hoy recogemos de aquella gente que vivía el problema, es una realidad. Es ya significativo que el número de muertos en el año 85 superara con mucho la mortalidad de los años de referencia. Y aún es más significativo observar que, si restamos los muertos por cólera al año 85, continúa aumentada su mortalidad y, así se observa:

	1884	1885	1886
Número total de muertos	571	875	500
Número de muertos por cólera	—	153	—
Número total de muertos menos muertos por cólera	571	722	500



Profundicemos un poco más y veamos cómo se distribuyeron las muertes por diagnósticos (ver diagrama de barras y tablas) y comprobaremos que no se necesita examinar con demasiado detalle la gráfica para observar que:

— Las muertes por enfermedades pulmonares durante el año 85 están más que dobladas con respecto al año anterior. Y que, durante el 86 permanece notablemente aumentado con respecto al 85. Además, éstas son superiores a las muertes por cólera durante este mismo año.

— Las muertes por enfermedades gastro-intestinales que mantienen una misma proporcionalidad durante los dos años de referencia, se encuentran dobladas durante el 85.

— Las muertes por otras causas están también bastante más aumentadas durante el año 85, que en el precedente y posterior.

Continuando el estudio de dicha gráfica, se observa que las muertes por difteria y crup, siguen una marcha descendente marcada durante los años 85 y 86 en relación al 84. Pero, este hecho, que se mantiene con constante para otras causas de muerte como son las enfermedades buco-faríngeas, carece de más valor del puramente indicativo de que, un individuo no puede morirse dos veces por dos causas diferentes.

Para poder perfilar mejor el aspecto social de esta epidemia, habría sido de sumo interés tener una gráfica completa de la distribución de las muertes por profesiones. Y es aquí donde nos hemos encontrado con el problema de que, durante el año 84 y hasta finales de mayo del 85, los registros los hacía un secretario que tomaba las profesiones de los fallecidos. Pero, a partir de entonces, aparece un nuevo secretario que, por lo que fuere, dejó de tomar dicho dato en el 95 % de los casos, aproxima-

damente. De este modo, pues, hemos perdido la oportunidad de poder ver la distribución de las muertes por cólera y por profesiones, ya que el primer secretario desaparece además, pocos días antes de iniciarse la epidemia. A pesar de todo, hemos intentado relacionar el año y medio en que sí se llevó a cabo este registro, llegando a una conclusión interesante, a la que llegará todo el que observe el diagrama de barras sobre la distribución de la mortalidad por profesiones durante los tres años. En él se observa que, a pesar de que la toma del dato de profesión del fallecido durante el año 85 sólo se realizó durante medio año, aproximadamente (hasta finales de mayo), a diferencia del 84 en que se realizó durante todo el año, las muertes de jornaleros son superiores a las de la misma profesión en el año anterior. Se perfila, pues, que la mortalidad tiende a localizarse principalmente en las gentes de clase social más baja. Hecho que no podemos demostrar por falta de datos.

Una relación similar aunque menos clara, sería la de los labradores, puesto que, si bien es verdad que la diferencia no es tan notable, hemos de tener presente que con sólo cinco meses aproximadamente, ya han superado más de la mitad de las muertes ocurridas en el año anterior. Este dato, que aparentemente carece de excesiva importancia, se revaloriza al comprender que, precisamente durante estos meses cuando el labrador posee menos riesgos, puesto que el trabajo en el campo es muchísimo menor que en los meses que carecemos de información. No obstante, esto no dejan de ser hipótesis más o menos bien fundamentadas.

Pero es importante no olvidar en ningún momento para la interpretación de este diagra-

ma de mortalidad por profesiones, que éste no tiene valor absoluto ya que, tanto puede representar la muerte de una persona adulta como la de su hijo, suponiendo que éste no la tenga. De este modo, la gráfica tiene valor más bien relativo en cuanto a la distribución de la mortalidad por estratos sociales. Si bien puede adquirir un valor más selectivo si se compara con la tabla de distribución de la mortalidad por edades. En este sentido, el número de muertes por profesión es de valor difuso en cuanto a números absolutos, con la salvedad de la barra destinada a labores femeninas, que no se ve enturbiada por acúmulo de fallecimientos de los hijos, puesto que a éstos se les incluye en la profesión del padre. En este sentido, nos interesa estudiarla observando que ocurre un fenómeno similar al descrito en el primer ejemplo de los jornaleros, lo cual nos ayuda a comprender que, si en medio año las muertes en esta profesión superan a las de todo el año anterior, es porque indudablemente ha habido un aumento de muertes muy importante durante este año, lo cual hace suponer que, puesto que la mayoría de la población es de clase social baja, estas muertes también se localizan en este estrato. Se podría aceptar que hay un aumento proporcional de muertes por esta profesión en todos los estratos, cosa poco lógica, considerando que anteriormente hemos concluido que la clase social baja era la más afectada en estos casos de miseria.

## 2. Evolución de la epidemia

Antes de entrar en el detalle de la evolución del cólera día a día, preferimos por razones de objetividad ya expuestas, realizar un primer acercamiento más superficial y amplio, en torno no ya a una amplia gama de diagnósticos, sino a tres (*enteritis y enterocolitis, enterocolitis sospechosas de cólera y cólera morbo*), bastante relacionadas entre ellas en cuanto a sus parecidos cuadros clínicos. Así, pues, observando el diagrama de barras realizado únicamente por este motivo como se observaba algo ya apuntado en el apartado anterior, y es que estas tres causas de muerte, como causas gastrointestinales que son se incrementan durante los meses de verano y así se ve un aumento considerable de las muertes en los meses comprendidos entre abril y agosto, ambos inclusive, no ya sólo respecto a las enfermedades antes citadas sino también, debidas a otras causas.

Es importante mencionar que existe un claro aumento de la mortalidad del orden de dos veces mayor, en los meses de enero y febrero en relación respectiva con los meses del

año anterior lo cual nos permite asegurar más el juicio que hacíamos al estudiar la distribución de los casos de mortalidad por diagnóstico, de que las muertes por enfermedades pulmonares se localizaban en el tiempo, durante los meses de invierno y así, allí observamos cómo también las muertes por enfermedades pulmonares se habían duplicado del año 84-85.

Volviendo otra vez al estudio de la gráfica que nos trae en cuenta se aprecia que durante el resto del año (marzo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre) se mantiene el número de muertes en una media aproximada a la del año anterior. Durante todo el año 86, se observa una disminución de la mortalidad, en los meses que el año anterior había alcanzado un alto nivel.

Realizada ya esta visión general durante los tres años de la mortalidad por meses, y ligeramente orientada ya hacia el terreno de la epidemia, en cuanto a haber sacado dentro de este diagrama un detalle de enfermedades específicas, podemos ya enfocar el objeto de nuestro estudio hacia un campo más reducido, hacia los días comprendidos entre primero de junio y primero de agosto y, poniendo un objetivo de gran aumento estudiar con detalle la epidemia en su curso evolutivo día a día. Y se observa gran admiración por nuestra parte contra todo pronóstico que no aparece la curva de Gauss característica de toda epidemia. Sino que se trata de una curva de Gauss en la que aparecen dos ondas máximas con una deflexión entre ambas. Para poder nos explicar este fenómeno, hemos lanzado una serie de hipótesis:

1.<sup>a</sup> Podría ser debido a que durante el período de las dos ondas máximas (aproximadamente unos doce días) hubiese unos días festivos, por lo cual durante este tiempo no se registraron las defunciones y, al terminar éstas y volver de nuevo al registro, nos den ahora un segundo pico máximo.

Esta hipótesis es difícil de aceptar desde el momento en que no hay en ningún instante una interrupción durante este período de la gráfica. Y bien es verdad que hay veces en la recogida de datos que se observan declaraciones de fallecimientos de cuatro y cinco e incluso hasta unos quince días atrás.

2.<sup>a</sup> Podría deberse a la conjugación de ondas epidémicas, que llegan a Alcira desfasadas en el tiempo y, de este modo, se observan dos picos máximos, correspondiendo cada uno de ellos al punto máximo de la curva de Gauss correspondiente.

3.<sup>a</sup> Se trataría de una sola onda epidémica, pero que por las circunstancias que fuere, que bien podría ser por la propia disgregación o

## ASPECTO SOCIAL DEL CÓLERA DE 1885 EN ALCIRA

por el turno consecutivo que hay que guardar en las aguas de riego, se formaron dos focos coléricos desfasados en el tiempo, que son los que nos han dado al realizar la gráfica de ambos los picos correspondientes a ambos focos. Esta hipótesis se podría reafirmar o descartar realizando una gráfica de la evolución de la epidemia por núcleos en la ciudad y de cada partida en particular; los resultados de cada una de ellas se montarían sobre la gráfica general observando entonces si existen en dos zonas diferentes de la ciudad dos curvas de Gauss desfasadas y superponibles a la general.

Nosotros pensamos, particularmente, que esta tercera hipótesis es la más factible de ser real puesto que, cuando estudiemos la distribución cartográfica de la mortalidad por cólera, observaremos que existe una onda clara que procedente de Játiva penetra en la ciudad en dirección al cauce del río. Este, pues, podría ser uno de los focos y el otro, encontrarse localizado en los alrededores o partidas de Alcira.

Consideramos que es importante afinar más la puntería y buscar ya con detalle algunos aspectos más delicados de la distribución de la mortalidad. De este modo dedicaremos inmediatamente un momento para estudiar cómo se desarrolló esta mortalidad relacionando los fallecimientos por edades, sexos y estado civil en general, durante los tres años y durante la epidemia en particular, en la medida en que todo el estudio que realizamos tiene una pequeña gama de causas de muerte relacionadas con ésta.

Antes de comenzar dicho estudio, queremos apuntar que, todas estas tablas sobre las cuales vamos a estudiar a continuación, presentan una dificultad como consecuencia de nues-

tra inexperiencia en este terreno y es que los valores han sido tomados en valores absolutos en lugar de hacerlo de modo porcentual, que daría mayor claridad y rapidez para la comprensión de los mismos, dificultad con la que nosotros tropezamos al intentar estudiarlas y es, por lo que rogamos sean observadas con detenimiento y mentalmente se vaya sacando una proporcionalidad aproximada, en relación a los totales que se dan en las mismas tablas.

Estudiando detenidamente, pues, la tabla de fallecimientos por edades y teniendo siempre presente que nuestros valores de normalidad están basados en los años 84 y 86, pero tomando siempre este último con ciertas reservas en la medida de que sin duda este año presenta las repercusiones típicas del elevado índice de mortalidad del año anterior. Hechas las aclaraciones oportunas, pasamos al estudio de la tabla, en la que observamos en primer lugar que, aunque la mortalidad general en el período comprendido entre 1-5 años está aumentada en números absolutos, proporcionalmente en el año 85 hubo menor mortalidad que en los otros años, incluso a pesar de ser entre estas edades donde se presentaron mayor número de fallecimientos por cólera. Pero, esto no posee excesivo valor si consideramos que proporcionalmente durante este mismo año 85, la suma de muertes producidas por las tres causas motivo de nuestro estudio, son proporcionalmente menores a las producidas durante el año anterior por enteritis y enterocolitis nada más.

Pretendiendo explicar este fenómeno a simple vista incomprensible, lanzamos la siguiente hipótesis: las posibilidades de muerte van disminuyendo en progresión geométrica a medida que éstas se producen y es por esto que

Novedad

# DaviStar®



Bloquea el proceso ateromatoso en su origen y estimula el trofismo de la pared vascular

Davistar es una asociación equilibrada de un nuevo fármaco normolipemiante, el Clomag (Síntesis y Patentes Biohorm), con el mejor normalizador del trofismo de la pared vascular, el Piridinolcarbamato. El Clomag, además de reducir los niveles elevados de colesterol, triglicéridos, beta y prebetalipoproteínas, normaliza los factores de la coagulación sanguínea íntimamente relacionados con la aterogénesis: hipercoagulabilidad y tendencia a la adhesividad y agregabilidad plaquetarias.



Pla-Nativa

#### INDICACIONES

**Tratamiento de la aterosclerosis cerebro-vascular:**  
vértigo, pérdida de memoria, falta de concentración, depresión involutiva, fatigabilidad física y psíquica, inestabilidad emocional.  
**Prevención de las accidentes vasculares cerebrales:**  
ictus, hemiplejía y sus complicaciones.

**Prevención de la angina de pecho y del infarto de miocardio.**  
**Tratamiento y prevención de la arteritis de las extremidades inferiores:**  
claudicación intermitente, parestias, calambres nocturnos de origen isquémico o preisquémico, frialdad de las extremidades, enfermedades de Raynaud y de Búrgier, eritema pernio.

**Prevención de las complicaciones de la diabetes asociada a hiperlipemia y/o a retinopatía.**  
**Hiperlipemia esencial asociada o no a xantomatosis.**  
**Normalizador de las fracciones lipídicas del suero:**  
lípidos totales, colesterol, triglicéridos.  
beta y prebeta lipoproteínas.

#### COMPOSICIÓN

por cápsula  
Clomag . . . . . 300 mg.  
Piridinolcarbamato . . . 150 mg.

#### POSOLOGÍA

**De ataque:**  
1 cápsula, 3 veces al día.  
**De mantenimiento o profilaxis:**  
1 cápsula, 1 ó 2 veces al día.

#### PRESENTACIÓN

Envases de 60 cápsulas.



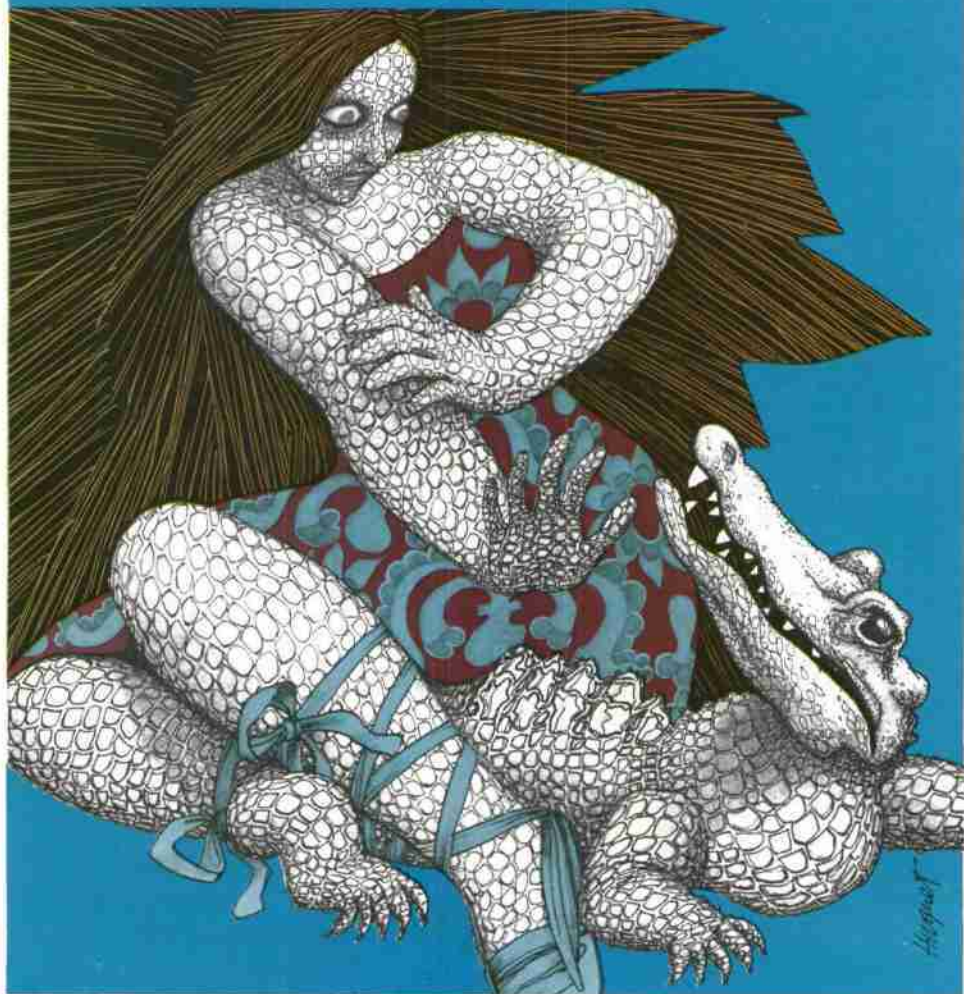


# Pacium<sup>®</sup>

diazepam + coenzimas neurotróficos

## en las neurodermitis

La asociación del mejor ansiolítico con los coenzimas neurotróficos específicos, normaliza con rapidez y de forma duradera los síndromes dermatológicos concomitantes con factores emocionales.



#### Fórmula por cápsula:

Diazepam	5 mg.
Cocarboxilasa (Coenzima de la Vitamina B1)	15 mg.
Codecarboxilasa (Coenzima Vitamina B6)	15 mg.
Dibencozida (Coenzima Vitamina B12)	30 mcg.

Dosis: 1-2 cápsulas, tres veces al día

Presentación: Frasco con 40 cápsulas

P. V. P. 177'20 Ptas.



llegado a un determinado número de fallecimientos, las posibilidades de incrementarse este índice son mínimas.

Un hecho similar ocurre entre las edades comprendidas entre 6-10 años, si bien existe una notable diferencia y es que en este grupo se observa una mayor sensibilidad a ser afectados por cólera, a juzgar por los hechos de que durante el año 84, no hay ninguna muerte por este grupo de enfermedades y, sin embargo, durante este otro aumentan notablemente. Quizá sería explicable este fenómeno por el hecho de que, a estas edades los niños gozan de unas libertades que les permiten moverse solos por la calle y al mismo tiempo no tienen la discreción suficiente como para abstenerse de revolcarse por los suelos, llevarse a la boca todo lo que llega a sus manos, etcétera.

Con respecto a las edades comprendidas de 11-15 años, se observa un descenso de la mortalidad, no ya sólo porcentual, sino también absoluto, lo cual hace suponer el hecho de que la miseria respeta a este sector claramente. Hecho que no sabemos explicar y que, sin embargo, se continúa acusando durante el año 86. Un hecho similar al segundo comentado es el fenómeno que ocurre entre las edades comprendidas entre los 66-70 años. Que podría tener como explicación la hipótesis expuesta en el primer caso descrito. ...existen dos grupos claramente más afectados por la epidemia que son, los comprendidos entre 31-45 años y los comprendidos entre 61-65. El primero comienza tímidamente entre los 31-35 años, para ir aumentando en progresión geométrica, nos atreveríamos a decir, hasta alcanzar el máximo entre los 41-45 años. El segundo es muy localizado (solamente entre los 61-65). Pero ambos poseen

la característica común de que, el siguiente grupo presenta un descenso porcentual marcado de la mortalidad, en relación al año anterior. ¿Podría esto explicarnos los puntos máximos que aparecían en la gráfica que estudiaba la evolución del cólera por días? ¿Podría apoyar la segunda hipótesis, que suponía la existencia de dos ondas epidémicas desfazadas y en este sentido cada onda afectaría a un determinado grupo de edades más selectivamente? Así se explicaría el fenómeno de brusco descenso de la mortalidad, al pasar de un grupo de edades a otro, como resultado de interferencia y suma de muertes producidas por ambas ondas. O quizás explicaría mejor la tercera hipótesis, que intentaría explicarse el fenómeno como una misma onda, que sufriría un desfase al entrar en la ciudad, produciendo de este modo dos focos que afectarían selectivamente a dos zonas diferentes y que por circunstancias de distribución social, afectaría más a un grupo de edades que a otro. Los descensos bruscos de mortalidad al pasar de un grupo de edades a otro, se explicaría por fenómenos de interferencia entre ambos focos, al ir aumentando su radio de acción.

La tabla de fallecimientos por sexos, que carece de excesivo valor debido al amplio período que abarca, ya nos muestra que existe una cierta predisponibilidad de la mujer hacia las enteritis y enterocolitis. Hecho que es observable durante el año 84 y que se manifiesta más claramente durante el 85, que muestra un claro aumento de muertes por cólera en las mujeres, manteniéndose en las dos restantes enfermedades específicas de nuestro estudio epidémico y, en la mortalidad general, índices que pueden considerarse como iguales. No es de extrañar, pues, que durante

el año 86, las muertes por enteritis y enterocolitis descendían en ambos sexos y principalmente en las mujeres. Habría sido más interesante realizar este estudio comparativo de la mortalidad por ambos sexos, mes a mes, durante estos tres años, para darnos idea clara de en qué medida en un período estacional mueren más individuos de un sexo que de otro. Hecho que ya intenta vislumbrarse en esta tabla desde el momento en que la mortalidad general durante el año 85 es prácticamente la misma para ambos sexos y, sin embargo, las muertes por cólera son mayores en las mujeres. Esto implica que para que el resultado de fallecimientos a fin de año sea el mismo, debe existir otro momento del año en que la mortalidad de varones sea superior a la de hembras.

La tabla de fallecimientos por estados civiles prácticamente viene a manifestar sólo que la mortalidad durante los dos primeros meses del año hay un aumento porcentual de los fallecimientos en los casados y viudos, mientras que en los solteros —prácticamente en su mayoría niños—, presenta un aumento en valores absolutos con respecto al año 84, pero no en valores porcentuales.

En cuanto a la distribución de las causas de muerte por estados civiles y por las tres causas que nos interesan para este estudio epidémico, se observa respecto al cólera un índice aproximadamente igual para solteros que para casados, en valores absolutos, pero consultando la tabla de mortalidad general se observa que proporcionalmente hay un aumento notable de los casados sobre los viudos (que siguen en esta proporcionalidad a los anteriores) y los solteros. Hecho que concuerda con lo que ya comentábamos al estudiar la tabla de fallecimientos por edades, de que

porcentualmente el número de fallecimientos de niños (considerando en este término hasta los quince años), había descendido respecto al año anterior. Y el hecho aún más importante, por su relación directa con la epidemia, de que también porcentualmente la suma de las muertes por cólera, enterocolitis sospechosa y enteritis y enterocolitis durante el año 85, eran menores a las producidas durante el 84 por enteritis y enterocolitis nada más en las edades comprendidas entre uno y cinco años.

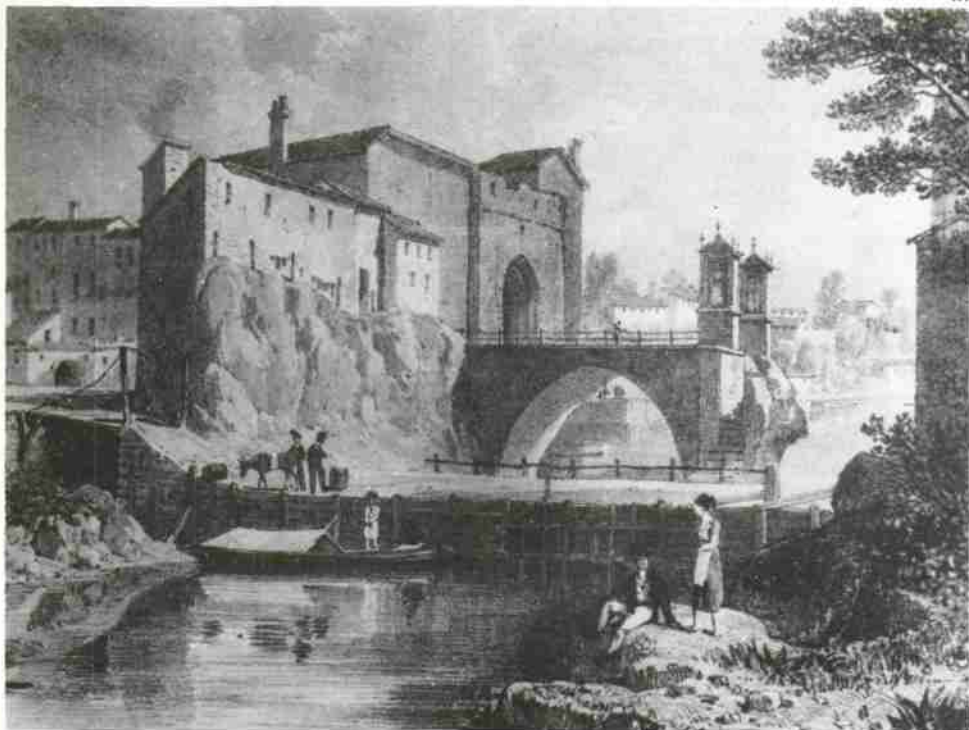
### 3. *Distribución cartográfica de la mortalidad*

Con motivo de poder estudiar con mayor claridad esta distribución la hemos dividido en dos grupos: la primera, que expresa la mortalidad por zonas o partidas en los alrededores de la ciudad; y la segunda, que lo hace en el propio núcleo residencial.

Pero antes de comenzar el estudio nos vemos en la necesidad de dar un dato que nos parece de suma importancia para la comprensión de dicha distribución. Y es que la epidemia, días antes de declararse en Alcira se encontraba en Játiva, ciudad situada a unos 20 kilómetros de la anterior y con un desnivel sobre el mar bastante superior, era pues previsible, que la epidemia descendiese de dicha ciudad siguiendo las vías fluviales hasta encontrar el río Júcar que, como ya sabemos, rodeaba la antigua ciudad de Alcira. Ahora estamos en condiciones de comprender que la partida de Vilella sea proporcionalmente la más afectada, ya que el grueso de la epidemia debió entrar por allí.

Podemos encontrar hechos como el de que en el barrio de la Alquerieta no se presentasen mortalidades por cólera, fenómeno perfecta-





mente explicable si consideramos que esta zona se encuentra incomunicada para todos los transportadores de la epidemia ya que por estar situada en una zona bastante elevada con respecto al resto del término de Alcira la imposibilidad de llegar acequias hasta allí es total, y por otra parte, se encontraba psicológicamente muy distante del núcleo residencial, hecho que nosotros mismos hemos tenido la oportunidad de vivir hace escasamente diez años.

Otro barrio que requiere comentario es el de Santa María que presentó uno de los índices de mortalidad por cólera más elevados. Fenómeno comprensible si se tiene en cuenta que dicho barrio se encuentra al lado del río y además a su mismo nivel siendo quizás el más bajo de Alcira.

Un fenómeno curioso es, que la partida de Vilella tenga un índice de mortalidad tan elevado por cólera y que la de Materna, que se encuentra al lado no registre caso alguno. Pero, es importante apuntar que para poder valorar bien esta distribución necesitaríamos un mapa en donde se registrasen con claridad los desniveles del terreno y las zonas de re-

gadio por acequias. Así sería del único modo cómo llegaríamos a conclusiones más seguras y no nos deslizaríamos por la resbaladiza pendiente de la hipótesis.

Veamos como último detalle de nuestro estudio, después de la panorámica de Alcira y sus alrededores en donde hemos podido analizar la distribución de la mortalidad en sus partidas o zonas cómo se distribuyó en el propio núcleo residencial la mortalidad por las tres causas que manejamos en nuestro estudio referentes a esta epidemia.

Los núcleos 1 y 2 constituían en aquella fecha la ciudad-isla y fortificada por sus murallas. Todo lo que quedaba fuera de ésta era considerado como arrabal. Dentro de la ciudad rodeada por el Júcar, había que considerar dos grupos socialmente diferentes que son: el núcleo 1, que constituía el centro de la ciudad y en donde residían las personas económicamente más fuertes. En el núcleo 2 vivía una gente de clase social bastante baja. Sabido esto, es significativo que el cólera respetase porcentualmente de forma muy evidente este núcleo 1, socialmente mucho más elevado.

El núcleo 3 estaba constituido por gente eco-

nómicamente de segunda categoría, que por lo visto prefería vivir en esta nueva zona que aparecía, en lugar de hacerlo en el núcleo 2 y socialmente son de clase bastante superior a los de este núcleo antes citado. Y es también significativo que registre este núcleo un índice de mortalidad porcentual (3,37 %) bastantes menor al núcleo 2 (6,69 %) y que además, éste sea superior al núcleo 1 (1 %), que es de clase social superior.

Los núcleos 4 y 5 vendrían a ocupar un estrato social muy similar y a su vez se diferenciarían no excesivamente de las gentes del núcleo 2, por lo menos en el aspecto económico, puesto que podrían existir lógicamente unas diferencias de solera tradicional. Pero, esta última diferencia nos interesa a nosotros bien poco en la medida en que no es nada probable que la epidemia por esta causa respetase a unos o a otros. Y en este sentido nos explicaríamos el aumento porcentual de muertes por cólera en el núcleo 5 sobre el 4, como consecuencia de que el primero recibió la explosión epidémica, mientras que el segundo —valga la expresión—, recogió la onda expansiva de la misma.

El núcleo 6 hay que considerarlo dentro de la zona residencial de la ciudad, como formado por la clase social más baja. Y es así comprensible que presente el mayor índice porcentual de mortalidad por cólera.

Visto ya, pues, cada núcleo por separado e interrelacionados más o menos unos con otros, realizaremos una visión dinámica de cómo pudo haberse desarrollado la epidemia. Viene de Játiva y al llegar a Alcira choca contra los núcleos 5 y 6 que presenta índices de mortalidad diferentes pero siguiendo una proporcionalidad directa de a más bajo estrato social mayor índice porcentual de fallecimientos por cólera. Avanza en dirección al centro de la ciudad y en busca del cauce del río, salvando en la medida de lo posible el núcleo 3, que coincide con ser un grupo de clase social más elevada lo cual implica la existencia de menos miseria. Se respeta también, bastante, aunque menos que el anterior el núcleo 4, a pesar de pertenecer a la clase social del 5, lo cual es explicable comprendiendo que éste recibió el impacto epidémico. Continúa el avance en dirección al río y, con estas ansias penetra en la isla de Alcira (núcleos 1 y 2),

en donde se observa que el cólera respeta de forma muy evidente una zona, que resulta ser la de menor mortalidad porcentual de cólera y también la zona en donde vive la gente más acomodada. ¿Coincidencia? Imposible; sería necesario en dicho caso admitir demasiadas coincidencias durante todo el estudio de los datos expuestos ahora y anteriormente.

### III. CONCLUSIÓN

Sería absurdo ahora, a estas alturas del trabajo, pretender sacar conclusiones de la manga que con una retórica hermosa, diversos cambios de tono, timbre y efectividad de la voz, despertasen a las gentes de su profundo sueño y, pulsando el resorte de su afectividad les irrumpiesen en un espantoso aplauso que ni ellos mismos sabrían decir qué les ha motivado a ello. Quien haya seguido detenidamente el análisis de los hechos desde un principio hasta el final, habrá ido observando que las conclusiones brotan por sí solas. Cada gráfico, cada tabla, tenían sus propias conclusiones. No es el momento ahora de repetir lo que ya hemos dicho una y más veces en el transcurso de este más o menos detallado estudio que pretendía ser lo más objetivo posible.

Sólo nos resta decir algo que hemos repetido ya varias veces durante la exposición a la vista de los hechos y es que la epidemia de cólera de 1885 en Alcira no lo fue todo sino algo más que se sumaba a lo que ya existía.

Y para terminar diremos que la vacuna es un remedio pero no la solución del problema. Los problemas sociales se curan con terapéuticas sociales. Y el hecho de que vuelvan a surgir es sintomático de una mala terapéutica o de haber tomado equivocadamente el remedio como la solución.

<sup>1</sup> SIMARRO REBAL, L.: *El naranjo, su cultivo y su producción*. Madrid, Ministerio de Agricultura, 1945.

<sup>2</sup> SINGER, C., ASHWORTH UNDERWOOD, S.: *Breve historia de la Medicina*. Madrid, Ediciones Guadarrama, 1966. Págs. 745, 746 y 753.

<sup>3</sup> LÓPEZ-DUÑO TORRES, E. T.: «Las epidemias de la peste durante los siglos XIV y XVI en Valencia y la advocación a san Roque». *Tesis doctoral de Valencia*. Pág. 47. Inédita.

<sup>4</sup> *Santos sanadores*. Barcelona, Ciba, S. A., 1948.

<sup>5</sup> OYUNA, J. M.: *Los curemanderos*. Barcelona, Aula de Ediciones, Gráficas Ripa, 1971.

<sup>6</sup> Libro de Actas de las sesiones del Ayuntamiento de Alcira, año 1885. Conclusiones o acuerdos 22, 35, 44 y 142.

<sup>7</sup> LÓPEZ-PEÑALO, J. M.; GARCÍA BALLESTER, L.; FAYO SEVILLA, P.: *Medicina y Sociedad en la España de Istiglo XIX*. Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.

Novedad en farmacología

# HEPA DIGEST

Biohorm

resuelve los problemas  
de la encrucijada  
hepato-bilio-digestiva

HEPADIGEST Biohorm

El primer fármaco de  
síntesis de **acción**  
**lipotrópica** (protectora  
del hepatocito) **acción**  
**citotrófica** (regenera-  
dora del parénquima  
hepático ya dañado)

- que normaliza la dinámica  
digestiva, especialmente  
la gástrica y la pilórica,
- y asegura una producción  
fisiológica de bilis y su  
drenaje óptimo, instaurando  
un perfecto funcionalismo  
hepato-biliar.



Composición por gragea

2-MPG (2-mercaptopropionilglicina)	100 mg.
Metoclopramida clorhidrato	10 mg.
Ciclobutírol cálcico	100 mg.
Procaína base	100 mg.

Posología

1 gragea, 3 veces al día, 1/2 hora  
antes de las comidas.

Presentación y precio

Frascos de 40 grageas, Ptas. 297,80

J. URIACH & Cia. S. A.  
Bruch, 49 - Barcelona-9



# En las infecciones urinarias... a cualquier edad, en cualquier estado



## Una Furantoína® para cada indicación

### Furantoína®

- Tiene la máxima acción frente a los gérmenes habitualmente presentes en las infecciones urinarias.
- No provoca la aparición de cepas resistentes.
- Se elimina rápidamente por el riñón, alcanzando niveles terapéuticos en la orina al poco tiempo de haber sido ingerida.
- Su actividad no es alterada por las variaciones del pH urinario ni por la presencia de sangre o exudados.
- Carece de toxicidad, constituyendo el quimioterápico ideal para tratamientos prolongados.
- Su absorción oral es rápida y completa. Administrada en forma de comprimidos o cápsulas, con 50 mg. de Nitrofurantoína se alcanzan los mismos niveles hemáticos y urinarios que con 100-150 mg. de Nitrofurantoína en forma de gragea entérica.

#### POSOLOGÍA

**Comprimidos:**  
1 comprimido cada 8 horas.  
En casos particularmente intensos puede administrarse 1 comprimido cada 6 horas o bien 2 comprimidos cada 8 horas.

**Suspensión:**  
De 1/2 a 1 cucharadita, 3-4 veces al día, según edad y peso.

#### PRESENTACIÓN Y COMPOSICIÓN

Furantoína comprimidos con 50 mg. de Nitrofurantoína. Frascos de 25 y 50. Ptas. 88/30 y 137/—.

Furantoína suspensión. Frasco de 50 c.c. conteniendo 10 mg. de Nitrofurantoína por c.c. Ptas. 88/40.

#### INDICACIONES

Está indicado en todas las infecciones no específicas del tracto urinario: pielitis, pielonefritis, cistitis, etc. Profilaxis de la infección secundaria a intervenciones o exploraciones en Urología y Ginecología. Tratamiento de larga duración.

### Furantoína® Sedante

Está especialmente indicada en el tratamiento de la cistitis, consiguiendo una rápida desaparición de la disuria, la polaciuria y el tenesmo, mientras el quimioterápico resuelve el problema infeccioso.

La triple acción etiológica, analgésico-espasmolítica y epitelio protectora se consigue por la asociación de los principios específicos del aparato urinario.

#### POSOLOGÍA

La dosis usual es de 1 cápsula cada 8 horas.

#### PRESENTACIÓN Y COMPOSICIÓN

Se presenta en frascos de 30 cápsulas.  
Cada cápsula contiene. Ptas. 88/40

Nitrofurantoína	50 mg.
Fenazopiridina	100 mg.
N-metilbromuro de Hiocina	1 mg.
Vitamina A	2.500 U.I.

### Furantoína® Fenicol

Especialmente indicada en las infecciones urinarias con participación renal: pielitis y pielonefritis y en aquellos casos en que se precisa asociar al quimioterápico específico, Furantoína, el amplio espectro y la elevada concentración en el parénquima renal del Cloranfenicol.

#### POSOLOGÍA

Como en las otras formas de Furantoína, la dosis usual es de 1 cápsula cada 8 horas.

#### PRESENTACIÓN Y COMPOSICIÓN

Se presenta en frascos de 25 y 50 cápsulas.  
Cada cápsula contiene. Ptas. 93/40 y 168/50

Nitrofurantoína	50 mg.
Cloranfenicol	200 mg.



#### IV CONGRESO ESPAÑOL DE HISTORIA DE LA MEDICINA

En el pasado mes de abril se desarrollaron en Granada las sesiones del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. De carácter no multitudinario como nos tienen acostumbrados los de las llamadas grandes especialidades médicas ciento cuarenta y cinco historiadores de nuestra Medicina se reunieron bajo la presidencia del profesor Luis García Ballester secundado por sus colaboradores los doctores Guisjarro Oliveras, Carrillo Martos, Girón Iruete y García de Carlos. Como es natural, Granada aportó el mayor contingente de congresistas seguida, de lejos, por Madrid, Valencia, Barcelona, Sevilla, etc. acudiendo también a la cita españoles residentes en el extranjero. Tras los anteriores Congresos de Madrid (1956), Salamanca (1965), y Valencia (1969) las ponencias oficiales versaron sobre «La Medicina, la Ciencia y la Técnica en la Sociedad andaluza» y la «Historia de los saberes y técnicas sobre el sistema nervioso» además del turno tradicional para comunicaciones libres.

La primera ponencia fue la más concurrida y a través de ella nos percatamos, como ya puede deducirse del enunciado de la misma, que va tomando cuerpo el nuevo enfoque de la Historia de la Medicina donde abandonando los viejos moldes de meras biografías, hechos trascendentales y hasta de narraciones anecdóticas, se va entrando en el estudio de su trascendencia histórico-social. Como muestra valgan unos títulos escogidos al azar: *La situación hospitalaria de Andalucía a fines del siglo XIX; El área de atracción de las Facultades de Medicina y Farmacia de Granada; El carácter de la crítica social en la epidemia de fiebre amarilla de 1803 en Málaga; Evolución histórico-social de la arquitectura hospitalaria española: el Hospital Real de Granada; Evolución de la mortalidad infantil en Gorafe (Granada) desde 1701 a 1972; Fiebre amarilla y crisis agrícola en Málaga, 1803-1804; etcétera.*

En la segunda ponencia, menos concurrida, se trataron los más variados aspectos de la evolución de los conocimientos sobre el sistema nervioso. Desde sus orígenes en el pensamiento presocrático y en los escritos galénicos, pasando por la obra de Bonelli en el siglo XVIII, para detenerse en el siglo XIX con el comienzo de las especializaciones presentando temas sobre la conmoción, enfermedades neurológicas de la infancia, epilepsia, melancolía, tumores, etc. y llegar, esbozados aspectos interesantes de personalidades como Ramón y Cajal, Barraquer Roviralta y otros, al problema de la asistencia psiquiátrica en España a partir de 1940 bajo la luz de la literatura médica. Las comunicaciones li-

bres, por último, constituyeron una tercera parte del total.

La paciente labor de búsqueda en archivos y bibliotecas por parte de la Comisión organizadora dio como fruto una magnífica exposición de obras médicas y científicas de los siglos XII al XVIII desconocidas, en su mayor parte, de los mismos granadinos. Una serie de Ms. árabes de los siglos XII al XIV tales como el *Libro de las generalidades de la Medicina; Comentario al libro de explicación de las operaciones de cálculo; Comentario al Centiloquium atribuido a Ptolomeo; Tratado de la unión sexual; Libro de las vicisitudes y el Libro de la curación de la cabeza al pie* constituyeron, sin duda, junto a tres incunables y a valiosas piezas del siglo XVI la parte más sugestiva de la exposición.

El día de la clausura del Congreso tuvo lugar la reunión reglamentaria de la Sociedad Española de Historia de la Medicina en la que, presidiendo el profesor López Piñero, el secretario doctor Albarracín Teulón dio cuenta de la labor realizada en un período si no brillante desde el punto de vista de la Sociedad si trascendental, dijo, pues había servido para consolidar la disciplina al cubrirse por oposición la cátedra de Valencia y las agregaduras de esta última y de Valladolid. Como consecuencia del Reglamento, fue elegida una nueva Junta Directiva que quedó constituida por el doctor Luis García Ballester, presidente; los doctores Antonio Cardoner Planas y Gabriel Sánchez de la Cuesta, vicepresidentes; José Luis Peset, secretario; Elvira Arquielva, tesorero y Demetrio García, Marcellano Sayans, Pedro Marsset y Emilio Balaguer, vocales y el doctor Juan Antonio Paniagua, agregado a la Directiva, como representante de la Sociedad ante la Internacional de Historia de la Medicina. Asimismo se designó a la ciudad de Valladolid sede del próximo V Congreso que se celebrará en 1976, encargando la organización del mismo al profesor Juan Riera Palmero.

Como punto final, y nota informativa, cabe recordar que la sede de nuestra Sociedad radica en Madrid, calle del Duque de Medinaceli, 4, donde pueden dirigirse todos aquellos interesados en formar parte de la misma como socios de número.

J. D.

#### NOTA ACLARATORIA

En el número 24 de *MEDICINA E HISTORIA* de mayo último, y en el artículo sobre «Las erosiones craneales en paleopatología» se deslizo involuntariamente el error de afirmar que el autor había examinado más de ochocientos cráneos patológicos. Los interesados en paleopatología habrán sabido omitir aquella última palabra, dado que no existen en España tal número de cráneos con anomalías.

#### OBRAS INGRESADAS EN NUESTRA BIBLIOTECA

- ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO: *Libro conmemorativo del 75 aniversario de su fundación*. Bilbao, 1970. Donativo de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
- AZUAR, S.: *Inquietudes de la clase médica sobre el seguro de enfermedad*. Madrid, Imprenta de M. Minuesa de los Ríos, 1936.
- CARRÓ, N.: *Catálogo general de las aguas minero-medicinales de España y del extranjero*. Barcelona, Imprenta de Luis Tasso-Serra, 1889.
- DÍAZ GONZÁLEZ, J.: *Historia de la Medicina en la antigüedad*. Barcelona, Editorial Barna, S. A., 1950.
- GUERRINO, A.: *Evocación de un maestro argentino: José Arce*. Roma, Arti Grafiche E. Cosidente, 1969. Donativo del autor.
- GUERRINO, A.: *La teoría frenológica de Gall*. Roma, Arti Grafiche E. Cosidente, 1968. Donativo del autor.
- HOFFMAN, L. F.: *La peste a Barcelona*. París, Presses Universitaires de France, 1964.
- LAIN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la Medicina*. Barcelona, Salvat Editores, S. A., 1973. Vols. IV y V.
- LAIN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea*. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1963.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, J.: *Copérnico, forjador de la concepción del mundo material moderno*. La Habana, Museo Histórico de las Ciencias «Carlos J. Finlay», 1973. Donativo del autor.
- PARRILLA HERMIDA, M.: «Una página de la historia sanitaria de La Coruña. La epidemia de 1809 y el primer cementerio general de la ciudad.» Separata de: *Revista del Instituto «José Cornide» de Estudios Coruñeses*. Años V-VI. Números 5 y 6. 1969-1970. Donativo del autor.
- PUSALGAS, I.: *Breve discurso sobre la importancia de la anatomía descriptiva teórico-práctica (principalmente para la medicina) y su historia*. Barcelona, Imprenta de José Tauló, 1861. Xerocopia.
- PUSALGAS, I.: *Historia compendiada de la Medicina*. Barcelona, Imprenta de José Tauló, 1836.
- SARRÓ, R.: «Hipocratismo y antropología en la Medicina letamendiana.» *Folia Clinica Internacional*, Tomo XVII, n.º 2, febrero 1967: 61-73.
- TEJERINA, J. M. R.: *La Medicina antigua en Mallorca*. Palma de Mallorca, 1972. Donativo del autor.
- TERRADA FERRANDES, M. L.: *La anatomía microscópica en España (siglos XVII y XVIII)*. Salamanca, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, Monografías, X. 1969. Donativo del Instituto de Historia de la Medicina Española.



## EFEMÉRIDE

### HACE CINCUENTA AÑOS (1923) MURIO WILHELM KONRAD RONTGEN

Nació en Leupeer (Rin) el 27 de marzo de 1845; a los diecisiete años ingresó en la Escuela Técnica de Utrecht, años después pasó al Politécnico de Zurich, acoplándose en el laboratorio del profesor Kundt que fue su maestro en sus estudios sobre la luz.

Estrasburgo le ofrece una cátedra de Física en donde empezó a publicar sus trabajos sobre las descargas eléctricas. Cuatro años después le ofrecen la cátedra de Giessen que acepta, permaneciendo nueve años; establece relaciones profesionales con Hertz y Lenard con los cuales se compenetra apasionándose por sus estudios sobre los rayos catódicos, descubiertos y puestos en práctica por ambos, respectivamente.

A los cuarenta y tres años le ofrecen la cátedra de Física de la Universidad de Wurzburg, en donde le colman de honores y le nombran años después, rector.

Dedicó parte de su vida al estudio de los rayos catódicos, organiza un laboratorio dotado de tubos de Crookes, y de Lenard, y su generador eléctrico era un gran carrete de Ruhmkorff.

Un día al colocar su mano en pleno funcionamiento del tubo de rayos catódicos de Hittorf, y querer modificar la situación de la ventanilla de cinc, para su mejor reflexión sobre la pantalla de cianoplatinato de bario, observó con asombro los huesos de sus manos manipulando detrás de la pantalla. En este momento descubriéndose los rayos X, que él denominó «una nueva clase de rayos».

No conforme con su autorradioscopia, y para tener pruebas positivas, y poderlo comunicar a las Academias, se le ocurrió pensar que colocando un papel fotográfico podría impresionar lo visto por sus ojos, y descubrió la primera radiografía, que dicen fue la de la mano de su esposa.

Al mes de ocurrir este hecho, Röntgen lo comunicaba a la Sociedad Físico-Médica de Wurzburg; fue el 28 de diciembre de 1895.

## CONSULTORIO

52.—Dr. F. J. A.: Con motivo del segundo centenario del nacimiento del cirujano Dominique Jean Larrey (1766-1842) se publicaron numerosos trabajos que glosaron su figura. He aquí algunos: ROUVILLONIS, H.: «Souvenirs autour de Larrey.» *La Presse Médicale*, 23, 1967: 1209-1210. SOUBIRAN, A.: «Un Voeu de Noël en 1805.» *La Presse Médicale*, 55, 1966: 2909-2912. SOUBIRAN, A.: «Larrey. La providence des soldats (1766-1842).» *La Presse Médicale*, 34, 1966: 1785-1786. WYBIERSKI, A.: «Dominique Jean Larrey (1766-1842) W 200 rocznice Jego urodzin.» *Archiwum Historii Medycyny*, XXIX, 1966: 313-320. GANIÈRE, P.: «Dominique Larrey chirurgien en chef de l'Hôtel Royal des Invalides.» *Presse Médicale*, 73, 1965: 1881-1884. SOUBIRAN, A.: «Un chirurgien a Waterloo (18 juin 1815).» *Presse Médicale*, 73, 1965: 1885. «Baron Dominique Jean Larrey (1776-1842). Francobolli della Croce Rossa Francese (Corvisard e Larrey).» *Minerva Medica*, 56, 1965. DEBENEDETTI, R.: «Eloge de Jean-Dominique Larrey à l'occasion

du bi-centenaire de sa naissance.» *Bull. Acad. Nat. Méd. (Paris)*, 150, 1966: 489-505. SOUBIRAN, A.: *Le baron Larrey; chirurgien de Napoléon*. Paris, Fayard, 1966. KARBE, K. H.: «Jean Dominique Larrey als chirurgischer Lehrer 1812/13 vorwiegend in Sachsen.» *Beitr. Gasch. Erfurt*, 14, 1968-69: 149-154.

53.—A. C. B.: La nota sobre el Hospital de Santa Cruz y San Pablo y el descubrimiento de América con la referencia al igualadino Juan de Serrallonga, apareció en el número 14, junio 1972, de MEDICINA E HISTORIA.

54.—M. G. G. C.: Las figuras de san Cosme y san Damían del retablo de san Juan Bautista y santa Lucía, perteneciente a la colección Muntadas y conservado en el Museo de Arte de Cataluña, no son obra del Maestro de Sant Jordi, como usted indica, sino de un pintor del llamado «Círculo de Ramón Mur» según me informan en dicho Museo.

DANÓN

## DE VISITA POR EL LABORATORIO



Vista parcial de una de las salas de descanso y recepción.



# Indolgina<sup>®</sup>

Indometacina + Fenilbutazona

Es la asociación  
antiinflamatoria  
más eficaz y  
mejor tolerada  
en las  
**artrosis**

porque reúne, asociadas para  
una compensación clínica  
perfecta, las dos  
máximas conquistas de la terapéutica  
antiinflamatoria no hormonal:  
la Indometacina y la Fenilbutazona.

**Presentación:**

Indolgina 20 y 40 cáps.

Indolgina 5 y 10 sups.

Indolgina Prednisona 20 y 40 cáps.

Indolgina Prednisona 5 y 10 sups.

Tratamiento realmente eficaz de la arteriosclerosis

# DaviStar®

Novedad!!

Bloquea el proceso ateromatoso en su origen y estimula el trofismo de la pared vascular

#### COMPOSICION

por cápsula

Clomag . . . . . 300 mg.  
Piridinolcarbamato . . . . . 150 mg.

#### POSOLOGIA

De ataque:

1 cápsula, 3 veces al día.

De mantenimiento o profilaxis:

1 cápsula, 1 ó 2 veces al día.

#### PRESENTACION

Envases de 60 cápsulas.



#### INDICACIONES:

Tratamiento y profilaxis de la aterosclerosis cerebral, coronaria y periférica y de sus manifestaciones clínicas. Tratamiento de las hiperlipemias (hipercolesterolemias y/o hipertrigliceridemias).

