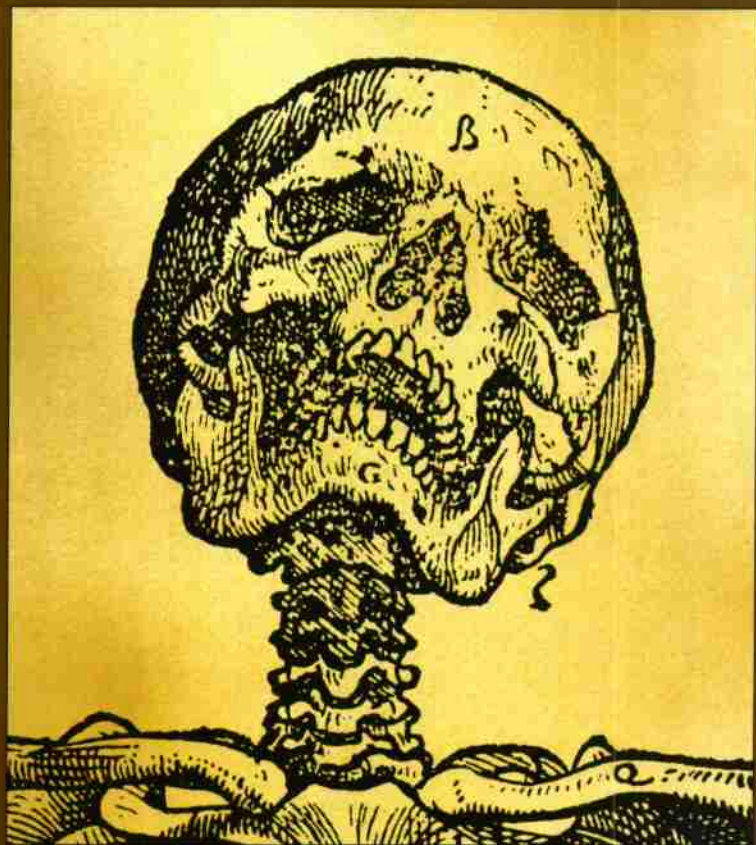

MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA

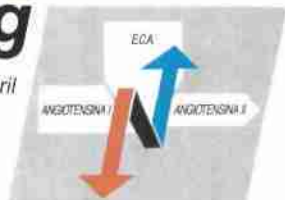


30

Crinoren

20 mg

Maleato de enalapril



J. UYUACI & CIA., S.A.
Olea 26th St
08026 Barcelona

El primer inhibidor específico del E.C.A. de acción prolongada y de dosis única diaria.

DESCRIPCIÓN: El maleato de enalapril es un derivado de los aminoácidos L-Alanina y L-Proleína. Tras su administración oral se absorbe rápidamente y posteriormente se hidroliza a enalaprilato, inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina (ECA), altamente específico, de larga duración de acción y un grupo sulfónico. **INDICACIONES:** Tratamiento de todos los grados de hipertensión esencial y en la hipertensión renovascular. Puede emplearse como tratamiento inicial o sea concomitante con otros agentes antihipertensivos, especialmente diuréticos. **CRINOREN** está indicado también en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. **POSOLÓGIA:** **CRINOREN** se debe administrar únicamente por vía oral. Dado que su absorción no se ve afectada por la comida, **CRINOREN** puede administrarse antes, durante o después de las comidas. La dosis usual diaria varía desde 10 a 40 mg en todas las indicaciones. Se puede administrar **CRINOREN** 1 o 2 veces al día. Hasta la fecha, la máxima dosis estudiada en el hombre es de 80 mg al día. En presencia de insuficiencia renal, en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y en aquellos que están recibiendo tratamiento diurético puede ser necesario emplear una dosis inicial más baja de **CRINOREN**, según se describe en cada caso concreto. **Hipertensión arterial esencial.** La dosis inicial recomendada es de 5 mg administrada una vez al día. La dosis usual de mantenimiento es de 20 mg una vez al día. Esta dosis debe ajustarse según las necesidades del paciente. En pacientes a partir de los 65 años de edad, la dosis inicial recomendada es de 2,5 mg. **Hipertensión renovascular.** Dado que en estos pacientes la lesión arterial y la función renal pueden ser particularmente sensibles a la inhibición de la ECA, el tratamiento debe comenzar con una dosis inicial baja, de 2,5 a 5 mg, para ajustarla posteriormente según las necesidades del paciente. Se espera que la mayoría de los pacientes respondan a un comprimido de 20 mg una vez al día. **Tratamiento concomitante con diuréticos en hipertensión.** Puede ocurrir hipertensión sintomática tras la dosis inicial de **CRINOREN**, más probable en aquellos que están siendo tratados con diuréticos, por lo que se recomienda precaución, ya que estos pacientes pueden tener depleción de volumen o sea. El tratamiento diurético debe suspenderse 2 o 3 días antes del comienzo del tratamiento con **CRINOREN**. Si no fue posible, la dosis inicial de **CRINOREN** debe ser baja (2,5 mg), para determinar el efecto inicial sobre la presión arterial y ajustar posteriormente las dosis a las necesidades de cada paciente. **Insuficiencia renal.** Generalmente los intervalos de dosificación de **CRINOREN** deben prolongarse o bien disminuir la dosis. Las dosis iniciales son las siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min, (5 mg); aclaramiento de creatinina menor de 30 y mayor de 30 ml/min, (2,5 mg); aclaramiento de creatinina menor de 10 (2,5 mg en los días de diálisis); **CRINOREN** es dializable. Los días en que los pacientes no estén en diálisis, la dosis debe ajustarse de acuerdo a la respuesta de la presión arterial. **Insuficiencia cardíaca congestiva.** La dosis inicial de **CRINOREN** en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (especialmente aquellos con función renal alterada o depleción de sodio y/o volumen) debe ser baja (2,5 mg) y se debe administrar bajo estricta supervisión médica. Si es posible debe reducirse la dosis de fármacos antes de iniciar el tratamiento. La aparición de hipertensión tras la dosis inicial de **CRINOREN** no implica que ésta ocurra durante el tratamiento crónico con **CRINOREN**, y no excluye el uso continuado del fármaco. La dosis usual de mantenimiento es de 10 a 20 mg diarios, administrados en dosis únicas o divididas. Esta dosis debe alcanzarse por incrementos graduales tras la dosis inicial, y puede llevarse a cabo durante un periodo de 2 a 4 semanas o más rápidamente si la presencia de signos y síntomas residuales de insuficiencia cardíaca lo indica. Antes y después de comenzar el tratamiento con **CRINOREN** debe controlarse estrechamente la presión arterial y la función renal (ver precauciones) en los que se han presentado hipertensión y más raras veces fracaso subyacente. **CONTRACIONDICACIONES:** Pacientes con hipersensibilidad a este fármaco. **PRECAUCIONES:** **Hipertensión sintomática.** La hipertensión sintomática tras la dosis inicial o en el curso del tratamiento en una enfermedad poco frecuente (2,3 por cien de los tratados en términos globales). En los pacientes hipertensos es más frecuente cuando existe depleción de volumen (habiendo pasado con diuréticos, restricción de sal en la dieta, dietas, diuresis o síntomas) o en la hipertensión con tinnitus alta. **Frecuentemente asociada a enfermedad renovascular.** En pacientes con insuficiencia cardíaca es más probable que aparezca en aquellos con graves manifestaciones de insuficiencia cardíaca, reflejada por el uso de dosis elevadas de diuréticos o sea. **Hipertensión o alteración renal funcional (rara vez progresiva).** Si se desarrollara hipertensión, debe considerarse al paciente en posición supina, y podrá ser necesario administrar líquido oral para repleción de volumen, o suero salino normal por vía intravenosa. El tratamiento con **CRINOREN** generalmente puede continuarse tras haber restablecido el volumen sanguíneo y una presión arterial eficaces. En algunos pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que tienen presión arterial normal o baja, puede ocurrir un descenso adicional de la presión arterial sistólica con **CRINOREN**. Este efecto debe tenerse en cuenta y generalmente no constituye motivo para suspender el tratamiento. Si la hipotensión se vuelve sintomática, puede ser necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con **CRINOREN**. **Función renal alterada.** Los pacientes con insuficiencia renal pueden necesitar dosis menores o dosis frecuentes de **CRINOREN** (ver posología). En algunos pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria de un riñón aislado o riñón transplantado, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina séricas, interrelacionados con la suspensión del tratamiento. Este hallazgo es especialmente probable en pacientes con insuficiencia renal. En algunos casos, la suspensión de la administración de **CRINOREN** puede mejorar la función renal. Puede ser necesario administrar líquidos orales o suero salino normal para suspender el tratamiento. Si la hipotensión es sintomática, puede ser necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con **CRINOREN**. **Embarazo y lactancia.** En pacientes tratados con inhibidores de la enzima de conversión, incluyendo **CRINOREN**, ha aparecido en raras ocasiones edema angioedemático de la cara, extremidades, párpados, labios, glóbulos y/o lengua. En tales circunstancias, **CRINOREN** debe suspenderse inmediatamente y el paciente debe permanecer en observación hasta que desaparezca la hinchazón. En aquellos casos en los que la hinchazón ha quedado confinada a la cara y párpados, el tratamiento generalmente se resuelve sin dificultad, aunque los antihistamínicos han sido útiles para mejorar los síntomas. El edema angioedemático de lengua puede ser mortal. Cuando existe afectación de la lengua, glóbulos o lengua que produce estenosis de la vía aérea, debe administrarse inmediatamente por vía subcutánea epinefrina en solución 1:1000 (0,3 ml o 0,5 ml) o suero fisiológico para disminuir la hinchazón de la lengua. **Congestiones.** En pacientes que sufren un edema agudo mayor o durante la anestesia con agentes que producen hipertensión, **CRINOREN** inhibe la formación de angiotensina II secundaria a la liberación compensatoria de renina. Si aparece hipertensión y se considerase reducida a este mecanismo, puede ser conseguida por aumento de volumen. **Ritmo sinusal.** El potasio sérico generalmente permanece dentro de límites normales. En pacientes con insuficiencia renal, la administración de **CRINOREN** puede llevar a elevación del potasio sérico, especialmente en pacientes con insuficiencia renal, diabetes mellitus, y/o diuréticos ahorradores de potasio concomitantes. **Emprego en el embarazo y madres lactantes.** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. **CRINOREN** debe emplearse durante el embarazo sólo si el potencial beneficioso justifica el riesgo potencial para el feto. Existe un riesgo potencial de hipertensión fetal, bajo peso al nacer y descenso de la perfusión renal o arterial en el feto tras la exposición uterina a los inhibidores de la enzima de conversión. Debido a que que el feto materno se excretan muchos fármacos, debe tenerse precaución si se administra **CRINOREN** a una madre lactante. **Emprego en pediatría.** **CRINOREN** no se ha estudiado en niños. **INCOMPATIBILIDADES:** No se ha informado de interacciones. **INTERACCIONES:** Puede sufrir un efecto aditivo cuando se emplea **CRINOREN** conjuntamente con otros fármacos antihipertensivos. Generalmente no se recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden producirse elevaciones significativas de potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS.** **CRINOREN** ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente descritos fueron sensación de inestabilidad y cabeza. En el 2,4% de pacientes se describieron fatigabilidad y astenia. Otros efectos secundarios, con una incidencia menor de 2%, fueron hipertensión arterial, náuseas, rinitis, diarrea, cambios musculares e iritación cutánea. Se ha descrito tras su uso y persistencia con una frecuencia entre el 1 y el 2% y pueden requerir la suspensión del tratamiento. Se ha comunicado raras veces la aparición de edema angioedemático de la cara, extremidades, párpados, lengua, glóbulos y/o lengua (ver precauciones). **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** En caso de sobredosis respecto a la subdosificación, más probable de sobredosificación puede ser hipotensión que puede ser tratada, si fuese necesario, mediante líquidos intravenosos de suero salino normal. El enalaprilato puede ser extraído de la circulación sanguínea por medio de hemodiálisis. **PRESENTACIONES:** **CRINOREN** 5 mg: Envase de 30 comprimidos. PVP IVA 2,85€ más IVA. **CRINOREN** 20 mg: Envase de 28 comprimidos. PVP IVA 2,80€ más IVA.



PERSONAJE MEDICINA & HISTORIA

A lo largo de los primeros años del siglo XIX, siguiendo la obra de Bichat, los tejidos fueron considerados como los primeros irreductibles de la materia orgánica en una época en la que, el descrédito en el uso del microscopio, limitaba a los investigadores a simplificar la labor del maestro.

Pese a ello, mediada la centuria, un reducido núcleo de científicos iniciaba un resurgir de la exploración microscópica, llegando a desplazarse a Viena el centro europeo de la enseñanza médica. La llamada «Nueva Escuela Vienesa», capitaneada por el anatomopatólogo Karl von Rokitansky (1804-1878) y por el clínico Josef Skoda (1805-1881), marcó las directrices de la medicina de la época.

Es en este período, sin embargo, ya expuesta la teoría celular por el botánico Mathias Jacob Schleiden (1804-1881) y confirmada en el reino animal por el zoólogo Theodor Schwann (1810-1882), cuando Rudolf Virchow (1821-1902) la hizo suya considerándola como el fundamento de su estudio.

D iscípulo de Johannes Müller en Berlín y asistente en el Hospital de la Charité, en 1847 fundó la revista *Virchow's Archiv*, todavía en curso y tras un breve paso por Würzburg, volvía a Berlín como titular de la primera cátedra de anatomía patológica establecida en Alemania.

Virchow sistematizó en la frase *omnis cellula e cellula* (toda célula procede de otra célula preexistente) la base de sus

lecciones sobre *Cellularpathologie*, publicadas en 1858, con las que derrumbaría los veinte siglos de vigencia de las teorías humorales, a la vez que abría el camino a una gran cantidad de nuevas investigaciones, permitiendo la fundamentación de una anatomía patológica sistemática y funcional.

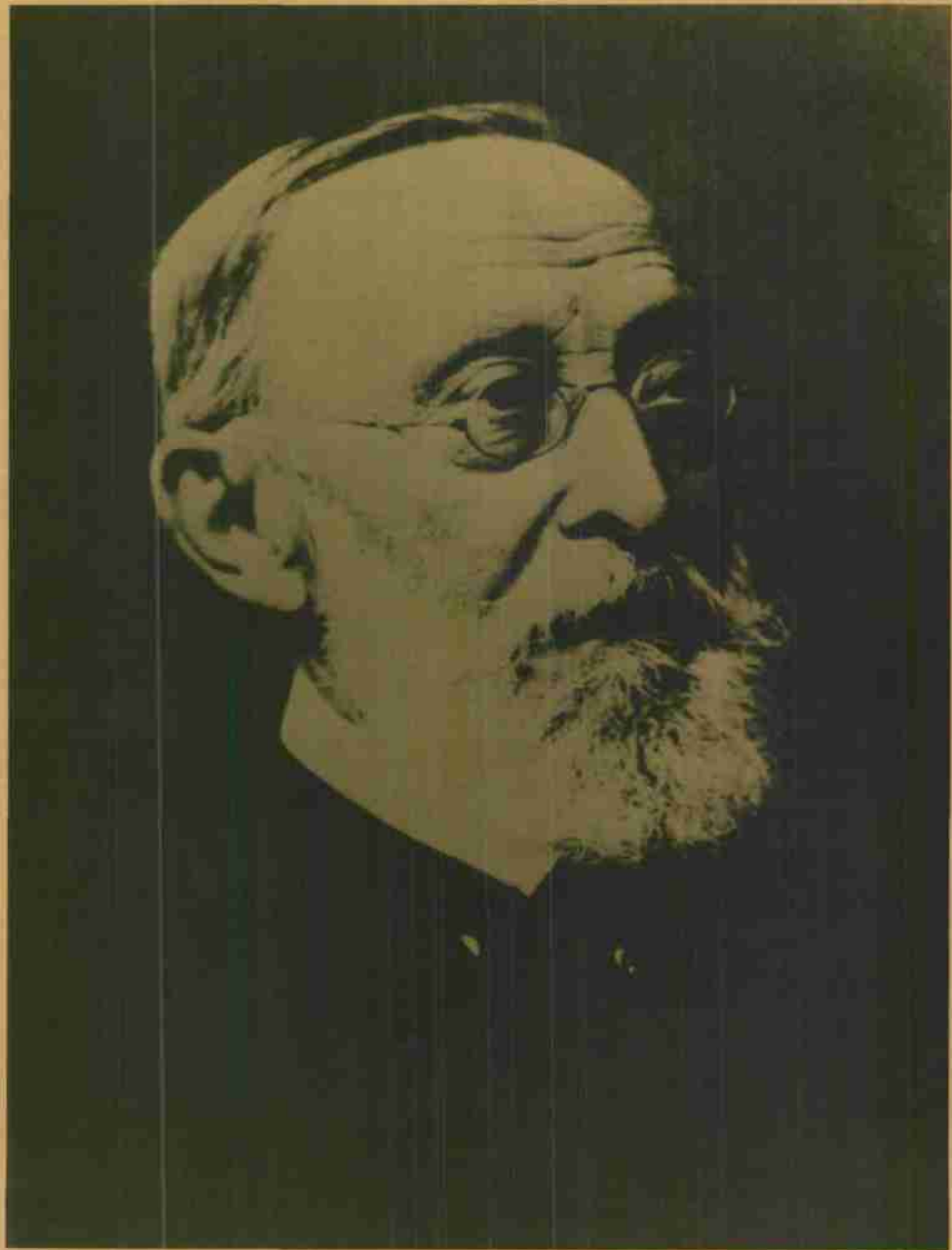
Bajo el nombre de «patología celular», Virchow estableció una teoría general de la enfermedad basada en el principio de la localización, pues todo proceso morboso se halla anatómicamente localizado; en el principio de la lesión celular, a cuyo estudio hay que recurrir para el conocimiento de la enfermedad y en el principio del peligro, en el que se podrá diferenciar la célula enferma de la célula sana.

A partir de estos momentos, los procesos morbosos serán considerados como manifestaciones de una reacción de las células componentes del organismo humano frente a causas morbosas, superando el concepto bichatiano del tejido.

E n su época, nuevos aparatos técnicos vinieron a ejercer una profunda influencia sobre el progreso de la anatomía patológica estrechándose, pronto, con la histopatología siendo numerosos y de gran renombre, los discípulos que siguieron su ejemplo.

La caridad,
factor de
mortalidad
en la epidemia
de peste de 1599
en Valladolid

30



Rudolf Virchow



La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid

30

Anastasio Rojo Vega

XIX Premio Uriach de Historia de la
Medicina, 1988.

La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid

A partir del siglo XVII, se conoce la paulatina desaparición de una epidemia clásica en el suelo europeo: la peste bubónica. La despedida no fue todo lo placentera que era de desear. Dos episodios sucesivos, 1646-1655 y 1678-1682, causaron estragos en el sur y área mediterránea peninsular; sin embargo nada fue comparable a lo sucedido en los primeros años de la centuria.

Entre 1596 y 1603, España sufrió las consecuencias de la enfermedad que, desde algún tiempo antes, invadía una enorme extensión de la Europa del norte y noroeste. Fue una de las más terribles pestes de todos los tiempos¹. Fue, además, una epidemia con características diferentes a todas las anteriores y a todas las posteriores. No se extendió de sur a norte, como de costumbre, sino en sentido inverso y no atacó a las regiones mediterráneas². Los índices de mortalidad fueron muy cambiantes de unas comarcas a otras. Su penetración en las tierras del interior siguió pautas extrañas: Con razón ha merecido el calificativo de *atlántica*, que unido a su nombre la diferencia e individualiza. Es sin duda la peste más compleja entre las conocidas y nuestra intención es contribuir a resolver los problemas que planteó, sacando a la luz documentación inédita conservada en el Archivo Histórico Provincial de Valladolid.

Clima, pobreza y hambre

La población de Castilla la Vieja ve, a fines del XVI, como la pobreza se apodera de todo poco a poco³. Por lo que parece, las variaciones climáticas contribuyeron a romper el equilibrio entre población y producción del interior peninsular. En el siglo XV todo es favorable al crecimiento: clima suave, con abundantes lluvias y consiguientes buenas cosechas de trigo y lana y para mejorar las cosas, la bonancibilidad del tiempo peninsular es simultánea a un episodio de grandes fríos en la Europa central y del norte. Los productos castellanos son, por ello, muy demandados y a buenos precios, surgiendo un eje de exportación centrado en Medina del Campo-Burgos-Bilbao. La riqueza generada hace posible el nacimiento de una industria y un comercio incipientes y que ciudades como Burgos y Segovia se aproximen a los modelos mediterráneos.

Desgraciadamente la situación fue empeorando gradualmente. La suavidad climática se desplazó hacia el norte y el clima de la Meseta cambió, dejando lluvias irregulares; primaveras y veranos secos y elevación generalizada de las temperaturas⁴. No solamente era cada vez más complicado obtener una buena cosecha, sino que los antiguos compradores habían pasado a productores y reclamaban con menos interés la lana y el trigo que antaño importaban.

Los problemas para cubrir las necesidades castellanas de trigo —base fundamental de la

alimentación— promueven cambios en la agricultura tradicional. Se amplía la superficie de tierras roturadas a costa de bosques y pastizales—una *Pragmática* fechada en 1560 prohíbe el levantamiento de pastos— y la mula comienza a sustituir al buey como motor animal, al permitir la arada de mayor superficie por jornada, aunque con labor más superficial que aquél. Nuevas y sucesivas *Pragmáticas* nos permiten ver, indirectamente, la gravedad de la situación, como las que prohíben el sacrificio de animales (1598 y 1600)⁵; las que tratan de proteger a los zapateros de la falta de cuero, o las referentes a la caza y a la pesca, demostrativas de la presión de una población hambrienta sobre el medio, buscando todos los posibles recursos que la naturaleza ofrece. En este sentido cabe, incluso, considerar el fenómeno de la búsqueda de tesoros antiguos, de la que quedan constancias abundantes en la sección *Cámara de Castilla* del Archivo General de Simancas.

Pese a todos los esfuerzos, la producción no mejora. A prolongados períodos de sequía, como el que va de 1561 a 1580⁶, se unen plagas de langosta, cuando no tormentas y tempestades, que obligan a los denominados Herederos de San Lázaro de Valladolid, a contratar los servicios de un clérigo conjurador en 1575 «a causa de que de algunos años a esta parte se han apedreado las viñas y panes de los dichos herederos⁷. Un documento más, de 1569⁸, muestra los problemas de un pueblo vecino a Valladolid, Viana de Cega, que quiere instalar una alhóndiga de granos aduciendo que los años normales apenas

Eupeclanic

Amoxicilina +
Acido Clavulánico

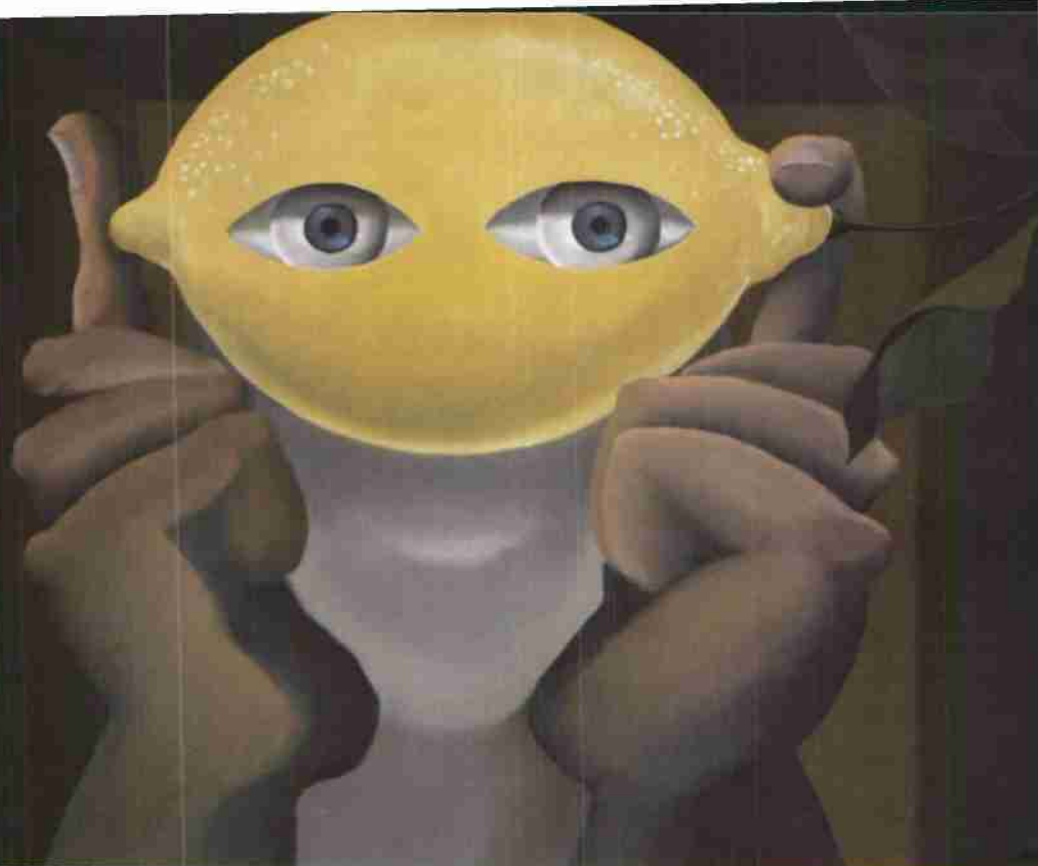
500/125
12 Comprimidos
12 Sobres

250/62,50
12 y 24 Sobres

125/31,25
12 y 24 Sobres

Posología sencilla, tolerancia excelente, eficacia clínica comprobada.

Composición cuantitativa: EUPECLANIC 500/125 mg, sobres o comprimidos: amoxicilina (trihidrato) 500 mg, ac. clavulánico (sal potásica) 125 mg. EUPECLANIC 250/62,50 mg sobres: amoxicilina (trihidrato) 250 mg, ac. clavulánico (sal potásica) 62,50 mg. EUPECLANIC 125/31,25 mg sobres: amoxicilina (trihidrato) 125 mg, ac. clavulánico (sal potásica) 31,25 mg. **Propiedades:** EUPECLANIC es un antibacteriano de amplio espectro constituido por amoxicilina (trihidrato) y ácido clavulánico (sal potásica). La amoxicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro, de acción bactericida frente a microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos. El ácido clavulánico es una molécula betalactámica que de por sí tiene un bajo grado de actividad antibacteriana, radicando su actividad en la propiedad de inhibir una gran variedad de betalactamasas, bloqueándolas y transformando en sensibles a amoxicilina los gérmenes productores de ellas. **Indicaciones:** Tratamiento por vía oral de los procesos infecciosos producidos por gérmenes sensibles a la amoxicilina tales como: Infecciones del aparato respiratorio. Otitis media, Infecciones gineco-uritarias, Infecciones de la piel: tejidos blandos y óseos, Infecciones intra-abdominales. **Posología:** ADULTOS: 500/125 mg, cada 8 horas. NIÑOS: La dosis usual es de 20 mg/Kg/día, basados en el componente de amoxicilina, dividida en dosis iguales cada 8 horas. En procesos severos la dosis debe ser 40 mg/Kg/día basados en el componente de amoxicilina, divididos en dosis iguales cada 8 horas. Como pauta orientativa se señala lo siguiente: De 7 a 14 años (hasta 40 Kg.): 250/62,50 mg, cada 8 horas. De 1 a 7 años: 125/31,25 mg, cada 8 horas. De 3 meses a 1 año: 62,50/15,62 mg, cada 8 horas. **Dosificación en pacientes con insuficiencia renal:** Redujar la dosis total diaria y el ritmo de administración de EUPECLANIC de acuerdo con el siguiente esquema de dosificación: Insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina entre 10-30 ml/min): 1 ó 2 dosis 500/125 mg, cada 12 horas. Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min): 1/2-1 dosis 500/125 mg cada 12 horas. A pacientes que están sometidos a diálisis se administrará adicionalmente una dosis 500/125 mg durante la diálisis. **Contraindicaciones:** Pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas o afechos de mononucleosis infecciosa. **Precauciones:** Administrar con precaución a pacientes hipersensibles a cefalosporinas o con antecedentes alérgicos medicamentosos. No se ha establecido su inocuidad durante el embarazo. **Interacciones:** Debe evitarse la administración simultánea de antibióticos bacteriostáticos por la posibilidad de que se produzca antagonismo debido a su diferente mecanismo de acción. El alopurinol incrementa la posibilidad de aparición de reacciones cutáneas. **Efectos secundarios:** Se ha descrito la aparición de náuseas, vómitos, molestias gástricas y diarreas. En el caso de aparecer trastornos gastrointestinales se recomienda administrar EUPECLANIC coincidiendo con las comidas. La incidencia de erupciones urticariales o erupciones eritematosas es escasa. Las erupciones eritematosas suelen asociarse con una mononucleosis infecciosa simultánea. El tratamiento debe suspenderse ante la aparición de cualquier tipo de erupciones. **Intoxicación y su tratamiento:** Con las dosis recomendadas no se han descrito síntomas de intoxicación. Si se produjese una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración aplicándose el tratamiento específico, adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.). **Presentación y PVP IVA:** Comprimidos de 500/125 mg, envase de 12, 1.232,- ptas. Sobres de 500/125 mg, caja de 12, 1.268,- ptas. Sobres de 250/62,50 mg, caja de 12, 665,- ptas., caja de 24, 1.331,- ptas. Sobres de 125/31,25 mg, caja de 12, 355,- ptas., caja de 24, 709,- ptas.



Pintura de Pla i Narbona

NICO-HEPATOCYN

Composició

Cada gragea conté: Vitamina PP (nicotinàmida) 50 mg., Extracte de alcaçofa 150 mg., Hojes de bidde polvo 10 mg., Resina de Psidium perlatum, 2 mg., Extracto de bils de buey 40 mg., Evinmina 10 mg., Extracto de cáscara sagrada 20 mg.

Posologia

De 2 a 8 grageas al dia, antes o después de las comidas.

Contraindicaciones

Colicistitis y espicidias agudas.

Incompatibilidades

NICO-HEPATOCYN carece de incompatibilidades.

Efectos secundarios

NICO-HEPATOCYN es una medicación, muy bien tolerada, con una incidencia de efectos secundarios prácticamente nula.

Intoxicación y su tratamiento

La intoxicación aguda por esta especialidad es rara dado su elevado coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago, aumento de la diuresis). Ante un cuadro diarético intenso, se administrará medicación astringente y se procederá a la rehidratación.

Presentación

Frasco de 60 grageas PVP IVA 291.- Ptas.
Frasco de 30 grageas PVP IVA 171.- Ptas.

Indicaciones

Dispepsia biliar.
Insuficiencia hepática.
Estreñimiento.
Ictericia.



Normalizador
de la
función
hepatobiliar

Laxante

J. URIACH y Cia. S.A.
Decano Balm, 59-67
08026 Barcelona





recogen lo imprescindible para subsistir, y los años malos ni la sexta parte de lo necesario.

Cómo en toda crisis, los primeros en padecer sus consecuencias son las clases menos pudientes, que abandonan el campo y se refugian en las ciudades para intentar vivir de la caridad pública y privada.

Valladolid es una ciudad que en el siglo XVI contaba con unos 30.000 habitantes⁸, varios millares de los cuales eran pobres⁹. Su número irá incrementándose progresivamente con las crisis de 1575-1577, 1591 y 1598-1599: ellos van a jugar un papel protagonista en el desarrollo de la peste atlántica en la ciudad.

Pobreza y hambre son dos factores muy tenidos en cuenta por la historiografía moderna de las epidemias, intentando en ocasiones corroborar las afirmaciones de los médicos tratadistas que las vivieron y dejaron constancia de su particular experiencia. Para Luis de Mercado, la cuestión es tan importante como para merecer ser comentada en su *Libro de la Peste* (1599)¹⁰, en el «Tratado último», dedicado a «cuanto en Medicina es posible, estorbar y prevenir las recaídas y reversiones, que esta constitución pestilente suele hacer en un mismo pueblo»¹¹.

Antes de pasar a purgas y otros remedios se habla de las medidas

preventivas, que como «la experiencia nos ha mostrado», deben ser tomadas por encima de todo. Se trata de evitar en lo posible el hambre y la pobreza emanados de un mal año agrícola, caracterizado por: perversion del tiempo y falta o sobra de aguas; inexistencia de semillas para la sementera, al verse precisados los labradores a consumir todo el grano por ellos recogido antes de finalizar el ciclo anual; falta de sembradores, huidos a la ciudad como pobre y mal reparto de lo recogido, que es absorbido en su práctica totalidad por las clases pudientes de los grandes núcleos urbanos.

(1) DOMINGUEZ ORTIZ, A. *La sociedad española en el siglo XVIII*. Madrid, 1963; p. 70, calcula en 500.000 los muertos en suelo español.

(2) VÍÑAS CUSI, F. *Datos históricos sobre las epidemias de peste ocurridas en Barcelona*, (repr.), Barcelona, 1965; p. 450.

(3) Puede seguirse en: MARCOS MARTÍN, A. *Auge y declive de un núcleo mercantil y financiero de Castilla de Vieja*. Valladolid, 1978.

(4) MACKAY, A. *Climate and popular unrest in late medieval Castile*, en *Climate and History*, 1981; dirigido por T.M.L. WIGLEY.

(5) MORENO GARBAYO, N. *Colección de Reales Cédulas del Archivo Histórico Nacional*, 2 vols. Madrid, 1977.

(6) BENASSAR, B. *Valladolid en el siglo de oro*. Valladolid, 1983; p. 42 y ss.

(7) A.H.P.V. *Protocolos*, legajo 251, folio 86.

(8) RIBOT GARCÍA, J.A. Valladolid durante el reinado de Carlos I, en *Valladolid, corazón del mundo hispánico. Siglo XVI*. Valladolid, 1981; p. 18.

(9) BENASSAR, op. cit., p. 402 y ss.

(10) *Biblioteca clásica de la medicina española*, tomo I, Madrid, 1921.

(11) *Ibidem* p. 331.

La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid

Mercado aboga claramente por la beneficencia pública; extremo éste que probablemente sea el que molestó a los *Consellers* y *Vuytens del morbo* en el mismo año de 1599, «ante tanta y tan exigente insistencia»¹². En síntesis, el pensamiento de Mercado puede resumirse en la siguiente frase: «es menos mal quedar el Concejo pobre de propios que vacío de buenos vecinos y lleno de pobres»¹³.

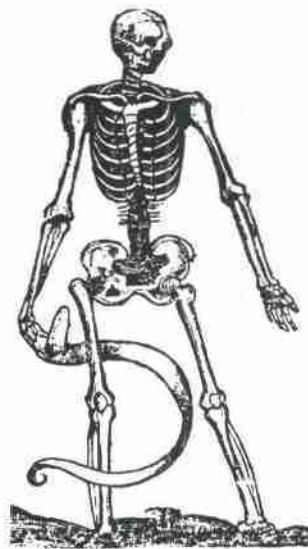
Infraestructura sanitaria de la comarca vallisoletana

Las palabras de Mercado no cayeron en saco roto y la encuesta ordenada por el Ayuntamiento de Valladolid en los lugares de su jurisdicción¹⁴, indica un gran interés por conocer las disponibilidades económicas de cada uno de los pueblos de la misma. El resultado es altamente negativo. Los lugares carecen de propios o, cuando tienen, no solamente no reciben beneficio de ellos, sino que están obligados a pagar altos intereses por los créditos que sobre ellos han tomado con el fin de adquirir el trigo deficitario. Tales créditos -censos- no son pequeña causa de la ruina del campesinado castellano, de la crisis agrícola y del aumento espectacular de la pobreza. Los vecinos de Villanubla, un ejemplo, aseguran «paga de censos esta villa, que tiene tomados en los dichos propios, más de dos mil ducados, los cuales tomaron con facultad Real del Rey nuestro Señor, y pagados los dichos censos y daños de los molinos, no quedan maravedís ningunos de la renta de los dichos propios, y este dicho lugar está alcanzado y empeñado en muchos maravedís, y si no se remedia la necesidad en que al presente está, este dicho lugar se acabaría». La existencia de múltiples despoblados en Castilla la Vieja, fechados en este momento, acredita la carga de desesperación de los vecinos de Villanubla.

La dotación sanitaria está claramente ligada a la situación económica, en cualquier tiempo. El *Informe* inédito del que

extraeremos la mayor parte de las conclusiones de este trabajo, confirma que únicamente dos de los veinticuatro núcleos de población sometidos a examen tenían médico: Tudela de Duero (582 vecinos) y Olivares de Duero (305, aproximadamente)¹⁵. El resto de los lugares ha de contentarse, en el mejor de los casos, con convenios que establecen que uno de tales médicos, o alguno de los de Valladolid ciudad, deba pasar de cuando en cuando a curar a sus vecinos por un determinado número de cargas de cereal anuales. Caso excepcional es Viana de Cega, que mantiene uno de estos convenios pese a contar tan sólo con 48 vecinos, mas aquí el contratado es un natural del pueblo, el doctor Pedro Sánchez de Viana, que mucho nos tememos no giraba visita más que en tiempo de verano, cuando acudía a su lugar de origen a recoger las rentas producidas por sus propias tierras.

En cuanto a boticas, solamente existe una en Tudela de Duero. Los cirujanos, o personas tituladas de tales, son más abundantes, habitando de forma permanente en Cabezón de Pisuegra (213 hab.), Villanubla (267 h.) y Villabáñez (209 h.). Más frecuentes son los barberos, existentes en once pueblos: Peñaflor de Hornija (183 h.), Ciguñuela (108 h.), Villanubla, Mucientes (251 h.), Cabezón de Pisuegra, Olmos de Esgueva (67 h.), Valdestillas (?), Viana de Cega, Laguna de Duero (273 h.), Villabáñez, y Peñalba (?). Las restantes trece poblaciones no disponen de personal sanitario alguno.





La conclusión es evidente. Solamente pueden costear los servicios de un médico los núcleos de población que cuentan entre 1.500 y 2.000 habitantes, es decir, aquéllos en los que todavía viven los suficientes vecinos con recursos como para pagar «igualas», si se nos permite emplear este término. Las boticas precisan de poblaciones aún mayores para ser rentables, entre 2.500 y 3.000 habitantes. Agrupaciones rurales en torno a los 1.000 habitantes ofrecen las suficientes posibilidades como para que un cirujano se avecinde en ellos. Por debajo de tales cifras lo máximo que puede conseguirse es la ayuda de un barbero. El protagonismo de este estamento en la medicina rural del siglo XVI parece total. En el informe de Viana de Cega es precisamente el barbero el que declara «sólo han muerto dos mujeres de

calenturas», declaración en la que se incluye un diagnóstico y que, probablemente, también indica que dicho barbero se responsabilizó del tratamiento en el momento oportuno.

Por último, más de la mitad de los lugares —trece, como dijimos anteriormente— no disponen ni siquiera de tal ayuda. Su única defensa ante la enfermedad debió pasar por la medicina popular y aunque el rastreo en este campo es muy dificultoso, conocemos la existencia de *herbolarios* en Arroyo de la Encomienda, Geria y Fuensaldaña y de *escoberos* —elaboradores de escobas con plantas de la subfamilia de las compuestas denominada *Cinarocefalas*— en Laguna de Duero. Unos y otros realizaban la recogida de plantas medicinales —o consideradas como tales— con destino a las especierías de la

ciudad y es de presumir que la sabiduría de estos empíricos fuera puesta al servicio de sus respectivas comunidades.

Los hospitales son un caso completamente aparte, sin relación directa ni con el número de habitantes, ni con los propios.

(12) VIÑAS CUSI, *op. cit.*, p. 450.

(13) MERCADO, *op. cit.*, p. 345.

(14) A.H.P.V. *Protocolos*, leg. 1.023 *Provisión Real de Su Magestad para que el Señor Corregidor informe el estado de la salud desta ciudad.*

(15) BENNASSAR, B. Valladolid en el reinado de Felipe II, en: *Valladolid, corazón del mundo hispanico*, Valladolid, 1981, p. 75.

Como es bien sabido se trata de instituciones surgidas de un parámetro tan poco cuantificable como es la caridad, de modo que resultan francamente abundantes en relación con la penuria económica y la falta de personal sanitario que hemos comprobado. Existen en quince de los veinticuatro lugares considerados¹⁶, incluso en poblaciones situadas entre las más pequeñas de la comarca, como Boecillo, con unas 250 personas, o Herrera de Pisuergra, con 210.

Pero si la economía no tiene que ver con la existencia o inexistencia de hospitales, si tiene mucho que ver con la calidad de los servicios prestados: la encuesta habla bien a las claras de la inutilidad de la mayoría. Sus rentas son miserables y no parece pudieran bastar, no ya para mantener a hospitalizados, sino para mantener los propios edificios. Mil maravedís de renta anual tenía el de Boecillo, veinte mil el de Villabáñez y diez cargas de trigo al año el de Herrera de Pisuergra, entre los mejor dotados. Por contra, el de Peñalba debía conformarse con seis reales y el de Olmos de Esgueva con una carga de trigo. Pensemos que el salario medio de un jornalero, por jornada, era de unos dos reales en el decenio 1591-1600¹⁷ y veremos que el de Peñalba habría podido, en el mejor de los casos y sin tener en cuenta otras reparaciones, pagar a uno de los miembros más bajos de la escala social, tres días de trabajo al año. Por ello es lógico que el de Herrera no confiese tener más de dos camas; el de Viana, edificio sin ninguna cama y que la mayor parte de los restantes declaren hallarse en una situación arquitectónica casi ruinoso. Ello será también determinante del desarrollo de la epidemia en la comarca.

La comparación con Valladolid-ciudad es imposible. Si revisamos la descripción dada por el viajero Pinheiro da Veiga, comprobamos la existencia de veintidós hospitales¹⁸ y lo de menos es la cifra¹⁹; su dotación es francamente buena. El inventario de uno de los hospitales menores vallisoletanos, como el de San Bartolomé, sobrepasa en sus medios, con mucho, a la suma de todos los de la zona rural²⁰. El personal sanitario es abundantísimo, siguiendo los pasos de la Corona, la Nobleza y las altas jerarquías eclesásticas y civiles. Así, el grupo de médicos

titulados de Doctores se eleva a quince, habitantes fijos en la ciudad, sin contar con los ambulantes. Mucho más numerosos son los cirujanos, barberos y gentes de diversa condición entroncados con el empirismo, desde curadores de enfermedades del bazo, de enfermedades mentales, de enfermedades de la piel, hernistas y litotomistas, santiguadores, fabricantes de polvos para aborrecer el vino, especialistas en aquellas enfermedades asquerosas que los médicos, cirujanos y barberos no quieren atender; hasta conjuradores del mal de ojo²¹. Ello, no obstante, apenas influirá en el desarrollo de la enfermedad,

Peste

El siglo XVI no sólo estuvo marcado en Castilla la Vieja por sequías, langosta y pedricos; también tuvo como constante compañera a la peste. En el caso particular vallisoletano a que nos estamos refiriendo, queda constancia de epidemias en 1503, 1506-7, 1518-19, 1527, 1533, 1540-2, 1547, 1575-6, 1584-7 y 1597-9²². Muy probablemente el número de episodios fue mucho mayor y nos encontramos a falta de una prospección exhaustiva. La relación de Biraben, de poblaciones afectadas y el hecho de que no quede año del siglo sin epidemia mayor o menor en Francia, así nos lo sugiere.

Documentación caída casualmente en nuestras manos amplía la lista conocida para la península, tanto en lo referente a extensión de epidemias ya documentadas, como a su sufrimiento en años en los que el suelo peninsular se creía limpio de plagas. Un informe muy interesante²³, por lo completo, extiende la epidemia de 1533 en dirección a Salamanca y en 1565 se sabe que Sevilla estaba «picada». Pues bien, algo tan poco relacionado con la medicina como un pleito, nos declara el estado de enfermedad en la comarca cántabra, concretamente en torno a la localidad de Bárcena: un tal Hernando de Bustamante es enjuiciado, acusado de haber dado muerte a su mujer y en su declaración dice que «en la dicha casa de La Lasta, hubo grande peste en muchos lugares alrededor de la dicha casa de La Lasta y se pegó el dicho mal a los que residían en dicha casa por razón de la comunicación que había entre los vecinos de los dichos lugares y los de la dicha casa»²⁴. El resto de los testigos coincide en subrayar que tanto la mujer de Bustamante, como otras siete personas que con ella vivían, muriendo de landres. Así, el mapa de la peste de 1565 se nos convierte en ilógico, al marcar áreas afectadas tan distantes como Sevilla y Cantabria. Es seguro que muchos otros lugares peninsulares, padecieron el mismo episodio.

Un ejemplo más a añadir es la petición de alimentos para una enferma de mal contagioso, denominación sospechosa; la vecina de Valladolid Mariana de Urueña, en 1568, otro momento más del que hasta ahora no se había hablado²⁵.

(16) Tudela de Duero, Valbuena, Viana, Vilabáñez, Castronuevo, Cabezón, Boecillo, Villanubla, Geria, Herrera, Olivares, Olmos, Peñafior, Peñalba y Quintanilla.

(17) BENASSAR, Valladolid en el siglo de oro, p. 277.

(18) *Fastingia*, trad. del portugués por N. ALONSO CORTES, Valladolid, 1973; pp. 49-50.

(19) El P. LUIS FERNANDEZ MARTIN, S.J. estudia otro, denominado San Alejo de los Italianos, desconocido hasta hoy y no será el último de los que salgan a la luz.

(20) Inventario en A.H.P.V. *Protocolos*, leg. 962, fol. 63.

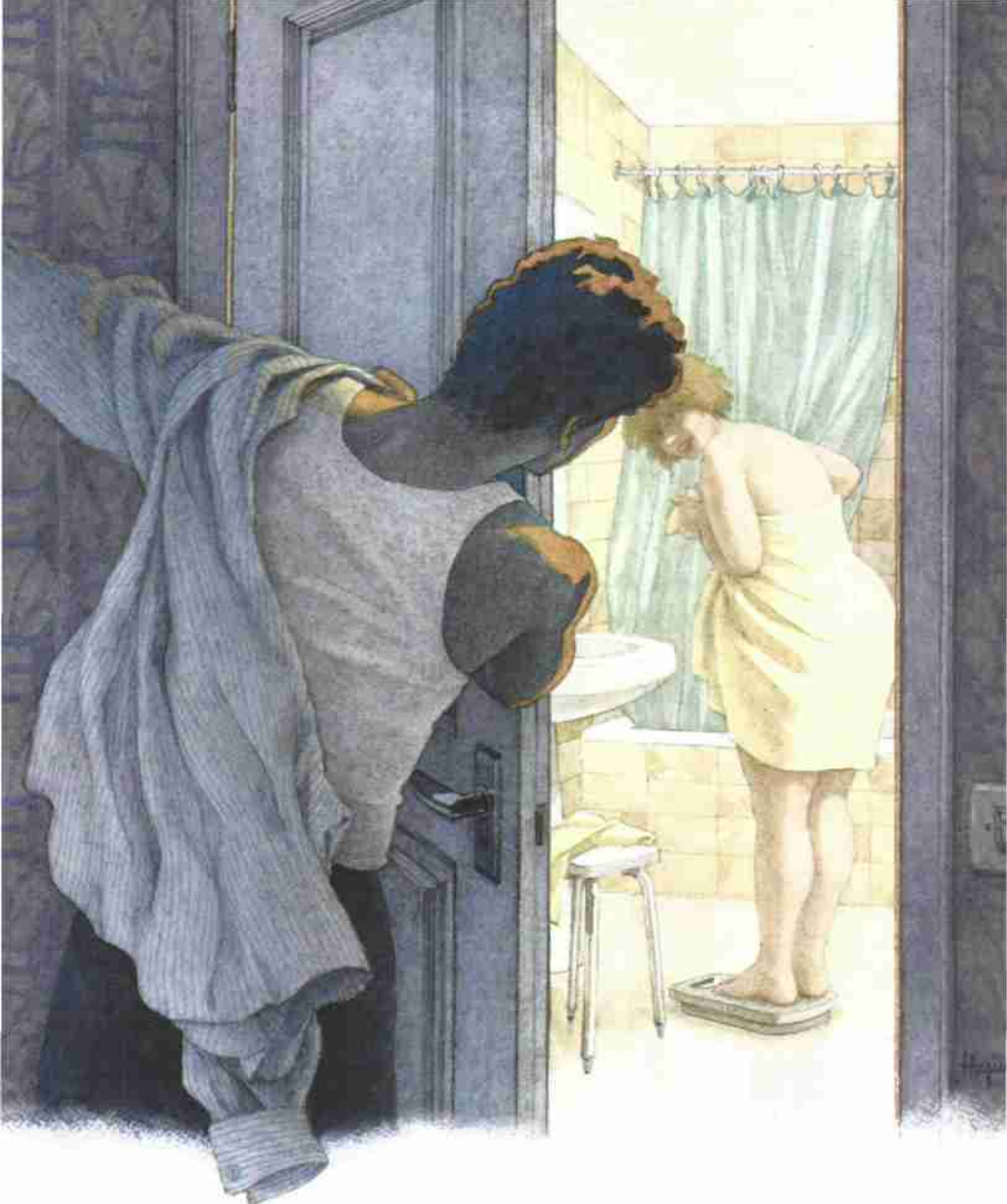
(21) El Prof. J. RIERA realiza actualmente un estudio sobre tales «curanderos».

(22) CARRERAS PANCHON, A. *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*. Salamanca, 1976; pp. 23, 25, 27 y 30; BIRABEN, J.N. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, t. I. París, 1975; pp. 391-2; PEREZ MOREDA, V. *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI y XVII*. Madrid, 1980; p. 248.

(23) A.G.S. *Cámara de Castilla*, 1-217/45.

(24) A.H.P.V. *Protocolos*, leg. 286, fol. 640.

(25) A.H.P.V. *Protocolos*, leg. 245, fol. 148.



J. Otsuka & Co. S.A.

Indicaciones: Tratamiento de la obesidad y de sus síntomas secundarios. **Composición:** Cada gramo contiene: **Reserpina** purísima 20 mg. **Cloruro de cafeína** 200 mg. **Cloruro de cafeína** 50 mg. **Cloruro de sodio** 50 mg. **Fenofibrato** 20 mg. **Cloruro de sodio** 70 mg. **Cloruro de sodio** 10 mg. **Reserpina** 50 mg. **Psicología:** De 2 a 6 gramos diarios después de las comidas. La dosis debe ser gradual, en cada caso, según la disminución de peso corporal, que puede oscilar entre 2 y 3 kg mensuales. Una vez obtenida el peso deseado, puede suspenderse el tratamiento durante algunos meses, dando la preferencia a la dieta de los alimentos asequibles y regular su peso en

este. En este caso, son aconsejables dosis de 10 a 20 días al mes. **Contraindicaciones e incompatibilidades:** Insuficiencia cardíaca. **Precaución:** Aplicar en dosis bajas. **Efectos secundarios:** Dosis elevadas pueden producir trastornos intestinales de naturaleza diarreica, que desaparecen al disminuir la dosis. **Interacción y uso:** La reserpina es espasmodica en caso de hipertensión arterial. En caso de hipertensión arterial, que con el uso de este fármaco puede producirse un efecto más marcado, pueden aparecer: náuseas, vómitos, diarrea, espasmos digestivos e insomnio. **Examen:** Lavado de estómago y intestino. **Precaución:** Evitar de 50 gramos. **FP, P, P (14, 200).**

LIPOGRASIL

Tratamiento natural de la obesidad: estimulante del catabolismo, acción ligeramente laxante y diurética, no anfetamínico.

BRONQUI- MUCIL

Boyermeier Uriach

En la reactivación de la bronquitis crónica

Comodidad de dosificación en el tratamiento de la bronquitis crónica y de sus reagudizaciones.

Envase de 50 cápsulas para tratamientos de larga duración.

Composición

	Cápsula	Jarabe
	(mg)	(mg)
Bromhexina ClH (1,8-300)	25	250
Trisacopin (Sulfamexazol)	80/80	800/800
Excipientes c.a.p.	1 c.p.e.	100 c.e.

Indicaciones: Tratamiento de los procesos agudos del tracto respiratorio y asociados afección sensible al trisacopin-sulfamexazol. Complicaciones bacterianas de la gripe.

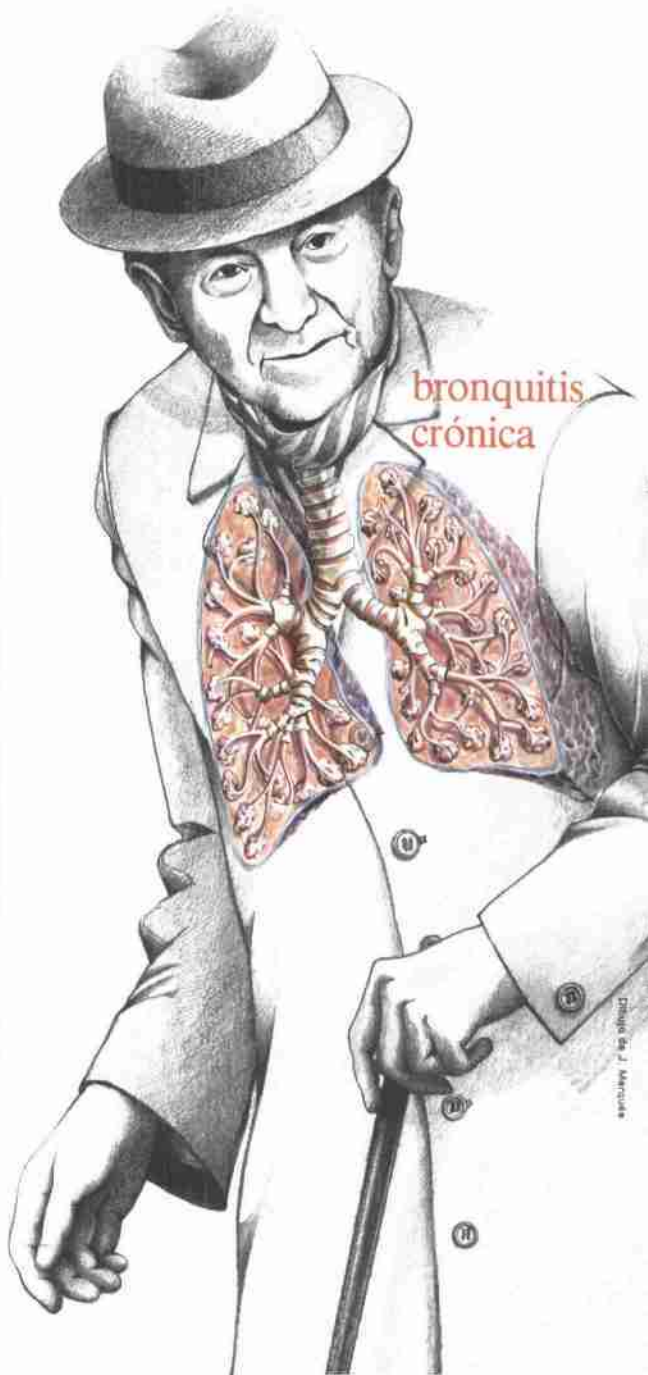
Farmacología: Adultos. 2 cápsulas dos veces al día. 2 cucharadas de 10 cc. dos veces al día. Niños. 1-2 cucharadas de 3 cc. dos veces al día.

Presentaciones: **Bromhexina Cápsulas.** Caja de 50 y 20 cápsulas. PVP IVA 1,37% y 70% Plus.
Bromhexina Jarabe. Frasco de 100 cc. PVP IVA 1,66% Plus.

Contraindicaciones y Precauciones: Casos de sensibilidad individual frente a los sulfamidas. Insuficiencia hepática o renal grave. Embarazo y lactancia materna de un mes. A pesar de que no se han descrito acciones teratogénicas, es prudente no administrar Bromhexina durante los primeros meses de gestación.

Indicación y su tratamiento: La exposición aguda con esta sensibilidad ocurre, dado su elevado coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago, diuresis forzada y alcalización de la orina). Los trastornos de hepatotoxicidad pueden aparecer en ciertos casos al empleo de carboxinas.

bronquitis
crónica



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

Eupen bronquial

Amoxicilina + Brovanexina

Cuando el moco acompaña a la infección

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

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

Resumen de indicaciones agudas y crónicas que cursan con tos y expectoración.

• Bronquitis aguda, subaguda y crónica • Bronquitis asmática • Bronquitis bacteriana postgripal • Brote de reagravación de la bronquitis crónica • Laringitis • Tos ferrea • Bronquitis crónicas • Neumonía • Droncoestomatitis • Costiplicaciones bacterianas de las vías respiratorias.

Posología: Adultos: 1 cápsula cada 8 horas.

Niños: La dosificación usual corresponde a 25-50 mg/kg de amoxicilina y 1,25-2,5 mg/kg de brovanexina, en dosis divididas cada 8 horas. Esta dosificación corresponde a 3 sobres cada 8 horas, que podrá ser aumentada sin riesgo según la gravedad del proceso.

Contraindicaciones: Administrar con precaución a enfermos con historial alérgico o sensibles a penicilina y cefalosporina. No ha sido demostrada su inocuidad en el embarazo.

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

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

Intoxicación y tratamiento: En personas hipersensibles a la amoxicilina pueden aparecer fenómenos alérgicos (tracoeos cutáneos con urticaria e incluso glottitis) que se tratan con antihistamínicos, corticoides, aminofilina o ac. nicotínico, oral o parenteral, según su gravedad.

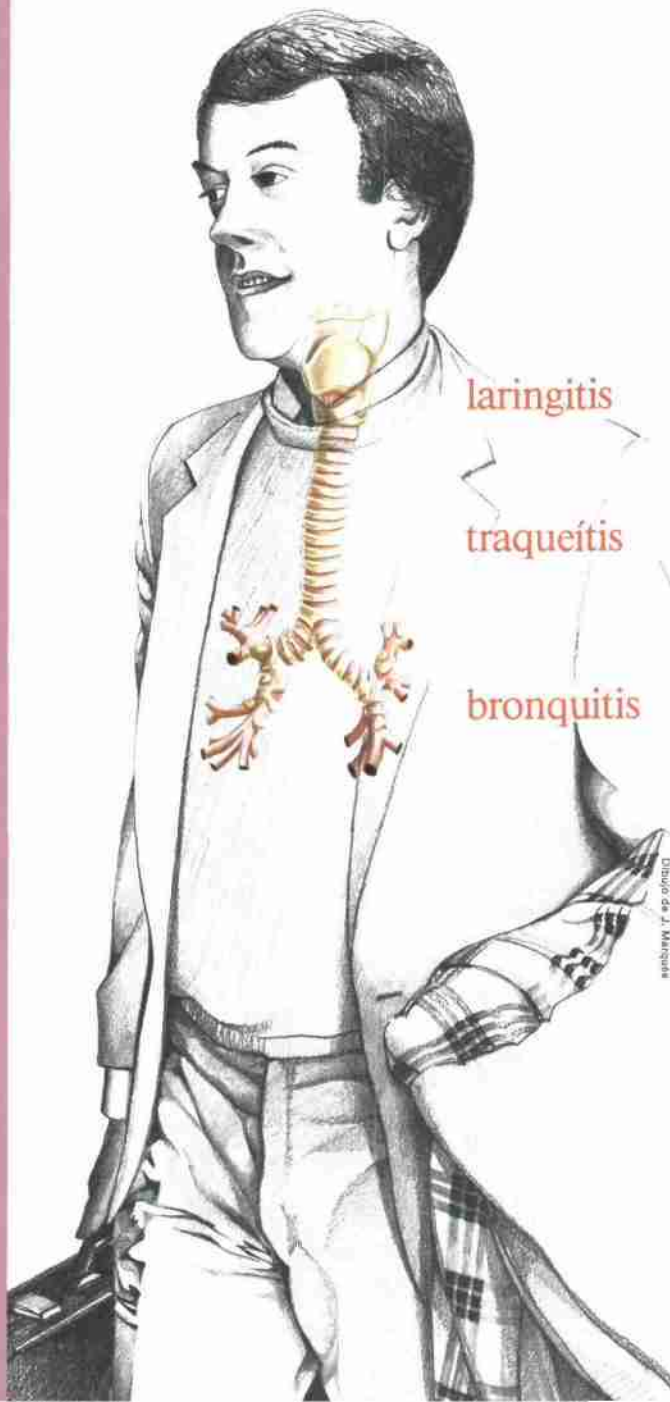
Composición y Presentación: Eupen bronquial cápsulas

Cada cápsula contiene 500 mg de amoxicilina (1-trihidro) y 25 mg de brovanexina CH. Envase de 12 cápsulas. PVP IVA 621.- Ptas.

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

Nuevo presentación, idónea para niños.

Puede emplearse en los adultos con problemas de deglución. (2 sobres = 500 mg de Amoxicilina)



laringitis

traqueítis

bronquitis



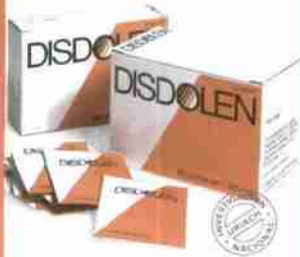
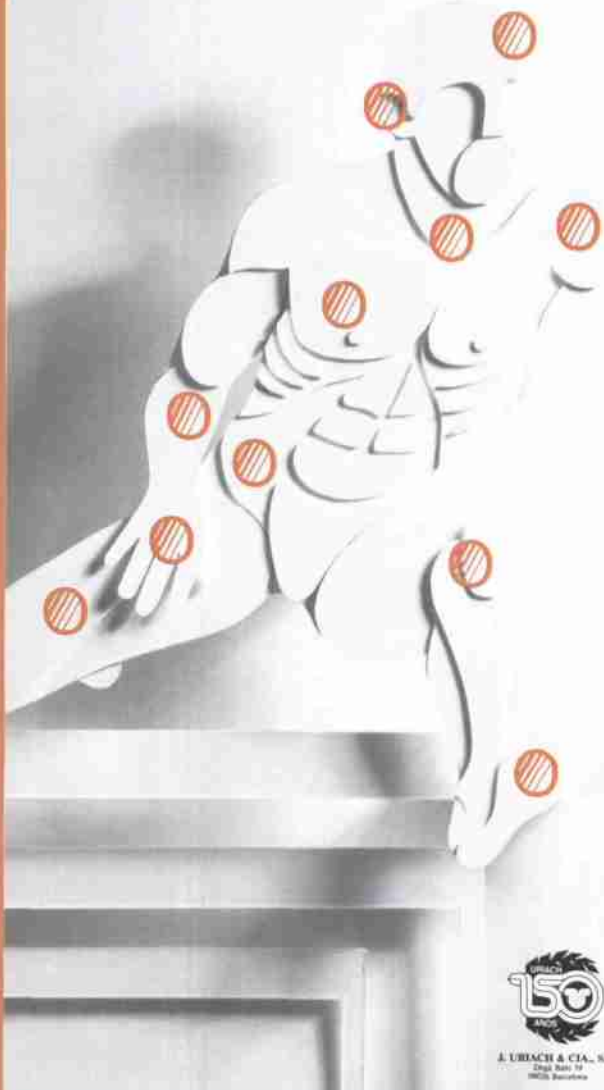
J. URIACH & CIA., S.A.
Degrà Balú 59
08026 Barcelona

El analgésico- antiinflamatorio que reúne eficacia y tolerancia

Composición: Cada sobre contiene: Fosfosal (DCI), 1200 mg. Excipiente (con 60 mg de cloruro sódico y 9 mg de sacarina sódica) c.s.p. 1 sobre. **Indicaciones:** Analgésico-antiinflamatorio para el tratamiento de los dolores propios de enfermedades agudas y crónicas, de dolores musculoesqueléticos o articulares y coadyuvante en los procesos respiratorios y catarrales. Por su extraordinaria tolerancia general y digestiva, DISDOLEN está especialmente indicado en tratamientos de larga duración y en personas de edad avanzada o con problemas de tolerancia digestiva. • Dolores musculoesqueléticos: torzalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguinces, luxaciones. • Dolores articulares: artritis reumatoidea, osteoartritis. • Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas. • Cefaleas y migrañas. Neuralgias. Mialgias. • Estados gripales y febriles. **Dosificación:** • De 1 a 3 sobres al día. • De precisarse, pueden administrarse un total de 6 sobres al día, distribuidos en 3 tomas de 2 sobres cada una. • Debido a su tolerancia gástrica, las tomas de DISDOLEN pueden realizarse sin previa ingestión de alimentos, en ayunas, entre comidas, etc. • El contenido del sobre se disuelve con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencia de efectos teratogénicos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Interacciones:** DISDOLEN deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes orales ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosfosal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de estos. **Efectos secundarios:** No se conocen a las dosis terapéuticas habituales. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo se produce por ingestión de dosis muy elevadas, debido al favorable coeficiente terapéutico del principio activo, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. Como tratamiento de la intoxicación se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado, administración de una suspensión acuosa de carbón activo, aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **Presentación:** Envase de 40 sobres. PVP IVA 1.838,- Ptas. Envase de 20 sobres. PVP IVA 919,- Ptas. Cada sobre contiene 1200 mg de Fosfosal (DCI). DISDOLEN es un producto investigado y desarrollado por URIACH.

DISDOLEN

Fosfosal Uriach



URIACH & CIA., S.A.
Zona Sur 19
08033 Barcelona

*Ermita fuera de las murallas,
con su cementerio.
Situación similar ocupaba
en Valladolid la de San Lázaro.*



En definitiva, inspirados en el ejemplo francés y en esta relación de hechos casuales, podemos pensar que la situación peninsular es de peste permanente, ya en una zona o ya en otra de la geografía. No extraña en absoluto, teniendo en cuenta esto, que Bennassar escriba que la ciudad contaba en 1599 con una estructura eficaz de protección contra la epidemia²⁶, pese a la mortalidad sufrida.

Dicha estructura estaba compuesta por una serie de medidas sobradamente conocidas, repetitivas y generalizadas en la totalidad del continente europeo. Puede decirse que entraban en funcionamiento de forma automática ante el menor vislumbre de enfermedad contagiosa. Consistían en el nombramiento de comisionados encargados de informarse de la salud de la ciudad y de poblaciones aledañas de ella —como los que redactaron los *Informes* que estamos manejando—; en la exigencia de testimonios de procedencia a los viajeros que llegaban a sus puertas; en la limpieza de calles y plazas retirando productos de fácil putrefacción, como excrementos animales y basuras humanas; en la

prohibición de alimentos tales como melones, pepinos y otros de similares características que se suponía eran fácilmente impregnados por exhalaciones malignas; en la quema de sustancias aromáticas —romero, cantueso, etc.— que por el fuego y sus fuertes aromas podían disolver tales exhalaciones; en la celebración de Juntas de Médicos, que sugerían las medidas aconsejadas por su Arte; en la provisión de atención médica, boticas y alimentos para los pobres y en las restantes recogidas y estudiadas por A. Carreras en la obra que venimos citando.

Lo fundamental de todas ellas, lo que realmente les confería efectividad, era el nivel de aislamiento conseguido. Particularmente, pensamos que la diferencia entre una peste «très violente» y otra «très minimes», en la nomenclatura de Biraben²⁷, depende más que de virulencias del germen o aumentos de la receptividad, del grado de perfección del aislamiento de focos.

Veamos el caso de la peste de 1533 en Valladolid²⁸. La cifra total de fallecidos fue baja, entre

sesenta y dos y sesenta y cuatro, más de la mitad pobres de la parroquia de San Nicolás. El primer testimonio fue recogido de boca del Licenciado Francisco Arias, médico y cirujano. A causa de su profesión fue llamado a curar «un pobre a la calle de la puente, el cual estaba enfermo y herido de una seca de pestilencia». Su aviso a las autoridades hizo fuera sacado a la ermita de San Roque, extramuros de la ciudad, manifestando «no supo del dicho enfermo ni si murió ni si sanó». En otra ocasión tuvo que vérselas con «un mozo que venia de camino herido de una seca, que decían era criado del mariscal de Frómista, el cual vino tan infeccionado del dicho mal, que en la casa donde él murió, murieron luego por el mismo tiempo otras tres mozas, criadas de dicha casa donde el dicho mozo murió. A la cual causa este testigo lo hizo saber a la justicia de esta dicha villa, y cerraron la casa»²⁹.

(26) *Valladolid en el reinado de Felipe II*, p. 90.

(27) *op. cit.*, t. I, pp. 155 y ss.

(28) A.H.P.V. *Protocolos*, leg. 36. Diversos cuademilios, sobre todo el comprendido entre los fols. 300-12, titulado «Corregidor de la villa de Valladolid, o nuestro Alcalde en el dicho oficio. Su Magestad envia a Alonso Navarro, su Criado y Regidor de la ciudad de Avila, a haber cierta información de la salud de esa villa, como veréis por la instrucción que lleva. Luego os juntad con él y brevemente recibid la información que se le manda, porque así conviene».

(29) El subrayado es nuestro.

Otro caso más, en el barrio de Santa Clara, se resuelve asimismo con el emparedamiento de sus moradores. Quizás por sus tareas como médico y cirujano, el propio Arias se transformó en transmisor involuntario de la enfermedad, pues «se acuerda, que en la casa de este testigo, murió, puede hará dos meses poco más o menos, una niña hija de este testigo, de edad de siete años. Y así mismo, por el mismo tiempo, se hirió en casa de este testigo una criada suya de edad de diez años, y así mismo murió dende ya hace doce días poco más o menos, las cuales dichas dos niñas murieron del dicho mal de pestilencia, a la cual causa este testigo se salió de su casa y aún no se ha vuelto a su casa, pero sus hijos y criados, de este tiempo han estado dentro de la dicha casa».

En los pueblos próximos apestados, la práctica cruel del emparedamiento —aislamiento total, en suma— se muestra eficaz para atajar la peste y convertirla en epidemia de efectos mínimos.

Volvamos ahora hasta la peste atlántica. Su llegada a España se efectuó por uno o dos barcos —el famoso *Rodamundo*— llegados desde Flandes al puerto de Santander en el invierno de 1596²⁰. Los *Libros de Actas* del Ayuntamiento de Valladolid²¹ recogen, ya el 9 de enero de 1597, la noticia de enfermedad en Laredo, Santander, Castro Urdiales y Bilbao, poblaciones de las que se guardaba mucho la próxima ciudad de Burgos, que era quien daba el aviso a las restantes de Castilla la Vieja para que hicieran lo propio. De forma automática, como señalamos antes, fue organizada la «guarda de las puertas», viéndose el

problema de que «esta ciudad está sin cerca alguna y tan abierta no se puede guardar hasta tanto no se cerquen los arrabales». La ausencia de murallas artificiales trata de compensarse, entonces, con murallas naturales, extendiendo el perímetro del área de vigilancia hasta los pasos forzosos a la ciudad desde las barreras constituidas por los ríos; puentes de Cabezón, Simancas, Cigales y del Esgueva y barca de Herrera de Duero. Pasado algún tiempo, se supo que la peste, en dirección a Valladolid, había penetrado hasta Herrera de Pisuerga, lo que estimuló al Ayuntamiento a tomar de las sisas de vino y pan el dinero para iniciar las obras de las cercas, que se iban dilatando.

Pasemos por alto toda una serie de actividades urbanas relacionadas con el conocimiento de la peste en el norte, como por

ejemplo la procesión a la ermita de San Sebastián y San Roque el 9 de junio.

Con la llegada del invierno renació la tranquilidad, pues la experiencia había demostrado el antagonismo de la peste con el frío. El único asunto que se resolvió en este sentido, fue el castigo propuesto por el Regidor Juan de Palacios contra el lugar de Villanubla, por desobedecer a la ciudad y tener sin guarda todos sus caminos y accesos.

En el año siguiente de 1598, fue nuevamente el verano el productor de noticias alarmantes, que decían que la peste picaba fuertemente en el reino de Galicia y las Vascongadas. Simultáneamente, otros rumores señalaban la enfermedad ya en un sitio, ya en otro de Castilla la Vieja; sin embargo los comisionados que viajaron a ellos

L V D O V I C I M E R C A T I M E D I C I

A cubiculo, & prothomedici generalis
Philippi. I. I. Hispaniarum, & Indiarum
Regis potentissimi. De natura & con-
ditionibus, præseruatione, & cura-
tione pestis, quæ populariter
graffatur his tem-
poribus.
LIBELLVS.



M A T R I T I.
Apud Petrum Madrigal.
Anno. 1 6 9 8.





nunca informaron de que se tratase de auténtica peste. Es de suponer que la psicosis generalizada desataba el temor en cuanto en cualquier núcleo de población surgía una sobremortalidad, por la causa que fuera.

El invierno, como en 1597, significó un nuevo tiempo de relajación para el interior de la Meseta norte. Hasta entonces puede considerarse que la peste ha sido un fenómeno restringido a la costa cántabro-atlántica, con esporádicas y leves penetraciones en las tierras altas castellano-leonesas.

La primera sensación auténtica de peligro se tiene en el mes de abril de 1599, al conocerse que la peste había entrado en Burgos³⁰; ello sucedía el día 26 de dicho mes; sin bien la alarma debería haber saltado antes. El día 19 o 20 de

abril murió el primer apestado en Valladolid. Antonio Ponce de Santa Cruz, médico y catedrático de Prima de Avicena en sustitución de Luis de Mercado, así lo había dicho a las autoridades³¹. Razones escolásticas indujeron al Colegio médico vallisoletano a rechazar el diagnóstico. Pensaban que para definir una enfermedad como auténtica peste debía cumplirse que matase a muchos, de acuerdo con Galeno y Avicena.

Ponce de Santa Cruz, uno de los médicos más interesantes del panorama hispano de finales del XVI y comienzos del XVII, opuso contra todos que «para ser verdadera peste no ha menester matar a los más... que acometa a muchos es cosa accidental»³². En definitiva, Ponce defendió que síntomas y signos bastaba para diagnosticar una enfermedad, siendo los restantes factores

concurrentes hechos accidentales que pueden o no pueden darse dependiendo de múltiples factores. Sus contrincantes no cedieron, siguieron pensando que para que fuera peste debía darse la condición de que matara a más de la mitad de la población y parece esperaron tranquilamente hasta ver si ello sucedía³³. Su informe al Corregidor y, a través de él al Consejo de Castilla, recoge como anécdota el «médico inadvertido», que había dado un diagnóstico que les parecía «cosa de burla». No se piense que los que emitían tal juicio eran médicos sin importancia. La Junta para la Salud estaba compuesta por doce Doctores, entre ellos los Médicos de Cámara Francisco Martínez Polo, Francisco de Herrera y Juan Fernández Talavera. El propio Antonio Ponce de Santa Cruz lo sería algo más tarde.

La ciudad pagó duramente el escolasticismo de sus doctores. El *Tractado* (1600) de Ponce en su revancha contra los que se le opusieron en abril de 1599.

(30) VINCENT, B. «La peste atlántica de 1599-1602». *Asclepio*, XXVIII, 1976: 5.

(31) A.M.V. Existen dos *Libros de Actas* 1597-1599, con algunas variantes.

(32) Pese a IBAÑEZ PEREZ, A.C. *Arquitectura civil del siglo XVI en Burgos*. Burgos, 1977, p. 62, que dice no la hubo.

(33) RIERA, J. «El libro de la peste (1600) del Doctor Antonio Ponce de Santa Cruz». *Asclepio*, XXIX, 1977: 319-330.

(34) *Tratado de las causas y curación de las fiebres con secas pestilenciales que han oprimido a Valladolid y otras ciudades de España*. Valladolid, 1600, p. 21v.

(35) Sobre estas polémicas: A. CARRERAS, op. cit., pp. 16 y 62.

La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid

El retraso en el aislamiento de los focos en el interior del casco urbano deterioró rápidamente la situación sanitaria de la ciudad. La peste se había enseñoreado de ella cuando el 3 de junio se hizo cargo de la salud una persona clave en el desarrollo de la enfermedad: el Corregidor Antonio de Ulloa³⁶. A él se debió la erección de cuatro hospitales para enfermos y dos de convalecientes fuera de la cerca y al otro lado del río Pisuerga y la extensión de la beneficencia pública pregonada por Mercado, consiguiendo se diera comida y asistencia gratis a los pobres en todas la parroquias.

Los pobres fueron la constante preocupación de todos los encargados de luchar contra la peste. Su aumento comenzó a hacerse notar en el verano de 1597, ordenándose el 22 de noviembre que «todos los dichos pobres, hombres y mujeres, chicos y grandes, se junten en las Casas de la Moneda de esta ciudad el jueves primero, 25», con objeto de separar a los verdaderos «pobres de necesidad» de los vagos y expulsar a éstos últimos de la ciudad.

No sabemos si se consiguió tal pretensión, sin embargo lo peor no había aún llegado. La procesión a Nuestra Señora de San Llorente, solicitando aguas, era una negra premonición. Este año de 1598 fue, probablemente, el que conoció la mayor sequía en un siglo ya de por sí seco. Una sequía que no se limitó a las tierras altas interiores, sino que englobó en su radio de acción a toda la cornisa cantábrica, con una economía agrícola y ganadera extremadamente dependiente de lluvias regulares. La consecuencia fue una gran hambre, sobre todo

en el norte y la desesperación de los pobres norteños, que iniciaron una penosa marcha hacia el sur, buscando qué comer. Antonio Ponce describe los hechos: «ha más de un año que de Galicia y Asturias baja infinita gente, hambrienta, enferma, y de los puertos donde ha habido tanta peste, y venían tan perdidos que los hallábamos muertos en los caminos, y los que quedaban con vida han hallado en Castilla abiertas las puertas de la caridad, y hanse ido mezclando en esta ciudad para grande daño de la salud universal»³⁷.

Los *Libros de Actas* del Ayuntamiento indican asimismo «la hospitalidad que será bien hacer para tantos pobres enfermos como andan por esta ciudad. Causado por la esterilidad tan grande que ha habido de pan este año, que han venido de las montañas, Asturias y otras partes»³⁸. Una hospitalidad que, ante la eterna ausencia de muralla, trata de establecerse fuera de la ciudad y con el río entre medias, para estorbar en lo posible la entrada de los pobres en el casco urbano. Sin embargo, el 24 de mayo seguía sin haberse logrado llevar a cabo el acuerdo. Mientras tanto los pobres continuaban fluyendo incesantemente. Los pregones públicos anunciaron el mismo día «que todos los pobres estén juntos mañana a las ocho fuera de la puente del Río Mayor, y allí juntos dos Caballeros Comisarios, a los que tuvieran necesidad de cura los recojan en los hospitales señalados, y a los que estuvieren sanos los echen del lugar, dando a cada uno, para su camino, aquello que a los dichos señores comisarios les pareciere, que lo que en ello se gastare será bien dado». Como se ve la postura del Ayuntamiento se había

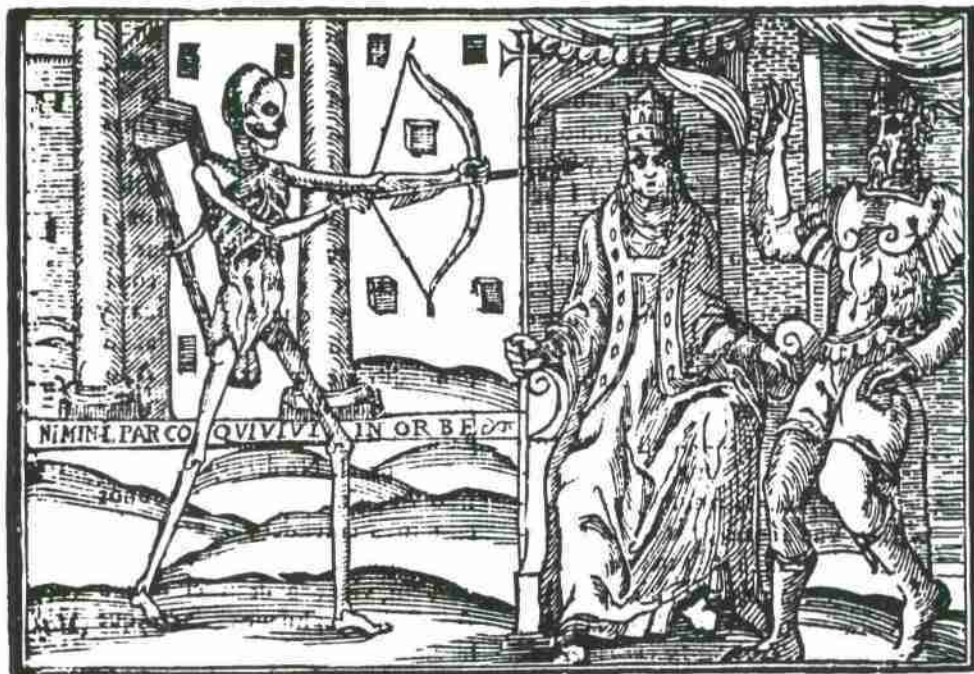
endurecido desde las Juntas anteriores. Ya no se trataba de distinguir entre «pobres de necesidad» y vagabundos. Lo que se pretendía en este momento era depurar la ciudad de pobres en general por ser, en opinión de los médicos locales como Mercado y Ponce, «causa suficiente para nacimiento de la epidemia».

Las esperanzas del Ayuntamiento, si alguna vez existieron, tropezaban con grandes problemas. Era ilógico pensar que los pobres se iban a someter a lo ordenado. Difícilmente podían ni siquiera pensar en abandonar una ciudad en la que la caridad pública, por un acuerdo más de su Ayuntamiento, les proporcionaba botica gratis en cada parroquia y, sobre todo, media libra de carnero y media de pan por persona y día. Era preferible permanecer escondido en alguno de los infinitos escondites de la ciudad, que perder estos beneficios lanzándose a una aventura incierta por una comarca agrícola con casi tanta hambre como ellos, para llegar, en el mejor de los casos, a otro núcleo urbano que tendría tomadas medidas similares a las vallesoletanos contra ellos.

(36) BENNASSAR, B. *Recherches sur les grandes épidémies dans le Nord de l'Espagne à la fin du XVI^e siècle*. Paris, 1969, p. 180; GRANJEL, J.S. *Las epidemias de peste en España durante el siglo XVII*. Salamanca, 1964, pp. 11-12.

(37) Op. cit., pp. 33v-34r.

(38) 23 abril 1599.



Fue la peste la que sacó gradualmente a los pobres del interior de la ciudad. Abandonados y expulsados por sus compañeros de necesidad desde el momento en que en ellos se manifestaba la enfermedad, eran transportados a los hospitales de extramuros, de San Lázaro y de los Desamparados. El hacinamiento en ellos, como el hacinamiento en que vivían en el interior de la ciudad, posibilitó a muy pocos la supervivencia. Esta es otra de las principales características de la peste atlántica: su selectividad. Tanto Mercado como Ponce coinciden en sus precisiones: «no hallamos que se hayan muerto sino pobres advenedizos, y pobres naturales»³⁹.

Dentro de sus propuestas para una investigación colectiva, Bennassar, en el apartado *Categoría social de las víctimas*⁴⁰, se hace eco de la misma circunstancia en Burgos, Aranda de Duero, Sepúlveda, Arévalo, Olmedo y Avila. Un

miembro de las clases privilegiadas vallisoletanas, el banquero Fabio Nelli de Espinosa, no solamente no respeta «la peur du mot», sino que se permite el lujo de desdenar una enfermedad que no mata a las personas de consideración, razón por la que no se toma molestias por guardarse de ella⁴¹. A epidemia pasada, la experiencia de Ponce le hace escribir «las personas bien gobernadas, y que no tratan con enfermos, no caerán en los males que ahora andan»⁴².

El 18 de septiembre, los médicos Gerónimo de Castro y Nicolás Bardez, antiguo Catedrático de Alcalá⁴³ y los cirujanos Diego García y Pedro de Nevares, informaban al Regimiento que desde principios de mes se notaba en los hospitales una notable mejoría, hasta el punto que desde inicios de septiembre, de más de mil personas hospitalizadas sólo habían muerto dos. La noticia sirvió para que el Ayuntamiento diera como oficialmente concluida

la epidemia, celebrando el acontecimiento con una procesión de acción de gracias y juegos de cañas y toros.

Por lo que hemos expuesto se ve que la enfermedad atacó cruelmente a la ciudad entre los meses de mayo y agosto, particularmente en el de julio. ¿Qué pasó mientras tanto en la región agrícola circundante? La encuesta fue elaborada en el transcurso de un itinerario que comenzó el nueve de agosto y concluyó el día veinte de dicho mes, cuando ya en Valladolid se tenían los primeros atisbos de su pronta conclusión. El escribano se muestra muy interesado por saber el número exacto de muertos de seca, desde primeros de julio hasta el día de su visita a cada pueblo. Es claro que se trata de una encuesta prefijada por el desarrollo de la peste en la ciudad y que busca preferentemente datos comparables con lo sucedido en ella. Es un inventario de daños tras el paso de una catástrofe, del

que quedan excluidas las muertes acaecidas entre enero y julio.

De las poblaciones visitadas, que son las mismas enumeradas al hablar de la infraestructura sanitaria, solamente seis se declaran formalmente apestadas y preocupadas por el posible desarrollo incontrolado de la enfermedad: Cabezón de Pisuerga, que pese a reconocer peste ofrece un dubitativo «dicen estaban enfermos de secas y carbuncos»; Tudela de Duero, con veinte muertes en el período considerado y que no deja tampoco de apelar a la duda «al presente no sabe que haya veinte enfermos en él, que han querido decir algunos de ellos han sido y son enfermos de secas». Peor es la situación en Laguna, con unos noventa muertos y cincuenta enfermos a mediados de agosto; en la Cistèrniga, con veinticuatro enfermos y cinco muertes; y en Villanubla, cuya población está aterrorizada. En Villabáñez, finalmente, la preocupación tiende a desaparecer el dieciocho de agosto, al ver que la peste deja de manifestarse en nuevos casos.

Aparte de los seis lugares citados, en otros cinco hay convencimiento de haber sufrido la plaga, pero nunca el terror ha ganado a sus habitantes. Uno de ellos es Ciguñuela, donde murieron dos mujeres y una niña habitantes de una misma casa. El origen de la epidemia es público y achacado a una toca comprada en Valladolid, pese a todas las prohibiciones en tal sentido. Los vecinos de la localidad han recurrido, una vez más, al emparejamiento de los restantes miembros de la familia, de modo que según el barbero «tienen mucha necesidad atento que no hay nadie que tenga duelo dellos,

ni quien les proporcione el sustento necesario».

Si sumamos todos los datos contenidos en el informe, resulta que durante el tiempo que la epidemia ha merodeado por la comarca, han muerto ciento sesenta y seis personas en ella. Ciento sesenta y cuatro lo han sido inequívocamente por secas; dos de Viana de Cega son achacadas a calenturas imprecisas. Si convertimos dichos datos en porcentajes de muertos por número de habitantes, obtenemos las siguientes cifras: Laguna, 7,3 por 100; Villanubla, 2 por 100; Cabezón, 1,2 por 100; Viana, 1 por 100; Tudela, 0,7 por 100; Villabáñez, 0,7 por 100; Ciguñuela, 0,5 por 100; y Geria, 0,5 por 100. Las nuevas localidades aparecidas atribuyen sus muertos a «fiebres», tabardillos y calenturas.

En líneas generales, en todos los lugares el nivel de alarma coincide con la existencia o no de enfermos encamados y con su número. Si los enfermos «se valen por su propio pie», la despreocupación es absoluta y, de acuerdo con ello, no se toman medidas especiales contra la peste interna; si contra los transeúntes que puedan llegar de fuera.

Es obligado relacionar estos datos con los obtenidos por Bennassar⁴⁴.

El autor galó señala unos porcentajes más elevados que los del informe, al tener en cuenta el total de muertes a lo largo del año 1599 completo —recuérdese que el informe recoge únicamente el período julio-agosto—, maneja, además, fuentes presumiblemente más objetivas, como son los registros parroquiales de defunciones. Sus datos, sin

embargo, coinciden sustancialmente con los que hasta aquí hemos ofrecido. Los lugares afectados son los mismos: Villanubla, Cabezón, Laguna, Tudela, Villabáñez y Ciguñuela. La única diferencia tiene que ver con Catronuevo de Esgueva, apestado según Bennassar y con tres o cuatro enfermos de calenturas, sobre unos ochenta vecinos, de acuerdo con el informe. En el peor de los casos se trataría de siete pueblos apestados sobre un total de veinticuatro.

Primera conclusión, pues: la epidemia tuvo una extensión limitada y respetó el ámbito rural. Si pasamos a porcentajes, los ciento sesenta y seis fallecidos, según el informe, representan, globalmente considerados, el 1,35 por 100 de los habitantes de la comarca, agrícola. Frente a esta cifra tenemos la de 16-17 por 100 para Valladolid-ciudad. La segunda conclusión, lógicamente, creemos que es que la peste de 1599 fue una epidemia básicamente urbana⁴⁵. Resta considerar los factores que motivaron las grandes diferencias entre la peste en la ciudad y en el campo.

(39) PONCE, *Tratado*, p. 33v.

(40) *Recherches*, p. 53.

(41) *Ibidem*, p. 54.

(42) PONCE, *op. cit.*, p. 31.

(43) *Archivo Universitario Valladolid*, leg. 338-16 (1605).

(44) *Recherches*... p. 15.

(45) El mismo Bennassar opina, en el momento dado, «la peste n'est pas une exclusivité urbaine quoi que l'on ait pu croire naguères». Nosotros, en este trabajo, intentamos demostrar que la peste de 1599 fue característicamente urbana.

La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid

La caridad como causa de mortalidad

Volvamos atrás. Antonio Ponce de Santa Cruz dejó escrito que los pobres «han hallado en Castilla abiertas las puertas de la *caridad* y hanse ido mezclando en esta ciudad para grande daño de la salud universal». Estas pocas palabras encierran, en nuestra opinión, la clave que permite descifrar el extraño comportamiento de la peste atlántica en el interior peninsular, demostrando la certeza de la afirmación de A. Carreras en lo relativo a la necesidad de consultar concienzudamente las obras o *tratados* de los médicos contemporáneos de cada oleada pestilente, algo que la historiografía general no suele hacer normalmente.

En realidad, la mayor parte de los autores que se han dedicado al tema no nos ofrecen explicaciones globalizadoras de cada epidemia, sino más bien catálogos de posibles causas favorecedoras o menos favorecedoras de cada pestilencia concreta. Pierre Chauvin ha de recurrir a exponer que «el origen nórdico de la peste, completamente insólito, fue una de las razones de su terrible eficacia: vías desacostumbradas, vías mal defendidas». Bennassar llega, finalmente, a la conclusión de que debieron de tener gran importancia las manifestaciones pulmonares, gracias a causas favorecedoras como la subalimentación y los bruscos cambios climáticos padecidos por los viajeros, ya que casi siempre el origen de la epidemia en cada ciudad se achaca a alguien llegado de fuera, como al vecino de Covarrubias, en Valladolid. La

forma pulmonar explicaría la comunicabilidad hombre-hombre, imposible en la forma puramente bubónica. El resto de los autores citados⁴⁶ trabaja con datos relativos a la inmunidad, al clima, a las guerras, al hambre o a las ratas, entre otros, no rebasando en muchas ocasiones el nivel de simple catálogo de factores contribuyentes de la epidemia.

El que todo sean hipótesis nos da pie para dar a la luz una más, la nuestra, que creemos se trata de una explicación que sobrepasa el nivel de catálogo y se convierte en un relato de la dinámica de la concreta peste atlántica en el concreto lugar de Valladolid-ciudad y su comarca.

En principio hemos llegado a una conclusión: el que una oleada pestífera llegue a convertirse en epidemia «trés violente» o «trés minime» no depende directamente de la inmunidad, del hambre o de las ratas, sino del éxito o fracaso de las medidas de aislamiento. El aislamiento puede ser interno, caso del emparedamiento de enfermos en el interior de las poblaciones, o externo, representado por la guarda de puertas y puentes. Los factores generalmente aceptados pueden combinarse de muy diversas maneras. Las pestes muy violentas surgirán de aquellas combinaciones que más faciliten la quiebra de dicho aislamiento.

Veamos la cadena de acontecimientos situados tras la peste atlántica vallisoletana. La década de los noventa es-seca y de generalizadas malas cosechas. El hambre en el mundo rural provoca que las ciudades se vayan llenando de pobres hambrientos que basan su supervivencia en la caridad pública y privada. Si la

situación era ya de por sí grave, en 1597 se infectan de peste algunos puntos de la cornisa cantábrica. Los dos primeros años de asentamiento de la epidemia en suelo peninsular no suponen rebasar, apenas, la barrera natural constituida por la cordillera cantábrica. Sin embargo, en el año de 1598 las lluvias no llegaron y, consecuentemente, tampoco las cosechas, pese a las rogativas a Nuestra Señora de San Lorente. El resultado fue catastrófico para Castilla, llevando el hambre a las zonas agrícolas que, nuevamente, proporcionaron oleadas de pobres a los núcleos urbanos donde se concentraba la riqueza. Pero en el norte, con una agricultura y una ganadería absolutamente dependiente de un régimen pluvial abundante y constante, la situación fue aún mucho peor.

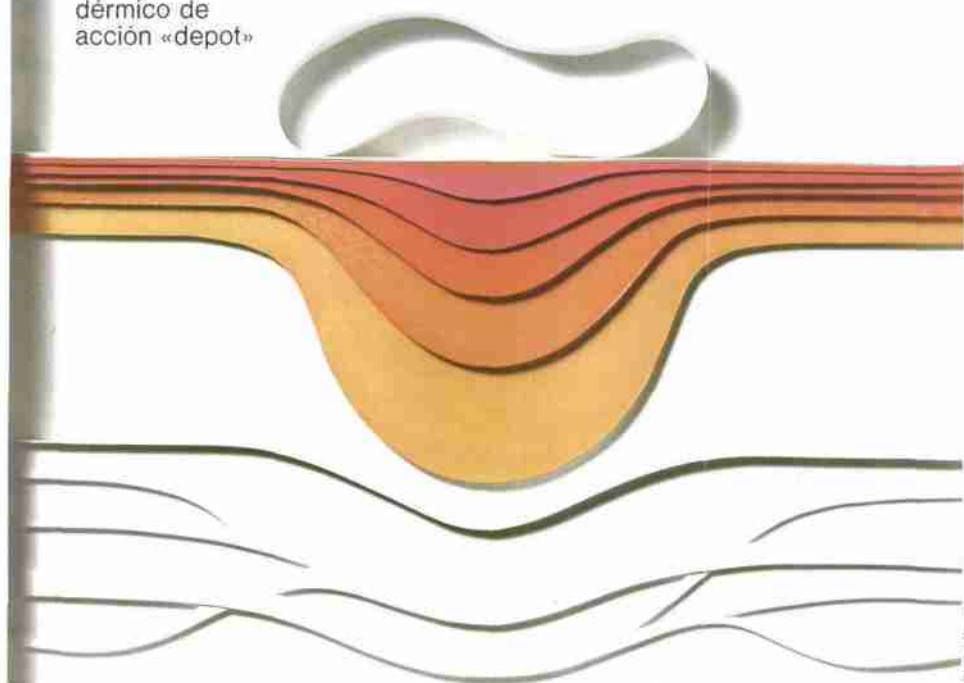
(46) Como también PESET, J.L. «Epidemias y sociedad en la España del fin del Antiguo Régimen», *Actepto*, XXIX 1977: 37-65.

Imagen ideal de una ciudad del XVI. Murallas y puertas eran la garantía de salud.

flutental

Flupamesona

El corticoide
dérmico de
acción «depot»



flutental crema y pomada

Indicaciones: Dermopatías sensibles a los corticoides tópicos.

Composición: Flupamesona 0,3% en vehículo hidrosoluble (crema) o graso (pomada).

Presentaciones: Flutental crema, tubos de 30 g (583 Ptas.) Flutental pomada, tubos de 30 g (590 Ptas.)

flutental gentamicina crema y pomada

Indicaciones: Dermopatías agudas o crónicas con infección secundaria.

Composición: Flupamesona 0,3% y Gentamicina 0,1% (como sulfato), en vehículo hidrosoluble (crema) o graso (pomada).

Presentaciones: Flutental Gentamicina crema, tubos de 30 g (819 Ptas.) y de 15 g (372 Ptas.) Flutental Gentamicina pomada, tubos de 30 g (825 Ptas.) y de 15 g (373 Ptas.)

flutental loción pediátrico y fuerte

Indicaciones: Dermopatías extensas o en zonas pilosas o visibles.

Composición: Flupamesona 0,3% (Fuerte) o 0,15% (Pediátrico), en vehículo hidrosoluble.

Presentaciones: Flutental Fuerte loción, frascos de 30 c.c. (579 Ptas.) Flutental Pediátrico loción, frascos de 30 c.c. (369 Ptas.)

flutental sali pomada

Indicaciones: Dermatitis, eritemo-escamosis.

Composición: Flupamesona 0,3% y ácido salicílico 3% en excipiente graso (pomada).

Presentación: Flutental Sali pomada, tubos de 30 g (590 Ptas.) y de 15 g (358 Ptas.)

Posología: En general dos aplicaciones al día. Conseguida la mejoría, es suficiente una aplicación diaria como terapéutica de mantenimiento, hasta alcanzar la curación completa.

Contraindicaciones y acciones secundarias: Las propias de todo corticoide, reducidas al mínimo. Flutental no produce acciones secundarias generales o locales, incluso en tratamientos de grandes zonas corporales durante largos períodos de tiempo.



URIACH
Dicamo Balm, 59-67
08026 Barcelona

Eupen

Amoxicilina

La amoxicilina de entrada

Indicaciones: Tratamiento de los procesos infecciosos por gérmenes sensibles a la amoxicilina.

Infecciones de vías altas: Otitis media, Rinofaringitis, Sinusitis, Amigdalitis, Faringitis.

Infecciones broncopulmonares: Bronquitis aguda y crónica, Traqueobronquitis, Gonorrea, Gripes, Neumonías, Broncoesquiritis, Bursitis, Pleuritis seca y exudativa, Tos seca.

Infecciones gastrointestinales: Fiebre tifoidea resistente al CAF, Salmonelosis, Shigelosis, Diarreas bacterianas.

Infecciones urinarias y ginecológicas: Pielitis y Pielonefritis, Nefritis, Cistitis, Uteritis y Uretritis, Prostatitis, Gonorrea, Bacteriuria asintomática, Anclitís, Cervicitis, Miomatería, etc.

Infecciones de la piel y tejidos blandos: Forúnculos, Quistes sebáceos infectados, Abscesos de la cavidad bucal, Heridas infectadas.

Otros indicios: Endocarditis, Osteomielitis ematológica, Infecciones oftalmológicas, Infecciones del tracto biliar, Meningitis.

Efectos secundarios: Muy raramente pueden presentarse intolerancias digestivas leves.

Intoxicación y su tratamiento: Caso de intoxicación accidental (sólo a dosis muy elevadas), seguir las pautas generales de eliminación de tóxicos: lavado de estómago y sustrato de la diarrea.

Contraindicaciones: Sensibilidad a la penicilina y a sus derivados semisintéticos.

Incompatibilidades: No se conocen incompatibilidades con otros fármacos.

Dosificación: En general, 25 mg de Amoxicilina base por kg y día, repartidos en tres tomas (cada 8 horas).

Lactantes: 12 gotas (60 mg) de EUPEN GOTAS, tres veces al día.

Niños menores de 3 años: 25 gotas (125 mg) de EUPEN GOTAS, tres veces al día.

Niños mayores de 3 años: 1 sobre (250 mg) de EUPEN SOBRES, tres veces al día.

Adultos: 1 cápsula (500 mg) de EUPEN CAPSULAS, tres veces al día.

En caso necesario puede doblarse la dosis. Eupen puede ser administrado antes, durante o después de las comidas. Las presentaciones pediátricas poseen un agradable sabor y pueden ser tomadas mezcladas con leche, papillas y otros alimentos.

Composición y Presentación: EUPEN GOTAS: 125 mg de Amoxicilina base por 1,25 cc (125 gotas). Frasco de 25 cc, con un dosificador cuantitativo. Cada 25 gotas (1,25 cc) contienen 125 mg de Amoxicilina base. PVP IVA 363, — Ptas.

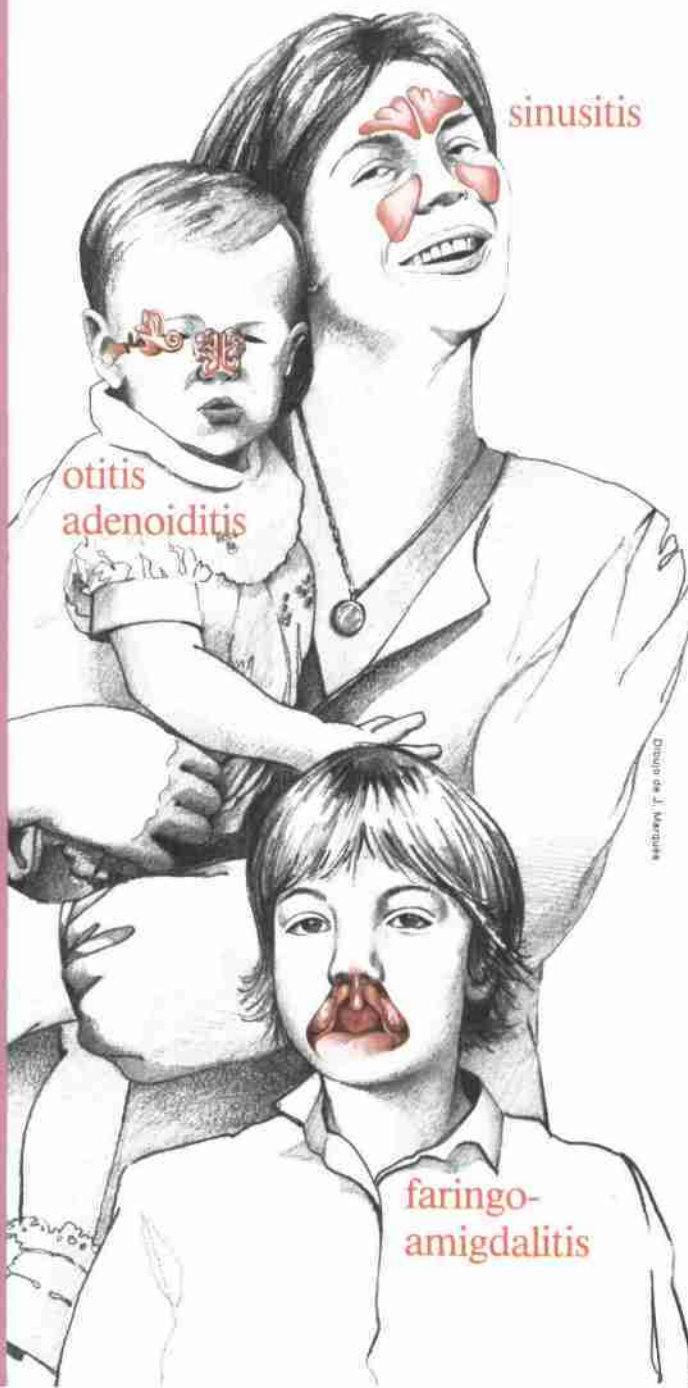
EUPEN SOBRES: Caja de 12 sobres con 250 mg de Amoxicilina base por sobre. PVP IVA 343, — Ptas.

EUPEN CAPSULAS 300 mg de Amoxicilina base por cápsula. Frasco de 12 cápsulas. PVP IVA 523, — Ptas.

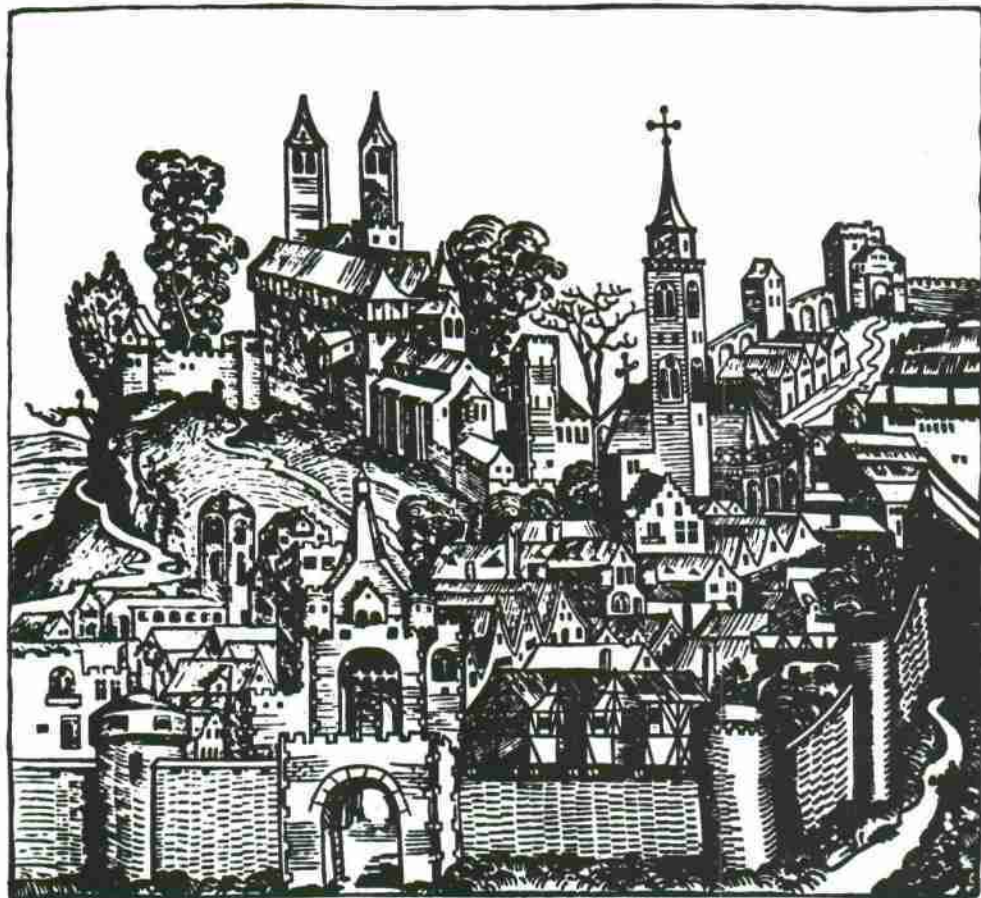


J. URIACH & CIA., S.A.

Depto. I+D+i 29
08036 Barcelona



Diseño de J. Marqués



Los años de 1597 y 1598 el norte había padecido hambre, aunque de un modo u otro había logrado capear el temporal, lo que explica que la peste quedara reducida a la cornisa cantábrica y no se extendiese al interior. En 1599 no había nada que comer en la zona. Quedarse en ella significaba la muerte segura por inanición. Ante tal coyuntura se produjo la invasión en masa de la Meseta norte por parte de muchedumbres de hambrientos que encaminaron sus pasos hacia los mismos lugares que antes habían escogido los pobres «autóctonos». La marcha hacia el sur siguió las rutas clásicas del comercio interior peninsular, bajando desde Galicia por la vía de Benavente; de Santander por el valle del Pisuerga y de Bilbao por el puerto del Escudo y Burgos. Prácticamente todas las vías se unían en Valladolid, a no ser que se eligiera el camino directo hacia Madrid y la Meseta sur, que pasa por Aranda de Duero, otra de las poblaciones seriamente afectadas según Bennassar.

Entre estos pobres hambrientos, no eran pocos los que habían partido infectados de peste o habían sido contagiados durante la larga marcha: son aquellos que cuenta Ponce se encontraban muertos a los lados de los caminos. Debieron atravesar las regiones agrícolas castellanas, en las que apenas hicieron alto. Los hospitales, como hemos visto, no tenían recursos de ningún tipo y los alimentos faltaban. Los pobres del norte no podían esperar mucha caridad de localidades apretadas, como ellos, por el hambre. Así, finalmente, pusieron sitio a los grandes núcleos de población. Valladolid, con su concentración de nobleza, clero y altos cargos administrativos, era centro de muchas de sus esperanzas. En efecto, las bien surtidas paneras, pese a la desastrosa cosecha, habían permitido al Regimiento dar aproximadamente un kilogramo de alimentos —carne y pan— a cada uno de los pobres andantes por sus calles, aparte de botica y médico gratis. El Regimiento pretendía con ello reforzar las fuerzas de los más desgraciados para que así su propia naturaleza les ayudase a resistir la pestilencia. La seguridad de tales dones llevó a una multitud de hambrientos a sitiar, primero, y a tomar el asalto, después, la ciudad. Carente de murallas, ciudad abierta, se produjo una auténtica invasión

que desbordó y convirtió en ineficaces todas las medidas de aislamiento tomadas previamente. Valladolid era un hervidero de pobres hacinados en estrechos lugares. Las pulgas tuvieron un buen ambiente en tal hacinamiento —recuérdese que la característica fundamental de la peste de 1599 son las secas y carbuncos— y produjeron una explosión de la mortalidad y de la mortalidad.

Mientras tanto, las clases pudientes observaban todo con un cierto desinterés, al ver que cortando todo trato con los pobres nadie enfermaba. En definitiva, la epidemia de 1599 fue altamente selectiva. La peste desapareció en septiembre porque había acabado con buena parte de los pobres locales y norteños que se habían mezclado en su recinto. Lo mismo, volviendo a Bennassar, ocurrió en el resto de las poblaciones fuertemente afectadas.

La caridad organizada por Ulloa, el reparto de comida, fue pues la responsable de la alta mortalidad vallisoletana, promoviendo una peste «très violente». En el área rural, donde la miseria propia no hacía posible la caridad, la epidemia fue «très minime», debido a que los pobres del norte nunca pensaron en dirigirse hacia ella para resolver sus necesidades. Sin invasiones foráneas, las medidas aislacionistas fueron fáciles de llevar a cabo.

Si hubo pestilencia fue por causa de ruptura de lo ordenado, como la introducción de una toca en Ciguñuela. En el caso de Villanubla la culpa fue del Regimiento, que como señalamos antes, no había instituido guardas, mereciendo una multa de la ciudad de Valladolid. Cabezón y Tudela de Duero, en fin, son dos puentes y paso obligado de los dos mayores ríos de la región —Duero y Pisuerga— como también Simancas. En todos los casos se reúnen factores que hacen posible la acumulación de pobres o la ruptura de las medidas de seguridad.

Ésta es nuestra hipótesis: la alta mortalidad de la peste atlántica en España tiene su origen, no en algunos viajeros o caminantes que transmitieron la enfermedad de lugar en lugar, sino en una multitudinaria invasión desde el Cantábrico, que asaltó los principales núcleos de población del interior, a causa de que únicamente tales núcleos tenían

los suficientes medios como para proporcionarles caritativamente alimentos, en un año en que los pobres no tenían más que dos alternativas: la muerte por hambre o, por su amontonamiento en ciudades extrañas, la muerte por peste. Los juegos de cañas y toros que celebraron el fin de la epidemia en Valladolid, celebraron sin quererlo la muerte de más de 6.000 pobres⁴⁷ a los que la miseria había empujado a morir en tierras extrañas. Muertos los pobres, la ciudad siguió con su vida habitual y los médicos volvieron a discutir si la enfermedad que se había padecido había sido o no verdadera peste. Dado que la auténtica peste, según los textos clásicos de la antigüedad, iba ligada a una corrupción universal del aire, dado que una tal corrupción debía haber afectado a toda la población sin distinción de clases, y dado que solamente habían muerto pobres; la conclusión final fue que no había sido peste, sino «enfermedad con secas pestilenciales». La escolástica se impuso a «la peur du mot».



(47) Cifra de Bennassar en *Recherches* (op. cit.).

IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina

Entre los días 21 y 23 del pasado mes de septiembre se desarrollaron, en Zaragoza, las sesiones del IX Congreso español de Historia de la Medicina, bajo la presidencia del Profesor Francesc Bujosa Homar, titular de la cátedra de dicha especialidad en la Universidad de Zaragoza. Concurrieron representantes de toda la geografía española.

Tras la sesión de apertura que tuvo lugar en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, el Profesor José María López Piñero, de Valencia, pronunció la conferencia inaugural que trató sobre «Los orígenes de la salud pública en España».

A continuación se fueron desarrollando las distintas ponencias establecidas sobre: «Hechos y valores en la práctica y en la ciencia médica» a cargo del Profesor Diego Gracia Guillén (Madrid); «La ciencia, la técnica y la medicina en la Historia de Aragón», a cargo de los Dres. Vicente Martínez Tejero y Fernando Solsona Motiel (Zaragoza); «La comunicación científico-médica: pasado, presente y futuro», por los profesores María Luz Terrada y Eugenio Portela (Valencia) y finalmente, dentro del tema de comunicaciones libres, los profesores Juan Luis Carrillo (Sevilla) y Guillermo Olagüe (Granada), trataron sobre «Las comunicaciones libres en los Congresos Nacionales de Historia de la Medicina».

Un total de 144 congresistas, entre los que cada vez se aprecia en más, a las nuevas generaciones, concurrieron aportando un total de 78 comunicaciones a las distintas ponencias.

El sábado día 23, tuvo lugar la Asamblea general reglamentaria de la «Sociedad Española de Historia de la Medicina» la cual, en ausencia de su presidente, el profesor Pedro Marsel, fue presidida por el vicepresidente, Francesc Bujosa. Éste, a quien acompañaba el resto de la Junta Directiva, los Dres. Rosa Ballester, Luis Montiel, Juan Luis

Carrillo, José Luis Barona y José Danón, recogió —en su informe— la preocupación ya expresada por el Dr. Marsel el día de la apertura del Congreso, respecto al anteproyecto en fase de elaboración, sobre el futuro de los estudios universitarios y que gravita sobre nuestra especialidad, donde parece ser se proyecta la práctica desaparición de todo concepto de historia, tanto en la medicina como en las demás ciencias, en un intento de anular toda formación humanística de los universitarios. La Asamblea, por unanimidad, apoyó la postura de la Junta directiva en cuanto a su oposición a dicho anteproyecto.

La secretaria, la Dra. Rosa Ballester, hizo un resumen de las actividades de la S.E.H.M. desde la última Asamblea general de Murcia, recordando las reuniones de Valencia, Granada y Madrid en las que, progresivamente, ha ido en aumento el número de participantes. Al mismo tiempo, comunicó a la Asamblea la reciente designación de D. Pedro Laín como profesor emérito de la Complutense y recordó la jubilación académica de los profesores Agustín Albarracín y Juan Antonio Paniagua a quienes se acordó, por unanimidad, designar socios de honor de la Entidad.

Hizo hincapié, asimismo, en la necesidad de restablecer la publicación del «Boletín», del que han aparecido dos pequeños números, insistiendo en la imperiosa necesidad de su continuidad.

El Dr. Montiel, como tesorero, dio a conocer las dificultades que han existido para actualizar la relación de miembros de la S.E.H.M., tras muchos años de dejadez, así como el de la puesta al día de las cotizaciones, lo que ha reportado la regularización económica.

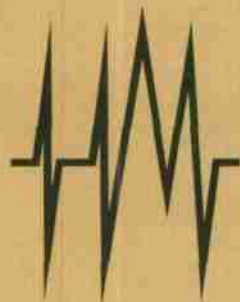
El Dr. Danón, delegado en la S.I.H.M., hizo una exposición de las gestiones que han dado lugar a la designación de la ciudad de Sevilla como sede del XXXIII Congreso Internacional, a celebrar en septiembre de 1992, recordando la temática ya conocida por los asistentes. El Dr. Carrillo, futuro presidente del mismo, expuso a su vez, las gestiones iniciales para la organización y ante su coincidencia con el propuesto X Congreso Nacional, la Asamblea acordó posponer su convocatoria.

NOTICIAS
M&H

tanto en cuanto a fecha como a localidad, dando un voto de confianza a la Junta Directiva para la futura designación.

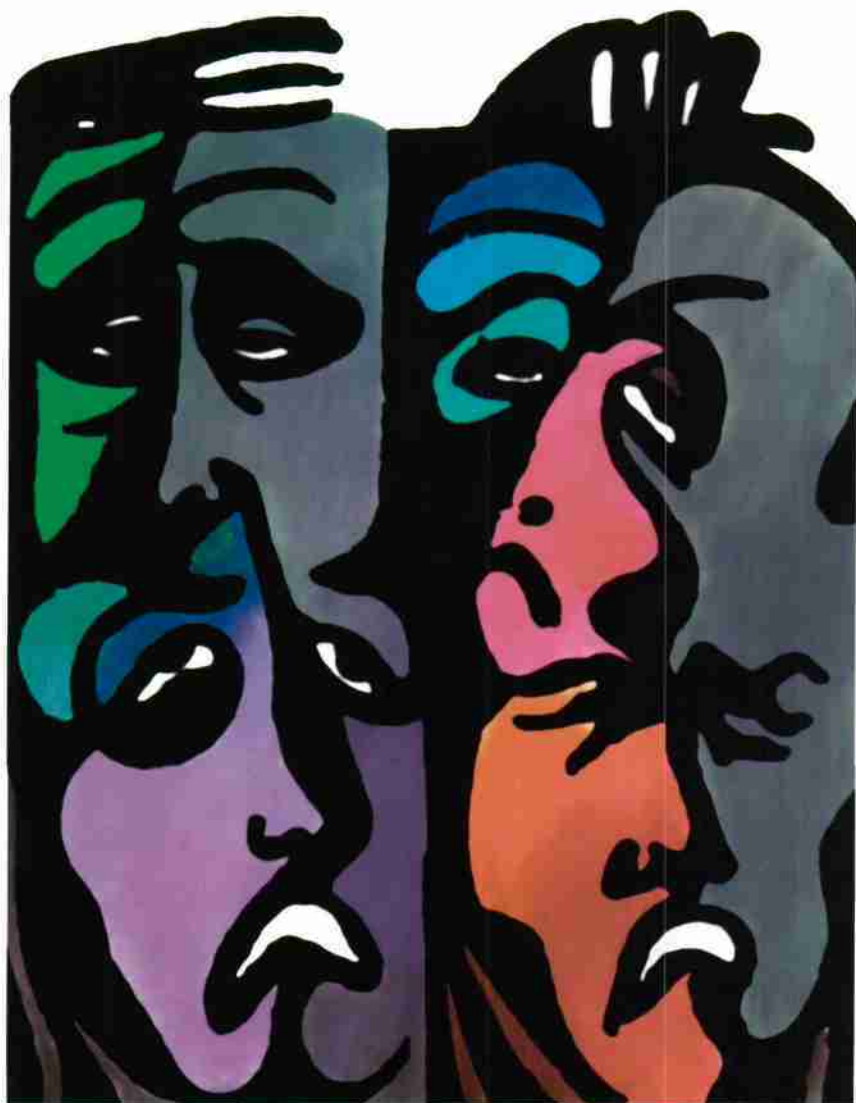
Llegado el término tradicional del mandato de la Junta, y ante la falta de candidaturas, aquélla propuso -proposición que fue aceptada-, la nueva directiva de la S.E.H.M., formada por: Presidente Dr. Bujosa Homar; vicepresidente, Dr. Carrillo Martos; Secretario, Dr. Bernabeu Mestre; Tesorero, Dr. García Guerra; Vocales, Dres. Carreras Panchón, Rodríguez Ocaña, Martínez Vidal, Cabrera Alonso, Pardo Tomás y San Eustaquio y vocal representante en la S.I.H.M., Dr. Danón.

Como punto final del Congreso, el profesor Lain Entralgo pronunció la conferencia de clausura hablando de «La recta final de un historiador de la Medicina».



NOTI
CIAS
M&H

Analgésico - Antitérmico: tratamiento sintomático de la gripe, y del resfriado común



Dibujos de Rita Natanson

DOLMEN

Comprimidos efervescentes

Indicaciones: Estados gripales o infecciosos. Resfriados. Fiebre. Cefaleas, migrañas. Tensión premenstrual. Diarrea crónica. Procesos inflamatorios. Artralgias, poliartralgias, reumatismos. Fiebre traumática. Traumatismos. Neuralgias.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes. Úlcus gástrico-duodenal.

Incompatibilidades: No se conocen a dosis terapéuticas.

Composición: Cada comprimido contiene 500 mg de ácido acetilsalicílico, 10 mg de fosfato de codeína y 250 mg de vitamina C.

Efectos secundarios: Si bien DOLMEN posee una buena tolerancia, en algunos casos hipersensibles puede provocar molestias gástricas que ceden al administrar un antiácido.

Intoxicación y su tratamiento: En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por la ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago y aumento de la diuresis).

Posología: 1 a 2 comprimidos, disueltos en agua, cada 4-6 horas.

Presentación: Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes.
(P.V.P. IVA: 252 y 384 ptas.).

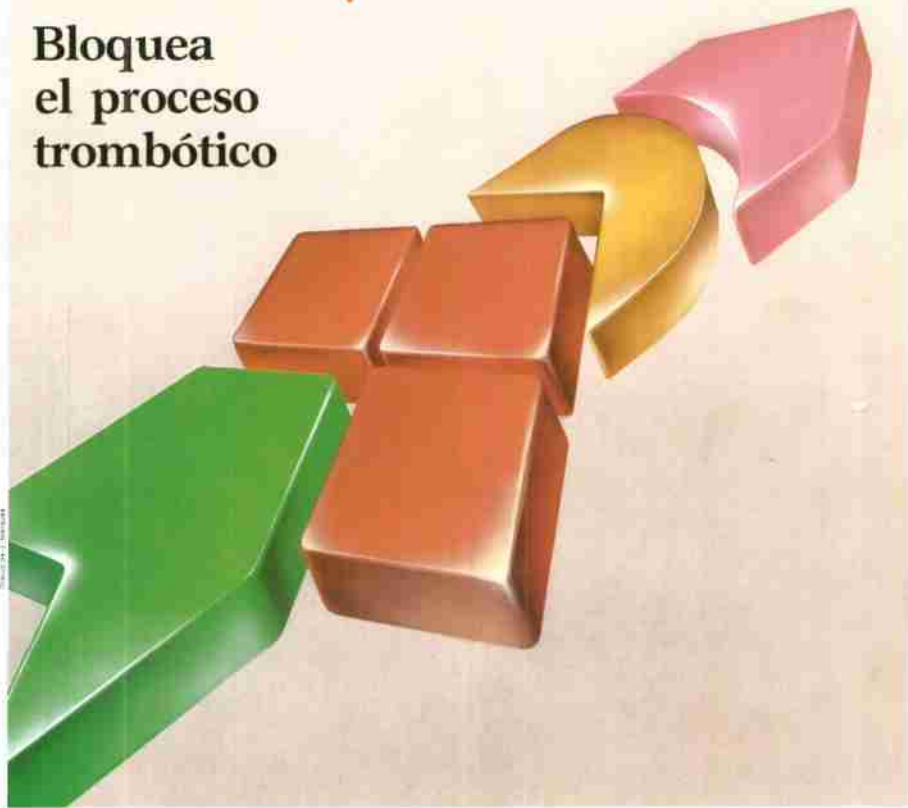


Disgren



Bloquea el proceso trombótico

D. Sureda - D. J. Llorens



Descripción:

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

Composición:

300 mg de trifusal (DCT) por cápsula.

Indicaciones:

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

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

Situaciones de riesgo trombótico

Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal descoagulados. Hipercoagulabilidad.

Posología:

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

Dosis preventiva: 1 cápsula diaria.

Dosis de mantenimiento: 2 cápsulas diarias.

Dosis en situaciones de alto riesgo: 3 cápsulas diarias.

Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas (P.V.P. IVA 4.478 — ptas.)

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. IVA 2.691 — ptas.)

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

Interacciones:

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

Contraindicaciones:

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

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

Efectos secundarios:

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

Intoxicación:

No se han descrito fenómenos tóxicos incluso a dosis de 1.800 mg diarias. En caso de intoxicación accidental los síntomas son: excitación o depresión del SNC, alteraciones circulatorias y respiratorias y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. Tratamiento con carbón activo, eliminación del fármaco (vómito, aspiración, lavado), prestando atención al equilibrio electrolítico e instaurando tratamiento sintomático.



J. URIACH & Cia. S.A.
Decano Badi, 59
08026 Barcelona