

# MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA

## INDEX MEDICUS HISPANUS

ENSAYO DE CATALOGACIÓN DE TRABAJOS ORIGINALES  
PUBLICADOS POR MÉDICOS ESPAÑOLES

NÚMERO I

ENERO - ABRIL

1904



GERONA

Imprenta y Librería de Pascual Torres

Plaza de la Constitución, número 7

1904.

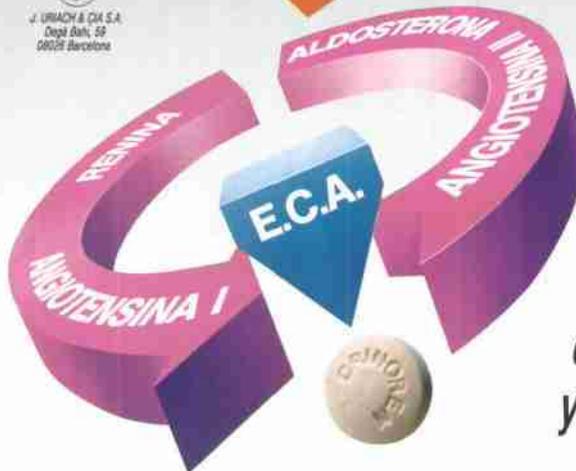
# CRINOREN

## 20 mg

Maleato de enalapril



J. URRACHI & CIA S.A.  
Daga Dan, 69  
08028 Barcelona



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

**DESCRIPCIÓN:** El maleato de enalapril es un derivado de L-alanina y L-prolina. Tras su administración oral, se absorbe rápidamente y posteriormente se hidroliza a enalaprilato, el cual es un inhibidor del enzima de conversión de angiotensina altamente específico, de larga duración de acción y sin grupo sulfhidro. **INDICACIONES:** Todos los grados de hipertensión esencial, hipertensión renovascular o insuficiencia cardíaca congestiva. **POSOLOGIA:** CRINOREN se debe administrar únicamente por vía oral y su absorción no se ve afectada por la comida. La dosis usual diaria varía desde 10 a 40 mg en todas las indicaciones, administrada en una o dos tomas. Esta dosis debe ajustarse según las necesidades del paciente. Hasta la fecha, la máxima dosis estudiada en el hombre es de 80 mg al día. **Hipertensión:** La dosis inicial recomendada es de 5 mg (2,5-5 mg) en la hipertensión renovascular, administrada una vez al día. En pacientes de 65 años o más, la dosis inicial recomendada es de 2,5 mg. La dosis usual de mantenimiento es de un comprimido de 20 mg una vez al día. En pacientes hipertensos que 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 dosis de enalapril deben prolongarse, o bien disminuirse la dosis. Las dosis iniciales recomendadas son las siguientes: aclaramiento de creatinina menor de 60 ml/min y mayor de 30 ml/min (5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 30 y mayor de 10 (2,5-5 mg/día); aclaramiento de creatinina menor de 10 (2,5 mg los días de diálisis). Enalapril es dializable. Los días en que los pacientes no 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 dosis únicas o divididas. Esta dosis debe alcanzarse por incrementos graduales tras la dosis inicial y puede llevarse a cabo en un periodo de 2-4 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 se debe controlar estrechamente la presión arterial y la función renal. **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** CRINOREN está contraindicado en pacientes con hipertensión de aorte tórácica. **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 pérdida de volumen. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es más probable que aparezca un ataquillo con grados más severos de insuficiencia cardíaca. Si se desarrollase hipotensión, debe colocarse al paciente en posición supina pudiendo ser necesario administrar líquido oral o suero fisiológico por vía intravenosa. Una respuesta hipotensora transitoria no es una contraindicación de dosis posteriores, que pueden administrarse habitualmente después de la expansión de volumen. Si la hipotensión se hipotensión sintomática, puede ser necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con CRINOREN. **Función Renal alterada:** En algunos pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria de un riñón solitario, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina sérica, reversibles con la suspensión del tratamiento. Esto hallazgo es especialmente probable en pacientes con insuficiencia renal. Algunos pacientes hipertensos con aparente ausencia de enfermedad renal previa, han desarrollado incrementos mínimos y generalmente transitorios, en la urea y creatinina sérica especialmente cuando se administró CRINOREN concomitantemente con un diurético. Puede ser necesario entonces reducir la dosis de CRINOREN o suspender el diurético. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, la hipotensión tras el comienzo del tratamiento con CRINOREN puede llevar a un ulterior deterioro de la función renal. En esta situación, se ha observado insuficiencia renal aguda, habitualmente reversible. **Cirugía/Anestesia:** En pacientes que van a sufrir cirugía mayor o durante la anestesia con agentes que producen hipotensión, enalaprilat biogénes la formación de angiotensina II, secundaria a la liberación compensadora de renina. Si aparece hipotensión y se considerase secundaria a este mecanismo, puede ser corregida por expansión de volumen. **Potasio Sérico:** El potasio sérico generalmente permanece dentro de los límites normales. En pacientes con insuficiencia renal, la administración de CRINOREN puede llevar a elevación del potasio sérico, especialmente en pacientes con insuficiencia renal, diabetes mellitus, y/o diuréticos ahorradores de potasio concomitantes. **Empleo en el embarazo y Madres Lactantes:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. No se conoce si CRINOREN se excreta por la leche materna. Existe un riesgo potencial de hipotensión fetal, bajo peso al nacer y descenso de la perfusión renal o anémica, en el feto tras la exposición uterina a los inhibidores del enzima de conversión. **Empleo en Pediatría:** CRINOREN no se ha estudiado en niños. **INTERACCIONES:** Puede ocurrir un efecto aditivo cuando se emplea CRINOREN conjuntamente con otros fármacos antihipertensivos. Generalmente no se recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden producirse elevaciones significativas del potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINOREN ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente descritos fueron sensación de inestabilidad y calafíos. En el 2-3% de los pacientes se describieron fatigabilidad y astenia. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, síncope, náuseas, diarrea, calambres musculares, erupción cutánea y los seca persistente. En casos individuales se ha descrito edema angioneurótico, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o la región laringea. **Precauciones:** En estos casos debe suspenderse CRINOREN e instaurar inmediatamente las medidas terapéuticas adecuadas. Raramente se observaron alteraciones en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINOREN, que fueron de significación clínica. Se han observado, raramente, en la urea y creatinina séricas, elevadas con la suspensión de CRINOREN. Se han descrito, en pocos pacientes, ligeras disminuciones de la hemoglobina, hematocrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de enzimas hepáticas, pero no se ha establecido una relación causal con CRINOREN. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Existen datos limitados respecto a la sobredosificación. La manifestación más probable de sobredosificación debe ser hipotensión, que puede ser tratada, si fuese necesario, mediante infusión intravenosa de suero salino normal. **PRESENTACIONES:** CRINOREN 5 mg. Envase de 60 comprimidos. PVP IVA 2.268,- Ptas. y de 10 comprimidos. PVP IVA 378 Ptas. CRINOREN 20 mg. Envase de 28 comprimidos. PVP IVA 3.801,- Ptas. **Envases Clínicos:** CRINOREN 5 mg, 500 comprimidos (opos unitarias); CRINOREN 20 mg, 500 comprimidos (dosis unitarias).



**L**a Asociación  
Internacional  
de la Prensa  
Médica (1900-1913):  
un foro de difusión  
del movimiento  
documental europeo  
de principios de siglo

# 42

# PERSONAJE MÉDICO & HISTORIA

**E**l clima político que condujo a la Revolución francesa y la pugna entre la recién creada «Société royale de médecine» (1778) y la caduca Facultad de Medicina de París, pusieron de manifiesto la necesidad de una nueva tecnología médica que culminó con el establecimiento de la «Ecole pratique» y con una profunda reorganización hospitalaria, que rompió con el caduco concepto de la caridad.

La reforma llevada a cabo, elevó el papel docente de los hospitales, alcanzando el respeto de las condiciones e individualidad del paciente, a la vez que favorecía una mejor relación médico-enfermo. Consolidada la observación clínica, la enseñanza en los Hospitales cimentó el conocimiento de la enfermedad sobre un conjunto de hechos patológicos, naciendo una medicina basada en la educación sensorial que precisó, lógicamente, la creación de una nueva terminología clínica.

**P**aulatinamente los profesionales de la época se fueron adaptando a la comprobación anatomoclínica de los diagnósticos a la vez que, siguiendo a Corvisart, aceptaron que «toda teoría se hace o se desvanece casi siempre en el lecho del enfermo para ceder plaza a la observación y a la experiencia. ¿Sobre qué se fundaría la experiencia -añadía- si no es sobre la relación de nuestros sentidos?».

Jean Nicolas Corvisart (1755-1820) fue, junto con Laennec y con Bayle, una de las figuras más representativas de la medicina europea de este periodo

y cabeza de la Escuela clínica francesa a través de su magisterio desde la «Ecole de santé» y del «Collège de France». Bajo la influencia de Bichat se dedicó inicialmente al estudio de la anatomía patológica creyendo que la lesión orgánica «es toda suerte de alteración que sobreviene por cualquier causa que ocurra en los elementos, en la textura de las partes sólidas cuyo concurso y orden son necesarios para formar un cuerpo o una víscera».

**P**ronto se dedicó a la semiología y, aunque clínico, consagró su atención a las enfermedades del corazón y de los grandes vasos (1806). Dio validez universal a la percusión, con la traducción al francés del olvidado *Inventum novum* de Leopold Auenbrugger, desarrollándolo e introduciendo la auscultación «poniendo la oreja muy cerca del tórax», a través de su clásico «Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies de la poitrine» (1808).

Corvisart quiso emular a Morgagni sin que, según Bichat, la situación del saber clínico de su época se lo permitiera.



J.N. Corvisart



---

# L a Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913): un foro de difusión del movimiento documental europeo de principios de siglo

---

# 42

Guillermo Olagüe de Ros  
Mikel Astrain Gallart  
Alfredo Menéndez Navarro

Cátedra de Historia de la Medicina,  
Facultad de Medicina, Granada.

---

# La Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913)

En una serie de trabajos previos, hemos venido manteniendo la tesis de que la incorporación de España al movimiento documental que se desarrolló en Europa en la transición de la pasada centuria a la presente, nos permitió participar activamente en la ciencia internacional, precisamente en unos momentos en que nuestra literatura médica, especialmente la publicada en castellano, se extendía de manera importante en los círculos extranjeros<sup>1)</sup>. Este proceso fue muy complejo y en él intervinieron fuerzas intrínsecas y extrínsecas diversas, favorables en su conjunto a tal incorporación. Incluso, aquellos aspectos que en principio pudieran considerarse reacios a la misma, como el reforzamiento de actitudes patrióticas y el consiguiente rechazo a comunicarse en otras lenguas por razones de autoafirmación -tesis que fomentaron significadas figuras de la medicina española de ese momento- actuaron más bien como elementos positivos.

De manera sinóptica podemos señalar las siguientes fuerzas actuantes. Primeramente el interés de organismos y personalidades foráneas por conocer nuestras literatura científica y médica, que se materializó en la invitación a participar en repertorios bibliográficos -como el *International Catalogue of Scientific Literature*, continuador del *Catalogue of Scientific Papers*

<sup>1)</sup>Portada del volumen primero del *Catalogue of Scientific Literature* (1865-1925), antecesor del *International Catalogue*, que también editó la *Royal Society* británica.

<sup>2)</sup>Portada de uno de sus volúmenes del *International Catalogue of Scientific Literature* (1902-1921). Este repertorio constituye una de las grandes aportaciones a la documentación científica del primer cuarto de este siglo.

## INTERNATIONAL CATALOGUE OF SCIENTIFIC LITERATURE

EIGHTH ANNUAL ISSUE.

foto 8

## G MINERALOGY INCLUDING PETROLOGY AND CRYSTALLOGRAPHY

PUBLISHED FOR THE INTERNATIONAL COUNCIL  
BY THE  
ROYAL SOCIETY OF LONDON

LONDON:

HARRISON AND SONS, 45, ST. MARTIN'S LANE.

FRANCE: GUTHRIE-VILLAS, Paris  
GERMANY: H. FRIEDLÄNDER AND SONS, Berlin

1910 (MAY)

# Eupen

Amoxicilina

Nueva presentación  
16 sobres  $\times$  500 mg



Sabor agradable  
para adultos  
y niños



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

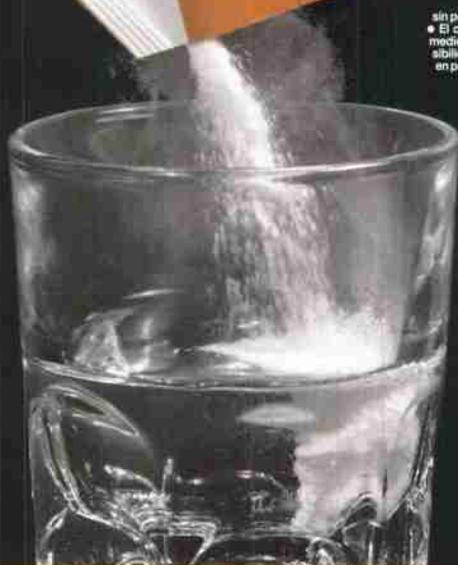
La eficacia de la amoxicilina en una  
nueva presentación, idónea para un  
tratamiento completo (hasta 5 días)

**INDICACIONES:** Tratamiento de los procesos infecciosos por gérmenes sensibles a la amoxicilina. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Muy raramente pueden presentarse intolerancias digestivas leves. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Caso de intoxicación accidental seguir las pautas generales de eliminación de medicamentos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilidad a la penicilina y a sus derivados semisintéticos. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **DOSIIFICACION:** 25 mg de Amoxicilina base por kg y día, repartidos en tres tomas (cada 8 horas). **Lactantes:** 12 gotas (60 mg) de EUPEN GOTAS, tres veces al día. **Niños menores de 3 años:** 25 gotas (125 mg) de EUPEN GOTAS, tres veces al día. **Niños mayores de 3 años:** 1 sobre (250 mg) de EUPEN SOBRES, tres veces al día. **Adultos:** 500 mg (1 sobre o 1 cáps. de EUPEN 500 mg) tres veces al día. En caso necesario puede doblarse la dosis. Eupen puede ser administrado antes, durante o después de las comidas. Las presentaciones pediátricas poseen un agradable sabor y pueden ser tomadas mezcladas con leche, papillas y otros alimentos. **COMPOSICION Y PRESENTACION:** Eupen gotas 125 mg de Amoxicilina base por 1,25 cc (25 gotas). Frasco de 25 cc. con un dosificador cuentagotas. Cada 25 gotas (1,25 cc) contienen 125 mg de Amoxicilina base. PVP IVA 438.— ptas. Eupen sobres 250 mg Caja de 12 sobres con 250 mg de Amoxicilina base por sobre. PVP IVA 378.— ptas. Eupen sobres 500 mg Caja de 16 sobres con 500 mg de Amoxicilina base por sobre. PVP IVA 668.— ptas. Eupen cápsulas 500 mg de Amoxicilina base por cápsula. Envase de 12 cápsulas. PVP IVA 563.— ptas.

## Eficaz cobertura analgésico-antiinflamatoria, segura y bien tolerada

**Composición:** cada sobre contiene: Fosofosal (DCL), 1200 mg; Excipiente (con 50 mg de cloruro sódico y 9 mg de sacarina sódica) c.a.p. 1 sobre. **Indicaciones:** Analgésico-antiinflamatorio para el tratamiento de los dolores propios de enfermedades agudas y crónicas, de dolores musculoesqueléticos o articulares y coadyuvante en los procesos respiratorios y cataratales. Por su extraordinaria tolerancia general y digestiva, DISDOLEN está especialmente indicado en tratamientos de larga duración y en personas de edad avanzada o con problemas de tolerancia digestiva. • Dolores musculoesqueléticos: dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguinces, luxaciones. • Dolores articulares: artritis reumatoidea, osteoartritis.

• Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas. • Cefaleas y migrañas. Neuralgias. Mialgias. • Estados gripales y febriles. **Dosificación:** • De 1 a 3 sobres al día. • De precisarse, pueden administrarse un total de 5 sobres al día, distribuidos en 3 tomas de 2 sobres cada una. • Debido a su tolerancia gástrica, las tomas de DISDOLEN pueden realizarse sin previa ingestión de alimentos, en ayunas, entre comidas, etc. • El contenido del sobre es disoluble con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencia de efectos teratogénicos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Interacciones:** DISDOLEN deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes orales ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosofosal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de estos. **Efectos secundarios:** No se conocen a las dosis terapéuticas habituales. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que solo se producirá por ingestión de dosis muy elevadas, debido al favorable coeficiente terapéutico del principio activo, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. Como tratamiento de la intoxicación se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado, administración de una suspensión acuosa de carbón activo, aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **Presentación:** Envase de 40 sobres, PVP IVA 1.864.- Ptas. Envase de 20 sobres, PVP IVA 932.- Ptas. Cada sobre contiene 1200 mg de Fosofosal (DCL). Disdólen envase clínico de 500 sobres (dosis unitaria). DISDOLEN es un producto investigado y desarrollado por URIACH.



J. URIACH & CIA., S.A.  
Diput. 541 59  
08024 Barcelona

# DISDOLEN

Fosofosal Uriach

(1866-1925) y que editaba la Royal Society de Londres desde 1902-, o a crear nuestros propios instrumentos de trabajo. Tal es el caso del *Index Medicus Hispanus* (1904-1906) que publicó desde Girona Josep Pascual i Prats (1854-1931) a instancias del documentalista americano afincado en Zurich, Herbert Haviland Field (1868-1921). Nuestra colaboración en el *International Catalogue*, por contra, fue institucional, a través de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Madrid, y en ella jugó un papel importante su socio y bibliotecario

José Rodríguez Carracido (1856-1928). El farmacéutico gallego fue el delegado de la Oficina encargada de remitir a Londres la información correspondiente a la productividad científica de los autores españoles. Por problemas fundamentalmente financieros, el *Intercontinental Catalogue* tuvo que suspender su edición en 1921.

Por otro lado, un radical cambio en la actitud de los gobernantes españoles hacia la ciencia, que podemos personificar en la fundación de la Junta de Ampliación de Estudios (1907),

permitió una inteligente política de pensionados en el extranjero, que contribuyó a renovar los hábitos de trabajo intelectual en nuestro país.

En tercer lugar, la actitud de autoafirmación mantenida por algunos científicos y médicos, que se expresó en la defensa de nuestra capacidad intelectual para el cultivo de la ciencia y del español como lengua de comunicación frente a otras más universales, posibilitó, entre otras cosas, una «medicina española» -original en sus planteamientos y rigurosa en cuanto a su cientifismo- desprovista de provincialismo y competitiva a nivel internacional.

Nuestra relación con Hispanoamérica, fomentada desde principios de esta centuria desde supuestos lingüísticos y con implicaciones económicas, hizo que en 1910 la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Madrid, por medio de su socio, el ingeniero e inventor Leonardo Torres Quevedo (1852-1936), intentara exportar al continente americano un modelo de instituto de documentación científica, la *Unión Internacional de Bibliografía y Tecnología Científicas*, que no era sino una copia del que venía utilizando la Royal Society para la confección de su *International Catalogue of Scientific Literature* y en el que veníamos colaborando desde 1905. La *Unión*, por razones complejas que no vienen el caso, fracasó antes de materializarse, siendo el *Vocabulario Tecnológico*, del que acaba de aparecer una segunda edición, su única contribución significativa.

(1) OLAGÜE DE ROS, G.; MENENDEZ NAVARRO, A.; PULGAR ENCINAS, R.M. «Josep Pascual i Prats (1854-1931) y el *Index Medicus Hispanus* (1904-1906): Una contribución española en los inicios de la documentación científica». *Præmia*, 1990, 10, 209-234. OLAGÜE DE ROS, G.; MENENDEZ NAVARRO, A.; ASTRÁIN GALLART, M. «La participación de Leonardo Torres Quevedo en el proyecto de creación de un instituto latinoamericano de documentación e información científicas: la *Unión Internacional de Bibliografía y Tecnología Científicas* (1910)». *SEGUNDO Simposio «Leonardo Torres Quevedo: su vida, su tiempo, su obra»*. Muriedas, Real Valle de Camargo, 12 a 14 de agosto, 1991. Centro Cultural «La Vidriera» (Cantabria). OLAGÜE DE ROS, G.; MENENDEZ NAVARRO, A.; ASTRÁIN GALLART, M. «La incorporación de España al «movimiento documental» europeo de principios de siglo: la contribución de la Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Madrid al *International Catalogue of Scientific Literature* (1905-1921) y la *Unión Internacional Hispano-Americana de Bibliografía y Tecnología Científicas* (1910)». *Dynamos*, 1991, 11 (en prensa).

## CATALOGUE

OF

# SCIENTIFIC PAPERS.

(1800-1863.)

COMPILED AND PUBLISHED

BY THE

ROYAL SOCIETY OF LONDON.

VOL. I.

LONDON:

PRINTED BY GEORGE EDWARD EYRE AND WILLIAM SPOTTISWOODE,

PRINTERS TO THE QUEEN'S MOST EXCELLENT MAJESTY.

FOR HER MAJESTY'S STATIONERY OFFICE.

1867.

Portada del *Traité de Documentation. Le livre et le livre. Théorie et pratique* (1934) de Paul Otlet, obra en la que se surge personificar el nacimiento de la documentación científica, como una disciplina autónoma.

# La Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913)



José Rodríguez Carracido (1856-1928), delegado español de la Oficina Regional encargada de remitir datos sobre la producción científica española a la Royal Society de Londres entre 1905 y 1921.

# TRAITÉ DE DOCUMENTATION

## LE LIVRE SUR LE LIVRE

THÉORIE ET PRATIQUE

PAR

PAUL OTLET

*Les Livres et les Documents. — La Lecture, la Consultation et la Documentation. — Mémoires, Mélanges, Ouvrages, Classement, Conservation, Utilisation des documents. — Édition et Librairie, Bibliographie, Bibliothèque, Encyclopédie, Archives, Manuscrits documentaires, Documentation administrative. — Organismes, organisations, associations. — Office et Institut International de Bibliographie et de Documentation. — Réseau Universel d'Information et de Documentation.*

[002 (02)]



ÉDITIONS MUNDANEUM  
PALAIS MONDIAL  
BRUXELLES  
1934

En este trabajo pretendemos analizar la aportación de la *Asociación Internacional de la Prensa Médica* a los orígenes de la documentación médica contemporánea. Esta corporación se fundó provisionalmente en París en 1900 en el curso de un congreso constituyente de esta sociedad, y en ella se integró una agrupación homónima española que se había fundado en la década de los ochenta de la pasada centuria. La *Asociación Internacional* nació básicamente para defender los intereses de los propietarios y directores de los periódicos médicos de la época, y para colaborar en la publicación de actas de congresos universales de medicina. Pero merced a la labor realizada fundamentalmente por un grupo de médicos franceses y por el ya mencionado español

Pascual i Prats, sirvió para difundir entre la comunidad médica internacional uno de los proyectos documentales vigentes en ese momento en el mundo: el que preconizaba el *Institut de Bibliographie* que habían fundado en Bruselas Paul Otlet y Henri Lafontaine. A España le correspondió organizar el segundo simposio de esta agrupación en 1903, y en el curso del mismo Pascual i Prats planteó la necesidad de crear un repertorio médico universal siguiendo las directrices belgas. La última reunión, celebrada en Londres en 1913, trató también de aspectos sumamente interesantes desde la óptica documental, como es la terminología médica. Tras el estallido de la Primera Guerra Mundial, parece ser que esta asociación dejó de existir.

## Las asociaciones Española (1881) e Internacional de la Prensa Médica (1900)

A tenor de lo que declararía Larra y Cerezo en fechas posteriores, España contó con una Asociación de la Prensa Médica a partir de 1881 o 1882. Durante sus primeros veinte años de existencia llevó una vida lánguida, pero a partir de 1902 conoció una fuerte reestructuración, con motivo de la designación de Madrid como sede del Segundo congreso de esta asociación, que se celebró en la primavera de 1903.

La corporación española, a diferencia de las de otros países, integró como miembros de hecho a profesionales pertenecientes a otras ramas sanitarias. De tal forma que cuando tuvo lugar la reunión internacional de Madrid, la Junta directiva nacional estaba

constituída por el farmacéutico Francisco Marín Sancho, director de *La Farmacia Española*, que era su Presidente; los médicos Ángel de Larra-Cerezo, director de *Medicina Militar Española* (Secretario General), y Fernando Calatraveño Valladares, director de *La Correspondencia Médica* (Secretario de Actas); y el veterinario Benito Remartínez Díaz, responsable de *La Veterinaria Española* (Tesorero).

La *Association de la Presse Médicale Française* se fundó el 21 de febrero de 1889 en París. La primera junta directiva -formada por dos presidentes, André Victor Cornil (1837-1908) y Ranse (este último, presidente a su vez del *Syndicat de la Presse Scientifique*) y un tesorero, Cézilly - se eligió el 10 de mayo de ese año<sup>2</sup>. En 1893, Marcel Edouard Baudouin (n. 1866) fue nominado para el cargo de Secretario General, que desempeñó hasta el congreso parisiense de 1900. El objetivo básico de esta corporación era,

según sus promotores: «el estudio y salvaguarda de los intereses de la Prensa Médica y de los directores de las revistas». A finales de 1899 contaba con 73 miembros, fundamentalmente directores o editores de revistas médicas.

(2) BAUDOUIN, M. «La presse Médicale française». *PREMIER Congrès International de la Presse Médicale, Paris* [26-28 juillet 1900]. *Compte rendu des sciences*. Paris, Institut International de Bibliographie Scientifique, 1901 pp. 274-283.

*Leonardo Torres Quevedo (1851-1906) propuso en 1902, en nombre de la Academia de Ciencias de Madrid, la creación de un instituto de documentación científica de ámbito hispanoamericano; la Unión Internacional de Bibliografía y Tecnología Científica. La falta de apoyo gubernamental frustró el proyecto apenas esbozado.*

*Forjado de la última edición del Vocabulario Tecnológico (1960) após materialización del proyectado instituto de Torres Quevedo.*



REAL ACADEMIA DE CIENCIAS EXACTAS, FÍSICAS Y NATURALES

## VOCABULARIO CIENTÍFICO Y TÉCNICO



ESPASA-CALPE  
MADRID-1990

El núcleo más interesante de esta asociación lo formaban aquellos miembros que estaban ligados también al *Institut International de Bibliographie Scientifique*, que se había fundado en París en 1896 y del que Marcel Baudouin era director y Pierre Charles Edouard Potain (1825-1901) y Charles Robert Richet (1850-1913), entre otros, socios. El *Institut* publicó entre 1899 y 1902 la *Bibliographia Medica (Index Medicus)*, que vino a cubrir el vacío dejado tras la desaparición del *Index Medicus* americano; la *Bibliographia Physiologica* (1893-1899), uno de los primeros repertorios especializados plenamente modernos en su concepción, que editó Richet en colaboración con el fisiólogo rumano Joan Athanasiu (1886-1926), J. Carvallo y Dupuy; la *Bibliographie Scientifique*; así como varios periódicos (los *Archives Provinciales de Chirurgie* (1892-1915) y los *Archives Provinciales de Médecine*) y monografías. Richet fue responsable, además, de la *Revue Scientifique*, una muy interesante publicación que incluyó abundantes artículos de tema documental. Todas estas publicaciones se ajustaron a los moldes que venía defendiendo el instituto belga de Otlet y Lafontaine<sup>7</sup>, es decir una visión supranacional de la información y una codificación de ésta realizada con criterios que iban más allá de los idiomas de cada país. No es de extrañar, pues, que el *Institut* francés fuera miembro del de Bruselas desde sus comienzos.

Sobre la base de la experiencia francesa, Carl Posner (1854-1928) creó en 1894 una asociación de periodistas médicos de lengua alemana<sup>8</sup>. Posner tenía también preocupaciones por cuestiones de documentación científica, pues era redactor del *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin*, una de las grandes aportaciones germánicas a esta materia, y cuya dirección pertenecía a Rudolph Virchow.

La idea de fundar un organismo internacional que integrara las distintas asociaciones nacionales sobre este tema, se gestó durante el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Roma en la primavera de 1894, y fue por iniciativa franco-germana, concretamente, de Marcel Baudouin, Carl Posner y Jean Baptiste Vincent Laborde (1830-1903). El 4 de abril de ese

# BIBLIOGRAPHIA PHYSIOLOGICA

1893-1894

---

RÉPERTOIRE DES TRAVAUX DE PHYSIOLOGIE  
DE L'ANNÉE 1893-1894  
CLASSÉ D'APRÈS LA CLASSIFICATION DÉCORALE  
PAR  
CH. RICHTER  
Professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris  
AVEC LA COLLABORATION DE  
MM. ATHANASIU, J. CARVALLO ET DUPUY

---

PARIS  
PÉLIX ALCAN, ÉDITEUR  
109, BOULEVARD HAUTEVILLE  
BRUXELLES  
OFFICE INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE  
MONT-ROOSELT  
ZURICH  
CONCILIUM BIBLIOGRAPHICUM  
1894

año y en el curso de una asamblea general se creó un «comité internacional provisional», que quedó integrado por Marcel Baudouin como presidente del mismo, y por Julius Schwalbe (1863-1930) y Carl Posner (Alemania), Brown (Inglaterra), Charles E. Sajous (1852-1929), (Estados Unidos de América), Jean Baptiste Vincent Laborde (Francia), y Luigi Lucatello (1863-1926) y Rubino, por Italia. A este comité se le encargó la redacción de un anteproyecto de estatutos, que fueron aceptados, aunque no sancionados definitivamente, en una sesión celebrada el 6 de julio.

Los presidentes del *Syndicat Français de la Presse Médicale*

(Jean Baptiste Vincent Laborde) y de la alemana *Freier Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse* (Carl Posner), fueron los comisionados para organizar una primera asamblea a celebrar en la primavera de 1896 en Bruselas, apenas un año después de la celebración en esa misma ciudad de la *Conférence Bibliographique Internationale* que tuvo como resultado la fundación del *Institut* de Otlet y Lafontaine. La imposibilidad de su concreción obligó a posponerla hasta 1897, con motivo del Congreso Internacional de Medicina de Moscú (19 a 29 de agosto)<sup>9</sup>.

Por razones que nos son desconocidas -si bien se achacó a

# Eupeclanic



Amoxicilina+  
Ácido Clavulánico

Acción bactericida,  
eficacia clínica  
comprobada,  
posología sencilla y  
excelente tolerancia.



J. URIBACH & CIA. S.A.  
Diaga Bahi, 59  
08020 Barcelona

**Composición cuantitativa:** EUPECLANIC 500/125 mg, sobres o comprimidos: Amoxicilina (trihidrato) 500 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 125 mg. EUPECLANIC 250/62,50 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 250 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 62,50 mg. EUPECLANIC 125/31,25 mg sobres: Amoxicilina (trihidrato) 125 mg, Ac. Clavulánico (sal potásica) 31,25 mg. **Propiedades:** EUPECLANIC es un antibacteriano de amplio espectro constituido por Amoxicilina (trihidrato) y Ácido Clavulánico (sal potásica). La Amoxicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro, de acción bactericida frente a microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos. El Ácido Clavulánico es una molécula betalactámica que de por sí tiene un bajo grado de actividad antibacteriana, radicando su actividad en la propiedad de inhibir una gran variedad de betalactamasas, bloqueándolas y transformando en sensibles a la Amoxicilina los gérmenes productores de ellas. **Indicaciones:** Tratamiento por vía oral de los procesos infecciosos producidos por gérmenes sensibles a la Amoxicilina tales como: Infecciones del aparato respiratorio, Otitis media, Infecciones genito-urinarias, Infecciones de la piel: tejidos blandos y óseos, Infecciones intra-abdominales. **Posología:** ADULTOS: 500/125 mg cada 8 horas. NIÑOS: La dosis usual es de 20 mg/kg/día, basados en el componente Amoxicilina, dividida en dosis iguales cada 8 horas. En procesos severos la dosis debe ser de 40 mg/kg/día basados en el componente de Amoxicilina, divididos en dosis iguales cada 8 horas. Como pauta orientativa se señala lo siguiente: De 7 a 14 años (hasta 40 kg): 250/62,50 mg cada 8 horas. De 1 a 7 años: 125/31,25 mg cada 8 horas. De 3 meses a 1 año: 62,50/15,62 mg cada 8 horas. **Dosificación en pacientes con insuficiencia renal:** Reajustar la dosis total diaria y el ritmo de administración de EUPECLANIC de acuerdo con el siguiente esquema de dosificación: Insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina entre 10-30 ml/min): 1 ó 2 dosis 500/125 mg cada 12 horas. Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min): 1/2-1 dosis 500/125 mg cada 12 horas. A pacientes que están sometidos a diálisis se administrará adicionalmente una dosis 500/125 mg durante la diálisis. **Contraindicaciones:** Pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas o efectos de mononucleosis infecciosa. **Precauciones:** Administrar con precaución a pacientes hipersensibles a cefalosporinas o con antecedentes alérgicos medicamentosos. No se ha establecido su inocuidad durante el embarazo. **Interacciones:** Debe evitarse la administración simultánea de antibióticos bacteriostáticos por la posibilidad de que se produzca antagonismo debido a su diferente mecanismo de acción. El alopurinol incrementa la posibilidad de aparición de reacciones cutáneas. **Efectos secundarios:** Se ha descrito la aparición de náuseas, vómitos, molestias gástricas y diarreas. En el caso de aparecer trastornos gastrointestinales se recomienda administrar EUPECLANIC coincidiendo con las comidas. La incidencia de erupciones urticariales o erupciones eritematosas es escasa. Las erupciones eritematosas suelen asociarse con una mononucleosis infecciosa simultánea. El tratamiento debe suspenderse ante la aparición de cualquier tipo de erupciones. **Intoxicación y su tratamiento:** Con las dosis recomendadas no se han descrito síntomas de intoxicación. Si se produjese una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración aplicándose el tratamiento específico, adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.). **Presentación y PVP IVA:** Comprimidos de 500/125 mg, envase de 12, 1.232,— ptas. Sobres de 500/125 mg, caja de 12, 1.288,— ptas. Sobres de 250/62,50 mg, caja de 12, 665,— ptas., caja de 24, 1.331,— ptas. Sobres de 125/31,25 mg, caja de 12, 355,— ptas., caja de 24, 709,— ptas.

# DOLMEN

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

#### Indicaciones

Estados gripales e infecciosos, Resfriados, fiebre, cefaleas, migraña, Tensión premenstrual, Dismenorrea, Procesos reumáticos en fase de agudización y como terapéutica de sostén en sus remisiones, Artrosis, poliartritis, migrañas, Fiebre reumática, Traumatismos, Neuralgias.

#### 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.

#### Efectos secundarios

Si bien DOLMEN posee una buena tolerancia, en algunos casos hipersensibles puede 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 solo 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 la diuresis).

#### Presentación

Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes. PVP IVA 252,- y 384,- Plas.

UN  
CLÁSICO  
ACTUAL



ANALGÉSICO  
ANTITÉRMICO  
ANTI GRIPIAL



falta de coordinación entre los periodistas médicos presentes en la reunión moscovita- no tuvieron lugar ambos eventos, por lo que los patrocinadores de la idea decidieron celebrarlo aprovechando el Congreso Internacional de Medicina de París (1900).

(3) BAUDOUIN, M. *loc. cit.*, pág. 277.

(4) OLAGÜE DE ROS, G.; MENENDEZ NAVARRO, A.; PULGAR ENCINAS, R.M., *op. cit.* (1). El programa documental británico contó también con una fuerte implantación en Francia: Con el patrocinio del Ministerio de Instrucción Pública el *Bureau Français del International Catalogue of Scientific Literature* editó desde 1902, de forma independiente, su contribución a dicho catálogo (*Bibliographie Scientifique Française*). Era miembro de dicho *Bureau*, entre otros, H. Poincaré.

(5) BAUDOUIN, M., *op. cit.* (2), p. 279.

(6) Sobre la participación de los médicos españoles en este Congreso, *vid.*: DAGON, J. «La médecine espagnole au XII<sup>e</sup> Congrès International de Moscou, 1897». En: ANTALL, J.; BUZINKAY, G.; NEMETHY, F. (Eds.), *Acta Congressus Internationalis XXIV historiae medicinae*, 25-31 Augusti 1974, Budapestini. Budapest, Museum, Bibliotheca et Archivum Historiae Artis medicinae de I. Ph. Semmelweis Nominata, 1976, vol. I, 685-687.

(7) El texto de los estatutos, que no se aprobaron definitivamente hasta el congreso de Madrid, *cf.* nota (2), pp. 329-336.

(8) «PREMIERE Journée. 1<sup>re</sup> Séance solennelle d'Inauguration. Jeudi, 26 juillet 1900 (Soir)», *op. cit.* (2), pág. 1.

(9) *Ibidem*, pp. VIII-XIII.

(10) *Ibidem*, pág. XV.

(11) «La technique moderne des Tables de Matières internationales des Revues Médicales» (Baudouin), pp. 33-49; «Unification de la terminologie adoptée pour la classification scientifique» (De Maurans), pp. 72-75; «L'emploi de la classification décimale dans les journaux de médecine est nécessaire» (Richet), pp. 78-97. Un bloque de aportaciones también sumamente interesante lo constituyó la historia del periodismo médico: «Histoire de la presse médicale grecque» (Foustans), pp. 176-179; «La Presse Médicale à l'île de Cuba» (Santos Fernández), pp. 180-185; «Sur l'histoire et la stadistique de la presse médicale belge» (Gilsen), pp. 186-194; «Étude sur la presse médicale en Suède» (Tjernerstedt), pp. 228-245; «Étude sur la Presse médicale en Russie» (Petersen), pp. 250-255; «Dati storici sulla stampa sanitaria italiana» (Bossi), pp. 259-264; «La presse médicale française» (Boudouin), pp. 265-283. En: *op. cit.* en nota (2).

Porción de uno de los volúmenes del *International Catalogue of Scientific Literature* (1892-1921). Este repertorio constituye una de las grandes aportaciones a la documentación científica del primer cuarto de este siglo.

## Los conatos iniciales de cristalización: el congreso de París (1900) y la conferencia de Mónaco (1902)

### *El Primer Congreso Internacional de la Prensa Médica (París, 26 a 28 de julio de 1900)*

El congreso de París fue coincidente, entre otros, con el Decimotercer Congreso Internacional de Ciencias Médicas, con el *Congrès de Déontologie médicale et de médecine professionnelle* y con la primera Exposición Universal de esta centuria. En el transcurso de dicha reunión se presentaron los estatutos que debían de regir en el futuro la sociedad y se eligieron los integrantes de la junta directiva de la misma<sup>2</sup>. A nuestro entender, la presencia del anciano Rudolph Virchow -*président d'honneur* del simposio- en el acto inaugural no fue accidental, sino que sus organizadores buscaron en el prestigio del célebre médico alemán una sanción superior. No olvidemos que Carl Posner, uno de los animadores del congreso, era redactor de los *Jahresberichts* de medicina general, de los cuales, como ya advertimos, Rudolph Virchow era su director<sup>3</sup>.

La reunión contó con un nutrido grupo organizador. El comité francés estaba constituido por André Victor Cornil, Jean Baptiste Vincent Laborde, Just Lucas-Championnière (1843-1913), Raoul-Émile Blondel y Marcel Boudouin, entre otros. En representación de la prensa médica extranjera: Rudolph Virchow y Carl Posner, por Alemania; Baccelli, Luigi Maria Bossi (1859-1919) y Tullio Rossi Doria -editor de bibliografías científicas conformes con la clasificación decimal propuesta por el instituto belga- por Italia; y Valleder, Serret, Rafael Ulceia Cardona (1850-1921), Fernando Calatraveño Valladares (1851-1916) y Angel Larra Cerezo (1858-1910) por España. También

estuvieron presentes comités de Portugal, Estados Unidos, Rusia, Noruega y Suecia<sup>4</sup>. El *bureau définitif* de la reunión contó con dieciocho presidentes de honor (entre ellos, Virchow, Posner y Valleder), tres vicepresidentes de honor, un presidente (André Victor Cornil), dos vice-presidentes (Lucas-Championnière y Charles Robert Richet), un secretario general (Raoul-Émile Blondel), siete secretarios de sesiones y un tesorero. Finalmente, de los ciento ochenta y ocho miembros adheridos, sólo uno -la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*- era español y cinco hispanoparlantes.

Los temas oficiales propuestos para ser abordados en la reunión fueron: «Conveniencia de fundar una Asociación Internacional de la Prensa Médica» (Ponentes: Jean Baptiste Vincent Laborde, Carl Posner y Rubino); y «Protección de la propiedad de la literatura médica» (Ponentes: Pouillet, de Maurans, Rochet, F. Alcán -editor- y Boudouin)<sup>5</sup>.

Las comunicaciones presentadas, en número de treinta y cuatro, trataron de las cuestiones oficiales planteadas y de otros asuntos. Referentes al tema de la primera ponencia se leyeron seis comunicaciones, y cinco al de la segunda. Otras veintitrés contribuciones estudiaron diversos aspectos técnicos de carácter documental.

Merecen destacarse las tres aportaciones de Boudouin, Richet y de Maurans, que trataron problemas documentales con una gran rigurosidad<sup>6</sup>. Son precisamente estos tres trabajos los que respaldaban abiertamente el programa en ciencias de la información que venían preconizando desde 1895 los belgas Otlet y Lafontaine. Marcel Boudouin defendió en su comunicación la imperiosa necesidad de que las tablas de materias de las revistas se ajustaran a la Clasificación Decimal Universal. Charles Robert Richet abogó por la adopción, por todas las revistas, de la clasificación de Dewey. En su comunicación, Richet se esforzó por cuantificar el ritmo de crecimiento de las publicaciones biomédicas, siendo, por tanto, un predecesor de los estudios sobre el mismo problema llevados a cabo por John Derek de Solla Price. El interés de Richet por esta cuestión estaba motivado

# La Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913)

por la necesidad de que la comunidad científica internacional adoptara una clasificación temática de los artículos científicos; que superara las inevitables barreras idiomáticas; y que evitara así una nueva Babel terminológica.

Finalmente, De Maurans solicitó que se unificaran todos los vocablos científicos y médicos sobre la base de un lenguaje común. Como ejemplo de bien hacer en una parcela médica concreta mencionó la *Nomina Anatomica*, aprobada en el Congreso de Basilea de 1891 y publicada en 1896. Todas estas propuestas, obviamente, chocaban con las directrices que desde Londres venía marcando la Royal Society. Para la confección del *International Catalogue of Scientific Literature*, los fellows de la Royal Society rechazaron cualquier sistema codificado para la ordenación temática de los artículos, y recurrieron exclusivamente a cinco idiomas: francés, inglés, alemán, italiano y latín<sup>(12)</sup>.

Como quiera que los «estatutos» no pudieron ser discutidos y aprobados en el curso de las sesiones del congreso, se tomó el acuerdo de nombrar un «bureau provisoire» que gestionara los asuntos de la naciente Asociación hasta que, en mejor momento, se procediera a la sanción definitiva de los mismos: El 28 de julio era elegido este comité temporal, que quedaba integrado por las siguientes personalidades, todas ellas francesas: André Victor Cornil (Presidente), Charles Richet y Just Lucas-Championnière (Vicepresidentes), Raoul-Émile Blondel (Secretario general), y Marcel Baudouin y Jean Baptiste-Vincent Laborde (Miembros).

## La Conferencia de Mónaco (abril de 1902)

A la finalización de este congreso, se estimó conveniente realizar el próximo en Bruselas en 1901 y proceder entonces a la aprobación de los estatutos que no pudo ser, dada su no celebración. Con este fin, se convocó una conferencia en Mónaco en la primavera de 1902<sup>(13)</sup>. En el curso de la misma se acordó designar a Madrid como sede del siguiente Congreso, dado que en la capital de España iban a celebrarse en 1903 varias reuniones internacionales, como la de Medicina, la de Deontología Médica, y la de la *Unión Médica Hispano-Americana*<sup>(14)</sup>. La representación española en esta asamblea monegasca la ostentó Rafael Ulecia y Cardona<sup>(15)</sup>.

(12) Sobre la participación española en esta empresa *vid. nota (1)*.

(13) CORNIL, V. [Discurso del Sr. Cornil]. *SEGUNDO Congreso Internacional de la Prensa Médica, Madrid, 20-21-22 de abril de 1903. Libro de Actas*. Madrid, Imprenta de Ricardo Rojas, 1905, pág. 28.

(14) *Ibidem*, pág. 17.

(15) ULECIA Y CARDONA, R. (1905), *op. cit.* (13), pág. 191.

Carlos María Cortezo participó activamente representando a nuestro país en el foro internacional.

## La consolidación legal: el segundo Congreso Internacional (Madrid, 20 a 22 de abril de 1903)

### Las sesiones del congreso

Como ya sabemos, esta reunión precedió al decimocuarto Congreso Internacional de Medicina, habido en esa misma ciudad entre el 23 y el 30 de ese mes. De esta segunda asamblea fue presidente Julián Calleja y Sánchez (1836-1913). Entre los nominados para ocupar los cargos directivos de la misma se encontraban varios de los responsables del simposio de la prensa médica. Carlos María Cortezo Prieto (1850-1933), Vicepresidente en el de Medicina, fue Presidente del de la Prensa Médica, por ser Director General de Sanidad -cargo que ocupaba desde 1902 y que desempeñaría hasta 1904- y redactor de la prestigiosa revista *El Siglo Médico*. Angel de Larra Cerezo ocupó la Secretaría de ambas reuniones. El farmacéutico Francisco Marín Sancho y el pediatra Rafael Ulecia y Cardona, directores respectivamente de *La Farmacia Española* y de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* -Vicepresidentes en la primera de las reuniones- ocuparon igual representación, en nombre del periodismo farmacéutico y médico español, en el simposio de medicina.

Los cargos directivos de la Asociación Española de la Prensa Médica tuvieron, como era de esperar, puestos preferentes en la comisión organizadora del congreso de los periodistas. Francisco Marín Sancho, que era su Presidente, estuvo al frente de una de las vicepresidencias, como ya sabemos. Angel de Larra Cerezo -secretario del congreso- lo era asimismo de la Asociación. Para el cargo de Secretario Adjunto fue nominado Fernando Calatraveño, responsable de *La Correspondencia Médica* y Secretario de Actas de la agrupación periodística médica española. Finalmente, Benito Remartínez Díaz, que era la máxima autoridad de *La Veterinaria Española* y tesorero de la Asociación, fue designado encargado de las finanzas del simposio.

La celebración simultánea de ambas reuniones explica la doble inscripción en los dos congresos de la mayoría de los asistentes. El *Internacional de la Prensa Médica* contó con 131 socios, de los que 127 fueron nominativos y cuatro revistas médicas.

Por lugar de procedencia, los asistentes se distribuyeron de la siguiente forma. El núcleo más numeroso lo conformó la delegación española, con cien representantes. Por las ciudades de residencia, este montante se distribuyó así: Madrid, con 74 inscripciones; Barcelona, con 12; Valencia, con 3; y con un delegado, doce localidades: Bilbao, Cáceres, Girona, Palma de Mallorca, Plasencia, Santander, Palencia, Santiago de Compostela, Sevilla, Teruel, Vitoria y Zaragoza. La comisión extranjera estuvo formada por 31 asistentes de doce países, con la siguiente distribución según origen: Francia, con 12 delegados; Italia y los Estados Unidos de América, con tres; Alemania, Bélgica, Inglaterra y Rusia, con dos; y Argentina, Cuba, Grecia, Holanda y Venezuela, con un sólo participante.

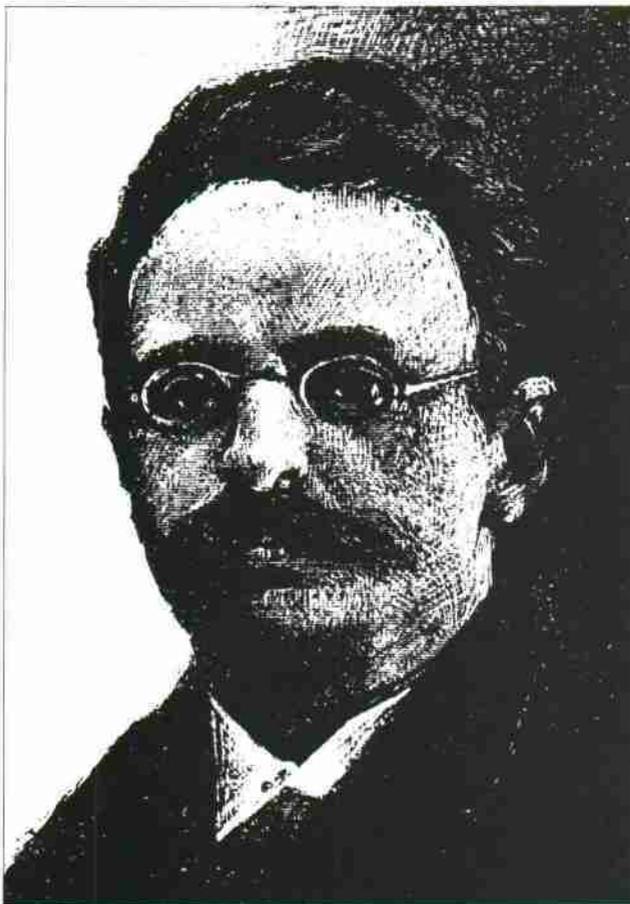
También es interesante analizar el perfil profesional de los miembros de la reunión. Además de los médicos, obviamente el grupo mayoritario, hubo representantes de otras actividades, como Fernando de Larra, abogado de la Asociación Española de la Prensa Médica; los odontólogos y

estomatólogos Florestán Aguilar (1872-1934), Joseph Chompret, Ch. Godon, Edward C. Kirk, Edmon Papot, E. Sauvez, Luis Subirana y Baldomero Valle Colina, el grupo más numeroso tras los médicos: los veterinarios Guitard y Benito Remartínez; y periodistas, como Eduardo G. Gereda, de *El Heraldo de Madrid*. También se inscribieron responsables de publicaciones farmacéuticas y médico-farmacéuticas.

Por las características del simposio, la mayoría de los inscritos lo fueron en su calidad de directores o miembros del consejo de redacción

de una o varias revistas, profesionales o no, exceptuando a aquellos que no pertenecían al mundo del periodismo, como el ya citado abogado de la Asociación, Fernando de Larra.

Idiomas oficiales del simposio fueron el castellano, en el que se leyeron la mayoría de las comunicaciones- y el francés, que fue utilizado tanto por los participantes españoles -Manuel Tolosa Latour (1857-1919) y Angel Pulido Fernández (1853-1932)- y extranjeros, como Joseph Chompret, Rasmus Hansson y Raoul-Émile Blondel.



El congreso, como ya advertimos, se celebró entre los días 20 a 22 de abril. Bien es verdad que como las sesiones se alargaban, se tuvo que utilizar la mañana del día 23 -en que se inauguraba el Internacional de Medicina- para clausurar oficialmente la reunión<sup>16</sup>. Esta coincidencia en las fechas hizo que la asistencia al primero fuera muy numerosa, como atestigua la crónica de la sesión de apertura, que se celebró en el Paraninfo de la Universidad Central, a las «tres y media de la tarde». A la misma asistieron «millares de personas» y acudieron «no sólo los principales hombres de ciencia españoles y algunos extranjeros, sino hombres políticos, literatos, artistas, nutridísima representación de la prensa general, militares, marinos, gran número de bellas y elegantes damas y personal del Cuerpo diplomático, de gran uniforme»<sup>17</sup>. No cabe duda que éste era un ensayo general para la reunión internacional de días después.

La mesa de honor la formaron los más altos cargos de la Asociación Internacional de la Prensa Médica -tal es el caso de André Victor Cornil, su Presidente- y de la corporación española, amén de autoridades académicas y políticas.

En esta jornada inaugural intervinieron Angel de Larra Cerezo, que glorió los orígenes de esta reunión tras la anterior de París de 1900; Carlos María Cortezo, que dio la bienvenida a los presentes en francés, alemán, italiano y español; André Victor Cornil, que disertó sobre los orígenes y objetivos de la Asociación Internacional de la Prensa Médica; y Manuel Allendesalazar, Ministro de Instrucción Pública, que en su

plática confió a la prensa médica la misión de difundir los adelantos científicos a la «periferia», en la medida en que el Estado no podía subvenir con sus medios las necesidades formativas del «médico de aldea», ni del recién egresado. Como colofón a sus palabras, Allendesalazar señalaba que era responsabilidad del Estado y de los Gobiernos «atender a la prensa médica, estimularla, ayudarla, y procurar por todos los medios posibles que tenga el esplendor, que tenga la cultura y que tenga los medios necesarios para cumplir esta alta misión social que le está encomendada»<sup>18</sup>.

También hicieron uso de la palabra representantes del periodismo médico de otras naciones: L. Déjace, por Bélgica; Juan Santos Fernández (1847-1922), por Cuba; Jenaro Sixto, por Argentina; Edward C. Kirk, por los Estados Unidos de América; Adolph Smith, por Inglaterra; Raoul-Émile Blondel, por Francia; Vittorio Aseoli (1863-1931), por Italia y Carl Posner por Alemania.

### Las comunicaciones

Como tales aportaciones se leyeron 20 trabajos, cinco en francés<sup>19</sup>. Además, se produjeron diversas intervenciones de varios congresistas en los debates: habidos tras la lectura de las correspondientes comunicaciones. En aras de esquematizar su contenido, podemos clasificar las 20 ponencias en siete grupos.

El bloque más numeroso y homogéneo lo constituyen las

comunicaciones acerca del *papel formativo del periodismo médico* (cinco); desde un punto de vista cultural (dos) y pedagógico (tres). Sobre la *historia del periodismo médico* versaron cuatro trabajos. En tercer lugar, las *relaciones de la prensa médica con otro periodismo científico* (tres); sociedades científicas, ciencias militares y odontología. A continuación, las referidas al *internacionalismo de las revistas y a los problemas jurídicos de las gacetas médicas* (dos, respectivamente). Una comunicación se refirió a *aspectos documentales* y se debió al médico gerundense Josep Pascual i Prats, que propuso la creación de un repertorio de bibliografía médica internacional, y sobre la que volveremos más adelante. El resto, de *temática diversa*, abordó cuestiones como «reporterismo médicos», formación del médico como periodista y relaciones con el Estado.

Todas las comunicaciones referentes al *papel formativo del periodismo médico* fueron presentadas en castellano. Una de las contribuciones que más peticiones en el uso de la palabra despertó fue la leída por Antonio Espina y Capo (1850-1930), que trató de la «Necesidad de que la Prensa médica haga una propaganda antituberculosa, divulgando los medios convenientes para evitar la propagación»<sup>20</sup>. El fisiólogo madrileño estableció en su discurso el gran beneficio que se obtendría si todos los periódicos médicos crearan secciones de propaganda antituberculosa, dada la alta incidencia de esta enfermedad y la poca atención que le prestaban los diarios políticos. Aprovechó su plática, además, para arremeter muy duramente

# Eupen bronquial

Amoxicilina + Brovanexina

## Cuando el moco acompaña a la infección

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

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

**Broncopneumopatías agudas y crónicas que cursan con tos y expectoración.**

• Bronquitis aguda, subaguda y crónica • Bronquitis asmática • Bronquitis bacteriana postgripal • Brotes de reagudización de la bronquitis crónica • Laringitis • Tos ferina • Bronquiectasias • Neumonia • Broncoesumonía • Complicaciones bacterianas de las vías respiratorias.

**Posología:** Adultos: 1 sobres cada 8 horas.

**Nota:** La dosificación usual corresponde a 25-30 mg/kg de amoxicilina y 1,25-2,5 mg/kg de brovanexina, en dosis divididas cada 8 horas. Esta dosificación corresponde a 1 sobre cada 8 horas, que puede ser aumentada sin riesgo según la gravedad del proceso.

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

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

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

**Intoxicación y tratamiento:** En personas hipersensibles a la amoxicilina pueden aparecer fenómenos alérgicos (reacciones cutáneas con urticaria e incluso glóvilis) que se tratarán con antihistamínicos, corticoides, aminofilina o ác. nicotínico, oral o parenteral, según su gravedad.

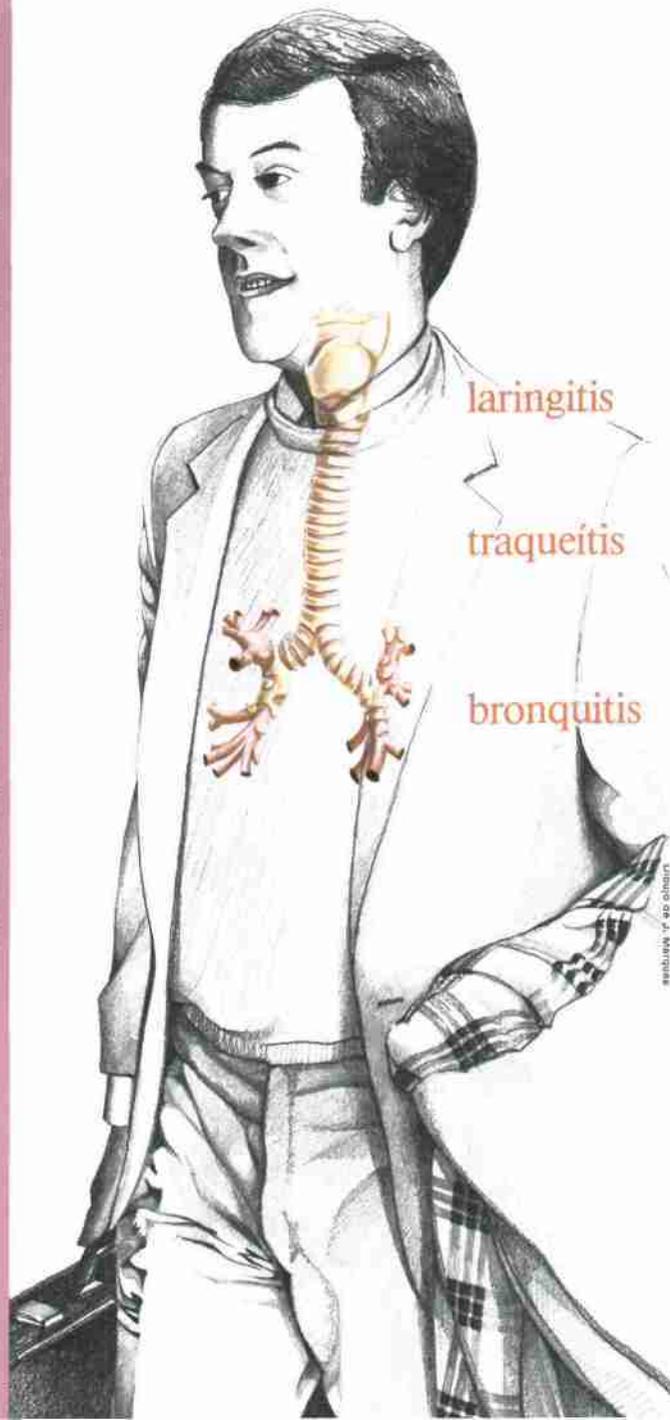
**Composición y Presentación:** Eupen bronquial cápsulas

Cada cápsula contiene 500 mg de amoxicilina (tribátrato) y 25 mg de brovanexina ClH. Envase de 12 cápsulas. PVP IVA 623, -- Ptas.

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

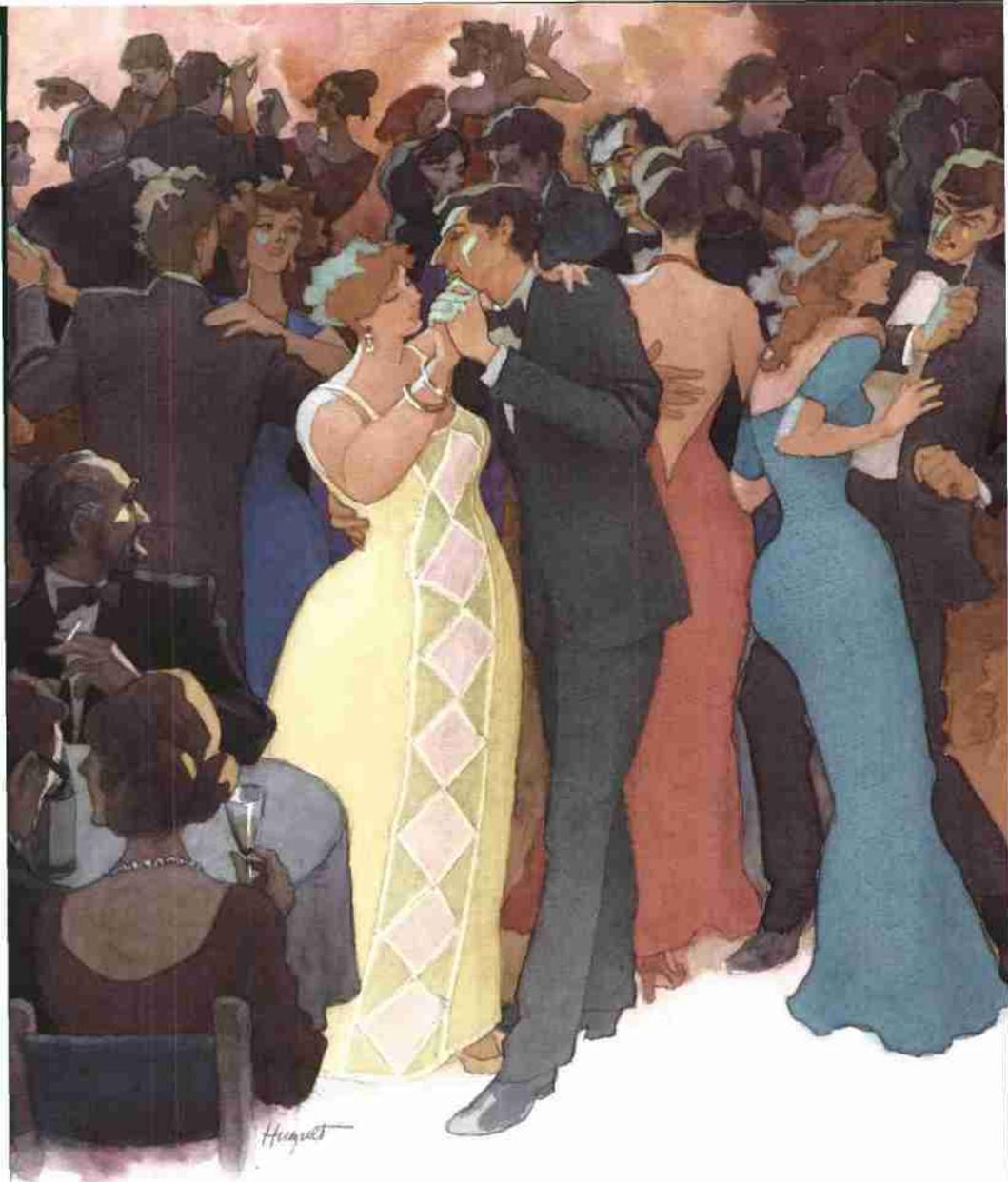
Nueva presentación, lótilona para niños.

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



J. URIACH & CIA., S.A.

Degà Bahl 59  
08216 Barcelona



Huguet



J. L. Escobar & F. S. A.

**Indicaciones:** Tratamiento de la obesidad y de sus trastornos secundarios. **Composición:** Cada gragea contiene: *Rhamnus purshiana* polvo, 20 mg; *Esti*: *Fucus vesiculosus*, 200 mg; *Esti*: *Cinca* extracto, 30 mg; *Cin*: *de calina*, 30 mg; *Fenofibrina*, 10 mg; *Esti*: *de liriod*, 75 mg; *Chc*: *magnisio*, 10 mg; *Bicarb*: *sodio*, 50 mg. **Farmacología:** De 2 a 6 grageas diarias durante las comidas. La *dosificación* se gradúa, en cada caso, según la disminución de peso semanal, que suele oscilar entre 2 y 3 kg mensuales. Una vez obtenido el peso correcto puede proseguirse el tratamiento durante algunas semanas más si el paciente persiste en la antigüedad obesa o recurre a su peso ini-

cial. En este caso son recomendables curas de 10 a 20 días al mes. **Contraindicaciones e incompatibilidades:** Intolerancia cardíaca, hepática o renal grave. **Efectos secundarios:** Dosis elevadas pueden producir reacciones adversas de naturaleza diarreica, que desaparecen al disminuir la dosis. **Intoxicación y su tratamiento:** La intoxicación aguda es rara dada su escasa eficacia terapéutica. En caso de intoxicación accidental que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer: inquietud, diarrea, espasmos digestivos e incontinencia. Tratamiento: Lavado de estómago y sanguijotas. **Precaución:** Evitar de 30 grageas 1 p. e. p. (Vt. 200).

## LIPOGRASIL

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

# La Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913)

contra la «incultura en materias médicas de nuestros políticos, que sólo hablan de ellas [se refiere a las instituciones antituberculosas existentes por entonces en España] por referencias de oído, y dándole el aspecto que conviene a su bandería o fracción, incluso a lo que respecta a injusticias de nombres y personas, nos hemos quedado a la zaga»<sup>21</sup>. Las intervenciones de Avilés, el oftalmólogo cubano Juan Santos Fernández, Tolosa Latour, Castañer y el catedrático de Pediatría de Barcelona Andrés Martínez Vargas (1862-1948) refrendaron la propuesta de Antonio Espina.

Las demás aportaciones a este conjunto temático, de Luis Subirana, director de *La Moderna Estomatología*, Rafael Rodríguez Méndez (1845-1919) y José Monmeneu López-Reynoso (1854-1911), carecieron de interés<sup>22</sup>. La de Martínez Vargas, sin embargo, difirió de las anteriores, pues analizó el papel de la prensa especializada en el progreso de las especialidades médicas. A juicio de este pediatra, el artículo era un instrumento más rápido de comunicación, y por tanto de formación, que el libro, que exigía mayor tiempo en su redacción. Por ello, todas las cátedras universitarias deberían tener un boletín o una revista que fuera instrumento de expresión del grupo de profesionales correspondiente<sup>23</sup>.

El bloque de comunicaciones sobre la *historia del periodismo* contó con aportaciones de varios países, de las que tres se leyeron en castellano y una en francés. Por lo que se refiere a España dos fueron las comunicaciones<sup>24</sup>. Por un lado, Angel de Larra Cerezo presentó una «Historia resumida

del periodismo médico español», a la que acompañó un «Resumen cronológico y residencial de las publicaciones médicas españolas»<sup>25</sup>. Tras recordar elogiosamente los *Breves apuntes para la historia del periodismo médico y farmacéutico en España* de Francisco Méndez Alvaro (1883), Angel de Larra abordó cronológicamente el desarrollo del periodismo médico español, y para ello se basó abundantemente en la información proporcionada por Méndez Alvaro. A los trescientos cuarenta y un títulos ofrecidos en los *Apuntes*, Larra añadía casi cincuenta y nueve más hasta 1882. Para los restantes veinte años, el autor de la comunicación recurrió a diversas fuentes: su biblioteca particular, la información que le proporcionaron las propias revistas, y la de centros oficiales. Las *Ejemérides barométrico matrienses* (1734) eran, a su entender, la primera revista profesional española. En total, diez fueron los diarios médicos en nuestro país en el siglo XVIII. Según Larra, en Valencia se editó el primer periódico de higiene en 1799, *Idea General de la Policía*, aunque en la contribución posterior que Faustino Barberá dedicó a la historia del periodismo médico valenciano, la desestimó como tal publicación periódica<sup>26</sup>. Durante la primera mitad del siglo XIX se editaron cincuenta revistas médicas; en la segunda mitad de siglo, este montante se incrementó de manera notable. El número de las fundadas desde 1882 hasta 1903 fue de 356. Para no aburrir al lector, Larra ofrecía en la segunda parte de su comunicación «un índice cronológico numérico y otro según la distribución por publicaciones».

(16) *Op. cit.*, (13), pág. 196.

(17) «SOLEMNE sesión de apertura», (13) pág. 14.

(18) *Ibidem*, pág. 31.

(19) TOLOSA LATOUR, M.: «La propriété intellectuelle et la presse médicale». *Cfr.* (13), pp. 39-49; PULIDO, A.: «Rapports entre la presse médicale et les pouvoirs de l'Etat», *ibidem*, pp. 50-58; CHOMPRET, J.: «Création des revues internationales de Médecine», *ibidem*, pp. 58-61.

HANSSON, R.: «Etude sur la presse médicale norvégienne», *ibidem*, 61-67; BLONDIEL, R.: «De la place donnée aux comptes-rendus des Sociétés savantes dans les journaux médicaux», *ibidem*, pp. 97-98. Véase la relación de las demás comunicaciones en nuestro trabajo: OLAGUE DE ROS, G.; MENENDEZ NAVARRO, A.; PULGAR ENCINAS, R.M. (1990), *cit.* en nota (1), pág. 234 nota a pie de página (58).

(20) *Cfr.* en nota (13), pág. 35.

(21) *Ibidem*.

(22) «Influencia de la prensa en la cultura profesional». *En* (13), pp. 175-180; «Educación del médico periodista», *ibidem*, pp. 164-173; «La prensa y la cultura médica», *ibidem*, pp. 161-164.

(23) «Relaciones entre la prensa y la enseñanza», *op. cit.* en nota (13), pp. 155-159.

(24) Paradójicamente, la aportación de este congreso a la historia del periodismo médico en España no ha sido tenida en cuenta por aquellos que se han ocupado de este asunto. *Vid.*, por ejemplo: LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA FERRANDIZ, M.L.: «Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico». *En*: ALBARRACIN TEULÓN, A. *et alia* (Eds.), *Medicina e Historia*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1980, pp. 163-191.

(25) *Op. cit.* en nota (13), pp. 68-81 y 82-97, respectivamente. Ese mismo año, Larra publicó una monografía sobre el mismo tema: *Historia resumida del periodismo médico en España* (Madrid, 1905).

(26) BARBERA, F.: «Elenco de las revistas médico farmacéuticas valencianas», *op. cit.* en nota (13), pág. 130, nota a pie de página.

En lo tocante a la ordenación por materias, Larra encontró

«doscientas treinta de Medicina general, pasan de ochenta las de Sociedades y Colegios médicos, de cincuenta las de Farmacia exclusivamente..., treinta y pico de estudiantes, veinticinco de homeopatía, más de veinte de Veterinaria, diez de Sanidad Militar..., diez o doce de Terapéutica, cuatro de Dosimetría, y consagradas a asuntos profesionales exclusivamente, veinticuatro. Las de Odontología llegan a veinte, contando con las nacidas durante nuestra dominación en América»<sup>27</sup>.

Un capítulo especial lo constituían las de especialidades: «catorce de Oftalmología, siete de Paidopatía, diez de Ginecología y Obstetricia, nueve de Hidrología e Hidroterapia, nueve de enfermedades mentales y unas doce entre las restantes ramas de la práctica... De Higiene he podido contar más de cuarenta»<sup>28</sup>.

Por lugares de edición, Madrid ocupaba el primer puesto con

«doscientas cincuenta; en Barcelona pasan de cien; en La Habana, mientras fue española, pasan de setenta; Valencia, aparece con cincuenta; Cádiz con veinticuatro; Sevilla, diez y siete; Zaragoza, quince; Granada, ocho; Vitoria, siete; Badajoz, siete; Salamanca, seis; Córdoba, cuatro; Burgos, cuatro. Sólo ocho provincias, de las cuarenta y nueve de España, no han tenido periodismo médico»<sup>29</sup>.

Haciendo un balance optimista de lo que era nuestro pasado, Larra concluía: «Más de 700 periódicos médicos fundados durante un siglo, en un país de 16 a 18 millones de habitantes (en los comienzos de dicho siglo la cifra era bastante inferior), asolado por luchas civiles y por doce o catorce guerras extranjeras, algunas de invasión en su territorio metropolitano, son buena prueba de su vitalidad intelectual, amor al estudio y entusiasmo profesional entre las clases médicas españolas, que han sostenido muchos de esos periódicos y que cuentan hoy con unos 100 órganos en la prensa»<sup>30</sup>.

El «Resumen cronológico y residencial», que aparecía al final de la comunicación de Larra, era un elenco alfabético de los títulos de las revistas médicas españolas

(publicadas en la península, en sus colonias, o en otros países, pero en castellano) aparecidas desde el siglo XVIII hasta el 31 de diciembre de 1904. De ellos, 71 eran andaluces.

La segunda comunicación sobre la historia del periodismo médico español la presentó el médico valenciano Faustino Barberá (1850-1924)<sup>31</sup>. En su estudio, el director de la *Revista Valenciana de las Ciencias Médicas* relacionaba en orden cronológico cincuenta títulos: el primero de ellos, el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* (1841) y el último, los boletines de los colegios médicos y farmacéuticos de Castellón y Alicante.

Las otras dos aportaciones sobre esta misma temática se debieron a Juan Santos Fernández<sup>32</sup> y al noruego Rasmus Hansson<sup>33</sup>. Con este trabajo, Santos Fernández amplía los datos que había ofrecido en el Primer Congreso Internacional de la Prensa Médica de París<sup>34</sup>. En esta segunda ocasión había contado con la, para él, inestimable colaboración del higienista e historiador Jorge Le Roy y Cassá (1867-1934)<sup>35</sup>. Juan Santos Fernández ofrecía una amplísima relación cronológica de títulos; que iniciaba con el *Repertorio Médico Habanero* (1840) y que cerraba con el *Boletín Clínico mensual del hospital número uno* (1903). Por su parte, Rasmus Hansson -secretario general de la asociación de médicos noruegos- relataba en su comunicación la historia del periodismo de ese país desde 1826, en que aparece la primera revista. Eyr, hasta el surgimiento de los primeros periódicos especializados, ya en este siglo. Al igual que Juan Santos Fernández, Rasmus Hansson complementaba con su aportación la información que, en este caso, otro autor, Robert Tigerstedt (1853-1923), había presentado en el congreso parísino de 1900 sobre la prensa médica de los países escandinavos.

Del resto de aportaciones solamente tuvieron interés las que abordaron el *internacionalismo de las revistas*, además de la ya citada de Pascual i Prats. Joseph Chompret propuso en su plática crear revistas internacionales de medicina por especialidades, cuyos artículos serían seleccionados por competentes comités de redacción y serían

publicados en cinco idiomas: francés, inglés, alemán, italiano y español. La nota leída por José Codina y Castellví (1867-1934), más bien de carácter teórico, pretendió ofrecer una tipificación de las revistas médicas según el idioma de edición<sup>36</sup>.

## La aportación de Josep Pascual i Prats

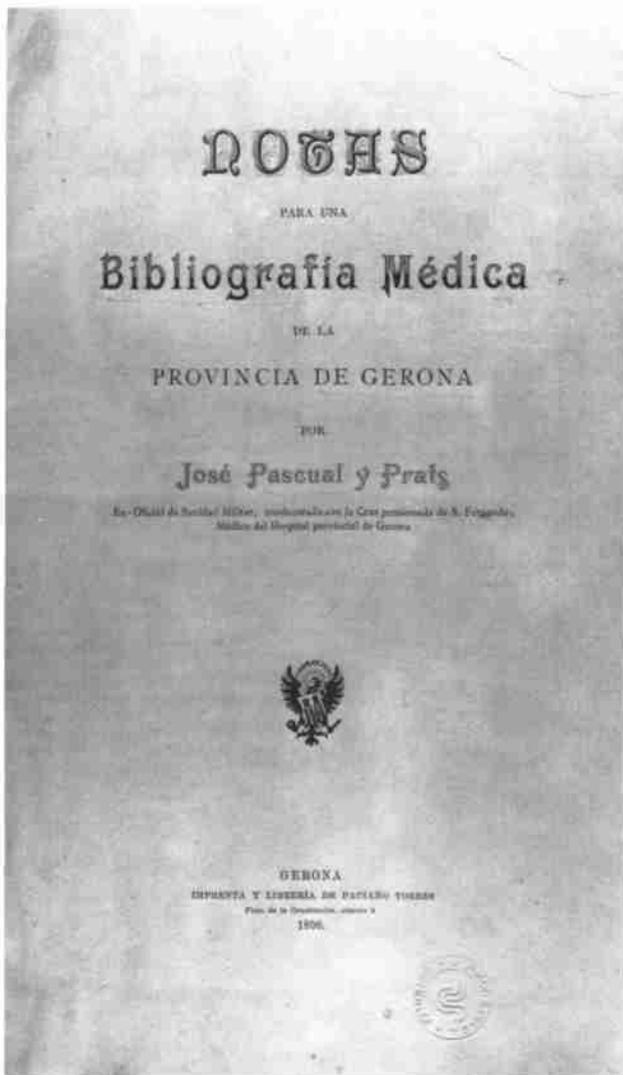
De todas las comunicaciones presentadas, la que leyó el gerundense Josep Pascual i Prats (1854-1931), miembro de la Asociación por su condición de director del *Boletín del Colegio de Médicos de la Provincia de Gerona*, fue la más notable, pues se salía de la tónica histórica y legista de los restantes trabajos,

Al igual que otros participantes en la reunión, Pascual i Prats contaba con una dilatada trayectoria como historiador de la bibliografía médica. De todas sus publicaciones probablemente la más rigurosa era *Notas para una bibliografía médica de la provincia de Gerona*, impresa en su ciudad natal en 1896 y que fue merecedora de un premio de la Asociación Literaria de Girona. En el congreso madrileño abordó la conveniencia de fundar un repertorio de referencias médicas de actualidad, que básicamente recogía los planteamientos documentales del instituto de Bruselas.

El acercamiento de Pascual i Prats hacia los temas documentales le vino por el interés demostrado por el documentalista americano afinado en Suiza, Herbert Haviland Field -editor de la *Bibliographia Zoologica* y director del *Conciliam Bibliographicum*, un centro afiliado al Instituto de Bruselas de Oiler y Lafontaine- por conocer la producción médica española, en su opinión, deficientemente difundida en la comunidad internacional, con el que Pascual mantuvo una relación epistolar<sup>37</sup>.

Pascual inició su plática con una definición de la bibliografía sumamente actual:

«La bibliografía es un ramo del saber humano tan importante como el que se ocupa de la vida y sus fenómenos y variaciones que



éstos experimentan, es fuente a donde debe acudir no sólo el sabio, sino que también el hombre curioso de ciencia, pues en ella podrá compulsar si sus concepciones han sido ya expuestas por otros autores; ella le dará cuenta del lento o rápido desarrollo alcanzado por ciertos métodos, ella le pondrá en

contacto con modestos observadores de hechos realizados fuera del radio de su personal observación y el conocimiento exacto de cuanto se ha dicho y escrito sobre el asunto objeto de estudio le servirá de piedra de toque para aquilatar la bondad de su obra<sup>78</sup>.

(27) *Op. cit.* en nota (13), pág. 74.

(28) *Ibidem*, pp. 74-75.

(29) *Ibidem*, pág. 75.

(30) *Ibidem*, pág. 80.

(31) *Op. cit.* en nota (26), pp. 129-139. Ese mismo año de 1903, Barberá publicó este trabajo, con igual título, en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* (5, 118-126). Sobre la obra histórico-médica de este médico valenciano, *vid.*: BALAGUER PERIGUÉLL, E. «Medicina y Política en la Valencia de la Restauración: La obra de Faustino Barberá (1850-1924)». *Med. Esp.* 1971, 66, n.º 390, 138-160.

(32) «La Prensa Médica de la isla de Cuba». *Op. cit.* en nota (13), pp. 110-125. Santos Fernández, junto con J. López García, fueron los representantes de la medicina cubana en el Congreso Internacional de Medicina de Madrid (SANTOS FERNÁNDEZ, J.; LÓPEZ GARCÍA, J. «Misión científica desempeñada ante el 14.º Congreso Internacional de Medicina. Madrid, abril, 13-30, 1903». *Anal. Académ. Cien. Med. Fix. Natur. de La Habana*, 1907, 40, 44-56).

(33) «Étude sur la presse médicale norvégienne». *op. cit.* en nota (13), pp. 64-67.

(34) «La Presse Médicale à l'île de Cuba», *op. cit.* en nota (2), pp. 180-185.

(35) De la interesantísima producción científica en el campo documental de este médico cubano ya dimos cuenta en nuestro trabajo citado en nota (1). Santos Fernández publicó aparte su comunicación de Madrid en 1905 («Historia abreviada de la Prensa Médica en Cuba». *An. Acad. Cien. Med. Fix. Natur. de La Habana*, (1905) 42, 173-197. Por su parte Le Roy y Cassá editó una *addenda* al artículo de Santos ese mismo año («Ampliación del trabajo del Dr. Juan Santos Fernández sobre «Historia abreviada de la Prensa Médica de Cuba». *An. Acad. Cien. Med. Fix. Natur. de La Habana*, (1905) 42, 156-157).

(36) «Concepto fundamental de los periódicos médicos que, publicándose en su país, están redactados en idioma extranjero», *op. cit.* en nota (13), pp. 173-174.

(37) *Id.* nuestro trabajo citado en nota (1). En 1903 Pascual y Prats apareció como miembro del *Institut* de Bruselas (*Bulletin de l'Institut International de Bibliographie*, (1903) 8, ps. 1-3; Su *Index Medicus Hispanicus* fue reseñado por el *Bulletin* de dicho centro ese mismo año (*Ibidem*, us. 4-6).

(38) *Op. cit.* en nota (13), pág. 143.

En su intervención, Pascual consideró la *Conveniencia de establecer un Index metódico de los trabajos que publica la prensa*<sup>29</sup>, y abogó por que cada país miembro de la Asociación editara una obra de referencia que recogiera la bibliografía médica actual, y que fuera complementaria, pues, de la *Bibliographie Universelle* que publicaban en Bruselas Otlet y Lafontaine<sup>30</sup>. El nivel informativo que demostró Pascual sobre el estado de la bibliografía médica mundial de ese momento era francamente bueno. Citó explícitamente el *Concilium Bibliographicum* de Herbert Haviland Field; el *Index Medicus* de Potain, Richet y Baudouin; el «Catálogo de la Biblioteca del Cirujano Jefe de los Estados Unidos de América» y la *Bibliographia Universalis* del Instituto de Bruselas, formada por más de 1.600.000 «papeletas», de las cuales «188.000 pertenecen a Medicina».

En su programa, Pascual formuló que en esos índices nacionales sólo deberían incluirse los «Artículos originales y las Notas Clínicas». En cuanto a la entidad responsable de confeccionar dicho índice y metodología de trabajo que la misma debía seguir, Pascual consideró que debían ser las Asociaciones Nacionales de la Prensa Médica. Los editores de las revistas tenían que publicar en hojas sueltas, impresas por una sola cara, los sumarios de las revistas, de tal forma que los suscriptores de las mismas pudieran confeccionarse sus propios ficheros bibliográficos. Para facilitar la ordenación temática de los trabajos, Pascual estimó conveniente acomodarse a la Clasificación Decimal Universal.

El escaso eco que su propuesta despertó entre los socios del congreso madrileño le hizo asumir sólo la empresa, a través del Colegio de Médicos de Girona, del que era su presidente, y del *Boletín* de la mencionada corporación, del que era director. En esta ocasión redujo el ambicioso planteamiento que había propuesto en la reunión de Madrid, pues concibió un repertorio de cobertura española, con independencia de que pudiera formar parte de la *Bibliographie Universelle* del instituto belga. Sobre la base de un hipotético intercambio de su publicación con otras médicas editadas en España,

inició en 1904 el *Index Medicus Hispanus*, que debió de interrumpir en 1906, tras publicar el sexto número, ante la falta de sensibilidad de la comunidad española. No por ello Pascual renunció a su idea, pues en el *Primer Congreso Nacional de Medicina*, celebrado en Madrid en 1919, Pascual, en colaboración con Pi i Suñer y Gregorio Marañón propuso resucitar el *Index Medicus*, alternativa que tampoco gozó del favor de los médicos españoles del momento.

Desgraciadamente, tampoco su propuesta tuvo impacto entre los periodistas extranjeros. Raoul-Fimile Blondel, en la reunión del Comité directivo de la Asociación Internacional celebrada en Berna en 1905, y sobre la que luego volveremos, fue encargado de preparar una ponencia, de cara al simposio

previsto por la Asociación a celebrar en Lisboa en 1906, sobre la «conveniencia de publicar por separado los índices de cada periódico para hacer de cada país fichas recortando los epígrafes y formando así un índice bibliográfico internacional». Angel de Larra, asistente en la asamblea suiza, tuvo que recordar a los allí reunidos la prioridad de Pascual i Prats en este proyecto.

### *La aprobación de los Estatutos y la nueva Junta Directiva de la Asociación Internacional*

En la sesión vespertina del día 22 de abril se procedió a la lectura y discusión de los Estatutos de la



# El corticoide dérmico de acción "depot"

# flutental

Flupamesona

## 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 IVA 626 ptas. Flutental pomada, tubo de 30g. PVP IVA 633 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 IVA 521 ptas. Flutental Pediátrico loción, frasco de 30 cc. PVP IVA 400 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 IVA 665 ptas. Flutental Gentamicina pomada, tubo de 30 g. PVP IVA 671 ptas.

## flutental sali pomada

**Indicaciones:** Dermatitis entemo-escamosas.

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

**Presentación:** Flutental Sali pomada, tubo de 30 g. PVP IVA 633 ptas.

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

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

Existe un flutental  
para cada tipo de lesión,  
localización y  
edad del paciente



LABORATORIOS





Pintura de Pla-Narbona

# NICO-HEPATOCYN

#### Composición

Cada gragea contiene: Vitamina PP (nicotinamida) 50 mg., Extracto de acicacha 150 mg., Hojas de boldo seco 10 mg., Resina de Podofilum peltatum, 2 mg., Extracto de raíz de tuya 40 mg., Escamula 10 mg., Extracto de cascara aguada 20 mg.

#### Posología

Dá 2 a 6 grageas al día, antes o después de las comidas.

#### Contraindicaciones

Colecistitis y apendicitis agudas.

#### Incompatibilidades

NICO-HEPATOCYN carece de incompatibilidades.

#### Efectos secundarios

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

#### Intoxicación y su tratamiento

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

#### Presentación

Frasco de 60 grageas PVP IVA 281.— Plus.

Frasco de 30 grageas PVP IVA 171.— Plus.

#### Indicaciones

Dispepsia biliar.  
Insuficiencia hepática.  
Estreñimiento.  
Ictericia.



Normalizador  
de la  
función  
hepatobiliar  
  
Laxante

J. URIACH y Cia, S.A.  
Decano Bahr, 69-67  
08026 Barcelona



Asociación, que -como ya adelantamos- se habían adoptado provisionalmente en la conferencia de Mónaco de 1902. El borrador de los mismos estaba formado por tres capítulos y 17 artículos en total. En el primero de los apartados se abordaba la creación de la Asociación, la cual estaba constituida por revistas, representadas por sus redactores; que debían ser miembros, a su vez, de las asociaciones nacionales respectivas. Los artículos 3 y 4 de los estatutos trataban de la propiedad intelectual de los trabajos originales aparecidos en la prensa profesional. El Capítulo Segundo analizaba la composición del comité directivo de la Asociación, que estaba integrado por 3 miembros franceses, 3 de lengua alemana, 4 de Inglaterra, 3 de Italia, 3 de Rusia, 3 de los Estados Unidos, 2 de España, 2 de Bélgica, y uno para cada uno de los restantes países. El Comité debía elegir un *Bureau* formado por un Presidente, tres Vice-presidentes, un Secretario General y un Secretario-Tesorero. La sede oficial de la corporación se establecía en Bruselas y la lengua oficial era el francés. El último capítulo trató de las Asambleas Generales, y se acordó que se organizaran simultáneamente a los congresos internacionales de medicina<sup>(1)</sup>.

Salvo los artículos 3 y 4 del capítulo primero -los que hacían referencia a la propiedad intelectual- el resto no generó apenas polémica, por lo que se aprobaron definitivamente, salvo una mínima modificación en los dos puntos citados.

Al término del congreso se procedió a la elección de la nueva Junta Directiva, que quedó así: Presidente: Carlos María Cortezo; Vicepresidentes: Carl Posner, Dawson Williams (1854-1928) y Vittorio Ascoli; Secretario General: Raoul-Émile Blondel; Secretario-Tesorero: Péchere<sup>(2)</sup>.

## La trayectoria posterior de la Asociación Internacional de la Prensa Médica (1903-1913)

Tal como quedó establecido en la conferencia de Madrid, se programó y celebró una reunión del Comité directivo de la Asociación en Bruselas el 3 de septiembre de 1903, coincidente con el X Congreso Internacional de Higiene<sup>(3)</sup>. Delegado de España en este simposio fue el ya citado José Monmeneu López Reynoso, redactor de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* y uno de los fundadores de la Asociación Española de la Prensa Médica.

### La Conferencia de Berna (26 de abril de 1905)

La Conferencia tuvo lugar a partir del 26 de abril de 1905. Era su objetivo fundamental preparar el próximo congreso internacional y perfilar su programa científico. A la misma acudieron los siguientes delegados: por Alemania-Austria; Posner; por Bélgica; Péchere; por Francia: Raoul-Émile Blondel y Doleris; por Inglaterra: Adolph Smith; por Italia: Bossi; por Portugal: Miguel Bombarda, Secretario General del proyectado Decimoquinto Congreso Internacional de Medicina (Lisboa, 20 a 26 de abril de 1906); y por Suiza: Jaquet.

La representación española la ostentó Angel de Larra Cerezo -secretario de la Asociación Española-, pues Carlos María Cortezo, Presidente de la Internacional, no pudo desplazarse a la capital suiza porque acababa de ser nombrado Ministro de Instrucción Pública<sup>(4)</sup>. A pesar de que el nuevo cargo podía distraer a Cortezo de sus obligaciones con la Asociación de periodistas médicos, todos los presentes le confirmaron en el puesto y le encomendaron que preparara la próxima Asamblea de la Sociedad, que debía celebrarse en Lisboa coincidiendo con el ya citado

congreso internacional de medicina.

En el curso de la reunión se trataron diversos aspectos técnicos y organizativos. El problema de la propiedad literaria de los artículos científicos fue uno de ellos, pero la falta de unanimidad en los criterios sostenidos por los participantes, determinó posponer esta cuestión para la asamblea lusa<sup>(5)</sup>. La cuestión del siguiente Congreso obligó al representante portugués, Miguel Bombarda (1851-1910), profesor de Fisiología de la Universidad lisboeta y especialista en neurología, a tomar la palabra para defender la oferta de una Asamblea de la Sociedad los días 17 y 18 de abril de 1906, más que un congreso, lo que se aprobó. Además, se convinieron las siguientes ponencias para ser discutidas en el curso de esa asamblea:

-I. Resolución definitiva sobre la propiedad literaria en relación con la Prensa Médica y con las autorizaciones de los profesores para publicar y reproducir sus lecciones en los periódicos. II. Idem sobre la conveniencia de crear un Boletín o Anuario de la Asociación Internacional de la Prensa. III. Solidaridad

(39) *Ibidem*, pp. 142-148.

(40) En una «Liste des institutions, Associations et Publications Coopérantes» del *Institut* de Bruselas de 1908, aparece como tal el *Index Medicus Hispanus*. («COOPERATION Internationale en matière de Bibliographie et Documentation», *Bulletin Institut International de Bibliographie*, 13, n.º 1-3: 57).

(41) *Op. cit.* en nota (13), pp. 186-194.

(42) *Ibid. cit.*, pág. 197.

(43) *Ibid. cit.*, pág. 197. LARRA Y CEREDO, A. *La Conferencia Internacional de la Prensa Médica celebrada en el Parlamento de Berna en abril de 1905, por el Delegado del Gobierno Español y de la Asociación de la Prensa Médica Española*. Madrid, Administración de La Higiene Práctica, 1905, pág. 6. En el Congreso de Higiene, la sección de demografía adoptó el 7 de septiembre la resolución de crear una bibliografía internacional de Higiene y Demografía, no sin cierta polémica. («RESOLUTIONS des Congrès internationaux», *Bulletin de l'Institut International de Bibliographie*, (1907), 12, n.º 1-3, 53).

(44) *Ibidem*, pág. 5.

(45) *Ibidem*.

Francisca Méndez Alcaraz: «El figura más representativa en el estudio del periodismo médico español del siglo XIX».

Profesional en cuanto pueda afectar a los intereses colectivos de la Prensa Médica. IV. Relación entre la prensa médica y la medicina (ponente Dr. Bossi). V. Reforma de los estatutos de la Asociación. VI. Conveniencia de publicar por separado los índices de cada periódico para hacer en cada país fichas cortando los epígrafes y formando así un índice bibliográfico internacional (ponente Dr. Blondel). VII. Los pseudónimos en la prensa médica. VIII. Elección del comité directivo de la Asociación»<sup>46</sup>.

Otras cuestiones estudiadas fueron la consideración de socio en la corporación -que sólo debía entenderse referido a los periódicos de medicina- y la presencia española en el Comité directivo de la misma, integrada por tres miembros, concretamente Rufael Ulecia Cardona, Angel de Larra y Carlos María Cortezo, con lo que los delegados españoles en ese comité se habían incrementado en uno desde la reunión de Madrid de 1903<sup>47</sup>. Finalmente se estimó conveniente poner al día el cobro de las cuotas anuales de la Asociación, pues desde 1903 no se había producido el abono de las mismas<sup>48</sup>.

### El Quinto Congreso (Londres, 5 de agosto de 1913)

De lo que sucedió en la conferencia lisboeta de 1906, y de lo que pudo tratarse en el curso de la siguiente reunión, probablemente en Budapest en 1908, coincidiendo con el Decimosexto Congreso Internacional de Medicina, nada sabemos.

El decimoséptimo Congreso tuvo lugar en Londres entre los días 6 a 12 de agosto de 1913. Como ya venía siendo habitual en la Asociación de la Prensa Médica, su simposio y consiguiente reunión estatutaria se celebraron inmediatamente antes de tal evento. Por fortuna, un folleto anónimo editado en París, en francés, nos permite tener información puntual de lo que aconteció en esta reunión internacional de periodistas médicos<sup>49</sup>.

En esos momentos era presidente

de la Asociación el francés Just Lucas-Championnière, a quien acompañaba como Secretario General Raoul-Émile Blondel. A la Asamblea londinense acudieron representantes de Inglaterra: Dawson Williams y Creasy; Alemania: Posner, Spatz, Zedhen; y Lennhoff; Bélgica: Déjace, Coppez, Pechère y Delsaux; Dinamarca: Ehlers y Roswig; España: Julián Calleja; Egipto: Comanos; Francia: Pozzi, Landouzy, Desfosses, Foveau de Courmelles, Leredde, Bergonié, Arnaud, Burnier, Bérillon y Rouland; Hungría: Schaeclter; Italia: Vittorio Ascoli, Ceccherelli y Segale; y Polonia: Wicherkiewicz y Krynoski.

Sólo se trataron dos ponencias científicas. La presentada por Raoul-Émile Blondel sobre terminología médica, en la que defendió la supresión de los epónimos y el empleo de raíces griegas y latinas para la construcción de neologismos médicos, y la de Carl Posner, en la que propuso un control riguroso de la efectividad terapéutica de los productos farmacológicos anunciados en el periodismo profesional.

La reunión estudió también la edición del anuario, que se encontraba en «preparación»-recordemos que ya se había planteado en la conferencia de Berna de 1905-, y procedió a la renovación de los cargos directivos. Fueron elegidos: Presidente: Déjace, de Bélgica; Vicepresidentes: Vittorio Ascoli y Julián Calleja; Secretario general: Raoul-Émile Blondel; Secretario general adjunto: Desfosses; y Tesorero: Dawson Williams<sup>50</sup>.

El estallido de la Primera Guerra Europea debió de suponer el fin de la Asociación Internacional, pues no hemos encontrado datos sobre su presencia en años posteriores. Aunque en su corta existencia los interesados en las cuestiones legales e históricas del periodismo médico fueron mayoritarios, la Asociación sirvió también de pantalla para que algunos médicos especialmente sensibles a la problemática documental de la información científica, hicieran propaganda de uno de los proyectos vigentes en ese momento en Europa, el del Instituto de Bruselas. Que la Asociación no adoptara en el curso de sus reuniones ninguna resolución en consonancia con los

presupuestos de dicho Instituto responde -a nuestro entender- a una cuestión de preferencias, ya que en esos momentos la propiedad intelectual de los contenidos de los artículos médicos se entendió como fundamental. A pesar de todo, la cuestión del crecimiento de la ciencia, la prioridad en los descubrimientos, las barreras idiomáticas y los procesos de difusión del conocimiento científico, fueron abordados por algunos de sus miembros con gran rigurosidad. El hecho de que la sede central de la Asociación estuviera en Bruselas, y que en esa ciudad radicara la oficina central del Instituto de Otlet y Lafontaine y se proyectaran en ella dos reuniones -frustradas en 1896 y 1901, no debió de ser suficiente para que aquella corporación periodística se asociara más estrechamente con el centro documental de Otlet y Lafontaine.

La Asociación Española, por su parte, conoció una refundación en 1924, y de ella participaron algunos de los miembros que hemos visto activos en los años iniciales de siglo. La iniciativa la tomaron Fernando Cócá -director de *Medicina Ibero*- y Ricardo Horno Alcorta (1877-1948), responsable de *Clínica y Laboratorio*. De la misma formaron parte los directores de 25 publicaciones periódicas, siendo su misión «el mejoramiento físico y material de la Prensa médica española»<sup>51</sup>.

(46) *Ibidem*, pág. 10.

(47) *Ibidem*, oág. 14.

(48) *Ibidem*, pág. 8.

(49) *CONGRESO Internacional de la Presse Médicale*. Paris. Imp. R. Tancrède, (s. n.), 4 pp.

(50) *Ibidem*, pág. 4.

(51) «ASOCIACION Nacional de la Prensa Médica». *Los Progresos de la Clínica*, 27. IX. «ASOCIACION Nacional de la Prensa Médica». *La Medicina Ibero*, 1924, 18. n° 332. CCH. La Junta Directiva de esta sociedad la integraron: Carlos María Cortezo (Presidente), José de Elzeizegui López (n. 1874) (Vicepresidente), Fernando Cócá (Secretario), Florentin Aguilar (Tesorero), y Ricardo Horno Alcorta, Francisco Murin Sancho, y Tapia, como Vocales. Horno Alcorta llegaría a ser Presidente de la sociedad sustituyendo a Cortezo (ALVAREZ SIERRA, J. *Diccionario de Autoridades Médicas*. Madrid, Editora Nacional, 1963, pág. 247.

## XXII Premio Uriach de Historia de la Medicina 1991

**E**l día 13 de diciembre pasado, se constituyó el Jurado que debía otorgar el XXII Premio Uriach de Historia de la Medicina, en sus modalidades para estudiantes y para médicos, formado por los Profesores D. Josep Lluís Barona Villar, D. Domingo Campillo Valero, D. Diego Ferrer y Fernández de la Riva, D. Delfín García Guerra y D. José Danón Bretos, quien actuó de secretario.

Examinados los trabajos presentados por estudiantes y tras sucesivas votaciones eliminatorias, quedaron finalistas «El cólera de 1865 en la ciudad de Alicante», presentado por L. Concepción Aramendia, J. Esplugues Pellicer, I. Oliver García, J.R. Ramos Segura y J.M. Seguí Ripoll, y «Los monstruos perfectos del abate Hervás y Panduro (1735-1809). Teratología y antropogénesis en la obra de un jesuita español expulsos» el cual, en la última votación resultó proclamado vencedor por unanimidad, siendo su autor Jesús V. Cobo Gómez, estudiante de la Facultad de Medicina de Cantabria.

Pasando a examinar los trabajos presentados por médicos y tras acordar la no aceptación del señalado con el nº 11 por exceder de la extensión marcada en la convocatoria, quedaron finalistas: «Estructuras sociales d'atenció a la infància en el món medieval», de Josep Tomás i Vilaltella y «La formación profesional de los cirujanos y barberos en Mallorca durante los siglos XIV-XV», presentado bajo el lema «Cirugía medieval». En una última votación y también por unanimidad, resultó ganador este último cuyo autor, abierta la plica, resultó ser Antonio Contreras Mas, de Palma de Mallorca.

Ambos trabajos premiados serán publicados en «Medicina e Historia» y automáticamente quedó convocado el XXIII Premio para 1992, con iguales características que los anteriores y cuyas Bases aparecerán en el próximo número de esta revista.

Cabe recordar la circunstancia de que en 1977 el entonces estudiante de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Antonio Contreras Mas también participó, siendo galardonado con el VIII Premio por su trabajo «Legislación contra la peste en Mallorca bajomedieval», publicado en el nº 74 de la segunda época de «Medicina e Historia».

## Noticias

**E**n Cádiz, organizadas por la Real Academia de Medicina y bajo la dirección del Prof. Antonio Orozco Acuaviva, han tenido lugar las III Jornadas de Historia de la Medicina Hispanoamericana. Tras la conferencia inaugural a cargo del Prof. Juan Riera Palmero, «Médicos y cirujanos en la Expedición de Ceballos al Plata (1776-1778)», se estructuraron las siguientes ponencias: «Las Academias de Medicina e Hispanoamérica», «Medicina y Sociedad en Hispanoamérica» y «Ciencia y cultura en Hispanoamérica». El Prof. Luis S. Granjel clausuró los actos hablando de «Méndez Nieto, un médico renacentista en Indias».

**T**ambién en Andalucía, en la Facultad de Medicina de Málaga, se ha desarrollado la VI reunión anual de la Sociedad Española de Historia de la Medicina para tratar el tema «El Método en Medicina». En un apretado programa se han estudiado diversos aspectos de aquella temática: «El Método en Medicina visto desde la Filosofía» (Profs. Diego Gracia y Miguel Sánchez, de Madrid); «El Método en Medicina visto desde la sociología de la ciencia» (Prof. Francesc Bujosa, de Mallorca); «El Método en Medicina visto desde los estudios feministas» (Prof. Teresa Ortiz, de Granada), y «El Método en Medicina visto desde la Antropología» (Prof. Rosa Ballester, de Alicante).

Al final de la reunión fueron entregados los Premios Hernández Morejón correspondientes a las convocatorias de 1987, 1988 y 1989.

# NOTICIAS M&H

# NOTICIAS M&H

## Reseñas

**H**AUSER, Felipe. *Memoria autobiográfica*. Introducción y notas por Juan L. Carrillo, Encarnación Bernal, Inés Bonilla. Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1990. 79 p. Col. de Bolsillo, nº 108. ISBN.: 84-7405-584-9

Después de un largo e injustificado olvido de Felipe Hauser y Kobler (1832-1925), médico húngaro afincado en España con largos años de ejercicio en la capital andaluza, se estudia en este pequeño libro su figura de higienista -patente en sus *«Estudios médicos de Sevilla»*- a la vez que se reproducen unas Memorias autobiográficas procedentes, sin duda, de los fondos de la Biblioteca que cedió a la Real Academia de Medicina hispalense.

## FELIPE HAUSER Memorias autobiográficas



Introducción y notas  
Juan L. Carrillo  
Encarnación Bernal  
Inés Bonilla

UNIVERSIDAD DE SEVILLA - COLECCIÓN DE BOLSILLO

**A**NALES de las II Jornadas de Historia de la Medicina Hispanoamericana (26-27 mayo 1986). Cádiz, Servicio de Publ. de la Universidad, 1989. 267 p. ISBN.: 84-7786-999-5

Se recogen en estos *Anales* las distintas ponencias y comunicaciones presentadas a aquellas Jornadas, en base a los enunciados de sus mesas redondas; *Materia Médica hispanoamericana* y las Expediciones científicas, la Medicina hispanoamericana en el siglo XVIII, Ciencia y cultura en Hispanoamérica en el siglo XVIII y un capítulo de comunicaciones libres.

**B**ERNABEU MESTRE, J. (coord.) et als. *La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-19*. València, Conselleria de Sanitat i Consum, 1991. 128 p. ISBN.: 84-7980-402-6

Resultado del trabajo conjunto de investigación llevado a cabo por el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante, ha sido este análisis de las consecuencias que la epidemia gripal de 1918 tuvo sobre la población de Alicante, así como de las reacciones de la ciudad y de sus habitantes ante la misma.

Cuando la dieta es insuficiente...

# Nergadán

Lovastatina

## una respuesta lógica al colesterol elevado



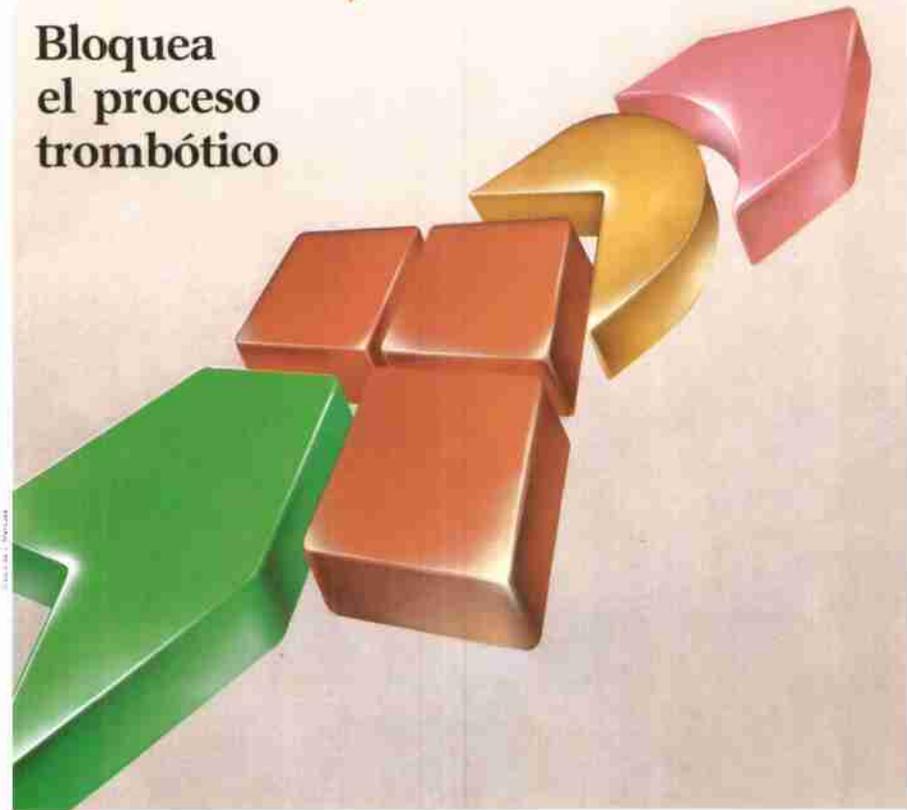
UBICOM S.A. C.R. 14  
Depto. 100  
San José, Costa Rica

NERGADAN (lovastatina) es la forma inactiva de la lactona del correspondiente hidroácido abierto, potente inhibidor de la síntesis de colesterol endógeno, y por tanto, fármaco hipocolesterolémico. Tras la absorción gastrointestinal se hidroliza y convierte en la forma activa, que es un inhibidor competitivo de la HMG-CoA reductasa, que cataliza la biosíntesis de colesterol. NERGADAN reduce el colesterol total plasmático, las lipoproteínas LDL y VLDL-colesterol y las triglicéridos, al mismo tiempo que aumenta el HDL-colesterol. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol en la hipercolesterolemia primaria y cuando la dieta y otros medidas han sido insuficientes. **POSICOLOGÍA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolémica reduciendo antes de iniciar NERGADAN y debe continuar con esta durante el tratamiento. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, en la cena. Si se fracasa, los ajustes se harán a intervalos de no menos de 4 semanas, hasta un máximo de 80 mg diarios, administrados en 1-2 tomas al día, con el desayuno y la cena. La dosis debe ser reducida si los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml (3,6 mmol/l). En pacientes tratados con inmunosupresores, la dosis máxima recomendada es de 20 mg/día. **Terapia concomitante:** NERGADAN es eficaz solo si en combinación con secuestradores de ácidos biliares. **CONTRAINDICACIONES:** Hiper sensibilidad a cualquier componente del preparado, enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes no explicadas de las transaminasas séricas, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES:** **Efectos hepáticos:** Al igual que con otros hipolipemiantes, se han descrito elevaciones moderadas (menos de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas séricas al tratamiento con Lovastatina. Estas elevaciones aparecen tras el inicio de la terapia, siendo usualmente transitorias, no se acompaña de síntomas ni se requiere la interrupción del tratamiento. Se recomienda determinar niveles de transaminasas antes del tratamiento, y 4-6 meses después, así como en pacientes con pruebas hepáticas anormales y/o ingiere cantidades sustanciales de alcohol. Esta determinación debe repetirse puntualmente. En estas elevaciones son persistentes o progresivas debe discontinuarse el fármaco. **Efectos musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de creatinofosfoquinasa (CKP) en pacientes tratados con lovastatina, pero habitualmente no han tenido significado clínico. La aparición de mialgias también se ha asociado al tratamiento con lovastatina. En raras ocasiones se ha producido rhabdólisis. Se han informado casos de rhabdólisis grave que precipitaron una insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe interrumpirse si aparece elevación marcada de las niveles de CKP o si se sospecha o diagnostica miopatia. La mayoría de pacientes que desarrollan miopatia, incluyendo rhabdólisis, estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, gemfibrozil o dosis hipotermicas de ácido nicotínico. Se ha descrito rhabdólisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con eritromicina concomitante con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieran estas terapias, la incidencia de miopatia fue aproximadamente del 0,1%. **Empío en el Embarzo:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. Solo se administrará a mujeres en edad fértil cuando sea muy improbable que se van a quedar embarazadas. **Lactancia:** No se sabe si NERGADAN se excreta por el leche materna. **Uso en pediatría:** No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. **Advertencia:** Este medicamento contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia o este componente en niños y adolescentes. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gemfibrozil, ácido nicotínico, eritromicina. **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran de forma conjunta lovastatina y anticoagulantes cumarínicos al tiempo de protrombina puede aumentar en algunos pacientes. **Digoxina:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración concomitante de lovastatina y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de digoxina. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, lovastatina se administró conjuntamente con betabloqueantes, antipépticos del calcio, diuréticos y antihipertensivos no esteroideos, sin evidencia de interacciones adversas clínicamente significativas. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado, la mayoría de efectos secundarios han sido leves y transitorios. En estudios clínicos controlados, los efectos secundarios que ocurrieron con una frecuencia mayor al 1% fueron: fatiga, náusea, estreñimiento, dolor de cabeza, dispepsia, mareo, visión borrosa, cefalea, colicomas musculares, mialgia, rash cutáneo y dolor abdominal. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, sequedad de boca, insomnio, trastornos del sueño y alergia. Desde la comercialización del fármaco se han descrito los siguientes efectos secundarios adicionales: hepatitis, ictericia colestática, eritema, anorexia, parestesia y trastornos pilóricos incluyendo náuseas. En raras ocasiones se ha informado de un síndrome de hipersensibilidad que incluye uno o más de los siguientes síntomas: fiebre, eritema, síndrome urticarial, polimorfismo eritematoso, trombocitopenia leve, anemia hemolítica, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgia, urticaria, estenosis, fotosensibilidad, fiebre y edema. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos marcados y persistentes de los transaminasas. También se han comunicado otros anormales en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la fosfatasa alcalina y bilirrubina. Se han comunicado aumentos en la creatinofosfoquinasa sérica (CKP). Estas elevaciones han sido habitualmente leves y transitorias. En raras ocasiones se han comunicado elevaciones marcadas. **INTERACCION Y SU TRATAMIENTO:** Se han comunicado pocos casos de interacciones adversas. Ningún paciente presentó síntomas específicos ni toxicidad. Se deben tomar medidas preventivas e interrumpir la función hepática. **PRESENTACION Y COMPOSICION:** Envases de 28 comprimidos de 20 mg de lovastatina. PVP IVA 4.571 píalos.

# Disgren



## Bloquea el proceso trombótico



### Descripción:

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

### Composición:

800 mg de trifusal (DCl) 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 vasculares cerebrales isquémicos y de sus recidivas. Tratamiento y profilaxis de las vasculopatías periféricas.

Prevención de las trombosis venosas profundas y de los accidentes tromboticos en el post-

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

Situaciones de riesgo trombotico.

Complementos de la terapia antiagregante en pacientes mal desoagulados.

Hipercogulabilidad.

### Posología:

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

**Dosis preventiva:** 1 cápsula diaria.

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

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

### Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas (P.V.P. IVA 4.478,- ptas.)

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. IVA 2.691,- ptas.)

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

### Interacciones:

Potencia a los anticoagulantes, AAS y sulfonúreos.

Asociado al dipiridamol se potencia la acción de ambos fármacos.

### Contraindicaciones:

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

salicilatos. No está demostrado su inocuidad en el embarazo.

### Efectos secundarios:

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

### Intoxicación:

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



J. URIACH & Cia. S.A.  
Decano Balm. 59  
08026 Barcelona