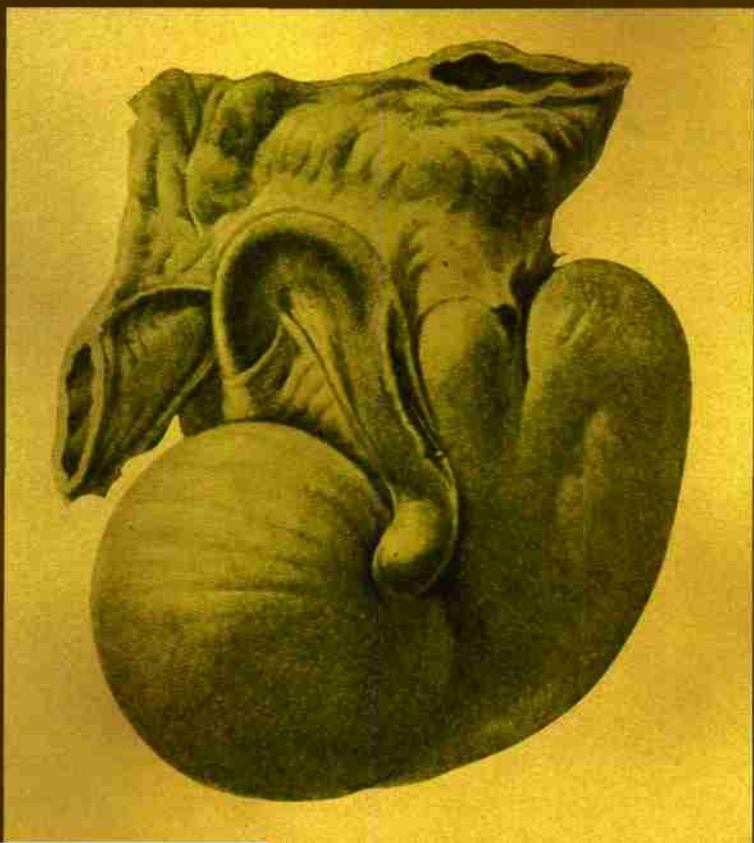


# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA



# Micetal®

Flutrimazol

La solución más eficaz y cómoda para el tratamiento de las micosis superficiales

Altas tasas de curación clínica en la pitiriasis capitis y la dermatitis seborreica

Flutrimazol (DCI): molécula original del Centro de Investigación del Grupo Farmacéutico Uriach

**Descripción:** MICETAL (flutrimazol) es un antifúngico tóxico del tipo imidazólico. Al igual que otros derivados imidazólicos, flutrimazol interfiere la síntesis de ergosterol mediante la inhibición de la actividad del enzima lanosterol 14 $\alpha$ -desmetilasa. Lo que origina cambios en la membrana celular del hongo.

**Composición:** MICETAL Gel: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de gel. Excipientes: Dióxido de silicio (conservante), 0,2 g; polisorbato 20, caprilil-caprilglicolado, cocamidopropilbetaina, acrilato/estearileno-20-metacrilato copolímero, dimetilglicol propil-PG-betaina, hidróxido sódico, perfume y agua purificada.

MICETAL Crema dérmica: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de crema. Excipientes: alcohol benílico, tetraacetato de 100 mg alcohol cetílico, 10 mg nioestearato de glicerilo 40-50%, almidón de nagropilo, toftato dióxido anti-oxidante, fosfato monosódico dihidratado, macrogol-400 y agua purificada c.s.

**Indicaciones terapéuticas:** MICETAL Gel está indicado para el tratamiento tóxico de la pitiriasis capitis (caspa) y dermatitis seborreica. MICETAL Crema dérmica está indicado para el tratamiento tóxico de las micosis superficiales de la piel, tales como la tía en sus variedades de: *inea pedis* (pie de atleta), *inea cruris*, *inea axillaris*, *inea faciei* al barbero y *inea inguinalis*, causadas por *Tychothryton*, *Microporovium* y por el *Epidemiológico/Trichofossium*. En el tratamiento de la candidiasis cutánea producida, principalmente, por levaduras del género *Candida*. También está indicado en el tratamiento de la pitiriasis versicolor.

**Posología y forma de administración:** MICETAL Gel se aplicará 3 veces por semana durante un periodo de 4 semanas, tanto en adultos como en niños a partir de 10 años de edad. El gel debe ser aplicado en cantidad suficiente sobre el cuero cabelludo y áreas afectadas mediante un suave masaje o fricción, dejando actuar de 15 minutos antes de aclarar con agua abundante. Si la mayoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. MICETAL Crema dérmica debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La crema debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes, favoreciendo su penetración a través de un ligero masaje. En lesiones de localización intertriginosa se aplicará una pequeña cantidad de la crema para evitar la irritación de la piel. La duración del tratamiento depende del tipo de lesión o micoparásito infectante y de su localización. No obstante, ya en los primeros días de tratamiento con MICETAL se evidencia un alivio de los síntomas dérmicos. El periodo de tratamiento aconsejable a efectos de disminuir la posibilidad de recidivas es: *inea pedis* (pie de atleta) y micosis interdigitales, 4 semanas; *inea corporis*, 2 a 3 semanas; pitiriasis versicolor, 1 a 2 semanas; y en candidiasis cutáneas superficiales, 2 a 4 semanas. Si la mejora clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. Se recomendará a los pacientes las habituales medidas higiénicas para evitar fuentes de infección o reinfección.

**Contraindicaciones:** MICETAL está contraindicado en sujetos que presenten antecedentes de hipersensibilidad a otros antifúngicos imidazólicos, o a cualquiera de los componentes de la forma farmacéutica en estudio. **Advertencias:** Sólo para uso externo. MICETAL no debe utilizarse por vía oral. No se recomienda su uso en áreas mucosas. Si una reacción dérmica sugiere sensibilización o irritación fuerte por empleo de MICETAL, el tratamiento debe ser discontinuado y se instaurarán las medidas terapéuticas apropiadas. En el caso de MICETAL crema, es necesaria la confirmación diagnóstica por examen directo (KOH) y/o cultivo para el correcto tratamiento de la dermatomycosis. No existen ensayos clínicos en ambas formas realizados con niños menores de 10 años. **Interacciones:** No se han descrito interacciones. **Embarazo y lactancia:** Los estudios en animales han mostrado que no existe evidencia de efectos múltiples o efectos adversos atribuibles a flutrimazol. No existe experiencia clínica en estudios controlados con mujeres embarazadas. MICETAL puede ser utilizado en el primer trimestre del embarazo sólo cuando el tratamiento sea considerado esencial para el bienestar de la paciente. Se desconoce si MICETAL es excretado por la leche materna, por lo que debe utilizarse con precaución durante el periodo de lactancia. **Reacciones adversas:** Durante los ensayos clínicos no hubo incidencia de reacciones adversas tras la utilización de MICETAL gel. No obstante, al igual que en otros preparados antifúngicos imidazólicos no puede descartarse la posible aparición, en algunos casos, de irritación o quemazón local tras las primeras aplicaciones. En el caso de MICETAL crema dérmica, durante los ensayos clínicos las reacciones adversas descritas más frecuentemente fueron: ligera quemazón, irritación, picor y entumecimiento en la zona de aplicación. **Sobreutilización:** Dada la baja concentración de principio activo y su administración por vía tópica, es poco probable la posibilidad de una sobredosificación o intoxicación con MICETAL, por lo que no es previsible que se produzcan situaciones de riesgo vital en el paciente. No obstante, en caso de ingestión accidental de una cantidad apreciable, se instaurará el tratamiento sintomático apropiado. **Incompatibilidades:** No se han descrito incompatibilidades. **Presentación y PVP:** Micetal Gel al 1%. Envase con 100 g. PVP IVA: 1.492. Micetal Crema dérmica al 1%. Tubo de 30 g. PVP IVA: 1.499 Plus. **Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Financiación por la Seguridad Social.





## Pasión ilíaca derecha

# 62

# PERSONAJE MEDICINA & HISTORIA

Los últimos años del siglo XIX significaron un reencuentro de la conciencia social con la problemática de la infancia. Si unas décadas atrás las atenciones y los programas se centraban en la lucha contra el abandono y la orfandad en base a la creación de inclusas, asilos y Casas de Misericordia, la actuación posterior de los médicos higienistas iba a impulsar un cambio de actitud ante la inquietante tasa de mortalidad infantil existente.

El hecho coincidió con la transformación de la pediatría en especialidad definida, y con la aparición de las primeras publicaciones divulgadoras. A la vez, un nuevo conocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades infecciosas, entre ellas la tuberculosis, hizo variar el sentido de una actuación que empezaba a considerar las escuelas como posibles centros de epidemias. Como coadyuvante, pronto la puericultura iba a ser considerada como la acción médica y social necesaria para la defensa de la natalidad, la disminución de la mortalidad y el progreso demográfico de los pueblos.

Madrid y Barcelona, a la vez que Valencia, fueron los puntos desde donde se difundieron las nuevas corrientes a través de reuniones y de publicaciones. En el Congreso médico de Sevilla de 1882 se había tratado de las causas de la excesiva mortalidad de la primera infancia en las grandes ciudades mientras que a renglón seguido, Manuel Tolosa Latour (1857-1919), destacado publicista de temas pediátricos a la vez que impulsor de instituciones asistenciales infantiles, editaba en Madrid *La madre y el niño*, una de las primeras revistas de la especialidad que significó una

importante toma de conciencia ante la problemática general.

En el Congreso Internacional de Protección a la Infancia reunido en Amberes en 1890, Tolosa Latour propuso un estudio sobre los niños que debían someterse a la tutela de la Administración en base a su seguimiento científico, antropológico y médico-psicológico. Años después, ante la Sociedad Española de Higiene presentó sus siete puntos básicos para la discusión de la futura Ley de Protección a la Infancia, aprobada por las Cortes de 1904. En ella el Estado asumía como obligación la vigilancia de la salud del niño, cuando una creciente preocupación social veía superar la cifra del 200 por mil en la tasa de mortalidad infantil.

Iniciado en España el tratamiento sanatorial de la tuberculosis según las directrices de la época, en 1908 Tolosa Latour creó en Chipiona el primer sanatorio marítimo infantil de iniciativa privada a la vez que, junto a Ulecia y Cardona, ejercía la especialidad en el Hospital del Niño Jesús de Madrid.

A nivel administrativo fue secretario general del Consejo Superior de Protección a la Infancia organizando, en 1914, una Asamblea nacional.





Manuel Tolosa Latour



---

# Pasión ilíaca derecha

# 62

Jaime Brotóns Barcón

XXVI Premio Uriach de Historia de la Medicina

---

# Pasión ilíaca derecha

Hace unos 460 millones de años nuestros precursores comenzaron la diferenciación del tubo digestivo. No mucho después, en el cuarto momento estelar, el «cocoon angustius» se especializó en la digestión de la celulosa. No era un avance positivo, y lo que ningún antropomorfo podía prever es que esa recóndita estructura con aspecto de gusano iba a suponer durante milenios una plaga equiparable pero crítica a las epidemias que nos han invadido. Lo cierto es que la temible «cola de rata» azotó a la humanidad mientras ésta caminaba gradual y penosamente por los avatares de la cultura y la ciencia. No fue hasta un siglo después de la Revolución Industrial cuando el antiguo asesino, encubierto con apodosos desorientadores, fue descubierto y discutido. La polémica aún perdurará unas décadas hasta su estabilización, y hoy podemos afirmar con serena certidumbre que una de cada quince personas padecerá apendicitis en algún momento durante su vida.

## De la apendicitis histórica...

Ya en Asuán encontramos momias de 3000 años antes de nuestra era con peritonitis encapsuladas del lado derecho<sup>1</sup>, y aunque no hay dudas de que Hipócrates (450 aC) conociera el abdomen agudo en períodos de fleo<sup>2</sup>, procedentes con certeza algunos de ellos de cuadros apendiculares perforativos, no parece que detectara el proceso antes de la fase que durante tantos años llevaría el triste nombre de «cólico miserere». Nuestra primera víctima filada es Herodes Agripa<sup>3</sup>, quien se vio afectado por fuertes

dolores abdominales en Cesarea, con motivo de unos juegos festivos en honor del emperador, falleciendo a los cinco días según nos relata Flavio Josefo en sus *Antigüedades*<sup>4</sup>. Era el año 44 aC y una modificación de la exageración de los hechos, cuando comentan que «se convirtió, vivo aún, en pasto de gusanos»<sup>5</sup> hubiera resultado más idónea de haberse expresado en singular.

Los mayas del período precolumbino poseían una palabra para indicar un dolor abdominal pulsátil (*tiptec*) que evoca la apendicitis y es claramente distinguible del cólico renal<sup>6</sup>. Dos personajes de la Europa renacentista despiertan nuestro interés por motivos cuyas consecuencias rayan el dramatismo antagónico. Nicolás Maquiavelo falleció el 22 de junio de 1527 en Florencia, «de pena» según la clásica versión de sus biógrafos, tras la caída de los Médicis. Su hijo Pedro, al narrar a un pariente el tránsito paterno, nos describe que padeció «dolores de vientre ocasionados por un medicamento tomado dos días antes». Conocemos la composición de dichas píldoras por una carta dirigida a Guicciardini: «Alopatico dracmas 1 y 1/2. Carmen Deos dracmas 1. Zafferano dracmas 1/2. Mirra eletta dracmas 1/2. Bretonica dracmas 1/2. Pimpinella dracmas 1/2. Bolo Arménico dracmas 1/2»<sup>7</sup>. Su uso habitual e indiscriminado provocó una crisis apendicular -mortífera en esta ocasión- al secretario florentino, afecto de escolecoiditis y ulcus crónicos. El gran escolar Erasmo describía en 1530 a un amigo un padecimiento que desembocó en «una inflamación dura, en el lado

derecho del abdomen»<sup>8</sup>. ¿Absceso apendicular? Afortunadamente no corrió la misma suerte que el autor de *El Príncipe*.

Salvo ciertos avances anatómicos y una discutida observación de Fernel debemos casi remontar el Barroco para ubicarnos en la Ilustración; salto que nos lleva...

## A la historia de la apendicitis

Claudius Amyand no sólo había buscado refugio en Inglaterra por su condición de hugonote, sino que había fundado el hospital de San Jorge en Londres, posiblemente por haber atendido a los dos primeros reyes anglicanos de dicho nombre en calidad de sargento-cirujano. Fue el 8 de octubre de 1735 cuando conoció en Hyde Park a un muchacho de 11 años, Hanvil Handerson, que padecía herniación inguino-escrotal desde la infancia. Decidió intervenirlo en diciembre de ese mismo año al precipitar una estrangulación coincidente con fistula cecal<sup>9</sup>. Su sorpresa no radicó sólo en la resistencia séptica del joven al dolor sin anestesia, que soportó con «gran coraje» (en palabras del propio Amyand)<sup>10</sup>, sino el encontrarse dentro de la herniación un apéndice perforado por un alfiler que extirpó con preferencia. Aquí tenemos la primera intervención -no intencionada- de una apendicectomía con éxito. La poco divulgada intervención duró treinta minutos y se ha reivindicado recientemente que mantenga el epónimo de su autor para futuras historias de la





# LiStran

1er AINE  
No Ácido

nabumetona

1g dispersable



Las articulaciones  
conocen su eficacia

La mucosa gástrica  
su seguridad

**DESCRIPCIÓN:** LiStran (nabumetona) es el primer representante de una nueva familia de analgésicos antiinflamatorios, los No Ácidos. Esto diferencia a los AINEs existentes hacia la fecha, contra LiStran una característica farmacológica/farmacodinámica que hacen de él un fármaco revolucionario dentro de los AINEs, el conjunto potencia antiinflamatoria con mínimos riesgos de efectos secundarios. **INDICACIONES:** LiStran está indicado en Osteoartritis y Artritis Reumatoide que requieren tratamiento analgésico y antiinflamatorio. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido recubierto de LiStran 500 mg contiene Nabumetona (D.C.I.) 500 mg. Cada comprimido dispersable de LiStran 1 g contiene Nabumetona (D.C.I.) 1 g. **POSICIÓN Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Adultos: La dosis habitual es de 1 g al día administrado por vía oral, en una única toma, con o sin alimentos, preferentemente por la noche. En pacientes con síntomas agudos o persistentes la dosis puede aumentarse hasta 1.500 mg o 2.000 mg por día como dosis única o en dosis fraccionadas. Niños: No hay datos clínicos para recomendar el uso de LiStran en niños. **DOSEIFICACION 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. Obstrucción hepática grave (cirrosis). **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** Se ha comunicado la aparición infrecuente de óleas gastrointestinales sintomáticas, hemorragia interna o perforación. Aunque la frecuencia es menor que la óleas 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 m<sup>2</sup>). En pacientes con procesos inflamatorios crónicos, pueden aparecer anomalías en la función hepática. (Fluctuación en la bilirrubina alcalina). No se ha comprobado que LiStran afecte estos cambios en caso de que se observen síntomas visuales que indiquen una disfunción hepática o resultados anómalos de las pruebas hepáticas, debe cambiarse 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 la sangre de unión. La administración simultánea de un antiácido conteniendo aluminio, leche o alimentos, no afecta de manera importante a la biodisponibilidad del metabolito activo de LiStran. Dos ensayos clínicos farmacocinéticos demostraron que no se produce una interacción significativa in vivo entre nabumetona y LiStran. No obstante, deberá tenerse cuidado cuando se usen LiStran conjuntamente. La administración simultánea de paracetamol, aspirina o codeína no afecta a la biodisponibilidad del principal metabolito. No se han realizado estudios de interacción entre LiStran y glucósidos cardíacos, litio o metformina; por tanto, se recomienda precaución en la administración simultánea de estos. **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 la madre justifique el riesgo potencial para el lactante. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Existe un riesgo de que aparezcan vertigos 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, vertigo, fatiga, somnolencia e insomnio. Dermatología: Erupción cutánea y prurito. Gastrointestinal: Diarrea, dispepsia, dolor abdominal, náuseas, sequedad de boca, flatulencia, estreñimiento y sangre oculta en heces. **Sentidos Especiales:** Tinnitus y visión anómala. **Sistema:** Edema. **SOBREDOSIFICACION:** 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 antipépticas 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 rigida biotransformación a su principal metabolito activo, el ácido 6-metil-2-nalidino (6MAN). Aproximadamente el 35% de una dosis oral de 1.000 mg de nabumetona se convierte en 6MAN y el 50% se transforma en otros metabolitos que se excretan predominantemente en la orina. Más de un 99% de 6MAN 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 monjes, 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 (6MAN) no resultaron ser genotóxicos en estudios in vitro e in vivo en bacterias y no mamíferos. **Carcinogénesis:** Durante los ensayos realizados en ratas y conejos durante dos años con nabumetona, no se observó ningún efecto tumorigénico. **EFECTOS ADVERSOS:** No se han descrito. **PERIODO DE VALIDEZ:** No utilizar después de la fecha de caducidad. **PRECAUCIONES ESPECIALES CONSERVACION:** Almacenar a temperatura ambiente, no expuesto a luz. Ver condiciones de almacenar en envases múltiples a la vez. **INSTRUCCIONES DE USO-MANIPULACION:** Mantener fuera del alcance de los niños. **PRESENTACION Y PRECIO PVP IVA:** LiStran 500 mg, envase de 40 comprimidos recubiertos PVP IVA 2.209,- Ptas. LiStran 1 g, envase de 20 comprimidos dispersables PVP IVA 2.209,- Ptas. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. **Intensidad por la Seguridad Social. COSTE TRATAMIENTO/DIA:** 109 ptas.

LiStran® 500mg comprimidos recubiertos está fabricado por Sandoz Farmacia Española S.A. (España). LiStran® 1g comprimidos dispersables está fabricado por Sandoz Farmacia Española S.A. (España). LiStran® 1g comprimidos dispersables está fabricado por Sandoz Farmacia Española S.A. (España). LiStran® 1g comprimidos dispersables está fabricado por Sandoz Farmacia Española S.A. (España).



L. LIRACH & CIA., S.A.  
Dep. Bah. 59  
08024 Barcelona

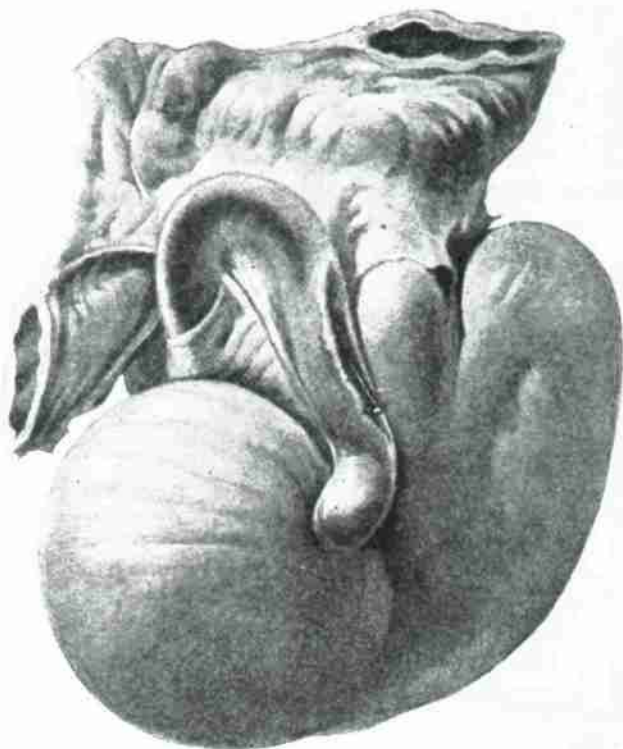
El AINE eficaz que respeta  
la mucosa gástrica







*Apéndice perforado por un alfiler, como el caso de Amvond (Cieza 1998b, Museo del Hospital de San Tomás)*



- (1) LÄWEN A., BURCKHARDT H. *Cirugía del apéndice vermiforme*. En: *Tratado de Patología Quirúrgica* de M. KIRSCHNER y O. NORDMANN. O. Tomo VII. Barcelona: Labor, 1947. p.: 9.
- (2) De MOULIN, D. «Historical notes on appendicitis». *Arch. Clin. Neerl.* 1975; 27:97.
- (3) MERRINS, E. «The death of Antiochus IV, Herod the Great, and Herod Agrippa I». *Biblioteca Sacra*, 1904 (61): 361 ss. Citado por VIDAL MANZANARES, C. *El Documento Q*. Barcelona, Planeta, 1993. p.: 35.
- (4) SCHÜRER, E. *Historia del pueblo judío en tiempos de Jesús*. Tomo I. Madrid, Cristianidad, 1985. p.: 82.
- (5) *Hechos de los Apóstoles*. 12:23
- (6) GUERRA, E. *La medicina en la América precolombina*. En: LAIN ENTRALGO, P. (dir). *Historia Universal de la medicina* [en adelante citada como HUM]. Barcelona, Salvat, 1972. p.: 309.
- (7) ORLANDI, E. *Maquiavello*. Madrid, Prensa Española, 1971. p.: 32.
- (8) SEAL, A. «Appendicitis: a historical review». *Can. J. Surg.*, 1981; 24:428.
- (9) BALOGH, J. «Appendicetoma». *Londouan, 1735-ben. Ovar. heil.*, 1991, 132 (22): 1208.
- (10) CAMPAIGNE, R.J. «An Odyssey to the appendix: A centennial». *Mini Med.*, 1987; 70 (6): 353.

cirugía<sup>12</sup>. Su caso no vería la luz hasta octubre del año siguiente.

Dos décadas más tarde (1759) Mestivier relata una perforación mortal en un hombre de cuarenta y cinco años tras un drenaje quirúrgico. John Hunter describe en 1767 un apéndice gangrenoso encontrado al efectuar la autopsia al coronel Dalrymple<sup>13</sup>. Desafortunadamente ninguno de ellos sintió curiosidad por el hecho, y Hunter acabó sus días víctima de su inquietud autoexperimental.

La época romántica comienza con atrevimiento la andadura de nuestra historia. Recuperada Francia de la Revolución que marca el comienzo de la edad contemporánea, Jadelot publica un trabajo sobre inflamación apendicular al tiempo que Napoleón comienza la invasión española (1808). Cuatro años más tarde, al otro lado del canal de La Mancha, un discípulo de Hunter y destacado agitador político (lo que le obligaba con frecuencia a rubricar con seudónimos), James Parkinson, contribuye con la primera descripción en inglés de una *escolocoiditis perforada* mortal. Este trabajo, publicado el 21 de enero de 1812, y reproducido por Myer Goldman, apenas ocupa una extensión de treinta líneas<sup>14</sup>. Parkinson, cuyo nombre va ligado a la historia por la parálisis agitante, no efectúa comentario alguno sobre su observación, si bien hay que reconocer que establece como primicia la conexión entre la inflamación apendicular y la peritoneal.

Cuando en 1824 Louyer-Villermay comunica dos casos letales y gangrenados a la Real Academia de Medicina parisiense, el interés de los médicos se ve estimulado. Ambas observaciones fueron reimprimas e incrementadas por François-Mélier tres años más tarde, indicando el posible beneficio de una extirpación precoz<sup>15</sup>.

El porqué se hizo caso omiso de tan agudas observaciones y se frenó durante más de medio siglo un avance que habría supuesto evitar obitos y sufrimientos innecesarios con inmediata respuesta a varias causas.

En primer lugar existía una laguna terminológica, cuando no



etiológica. Aunque bien descrito, el apéndice vermiforme no se separó totalmente del ciego («cecum») hasta la publicación de la magna obra de Soemmerring, cuyo último volumen apareció a comienzos del siglo XIX<sup>16</sup>. La palabra «appendix» se aplicaba originalmente a la epifisis ósea, cuestión que hizo necesaria la utilización del vocable «processus» para diferenciarlos. Todo giraba en torno al ciego («tíflos»), siendo así que los alemanes Puchel, Albers y Goldbeck se sintieron felices al bautizar las infecciones del bajo vientre con los nombres de tiflitis, peritífitis y paratífitis. Esto ocurría en el primer tercio del pasado siglo. La mayor influencia entre todos ellos la produciría, sin duda, el trabajo de G. Goldbeck en su tesis doctoral de 1830 en Heidelberg<sup>17</sup>, con el que la voz «peritífitis» alcanzará una hegemonía de uso que no podrá erradicarse hasta los decisivos trabajos de los médicos norteamericanos a finales del siglo.

*Broussais, centrógrafos de la base de la pantofla en la gastroenteritis, la cual a su vez, volvería a recuperar su auge cuando la apendicitis se vulgarizara. Composición de Broussais y rotaciones de sus amados tiradillos*

(11) HATT, J.R.; HATT, N. «Amymon's hernia». *N. England J. Med.*, 1988, 26: 318 (23): 1402.

(12) WILLIAMS, G.R. «Presidential Address: A history of appendicitis, with anecdotes illustrating its importance». *Ann Surg.*, 1983; 197 (5): 496.

(13) GOLDMAN, M. «Appendicitis: a historical survey». *Hosp. Med.*, 1966: 1142.

(14) SHEPHERD, J.A. «Acute appendicitis: a historical survey». *Lancet*, 1984; 2: 299.

(15) BARCIA GOYANES J.J. *Onomatología Anatómica Nueva*, Tomo I, Valencia, Universidad, 1978, 160.

(16) ELLIS H. «The 100th birthday of appendicitis». *Br. Med J. Clin. Res.*, Ed. 1986; 203 (6562): 1617.

*El influyente dogmatismo del barón Dupuytren -pese a su desasosimo por la anatomía patológica- impulsó en cierta medida que los cirujanos franceses marcaran el compás de sus hallazgos.*



En medio de estas discusiones académicas perdió la vida el 20 de junio de 1830 el atrevido cirujano Ephraim McDowell. Diagnóstico: peritonitis por apendicitis con perforación<sup>17</sup>. Tenía 58 años y su salud había sido hasta entonces excelente. No puede, por menos, que infundir lástima que aquel hombre quien tacharon de «carnicero» y extirpó un tumor ovárico con buen resultado en la Navidad de 1809, mientras sus conciudadanos de Kentucky esperaban el resultado con una soga colgando de un árbol<sup>18</sup>, falleciera por la impericia de otros colegas menos decididos.

Ésta es precisamente la segunda causa obviamente negativa: el «noli me tangere» de los

operadores, máxima justificada y legítima de respeto al abdomen en una época que aún desconocía la asepsia y la antisepsia.

La tercera causa derivaba no sólo del clásico tratamiento conservador -a veces rayando el nihilismo skodiano- sino de un exaltado «vampirismo» que encuentra su máximo exponente en el clínico francés F. J. Victor Broussais. Sirvan de ejemplo los cuarenta y un millones de sanguijuelas importadas por Francia en 1833 para responder a las demandas de los médicos que habían adoptado sus doctrinas<sup>19</sup>.

La cuarta causa es también biográfica: Guillaume Dupuytren,

cuya fuerte personalidad y divulgadísima reputación hicieron la mayor de las sombras a la luz de los trabajos de sus compatriotas. Hijo de un modesto abogado, se benefició de la posibilidad de estudiar merced a las reformas sociales establecidas por la Convención de 1794.

(17) BERNHARD, C.M. «Dr. Ephraim McDowell: father of abdominal surgery». *Am. Surg.*, 1980; 46:3.

(18) BRIEGER, G.H. «Aspectos históricos de importancia sobre el origen y desarrollo de la ciencia quirúrgica moderna». En: SABINSON, D.C. *Tratado de Patología Quirúrgica*. Madrid, 1980; p. 14.

(19) RULLIERE, R. *Histoire de la médecine*. Paris, Masson, 1981; p. 165.



# Pasión ilíaca derecha

Sus *Lecciones* insisten en que el ciego es el origen indiscutible de los «flemones ilíacos», relegando cualquier otra opinión al último plano. Sus estudiantes norteamericanos describen el temor que causaba entre sus pacientes<sup>26</sup> en contraste con la admiración que producía en ellos. Se ha hablado de cierta enemistad personal entre Méliér y Dupuytren, pero más bien cabe pensar que la amplia cobertura profesional de este último y un arraigado orgullo le apartaron de la verdadera pasión ilíaca derecha.

En 1836 —un año después del fallecimiento de Dupuytren— escribía Marjolin, en otro tiempo ayudante suyo, que «la cirugía ha llegado hasta el punto de no tener ya nada que adquirir»<sup>27</sup>. Tan erróneo criterio se verá compensado ese mismo año por una interesante disertación anatomopatológica debida a Frederiek Merling<sup>28</sup> y el intento de James Copland de diferenciar en su célebre *Diccionario de Medicina Práctica* las enfermedades cecoapendiculares<sup>29</sup>. En 1837 John Burne, del Westminster Hospital, vuelve a insistir en la importancia de las concreciones en la patología apendicular, pero bajo los auspicios de los tratados de la época recomendando sangrías y evacuar los abscesos. Mayor vertía la sorpresa de Richard Bright y Thomas Addison —los dos grandes del Guy's— por la pésima acogida que tuvieron sus exposiciones dos años más tarde. Mejor resultado obtuvo el trabajo de Agustín Grisollet recomendando la incisión y el drenaje antes de que aparecieran las fluctuaciones. Voltz publica en 1843 un análisis de todo lo editado hasta ese año sin conseguir unificar criterios; al tiempo que el neoyorquino Willard

Parker efectúa un drenaje salvador.

Arranca el Positivismo en 1848 con una interesante intervención efectuada por el cirujano y anatomista inglés del Charing Cross, Henry Hancock, el primer éxito quirúrgico por peritonitis apendicular. La fortuna recayó sobre un paciente cuyo apéndice se había roto doce días antes y el absceso era perceptible a simple vista. Tras un largo postoperatorio de cinco semanas pudo recobrase<sup>30</sup>.

La reflexión domina a la sinrazón; así, mientras Rokintansky, que ya seguía a Dupuytren en su *Tratado de Anatomía Patológica* (1843) en la teoría de la tífis, se refiere en un trabajo de 1865 a la inflamación del ciego producida por coprolitos y cuerpos extraños alojados en el interior del apéndice<sup>31</sup>.

Retorna la pasión ilíaca con With, que en un trabajo publicado en 1879 encuentra 110 apéndices enfermos sobre un total de 300 autopsias<sup>32</sup>. Exagerando sin duda, With consiguió elevar la importancia del apéndice como factor etiológico de las tífis. El término prevalecerá aún para Robert Lawson Tait, ayudante de J. Y. Simpson y antilisteriano como su maestro, que pese a todo diagnosticó y operó en Birmingham «el primero entre los británicos» exitosamente la apendicitis aguda. El hecho ocurrió en septiembre de 1880 y la joven de 17 años se recuperó satisfactoriamente. No se informó de esta operación hasta 1890, para cuando Tait había abandonado la apendicectomía por considerarla inútil y peligrosa<sup>33</sup>.

1882 nos lleva de nuevo a Francia por dos motivos: los interesantes

estudios de Charles Talamón sobre el órgano esolecicoide y la tragedia de un político francés. Léo Michel Gambetta había demostrado tener una visión clara del porvenir tras la fácil victoria de Inglaterra en Egipto. En 1881 había salido ileso de un atentado, encontrándose en el mejor de sus momentos cuando un accidente de revolver le produjo una herida en el antebrazo. La mayoría de los textos consideran ésta la causa de su muerte, pero la realidad es bien distinta. En la cabecera del ilustre enfermo se encontraban las eminencias médicas galas del momento: Jean Martin Charcot, Ulysse Trélat, Aristide A. Verneuil, Siredey y Lannelongue. La situación del estadista no podía ser peor: un tremendo absceso ocupaba su flanco derecho. Calomelanos, quinina, sulfato de magnesio, lavativas y cataplasmas formaron parte de las inútiles tentativas por salvar su vida<sup>34</sup>. Falleció el 31 de diciembre de 1882. André Victor Cornil llevó a cabo la autopsia, en el curso de la cual encontró un apéndice retrocecal doblemente perforado<sup>35</sup>. De entre todos los facultativos, únicamente Odilon March Lannelongue tuvo un ojo clínico sagaz para el diagnóstico y había hecho preparar un utillaje completo para sostayar cualquier eventualidad de urgencia. Incompreiblemente perdió la confianza de que gozaba hasta entonces entre sus colegas: era el precio que debía pagar por haber tenido razón.

Cinco meses después, en Canadá, Abraham Groves —descendiente de irlandeses emigrados— efectúa una apendicectomía a un muchacho de doce años el 10 de mayo de 1883. Es la primera intervención para extirpar el órgano cuando la







# DISDOLEN CODEINA

Fosfosal + Codeína 30 mg

## reducción precoz de la percepción del dolor



**Composición:** Cada sobre monodosis contiene: Fosfosal (DCI), 1.200 mg; Codeína, fosfato (hemihidrato), 30 mg; Excipientes c.s.: incluyendo Ciclamato sódico 90 mg; Sacarina sódica 9 mg; Sacarosa 450 mg. **Indicaciones:** Analgésico-antiflogístico, especialmente indicado para el tratamiento de dolores propios de enfermedades agudas de intensidad leve, moderada y moderada a severa, al conjuntar las excelentes cualidades del Fosfosal, analgésico-antiflogístico de óptima tolerancia peritral y digestiva, sin efecto sobre la hemostasia sanguínea, con el efecto sinérgico de la Codeína, analgésico no narcótico de acción central que potencia el efecto de éste, obteniéndose una rápida y eficaz analgesia. DISDOLEN CODEINA está indicado en el tratamiento sintomático de:

- Dolores musculoesqueléticos: dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguincaes, luxaciones.
  - Dolores articulares: artritis reumatoidea, osteoartritis.
  - Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas.
  - Odontología, Dolores menstruales.
  - Cefaleas y migrañas, Neuralgias, Mialgias.
  - Estados gripales y febriles.
- Dosificación:** • Adultos: 1-4 sobres/día, con un intervalo de dosificación aconsejado de 4-6 horas. El máximo de sobres por toma es de 2. • Debido a su tolerancia gástrica DISDOLEN CODEINA puede administrarse sin ingestión previa de alimentos, entre las comidas, etc. • El contenido del sobre se disuelve con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Advertencia:** Este medicamento contiene 490 mg de sacarosa, hecho que deberá ser tenido en cuenta por los pacientes diabéticos. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos y/o a la codeína. Pacientes con depresión respiratoria grave.

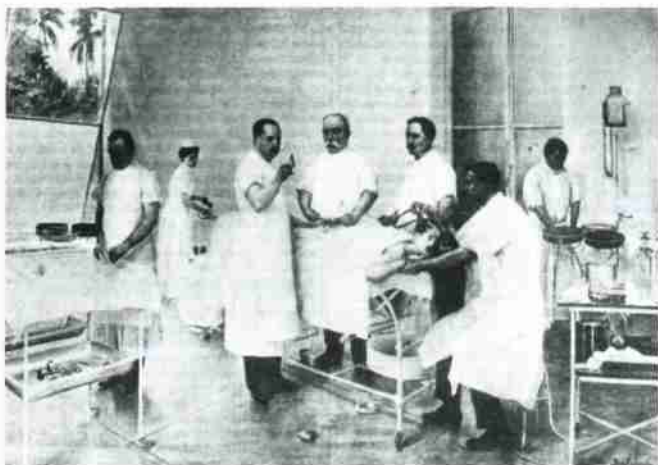
Pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria grave. **Precauciones:** Pacientes con antecedentes de crisis asmáticas consecutivas a la ingesta de salicilatos o antiinflamatorios no esteroideos. Pacientes con insuficiencia hepática y/o renal. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencias de efectos teratogénicos, no es aconsejable la utilización de DISDOLEN CODEINA durante el embarazo. La Codeína se excreta en la leche materna en dosis muy pequeñas. Se desconoce si el Fosfosal se excreta en la leche materna. No se aconseja el uso de DISDOLEN CODEINA durante la lactancia materna. **Interacciones:** Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El Fosfosal puede potenciar la acción de los hipoglicemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. La Codeína puede potenciar los efectos de otros opiáceos, anestésicos generales, tranquilizantes, sedantes e hipnóticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central. **Efectos secundarios:** Fosfosal: no se conocen a las dosis terapéuticas habituales. Codeína: se han descrito casos de estreñimiento, náuseas y somnolencia. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo se produciría por ingestión de dosis muy elevadas, debido al elevado coeficiente terapéutico de los principios activos, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiocirculatorio, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionales diarreas. El tratamiento es sintomático. 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. **Presentación:** Envase de 30 sobres, PVP IVA3 1.576.— Ptas.



enfermedad había sido previamente diagnosticada. Groves mantenía que en la mayoría de las operaciones se necesitaban pocos instrumentos, habiendo llegado a extraer en una ocasión un apéndice utilizando sólo agujas de Hagerdon<sup>31</sup>. Dos años más tarde ya utilizaba guantes de hule, anticipándose -en contra de lo comúnmente creído- a Halsted<sup>32</sup>. Groves tenía la costumbre de irrigar el abdomen con galones de agua hervida tras cada laparotomía. Limpio por naturaleza, permanecía siempre meticulosamente vestido. Era como el extraño y exitoso veterinario de Yorkshire del siglo anterior, quien cuando llegaba a una hacienda mandaba a todo el mundo fuera y se quedaba sólo en la cocina para formular algún conjuro. En su lecho de muerte le preguntaron qué hacía cuando se quedaba sólo, y confesó: «hiero mis utensilios».

En 1884 el vienés Mickulicz efectúa idéntica intervención, pero su paciente fallece. Un año después (1885), German Krönlein, de Zurich, animado por sus sugerencias efectúa la operación con éxito. Este evento contribuyó de manera notable a propagar las ideas de Mickulicz.

Indiscutiblemente el principal portavoz del nuevo tratamiento en el período listeriano es Reginald Heber Fitz. Su *Memoria*, leída ante la Asociación de Médicos Americanos el 18 de junio de 1886, recoge una estadística necrósica de 257 casos de abscesos o apéndices inflamados, de los cuales 209 habían sido etiquetados previamente como «tiflitis»<sup>32</sup>. Fitz no era cirujano, sino un anatomopatólogo que impartía clases en la Universidad de



Harvard. Sus claros argumentos de la intervención temprana hicieron mella como hasta entonces nadie lo había conseguido.

Al año siguiente (1887) acuñó el término «apendicitis» para la posterioridad. Se ha criticado que aunara en esta voz una raíz latina con un sufijo griego, pero ninguno de sus detractores ha llamado la atención sobre el importante hecho de que de haber utilizado el léxico en boga de los germanos, habría propuesto el vocablo «epitiflitis», cuestión que habría empañado de modo deplorable los logros alcanzados hasta entonces.

Pero 1887 conllevaría algo más que una perdurable nomenclatura: el 27 de abril, George Thomas Morton, de Filadelfia, interviene una apendicitis previamente diagnosticada. Él mismo había perdido un hermano y un hijo por esta afección. Y en diciembre, Edward Cutler, del Hospital General de Massachusetts, interviene a un jefe de estación por apendicitis. Unos días antes había operado a su propio patrón, el doctor Alfred Worcester, de un absceso de la fosa ilíaca.

Es comprensible que los éxitos de Morton y Fitz influyeran

inmediata y primordialmente en el continente americano.

Menos conocida es la publicación de la historia clínica de dos casos fatales de eufaditis por William Lomax en 1887 en las *Transacciones* del Estado de Indiana<sup>33</sup>.

La cirugía del apéndice en Hispanoamérica precede con amplio margen a la española. El colombiano José Tomás Henao Jaramillo ostenta entre sus logros quirúrgicos una apendicectomía realizada en fechas tan tempranas como 1888 en Caldas (Manizales)<sup>34</sup>. Es importante

*Diez del primer español Mateo Balboa: «Una operación de apendicitis». Fue realizada en La Habana para la clínica Covadonga por encargo de unos médicos americanos a los que convocó en Luis Paloma».*

# Pasión ilíaca derecha

resultar el hecho de la influencia francogermana en los pioneros centro y sudamericanos, que habitualmente finalizaban sus estudios en las capitales europeas.

En 1889 Charles Heber McBurney describe el punto de máxima sensibilidad que hoy lleva su nombre. El 21 de marzo de ese mismo año, John Benjamin Murphy -de Chicago- realiza con éxito una extirpación del apéndice, según sus propias manifestaciones retrospectivas<sup>19</sup>. Murphy destacó asimismo como ortopeda innovador, y no debe olvidarse su identificación en Illinois de los «secuencia» -que ya es clásica- de los síntomas de la apendicitis<sup>20</sup>.

En 1890 A. A. Troyanov realiza la primera apendicectomía rusa en el hospital de Obujov<sup>21</sup>, posiblemente en fecha anterior a una intervención similar de César Roux en Lausana. Este mismo año Hermann Kümmel dejaba oír su voz en uno de los Congresos de la Sociedad de Cirugía Alemana estableciendo que para acabar con la fútilis recidivante no había más camino que extirpar el proceso vermiforme. Kümmel propugnaba la intervención en frío, postura que adoptaría Sprengel tres décadas más tarde (1906).

En Italia, ya en 1891, Francesco Colzi, por entonces profesor de cirugía en Florencia, se mostraba partidario de la intervención temprana en la apendicitis.

Nuevamente en Colombia, Francisco y Ramón Arango, realizan apendicectomías en 1892. Ambos habían estudiado en París.

En 1894 McBurney propone una nueva incisión (alternante) para la apendicectomía. La presentación

de Lewis McArthur de la misma técnica ante la Sociedad Médica de Chicago en junio de 1894 fue para su desdicha retrasada y puesta detrás de la de McBurney, que apareció impresa en julio el citado año; McBurney concedió prioridad a McArthur públicamente y en una carta, pero el uso del término «incisión de McBurney» ha prevalecido. Debemos constatar, en cualquier caso, que el propio McBurney aclara en su artículo que la primera de sus cuatro experiencias la había efectuado en el Hospital Roosevelt el 18 de diciembre del año anterior<sup>22</sup>.

Pero ¿qué se hacía tras extraer el apéndice? En 1895, Robert M. Dawbarn describe once métodos para tratar el muñón apendicular. Su técnica preferida nunca dejaba el muñón más largo de media pulgada, invaginándolo desatado<sup>23</sup>. Más adelante podremos comprobar que ningún procedimiento ha demostrado todavía ser perfecto.

En 1896, el agraviado McArthur se vería recompensado con la dedicación de una pieza musical dedicada a la apendicitis, por Félix Mendelssohn-Bartholdy, discípulo de músicos ilustres, a quien había intervenido el 8 de mayo<sup>24</sup>.

Ni siquiera Albert Christian Theodor Billroth, el padre de la cirugía gastrointestinal, había obtenido semejante gratificación de su íntimo amigo Johannes Brahms.

En 1896 «le beau» Georges Dieulafoy describe el signo de la defensa muscular, que junto con la hipersensibilidad dérmica y el punto de McBurney constituirán la famosa «triada» semiótica.


En 1897 Harvey Cushing, entonces residente de cirujía (tenía 28 años), se autodiagnosticó la afección y -no sin dificultades- persuadió al célebre cirujano de Baltimore, William Stewart Halsted, para que lo operara. La recuperación sobrevino muy accidentada. Cushing había redactado (incluyendo un dibujo que recuerda a Dureró señalando a punta de dedo el lugar del dolor) su propia historia clínica al hacerse el ingreso.

Miguel R. Ruiz, de Caracas, uno de los fundadores del Hospital Vargas -que dirigió desde su apertura- realiza ese mismo año una de las primeras apendicectomías venezolanas. En Cuba, la cirugía antiséptica aparece tras la Guerra de los Diez Años, circunstancia que permitió al jamaicano Enrique Fortún André realizar con éxito dos apendicectomías en 1899, sobre un total de tres intervenciones.

Ello no nos debe llevar a pensar que en 1900 ya estaban los cánones universalizados. Todavía en 1901 recomendaba Albert J. Ochawer el tratamiento antiflogístico mediante la aplicación local de hielo en la fase aguda<sup>25</sup>. Ese mismo año, Georg Kelling, cirujano de Dresden, presenta en Alemania la posibilidad de inspeccionar las vísceras a través de un cistoscopio fino introducido en la cavidad abdominal, previa distensión por pneumoperitoneo<sup>26</sup>. Traemos a colación este hecho por la gran trascendencia que va a tener para el futuro tratamiento de la afección en estudio.

El verano de 1902 se presentaba feliz y colmado de ilusiones para el príncipe Edward de Inglaterra.

DEDICATED TO DALE L. MARTHA.



# THE APPENDICITIS TWO STEP

BY  
FELIX MENDELSON

PUBLISHED BY  
NATIONAL MUSIC CO.  
CHICAGO, ILLINOIS

(24) SINGER, C.; UNDERWOOD, E. A. *Breve Historia de la Medicina*. Madrid, Guadarrama, 1966; p. 350.

(25) CARRERAS ROCA M. «Historia médica de la infección apendicular» *Minuta Menarín*, 1988; 159:24.

(26) HERTZLER, A. E. *El Perianeo*. Tomo II. Madrid, Calpe, 1922; p. 136.

(27) COOPER, M. J. «Appendicitis in Bristol -100 years ago». *Bristol Med Chir J*, 1986, 101 (6): 127.

(28) GODQUIN, B. «Le centenaire de l'appendicéctomie (1887-1987)». *Chirurgie*, 1987, 113: 338.

(29) BRÉHANT, J. «Le centenaire de l'appendicéctomie. A propos de la communication de B. Godquin». *Chirurgie*, 1987, 113 (7-8): 753.

(30) HARRIS, C. W. «Abraham Groves of Fergus: the first elective appendectomy?» *Can J. Surg.*, 1963; 4: 407.

(31) SANDERS, P. «Abraham Groves». *Surg Gynecol Obstet*, 1987; 164(2): 179.

(32) BREATHNACH, C. S. «Biographical sketches: Fitz». *Jr Med J*, 1986; 79 (5): 137.

(33) BONSETT, C. «Medical museum notes». *Indiana Med*, 1988; 81: 490.

(34) GUERRA, F. *Historia de la Medicina*. Tomo II. Madrid, Norma, 1989; p. 1024.

(35) MURPHY, J. B. *Cirugía del apéndice vermiforme*. En: KEEN, W. W. *Cirugía*. Tomo IV. Barcelona, Salvat, 1917; p. 738.

(36) SIEGEL, I. M. «John B. Murphy, Early American Orthopaedic Surgeon». *Int J Surg*, 1979; 64: 84.

(37) POSTOLOV, M. P.; UNOSOV, M. Iu. «[Historical] information on acute appendicitis (a centennial of teaching on appendicitis)» (texto en cirílico). *Khirurgia. Mosk*, 1989 (12): 137.

(38) McBURNEY, C. H. «The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis with a description of a new method of operations». *Ann Surg*, 1889, 20: 43. Reproducción por CORMÁN, M. L. «Classic Articles in Colonic and Rectal Surgery». *Dis Colon Rectum*, 1983; 26 (4): 303.

(39) DAWBARN, R. M. «A study in the technique of operation upon the appendix». *Int J Surg*, 1985; 8: 139.

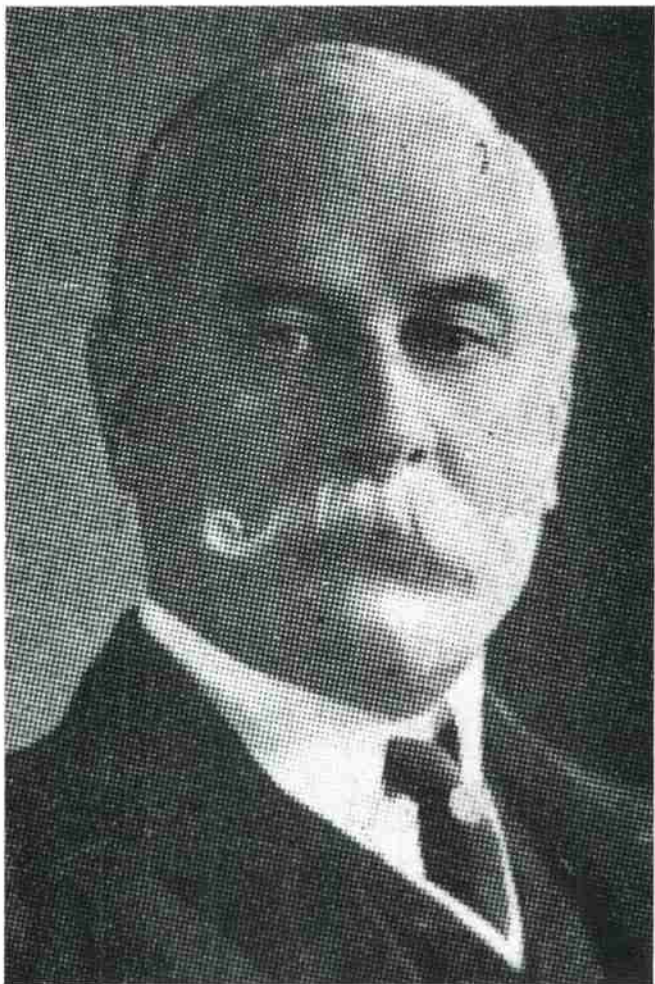
(40) STROHLE, E. L.; DIFFENBAUCH, W. G. «The appendicitis two step by Felix Mendelssohn». *Surg Gynecol Obstet*, Oct. 1968; 843.



Hijo mayor de la reina Victoria, llevaba seis décadas de poca disimulada impaciencia esperando la sucesión del trono. Los complejos preparativos para su coronación estaban a punto cuando, inesperadamente, el 14 de junio cayó enfermo con dolor abdominal. Junto a él acudieron los príncipes de la medicina inglesa: Sir Francis Laking y Sir Thomas Barlow. La administración de opiáceos mejoró su estado transitoriamente, pero no redujo la masa que podía palparse sin dificultad en el cuadrante inferior derecho. Cuatro días después del ataque, la temperatura se había elevado notablemente y los médicos temieron por la vida de tan prestigioso paciente. Llamaron a Frederick Treves, pero cuando fue a reconocerlo la masa abdominal y la fiebre habían disminuido.

Apenas habían transcurrido setenta y dos horas, cuando el día 20 Treves impartió ante la Sociedad Médico Quirúrgica londinense una conferencia, sin duda muy al caso, sobre la inflamación del apéndice vermiforme. Resumimos estrictamente de entre sus palabras las siguientes notaciones: El punto «mágico» de McBurney «no admite discusión»; la extracción del apéndice «durante el período de reposo se realiza con riesgos ínfimos», y «es deseable extraer el apéndice tras el primer ataque definitivo»<sup>27</sup>.

Pero, en plena euforia de su mejoría, Edward decidió asistir a un banquete el día 23 de junio. Su situación se agravó alarmantemente en medio de la fiesta, por lo que tanto Sir Thomas Smith como Joseph Lister decidieron llamar a Treves con urgencia. El futuro soberano era muy reticente a una intervención.



No quería, tras su larga y tediosa espera, demorar la coronación. La respuesta de Treves fue tajante y eficaz: «¡Entonces, Señor, irá usted como un cadáver!»<sup>28</sup>. El exitoso drenaje se realizó en un improvisado quirófano en el mismo Palacio de Buckingham, y el ilustre paciente se convirtió en Edward VII el 12 de agosto.

La pasión iliaca derecha se desencadenó irrefrenablemente a:

*Frederick Treves en 1883, profesor de anatomía del Real Colegio de Cirujanos de Londres. En 1888 había descrito en la forma de un relieve las variadas posturas del apéndice. Treves, como forma reproducir estos datos, fue acompañado con el título sustitutivo de «Sir» tras su operación a Edward VII, al que la mayoría de los ingleses daban prácticamente por inabarcable.*

Analgésico  
Antitérmico  
Anti-  
inflamatorio

Todos  
tienen  
algo en  
común

# DOLMEN

Comprimidos  
efervescentes

Especialidad  
financiable  
por la  
Seguridad Social

**INDICACIONES** Procesos que cursan con dolor: dolores de cabeza, muelas, musculares y de articulaciones, dolores menstruales, Procesos febriles.

Como antiinflamatorio en procesos tales como artritis reumatoide, osteoartritis, artritis juvenil, siempre bajo prescripción médica.

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

**POSOLOGÍA** Adultos: Uno o dos comprimidos, disueltos en agua, cada 4 ó 6 horas. Niños menores de tres años: A juicio del médico, 1/4 de comprimido. Niños entre 3 y 6 años: 1/2 comprimido.

**CONTRAINDICACIONES** Casos de hipersensibilidad individual frente al medicamento o a sus componentes. Úlcus gastroduodenal en fase activa.

**INCOMPATIBILIDADES** No se conocen a dosis terapéuticas.

**EFFECTOS SECUNDARIOS** Si bien DOLMEN posee una buena tolerancia, en algunos casos hipersensibles pueden provocar ligera molestia gástrica, que cede en todo caso con la administración de un antiácido.

**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 y aumento de diuresis).

**PRESENTACIÓN** Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes.

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

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



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



# Dos « soluciones » eficaces y prácticas

## Tratamiento de la Pitiriasis versicolor

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

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

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

## Tratamiento de la Dermatitis seborreica: pitiriasis seca y esteatoides

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

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

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

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



## INDICACIONES

Bioselenium: Pitiriasis versicolor, dermatosis pitiriasiformes pruriginosas, escamosas o esca-mo-crostrosas 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 ansiedad, 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.





La Reina Victoria falleció el 22 de enero de 1901 y su sucesor Edward hizo los preparativos para su coronación en junio del año siguiente. Cuando la nación se hallaba en vigilia se le abrió el Parlamento (febrero 1901). Llegado el momento sufrió un ataque de apendicitis complicado con peritonitis. En realidad se salvó de milagro. Falleció ocho años después de la intervención por litocopia.



partir de tan popular intervención. Se había perdido el miedo al apéndice y sus complicaciones. Lo que casi nadie sabía, sin embargo, es que el «real apéndice» permanecía bien ubicado en su sitio, ya que Treves (Sir por su actuación), no lo había extirpado.

La respuesta se halla quizás en la frase con que clausuró la mencionada exposición: «Por último debo decir esto: la extracción del apéndice no es una panacea para cada enfermedad de la parte inferior del abdomen, ya que aparentemente en la

(41) ALBARRACIN TEULÓN, A. *Cirugía abdominal en el Positivismo*, en: H.U.N., Tomo VI, (21); p. 317.

(42) SOLIS HERRUZO, J.A. *Diagnóstico diferencial laparoscópico*. Madrid, Paz Montalvo, 1975; p. 7.

(43) TREVES F. «Inflammation of the vermiform appendix». *Lancet*, 1902; 1: 1816.

(44) COURTNEY JF. «The celebrated appendix of Edward VII». *Med Times*, 1976; 104: 177.

# Pasión ilíaca derecha

actualidad existe la impresión en el extranjero de que cualquier tipo de alteración por debajo del ombligo debe incluir necesariamente la extirpación de este órgano tan discutido<sup>27</sup>.

Ningún desengaño pudo ser tan cruel para Treves como la pérdida de su propia hija por perforación antes de que los cirujanos pudieran usar el bisturí para salvarla<sup>28</sup>. La tragedia no acabaría ahí: él mismo falleció de una peritonitis en diciembre de 1923<sup>29</sup>.

Peor suerte que el monarca inglés corrió el Mayor del Cuerpo Médico en el Ejército americano Walter Reed, quien falleció el 23 de noviembre de 1902 tras haberle sido extirpado el apéndice. Lo más lamentable es que tuvo conocimiento de que no sólo estaba enfermo su proceso vermicular sino también el ciego. Reed, que era coronel, no quiso discutir con el cirujano que le correspondió intervenirle por ser éste de menor rango, siendo así que tan austera disciplina le granjeó la muerte<sup>30</sup>. El antiguo asesino había acabado con la vida de un hombre que no había sucumbido a las picaduras del mosquito transmisor de la fiebre amarilla, y gracias a cuyos descubrimientos sobre esta enfermedad pudo llevarse a cabo la construcción del canal panameño.

No acaban aquí los profesionales de la medicina víctimas de tan traidora dolencia. En 1906 fallece el cirujano neoyorquino George Ryerson Fowler, de apendicitis<sup>31</sup>. Otra ironía de la historia para un investigador que había trabajado denodadamente en la terapéutica de las inflamaciones peritoneales.

Cabe destacar también el caso del Director del Servicio de Estomatología de la Clínica Universitaria de Berlín, Willoughby Dayton Miller, quien sucumbió en 1907 a un ataque apendicular en los EEUU tratado de modo conservador<sup>32</sup>, cuando ya los cirujanos americanos se habían decantado a favor de la extirpación precoz de cualquier apéndice inflamado.

En 1907 Owen N. Wangesteen sufrió un ataque apendicular cuando apenas había cumplido los nueve años. Recibió tratamiento en su propia casa por el método Oschner y se recobró. La impronta no fue en vano, y sus posteriores estudios sobre la importancia de la obstrucción en la génesis de la apendicopatía aguda aún merecen ser tomados en consideración<sup>33</sup>.

Durante la primera década del siglo XX la incidencia de casos de apendicitis crece en progresión geométrica. Cabe atribuir este fenómeno a un diagnóstico más exacto<sup>34</sup>. Las estadísticas del ejército, que constituyen un círculo de observaciones perfectamente circunscrito, corroboran esta opinión: de 0,03 casos por 1000 entre los años 1892-1897 en el ejército prusiano, a la cifra de 4,4 por 1000 en el período comprendido entre 1907-1910.

En España, la tardía aceptación del método antiséptico demoró las novedades de la cirugía abdominal. La versión castellana de la sexta edición francesa de una divulgada obra de Félix Lejars (1909), prologada por Eulogio Cervera y Ruiz, insiste todavía en la superioridad de la operación en frío como «un hecho ya indiscutible»<sup>35</sup>. Pese a estos anticuados conceptos de la cirugía

de urgencia, sería inicu restarle méritos a la introducción de la cirugía apendicular en nuestra península -aparte del mencionado Cervera- a Juan Bravo Coronado y Antonio Raventós Aviñó, de Madrid y Barcelona respectivamente, por su decisiva influencia en la intervención temprana de la apendicitis en España.

La radiografía del órgano esolecóide daba un paso adelante en 1911 con la definitiva observación de Gregorieff de que en los apéndices «no llenables» suelen encontrarse graves alteraciones morfológicas.

El final del Positivismo no representa la conclusión de lo imaginable. Un número especial del *New York Times* daba cuenta el 16 de febrero de 1921 de una curiosa intervención efectuada el día anterior. Evan O'Neill Kane, cirujano jefe del Kane Summit Hospital, de 60 años de edad, se había extirpado su propio apéndice con anestesia local<sup>36</sup>. No hubo complicaciones, pero falleció doce semanas después de neumonía. A comienzos de los sesenta -excluido el caso Kane- habían registradas al menos tres autoapendicectomías efectuadas por médicos<sup>37</sup>.

Un discurso del profesor Amalio Gimeno y Cabañas (a quien se debe el decreto que estableció en España la jornada laboral de ocho horas) el 29 de enero de 1922, se hace eco de las excéntricas funciones atribuidas al apéndice por los fisiólogos de la época (Soli, Paladino, Guiard) y acaba definiendo a nuestro protagonista como el «blanco de la ojeriza de los patólogos y objeto predilecto del acero de los cirujanos»<sup>38</sup>.

Los cuadros recidivantes, denominados inicialmente «apendicitis larvadas», pasaron al grupo de la cronicidad. Una extensa muchedumbre demostró entonces tener una sensibilidad exacerbada en la región donde muy bien sabían se asentaba el epifilo: la pasión iliaca derecha retornaba con una energía sin precedentes.

Así, Coffey, en un Congreso de San Francisco celebrado en 1923 refería que una persona muy juiciosa, a quien preguntaron qué función desempeñaba el apéndice, contestó que «era un órgano que contribuía al sostenimiento de una noble profesión».

Actor de talento, elegante, sobrio y viril aunque preciosista, Rodolfo Altanzo Aftaalle Pierre Philibert Guglielmi, había desembarcado en Nueva York en 1913. De padre italiano y madre francesa, apenas balbuceaba el inglés. Tras haber trabajado de jardinero, vendedor ambulante, lavaplatos, camarero, barrendero... llega a Hollywood a finales de 1917 y cuatro años después alcanza la gloria por su mimetismo y sus dotes de bailarín de tangos en una película que trastornó a América. Su largo nombre de pila se había reducido, añadiendo un nuevo apellido: Rodolfo Valentino. La tarde del estreno de su última película, *El hijo del Caíd*, tuvo que ser ingresado urgentemente en una clínica con un cuadro de abdomen agudo. Era el 15 de junio de 1926. La evolución no pudo ser peor: peritonitis por apendicitis, complicada con pleuresía y endocarditis séptica<sup>77</sup>. Miles de fans se sintieron morir con él, algunas se suicidaron. Pero lo que no podían admitir es que una enfermedad tan popular como la

apendicitis hubiera acabado con la vida de su ídolo. De ahí surgiría la leyenda de un envenenamiento por celos. Obviamente, el gran seductor no había contado con el ataque inesperado y letal del «antiguo asesino», de modo que sus amigos tuvieron que costearle el entierro: su deuda ascendía a 300.000 dólares de aquel momento.

La inflamación del apéndice era sin lugar a dudas una enfermedad de moda. Una discutida y reeditada obra (doce ediciones en menos de dos años) del médico sueco Axel Munthe (1929) nos relata la obsesión social por el tema. Era la dolencia preferida entre la gente de la mejor sociedad. «Todas las damas nerviosas la tenían en el cerebro, ya que no en el abdomen, y se encontraban muy bien con ella»<sup>78</sup>.

Carl von Noorden atendió a una joven que había sido intervenida «de el apéndice». Un caso claro de apendectomía «blanca» intencionada: se había estudiado perfectamente los síntomas de la inflamación para prevenir que pudiera ocurrirle un ataque durante un viaje que había efectuado recientemente<sup>79</sup>.

Un dato anecdótico nos sugiere que también la inflamación del proceso vermiforme era muy conocida en la España de comienzos de la Segunda República. Largo Caballero, con motivo de una discusión sobre la ley de la reforma agraria de mayo de 1931, se refiere a las medidas adoptadas por el Gobierno como «una aspirina para curar la apendicitis»<sup>80</sup>.

Desde el trabajo de Dawbarn, citado en las páginas precedentes,

(45) TREVES, F. *op. cit.* (43), p. 1818.

(46) BETT, W.R. *The history and conquest of common diseases*. Normal, University of Oklahoma Press, 1953, p. 239.

(47) BETT, W.R. «Sir Frederick Treves, B.M. (1853-1923)». *Ann R Coll Surg Engl*, 1953; 12: 193.

(48) CROSBY, W.H.; HAUBRICH, W.S. «The death of Walter Reed». *JAMA*, 1982; 248: 1345.

(49) WILLIAMS, R.S. «Appendicitis: historical milestones and current challenges». *Med J Aust*, 1992; 157 (11-12): 785.

(50) LUTHER, B. «Das Engagement des Berliner Chirurgen Eduard Sonnenburg (1848-1915) für die Durchsetzung der operativen Therapie der Appendicitis un Perityphlitis». *Z. Arch. Fortbild. Jena*, 1990; 84 (12): 625.

(51) RADVIN, I.S. *Appendicitis*. En: CECIL, R.L. *A textbook of Medicine*. Philadelphia, Saunders Company, 1955; 894-897.

(52) MOHR, L.; STAEHELIN, R. *Tratado de Medicina Interna*. Tomo XI. Madrid, Saturnino Calceja, 1923, p. 197.

(53) LEJARS, F. *Tratado de Cirugía de Urgencia*. Tomo I. Madrid, Bailly-Baillière, 1909, p. 481.

(54) *The New York Times*, feb. 16, 1921: 15.

(55) DRUMMOND, R. «Do It Yourself Section». *JAMA*, 1957; 257(6): 826.

(56) GIMENO Y CABAÑAS, A. *Lax imperfecciones y defectos del organismo humano*. En: *Antología*. Madrid, Cosano, 1935, p. 418.

(57) MARTINEZ FORNÉS, S. Rodolfo Valentino. En: *La ulcera gastroduodenal: historia de una enfermedad*. Vol. III. Barcelona, Doyma, 1987: 40.

(58) MUNTHE, A. La historia de San Michele. Barcelona, Juventud, 1957, p. 33.

(59) NOORDEN, C. *Tratado Clínico de las Enfermedades del Intestino*. Barcelona, Marin, 1924, p. 557.

(60) THOMAS, H. *La Guerra Civil española*. Volumen 2. Madrid, Urbión, 1987, p. 149.



# Pasión ilíaca derecha

las técnicas para tratar el muñón habían quedado reducidas a la ligadura simple y la inversión en bolsa de tabaco con o sin ligadura. Pese a todo se ha informado de un absceso del muñón apendicular veintitrés años más tarde de una apendicectomía. La intervención se produjo en 1931<sup>61</sup>.

En España gozó de gran aceptación una monografía sobre el diagnóstico de la apendicitis crónica publicada en 1933, en colaboración entre los profesores Francisco Gallart Monés y T. A. Pinós. Pero la cronicidad de los procesos apendiculares distaba mucho de ser aceptada sin escrúpulos en el ámbito profesional. Valga como muestra la dura sentencia de un gran clínico norteamericano publicada en 1934: «Hay dos clases de apendicitis, la aguda y la que sólo es remuneradora»<sup>62</sup>.

Tampoco la amenaza de una segunda confrontación internacional haría desvanecer el padecimiento en boga. François Ody fue reclamado con urgencia la noche siguiente a la declaración de guerra de 1939 a casa de un distinguido extranjero suizo. No coincidió en la premura del médico de cabecera, que había aconsejado al paciente intervenirle el apéndice. Su impaciencia le llevó incluso a ofrecer al cirujano 10.000 francos si le operaba inmediatamente. Ody se negó a sacrificar un apéndice que no le parecía enfermo<sup>63</sup>.

Aunque la mayoría de los cirujanos preferían la anestesia general, no faltaban quienes, por evitar complicaciones de una técnica aún no perfeccionada, eran partidarios de la anestesia local. Uno de ellos, Enrico Giupponi,

vivió en sus propias carnes las terribles molestias que dicho método producía en sus estoicos pacientes. Finalmente tuvo que ser narcotizado para poder terminar la intervención. Recuperado y meditando, escribiría más tarde: «Me siento descorazonado por "no haber resistido"»<sup>64</sup>.

El advenimiento de la penicilina, en 1945, reducirá notablemente la mortalidad en cirugía infantil por peritonitis apendiculares, que hasta entonces era casi del 50%.

Por desgracia el uso indiscriminado de laxantes gozará aún durante mucho tiempo de gran popularidad. Una recensión de 1949, acaso hiperbolizada, nos habla de más de 12.000 fallecimientos anuales en EE.UU. por su consumo, en la ignorancia de situaciones inflamatorias del apéndice<sup>65</sup>. En una época en que todo esto era conocido en medios profesionales, el cirujano Andrea Majocchi perdió a su único heredero por una peritonitis apendicular. No sólo había mantenido un compás de espera impropio de su momento, sino que había proporcionado al pequeño aceite de ricino<sup>66</sup>.

Hoy nos parece, por lo común de la afección, que el hombre de fines del siglo XX está salvaguardado de los inesperados eventos del

«antiguo asesino». Ambulancias, hospitales cercanos, múltiples servicios de urgencias y novedosas técnicas diagnósticas no privan a nadie del acécho más inoportuno.

El 1986 la doctora Ira Kahn se autointervino una apendicitis apoyada sobre la rueda de recambio de su automóvil, mientras intentaba sobrepasar un atasco de tráfico durante un viaje a Beirut. Tras la pintoresca

intervención, condujo ella misma su vehículo hasta un centro hospitalario, donde completó su convalecencia<sup>67</sup>.

Pese a que la apendicectomía laparoscópica fue descrita por Semm en 1982, ha sido en la década de los noventa cuando se ha empezado a utilizar de forma generalizada gracias a la amplia introducción de dicha técnica para la coleditiásis<sup>68</sup>.

(61) SIEGEL SA. - Appendiceal stump abscess: a report of stump abscess twenty-two years post appendicectomy. *Am J Surg*, 1954; 63: 630.

(62) MANZANOS GUTIÉRREZ J. *Apendicopatías Crónicas*. Barcelona, Salvat, 1940; p. 18.

(63) ODY F. Testamento de un cirujano. Barcelona, Curall, 1955; p. 21-22.

(64) GIUPPONI E. Hospital. Mi vida de cirujano. Barcelona, Gil, 1941; p. 288.

(65) TURNER C.E. Higiene del Individuo y de la Comunidad. México, La Prensa Mexicana, 1949; p. 60.

(66) MAJOCCHI A. Orto y ecaso de un cirujano. Madrid, Morata, 1942; p. 84.

(67) Weekly Words News, Nov. 18, 1986: 41.

(68) TAFE J.J.T.; CHUNH S.C.S. et al. - Cirugía convencional versus cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda. *Br J Surg* (ed. esp.) 1993; 16: 174.

**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, sífilíticas o víricas.

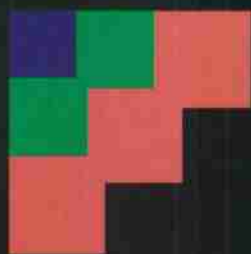
### Efectos secundarios:

La utilización prolongada de corticoides puede producir atrofia cutánea y pérdida del colágeno con estrías.



J. URBACH & Cia. S.A.  
Digna, Bahi 59  
08026 Barcelona

# Eupen



Amoxicilina

Amplia gama de presentaciones



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



**Composición**  
EUPEN 1g Sobres: Amoxicilina (trihidrato) 1g. Excipientes c.a. (Sacarosa: 2,700 mg por sobre).  
EUPEN 500mg Sobres: Amoxicilina (trihidrato) 500 mg, excipiente c.a. (Sacarosa: 3,400 mg por sobre).  
EUPEN 250mg Sobres: Amoxicilina (trihidrato) 250 mg, excipiente c.a. (Sacarosa: 2,900 mg por sobre).  
EUPEN Gotas: Amoxicilina (trihidrato) 100 mg/ml, excipientes c.a. (Sacarosa: 45 g para 100 ml).

**Acción**  
Penicilina semisintética de amplio espectro con acción bactericida sobre los gérmenes sensibles. Su absorción oral no es interferida por los alimentos, alcanzándose niveles hemáticos y tisulares más elevados que con dosis equivalentes de ampicilina y de sus derivados. EUPEN se elimina en gran parte por la bilis y el riñón en forma activa.

**Indicaciones**  
Infecciones por gérmenes sensibles, en especial las del tracto respiratorio, digestivo y genitourinario, piel y tejidos blandos. Gracias a su elevado índice terapéutico EUPEN está especialmente indicado en pediatría.

**Posología**  
Adultos: 500 mg o 1 g cada 8-12 horas.  
Niños: 40 mg/kg/día, en dosis individuales cada 8 horas.  
Niños de 20 kg de peso o más: 250 mg cada 8 horas.  
En el tratamiento de la clístia simple 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 go-

tas de EUPEN contienen Sacarosa, hecho que deberá ser tenido en cuenta por los pacientes diabéticos.

**Contraindicaciones**  
Hipersensibilidad a las penicilinas y cefalosporinas.

**Efectos secundarios**  
En algunos casos, trastornos digestivos que en general no requieren la suspensión del tratamiento. Fenómenos alérgicos en individuos penicilino-sensibles.

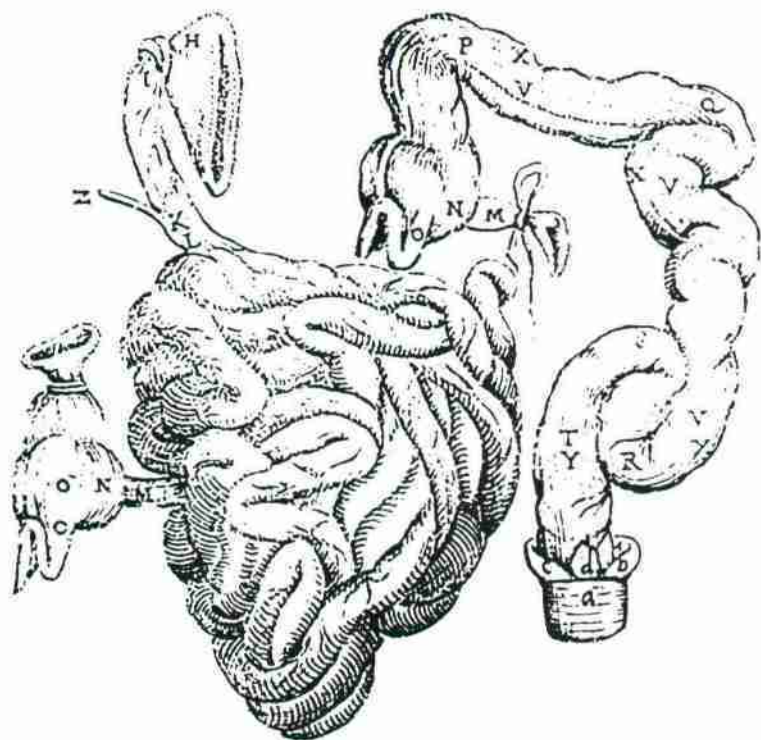
**Incompatibilidades**  
No se conocen.

**Intoxicación y su tratamiento**  
Respecto su elevado coeficiente terapéutico: Antihistamínicos, corticosteroides, Amnofilina o Acido nicotínico, por vía oral o parenteral en caso de reacciones alérgicas.

**Presentación y PVP (IVA)**  
Sobres 1 g, envase con 12 sobres, 376 ptas.  
Capsulas de 500 mg, envase con 12 capsulas, 663 ptas.  
Sobres 250 mg, envase con 18 sobres, 638 ptas.  
Sobres 250 mg, envase con 12 sobres, 395 ptas.  
Gotas pediátricas (100 mg/ml), frasco con 25 ml, 405 ptas.  
Envases clínicos con 500 capsulas (500 mg), 500 sobres (500 mg), y con 500 sobres (250 mg).

**Condiciones de prescripción y dispensación**  
Con receta médica. Reimbolsable por la Seguridad Social.





# Pasión ilíaca derecha

## Epílogo

No podíamos cerrar estas líneas sin hacer una última reflexión sobre dos de los hechos citados. Puede darse por seguro que el debut científico de la patología apendicular tiene su cuna en Francia, pero culpabilizar de la pérdida de tan cotizado trofeo a lo que bien podríamos denominar «el error Dupuytren» puede tergiversar gravemente la verdad histórica. Guillaume Dupuytren fue un clínico sagaz, pero mordazmente criticado y envidiado. Bástenos constatar la opinión de dos de sus coetáneos más reputados; el cirujano militar Pierre François Percy lo califica como «el primero de los cirujanos y el último de los hombres», y el habilísimo cirujano Jacques Lisfranc gustaba de llamarle «ese bandido del Hôtel-Dieu»<sup>(69)</sup>. Es cierto que Dupuytren, del que se dice que llegaba a ver más 10.000 enfermos al año, no intuyó la implicación del apéndice en la etiología de las peritonitis (entonces «flemones ilíacos»). Pero no lo es menos que cuando sus colegas franceses publicaron los más sugestivos trabajos sobre el particular, su estado de salud no podía ser peor. Entre el 15 de noviembre de 1833 y la fecha de su muerte, el 8 de febrero de 1835, sufrió tres accidentes cerebro-vasculares<sup>(70)</sup>. ¡Precisamente el periodo en que veían la luz sus famosas *Leçons* donde no quiso reconocer más que la patología tiflítica!

Respecto a Frederick Treves, si Edward VII se salvó fue porque la suerte estaba volcada irremediablemente a su favor. Reproducimos íntegra una valiosísima observación tomada de

Percy Sargent: «Se ha recomendado la simple abertura y drenaje del abdomen en la fosa ilíaca derecha sin extirpación del apéndice; en la creencia de que en casos desesperados se ataja así mejor el peligro. Las estadísticas demuestran lo erróneo de esta opinión. Durante los años 1894 a 1903 fueron tratados así 38 casos en el St. Thomas Hospital con una mortalidad del 97,3 por 100»<sup>(71)</sup>. El inminente soberano fue intervenido de este modo en 1902, para mayor inri en un medio extrahospitalario. Dos años después, sobre un grupo de 244 pacientes operados en 1904 por apendicitis, el danés Emil Perman encuentra una mortalidad del 25%<sup>(72)</sup>. Con el tiempo que había transcurrido desde el ataque agudo hasta la intervención, la situación del rey Edward era de extramísima gravedad. Sólo el azar pudo en realidad salvarlo del perentorio abrazo de la muerte.

(69) GARCIA DEL REAL, E. Historia contemporánea de la Medicina. Madrid, España-Calpe, 1934; p. 183.

(70) LINDGSKÖLD, G.E. «Guillaume Dupuytren, 1775 to 1835». *Surg Gynecol Obst.* 1977; 145: 752-3.

(71) SARGENT, P. El apéndice, en: CHOYCE C.C. y BEATTIE MARTIN, J. Tratado de Cirugía, Tomo III. Barcelona, Ed. Científica, 1914; p. 16.

(72) SOREIDE, J.A., SKARSTEIN, A. «Appendicit og appendektomi. Et 100 årsjubileum og en 50-årsjubileum». *Tidsskr Nor Lægeforen.* 1996; 106 (4): 333.

# NOTICIAS M&H



Momento de la entrega del XXVI Premio Uriach de Historia de la Medicina al Dr. Jaime Brotons, de Cartagena.

## Atenas-Jerusalén.

Como colofón al XXXV Congreso Internacional de Historia de la Medicina que se celebrará en la isla de Cos en los primeros días del próximo septiembre, la Sociedad de Historia de la Medicina y de la Ciencia de Israel ha organizado a modo de congreso satélite de aquél unas reuniones que bajo el título *De Atenas a Jerusalén*, tratarán de la medicina en el saber judío helenizado y en la primitiva literatura cristiana.

Las sesiones de trabajo tendrán lugar del 9 al 11 de septiembre en la Universidad Hebrea de Jerusalén, Monte Skopus Campus, Beit Maersdorf, bajo la dirección del profesor Samuel S. Kottek.

La cuota de inscripción está fijada en 130 \$ USA (160 \$, después del 1º de mayo) y en 80 \$ para los acompañantes. A modo orientativo cabe decir que los precios hoteleros oscilan: habitaciones dobles, entre los 27 \$ por persona en el Maersdorf Faculty Club y los 50 \$, también por persona, en el Jerusalem Gate.

Previamente, para los días 6 y 7 de septiembre hay prevista una excursión a Galilea, pernoctando en Tiberiades, al precio de 182 \$.

Para más información: Ms. Sara Sher, División for Development and Public Relations, The Hebrew University of Jerusalem, Mount Skopus, Jerusalem 91905, Israel.

## Premio Uriach de Historia de la Medicina

En las páginas del presente número de *Medicina e Historia* aparece el trabajo ganador de nuestro XXVI Premio a la vez que, como ya es tradición, se publica la convocatoria de la XXVII edición del Premio.

En ella y dentro de las características habituales de convocatorias anteriores, se inicia su proyección internacional de forma que podrán concursar los médicos (esta condición es inamovible) de cualquier país interesados en la historia de nuestra profesión.

La dotación se mantiene en las 250.000 ptas., equivalentes a unos 2.000 \$ USA, cantidad que le sitúan entre los de mejor dotación de la especialidad a la vez que conlleva su posible publicación en *Medicina e Historia*, revista que por su tirada está considerada como la de mayor difusión dentro de la Historia de la Medicina.

## Congresos

En el próximo número comentaremos el X Congreso Nacional de Historia de la Medicina que se habrá desarrollado en Málaga del 22 al 24 de febrero. Las áreas temáticas tratadas han sido: 1874-1975: cien años de Sanidad en Andalucía; Medicina y Estado

en la España del siglo XX y Ciencia y Técnica en la Medicina del siglo XX.

## Recensiones

**G**OICOCHEA MARCAIDA, Angel. *La botánica y los naturalistas de la Ilustración vasca*. Donostia - San Sebastián, R. Sdad. Bascongada de los Amigos del País, 1990; 342 p. ISBN.: 84-04-6033-3

Como primer volumen de una naciente colección que llevará el título genérico de *Ilustración vasca*, se estudia en la presente monografía la botánica en el siglo XVIII, período dotado de un motor y de un poder aglutinante que giró en torno a la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, institución creada en 1765.

Tras una visión de conjunto de las relaciones de Euskadi con la botánica peninsular de la época, se estudian las distintas expediciones científicas a ultramar nacidas o relacionadas con el País Vasco: Perú, Chile, Nueva España, Nueva Granada, etc., así como el papel desarrollado en aquel entonces por la Compañía Guipuzcoana de Caracas, fundada en la primera mitad del siglo XVIII.



---

# XXVII PREMIO URIACH DE HISTORIA DE LA MEDICINA

---

En su deseo de impulsar los estudios sobre el pasado de las Ciencias Médicas, el Laboratorio «J. Uriach & Cia., S.A.», tiene instituido un Premio anual que a partir de la presente edición adquiere ámbito internacional, para adjudicarlo al mejor estudio que a juicio de un Jurado trate un tema de Historia de la Medicina.

Su concesión se adaptará a las siguientes

---

## B A S E S

---

1. El XXVII Premio Uriach de Historia de la Medicina correspondiente a 1996 está dotado con 250.000 pesetas, pudiendo optar a él los médicos de cualquier país interesados en la temática histórico-médica.
2. Las monografías que opten al Premio deberán ser originales e inéditas, no siendo aceptadas aquellas que en el momento de la adjudicación hayan sido publicadas total o parcialmente; así como tampoco las presentadas a otros concursos.
3. Los trabajos deberán estar escritos a máquina, o mediante ordenador, a doble espacio y por una sola cara, con un máximo de 30 hojas Din A4, incluyendo en el texto bibliografía o referencias documentales, además de iconografía complementaria.
4. Los originales, redactados en lengua castellana, serán remitidos a este Laboratorio hasta el día 15 de noviembre de 1996, ya indicando el nombre y dirección del autor, o autores, o bien mediante el sistema de «lema y plica» para quienes prefieran conservar el anonimato.
5. El XXVII Premio Uriach de Historia de la Medicina será otorgado por un Jurado designado al efecto y su fallo, que será inapelable, se hará público durante el mes de enero de 1997.
6. La monografía premiada quedará propiedad del Laboratorio «J. Uriach & Cia. S.A.» el cual, de acuerdo con las recomendaciones del Jurado, podrá publicarla en su revista "Medicina e Historia".
7. Tras la adjudicación del Premio, los concursantes no premiados podrán solicitar la devolución de los originales a excepción de aquellos que hayan sido presentados bajo el sistema de «lema y plica», los cuales serán destruidos por el secretario del Jurado.
8. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de la Bases de esta convocatoria.

Barcelona, enero de 1996

Toda la correspondencia relacionada con esta Convocatoria deberá dirigirse a: Centro de Documentación de Historia de la Medicina. J. Uriach & Cia. S.A., calle Degà Bahí, 59, 08026 Barcelona (España).



J. URIACH & C<sup>IA</sup> S.A.

# Crinoren

## 20 mg

Maleato de enalapril

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



J. URRACH & CIA, S.A.  
Calle San José  
08038 Barcelona

**DESCRIPCIÓN:** El maleato de enalapril es un derivado de L-valina 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.

**POSOLÓGICA:** CRINOREN se debe administrar únicamente por vía oral y sin 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 formas. 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 55 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 están 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 o bien prolongarse, o bien disminuirse la dosis, o bien disminuirse la dosis. Los datos iniciales recomendados son los siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 30 ml/min y mayor de 30 ml/min (5 mg); aclaramiento de creatinina menor de 30 y mayor de 10 (2,5-5 mg); aclaramiento de creatinina menor de 10 (2,5 mg) las días de diálisis. Ensayos en diálisis. En diálisis, los días en que los pacientes no están 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 dos dosis (5 mg) divididas. Esta dosis debe ajustarse 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).

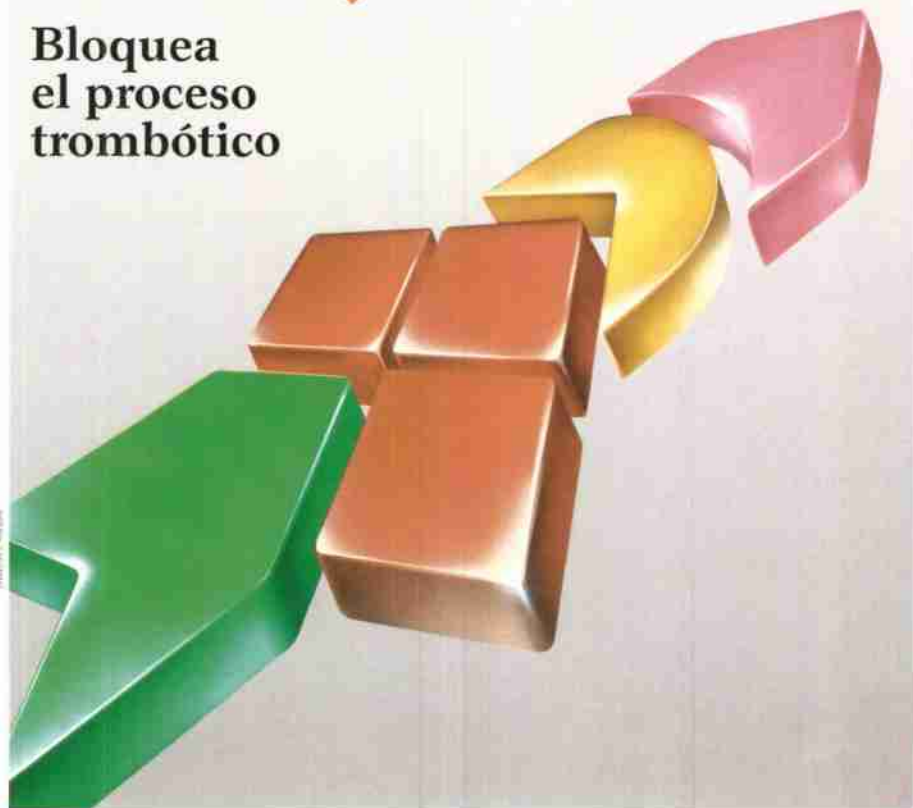
**CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** CRINOREN está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a este fármaco. **Hipotensión Sintomática:** Fue observada raramente tras la dosis inicial o en el curso del tratamiento con CRINOREN. En los pacientes hipertensos la hipotensión es más frecuente cuando existe depresión del volumen. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en fase aguda que se administra en forma de solución intravenosa, la hipotensión puede ser un signo de hipovolemia. En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o durante la anestesia con agentes que producen hipotensión, enalapril bloquea la formación de angiotensina II y estabiliza a la liberación compensadora de renina. Si aparece hipotensión y se considera secundaria a este mecanismo, puede ser corregida por expansión de volumen. **Potasio sérico:** El potasio sérico generalmente permanece dentro de sus 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. **Empiezo en el embarazo y Mujeres 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 aorta, en el feto tras la exposición uterina a un inhibidor del enzima de conversión. **Empiezo 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 debilidad. En el 2-3% de los pacientes se desarrolló hipotensión y vértigo. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, insomnio, adioses, diarrea, cambios musculares, erupción cutánea y losaca perianales. En casos individuales se ha descrito edema angioedematoso, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe (ver Precauciones). En estos casos debe suspenderse CRINOREN e instaurarse 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, revesibles con la suspensión de CRINOREN. Se han descrito, en pocos pacientes, ligeros disminuciones de la hemoglobina, hematócrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de algunas fosfatasas, 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, o bien neutralizada, mediante infusión intravenosa de suero salino normal. **PRESENTACIONES:** CRINOREN 5 mg. Envase de 60 comprimidos, PVP IVA1 2.304.-Ptas. y de 10 comprimidos, PVP IVA1 367.-Ptas. CRINOREN 20 mg. Envase de 28 comprimidos, PVP IVA1 1.883.-Ptas. Envase Clásico: CRINOREN 5 mg. 500 comprimidos (vasos unitarios), CRINOREN 20 mg. 500 comprimidos (vasos unitarios).

# Disgren

Triflusal

## Bloquea el proceso trombótico

liberación / Anipresse



### Descripción:

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

### Composición:

300 mg de triflusal (DCF) por cápsula.

### Indicaciones:

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

### Posología:

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

**Dosis preventiva:** 1 cápsula diaria.

**Dosis de mantenimiento:** 2 cápsulas diarias.

**Dosis en situaciones de alto riesgo:** 3 cápsulas diarias.

### Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas (P.V.P. IVA 4.740,-/900).

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. IVA 2.849,-/300).

Disgren Envase Clínico de 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

calcificios. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

### Efectos secundarios:

En casos 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 1800 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 activado, eliminación del fármaco (vómito, aspiración, lavado), prestando atención al equilibrio electrolítico e instaurando tratamiento sintomático.



J. URIACH & CIA., S.A.  
Dicano Badí 59  
08026 Barcelona