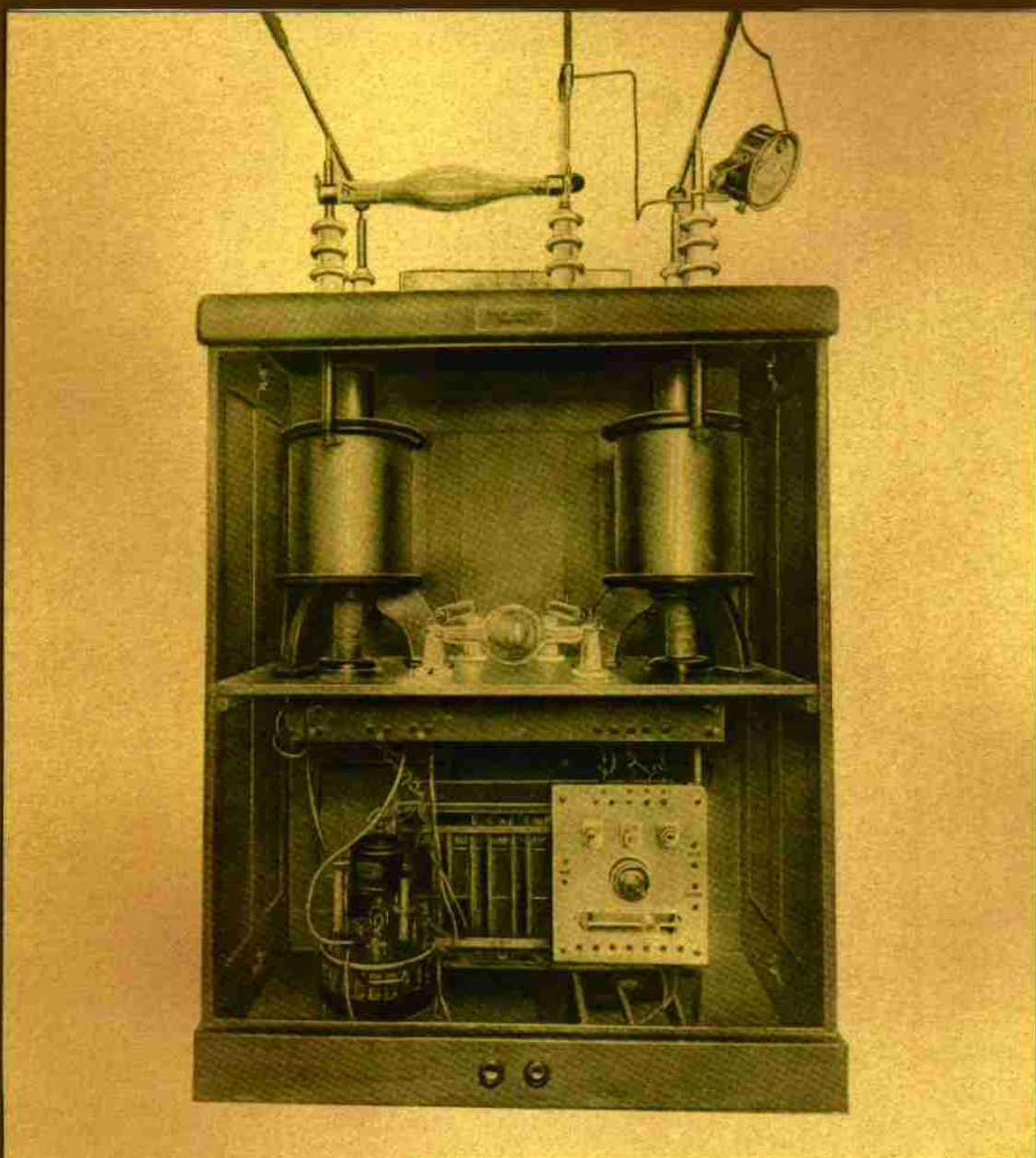

MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA



Disgren

Triflusal

Bloquea el proceso trombótico

Dibujo de J. Mariñas

Descripción:

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

Composición:

300 mg de triflusal (DCI) por cápsula.

Indicaciones:

Tratamiento y profilaxis de la **enfermedad tromboembólica** y de todos los procesos patológicos asociados con hiperactividad de las plaquetas. Tratamiento y profilaxis de los **trastornos vasculocerebrales isquémicos** y de sus recidivas. Tratamiento y profilaxis de las **vasculopatías periféricas**. Prevención de las **trombosis venosas profundas** y de los accidentes trombóticos en el 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 4.740,-ptas.)

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. IVA 2.849,-ptas.)

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

Interacciones:

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

Contraindicaciones:

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

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

Efectos secundarios:

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

Intoxicación:

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



J. URIACH & Cía, S.A.
Decano Bahí, 59
08026 Barcelona



Nacimiento e institucio- nalización de la Radioterapia

53

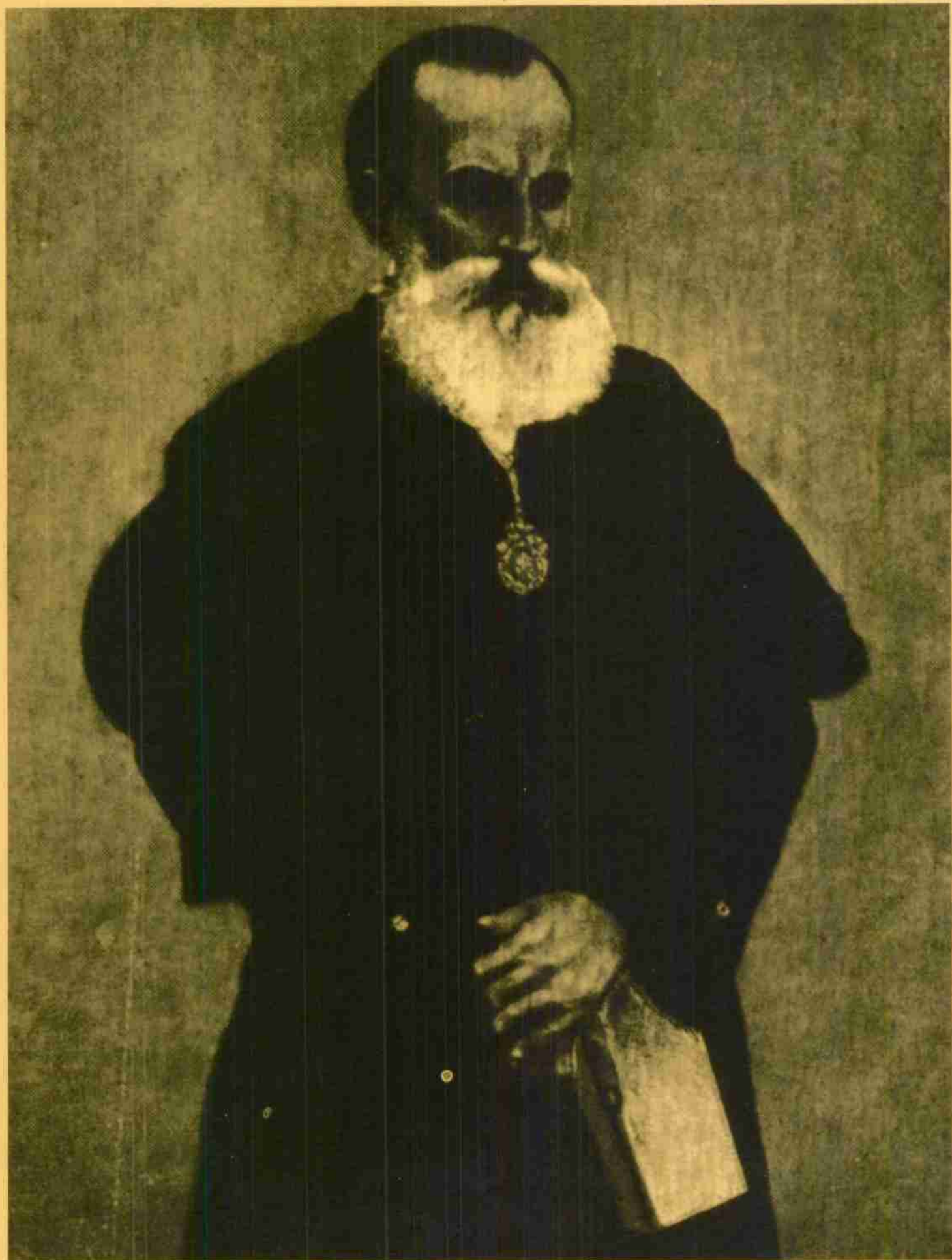
PERSONAJE MEDICINA & HISTORIA

Tres años antes de su fallecimiento, Pedro Martínez de Torres (1857-1924), el Catedrático de Patología General en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, hizo entrega a uno de sus más aventajados discípulos, el Dr. Eloy Dominguez Rodiño (1890-1962), de dos preciados objetos de su propiedad: una fotografía de Letamendi que le había dedicado en noviembre de 1896 poco antes de su muerte y la edición de las *Obras Completas* del médico catalán. «Al muy distinguido y simpático profesor Dr. D. Pedro Martínez de Torres, su nuevo amigo el viejo Letamendi», fue la amable dedicatoria de D. José. Posiblemente Martínez de Torres se proponía con este gesto trasladar el testigo del letamendismo en Sevilla a un joven médico -había finalizado sus estudios en 1916- de gran talento y ambiciosidad intelectual y que siendo estudiante del último curso de la carrera intervino muy activamente en la velada que se celebró en el teatro San Fernando el día 28 de Febrero de 1916 como parte de los actos de homenaje a Letamendi tributados en Sevilla.

El fervor letamendiano de Pedro Martínez de Torres es inseparable de su exaltado nacionalismo, exacerbado durante el período de la Primera Guerra Mundial. En diciembre de 1917 la revista *Higia* de Madrid publicó un artículo del catedrático sevillano con el título «Juicio sobre Letamendi» en el que hacía gala de un inquietante mesianismo. Por otra parte, por estas mismas fechas terminó de pintar un cuadro de Letamendi

que expuso públicamente en un acto también de afirmación nacionalista y exaltación patriótica.

Con este retrato, muy poco conocido, se enriquece la iconografía letamendiana. Posiblemente Martínez de Torres usó como modelo la fotografía de Letamendi realizada por el fotógrafo madrileño Valentín -barba amplia y canosa, muceta y medalla- con la que le había obsequiado años antes; mantuvo los atuendos aunque modificó la postura e incorporó las manos que sujetan un libro. Sin embargo la más notable modificación que realizó el pintor fue resaltar una acusada delgadez facial, caracterizada por la pérdida de volumen de la fosa temporal, que unida a la gran disminución de la bola de Bichat resaltan el arco cigomático. Quizás el límite superior de la barba acentúe artificialmente estos rasgos; no obstante la nariz afilada, en el contexto de la figura, le asemeja con los caracteres de la típica *facies hipocrática*. No cabe duda, si aceptamos el testimonio de Ángel Pulido Fernández, que ésta era la imagen final que Letamendi presentaba ya en 1895, aproximadamente año y medio antes de su muerte. Posiblemente en esta descripción de Pulido se basó el pintor; pero no parece descabellado admitir en un posible uso simbólico de su imagen. La obra de letamendi y el letamendismo estaban repletos de ellos.



Letamendi



Nacimiento e institucionalización del ejercicio especializado de la Radioterapia en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

53

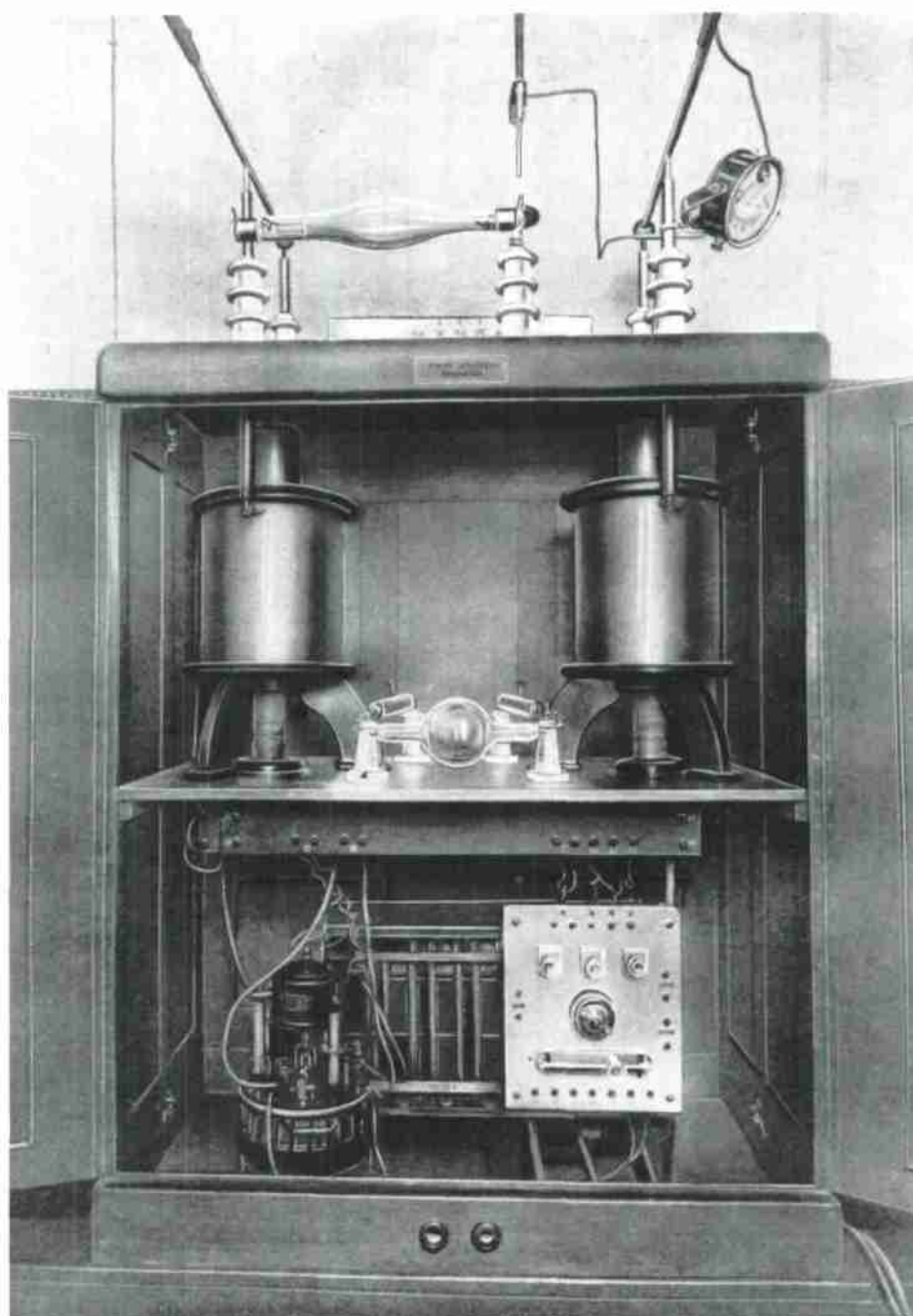
Rosa Medina Doménech
XXIV Premio Uriach, 1993

Nacimiento e institucionalización de la Radioterapia

El objeto del presente trabajo es el análisis de los orígenes del proceso de especialización médica surgido alrededor de la aplicación terapéutica de las radiaciones, en el marco del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, entre 1917 y 1936.

Nuestro interés se ha centrado, especialmente, en la manera en la que fue conformándose el monopolio sobre el nuevo remedio dentro de una institución hospitalaria puntera, más que en el desarrollo interno de la especialidad.

La práctica ausencia de fuentes secundarias sobre el proceso de especialización médica, surgida en España dentro de la estructura asistencial del primer tercio de este siglo, justifica el interés por el tema. La elección de la Radioterapia como modelo, por su parte, se justifica al ser un punto de conflicto entre diversas especialidades y una área en la que la dependencia tecnológica para su desenvolvimiento la hacía especialmente vulnerable a las disposiciones de los establecimientos en los que se fue configurando. La diversificación alcanzada por este nuevo espacio asistencial, vinculado al tratamiento del cáncer, pone de manifiesto la ausencia de una política sanitaria estatal que definiera el papel desempeñado por el hospital en la lucha anticancerosa. Así, mientras que el servicio de Roentgenterapia y Radiumterapia del Hospital Clínico barcelonés nació (1922) vinculado a la cátedra de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar, el Gabinete Radiológico del Clínico granadino aglutinó la práctica de diversas técnicas, diagnósticas y



CRINORETIC

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

Aumenta la protección metabólica de sus pacientes hipertensos

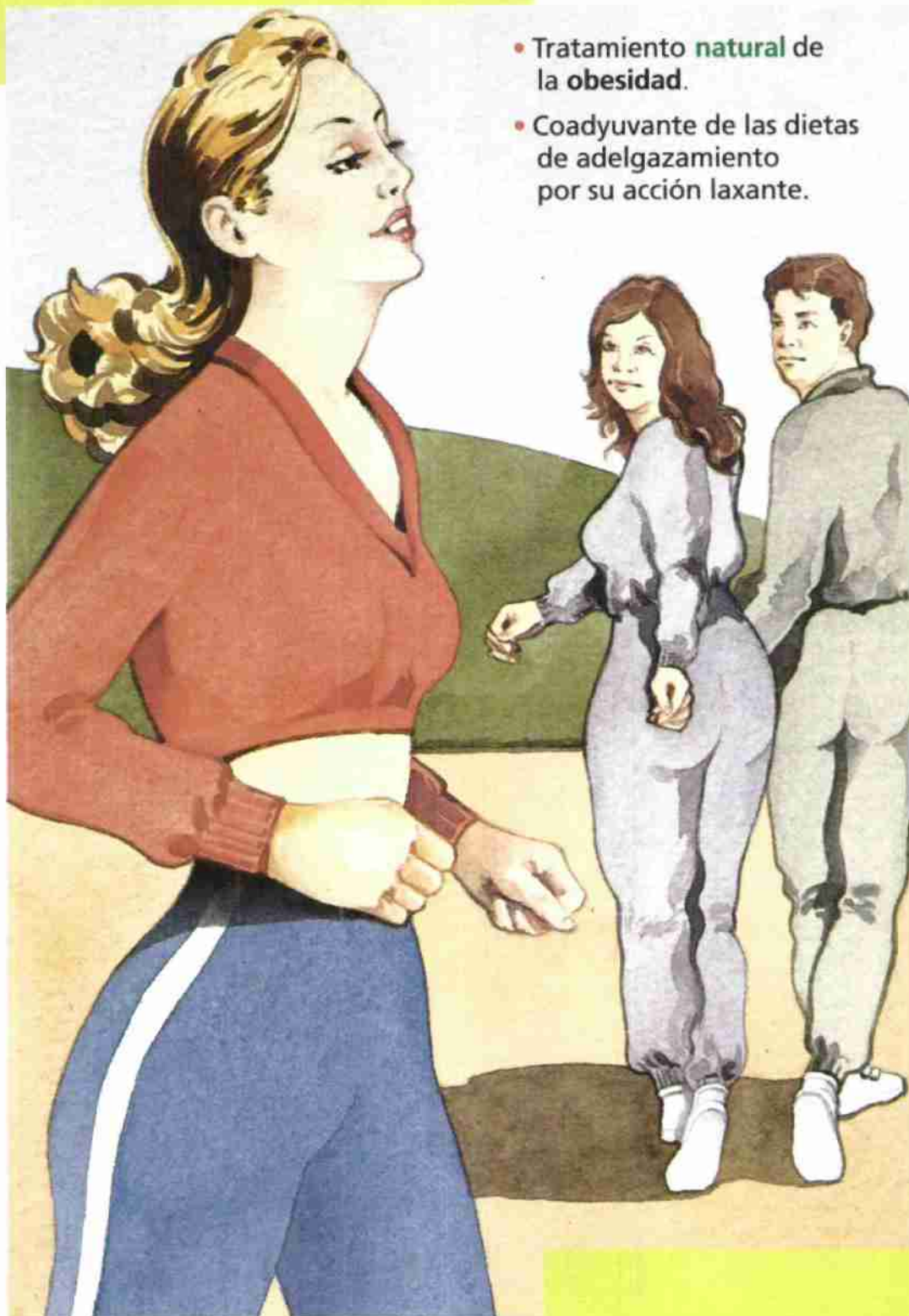
DESCRIPCIÓN: CRINORETIC es una combinación de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) (maleato de enalapril) y de un diurético (hidroclorotiazida). Los efectos antihipertensivos de sus dos componentes son aditivos y se mantienen al menos 24 horas. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene: Maleato de Enalapril 20 mg, Hidroclorotiazida 12,5 mg. Excipiente y Lactosa c.s.p. 1 comprimido. **INDICACIONES:** Pacientes hipertensos en los que el tratamiento combinado sea adecuado. **DOSIFICACIÓN:** Hipertensión: La dosis habitual es un comprimido, administrado una vez al día. Si es necesario, puede aumentarse la dosis a dos comprimidos administrados una vez al día. Puede aparecer hipotensión sintomática tras la administración de la dosis inicial de CRINORETIC, siendo ésta más posible en pacientes con depleción hidrosalina. El tratamiento diurético debe suspenderse 2-3 días antes del comienzo del tratamiento con CRINORETIC. **Dosificación en Insuficiencia Renal:** En pacientes con aclaramiento de creatinina entre 30 y 80 ml/min, CRINORETIC deberá utilizarse sólo tras la titulación de cada uno de sus componentes. La dosis inicial recomendada de maleato de enalapril, cuando se utiliza solo, para insuficiencia renal leve es de 5-10 mg. **CONTRAINDICACIONES:** Anuria, pacientes hipersensibles a cualquiera de sus componentes y en pacientes con historia de edema angioneurótico relacionado con el tratamiento previo con inhibidores de la ECA. Hipersensibilidad a otros fármacos derivados de la sulfonamida. **PRECAUCIONES:** Hipotensión y desequilibrio hidroelectrolítico: En algunos pacientes puede aparecer hipotensión sintomática. Se deberá vigilar a los pacientes en cuanto a la aparición de signos clínicos de desequilibrio hidroelectrolítico, o hipopotasemia que pueda presentarse durante vómitos o diarrea intercurrentes. La hipotensión temporal, no constituye una contraindicación para dosis posteriores. Tras haber restaurado el volumen y presión sanguínea adecuados, puede continuarse el tratamiento a dosis menores, o bien utilizar sólo uno de los componentes. **Insuficiencia Renal:** CRINORETIC no debe ser administrado a pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina inferior a 80 ml/min) hasta que el ajuste de la dosificación de cada componente haya demostrado la necesidad de las dosis presentes en el comprimido combinado. Algunos pacientes con hipertensión y sin enfermedad renal previa aparente, han presentado pequeñas elevaciones temporales de la urea y la creatinina en sangre cuando se les ha administrado enalapril concomitantemente con un diurético. Si esto ocurre, debe suspenderse esta combinación. Puede ser posible la continuación del tratamiento a dosis inferiores, o bien puede utilizarse uno solo de los componentes. En algunos pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria de un riñón solitario, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina sérica, normalmente reversibles con la suspensión del tratamiento, al administrar inhibidores de la ECA. **Enfermedad Hepática:** Las tiazidas deben utilizarse con precaución en pacientes con alteración de la función hepática o enfermedad progresiva, pues pequeñas alteraciones hidroelectrolíticas pueden precipitar un coma hepático. **Cirugía/Anestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o anestesia con fármacos hipotensores, enalapril bloquea la formación de angiotensina II secundaria a la liberación compensadora de renina. Si aparece hipotensión y se considerase secundaria a este mecanismo podría ser corregida por expansión de volumen. Las tiazidas pueden aumentar la respuesta a la tubocurarina. **Efectos Metabólicos y Endocrinos:** El tratamiento con tiazidas puede alterar la tolerancia a la glucosa. Puede requerirse un ajuste de la dosis de los fármacos antidiabéticos, incluida la insulina. Las tiazidas pueden disminuir la excreción de calcio urinario, causando elevaciones intermitentes del calcio sérico. El tratamiento con tiazidas también puede asociarse con incrementos de los niveles séricos de colesterol y triglicéridos. Las tiazidas pueden precipitar hiperuricemia y/o gota en ciertos pacientes. Sin embargo, enalapril puede aumentar el ácido úrico en orina y por tanto, atenuar el efecto hiperuricémico de la hidroclorotiazida. **Edema Angioneurótico/Hipersensibilidad:** En pacientes tratados con inhibidores de la ECA, incluyendo maleato de enalapril, han aparecido en raras ocasiones edema angioneurótico de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe. En tales circunstancias, el tratamiento debe suspenderse inmediatamente y el paciente debe permanecer en observación hasta que desaparezca la tumefacción. Cuando existe obstrucción de la vía aérea, debe administrarse adrenalina en solución 1:1000 (0,3-0,5 ml) por vía subcutánea e instaurar otras medidas terapéuticas que se consideren apropiadas. En pacientes bajo tratamiento con tiazidas, pueden darse reacciones de sensibilidad con o sin historia de alergia o asma bronquial. Se ha informado exacerbación o activación de lupus eritematoso con el uso de tiazidas. **Uso en el Embarazo:** No existen estudios bien controlados con CRINORETIC en mujeres embarazadas. Las tiazidas y el enalapril traspasan la barrera placentaria y aparecen en la sangre del cordón umbilical. Por tanto, se requiere sopesar los beneficios del fármaco frente a posibles riesgos para el feto antes de su administración. **Lactancia:** No se sabe si enalapril se excreta por la leche materna; sin embargo, las tiazidas no aparecen en la leche materna. Si se considera esencial el uso del fármaco, la paciente debe interrumpir la lactancia. **Uso en Pediatría:** No se ha establecido su seguridad y eficacia en niños, por tanto, no se recomienda su utilización. **Uso en Geriatría:** En los estudios clínicos realizados, la eficacia y tolerancia de maleato de enalapril e hidroclorotiazida administrados concomitantemente fueron similares, tanto en los pacientes hipertensos de edad avanzada, como en los más jóvenes. **ADVERTENCIA:** Esta especialidad contiene lactosa. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **INTERACCIONES:** **Otros tratamientos Antihipertensivos:** Pueden aparecer efectos aditivos cuando se utiliza el maleato de enalapril junto con otros tratamientos antihipertensivos. **Potasio Sérico:** El efecto de pérdida de potasio causado por los diuréticos tiazídicos se atenúa normalmente con el efecto conservador de potasio de enalapril. El potasio sérico habitualmente permanece dentro de los límites normales. **Litio:** Generalmente el litio no debe administrarse con diuréticos. Estos reducen el aclaramiento renal del litio y añaden a éste un alto riesgo de toxicidad por acumulación. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINORETIC es generalmente bien tolerado. Los efectos clínicos más comunes fueron mareos y fatigas, que generalmente desaparecieron al disminuir la dosis y raramente requirieron suspender el tratamiento. Otros efectos secundarios (1-2%) fueron: calambres musculares, náuseas, astenia, hipotensión ortostática, cefalea, los e impotencia. Efectos aun menos frecuentes fueron los siguientes: Cardiovasculares: síncope, hipotensión no ortostática, palpitaciones, taquicardia, dolor torácico; Gastrointestinales: diarrea, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, flatulencia, estreñimiento; Sistema Nervioso/Psiquiátricos: insomnio, somnolencia, parestesia, vértigo, nerviosismo; Respiratorios: disnea; Otros: disminución de la libido, rash, sequedad de boca, gota, diaforesis, prurito, artralgia, trinitus; **Hipersensibilidad/Edema Angioneurótico:** Se han comunicado, raras veces, la aparición de edema angioneurótico de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** Raramente se observaron alteraciones clínicamente importantes en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINORETIC. Se han informado, ocasionalmente, hiperglucemia, hiperuricemia, e hipopotasemia. Se han observado incrementos en la urea y creatinina séricas y elevaciones de las enzimas hepáticas y/o bilirrubina sérica. Estos son normalmente reversibles con la suspensión de CRINORETIC. Se han descrito disminuciones en la hemoglobina y el hematocrito. **INTOXICACION Y TRATAMIENTO:** No se dispone de información específica en cuanto al tratamiento de la intoxicación con CRINORETIC. Deberá suspenderse la administración de CRINORETIC y vigilar al paciente estrechamente. **Maleato de Enalapril:** La característica más sobresaliente de intoxicación informada hasta ahora ha sido hipotensión arterial intensa, a partir de unas seis horas después de la ingestión de los comprimidos, con bloqueo del sistema renina-angiotensina y estupor. Se puede extraer el enalaprilato de la sangre mediante hemodiálisis. **Hidroclorotiazida:** Los signos y síntomas más comunes observados son los causados por la pérdida de electrolitos (hipopotasemia, hipocloremia, hiponatremia) y por la deshidratación resultante de diuresis excesiva. Si el paciente ha tomado digital la hipopotasemia puede acentuar las arritmias cardíacas. **PRESENTACION:** CRINORETIC se presenta en envase calendario de 28 comprimidos, conteniendo cada uno 20 mg de enalapril y 12,5 mg de hidroclorotiazida (PVP-IVA3 3.268.-Prts.).



Para controlar el exceso de peso...

LIPOGRASIL

(EFP)



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

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



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

terapéuticas, poco consolidadas, llevando una existencia precaria al no recibir el patrocinio suficiente. Por su parte el Instituto Nacional del Cáncer de Madrid, otro de los pilares institucionales de la lucha anticancerosa, encontró serias dificultades para hallar una fórmula de financiación eficaz y una estructura organizativa consolidada que conjugara la vertiente clínica y experimental. Desde 1917 contó con un laboratorio de Radiología y Radioterapia, transformado en 1933 en la Sección de Roentgencurieterapia y que se encontraba adscrita al departamento de Investigaciones Clínicas¹.

El periodismo médico ha sido la base principal de nuestro trabajo centrada en la riqueza como fuente histórica de los «Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo», que han suplido, en gran medida los escasos datos archivísticos existentes para el tipo de análisis realizado².

(1) En nuestro trabajo de doctorado hemos desarrollado ampliamente estas cuestiones. MEDINA DOMÈNECH, R.M. *Estrategias profesionalizadoras en el origen de una especialidad médica. El caso de la Radioterapia española, 1895-1936*. Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1993 (disponible en microficha).

(2) En el Archivo Nacional de Cataluña se conservan las historias clínicas del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo del período comprendido entre 1926 y 1935. No hay constancia, sin embargo, de la existencia de otra documentación administrativa relativa al Pabellón del Cáncer, correspondiente a nuestro período.

El contexto hospitalario

El Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP), máximo exponente de la beneficencia privada en Cataluña en el terreno de la asistencia médica, se erigió, a partir de 1902, combinando legados particulares y ayudas municipales bajo la cobertura del obispado de Barcelona, co-patrocinador junto con la ciudad, del antiguo Hospital de la Santa Cruz³.

En 1930 de los 46 pabellones previstos en el proyecto primitivo, 27 se hallaban en funcionamiento y en gran medida financiados por donativos particulares. La asistencia médica estaba cubierta por cuatro médicos de guardia, 20 médicos de número, jefes de *visitas*, quince médicos jefes de sección y de dispensario, médicos ayudantes, médicos auxiliares y alumnos de la Facultad de Medicina. El personal de todo el hospital ascendía a 500 personas responsables de 1.100 enfermos⁴.

El Pabellón del Cáncer había comenzado a construirse en junio de 1928. La obra finalizó en mayo de 1930. En el proyecto estaba previsto que albergara cien enfermos cuya procedencia abarcaría todo el territorio español. En relación a la dotación en número de camas, aquél nacía con la misma consideración que el resto de los pabellones médicos y quirúrgicos especializados. En efecto, el Pabellón de la Asunción, destinado a Tisiología, contaba con 68 camas; la sala de enfermos de aparato digestivo,

con 24; el Pabellón de Pediatría con 34 y la sección de Ginecología y Obstetricia disponía de 60 camas para Ginecología y 12 para Obstetricia. Los otros pabellones de especialidades tenían un número inferior, disponiendo el de Oftalmología de 24 y el de Dermatología y Sifiliografía de 40 camas⁵.

(3) CORNUDELLA, J. La trayectoria asistencial y científica del secular Hospital de la Santa Cruz. Visión de conjunto. *Anales de Medicina y Cirugía*, 1974, 54, pp. 385-389; FERNÁNDEZ PELLICER, E. La trayectoria asistencial y científica del secular Hospital de la Santa Cruz. *loc. cit.*, pp. 401-406; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. La asistencia hospitalaria en la España del primer tercio del siglo XX. In: *La Medicina española en el primer tercio del siglo XX. la Casa de Salud de Valdecilla. Homenaje al Dr. Wenceslao López Albo (1889-1944)*. [Conferencia] Santander, 8 de noviembre de 1989, pp. 17-18; El Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Notas históricas. *Anales del HSCSP*, 1930, 4, pp. 1-4; La inauguración oficial. *loc. cit.*, pp. 14-19.

(4) *Anales del HSCSP*, 4, 1930, pp. 5, 11 y 12.

(5) VILASECA, M. Respuesta del HSCSP al Dr. José M^o Petit Freixas. *Anales del HSCSP*, 1928, 2 p. 254; *Anales del HSCSP*, 1928, 4, 1930, pp. 2-3.

Los orígenes de la radioterapia en el seno de los servicios ginecológicos: el Dispensario de Terapéutica Radiológica

Las primeras experiencias con radium databan de la época en que Álvaro Esquerdo aplicaba el radium en el Servicio de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz (HSC). El HSC disponía, como el resto de los centros benéficos barceloneses, del radium cedido por la Sociedad Radium-Barcelona⁶. Hasta 1917 se contó con el nuevo remedio dos días al mes. Pero las cantidades y la disponibilidad parecían insuficientes para «formar criterio preciso y definitivo» sobre las posibilidades de la nueva terapéutica⁷.

La fórmula de su adquisición por servicios hospitalarios, que con posterioridad se llevó a cabo en lugar del suministro centralizado por una sociedad gestora, como en su momento lo fue la Sociedad Radium-Barcelona (1913-1921), iba a facilitar el monopolio del remedio. Durante el período en el que la Sociedad centralizó los préstamos, diversos especialistas usaron radium, tanto en las instituciones públicas como en la práctica privada, y pudieron reclamar para sí la experiencia clínica del nuevo tratamiento. Pero al finalizar sus actividades, los servicios hospitalarios bien relacionados o que se

adelantaron en la compra, pudieron hacerse con radium monopolizando su aplicación.

Hacia 1917 comenzaron a organizar los cirujanos Pujol Brull, Guilera y Ribas Ribas⁸, en el HSC, el Dispensario de Terapéutica Radiológica, gestionándose la compra de 1 mgr de radium⁹. En 1921, al tomar posesión del servicio de Ginecología Adolfo Pujol Brull, cedió el radium de su propiedad y adquirió, en ese mismo año, un potente aparato de rayos X para uso exclusivo de las enfermas ginecológicas de la sala de San Juan¹⁰.

La figura de Pujol Brull fue básica en el desarrollo del pabellón¹¹. Su actitud, como la de otros cirujanos del momento, evolucionó desde posiciones proquirúrgicas hasta llegar a la defensa del radium como terapéutica efectiva. En esta evolución fue decisiva su condición de discípulo de Recasens, el impacto que el Congreso de Electro-Radiología, celebrado en Barcelona en 1910, tuvo en el colectivo médico¹⁰ y como él mismo apuntaba «mi entusiasmo por el radium viene del Congreso de Ginecología de Halle»¹¹.

Guilera¹², recién llegado de las clínicas de Berlín, Munich, Erlangen y Viena, fue encargado, como médico interno, de la Sección de Terapéutica Física del Cáncer Ginecológico. La sección se fue ampliando con la puesta en marcha de un modesto laboratorio de diagnóstico histológico¹³.

En 1923 el servicio, que continuaba unido al de Ginecología, prestaba sus

servicios a todos los departamentos del Hospital. Dos años después, de nuevo, Guilera y Pujol promovieron una campaña para la adquisición de radium. Dos argumentos subyacían en la defensa de la adquisición: «el número creciente de pacientes que acudían», que hacía insuficiente las existencias, y el valor que el radium iba adquiriendo en el arsenal terapéutico de diversos especialistas¹⁴. Con el apoyo del cuerpo facultativo y, especialmente, de Ribas Ribas, se abrió una subscripción promovida por el canónigo Vilaseca, administrador del Hospital y el propio Pujol, que envió algunos artículos a la prensa. Con las 300.000 pts. recaudadas¹⁵ se adquirió, en Bélgica, 1 gr de sulfato de radio, equivalente a 685 mgr de radioelemento, y se consolidó el funcionamiento del Dispensario de Terapéutica Radiológica¹⁶.

El dispensario contaba con 6 camas, repartidas entre hombres y mujeres, un laboratorio anexo para análisis serológicos e histológicos, una oficina para administración, alquiler y suministro del radium y material complementario (sondas de goma, colpostatos, pasta Colombia, etc.) y una sección de radioterapia profunda modestamente dotada. Quedaba así constituido, en embrión, el futuro Pabellón de Cáncer.

«El radium adquirido y la Sección de Radioterapia profunda, modesta actualmente, pero que en breve plazo sufrirá grandes modificaciones, formarán en globo una sola sección bajo la alta dirección de mi compañero de Hospital el Dr. A. Pujol y Brull. Tengo la

completa seguridad que este departamento será, dentro de breve espacio de tiempo, no sólo un centro intenso de lucha anticancerosa, sino un potente foco científico, dados los medios y el espíritu del docto compañero que los impulsará, y rápidamente se irradiará por doquier creando una verdadera escuela, eminentemente catalana, de Fisioterapia anticancerosa»¹⁷.

(6) Desde el 16 de febrero de 1916 a febrero de 1917 fueron tratadas 16 enfermas con diversas afecciones ginecológicas. ESQUERDO, A. Resultados de la aplicación del Radium en el cáncer del útero, en enfermos del HSC, durante doce meses. *Anales de la R.A.M. y C. de Barcelona. 1917-1918*, pp. 63-67.

(7) RIBAS RIBAS, E. *Tratamiento del cáncer. Ponencia al II Congreso de Metges de Llengua Catalana*. Barcelona, Henrich y Cía imp. 1918, p. 44.

(8) Por estas fechas, la posición de Ribas Ribas respecto al radium había quedado reflejada en su comunicación al II Congreso de Metges de Llengua Catalana (vol. II, pp. 421-480). Exponía, en el mencionado trabajo, la experiencia española (para el radium presentaba la estadística de Recasens, Vital Aza y Macau, Cristino Muñoz, Candela, Cardenal, Esquerdo, Rayentós, Bartrina, Bonafonte, Peyrí, Vilanova, Umbert, Fargas Raymat y Terrades; para los rayos X, la de Comas, Prió y Torres Carreras) y extranjera definiéndose más proclive al uso del radium que a los rayos Roentgen.

(9) El Instituto de Radium de Londres disponía por estas fechas de 4 gr. y el de Viena de 1,50 gr.

(10) GUILERA MOLAS, LL. G. La lucha contra el cáncer en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Anales del HSCSP*, 1930, 4, pp. 284-286.

(11) PUJOL BRULL, Adolfo (1874-1932). Ginecólogo catalán. Obtuvo la licenciatura en 1898, doctorándose en 1904, con un trabajo sobre cirugía

pleuropulmonar. Se formó con Recasens. Fue cirujano numerario del HSCSP desde 1919. En 1917, publicó un ensayo sobre el tratamiento del cáncer, criticado por los radiólogos Comas y Prió. Su interés por la terapéutica con radiaciones le llevó a ser, en 1928, representante oficial en el II Congreso Internacional de Radiología. Fue secretario de la *Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya* y Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Cirugía. Su labor en la organización de la lucha contra el cáncer y más concretamente del Pabellón de Cáncer del HSCSP, inaugurado en 1930, ha sido destacada en diversas notas biográficas. SOLER JULIA, J. Adolf Pujol i Brull. Sessió necrològica, in memoriam. *Anales del HSCSP* 1932, 6, p. 140; *Annals del HSCSP*, 7, p. 81.

(10) Con motivo del citado Congreso, algunos de los especialistas extranjeros asistentes acudieron a las instalaciones hospitalarias barcelonesas para realizar demostraciones técnicas. *Actes del Segon Congrès de metges de Llengua Catalana*, Barcelona, Impr. Vda. de Badia, 1918, vol. I, p. 405.

(11) Por la extensa y documentada ponencia, *Tractament del Càncer*, presentada en el Segon Congrès dels Metges de Llengua Catalana (Vol. I, pp. 391-420) conocemos la experiencia de este cirujano en el tratamiento del cáncer en diversas localizaciones y su escepticismo ante la efectividad de los rayos X, que suscitó polémica con los radiólogos Comas y Prió. *Revista Española de Electrología y Radiología Médicas*, 7 (64), pp. 40-41.

(12) GUILERA MOLAS, LL. G. (?-1969). Su papel fue esencial en la lucha contra el cáncer en Cataluña. Compatibilizó su dedicación oncológica con la práctica de la Histología, Obstetricia y Ginecología. En 1918, la Junta de Ampliación de Estudios lo becó en Suiza para realizar estudios de histoquímica de la acción del radium y rayos X sobre ovarios y neoplasias ginecológicas. En 1920 fue premio extraordinario del doctorado. Su formación se completó en las clínicas ginecológicas de Berlín, Munich, Erlangen y Viena. En 1928 ganó por oposición la cátedra de Histología de la Universidad de Granada, a la que finalmente no se incorporó. En su laboratorio particular realizó investigaciones sobre cáncer experimental con los alumnos Ricardo Roca de Vinyals y Manuel Corachán Llor, cuyos resultados fueron presentados

a la Sociedad de Biología de Barcelona. En 1931 era jefe del Servicio de Cancerología del HSCSP y catedrático de Histología y Anatomía Patológica. Fue Secretario de la Junta de la Lucha Contra el Cáncer en Cataluña en 1936 y redactor de *Radiología Cancerológica: Revista Ibérica de Ciencias Médicas*, órgano de expresión de la Sociedad Española de Radiología y Electrología Médicas en 1946. Entre su producción en el área oncológica destaca su labor de recogida sistemática de experiencias en la práctica radioterápica del Pabellón del Cáncer. CONILL, V. *La lucha contra el cáncer en Cataluña. La primera época. Objetivos concretos de la lucha anticancerosa en España adaptados a la época actual*. Conferencia pronunciada en la Real Academia Nacional de Medicina el día 25 de octubre de 1956. Madrid, José Luis Cosano, 1956, p. 2; PIQUER Y JOVER, J.J. Panorama històric de la radiologia a Catalunya (1896-1936). In: *I Congrés d'Història de la Medicina Catalana*. Barcelona, Scientia, 1970, vol. III, p. 80; CASASSAS, O. *La medicina catalana del segle XX*. Barcelona, Ed. 62, 1970, pp. 57 y 64; *Revista de Medicina y Cirugía*, 26, 1912, p. 81; *Medicina Ibero*, 4 (44), p. LXXIII; 13 (153), p. XXX; *Anales del HSCSP*, 3, p. 192.

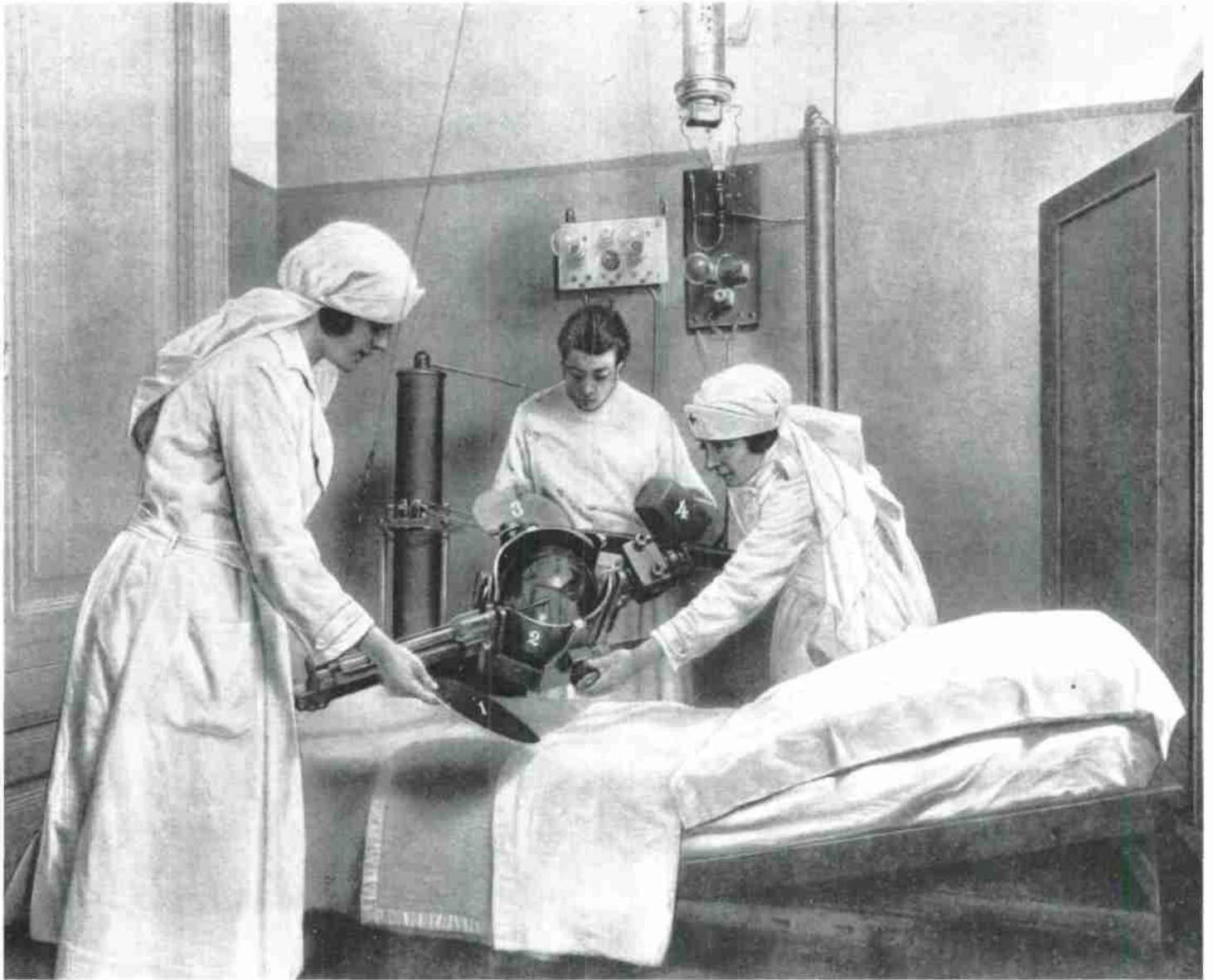
(13) GUILERA MOLAS, LL. G. *La lluita contra el càncer a Catalunya*. Barcelona. Libreria Catalonia, 1935, p. 21.

(14) Del alto interés y consideración del nuevo remedio entre los facultativos da cuenta la nota redactada en los *Anales de Cirugía de la Clínica Corachán* (Post Scriptum aparecido en los Memoranda de los años 1924-25), con motivo de la adquisición del radium en el HSC. Manuel Corachán afirmaba sobre el radium «[es] el elemento terapéutico de más valía que hoy poseemos para combatir las neoplasias malignas de determinada localización».

(15) Fueron especialmente cuantiosas las 10.000 ptas. donadas por la ciudad de Sabadell y las 65.000 ptas. aportadas por *dos germans fills de Barcelona*.

(16) La denominación obviaba el término cáncer «para no herir la sensibilidad de los enfermos». GUILERA, *op. cit.* (13) P. 21.

(17) CORACHÁN GARCÍA, M. Post scriptum. *Anales de Cirugía de la Clínica Corachán. Memoranda. 1924-1925*.



Según testimonio del propio Guilera, en el primer año de su funcionamiento se registraron 200 tratamientos radiológicos¹⁸.

En 1927 el servicio, adscrito al de Ginecología y continuación del Dispensario, constaba de dos secciones, una de radiumterapia, dirigida por Luis Guilera y otra de roentgenoterapia gobernada por Ángel Pinós¹⁹. En 1929 cambió la denominación de «Servicio Auxiliar de Terapéutica Radiológica» por la de «Servicio Auxiliar de Cancerología». No se trataba de una simple modificación nominal sino de una reubicación en el organigrama del nosocomio que lo acercaba más a la consideración de especialidad médica, que a un servicio central auxiliar que disponía de una

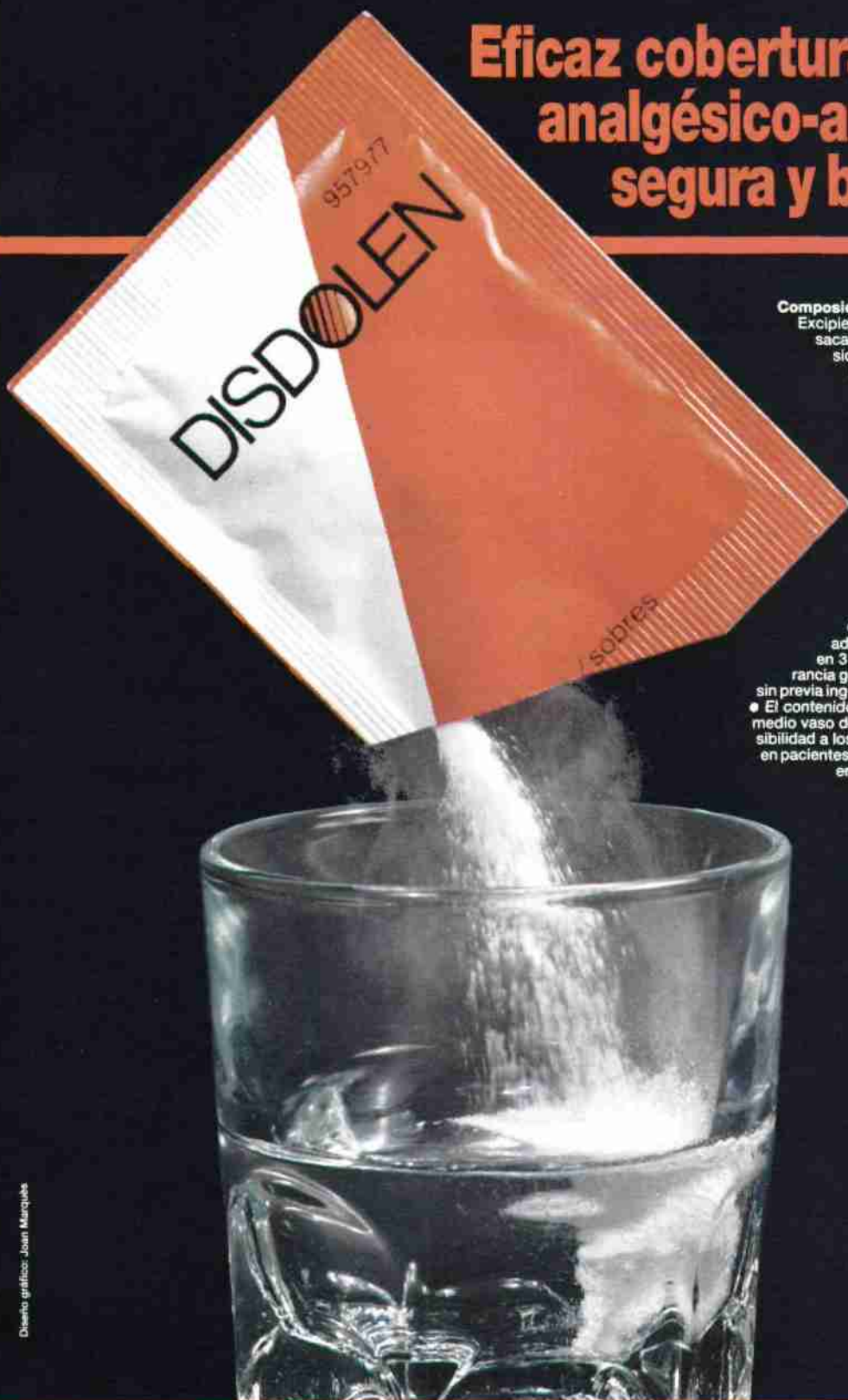
terapéutica común a diversas especialidades. El Reglamento de 1930 sancionó esta disposición pasando a ser Servicio de Cancerología, de la Sección de Especialidades Médicas, mientras que el otro servicio radiológico del hospital, el Servicio Auxiliar de Roentgenología, en funcionamiento desde 1922, se transformaba en Departamento Central de Roentgenología con la consideración de Servicio Auxiliar. Estos cambios coincidieron con la inauguración del Pabellón del Cáncer y generaron una reorganización del personal facultativo que lo constituía. Luis Guilera fue nombrado Profesor y Jefe de la Sección de Radiumterapia; Ángel Pinós de la de Roentgenoterapia y Ricardo Roca de Vinyals del Laboratorio. En 1929 sólo

constaban Guilera, Pinós y Roca como personal facultativo; sin embargo, un año después el servicio contaba con 11 personas, incremento espectacular si se analiza en relación a la tarea asistencial desarrollada y a la dotación del Departamento de Roentgenología que sólo contaba con 4 facultativos.

(18) GUILERA MOLAS, LL. G. *op. cit.*, (13), p. 21.

(19) Ambos, junto a Nicolás Bonin Segura, figuraban en la plantilla del hospital como médicos auxiliares. *Anales del HSCSP*, I, 1927, p. 93.

Eficaz cobertura analgésico-antiinflamatoria, segura y bien tolerada



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



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

DISDOLEN

Fosfosal Uriach

Eupen

Amoxicilina

Ampliamos sus posibilidades

1g
12 sobres



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

Niveles hemáticos más elevados. Pauta posológica cada 12 horas.

Composición:

Amoxicilina (trihidrato) 1 g
Sacarina sódica 20 mg
Sacarosa 2.700 mg

Advertencia:

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

Propiedades:

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

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

Gram-positivos:

Staphylococcus aureus (*), *Streptococcus haemolyticus*, *S. viridans*, *S. pneumoniae*, *S. faecalis*, *Clostridium tetani*.

(* No es activa contra cepas de *Staphylococcus* productoras de penicilinas.

Gram-negativos:

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

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

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

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

Indicaciones:

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

● Infecciones de garganta, nariz y oídos:

- * Amigdalitis
- * Otitis media
- * Sinusitis

● Infecciones del tracto respiratorio inferior:

- * Bronquitis aguda y crónica
- * Neumonías bacterianas.

● Infecciones del tracto genito-urinario sin complicaciones urológicas (cistitis y uretritis).

● Infecciones de la piel y tejidos blandos (incluyendo infecciones de la herida quirúrgica).

● Infecciones en odonto-estomatología.

● Infecciones del tracto biliar.

Posología:

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

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

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

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

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

Contraindicaciones:

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

Interacciones:

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

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

Efectos secundarios:

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

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

Se han descrito también algunos casos de colitis pseudomembranosa.

Intoxicación y tratamiento:

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

Presentación y PVP IVA:

Sobres de 1 g, envase de 12, 1.022,— ptas.

La terapéutica con radiaciones en el marco de un servicio oncológico especializado: El Pabellón del Cáncer

Dotación y actividades

El 4 de mayo de 1930 fue inaugurado el Pabellón del Cáncer o del Sagrado Corazón y San Miguel de los Santos²⁰ con los auspicios de la propia Administración del HSCSP y el dinero recaudado por suscripción popular. La cantidad recogida ascendía a 121.000 ptas., obtenida gracias a la actividad recaudadora de otra asociación benéfica catalana, el «Patronat de Catalunya pro Hospital-Asil de Cancerosos». El Patronato, auspiciado por José M^o Petit Freixas, perseguía la creación de un centro hospitalario de carácter asilar. Finalmente, dado el elevado presupuesto que una obra de este tipo requeriría se optó por una solución intermedia dotándose al HSCSP de un Pabellón especializado con un «doble carácter de lucha y asilo» aunque su orientación definitiva perseguiría objetivos terapéuticos más que asilares²¹.

La financiación del proyecto terminó de cubrirse con la cooperación de la Diputación Provincial, que aportó la cantidad de 50.000 ptas. y donaciones particulares²².

En su consecución fue básica la colaboración de la Administración del hospital, especialmente de Mariné y Manzano y los canónigos Auguet y Vilaseca.

En el centro se atendían pacientes procedentes de todo el estado, cuestión que fue esgrimida para demandar la contribución financiadora del gobierno central. Sin embargo, a pesar de las solicitudes dirigidas y de las partidas que los presupuestos nacionales destinaban a «los fines de la Liga en toda España», los fondos no fueron librados.

El edificio -sótano, bajo y primera planta- tenía la entrada por la calle de San Quintín, con un área rectangular de 1.519 m², incluidos jardines. La superficie edificada era de 889 m². La planta estaba dividida en dos alas unidas por un recibidor espacioso en el que se encontraban los vestuarios de médicos, el despacho de la Sección Roentgen y el del director, la biblioteca, el depósito del radium y la administración del hospital y del alquiler de los aparatos. En el ala norte, *ala Curie* o sección radium, estaba la sala de espera, el dispensario, una habitación para la preparación de la pasta Colombia, colpostatos, montaje y medición del radium, etc., y el laboratorio clínico junto al quirófano. El ala sur o *ala Roentgen*, contaba con tres salas para irradiación, una dependencia para exploración de pacientes, conferencias y proyecciones y el museo. En la primera planta estaban instaladas las salas de enfermos, la norte o del Sagrado Corazón, de mujeres y la de San Miguel para

hombres. Ambas, con un total de 60 camas, incluían un solarium, una pequeña biblioteca, juegos y aparato de radio. En el sótano se encontraba el laboratorio experimental y el estabulario²³.

(20) Santo catalán, abogado frente a las enfermedades cancerosas.

(21) GUILERA, *op. cit.* (10), p. 288; y (13), pp. 22-23.

(22) Los donativos procedían de *dos germans fills de Barcelona*, los mismos que habían cerrado la suscripción para la adquisición del radium (65.000 pts.); de la «cama Gaudí»; de la ciudad de Sabadell; de Francisca Balart, Vda. de Baró; de Josefina Aguilar; Angela Brutau, Vda. de Terrades y de la familia G.S., GUILERA, *op. cit.*, (13), pp. 22-23.

(23) *Ibid.* (13), pp. 23-26.

Nacimiento e institucionalización de la Radioterapia

En el Dispensario de Terapéutica Radiológica o de Cancerología, según se acabó denominando, se veían pacientes con cáncer de diversas localizaciones, que acudían directamente a esta sección o bien eran remitidos desde los distintos servicios y dispensarios del hospital «pues figuran en el cuadro facultativo del Servicio médico que cultivan cada una de las especialidades: dermatológica, cirugía general, urológica y otorrinolaringológica». Para los servicios del Dispensario se reclamaba una doble tarea científica y social, que vendría a facilitar la regulación del ingreso de enfermos y la selección de los mismos. Para dicha selección se proponía un criterio mixto, el científico que establecería las prioridades en función de los casos clínicos de interés y el beneficio que tendría en cuenta las condiciones sociales. El dispensario se convertía, así, en el dispositivo asistencial que permitía el reclutamiento de enfermos, según los criterios establecidos por los especialistas, y liberaba a los nuevos terapeutas de la dependencia respecto a otros profesionales médicos²⁴.

Los enfermos tributarios de tratamientos combinados, cirugía y radiaciones, eran intervenidos en el quirófano independiente instalado en el pabellón. Completando el arsenal terapéutico también se contaba con un aparato de electrocoagulación y un ariocenterio²⁵.

Los responsables del servicio promovieron, desde sus inicios, las campañas de diagnóstico precoz del cáncer. Sin embargo, la labor educativa realizada no

parece que tuviera, inicialmente, un impacto destacable en la mejora de las condiciones médicas de los pacientes que acudían a las consultas de Cancerología²⁶. Esta cuestión era un elemento clave para alcanzar cifras de operabilidad que permitieran mejorar los resultados terapéuticos y ofertar, de manera convincente, una nueva unidad asistencial cuya consolidación en el organigrama hospitalario estaba aún por establecer²⁷.

Hacia 1930, un nuevo elemento substancial para la consolidación de la especialidad aparecía en el discurso médico: la necesidad de combatir el curanderismo y el intrusismo desde los colectivos profesionales²⁸, achacándose a dichas prácticas los retrasos diagnósticos y, por ende, la escasa eficacia de los nuevos tratamientos.

En 1927 el porcentaje de curables no superaba el 20%. Al finalizar la década (1930) la operabilidad había subido al 33,8%, distando aún de las cifras alcanzadas en otros centros extranjeros que oscilaban entre el 60-80%. Se confiaba en las campañas de educación sanitaria y de formación médica para mejorar el diagnóstico precoz²⁹.

En 1931 se cifraba el porcentaje de operables en el 42% y en el 37,5% al año siguiente. De un total de 335 pacientes ingresados, 70 se encontraban en estado terminal y sólo recibieron tratamiento médico. En 1933 la operabilidad fue del 41% y en 1934 fue del 40% para las lesiones uterinas³⁰.

El problema de los incurables ha de enmarcarse dentro de una

problemática general a las instituciones hospitalarias del momento: su definición en el organigrama asistencial. En efecto, la tradición asilar³¹ comenzaba a ser un obstáculo para su definición como «centro científico» donde el enfermo recibía la consideración de «materia prima para los estudios y las investigaciones clínicas» y a tal disociación de funciones se achacaban las deficiencias de los servicios hospitalarios³².

En la Sección de Roentgenterapia las condiciones de los pacientes con carcinomas eran próximas al desahucio. Los enfermos que recibían tratamiento Roentgen habían sido descartados, como incurables, para otras terapéuticas o tratados previamente con radium, utilizando los rayos X como complemento³³. El tratamiento exclusivo con rayos X se reservaba para lesiones neoplásicas extensas «cuya amplitud contraindicaba el empleo de otros procedimientos» o bien lesiones no neoplásicas, reservándose el radium para lo curable³⁴. La jerarquización de la indicación terapéutica quedaba así establecida: primero cirugía, en segundo lugar y a veces como primera indicación, radiumterapia y por último la roentgenterapia, en cuya eficacia se desconfiaba. Coincidían de esta forma la planificación hospitalaria y la pauta establecida como indicación.

La percepción de los resultados terapéuticos obtenidos por parte de los facultativos responsables del uso de rayos X, se modificó con celeridad. En 1929 afirmaba Pinós, encargado de la asistencia, «Nuestra labor se reduce, la mayoría de las veces, a fingir un

tratamiento que sabemos de antemano no puede hacer otra cosa que consolar al enfermo»³⁵. Un año después, en el informe anual, se achacaba al efecto analgésico, la disminución del volumen tumoral y al «beneficio moral» de los pacientes, la obtención de resultados más satisfactorios. Los cambios substanciales que en el período 1929-1930 se produjeron en la organización del Servicio pudieron contribuir, como veremos más adelante, a una percepción más optimista de los resultados.

En colaboración con los cirujanos Ribas Ribas, Pujol Brull, Mestres, y Corachán se asociaba la terapéutica con radiaciones y la cirugía en cáncer de útero, mama, vejiga, próstata y propagaciones ganglionares de la boca.

(24) El problema Hospitalario en Barcelona, Editorial. *Revista Médica de Barcelona*, 3, 1925, p. 499.

(25) GUILERA, *op.cit.*, (10), p. 288.

(26) Aunque no pueden extraerse conclusiones generales, parece que las campañas de diagnóstico precoz tuvieron una mayor incidencia entre las clases altas. En los 8 meses transcurridos entre mayo y diciembre de 1930, de un total de 287 ingresados, 61 (21,2%) eran considerados *pacientes distinguidos*, algunos de ellos eran médicos. *Anal. de l'HSCSP*, 5, 1931, pp. 70-71.

(27) En 1928 Guilera afirmaba: «El estado en que llegan a nuestra consulta

los enfermos de cáncer es, en general, lamentable debiendo reducirnos a menudo a la administración de analgésicos (...) Sólo una intensa campaña de divulgación puede aumentar la cultura sanitaria del pueblo y disminuir su indolencia, rayando en abandono. Los resultados estadísticos son función del grado de esta cultura y con nuestros enfermos no serían con seguridad tan favorables los resultados que podemos leer en las Revistas de países más afortunados». *Anales del HSCSP*, 2, 1928, p. 64.

(28) *Anales del HSCSP*, 3, 1929, p. 64; 4, 1930, pp. 85-86.

(29) «Conviene insistir en la campaña de educación popular que a nuestro juicio empieza a surtir efecto, y procurar el perfeccionamiento de los médicos a fin de obtener una rápida mejora de la operabilidad». *Anales del HSCSP*, 5, 1931, p. 71.

(30) *Anales del HSCSP*, 1932, 6 p. 53; 1933, 7, pp. 56-58; 1934, (8) pp. 65-68; 1935, (9) pp. 209-212.

(31) «[El hospital]... colector imprescindible del gran número de enfermos que por carecer de medios económicos suficientes, no pueden disponer de los elementos más indispensables para el tratamiento de su enfermedad (cama, familia, asistencia facultativa, medicamentos, etc.), y que se encuentran, en proporción muy elevada en todas las grandes ciudades modernas». El problema Hospitalario..., *op.cit.* (24) p. 497.

(32) El transcurso hacia un modelo hospitalario medicalizado ha sido analizado extensamente en otra institución catalana, COMELLES, J.M., *et. al. L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*, Valls, Institut d'Estudis Vallencs, 1991. Sobre este proceso, fuera de Cataluña, también puede consultarse la monografía de SALMON, F., GARCÍA BALLESTER, L. y ARRIZABALAGA, J. *La Casa de Salud Valdevilla. Origen y antecedentes*, Santander, Asamblea Regional de Cantabria, 1990.

(33) *Anales del HSCSP*, 1928, (2) p. 64.

(34) *Anal. de l'HSCSP*, 1933, (7) pp. 56-58.

(35) *Anal. del HSCSP*, 1929, (3) p. 63.

En 1928 se modificó la técnica de fraccionamiento de la roentgenterapia, sustituyendo el método alemán (que consistía en una irradiación en sesiones masivas, generalmente únicas) por sesiones de menor duración y más frecuentes³⁶. Según afirmaba Pinós los resultados habían mejorado. En 1933 se optó, de nuevo, por dosis más bajas acortando la duración del tratamiento.

«una tècnica en la que la dosi total administrada es menor i donada en uns 20 dies. Així torna a fer-se en el nostre Servei, després d'haver assajat durant un temps el mètode de dosi forta diluïda en 30 dies, sense observar resultats gaire convinçents i si en canvi un fort embús en el torn dels malalts que necessitaven tractament»³⁷.

La modalidad de fraccionamiento que se fue fraguando como definitiva, se adecuaba a la experiencia clínica de instituciones extranjeras tanto como a las disponibilidades del centro.

Anexo al dispensario se organizó un laboratorio para estudio histológico del material biopsiado. El mayor número de biopsias practicadas hacía necesario la descentralización de este trabajo respecto al laboratorio central del hospital que «podrá así atender con más holgura las peticiones de las demás clínicas»³⁸. El nuevo laboratorio incluía, a disposición del resto de dependencias hospitalarias, la realización de biopsias intraoperatorias³⁹. En 1929 se dotó la plaza de director del Laboratorio, recayendo en la persona de Ricardo Roca, y se ampliaron los servicios de

biopsia y serología⁴⁰ iniciándose investigaciones sobre el cáncer experimental por alquitrán e injertos de neoplasias humanas en ratas, contando con la colaboración de Torres Talarn. En 1936, la Consejería de Sanidad de la República amplió la cobertura del Laboratorio de Diagnóstico Histológico y Biológico, ofreciendo sus servicios a todos los facultativos catalanes; bastaba que el médico certificase la pobreza del enfermo⁴¹.

El servicio, inicialmente centrado en la terapéutica con radiaciones, fue incorporando otros métodos de tratamiento, como la electrocoagulación y el criocauterío⁴², iniciándose ensayos con diversos fármacos, en pacientes desahuciados o complementando a las radiaciones⁴³. De esta forma encontraba justificación el carácter asilar de la institución, mediante la experimentación, en los incurables, de terapéuticas químicas de escasa fundamentación científica⁴⁴. Por otra parte, la necesidad de dar cumplimiento a esta función se sumó a las razones argumentadas para incrementar el equipamiento⁴⁵.

A pesar de la resistencia popular a acudir con celeridad a las consultas médicas, probablemente por unas campañas insuficientes, los facultativos continuaron solicitando mejoras de las instalaciones y del arsenal de radium, con frecuencia, sin relación con los incrementos que la demanda asistencial experimentaba.

«La labor por nosotros realizada es solamente una parte de la que

debería realizarse en un hospital de la importancia del de la Santa Cruz, pues este método terapéutico se extiende cada día más, para tratar mayor número de enfermedades y paralelamente con resultados cada vez más brillantes (...) Aceptando que la utilización total [del radium] haya sido de un tercio, cabe pensar que nuestro material cubrirá apenas las necesidades del servicio dentro de pocos años, cuando una mayor cultura del público y una más larga existencia del Servicio obliguen a éste a asistir a un mayor número de enfermos»⁴⁶.

Las previsiones se referían a supuestas necesidades en el futuro pues, en 1928, sólo se utilizó la séptima parte del total del material radium⁴⁷.

El discurso médico basaba sus reclamaciones de infraestructura en argumentos que asociaban labor asistencial y necesidad de actualización tecnológica, continua⁴⁸ mostrando los resultados subordinados a las mejoras en el aparataje⁴⁹.

(36) «Es decir, la sustitución de una técnica puramente física por otra físico-biológica y por consiguiente más racional». *Ibidem*. Las sesiones se prolongaban de 22 a 27 minutos, recibiendo cada paciente entre cinco y siete sesiones. *Anal. de l'HSCSP*, 1933, (7) pp. 56-58.

(37) GUILERA MOLAS, LL. G. Resenya i comentaris referents al Congrés Internacional del Càncer tingut a Madrid, Octubre 1933. *Annals de l'HSCSP*, 1934, (8) p. 149.

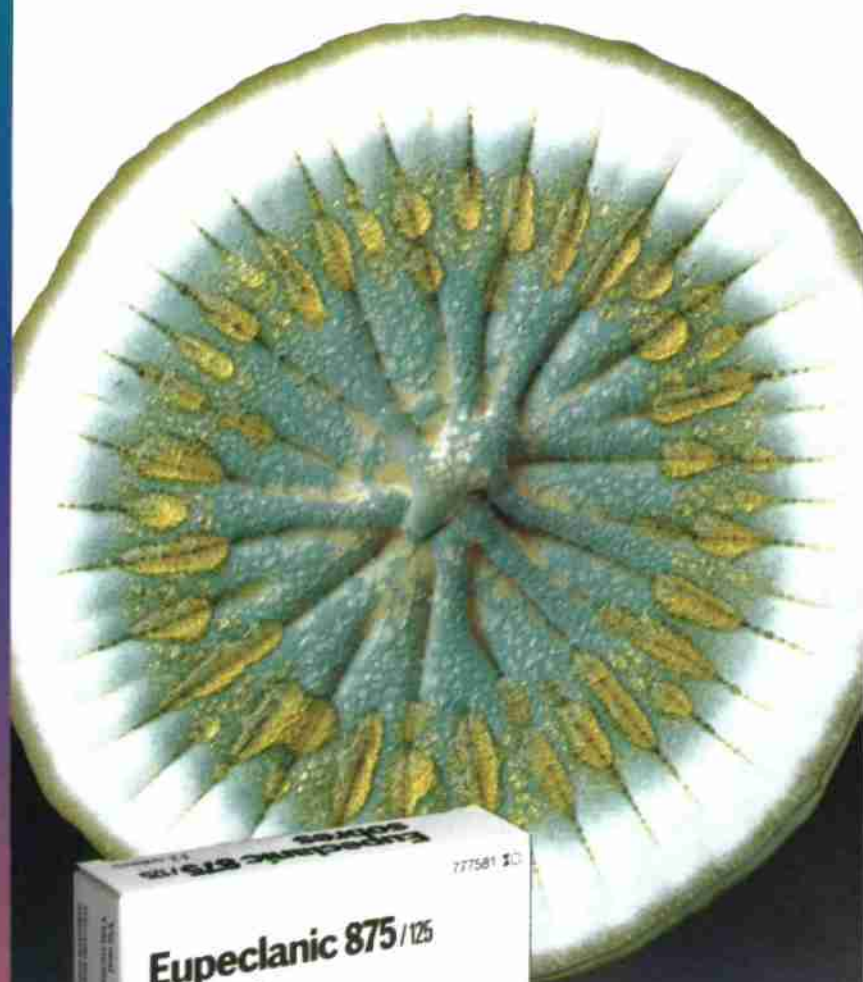
(38) Lo inusual de las prácticas necrópsicas había sido una queja

Eupeclanic 875/125 mg

Amoxicilina + Acido Clavulánico

También crecemos...

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



Las resistencias bacterianas crecen...
nosotros también



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

AHORA
TAMBIEN
TUBOS DE
60 GRAMOS

flutental

Flupamesona

*En la
corticoterapia tópica
60 toneladas
sería excesivo,
60 gramos
es adecuado*

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, tubo de 30 g. PVP IVA3 617,- Ptas. **Tubo de 60 g.**
PVP IVA3 1.111,- Ptas. Flutental pomada, tubo de 30 g. PVP IVA3 624,- Ptas. **Tubo de 60 g.**
PVP IVA3 1.123,- 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, tubo de 30 g. PVP IVA3 654,- Ptas. **Tubo de 60 g.**
PVP IVA3 1.177,- Ptas. Flutental Gentamicina pomada, tubo de 30 g. PVP IVA3 659,- Ptas.
Tubo de 60 g. PVP IVA3 1.187,- 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, frasco de 30 cc. PVP IVA3 613,- Ptas. Flutental Pediátrico loción, frasco de 30 cc. PVP IVA3 413,- Ptas.

flutental sali pomada

Indicaciones: Dermopatías eritemo-escamosas.
Composición: Flupamesona 0,3% y ácido salicílico 3% en excipiente graso (pomada).
Presentaciones: Flutental Sali pomada, tubo de 30 g. PVP IVA3 624,- Ptas. **Tubo de 60 g.**
PVP IVA3 1.123,- Ptas.

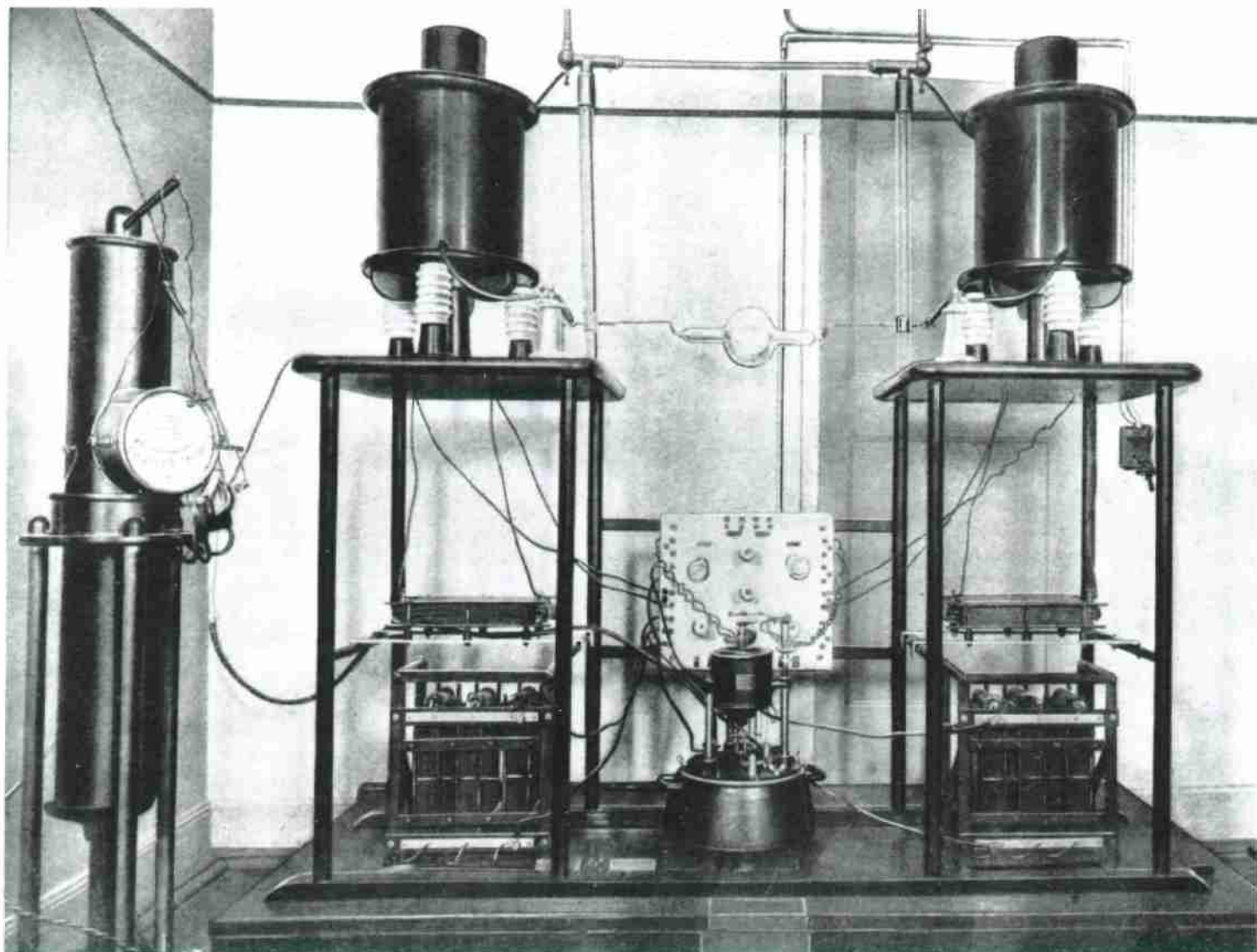
Posología:
Aplicar una fina capa del preparado sobre la zona lesionada, una o más veces al día.

Contraindicaciones:
Hipersensibilidad a los corticoides, lesiones tuberculosas, sifilíticas o víricas.

Efectos secundarios:
La utilización prolongada de corticoides puede producir atrofia cutánea y pérdida del colágeno con estrias.



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



frecuente de los sanitarios. El problema hospitalario. *op. cit.* (24) p. 499.

(39) Durante este período se había ido incrementando la colección de preparados histológicos, clichés y moldes de cera de los casos más significativos. *Anales del HSCSP*, 3, 1929, p. 64. En 1930 se realizaron 947 análisis, 385 fueron biopsias, 90 uterinas. [*Ibid.*, 5, 1931, p. 73], un año después las biopsias ginecológicas ascendían a 127 [*Ibid.*, 6, 1932, p. 53], en 1932 se realizaron 1076 análisis [*Anals de l'HSCSP*, 7, 1933, pp. 56-58] y en 1934, 587 análisis histológicos. *Ibid.*, 9, 1935, pp. 209-212.

(40) Las técnicas diagnósticas se fueron ampliando y en 1930 se introdujo la reacción de Manoillov. En 1932 las pruebas habituales eran las de Wassermann; Hecht-Mutermilch; Meinicke; Botelho; Roffo; Manoillov; análisis de orina; recuentos hemáticos; análisis bacteriológicos y sobre todo histológicos. *Anals de l'HSCSP*, 7, 1933, pp. 56-58.

(41) *Medicina Ibera*, 30 (1950), p. LIII.

(42) En 1932 la electrocoagulación se utilizó en 23 casos como medio

coadyuvante y en 7 ocasiones el eriocauterio. *Anals de l'HSCSP*, 7, 1933, pp. 56-58.

(43) *Annals de l'HSCSP*, 8, 1934, p. 144.

(44) En 1927, 5 pacientes varones de un total de 71 recibieron tratamiento con Neophage y 5 enfermas, de un total de 96 recibieron Electro-selenio. En 1928 se ensayaron el Narcotal y la Citolisina del Dr. Pagés Maruny; en 1933 también se utilizaban sales de silicio y magnesio, azufre, antimonio, quinina, emetina y extracto de ipecacuana. «Como puede verse, procuramos acoger todos los enfermos que se presentaban ensayando en los desahuciados los preparados que nos son ofrecidos como eficaces contra el cáncer por casas de solvencia reconocida. Abandonar estos enfermos equivaldría a olvidar el lema de nuestro querido hospital». *Anales del HSCSP*, 3, 1929, pp. 63-64; 1, 1927, p. 63; 8, 1934, p. 144.

(45) En 1931 se solicitaba, con fines exclusivamente asilares, una ampliación en el número de camas, «... acogiendo así bajo el manto de la caridad a un mayor número de enfermos perdidos y ahorrando a la vez a los enfermos menos graves, el triste espectáculo de la muerte

de un hermano de infortunio». *Anals de l'HSCSP*, 5, 1931, p. 71.

(46) *Anales del HSCSP*, 2, 1928, p. 65.

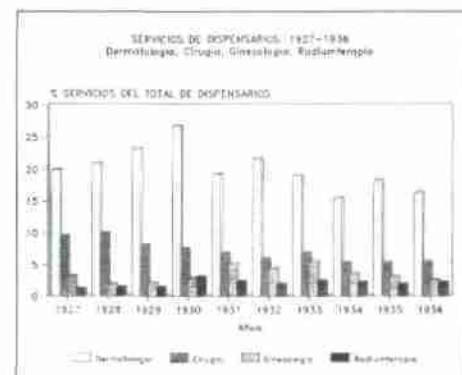
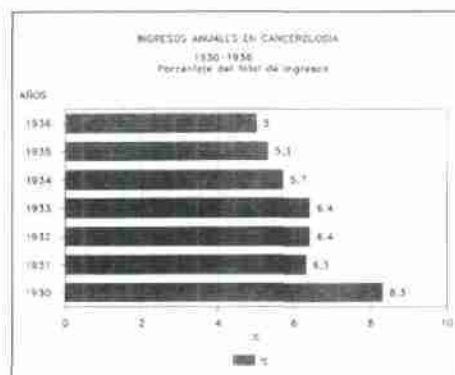
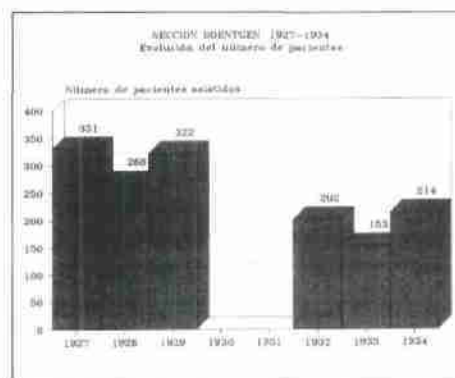
(47) Se habían utilizado, en total para el tratamiento de los pacientes, 6.039,75 milicuries (en hombres 2.089 milicuries y 3.950 en mujeres) de los 45.000 milicuries que suministraba al año el material de radium disponible. *Ibid.*, p. 64.

(48) «En esta modalidad de terapéutica física (roentgenerapia) los resultados terapéuticos obtenidos dependen fatalmente en parte de los progresos incesantes que en la construcción de aparatos nos aportan los técnicos físicos, tanto en aparatos de aplicación como de medida». *Ibid.*, 3, 1929, p. 63.

(49) «La instalación de un nuevo aparato que podría destinarse casi exclusivamente al tratamiento de estos enfermos ambulatorios, resulta una cuestión que exige solución perentoria, influyendo indiscutiblemente en los resultados definitivos que se observan en nuestros pacientes». *Anales del HSCSP*, 5, 1931, p. 72. En este sentido existen numerosos testimonios. *Anals de l'HSCSP*, 7, 1933, pp. 56-58.

En 1930 se contaba, para la curieterapia, con 700 mgr. de radio-elemento distribuidos en tubos, agujas y placas⁵⁰. Para la roentgenerapia existía un aparato, de la casa Koch Sterzel de Dresde, con transformador de corriente continua y condensadores de alta potencia que permitían la irradiación simultánea de dos pacientes. Los tubos de rayos X eran del tipo Müller-Metalix protegidos para evitar la radiación dispersa. La sala de irradiación estaba revestida con 4 mm. de plomo, el techo y el pavimento estaban rellenos de tierra de barita. La donación de Félix Llobet dotó al servicio con una instalación completa de bisturí eléctrico y otra de endoscopia. A finales de 1932 se ultimaba la instalación del aparato Stabilivolt de la casa Siemens que alimentaba dos tubos protegidos⁵¹. Al año siguiente se disponía, para roentgenerapia, de dos aparatos dotados con dobles tubos para irradiación, el Koch-Sterzel y el Stabilivolt Siemens y un aparato Philips, modelo Super T, prestado por la casa comercial durante un año⁵² y adquirido con posterioridad. En 1935 el pabellón contaba con 773 mgrs. de radium y un aparato de electrocoagulación. En junio del mismo año se había incrementado la provisión de radium, en 10 mgrs., gracias al donativo de Compte Viladomat⁵³.

La infrautilización del radium permitió el uso de los tubos en irradiaciones a distancia para suplir la deficiencia del utillaje Roentgen⁵⁴ y la existencia de un sistema de préstamo para otros servicios hospitalarios, Dermatología y Cirugía y consultas particulares contribuyó



a subsanar la deuda contraída en la construcción y acondicionamiento hospitalario.

El incremento en la demanda asistencial fue otro de los argumentos básicos en las peticiones de ampliación y consolidación del servicio. La percepción de dicha demanda, se vio con frecuencia amplificadas por los responsables del centro. En 1931 se hablaba de disminuir el servicio de préstamo ante la imposibilidad de cubrir las necesidades internas⁵⁵. Sin embargo, las cifras analizadas⁵⁶ no justificaban tal descenso en

los ingresos procedentes de los alquileres.

El prestigio del Servicio de Terapéutica Radiológica se fue consolidando en todo el Estado. En 1930, ingresaron 247 pacientes, 79 (32%) de fuera de Cataluña. En 1931, 168 (47,7%) de un total de 352 enfermos tratados procedían de otras provincias españolas, argumentándose la necesidad de que el Estado central interviniera en la financiación como venía sucediendo con el Instituto Nacional del Cáncer de Madrid⁵⁷.

Dinámica asistencial

La Sección de Radiumterapia inició la asistencia en 1927, atendiendo a 187 pacientes. Entre 1929 y 1930 se incrementó en un centenar su número, manteniéndose alrededor de los 300 asistidos⁵⁸ hasta el año 1934 en que comenzó un descenso acentuado al año siguiente. Según los responsables del Pabellón, estuvo causado por el menor número de ingresos que las nuevas disposiciones de la institución habían generado⁵⁹. Sin embargo, las cifras de tratados con radium permanecieron prácticamente estables, alrededor de los 150, entre 1927 y 1932, apreciándose un descenso en 1934⁶⁰. Según el informe presentado por Guilera el 21 de noviembre de 1934, ante la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, los resultados obtenidos con la aplicación de radium en más de 100 casos recogidos en el primer quinquenio de los 30, arrojaba cifras de curabilidad incluso superiores a las de otros centros extranjeros⁶¹.

Entre 1927 y 1936 crecieron los servicios prestados⁶² por el Dispensario de Radiumterapia aunque esto no significó un incremento notable respecto a la actividad de otros dispensarios hospitalarios. En 1927 se practicaron una media de 86 servicios mensuales y en 1936 se alcanzaron los 276,5. El incremento más evidente se produjo a partir de 1929, coincidiendo con la inauguración del Pabellón (de 108 servicios/mes a 206) y entre 1932 y 1933 (de 255/mes a 349). La actividad del Dispensario, en el contexto

hospitalario, osciló entre el 1 y el 2% del total de las actividades ambulatorias del HSCSP.

La media de ingresos mensuales del Pabellón del Cáncer osciló entre 29, en 1935, y 43 en 1933. La tendencia a lo largo del sexenio fue a disminuir el número de ingresos/mes.

(50) La administración del radium corría a cargo de una religiosa de la comunidad del hospital, Antonia Ventura. Los accesorios necesarios para las aplicaciones se construían en Barcelona y en el mismo centro se elaboraban los moldes, colpostatos y la pasta Colombia. Este sistema permitía el autoabastecimiento, al menos de materiales accesorios, evitando el problema de los suministros procedentes de empresas extranjeras. GUILERA, *op. cit.*, (10) pp. 288-289.

(51) *Ibid.*, 7, 1933, pp. 56-58.

(52) *Annals de l'HSCSP*, 8, 1934, pp. 65-68.

(53) El marqués de Camps, en nombre de la Sección Catalana de la Liga Española Contra el Cáncer, acompañado de Peyrí, Petit Freixas y Carulla hicieron la donación. *Annals de l'HSCSP*, 9, p. 546.

(54) Los experimentos realizados en el Middlesex Hospital de Londres entre 1919 y 1921 pusieron de manifiesto el fracaso de la irradiación a distancia con radium causado, principalmente, por la imposibilidad de alcanzar dosis en profundidad adecuadas sin lesionar gravemente la superficie cutánea. Los resultados presentados disuadieron de continuar las experiencias con la bomba de radium. En cualquier caso, en el hospital inglés se utilizaron unos 5 grs. de sal de radium, cantidad muy superior a la disponible en el hospital barcelonés. MURPHY, Caroline C.S. *A history of Radiotherapy to 1950. Cancer and Radiotherapy in Britain 1850-1950*. University of Manchester, Ph. thesis.

Degree of Doctor of Philosophy in the Faculty of Technology, Department of the History of Science and Technology, 1986, pp. 4.59-4.63.

(55) «Los alquileres disminuyen, con todo, progresivamente, pues el contingente de enfermos asilados va exigiendo para sí la totalidad de los aparatos de que disponemos y además nos vemos imposibilitados de emplear las técnicas de grandes cantidades a distancia por lo cual, sin ser una necesidad tan apremiante como la adquisición de un nuevo aparato para roentgenterapia, va haciéndose notar también la conveniencia de adquirir mayor cantidad de material de radium». *Annals de l'HSCSP*, 5, 1931, p. 72.

(56) En 1928 se habían utilizado 2338 milicuries para préstamo. En 1930 el alquiler a los médicos había producido 16.150 pts. En 1932 se recaudaron, por el alquiler del radium, 11.413 pts. y la Sección Roentgen produjo unos ingresos de 2.387 pts. Un año después los beneficios ascendían a 16.517 pts. y a 8.070 los procedentes de las sesiones de roentgenterapia y en 1934, a 14.074 pts. y 6.530., respectivamente. *Annals de l'HSCSP*, 2, 1928, p. 64; *Annals de l'HSCSP*, 8, 1934, pp. 65-68; 9, 1935, pp. 209-212.

(57) *Annals de l'HSCSP*, 5, 1931, p. 71; 6, 1932, p. 53.

(58) Los conceptos de pacientes «asistidos» y «tratados» se encuentran reflejados en las fuentes originales. Para el análisis de estos aspectos se ha utilizado la estadística del servicio publicada anualmente en los *Anales del HSCSP*.

(59) *Annals de l'HSCSP*, 9, 1935, p. 212.

(60) Sólo se dispone de datos referentes a los años 1927, 1928, 1929, 1932 y 1934.

(61) Guilera presentó su casuística ateniéndose a las normas dictadas por la Subcomisión del Cáncer del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones lo que permitía comparar los resultados entre diversos centros, algo novedoso en las publicaciones de este período. La «curabilidad global» la cifraba en el 25,8%.

(62) En las memorias se cuantifican los servicios prestados aunque no se especifica con exactitud las tareas que comprendían tales servicios.

Nacimiento e institucionalización de la Radioterapia

En relación a la actividad general hospitalaria, el porcentaje de ingresos mensuales en Cancerología descendió del 8,3 (1930) al 5% (1936) del total de los ingresos hospitalarios/mes. De los 42.203 pacientes ingresados en el HSCSP en el período 1930-1936, 4.618 lo fueron en Cancerología (10,9%).

En la Sección Roentgen del Pabellón se trataron, de 1927 a 1930, un número de pacientes que osciló entre 331 y 268⁶³, mientras que de 1932 a 1934 descendieron en más de un centenar. Este descenso no estuvo correlacionado con el número de sesiones anuales de radioterapia practicadas que fluctuaron, en el primer período, entre 1.669 y 1.095 y desde 1932 a 1934 entre 1.376 y 3.141, con una duración media por sesión similar⁶⁴. Esto indicaría, por una parte, que la oferta asistencial de la sección Roentgen no se incrementó en la década de los 30, a pesar de las mejoras en aparataje y dotación de personal y que la mayor actividad asistencial, expresada en número de sesiones de radioterapia, se debió al crecimiento en la media de sesiones por paciente que pasó de 4 a 11. No lo percibieron así los responsables de la instalación que, en 1933, tras haber descendido el número de pacientes de 202 a 153 seguían relacionando la buena marcha de la sección con las mejoras técnicas en ella efectuadas⁶⁵.

El Reglamento del establecimiento, sancionado en 1930, que sectorizó los pacientes en función del tipo de patologías que padecían, tuvo un claro reflejo en la actividad terapéutica de la Sección Roentgen. En el

período 1927-1929 se produjo un descenso de las neoplasias malignas tratadas (del 60 al 26%) paralelamente al incremento de la irradiación de otras enfermedades no cancerosas, manteniéndose sin modificación el porcentaje de tumores benignos irradiados. Entre 1932 y 1935, tras la nueva sectorización, prácticamente dejaron de irradiarse pacientes con tumores benignos pues eran remitidos al Servicio Central de Roentgenología. Sin embargo, desde sus inicios terapéuticos, el radium estuvo destinado al tratamiento de lesiones malignas. En el período 1927-1935 el 90% de las patologías tratadas eran malignas, mientras que las lesiones benignas alcanzaron su máximo porcentaje en 1927 (10%) para descender hasta el 1% en 1931 y estabilizarse alrededor del 3% en 1934 y 1935.

Según nuestro análisis, la demanda de material técnico fue sobrevalorada por el personal facultativo, y no tuvo correspondencia con la realidad asistencial, constituida en un alto porcentaje por pacientes incurables que no recibían tratamiento alguno⁶⁶.

A pesar de encontrarse la terapéutica con radiaciones en un período expansivo tanto de sus indicaciones como de su desarrollo institucional, el número de pacientes tratados con radium o roentgenterapia no se incrementó durante el período analizado, aunque la actividad asistencial de la Sección Roentgen creció al hacerlo la media de sesiones que recibía cada paciente. La influencia de la estructura organizativa del hospital se dejó sentir sobre las indicaciones de la nueva

terapéutica. En efecto, las reorganizaciones hospitalarias que modificaron la sectorización de los enfermos fueron determinantes del tipo de patologías, benignas o malignas, tratadas con los rayos X, no así del radium, cuya área de acción terapéutica estuvo siempre orientada a las enfermedades malignas.

La radioterapia se vio consolidada por un discurso médico que defendía la necesidad de la lucha contra el cáncer y fomentaba la idea del diagnóstico precoz. Con ello se intentaba impulsar una demanda asistencial originada por pacientes que permitieran obtener unos porcentajes razonables de curaciones que avalaran las nuevas terapéuticas. La campaña sirvió de empuje para la adquisición de los nuevos remedios, esperanzas curativas, y la experiencia clínica publicada periódicamente intentaba consolidar los logros con un soporte científico respaldado en la representación estadística de los datos. El concepto de demanda asistencial jugó un papel decisivo en el proceso de negociación para la adquisición de infraestructura. Su percepción estuvo sobrevalorada por un personal facultativo proclive a defender intereses profesionalizadores, dotando al hospital de una orientación curativa e investigadora, más que a fomentar la capacidad asilar del mismo.

Dos « soluciones » eficaces y prácticas

Tratamiento de la Pitiriasis versicolor

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

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

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

Tratamiento de la Dermatitis seborreica: pitiriasis seca y esteatoides

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

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

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

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



INDICACIONES

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

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

POSOLOGIA

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

EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES

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

INTOXICACION Y TRATAMIENTO

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

PRESENTACIONES Y COMPOSICIONES

Bioselenium

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

PVP IVA 297,- y 218,- Ptas.

Biocadmio

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

PVP IVA 228,- y 150,- Ptas.



J. URIACH & Cia., S.A.
Dega Bohl 59-67 - 08026 Barcelona

Cuando el azúcar es un problema...



STATICUM

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

Composición

Cada comprimido de STATICUM contiene 5 mg de glicetida, fraccionable en dos mitades de 2,5 mg.

Indicaciones

Diabetes mellitus del adulto (DMNID).

Diabetes no compensada o mal compensada con otros hipoglucemiantes.

Dosificación

La dosis usual está comprendida entre 1/2 y 4 comprimidos (2,5-20 mg de glicetida). En la mayoría de los casos es suficiente una dosis de 1-2 comprimidos por día, administrados en una sola toma, durante el desayuno. Las dosis superiores a 2 comprimidos diarios se repartirán durante el resto de las comidas.

Normas de administración:

Diabéticos no tratados previamente

Iniciar con 1/2 comprimido.

Continuar con esta dosis o aumentar 1/2 comprimido cada semana, hasta un perfecto control.

La asociación de STATICUM a un adecuado régimen dietético permite obtener excelentes resultados en más del 90% de diabéticos de reciente descubrimiento, no insulino dependientes.

Diabéticos ya tratados con otros antidiabéticos orales

Los diabéticos no compensados o mal compensados con otros hipoglucemiantes pueden muchas veces ser controlados perfectamente con STATICUM. En estos, no es necesario que medie intervalo alguno entre los dos tratamientos.

En las diabetes bien equilibradas con otros hipoglucemiantes

orales, el cambio a STATICUM puede iniciarse con 1/2 comprimidos al día.

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

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

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

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

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

Asociación con biguanidas

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

Incompatibilidades

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

Efectos secundarios

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

Contraindicaciones

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

Intoxicación y su tratamiento

La intoxicación aguda con esta especialidad es rara dado su elevado coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (lavado de estómago, aumento de la diuresis). En caso de hipoglucemia grave y/o prolongada se requerirá tratamiento con solución de dextrosa por vía intravenosa y cuidado médico intensivo.

Presentación

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



URIALACH
Devany Bahi, 39-67 08026
BARCELONA

INVESTIGACION
NACIONAL

Dispersión de la práctica: el ejercicio de la radioterapia en el Servicio Central de Roentgenología

La terapéutica con radiaciones no era patrimonio exclusivo del Pabellón del Cáncer. En efecto, el ingreso de pacientes con cáncer se producía en varios servicios hospitalarios aunque sólo en Cirugía General y Dermatología se aplicaron tratamientos radioactivos en número significativo. Algunos de aquéllos recibían tratamientos radiológicos aunque en colaboración con los servicios de Terapéutica Radiológica del Pabellón del Cáncer y el Servicio Central de Roentgenología. Este último, dirigido por César Comas y Agustín Prió, estaba en funcionamiento al menos desde 1922. Sus atribuciones asistenciales se superponían, en gran medida, al Servicio de Terapéutica Radiológica. Sin embargo, las medidas de reorganización adoptadas por la institución saldaron, certeramente, los conflictos de competencias.

A lo largo de la década de los 20 el servicio incrementó su actividad de forma paulatina, motivada por razones científicas e institucionales: la extensión de las aplicaciones roentgenológicas, en sus vertientes diagnóstica y terapéutica, y la ampliación de la cobertura del servicio a los diferentes dispensarios que funcionaban en el Hospital, algunos de ellos de creación relativamente reciente⁶⁷.

En 1925, la Junta Administrativa y Cuerpo Facultativo del Hospital, acordó, mientras no se realizaba el traslado definitivo del HSC, la dotación de personal médico y la adquisición de un aparato de rayos X que pudiera realizar funciones diagnósticas y terapéuticas.

La asistencia se incrementó desde 351 pacientes, en 1923, a 3.255 en 1930, manteniéndose en estos valores hasta 1936.

Dos tareas asistenciales se abordaban en el servicio, el radiodiagnóstico y la terapéutica con rayos X. La distribución porcentual de los dos procedimientos, en el conjunto de los servicios practicados desde 1923 a 1935, fue del 89% para actividades diagnósticas y del 11% para las terapéuticas.

La terapia con rayos X no superó el 20% de las actividades en ningún momento. A partir de 1928 se elevó el número de tratamientos radiológicos, alcanzándose la máxima actividad en 1931, incremento más achacable, como veremos a continuación, a la nueva normativa sobre reparto de pacientes que a las adquisiciones técnicas del servicio. Por otra parte, la modificación en la técnica de fraccionamiento contribuyó a incrementar la estadística de los servicios terapéuticos pues en las Memorias anuales se contabilizaba el número de sesiones en lugar de los tratamientos completos. Carecemos de información sobre el número de pacientes irradiados entre 1923 y 1929, pero durante el sexenio 1930-1935 recibieron tratamiento

4.579, esto es el 18% del total de los asistidos. En 1931 se elevó el número de pacientes de 513 a 760, manteniéndose alrededor de esta cifra en el período siguiente.

(63) En 1930 recibían tratamiento con rayos X unos 8 ó 10 enfermos diarios. GÜILERA, *op. cit.* (10), pp. 288-289.

(64) La duración media osciló entre 25 y 30 minutos, en los años 1927 y 1929, y 20-28 minutos entre 1932 y 1934.

(65) *Annals de l'HSCSP*, 8, 1934, pp. 65-68.

(66) Un año después de la inauguración, Güilera percibía de esta manera la actividad desarrollada: «El Pabellón del Cáncer atiende, pues, una necesidad evidente, tanto, que su capacidad resulta ya insuficiente (...) la mitad de las camas del Servicio se destinan a enfermos incurables que son solícitamente asistidos hasta su muerte». *Annals de l'HSCSP*, 5, 1931, p. 71.

(67) *Anales del HSCSP*, 2, 1928, p. 63.

Nacimiento e institucionalización de la Radioterapia

El incremento se debió, fundamentalmente, a los tratamientos de lesiones no cancerosas⁶⁸ mientras que las afecciones cancerosas, tal y como el estatuto del centro había establecido, se irradiaban en el Servicio de Cancerología.

El Reglamento del Cuerpo Facultativo, aprobado el 9 de junio de 1931 reguló, de forma explícita, las actividades clínicas de los dos servicios en competencia: el Servicio de Cancerología, que según la normativa atendería exclusivamente a enfermos cancerosos, y el de Roentgenología:

«El servei de roentgenologia comprendrà les seccions de roentgendiagnòstic i de roentgenteràpia i demés aplicacions de la terapèutica física, en malalts no cancerosos»⁶⁹.

Como hemos señalado con anterioridad, el reparto de patologías coincidió con la nueva ubicación de los servicios en el organigrama institucional. En efecto, la Cancerología quedaba incluida entre las especialidades y la «Roentgenología y demás aplicaciones de la terapèutica física» en Servicios Auxiliares, junto a los laboratorios y la farmacia. Dicha consideración permitió beneficiarse al servicio de Cancerología en la dotación de personal facultativo.

A la consideración de la Radioterapia como especialidad en lugar de servicio auxiliar⁷⁰ pudo contribuir el empuje de Guilera. Su interés por el cáncer, centró el uso de la terapèutica con radiaciones alrededor de una patología específica, fomentó la

experimentación con nuevas drogas y las tareas de investigación básica, acrisolándose la especialidad de Cancerología. El Reglamento hospitalario sancionó la adjudicación de las patologías oncológicas, dejando otro tipo de afecciones para los radiólogos. No nos consta que el proceso suscitara polémica alguna entre los protagonistas. De hecho, el Servicio de Roentgenología había visto incrementar su actividad asistencial de forma mucho más evidente que el de Cancerología, aunque a expensas de las tareas diagnósticas. En este sentido no se producía competencia alguna entre las dos secciones y era de esperar que las aplicaciones en lesiones no cancerosas siguieran acrecentándose. En cualquier caso, las actividades terapéuticas del servicio dirigido por Comas se habían desarrollado, con frecuencia, bajo las indicaciones de Guilera o de otros departamentos⁷¹.

Sin embargo la normativa que sectorizaba a los pacientes, para una misma terapèutica, no entró en vigor de forma inmediata. Hasta 1933 no comenzó a disminuir el porcentaje de enfermos oncológicos tratados en el Departamento Central de Roentgenología que pasó del 42,6% (73 pacientes) de 1932 al 10,7% (11 pacientes) de 1935. Paralelamente se incrementaron las lesiones benignas tratadas, especialmente en la transición de los años 1931-1932, que se elevaron de 68 a 98 patologías diferentes. Este proceso parece un claro exponente de que ciertas indicaciones terapéuticas fueron fomentadas por factores organizativos más que de tipo científico.

(68) La relación de las diversas afecciones benignas irradiadas dan idea de la escasa fundamentación científica que avalaba tales prácticas: accesos de colesterinemia, amenorreas, anemias, aneurisma, angor-pectoris, aracnoiditis, artritis, bocio, bronquitis asmáticas, ciática, dermatosis pruriginosas, diabetes, disfunción gènito-hipofisaria, eczema, elefantiasis escrotal, endoarteritis obliterante, enfermedad de Raynaud, espina ventosa, espondilitis, estenosis esofágica, fracturas no consolidadas, herpes zona, hiperclorhidria, hipertensión arterial, hipertrofia prostática, hipertrofia hipofisaria, hipertrofia mieloide, laringitis tuberculosa, liquen, nefritis tuberculosa, neuralgia ciática, neuralgias, neurosis cardio-vascular, osteoartritis tuberculosa, parálisis del motor ocular común, parálisis infantil, policitemia rubra, poliposis de fosas nasales, prurito genital, psoriasis, queloide cicatricial, queratosis plantar, radiculitis, raquialgias, reumatismo, sicosis de la barba, trastornos postencefálicos (ninfomanía), úlcera varicosa, úlceras gástrica y duodenal, verrugas, etc.

(69) *Anals de l'HSCSP*, 5, 1931, pp. 336-341.

(70) Esta consideración reglamentada de especialidad resulta sorprendente. Si se establece un paralelismo con el radiodiagnóstico podría haber sido considerada como un servicio auxiliar de terapèutica donde los especialistas realizaran las tareas diagnósticas e incluso sentaran la indicación y el radioterapeuta aplicara un tratamiento común a diversas patologías.

(71) «Habiéndose ampliado la Sección de Röntgenoterapia del Servicio de Cancerología del Prof. Dr. D. Lufs Guilera, el Departamento Central de Röntgenología limita en dichos enfermos su actuación a proseguir, gustosamente, el tratamiento de los mismos, comenzado, en años anteriores por indicación del citado Profesor, observándose en consecuencia considerable reducción en el número de enfermos de dichas afecciones». *Anals de l'HSCSP*, 8, 1934, p. 76.

NOTI CIAS M&H



Acto de entrega del XXIV PREMIO URIACH de Historia de la Medicina, a la Dra. Rosa Medina Doménech, de la Universidad de Granada, cuyo texto aparece publicado en el presente número de Medicina e Historia.

Relación de libros anteriores al año 1900 donados a nuestra Biblioteca por el Doctor Jacint Raventós.

ANDRAL, G. *Clínica Médica u observaciones recogidas en el Hospital de la Caridad*. 5 vols. Madrid, Vda. de Jordán e Hijos, 1841/42.

AVISOS sobre el methodo de recetar para el uso de los Reales Colegios de Cirugía. Barcelona, Thomas Piferrer, 1769.

BARRAS, J.P.T. *Traité sur les gastralgies...* 3è. éd. Paris, Béghét, 1829.

CANIVELL, Francisco. *Tratado de vendages y apósitos*. Barcelona, Teresa Piferrer, 1763.

COMPENDIO de el Arte de partear, Compuesto para el uso de los Reales Colegios de

Cirugía. Barcelona, Thomás Piferrer, 1761.

[CHAUSSIER, François]. *Origen y descubrimiento de la vaccina*. Traducido por Pedro Hernández. Madrid, Benito García, 1801.

FOUQUET, Henri. *Essais sur le pouls*. Montpellier, Jean Martel, 1767.

FOUQUET. *Recueil des remèdes faciles et domestiques*. I. Paris, Jean Musser, 1739.

FRANKLIN, Alfred. *La vie privée d'autrefois. Les médicaments*. Paris, Plon, 1891.

GRISOLLE, A. *Tratado elemental y práctico de patología*. 4 vols. Madrid, Gaspar y Roig, (s.a.).

HIPOCRATES. *Pronósticos* traducidos del texto de E. Littré y comentados por Tomás Santero. Madrid, M. Pita, 1844.

JEANNET DES LONGROIS, J.B. *Tratado de la phthisis, sus symptomas, sus causas, sus diferencias y curaciones*. Madrid, Imp. Real, 1784.

LAENNEC, R.T.H. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du coeur*. T.I. Paris, J.S. Chaudé, 1837.

LE ROY. *La medicina curativa, o la purgación*. Valencia, I. Mompié, 1829.

LÓPEZ, José. *Maravillosa curación, antigua y moderna, de las heridas...* Madrid, Luis Correa, 1730.

MONLAU, José. *Nociones de fisiología e higiene*. 2ª edición. Barcelona, J. Oliveres, 1870.

PATIN, Guy. *Lettres choisies de feu*. Cologne, P. de Laurens, 1692.

SAUVAGES, Francisco Boissier de. *Pathologia methodica practica, seu de cognoscendis morbis*. Neapoli, C. Castellano, 1776.

TROUSSEAU, A. *Tratado de terapéutica y de materia médica*. T. I-IV. Madrid, 1841.

VERDIER, *Abrégé de l'anatomie du corps humain*. 2 vols. Paris P.G. Le Mercier, 1746.

VILLEMEN, J.A. *Études sur la tuberculose*. Paris, J. B. Bailliére, 1968.

WEIKARD. *Prospecto de medicina sencilla y humana o nueva doctrina de Brown*. 2 vols. Madrid. Imp. Real, 1798.

Recensiones

BIURRUN, F. Javier;
CLOSA, Mateo;
LINARES, Alfred. *El Sanatorio de Paimio 1929-1933. Alvar Aalto*. Barcelona, Servicio Publ. U.P.C. 1991; 133 p. ils ISBN.: 84-7653-148-6.

No cabe duda que fueron los sanatorios las piezas fundamentales en la evolución de la lucha antituberculosa a lo largo de la primera mitad de la presente centuria. A este respecto, aunque centrada bajo un prisma ajeno a la medicina, los autores de esta monografía estudian el Sanatorio de Varsinais-Suomi, de Paimio, del arquitecto finlandés Alvar Aalto,

considerado como una de las obras capitales de la arquitectura sanatorial, ubicada en su propio contexto cultural. Este establecimiento, proyectado para 296 enfermos, fue encargado por 52 municipios rurales y algunos urbanos del sud-oeste de Finlandia, a medio camino entre Helsinki y Turku.

ALCOLEA, Santiago (coord). *La Biblioteca de la Universitat de Barcelona*. Barcelona, Publ. de la Universitat, 1994; 189 p. ils. ISBN.: 84-475-0534-0.

Un gran alarde tipográfico ilustra esta publicación institucional que estudia la evolución histórica de la Biblioteca Universitaria barcelonesa. Constituida a partir de 1838 en base a una serie de núcleos dispersos, como fueron los fondos de la Universidad de Cervera y los de las desamortizadas bibliotecas conventuales, por lo que respecta a la de la Facultad de Medicina encontramos su inicio en los libros adquiridos por Pedro Virgili para el Real Colegio de Cirugía. Tras la desaparición de éste, sus fondos se incrementaron con las escasas aportaciones de la «Biblioteca Provincial Universitaria» para consolidarse, tras la inauguración del Hospital Clínico en 1906, con numerosos donativos de profesores y de médicos catalanes.

SANTANDER, Teresa. *El Hospital del Estudio (Asistencia y hospitalidad de la Universidad de Salamanca 1413-1810)*. Salamanca, Centro de Estud. Salmantinos - CISC., 1993; 280 p. ils., 3 lám pleg. ISBN.: 84-86820-16-2.

En esta monografía, sin duda, la primera publicación dedicada exclusivamente al Hospital del Estudio de Salamanca, abarca los cuatro siglos de su existencia, desde 1413 hasta 1810. En base a fuentes documentales procedentes del Archivo Universitario salmantino, se analiza la economía, la administración y la asistencia que en él se dispensó, así como una amplia relación de su personal sanitario: barberos-sangradores, cirujanos, médicos y boticarios. Un extenso apéndice documental cierra el estudio.

Noticias

Organizado por el «Seminari d'Estudis sobre la Ciència» del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia, tendrá lugar durante los días 17 y 18 del próximo junio, un Encuentro Interdisciplinario sobre enfermedad y cultura en el que, a través de diversas ponencias, se tratará sobre conceptualización de la enfermedad, enfermedad y patrones culturales y actitudes ante la enfermedad.

Para mayor información: Prof. Josep Lluís Barona. Apartado de Correos, 56. 46110 Godella (Valencia).

Crinoren

20 mg

Maleato de enalapril

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



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

DESCRIPCIÓN: El maleato de enalapril es un derivado de L-alanina y L-prolina. Tras su administración oral, se absorbe rápidamente y posteriormente se hidroliza a enalaprilato, el cual es un inhibidor del enzima de conversión de angiotensina altamente específico, de larga duración de acción y sin grupo sulfhidrilo. **INDICACIONES:** Todos los grados de hipertensión esencial, hipertensión renovascular e insuficiencia cardíaca congestiva. **POSOLÓGIA:** CRINOREN se debe administrar únicamente por vía oral y su absorción no se ve afectada por la comida. La dosis usual diaria varía desde 10 a 40 mg en todas las indicaciones, administrada en una o dos tomas. Esta dosis debe ajustarse según las necesidades del paciente. Hasta la fecha, la máxima dosis estudiada en el hombre es de 80 mg al día. **Hipertensión:** La dosis inicial recomendada es de 5 mg (2,5-5 mg en la hipertensión renovascular), administrada una vez al día. En pacientes de 65 años o más, la dosis inicial recomendada es de 2,5 mg. La dosis usual de mantenimiento es de un comprimido de 20 mg una vez al día. En pacientes hipertensos que estén siendo tratados con diuréticos, el tratamiento diurético debe suspenderse 2-3 días antes del comienzo de CRINOREN. Si no fuese posible, la dosis inicial de CRINOREN debe ser baja (2,5 a 5 mg). **Insuficiencia renal:** Generalmente, los intervalos de dosificación de enalapril deben prolongarse, o bien disminuirse la dosis. Las dosis iniciales recomendadas son las siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 80 ml/min y mayor de 30 ml/min (5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 30 y mayor de 10 (2,5-5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 10 (2,5 mg los días de diálisis). Enalapril es dializable. Los días en que los pacientes no estén en diálisis, la dosis debe ajustarse de acuerdo a la respuesta de la presión arterial. **Insuficiencia Cardíaca Congestiva:** La dosis inicial de CRINOREN en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva debe ser de 2,5-5 mg y se debe administrar bajo estricta supervisión médica. Si es posible debe reducirse la dosis de diuréticos antes de iniciar el tratamiento. La dosis usual de mantenimiento es de 10 a 20 mg, administrados en dosis únicas o divididas. Esta dosis debe alcanzarse por incrementos graduales tras la dosis inicial y puede llevarse a cabo en un periodo de 2 a 4 semanas o más rápidamente, si la presencia de signos y síntomas residuales de insuficiencia cardíaca así lo indican. Antes y después de comenzar el tratamiento con CRINOREN debe controlarse estrechamente la presión arterial y la función renal (ver Precauciones). **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** CRINOREN está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a este fármaco. **Hipotensión Sintomática:** Fue observada raramente tras la dosis inicial o en el curso del tratamiento con CRINOREN. En los pacientes hipertensos la hipotensión es más frecuente cuando existe depleción de volumen. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es más probable que aparezca en aquellos con grados más severos de insuficiencia cardíaca. Si se desarrollase hipotensión, debe colocarse al paciente en posición supina pudiendo ser necesario administrarle líquido oral o suero fisiológico por vía intravenosa. Una respuesta hipotensora transitoria no es una contraindicación de dosis posteriores, que pueden administrarse habitualmente después de la expansión de volumen. Si la hipotensión se hiciera sintomática, puede ser necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con CRINOREN. **Función Renal alterada:** En algunos pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria de un riñón solitario, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina séricas, reversibles con la suspensión del tratamiento. Este hallazgo es especialmente probable en pacientes con insuficiencia renal. Algunos pacientes hipertensos con aparente ausencia de enfermedad renal previa, han desarrollado incrementos mínimos y generalmente transitorios, en la urea y creatinina sérica especialmente cuando se administró CRINOREN concomitantemente con un diurético. Puede ser necesario entonces reducir la dosis o suspender el diurético. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, la hipotensión tras el comienzo del tratamiento con CRINOREN puede llevar a un ulterior deterioro de la función renal. En esta situación, se ha observado insuficiencia renal aguda, habitualmente reversible. **Cirugía/Anestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o durante la anestesia con agentes que producen hipotensión, enalapril bloquea la formación de angiotensina II secundaria a la liberación compensadora de renina. Si apareciera hipotensión y se considerase secundaria a este mecanismo, puede ser corregida por expansión de volumen. **Potasio sérico:** El potasio sérico generalmente permanece dentro de los límites normales. En pacientes con insuficiencia renal, la administración de CRINOREN puede llevar a elevación del potasio sérico, especialmente en pacientes con insuficiencia renal, diabetes mellitus, y/o diuréticos ahorradores de potasio concomitantes. **Empleo en el embarazo y Madres Lactantes:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. No se conoce si CRINOREN se excreta por la leche materna. Existe un riesgo potencial de hipotensión fetal, bajo peso al nacer y descenso de la perfusión renal o anuria, en el feto tras la exposición uterina a los inhibidores del enzima de conversión. **Empleo en Pediatría:** CRINOREN no se ha estudiado en niños. **INTERACCIONES:** Puede ocurrir un efecto aditivo cuando se emplea CRINOREN conjuntamente con otros fármacos antihipertensivos. Generalmente no se recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden producirse elevaciones significativas del potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINOREN ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente descritos fueron sensación de inestabilidad y cefalea. En el 2-3% de los pacientes se describieron fatigabilidad y astenia. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, síncope, náuseas, diarrea, calambres musculares, erupción cutánea y tos seca persistente. En casos individuales se ha descrito edema agnortótico, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe (ver Precauciones). En estos casos debe suspenderse CRINOREN e instaurar inmediatamente las medidas terapéuticas adecuadas. Raramente se observaron alteraciones en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINOREN, que fuesen de significación clínica. Se han observado incrementos de la urea y creatinina séricas, reversibles con la suspensión de CRINOREN. Se han descrito, en pocos pacientes, ligeras disminuciones de la hemoglobina, hematocrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de enzimas hepáticas, pero no se ha establecido una relación causal con CRINOREN. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Existen datos limitados respecto a la sobredosificación. La manifestación más probable de sobredosificación debe ser hipotensión, que puede ser tratada, si fuese necesario, mediante infusión intravenosa de suero salino normal. **PRESENTACIONES:** CRINOREN 5 mg. Envase de 60 comprimidos, PVP IVA3 2.204.-Ptas. y de 10 comprimidos, PVP IVA3 367.-Ptas. CRINOREN 20 mg. Envase de 28 comprimidos, PVP IVA3 3.693.-Ptas. **Envases Clínicos:** CRINOREN 5 mg, 500 comprimidos (dosis unitarias); CRINOREN 20 mg, 500 comprimidos (dosis unitarias).

Rompa con el pasado...

Entre en el futuro con

listran

1^{er} AINE
No Acídico

nabumetona

potencia antiinflamatoria con mínimos riesgos

DESCRIPCIÓN: Listran (nabumetona) es el primer representante de una nueva familia de analgésicos antiinflamatorios, los No Acídicos. Esta diferencia con los AINEs existentes hasta la fecha, confiere a Listran unas características farmacológicas y farmacocinéticas que hacen de él un fármaco revolucionario dentro de los AINEs, al conjuntar potencia antiinflamatoria con mínimos riesgos de efectos secundarios.

INDICACIONES: Listran está indicado en Osteoartritis y Artritis Reumatoide que requieran tratamiento analgésico y antiinflamatorio. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido recubierto de Listran 500 mg contiene: Nabumetona (D.C.I.) 500 mg. **POSOLÓGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Adultos: La dosis habitual es de 1.000 mg (2 x 500 mg) al día administrados por vía oral, en una única toma, con o sin alimentos, preferiblemente por la noche. En pacientes con síntomas agudos o persistentes la dosis puede aumentarse hasta 1.500 mg ó 2.000 mg por día como dosis única o en dosis fraccionada. Niños: No hay datos clínicos para recomendar el uso de Listran en niños. **DOSIFICACIÓN EN ANCIANOS O PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL:** Normalmente, no se precisa realizar ajustes de la dosis en los ancianos, ni en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. **CONTRAINDICACIONES:** Listran está contraindicado en pacientes que han mostrado anteriormente hipersensibilidad a este medicamento y en pacientes a los que la aspirina u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos les provocan reacciones alérgicas. Úlcera péptica activa. Disfunción hepática grave (cirrosis). **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** Se ha comunicado la aparición infrecuente de úlceras gastrointestinales sintomáticas, hemorragia intensa o perforación. Aunque la frecuencia es menor que la descrita para otros AINEs, deberá tenerse en cuenta la posibilidad de aparición de estos procesos, incluso en los pacientes sin antecedentes de úlcera. Al igual que con todos los AINEs, debe tenerse precaución en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min/1,73 m²). En pacientes con procesos inflamatorios crónicos, pueden aparecer anomalías en la función hepática, (fluctuaciones en la fosfatasa alcalina). No se ha comprobado que Listran acentúe estos cambios; en caso de que se observen síntomas y/o signos que indiquen una disfunción hepática o resultados anómalos de las pruebas hepáticas, debe controlarse el posible desarrollo de una reacción hepática más grave. **INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** El metabolito activo de Listran puede desplazar a otros fármacos unidos a proteínas de su lugar de unión. La administración simultánea de un antiácido conteniendo aluminio, leche o alimentos, no afectó de manera importante a la biodisponibilidad del metabolito activo de Listran. Dos ensayos clínicos farmacológicos demostraron que no se producía una interacción significativa in vivo entre warfarina y Listran. No obstante, deberá tenerse cuidado cuando se recete Listran conjuntamente. La administración simultánea de paracetamol, aspirina o cimetidina no afectó a la biodisponibilidad del principal metabolito. No se han realizado estudios de interacción entre Listran y glucósidos cardioactivos, litio o metotrexato; por tanto, se recomienda precaución en la administración simultánea de ambos. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** En ratas, Listran no ha mostrado ningún efecto adverso sobre la capacidad reproductiva. No existen estudios controlados que garanticen la eficacia y seguridad de Listran en mujeres gestantes. No se recomienda su uso durante el tercer trimestre del embarazo. Durante la lactancia su uso deberá restringirse a aquellos casos en los que el posible beneficio para las madres justifique el riesgo potencial para el lactante. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Existe un riesgo de que aparezcan vértigos u otros trastornos del Sistema Nervioso Central tras la administración de Listran. En tales casos, el paciente no debe conducir o utilizar maquinaria. **REACCIONES ADVERSAS:** Generalmente Listran se tolera bien. Las reacciones adversas descritas más frecuentemente son: **Sistema Nervioso Central:** Cefalea, vértigo, fatiga, somnolencia e insomnio. **Dermatológicos:** Erupción cutánea y prurito. **Gastrointestinales:** Diarrea, dispepsia, dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, flatulencia, estreñimiento y sangre oculta en heces. **Sentidos Especiales:** Tinnitus y visión anormal. **Sistémicos:** Edema. **SOBREDOSIFICACIÓN:** No existe un antídoto específico. Se recomienda el lavado gástrico seguido de la administración oral de 60 g de carbón activo diario, en dosis divididas, con terapia adecuada de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **Propiedades farmacodinámicas:** Listran es un nuevo fármaco antiinflamatorio no esteroideo, no-ácido que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas durante los estudios farmacológicos. En ensayos realizados en voluntarios sanos, durante una semana, con dosis repetidas, Listran tuvo escaso efecto sobre la agregación plaquetaria inducida por colágeno y ningún efecto sobre el tiempo de sangrado. **Propiedades farmacocinéticas:** Listran se absorbe bien en el tracto gastrointestinal. Por sí mismo no se puede cuantificar en el plasma, porque después de su absorción sufre una rápida biotransformación a su principal metabolito activo, el ácido 6-metoxi-2-naftilacético (6MNA). Aproximadamente un 35% de una dosis oral de 1.000 mg de nabumetona se convierte en 6MNA y un 50% se transforma en otros metabolitos que se excretan posteriormente en la orina. Más de un 99% de 6MNA está unido a proteínas plasmáticas. La fracción libre normalmente, consiste en un 0,2% a un 0,3% de las concentraciones alcanzadas tras la administración de 1.000 mg de nabumetona y aproximadamente un 0,6%, a un 0,8% de las concentraciones totales en el estado de equilibrio después de la administración diaria de 2.000 mg. **DATOS PRECLÍNICOS:** **SOBRE SEGURIDAD:** **Toxicología general:** Como clase, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos se han asociado con lesiones renales después de su administración a largo plazo, a animales. En ratas se observaron cambios tras la administración de nabumetona. En monos, no se observaron lesiones renales en los estudios de hasta un año de duración, a dosis 10 veces superiores a la dosis humana recomendada. **Genotoxicidad:** Nabumetona y su metabolito activo (6MNA) no resultaron ser genotóxicos en estudios in vitro e in vivo en mamíferos y no mamíferos. **Carcinogénesis:** Durante los ensayos realizados en ratas y ratones durante dos años con nabumetona, no se observó ningún efecto tumoral. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **PERIODO DE VALIDEZ:** No utilizar después de la fecha de caducidad. **PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN:** Almacenar a temperatura ambiente en recipientes bien cerrados. Dispensar en envases resistentes a la luz. **INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN:** Mantener fuera del alcance de los niños. **PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP IVA3:** Listran se presenta en envases de 40 comprimidos recubiertos de 500 mg. PVP IVA3 2.187,- Ptas.

