
MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACIÓN MEDICA URIACH

TERCERA ÉPOCA

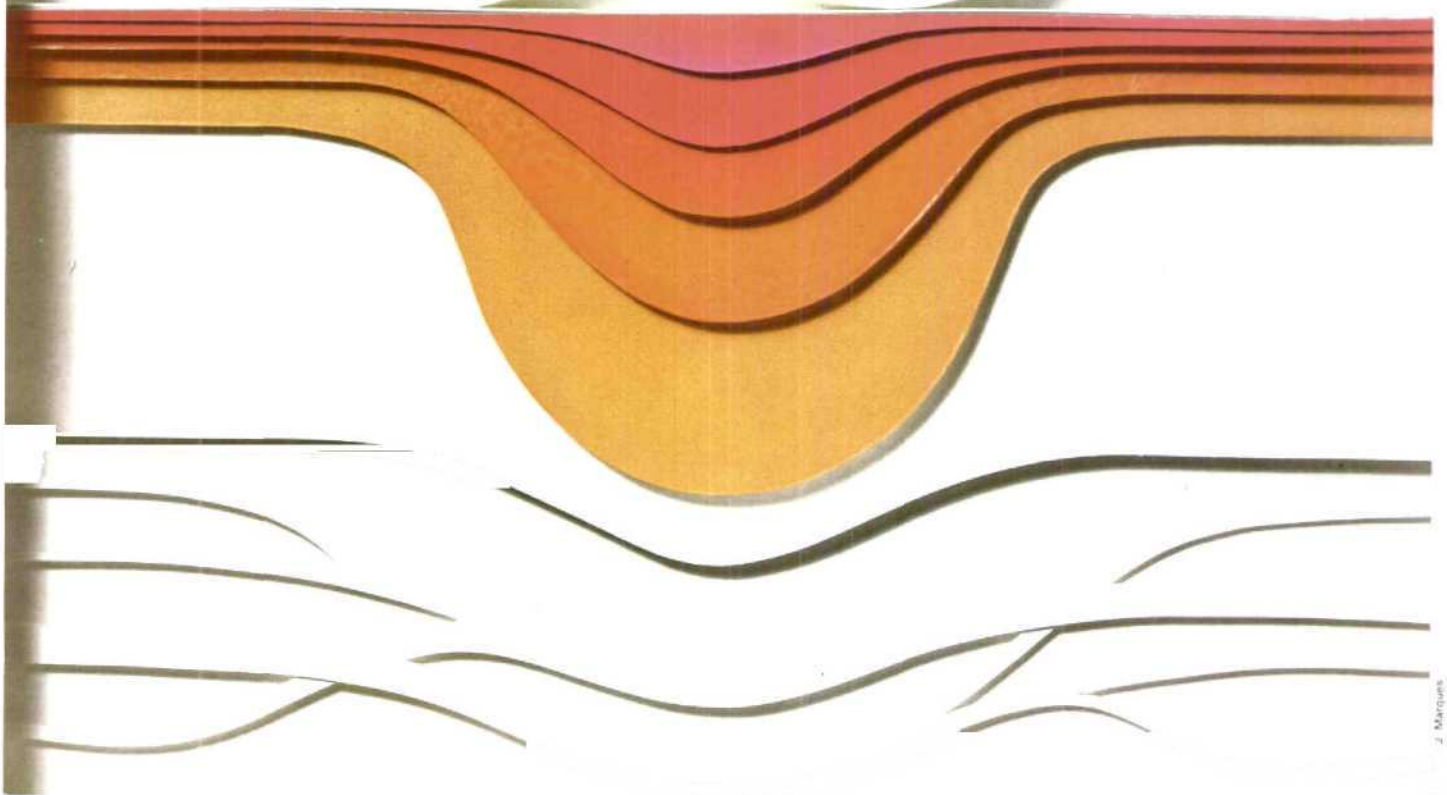
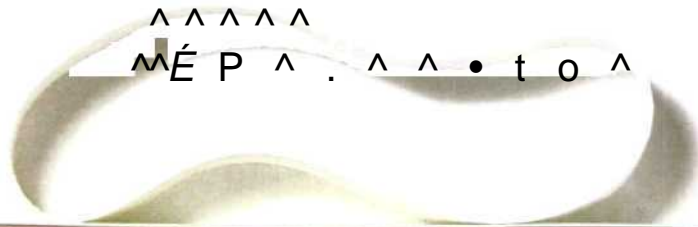


24

flutenal

Flupamesona

El corticoide
dérmico de
acción «depot»



if AMM

Crema y pomada

Indicaciones: Dermopatías sensibles a los corticoides tópicos

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

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

#1
Flutenal
gentamicina
crema y pomada

Flutenal 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: Flutenal Gentamicina crema, tubos de 30 g. (619 Ras.) y de 15 g. (372 Ptas.). Flutenal Gentamicina pomada, tubos de 30 g. (625 Ras.) y de 15 g. (373 Ptas.)

flutenal
pediátrico y fuerte

pediátrico y fuerte

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: Flutenal Fuerte loción, frascos de 30 ce. (579 Ptas.) Flutenal Pediátrico loción, frascos de 30 ce. (369 Ptas.)

flutenal
pomada

flutenal
pomada

flutenal
pomada

Indicaciones: Dermatitis eritemo-escamosas.

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

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

Posología: En general dos aplicaciones al día. Conseguida (a 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. Flutenal no produce acciones secundarias generales ni locales, incluso en tratamientos de grandes zonas corporales durante largos periodos de tiempo.



URIACH

Decano Bahi, 59-67
06026 Barcelona

MEDICINA HISTÓRICA

n.º 24 - 1988 (Tercera época)
REVISTA DE ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS
CIENCIAS MEDICAS
Centro de Documentación de
Historia de la Medicina de
J. URIACH & Cía., S.A.
Decano Bahí, 59-67
08026 Barcelona

Director:
Dr. Juan Uriach Marsal
Secretario de Redacción:
Dr. José Danón Bretos

Soporte Válido con la
Ref. SVR n.º 479
Den legal' B 27 541 - 1963
ISSN' Cnffi SiiSQ
155IN. UJUJ->ioy

^ ~ N
(TmP)
V 9 y

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^
• • ; • ^ • ^ H H H i ^ ^ ^ H

El tln crñtal
I n U b p i L d l
ff> MlliprP*;
ut; iviuji^its
de Cád l Z

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^
^ ^ I H ^ ^ k ^ ^
w ^ ^ ^ f c ^ ^
F ^ H ^ ^
H M
B f
M M I
w f - ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^

P C D C p v M A I F

I L i V J I ^ J / | I L
^ K ** \ S ~ ^ t V K
I \ / I f < 1 I X I ^
- I v 1 J | - A I #
^ ^ ¥ : z " ^ ^ " ^ ^ ^ I ' V ' ^
C ^ * \ I ^ V M ^ A m A
/ ^ 1 | ^ ^ ^ I V A
^ f f ^ \ I I V A ^ ^ ^ 1 V I / V
^ i T ^ m. \ * * - J A

«
L lo largo del siglo XVIII,
A mientras se considera la
A A A razón como poseedora de
una propiedad indagadora
autónoma y universal, una serie
de científicos se dedica, por una
parte, a la perfección de los
conocimientos recogidos del
seiscientos, mientras que se
establece la concepción moderna
del calor, entra en escena la
electricidad y Antoine Laurent de
Lavoisier (1743-1794), da paso a
la química moderna.

Por lo que respecta al
conocimiento del cuerpo, los
anatomistas tradicionales
pretenden consumir su

descripción morfológica agotando
la exploración disectiva. Pero el
significado funcional del mismo,
J utlt0 con las p nmeras
intervenciones quirúrgicas
necesitadas de unos conocimientos
topográficos, empezaron a señalar
un nuevo campo de estudio, en el
que William Cheselden
(1688-1752) había dado las
primeras referencias al mostrar las
zonas anatómicas que debían
tenerse en cuenta en el ejercicio
quirúrgico.

La figura más relevante de la
época fue, sin duda, el
escocés John Hunter
(1728-1793) con el que, por
primera vez en la historia, la
cirugía consigue transformarse en
una verdadera ciencia moderna,
con la consiguiente dignificación
de su ejercicio y la definitiva
separación entre barberos y
cirujanos.

Superada la etapa en la que de
simple marinero llega a ser
jefe de un hospital de cirujanos.

continuado esfuerzo para
fundamentar el saber quirúrgico
sobre la investigación biológica y
la patología experimental. El
nuevo «espíritu hunteriano» se
convirtió en el antecedente más
valioso de la fisiopatología y de la
medicina experimental de la
siguiente centuria.

E junto con su hermano
I William Hunter (1718-1783),
P con quien en 1774 publicó
un Atlas de anatomía sobre el
útero grávido, consiguió que la
cirugía británica iniciara su
desarrollo desde una base
científica. Además de sus
primeros estudios sobre Anatomía

comparada, son importantes las
observaciones sobre la patología y
el tratamiento del aneurisma, así
como los criterios diferenciales
para el chancro blando y el
chancro duro. Fue el iniciador, en
el tratamiento de las heridas de
guerra, de las curas por primera
intención evitando las amplias
incisiones evacuadoras y
contribuyó a la cura radical de la
hernia crural,

La creación de varias cátedras de
Anatomía favoreció la difusión de

la nueva cirugía, cuando la fama
de los hermanos Hunter convertía
los centros ingleses en las capitales
de las nuevas orientaciones,



John Hunter

MEDICINA HISTORIA

n.º 24 -1988 (Tercera época)

REVISTA DE ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS
CIENCIAS MEDICAS

Centro de Documentación de
Historia de la Medicina de
J. URIACH & Cía., S.A.
Decano Bahí, 59-67
08026 Barcelona

Director:

Dr. Juan Uriach Marsal

Secretario de Redacción:

Dr. José Danón Bretos.

SopORTE VÁLIDO con la

Ref. SVRn.º479

Dep. legal: B.27.541 - 1963

[SSN: 0300-8169 >> -

g) J L ^

de Cádiz

1 L f / " \ 0 - f * 1 \ i ^ ~ 0 i 1
1 X i v / o U I L d i
J T
J . A / f i l i o T - O O
i V I U J C f C S

Á - ¿

W
^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^
I

Premio Uriach de Historia
de la Medicina 1987, para médicos.

El Hospital de Mujeres de Cádiz

Introducción

Aunque en los tiempos modernos se ha reservado el vocablo hospital para aquellos establecimientos que atienden y curan gratis a enfermos, debemos recordar que con este término se entendía toda institución de caridad en la que los acogidos podían no ser enfermos.¹ A este cambio contribuyó el avance de la medicina, que con procedimientos diagnósticos y terapéuticos no aplicables de forma ambulatoria, potenció extraordinariamente la institución hospitalaria, dejando de ser el centro benéfico que había sido, y pasó a convertirse en un pilar fundamental para la curación.²

Por lo mucho que ha significado la hospitalidad y lo novedoso de su aparición, su origen se ha atribuido a todas las civilizaciones y credos, dependiendo generalmente a cual de ellos pertenezca el que la historia.

Pensamos que es el cristianismo el acontecimiento revolucionario que acabó con la idea que de la enfermedad y de la pobreza tenía la antigua sociedad pagana y la *Caridad Cristiana*, la causa de la hospitalidad. *Porque mientras que el germen de los hospitales pudo haber existido en la antigua costumbre babilónica de llevar al enfermo al mercado para recibir consulla, y los latreia y Asclepieia de los griegos y los hospitales militares de los romanos pueden haber servido con esta finalidad en cierto grado, el espíritu de la antigüedad hacia la enfermedad y la desgracia no era compasión, y el crédito de ofrecer ayuda a los sufrimientos en escala extensa corresponde al cristianismo.**

As a raíz de la expansión del movimiento hospitalario que surgió en Oriente a cargo de San Basilio, como llegan a España las ideas que hicieron germinar en 580 la primera fundación en Mérida a cargo del Obispo godo Masona.⁴ Una vez establecido este primer *nosocomio*, se sucedieron innumerables fundaciones.

La costumbre de fundar hospitales se generalizó tanto en los siglos XIV al XVI, que su número llegó a una cifra fabulosa; eran en su mayoría pobres e ineficaces; por esto, se pensó en la *reducción de hospitales* la cual se llevaría a cabo en casi todas las ciudades del Reino tras aplicar tanto disposiciones civiles como canónicas.

Tras este rapidísimo bosquejo histórico, nos adentraremos en la hospitalidad en Cádiz y más concretamente en el Hospital de Nuestra Señora de Carmen vulgo de mujeres como hospitalidad singular objeto de nuestro estudio.

En 1598, sólo existía un hospital llamado de la Misericordia que se encontraba en la plaza pública; atendía a todos los enfermos y heridos de la ciudad y de las naos que partían o arribaban al puerto de Cádiz, estando asistido por hermanos de San Juan de Dios.⁵ Contaba con 20 camas, de las cuales 10 eran para enfermedades de calenturas, 4 para convalecientes, 4 para heridos y 2 para mujeres,⁶ que resultaban del todo insuficientes para una población que se calcula para aquellos años en 10.000 personas.⁷ La situación se hizo insoportable, pues siendo Cádiz puerto muy frecuentado y con gentes sin residencia en espera de su paso para las Indias, las mujeres enfermas y desvalidas morían con frecuencia en los portales de los

edificios públicos.⁸ Ante una necesidad tan sentida por la ciudad y con especial preocupación por la curia diocesana, se instituye en 1634 la fundación del que sería Hospital de Mujeres de Cádiz,

Es a consecuencia de estas necesidades por las que se crean hospitales dedicados exclusivamente a «pobres enfermas», pues *la no admisión de éstas en [m]nospliajes particulares en muchos casos y la reducida capacidad de camas dedicadas para ellas en los hospitales generales, las dejaban en el mayor desamparo.*⁹

Incluso una vez instituidos hospitales para mujeres, eran aprovechados para cubrir las necesidades del personal de la Armada; es el caso de aquél situado en el barrio de Sísimaní de Cartagena de Indias que fuera fundado por una señora piadosa y cuidado por el obispo. Estando el Hospital de San Juan de Dios de aquella ciudad saturado de enfermos, se decidió el traslado de éstos al dicho hospital de mujeres.¹⁰

Los hospitales especiales para mujeres no se prodigaron. A mediados del siglo pasado, Madoz¹¹ informa sobre ellos mencionando incluso los desaparecidos. Una estadística oficial de principios del siglo XX elaborada por el Ministerio de la Gobernación recoge los únicos seis hospitales de este tipo funcionando en España por aquellos días.¹²

El analgésico- antiinflamatorio de uso diario

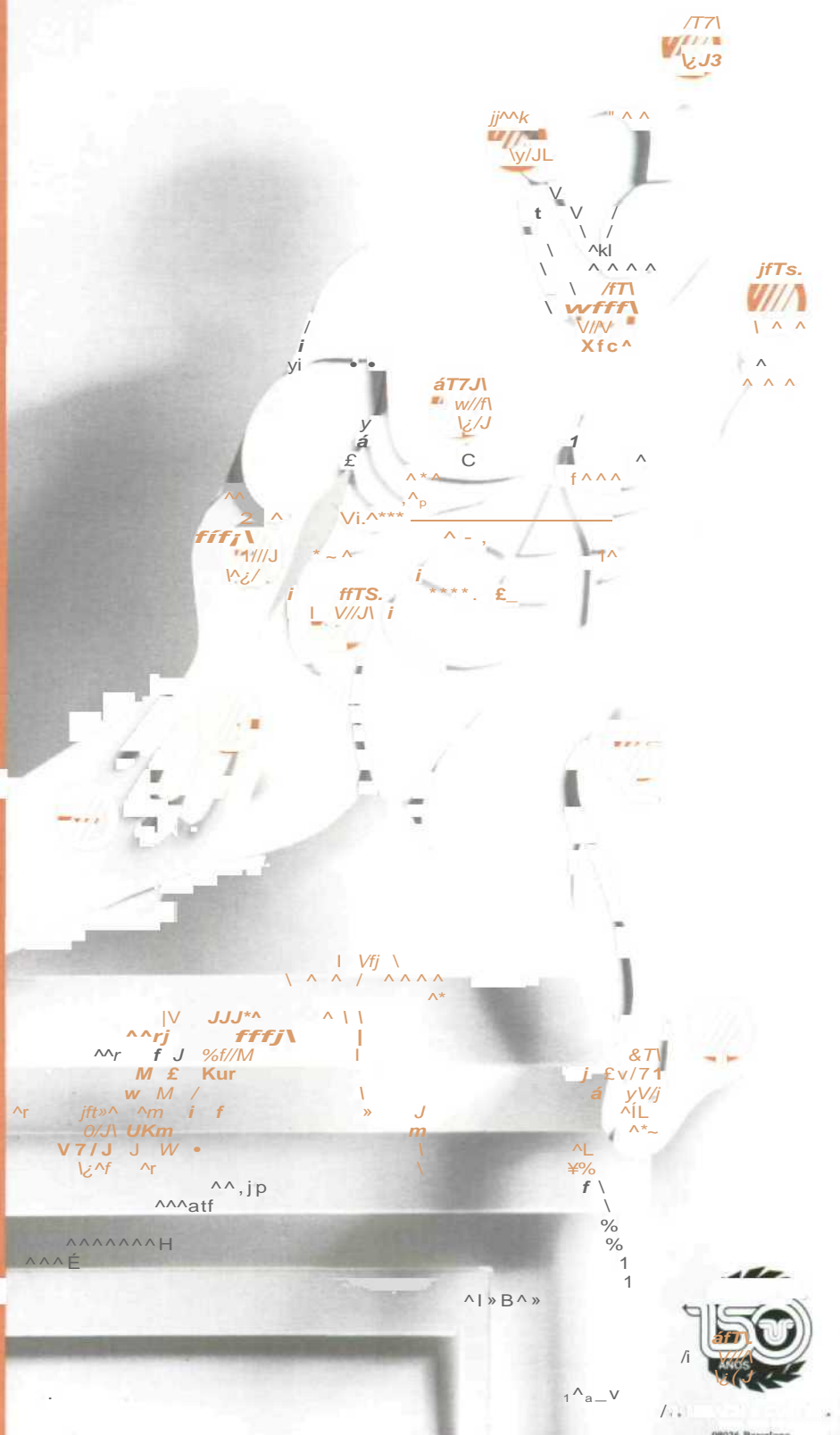
tolerancia

Composición: Cada sobre contiene: Fosfosal (DCI), 1200 mg; Excipiente (con 90 mg de ciclamato sódico y 9 mg de sacarina sódica) c.s.p. 1 sobre. **Indicaciones:** Analgésico-antiinflamatorio para el tratamiento de los dolores propios de enfermedades agudas y crónicas, de dolores musculoesqueléticos o articulares y coadyuvante en los procesos respiratorios y catarrales. Por su extraordinaria tolerancia general y digestiva. DISDOLEN está especialmente indicado en tratamientos de larga duración y en personas de edad avanzada o con problemas de tolerancia digestiva. • Dolores musculoesqueléticos: dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, contusiones, esguinces, luxaciones. • Dolores articulares: artritis reumatoidea, osteoartritis. • Algias post-traumáticas y post-quirúrgicas. • Cefaleas y Migrañas. Neuralgias. Mialgias. • Estados gripales y febriles. **Dosificación:** • De 1 a 3 sobres al día. • De precisarse, pueden administrarse un total de 6 sobres al día, distribuidos en 3 tomas de 2 sobres cada una. • Debido a su tolerancia gástrica, las tomas de DISDOLEN pueden realizarse sin previa ingestión de alimentos, en ayunas, entre comidas, etc. • El contenido del sobre se disuelve con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencia de efectos teratogénos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Interacciones:** DISDOLEN deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a trata-

miento con anticoagulantes orales ya que existe la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosfosal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. **Efectos secundarios:** No se conocen a las dosis terapéuticas habituales. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo se produciría por ingestión de dosis muy elevadas, debido al favorable coeficiente terapéutico del principio activo, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. Como tratamiento de la intoxicación se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado, administración de una suspensión acuosa de carbón activo, aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **Presentación:** Envase de 40 sobres. PVP IVA 1.838, Ptas. Envase de 20 sobres. PVP IVA 919, Ptas. Cada sobre contiene 1200 mg de Fosfosal (DCI). DISDOLEN es un producto investigado y desarrollado por URIACH.

DISDOLEN

Fosfosal Uriach



08026 Barcelona
I URIACH * CIA, S.A.



{ w ^ • j "

"S-

LIPOGRASIL

Indicaciones: Tratamiento de la obesidad y refuerzo irascible. En el caso de los niños se recomienda un curso de 10 a 20 días al mes. Composición: Cada vial contiene: Rhabdomyolisis: Inactivación de la actividad cardíaca, hepática o renal. Efectos secundarios: Dosis de 10 mg. Extracto de lirio, 75 mg. Cloruro de magnesio, 10 mg.; dextrosa. Que desaparece al disminuir la dosis. Inicialmente se recomienda una dosis de 10 mg. Posología: De 6 grageas diarias a 1 sujeta. La intoxicación aguda es rara dado su elevamiento de las comidas. La dosificación se graduará, encadenando, el coeficiente terapéutico. En caso de molestias (síntomas) según la disminución de peso lograda, que suelen oscilar en/re que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas y/o mensuales. Una vez obtenido el peso correcto puede darse. pueden aparecer; (arritmia, diarrea, espasmos intestinales) proseguirse el tratamiento durante algunos meses dado la presencia de insomnio. Tratamiento: Lavado de estómago y síntomas. Efectos secundarios: Envase de 10 grageas. IP. V. P. It. 260

Tratamiento de la obesidad y refuerzo irascible. En el caso de los niños se recomienda un curso de 10 a 20 días al mes. Composición: Cada vial contiene: Rhabdomyolisis: Inactivación de la actividad cardíaca, hepática o renal. Efectos secundarios: Dosis de 10 mg. Extracto de lirio, 75 mg. Cloruro de magnesio, 10 mg.; dextrosa. Que desaparece al disminuir la dosis. Inicialmente se recomienda una dosis de 10 mg. Posología: De 6 grageas diarias a 1 sujeta. La intoxicación aguda es rara dado su elevamiento de las comidas. La dosificación se graduará, encadenando, el coeficiente terapéutico. En caso de molestias (síntomas) según la disminución de peso lograda, que suelen oscilar en/re que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas y/o mensuales. Una vez obtenido el peso correcto puede darse. pueden aparecer; (arritmia, diarrea, espasmos intestinales) proseguirse el tratamiento durante algunos meses dado la presencia de insomnio. Tratamiento: Lavado de estómago y síntomas. Efectos secundarios: Envase de 10 grageas. IP. V. P. It. 260

A Plan of the Town of CÁDIZ



(1) RIERA, J.: *Historia. Medicina y Sociedad* p. 390.

(2) C/ ORTIZ DÍAZ, J.: *Evolución del concepto de Hospital en: Homenaje al profesor Giménez Fernández. Sevilla, Facultad de Derecho. I*, *TM L 1: 229-54. Cit. por GARCÍA DEL MORAL. A. El Hospital Mayor de Sebastián de Córdoba. Córdoba 1984. D 37*

(3) GARRISON, F. H.; *Historia de la Medicina* México. Interamericana. 1966- p 113

(4) C/ ZÚNIGA CISNEROS, M.: España. la medicina y los hospitales, *Asdepio. VIH, 1956: 377-86.*

(5) HOROZCO, A. de. *Historia de la ciudad de Cádiz.* Cádiz, 1845; p. 26.

(6) Archivo de la Hermandad de la Santa Caridad de Cádiz. Leg. «Escritura de la Fundación de este Hospital año de 1614 Acuerdos de la Hermandad de la Misericordia y otros papeles curiosos de

(7) PONCE CORDONES, F. Dos siglos claves en la demografía gaditana. (Breve estudio sobre la evolución de la población de Cádiz en las centurias XVII y XVIII). «Cades». XI (1983). pp, 417-457.

(8) GARMENDIA ARRUEBARRENA, J. *Vascos en Cádiz (siglo XVII-XVIII).* San

Sebastián. Caja de Ahorros Municipal. 1986; p. 18.

(9) JIMÉNEZ SALAS, M. *Historia de la asistencia social en España.* Madrid. 1958; P- 162.

(10) CLAVIJO Y CLAVIJO, S. // «tórM (Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada. San Fernando. 1925; p. 64.

(11) MADOZ, P.: *Diccionario Geográfico Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, t. V. p. 142.

(12) Cf: JIMÉNEZ SALAS, M.: Op. cit. (6); p. 162.

El Hospital de Mujeres de Cádiz

Si tenemos en cuenta que la verdadera fecha de institución del Hospital de Ntra. Sra. del Carmen de Cádiz o de Mujeres es 1634,¹³ podemos afirmar que en su tiempo fue una hospitalidad relativamente singular y probablemente ejemplo de otras fundaciones posteriores.

Citaremos como precedente en pleno Renacimiento, aquel que representara Andrea del Sarto en Florencia, que muestra el interior de un hospital de mujeres probablemente desuñado a partir de un suceso y pionero de los hospitales coloniales, el «Hospital General de Mujeres y Casa de Huérfanas» que en el siglo XVIII se fundará en Buenos Aires se fundará en un morbo gálico

Como dijimos, solían ser estos hospitales de mujeres soluciones que paliaban la falta de asistencia a la que éstas se veían sometidas; es el caso de nuestro hospital y así nos lo dice su fundador Antonio de la Yust.¹⁶

«...para ayuda a la fundación de un hospital donde con comodidad en esta ciudad se puedan curar mugeres, respeto que el que tienen en la santa misericordia con la gran cantidad de enfermos barones, los buenos religiosos no pueden acudir a las mugeres con tanta puntualidad y por alibiarles de tan gran cuidado doi principio desta buena obra »

Fray Gerónimo de la Concepción, en su historia sobre Cádiz, escrita más de cincuenta años después del establecimiento del hospital,¹⁷ basa su fundación en un motivo puramente moral: «...pero ésto de estar mezclados unos con otros ha sido siempre inconveniente a la decencia...», despidiendo sobre la situación hospitalaria, sanitaria y social que sufría la ciudad.

El hospital estaba destinado, como especifica su fundador,¹⁸ a recibir sólo «...mugeres pobres que no tengan cauda! para curarse en su cassa...». y dice «...que no se admitan en él ninguna muger que estubiere enferma de bubas ni ética ni tísicas ni tengan enfermedad yncurable...».

¿o eran éstas unas condiciones arbitrarias sino que respondían a unos preceptos existentes, en casi todos los hospitales derivados de una parte a) miedo y desde la Edad Media existía hacia las consideradas enfermedades contagiosas, pesie oonónica, epilepsia, sarna, erisipela, carbunco, tracoma y lepra. Tendríamos que añadir la sífilis, mal de bubas,

«tuvo durante muchos años discutida. Si bien ya en 1498 se le

jamás». El problema de las «fiebres» como dice Granjeé' fue una de las cuestiones clínicas que más preocuparon en la medicina renacentista por su reiteración y gravedad, también por sus consecuencias sociales y económicas que, sobrepasaron un período, constituyendo de gran preocupación en el tiempo que nos ocupa. Las fiebres hécticas,²² son a las que se refiere el fundador al llamarlas éticas (o consuntivas), que con sus tres grados constituían una de las formas de fiebre siguiendo el criterio tradicional.

También se limitaba el ingreso a las incurables con el fin de «aprovechar» los escasos recursos en personas que pudieran, según su criterio, beneficiarse de su

asistencia y no saturar las camas con enfermas deshauciadas."

En el Hospital toledano de San Juan Bautista, fundado en 1541, no se admitía a enfermos contagiosos de «Sartt Lázaro, Lepra e de Sant Antón, etc. e de bubas...»²⁴

Más cerca en el espacio y en el tiempo, tenemos el caso del Hospital de San Juan de Dios de Cádiz, llamado de la Misericordia, canitnaciones de cesión T'a O den^ en 1674 e recose Urden, en 1014, se recoge. admitir en el dicho Ospital a curar enfermedades de contagio vulbas enjermeauues Utr luniugtu, vutuui jttnjmhlp<_i>

Existía discriminación hacia las enfermas sífilíticas («de bubas») enfermas sumacas <<oc rjuoas>>, la moral no aceptaba de buenas consecuencias de unas personas sobre las que había caído la cólera divina.^{1*}

Sin embargo, en el hospitalillo de mujeres, germen del de la Divina Providencia, fundado en 1750 en el Puerto de Santa María, no se despedía a ninguna mujer, causa por la que sus dos únicas camas es, j' a b a h mas que cubiertas: «y admitiendo de todas enfermedades V dolencias smectuar a ninguna ...».- El Hospital de la Providencia mantuvo estas benévolas disposiciones y no solamente admitía a todas las enfermas, sino que se preocupaba de recogerlas, curarlas y posteriormente acomodarlas.²⁸

Consiguientemente, estas limitaciones aun siendo casi generalizadas, no eran obligatorias y dependían del ideario expuesto en la cláusula de fundación,

Fundación

CONSTITUCIÓN y situaciones Plan Muiyuiics. i laii 3XQUitCturill

Se funda el hospital, entendiéndose por fundar el hecho de instituir y no de edificar, por iniciativa del capitán Antonio de la Yust, acaudalado comerciante y cargador a Indias perteneciente a las instituciones que los vizcaínos establecieron en Cádiz. Precisamente en la cláusula de fundación incluida en su testamento de 10 de Noviembre de 1634," encarga la administración del hospital que había de fundarse al mayordomo y a un componente de la capilla de los vizcaínos situada en la catedral vieja, siendo esta capilla el centro de múltiples obras de caridad.

No podemos olvidar a Manuel de Iriberry que en su labor de albacea llevo a buen fin y con acertó la voluntad del fundador aun transcurridos 14 años de la muerte de este, en espera de que las condiciones fueran propicias.

Observando Iriberry la existencia en Cádiz, por aquellos años, de unas mujeres piadosas, a la cabeza de las cuales se encontraba la Madre Antonia, que recogían a pobres, enfermas en un local con ínfimos medios, y estando en posesión de unas casas apropiadas para ese fin en la calle de la Carne, cuyo precio podía satisfacerse con el legado de Antonio de la Yust y siendo idénticos los fines de ambas **nic ativas** de canda Iriberry traslada una vez acondicionadas estas casas a las virtuosas mujeres y a las pobres enfermas que teman

Experimento la hospitalidad un sustancial impulso, pues pasó de una situación sumamente precaria, en un lugar poco adecuado dentro del recinto amurallado de la villa, a las afueras de la ciudad; exactamente al barrio de Santiago, con unas condiciones higiénico-sanitarias sensiblemente superiores y aumentando la capacidad y calidad asistencial.

Aún siendo iniciativa de una persona, Antonio de la Yust, requiere el esfuerzo de una **colectividad** organizada en forma

gremlin (nación vizcaína) y esto **viene a ser una supervivencia de usos medievales.**¹²

Es por lo que y es suertes e un día de esta colectividad y cuando a finales del siglo XVII la nación vizcaína asentada en Cádiz entró en crisis, su decadencia se reflejó plenamente en este hospital. Esto, unido a la ancianidad de su directora y cofundadora la Madre Antonia, que moriría en 1689,³³ hizo descender su nivel asistencial a extremos tan alarmantes que se tuvo que buscar a una persona capaz para llevar su administración y dirección: «...que algunos de el cabildo eclesiástico [y otras personas principales] tomasen por su cuenta la administración y gobierno de dicho hospital, mejorándolo en parte y poniendo un administrador diligente...» El 10 de Noviembre de 1695 se dirigió al cabildo de solicitando ayuda «...en que pudiera la ciudad aliviar para el socorro y curación de las Pobres enfermas.»

Todas las instituciones se interesaron pero en vista del deterioro experimentaba la hospitalidad, el obispo se hizo administrador, sin duda siguiendo los preceptos establecidos en los Concilios de Viena para estos casos.

En el Hospital se atendía sólo a mujeres pobres y enfermas. Entre el 29 de Agosto de 1668 e 28 de Diciembre del mismo año se recibieron 4 esclavas, de las 40 asistidas, y al año siguiente se recogieron otras 4, de 65 enfermas, una de las cuales. Lucía de Silva ingresó el 5 de Febrero («es morem apareció con una cédula que deca es cristiam y se da m limosm al hospital») muriendo el 25 de Mayo de 1690.¹⁷

El Hospital de Ntra. Sra. del Carmen estrecho de espacio y pobre en rentas, establecido en unas casas habilitadas como hospital desde hacía más de un siglo, encontró en Doña Jacinta Armengual de la Mota, Marquesa de Campo Alegre, hermana del Obispo Lorenzo Armengual,* mujer caritativa y esposa de un rico personaje, a su más importante valedora conociendo la hospitalidad años de expansión. La Marquesa regularizó y concretó el patronazgo y jurisdicción del hospital, que de hecho dependía del obispo desde hacía años y

puso condición expresa: «Que toda su acción derecho y dominio [del hospital que se iba a fundar] había de tocar al limo. Sr. Obispo que por tiempo fuere de esta ciudad y de su obispado a que asintió el Excelentísimo Ayuntamiento de ella por acuerdo de 18 de julio de 1756»^{iv}

Este nuevo hospital se construyó con vista a sus fines, concluyéndose en 1749, situado en la calle que tradicionalmente lleva su nombre (calle del Hospital de Mujeres). El nuevo edificio, con valor arquitectónico, mejoró sensiblemente la asistencia y el número de enfermas atendidas se duplicó: de las 404 recibidas en 1748, se pasaron a las 701 de 1750. El 16 de Octubre de 1749 se trasladarían las mujeres del antiguo hospital de la calle de la Carne, estando funcionando hasta 1963 año que se clausuro por motivos económicos.

Se atribuyó a Alejandro de Pavía, hombre ilustrado y versado en las artes y sus estudios y posteriores viajes a Francia e Italia, los planos del nuevo hospital. María Pemán <> demuestra que aun habiendo podido influir Pavía en el proyecto y dirección de las obras por ser director-administrador del hospital, fue Pedro Luis Gutiérrez de San Martín, más conocido por Maestro Afanador, su autor.

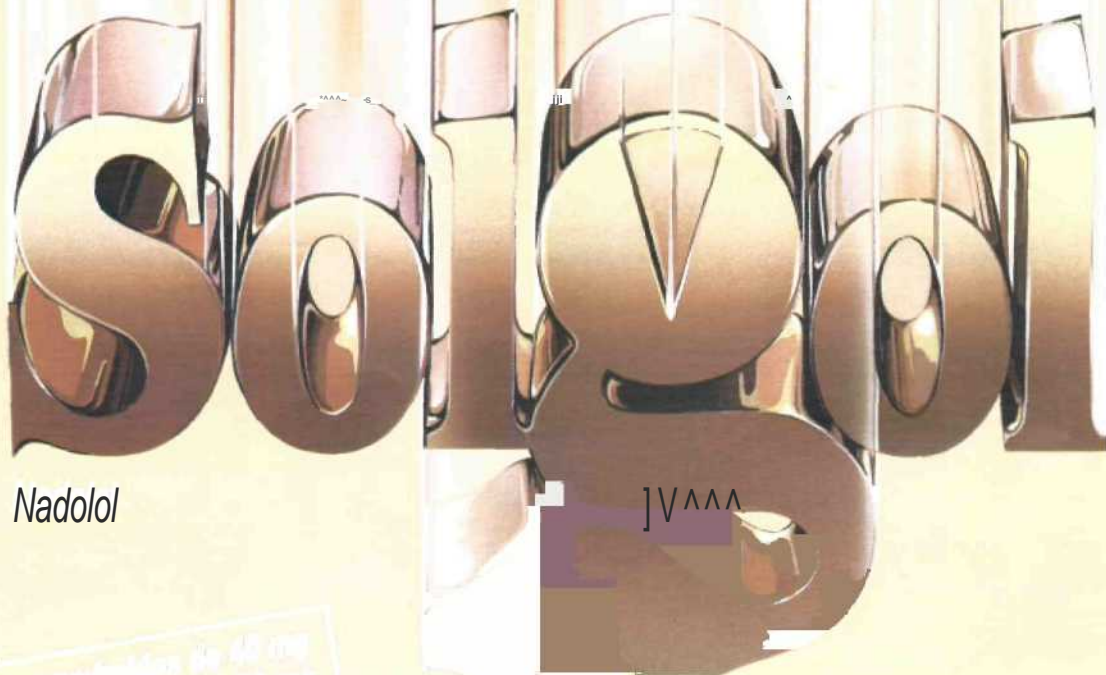
A la edificación inicial, se le añadió en 1734 una para acoger una nueva sala llamada de San José destinada a enfermas tísicas; innovación que por su temprana instalación lo pone junto con algunos hospitales militares, a la vanguardia hospitalaria española. La construcción de esta sala continuaba la línea que desde el inicio había marcado la Hospitalidad, en el sentido de seguir las más modernas disposiciones funcionales en cuanto a la construcción de hospitales. Así, vemos reflejado en nuestro hospital aquellas pautas que Claudio de Vellefaux aplicara en la construcción del Hospital de San Luis de París a principios del XVIII.

Las cuatro salas del Hospital de Mujeres de Cádiz, están situadas en la misma planta. Cuentan con un eficaz sistema de ventilación mediante óculos situados a menos de medio metro del techo a manera de «ojos de buey» con un diámetro aproximado de 40 cms.

El primer antihipertensivo  **que aumenta el flujo sanguíneo renal y la excreción de sodio...
... con una dosis única diaria.**

SODIUM

Nadolol



INDICACIONES: Hipertensión, angina de pecho, arritmias cardíacas catecolaminas dependientes. **CONTRAINDICACIONES:** Asma bronquial, bradicardia sinusual, bloqueo de segundo y tercer grado, shock cardiogénico e insuficiencia cardíaca congestiva. **DOSIS Y MODO DE ADMINISTRACIÓN:** Iniciar con 40 mg, una vez al día. Esta dosis puede incrementarse, de acuerdo con la respuesta de cada paciente, a razón de 40-80 mg semanales. Las ASÍAS habituales de mantenimiento en la hipertensión son de 80-320 mg/diarios; en el ángor, 80-240 mg diarios; en las arritmias, 80-160 mg diarios. **Pacientes con Insuficiencia renal:** Nadolol se excreta principalmente por los riñones y es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal. Nadolol se elimina por diálisis. **PRECAUCIONES:** La supresión brusca del tratamiento en la angina o insuficiencia coronaria puede producir una exacerbación brusca del cuadro. Administrar con precaución en los siguientes casos: Pacientes con alteraciones bronquiospásticas, intervenciones quirúrgicas importantes, diabetes e hipoglicemia, tirotoxicosis, insuficiencia hepática. No se ha establecido su inocuidad en niños, gestantes y lactancia. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Náuseas, diarrea, vómito, astenia, vértigo, sedación, bradicardia, insuficiencia cardíaca, dolor precordial, trastornos del ritmo y la conducción, hipotensión, broncospasmo. **INTERACCIONES:** La administración conjunta con depletors de catecolaminas y vempamil puede producir efecto aditivo. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de una eventual sobredosificación, debe efectuarse un lavado gástrico y aplicar terapéutica sintomática. **PRESENTACIONES:** Estuche con 60 tabletas de 40 mg de nadolol. PVP IVA 1.499pts. Estuche con 30 tabletas de 80 mg de nadolol. PVP IVA 1.499 pts.

I DOS "SOLUCIONES" I

eficaces y prácticas

I Bioselenium

I Sulfuro de selenio al 2,5% I



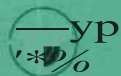
Tratamiento de la Pitiriasis versicolor

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

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

Acción antimicótica específica.

Actúa en superficie y en profundidad.



URIACH
Decano Bahi 59
08026 Barcelona

Biocadmio

I Sulfuro de cadmio al 1% I



Tratamiento de la Dermatitis seborreica: Pityriasis seca y

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

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

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

Normaliza la función de las glándulas sebáceas.

Reduce la exfoliación queratínica.

Suprime el prurito y la caspa común.

INDICACIONES

Tratamiento de la Dermatitis seborreica y de la Pitiriasis versicolor.

POSOLOGIA

Dejar actuar el preparado sobre la zona afectada durante 20 minutos, a modo de aplicación varios días consecutivos.

Después de la aplicación, lavar la zona con agua y jabón. Repetir el tratamiento de la mañana siguiente y repitiendo cada 3-7 días.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES

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

INTOXICACION

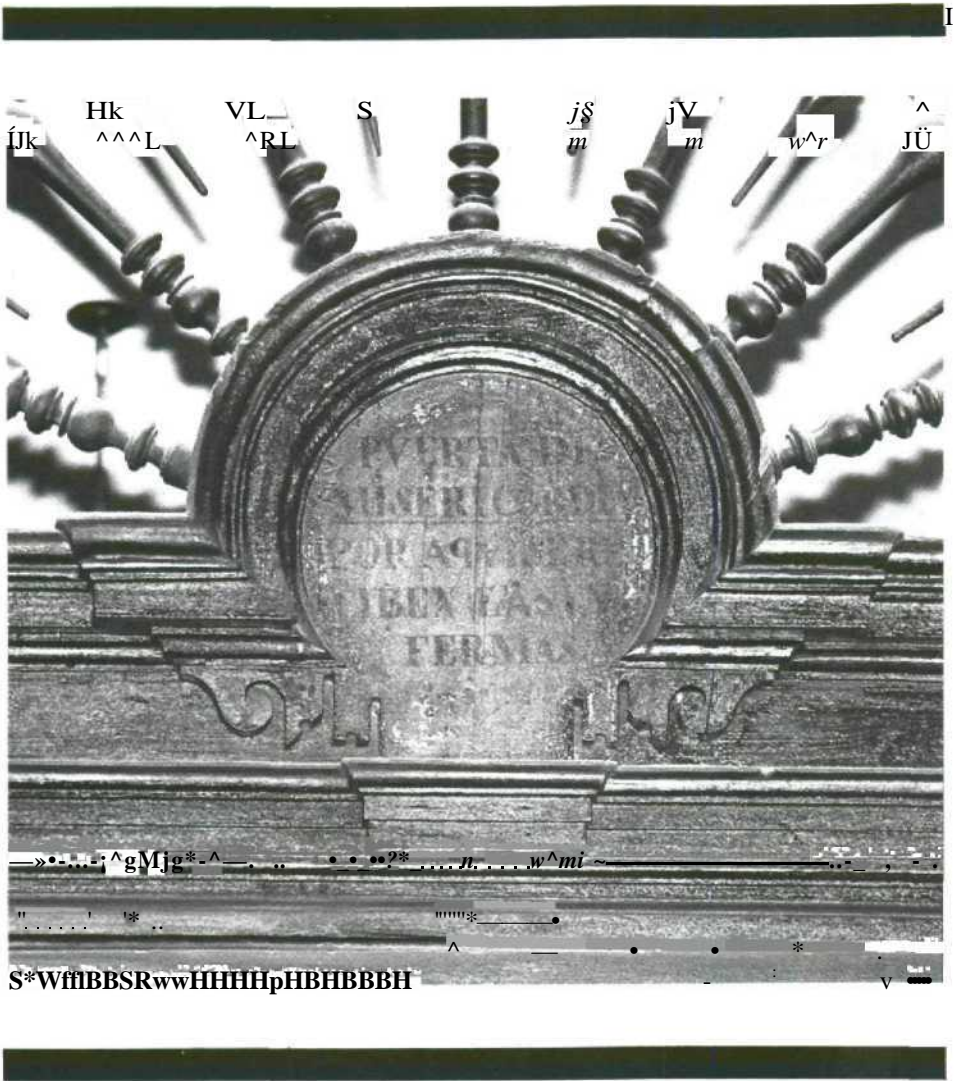
En caso de intoxicación accidental puede aparecer anorexia, vómitos y anemia. Tratamiento: lavado de estómago por aspiración y lavados con permanganato débil.

PRESENTACIONES

Frascos de 35 y 100 cc.
INCLUIDOS EN S.S.

IPF#*vivP
^jt^v^Hm^4^*y?EIEIEIEII^
MPPWIEIEJII MEJ^BE...
Ii4i4^pJBBP|... HIVHJHISfl
'lltU? *T^IM^* > * * J^M^J
iIMil%IM flTTBTffl





desfasadas y las desamortizaciones, centralización de la beneficencia y otras circunstancias acaecidas en el siglo XIX marcaron los últimos años de la hospitalidad. Es por lo que en los años postreros del siglo pasado, encontramos salas enteras cerradas y, las abiertas, infrautilizadas. A finales del siglo XIX, se montaron los quirófanos en el lugar que antaño ocupara la sala de cirugía. En 1913 se instala *material röntgen*.

En el siglo XX, como única posibilidad de persistencia, se estableció una clínica particular que ayudaba a mantener algunas camas para pobres enfermas. Llegó un momento, en que la curia diocesana observando que la finalidad principal había desaparecido casi totalmente y las cuestiones económicas acuciaban, por tramitación oral ordenó su cierre, adaptando el edificio para sede del obispado de la diócesis Cádiz-Ceuta. Con las exiguas **rentas de la fundación inicial** se mantienen actualmente dos camas para enfermas pobres en el Hospital de San Juan de Dios de Cádiz.

Al estar unos en frente de otros a lo largo y ancho de las salas, creaban una corriente que renovaba continuamente el aire viciado que ascendía sin necesidad de abrir las ventanas. Dispone asimismo cada enferma por término medio de algo más de 55 m³. Cada una de las dos salas de mayores dimensiones que son la del Salvador para enfermas de medicina de evolución crónica y de San Cayetano para aguar, alberga 40 enfermas. Con 12 camas cuenta la sala destinada a cirugía llamada de San Rafael y 20 la sala de San José para tísicas.

En 1822 se habilitó la sala del Salvador para unciones, funcionando como tal hasta 1831, proporcionando la oportunidad de publicar en «*El periódico de la Sociedad Medico Quirúrgica de Cádiz*», a la que su director Serafín Sola pertenecía, siendo colaborador habitual, las diferentes observaciones de los casos allí vistos y tratados.⁴ «Para la dirección de dicha sala se tendrán presentes los métodos diversos con que se cura la sífilis en los hospitales más célebres de las capitales de Europa,

*principalmente en París; se hará uso de las preparaciones mercuriales, ya de las tisanas sudoríficas, según los casos y al de cada trimestre publicaremos las observaciones más interesantes acompañadas de reflexiones oportunas...».*⁴⁴ Anteriormente, en el siglo XVIII, algunos hospitales militares ^{C_onTnZ^ ^ ^} uncionistas. •

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, decreció enormemente el número de enfermas asistidas en el hospital: en 1851 se atendieron a 70 enfermas; en 1852 a 77; en 1853 a 80; y estas cifras se redujeron hasta las 31 asistidas en 1874. Entenderemos esta decadencia de la hospitalidad, encuadrada en la coyuntura crítica que vivía la ciudad de Cádiz al declinar la importancia geoeconómica de que gozaba al ir perdiéndose las últimas colonias. Quedaría la ciudad convertida en una simple capital de provincia. De su decadencia tanto social, demográfica y económica, el hospital no podía sustraerse. Las rentas que antaño fueron suficientes habían quedado (45) Cf.: RIERA, J. (1); p. 17.

(31) J. A.H.P.C. <y>: 3.716, ff. 726v-727.

(32) JIMÉNEZ SALAS, M.: *Op. cu*, (9); p. 16.

(33) A.H.D.C. MS.: 783. Sin foliar.

g4> CONCEPCIÓN. Gerommo de la: *op.*

(35) A.M.C.: 10 de noviembre de 1695. ff. 477v-478.

<> HERNÁNDEZ IGLESIAS, F., *Op. d.*, (23) t. I, p. 36.

(37) A.H.D.C. M&, 783. Sin foliar.

(38) Naciónes(e) prelado, pieza clave para esta hospitalidad de 5 de noviembre de 1663 en Málaga, y murió en Chiclana el 15 de mayo de 1730. Cf.: ESCALERA, M.: K^ío U * " " " " * ^ ^ ^ ^

(39) A.H.D.C. MS.: 961, f. 1.

TJ^A^; Z^TJL^O Afanador. «*Arck. Bsp. Art.*». L (1977), I9S. pp. 100-102.

<41> AH^DC Ms_ y61> . F A_

<42> Cf.: RIERA, J. (1); p. 17.

(43) S[ola], S.: «*Higiene pública*». P.S.M.Q.C. t. II! (1822), pp. 233-234.

(44) *ibidem*.

Estudio artístico del edificio actual y de su contenido

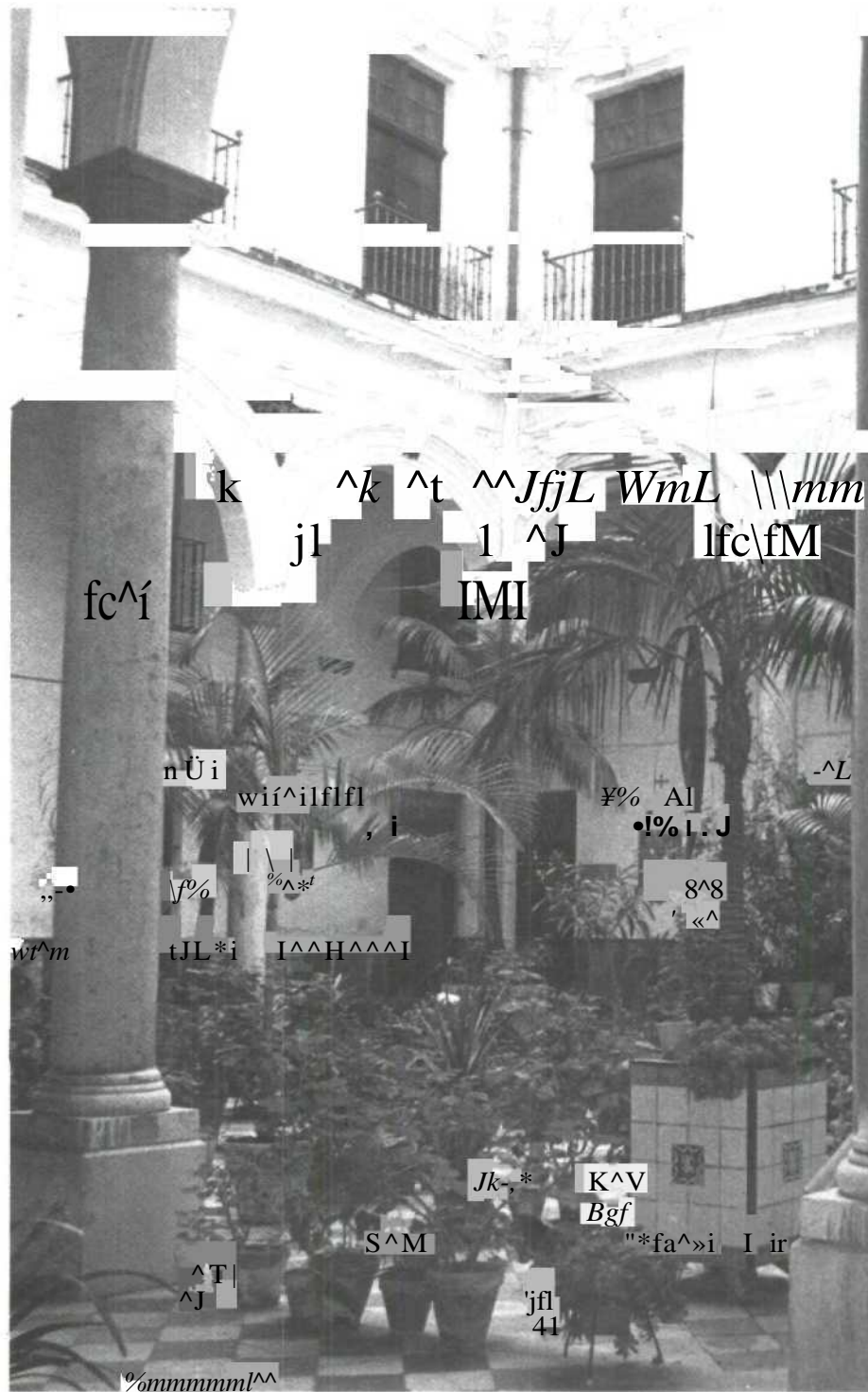
El verdadero siglo de oro de Cádiz, fue sin duda alguna el XVIII. Derivado del auge económico, se experimenta en Cádiz una explosión demográfica y un esplendor de la arquitectura.

El arte unido a la prosperidad y a la riqueza no podía llegar a Cádiz más que de donde venían sus galeones y navios; trayendo metales preciosos de América y, de Genova, lastres de mármoles y jaspes.

Dominan el estilo gaditano, del que el Hospital de Mujeres está plenamente imbuido, tres elementos: el mármol, elemento italiano; la caoba, elemento americano y la cal elemento andaluz y aún se podría añadir el azulejo de Delf, elemento flamenco. Ésto puede dar idea de la curiosa síntesis de civilizaciones que lo conforman.

A la hora de adentrarnos en el estudio y descripción del Hospital como obra arquitectónica, recurriremos al que sobre el mismo ha realizado María Pemán.^{4fi}

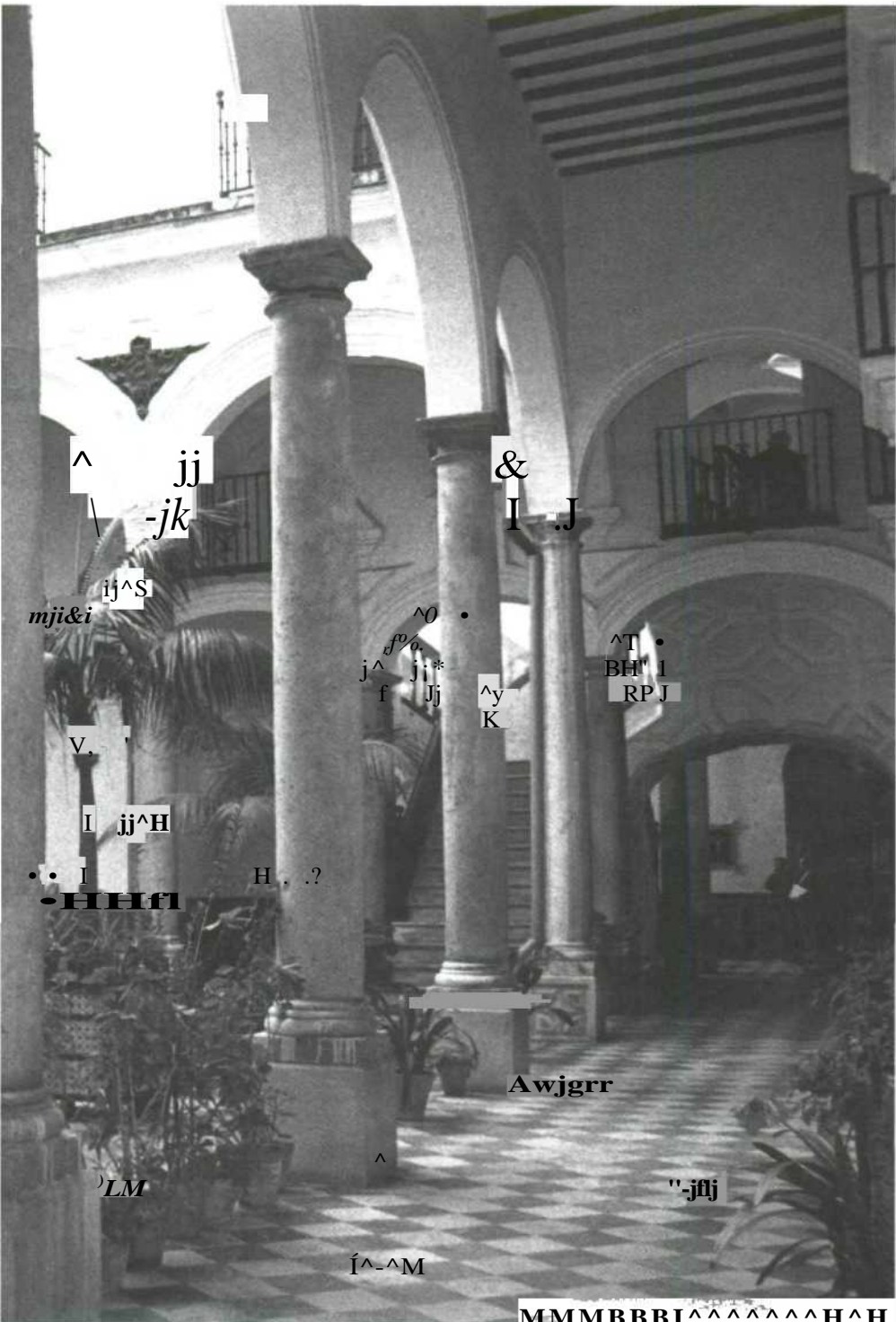
El núcleo está constituido por una especialísima escalera, muy elogiada por los expertos, alrededor de la cual se dispone el edificio. El patio principal, que con la escalera compone su conjunto más bello, tiene un claro sabor italiano, pero lo hacen característicamente gaditano la hermosa combinación de hierros forjados y los enlucidos de cal, más la azulejería holandesa de sus zócalos. La fachada tiene entidad



propia. Es obra más erudita y exige la presencia de un escultor, pues se adorna con grutescos, carátulas y atlantes. El conjunto de la fachada consta de tres plantas y lo primero que destaca en ella es la independencia netamente barroca de su organización.

Entre las muchas obras de arte que alberga mencionaremos un cuadro de amplias dimensiones. Romero de Torres,⁴⁷ lo describe

de la siguiente forma: su asunto es Ntra. Sra. del Carmen, estando en la parte inferior del lienzo, entre dos grandes columnas, la escenificación de una sala del antiguo hospital de la calle de la Carne, con mujeres en el lecho y a lo lejos, en el umbral de la puerta, dos figuritas en actitud de conversar vestidos a la usanza del siglo XVII, que parecen los galenos encargados de aquella casa piadosa. Entre las madres enfermeras podemos imaginar por



Funciones del personal sanitario

La asistencia directa de las enfermas estuvo desde su fundación hasta 1860 en manos de una hermandad de mujeres piadosas sin voto de religión pero con hábito de Ntra. Sra. del Carmen. En este año, siguiendo las recomendaciones de la Ley de Beneficencia y por cuestiones económicas, se hicieron cargo del hospital, previa petición del obispo de Cádiz, una comunidad de Hermanas Carmelitas de la Caridad procedentes de la guerra de África donde habían prestado ayuda a los heridos.⁴⁸

En 1755, el obispo Fray Tomás del Valle, redacta las constituciones del hospital¹⁴⁹ para el gobierno y manejo interior del establecimiento. A continuación extraemos las referencias más interesantes para nosotros, pues describiendo indirectamente las funciones del médico, cirujano y boticario, nos es posible conocer cuales fueron sus cometidos y las características de su quehacer diario.

«Si al tiempo que hubiera entrado la enferma estubiere ya hecha la visita del médico o cirujano y no diere tregua su accidente para esperar la siguiente próxima, se mandará llamar al que de los dos corresponda para que lo remedie, asi como siempre que en alguna otra ocurra novedad digna de su consideración y presencia.

*"H^{on} d^e ser visitadas las enjermas por el médico o el cirujano todos los días a la mañana temprano y a la tarde > a "" *TM5) s^{em}pre necesite del otro para la curación.*

su actitud vigilante a la Madre Antonia, a la que consideramos cofundadora del hospital. Es Meneses de Osorio, discípulo de Murillo, a decir de los entendidos su autor, realizándola en su venida a Cádiz para sustituir a su maestro tras la caída que sufriera relizando las pinturas de la Iglesia monumental de España - Provincia de Cádi:. Madrid, 1934. p. 326.

Hemos destacado esta pintura por su valor iconográfico sobre la hospitalidad. Pero es obra estelar el cuadro de El Greco, cuyo tema es «La

impresión de las llagas de San Francisco de Asís», que se encuentra en la Iglesia del Hospital.

(↔) PAMAN. M.: (40).

(47) ROMERO DE TORRES, E.: *Catálogo monumental de España - Provincia de Cádi:.* Madrid, 1934. p. 326.

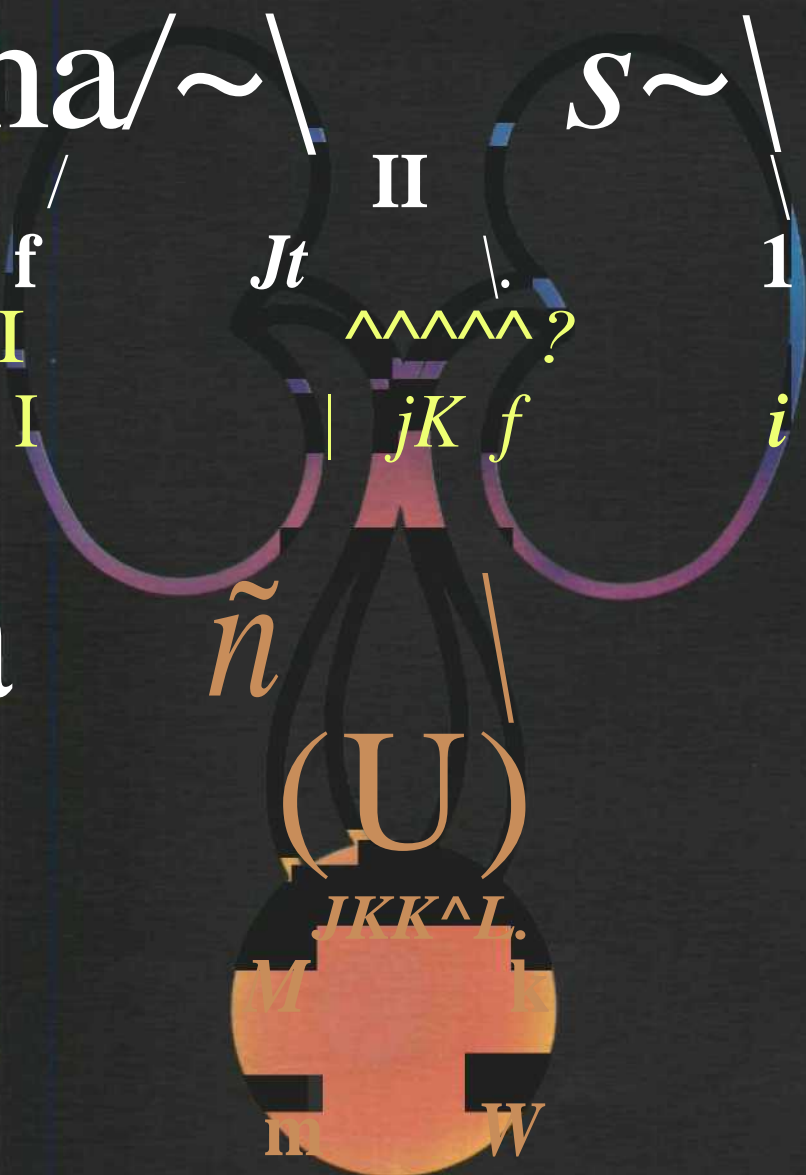
^; SiSSSJS^ ^ ^ de las Hermanas Carmelitas de la Canda. Madrid, 1977, p. 154.

Furantoína

Antibacteriano de referencia, específico de las infecciones urinarias agudas y crónicas

Furantoína Sedante

Tratamiento de las infecciones urinarias que cursan con dolor, espasmo, tenesmo y disuria



Furantoína

INDICACIONES: Infecciones del tracto genito-urinario ocasionadas por gérmenes sensibles: pielitis, pielonefritis, cistitis, prostatitis, uretritis. Profilaxis en intervenciones o exploraciones urológicas.

CONTRAINDICACIONES: Insuficiencia hepática o renal graves. Hipersensibilidad a la nitrofurantoína.

POSOLOGIA: Adultos: 1-2 comprimidos 3 veces al día; Niños: 2,5-5 cc. de suspensión 3 veces al día.

COMPOSICION Y PRESENTACIONES: Comprimidos: Envases de 25 y 50 comp. con 50 mg de nitrofurantoína (PVP IVA 199,- y 254,- ptas.).

Suspensión: Frascos de 80 cc. con 10 mg de nitrofurantoína por cc. (PVP IVA 162,- ptas.).

Furantoína Sedante

INDICACIONES: Infecciones urinarias ocasionadas por gérmenes sensibles a la nitrofurantoína y que cursan con sintomatología acusada (dolor, tenesmo, disuria): cistitis, uretritis, pielitis, litiasis con infección secundaria.

POSOLOGIA: 3 cápsulas diarias.

CONTRAINDICACIONES: Nefritis grave o insuficiencia renal. Glaucoma. Retención urinaria. Hipersensibilidad a la nitrofurantoína.

COMPOSICION Y PRESENTACION: Envases de 30 cápsulas con 50 mg de nitrofurantoína, 100 mg de fenazopiridina, 1 mg de N-metilbromuro de hioscina y 2500 UI de vitamina A por cáp. (PVP IVA 229,- ptas.).

INCOMPATIBILIDADES: Los acidificantes del pH urinario aumentan la absorción digestiva de la nitrofurantoína, mientras que los alcalinizantes y el ácido nalidíxico la disminuyen.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Puede producir náuseas y vómitos, que se evitan ingiriendo el medicamento con las comidas. Ocasionalmente, en tratamientos muy prolongados, se han descrito trastornos alérgicos y polineuritis, que ceden al suprimir la medicación.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO: La intoxicación aguda es rara dado su elevado coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental, seguir las pautas generales para favorecer la eliminación de medicamentos (lavado de estómago y aumento de la diuresis).



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



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

Ü Ompnmidos eferVeScentes

Indicaciones: Estados gripales e infecciosos Resfriados, fiebre, cefaleas, migrañas. Tensión premenstrual. Dismenorrea. Procesos reumáticos. Artrosis, poliartrosis, mialgias. Fiebre reumática. Traumatismos. Neuralgias

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes. Ulcus gastroduodenal.

Incompatibilidades: No se conocen a dosis terapéuticas.

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

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

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

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

Presentación: Envases de 10 y 20 comprimidos efervescentes. (PVP IVA 226 y 344 pías.).



El Hospital de Mujeres de Cádiz

Con la botica cambiando de manos constantemente, quizás por insatisfechas demandas de incremento de sueldo, excesivo control o demasiado trabajo, llegamos a los primeros años del siglo XIX, en los que la tónica inestable no cambió. Es posible que esta flexibilidad en el empleo se debiera a la escasez que había de boticarios, siendo sus posibilidades de trabajo fáciles en las muchas boticas que había en Cádiz: en 1821 con 40.000 habitantes existían 33 boticas, descendiendo a 24 en 1839.⁵¹ En 1815, se hace cargo de la botica del Hospital de Mujeres don Juan Álvarez, el boticario más estable y surtidor de medicinas, bajo unas condiciones favorables y buen sueldo.

Tras realizar un estudio sobre tipos de medicamentos empleados, cantidades y precios, destacamos entre las conclusiones obtenidas el que las ventas que se realizaban por la calle, suponían la fuente principal del presupuesto de botica.

Se conservan en el edificio que fue Hospital de Mujeres, un número considerable de alfileres que pertenecieron a su botica todos según un mismo canon, adviniendo enormes diferencias en tamaño y calidad. Estos botes, vasos de farmacia o cornetas de botica, que así se les llamaba también, se utilizaban para contener sustancias sólidas y viscosas y viscosas.

Personal asistencial

En la etapa en la que la hospitalidad estuvo situada en la calle de la Carne, no contó con personal facultativo propio «...por

no poderlos mantener con salario competente...»² Previa demanda de ayuda, el Cabildo de la ciudad de Cádiz acordó en 1695, que tanto el médico como el cirujano de la cárcel, «...en que acrezentándoseles el Salario hasta noventa Ducados de V^o a cada uno sobre el que tienen señalado por razón de la asistencia y curación de los Pobres enfermos de la Carzel, asistirán a lo uno y a lo otro [a las pobres enfermas de Hospital de Mujeres de Cádiz] con toda puntualidad...». Asimismo, se comprometió la ciudad a pagar al barbero que era el único empleado que venía ejerciendo en el hospital. Al adquirir mayor relevancia por el directo patronazgo episcopal, y tras la construcción del nuevo edificio, fue preciso dotarlo de un cuadro medio-quirúrgico-farmacéutico. Entre los médicos que ejercieron en él citaremos a Jacobo Baragaña, que hasta su muerte en 1784 ocupó la plaza como titular; le sucedió don Pedro de Navas, componente destacado de la Academia Médica de San Rafael, fundada en Cádiz a finales del

siglo XVIII. José Díaz Matamoros y Francisco Lara ostentaron simultáneamente el cargo de Hospital

médicos titulares en los primeros años del siglo XIX. En la epidemia de cólera-morbo de 1834 ejercía como médico visitador don Francisco Flores Arenas, decano que fue de la Facultad de Medicina entre los años 1871-1877. Más tarde se nombro como médico titular a don José Moreno Jiménez, primer médico honorario de la Armada.

A finales del siglo XIX, don Migue! Antonio Dacarrete y Fernández se incorporó, avanzado en años al cuadro médico en calidad de médico consultor. En

cuanto a los cirujanos, en 1777 ostentaba el cargo de cirujano

titular don Juan de Navas, que escribió la que fuera la obra cumbre de la tocoginecología de su época titulada *Elementos del Arte de Partear*. Fue catedrático de partos en Cádiz, marchándose posteriormente a Madrid. Se conserva una observación de Juan de Navas realizada en el Hospital de Mujeres de Cádiz sobre *heridas contusas en la cabeza*⁵² que se leyó en una de las Asambleas que se celebraban en el Real Colegio Cirugía,

A finales del siglo XVIII, ostenta la plaza en sustitución de Navas don Antonio de España y Guzman,⁵³ que llegó a ejercer la cátedra de Algebra Quirúrgica, siendo uno de los primeros facultativos en utilizar la vacuna en Cádiz. De su paso como cirujano titular del Hospital de Mujeres se conservan varias observaciones, que junto a otras pocas, constituyen los únicos documentos directos sobre la

⁴⁹ VALLE, T. del: *Compendio de la parte de las Constituciones de Nira. Sra. del Carmen de Cádiz*, 1783.

(50) A.H.D.C. MSS.: 839. 840 y 847.

(51) cf. OROZCO ACUAVIVA, A.: *Notas para la Historia de la Farmacia en Cádiz*. Soc. Esp. mt. Farm. i xxv n. (1977), III 141-148.

(52) A.M.C.: 10 de noviembre de 1695, f. 47g.

(53) *ibidem*.

A.F.M.C.: *observación B;48*

(55) Para sus datos biográficos Cf.: OROZCO ACUAVIVA, A.: *Francisco [avter U so < 785-1836] propagandista de la vacuna. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, xvi (1980), I, p. 83.

despacho de primer profesor de la Armada en 21 de Noviembre de 1810. Pasó por la Habana y Veracruz, donde atendió a los afectados en la epidemia de fiebre amarilla. Su actividad fue enorme, reflejándose en la prensa medica. En 1824 se le nombra catedrático de anatomía teórica y práctica y Maestro consultor.de la Armada dei Nacional. Extinguido el Colegio en 1843, pasó a Madrid volviendo más tarde a Cádiz para ser el primer director de la Facultad de Medicina.⁶⁷

Se recurría constantemente a comadronas para que atendieran a

las enfermas embarazadas que daban a luz estando ingresadas, no siendo costumbre ingresar para este fin, a no ser que surgieran complicaciones. Por esta razón la patología obstétrica es muy rica e interesante. En cuanto a los sangradores, no tenemos datos concretos; en los asientos de los libros de sueldos, sólo quedan anotadas noticias de este tipo ...Al sangrador por su particular esmero y por las incomodidades de venir a horas extraviadas, además de su salario se le dieron 110 rs.^{6*}

mortalidad durante el
• i YTY
SlgIO A. I.A.

No hemos podido estudiar la patología que se atendía en este hospital durante los siglos XVII y XVIII, por carecer totalmente de datos acerca de las causas de ingreso, al no quedar reflejadas en el asiento que de cada una de las enfermas se realizaba a su entrada o al fallecer en su caso. Entre los fines de estos registros no se encontraba precisamente el dar cuenta de la enfermedad que motivo el ingreso O el fallecimiento «...las partidas que se registran en el presente libro y acuerdan el ingreso de las que para ... J j i. • J curación de SUS dolencias han Sido admitidas [...] el que esperamos se conserven para perpetua noticia que en la posteridad, pueda conducir a las partes de quien pendan los individuos».¹

Pe a nartir rtp mavn dp IR?YTM
fcS a partir ae mayo ae I »ZJ,
Cuando encontramos señalado.
además de estos datos, la causa del ingreso. En ese año ingresaron 421 enfermas V en 122 de ellas se

fallecimiento; las Acalenturas» causa la hospitalización de 50 mujeres, todas eran adultas con una mortalidad específica muy baja, pues en tan sólo tres registros se constata esta patología como causa de muerte; se contabilizaron 30 tísicas, con una mortalidad específica de algo más 25 %; la estancia media de estas enfermas fue de un mes y su edad media oscilaba entre 25 y 40 años. Deducimos tras el examen del libro correspondiente a 1823, que la sala del Salvador no funcionaba, pues como dijimos se utilizaba como sala de unciones.

Seria muy prolijo exponer aquí los diagnósticos efectuados en el Hospital de Mujeres de Cádiz. Son muy variados: desde la adinamia senil al zaratán ulcerado, pasando por todas las clases de cánceres, cataratas, disenterías, vahadas etc. dándonos idea de la patología que conocían los médicos decimonónicos. Teniendo en cuenta que aún quedando reducida a los aspectos más pragmáticos, fue la medicina clínica la que mejor soportó el impacto de la decadencia que experimentaron en España las uentias Ddsicas.

Hemos estudiado la patología causante de la mortalidad en este hospital basándonos únicamente en los libros donde se anotaba las fallecidas en los que constantemente se señalaba la enfermedad causante de la muerte. Por el contrario en los libros de enfermas, la falta de estas referencias en muchas ocasiones o la de su ingreso, hacía imposible un seguimiento apropiado.

para el estudio de la mortalidad durante el siglo XIX, se ha tomado una muestra aleatoria simple de 1 094 muertas⁷² de las casi 9,000 que fallecieron durante

(56) A.F.M.C. observación n.° 257. frecuentes
(57) A.F.M.C.: Ohwvaáon n.° 268.
^ A.F.M.C. Observación n.° 279.

cirujanos del hospital le sucedieran al
España Saborido a Antonio de España y Guzmán. Esta circunstancia desaparecería al aplicarse el artículo 114 de la Ley de 6
terminos siguientes: «...que hubiese en los hospitales el correspondiente número de facultativos dorados competentemente.

HERNÁNDEZ IGLESIAS. F. (23). t. II, p. 895.

Bibliografía Medtco-Cientfwa Gaditana, Cádiz 198L p. 203.

(61) Variedades. Revista Mensual de Medicina y Cirugía, t. ni (1841), p. 96.

(62) PORTO, M. J.: Memoria de Diciembre de 1838. «Revista Mensual de Medicina y Cirugía» (1.1) (1839). pp. 94-95.

de CM y la introduccion en España de la Mediana anatomoclínica En Medicina Moderna y Sociedad española siglo XVI-XIX. Valencia. 1976; p. 217.

(64) JIOS É] z[UR n-A]: observación de un enorme lipoma... «Revista Mensual de Medicina y Cirugía», t. ill (1841), pp. 58-63.

(65) El auge que aquirio la Sociedad Médico Quirúrgica de Cádiz, iniciativa de Francisco Javier Laso de la Vega, decayó a su muerte, transformándose en la Real Academia de Medicina y Cirugía. La continuadora del Real Colegio de Cirugía: La Facultad de Ciencias Médicas, fundada en 1844. LÓPEZ PINERO, J. M. <63> PP

(66) Sala de cirugía. Revista de Ciencias Medicas, t. I (1845), pp. 6-8.

?soo ;?;3) f !oi Mámelas n.° 3

(68) A.H.D.C. MS.: 815, f. 96v.

(69) A HD c Ms.; 792_ f 222
<70> A.H.D.C. Ms.: 798. Sin foliar.

<71> LÓPEZ PINERO, J. M.; «Ciencias S £ 5 & S ? S ^, £ j £ ^ *'' española. Siglos XVI-XIX. Valencia, 1976, p. 251.

<72> En este hospital ingresaban fundamentalmente pobres enfermas. esclavas, mujeres jóvenes de! Hospicio y militares. Estas mujeres de los militares de la Armada ingresaron durante el siglo XIX. La creación de hospitales benéficos (sobre todo durante el barroco), por parte de la Marina para cubrir sus imperiosas necesidades, se realizaban a través de conciertos entre el patronato de fundación y la Secretaría de Guerra, llamados asientos. Fueron acuerdos no sólo en Cádiz, sino en otras muchas ciudades del Reino, aprovechando la favorable aceptación y sensibilización de la administración pública a esie respecto. Cf. RIERA, I.: Planos de hospitales españoles del siglo XVIII. Valencia, 1975. XIII

El Hospital de Mujeres de Cádiz

el siglo pasado en el Hospital de Ntra. Sra. del Carmen, extrayendo los datos necesarios de los registros correspondientes lo que supone un estudio del 12% del total de fallecidas. La tisis fue la causa del 20 % de la mortalidad, le sigue «las calenturas» con casi un 17 %; la perlesía con el 10'5 %; la hidropesía con el 7'5 %; el cáncer, algo más del 5 % y ya en menor proporción: catarro pulmonar (3'5 %), pulmonía (4 %), ancianidad (1'5 %), reblandecimiento cerebral (1 %), dementes (0,5 %) y el 30 % restante se lo reparten el resto de la patología en pequeños porcentajes.

Comparándolo con las cifras de mortalidad en hospitales cívicos y militares españoles de mediados del siglo XIX aportados por Carasa,⁷³ si las enfermedades infecciosas causaron un 26% de muertes en los hospitales benéficos, en los hospitales militares alcanzó el 67'3 % mientras que en el Hospital de Mujeres de Cádiz el 37 %. A consecuencia del cáncer, murieron en los hospitales benéficos un 15 %, y en el Hospital de Mujeres un 5 %. La senilidad, en los hospitales benéficos en general, fue la causa de la mortalidad de un 2'5 % y en nuestro hospital en 1'5 %. Con estos puntos de referencia, observamos lo característico del Hospital de Mujeres de Cádiz en cuanto a la patología atendida que era proporcionalmente diferente a la de otros hospitales.

De esta manera sabemos que las «calenturas» fueron causa de un casi 17 % de la mortalidad habida en este hospital durante el siglo XIX. Las mujeres que fallecieron por esta causa permanecieron ingresadas tiempos muy variables,

posiblemente por estar encuadradas muchas entidades nosológicas en este ambiguo diagnóstico, oscilando entre el 21'8 % las que permanecieron menos de una semana al tener una evolución aguda, y el 26'49 % de las que permanecieron en el hospital más de 55 días antes de morir.

En cuanto a la edad, es claro que las más susceptibles a morir por esta causa eran las que su situación general era más delicada y su labilidad orgánica les desencadenaba complicaciones. Así vemos que las mayores de 41 años y más acentuadamente las que superaban los 60 años, morían en un porcentaje claramente superior. Las enfermas fallecidas de calenturas, ingresaban en mayor número en invierno (40 %) y un 37 % de los casos se encontraban relacionadas con ambientes urbanos. Debemos recordar que este hospital ejercía principalmente atracción sobre la población local, eminentemente urbana y en segundo lugar sobre un área de la comarca centrada fundamentalmente en los pueblos limítrofes de la bahía de Cádiz.

Murieron de cáncer aproximadamente el 5 % del total. Su estancia hospitalaria es claramente dilatada; un 44'83 % permanecieron más de 55 días. La edad de las cancerosas se sitúa en la 3^a, 4^a y 5^a décadas de la vida, alcanzando un pico importante entre los 41 y los 60 años (37 %). Se observa una disminución en el ingreso de estas cancerosas que más tarde fallecerían, en el verano (15'52 %), frente al 36'21 % que lo hace en invierno; 25'86 % en primavera y 22'41 % en otoño. En cuanto a la procedencia, predominan las que están relacionadas con el medio urbano

y sobre todo con trabajos domésticos y artesanales.

El catarro pulmonar, representa el 3'5 % de la mortalidad total. El 5T2 %, permanecieron más de 55 días internadas, por lo que podríamos calificarla como enfermedad de evolución subaguda o crónica. En cuanto a la edad, las mayores de 60 años fallecen en un 71 %, no hallándose mortalidad en las menores de 24 años. La frecuencia estacional se centra en el invierno con el 43'5 % de los casos.

La hidropesía, es responsable del 7'5 % de la mortalidad durante el siglo XIX. La permanencia hospitalaria se mantiene de una manera igualada, algo superior en aquellos casos en los que la enfermedad causó la muerte tras un período de permanencia mayor de 55 días con un 32'10%. Con relación a la edad, aumenta progresivamente a partir de la 3^a y 4^a décadas: el 24 %, las comprendidas entre 25 y 40 años; 32 %, entre 41 y 60 años y el 38 % las mayores de 60 años. Llama la atención su menor incidencia en otoño; frente al 35 % observado en invierno.

En cuanto a la profesión sigue predominando las que están relacionadas con ambientes artesanales urbanos con el 49 %, aunque junto con el catarro pulmonar, son las dos patologías en las que las mujeres que proceden del medio rural presentan mayor incidencia y mortalidad con el 20 % y el 19 % respectivamente,

El 10'5 % de las defunciones habidas en el siglo pasado son debidas a «perlesía», causa de muerte en ancianas. En el 66 % de los casos presentan una estancia

STATICUM

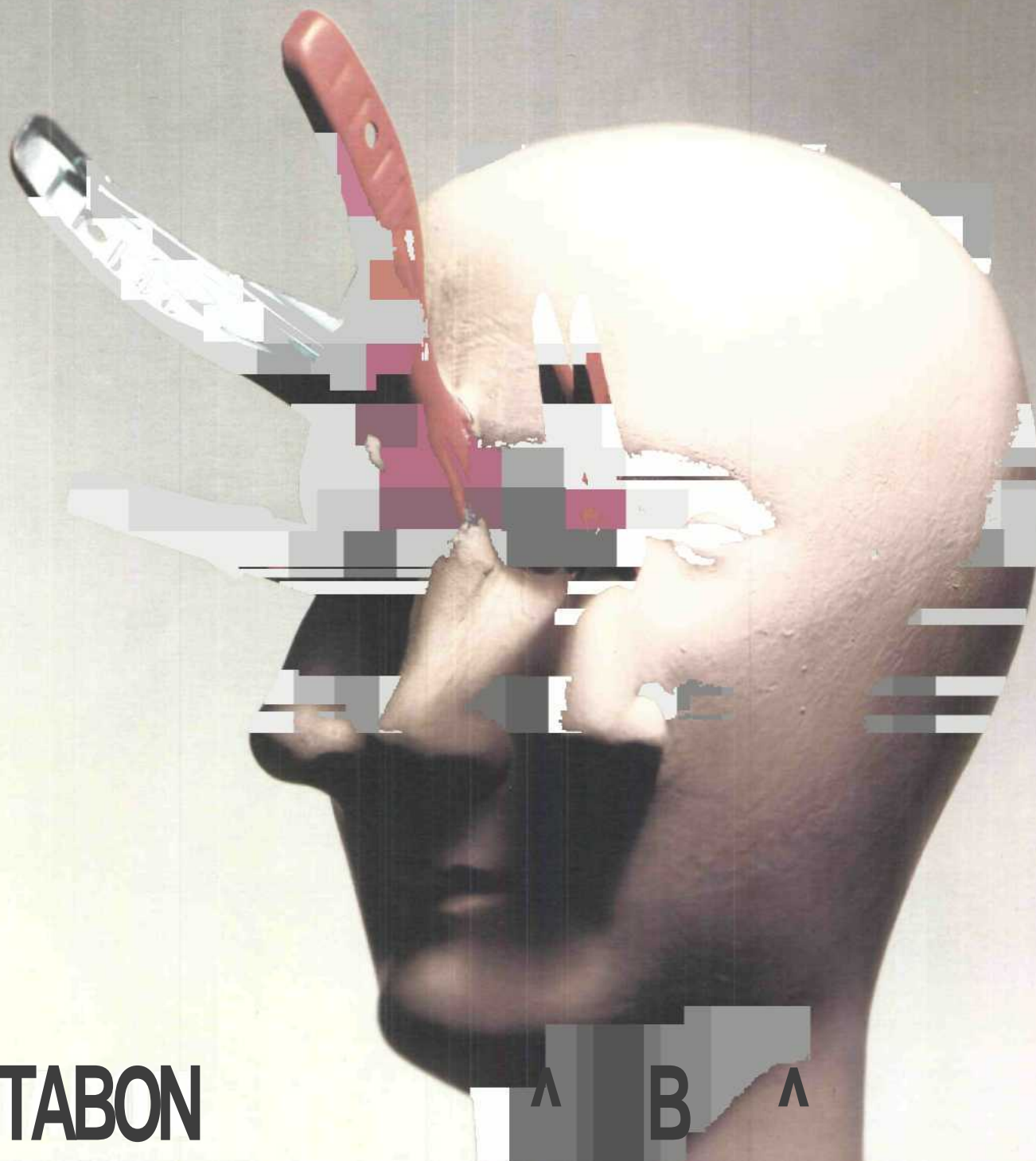
disentida

Equilibrio,
control y
seguridad
durante
24 horas.

STATICUM es una sulfonilurea de baja dosis, investigada y desarrollada por URIACH, que restaura la sensibilidad de las células beta pancreáticas del diabético adulto frente al estímulo de glucosa. Gracias a la estructura química y al mecanismo de acción de STATICUM, la intensidad del estímulo pancreático es proporcional a la glucemia, lo que hace prácticamente imposible la aparición de comas hipoglucémicos o de hipoglucemias subclínicas. Su tolerancia es muy buena incluso en tratamientos prolongados. STATICUM mejora también la captación de glucosa por el tejido muscular y regula la excesiva producción de ácidos grasos libres (acción antilipoéctica). Con una dosis diaria de 1-3 comprimidos de STATICUM se consiguen resultados clínicos satisfactorios en el 90% de los pacientes. Indicaciones: Tratamiento de la diabetes de la edad madura no compensable o mal compensada con dieta sola o con otros hipogluceraiantes orales. Tratamiento de la diabetes con necesidad de insulina inferior a 40 U/l día. Contraindicaciones: Descompensación metabólica grave. Coma diabético. Trastornos graves de la función renal o hepática. Diabetes juvenil. Intoxicación y Tratamiento: Caso de intoxicación accidental (sólo a dosis muy elevadas), seguir las pautas generales de eliminación de medicamentos: lavado de estómago y aumento de la diuresis. En caso de una hipoglucemia grave, se requiere tratamiento con suero de dextrosa por vía i.v. y cuidado médico intenso. Dosificación: Las dosis diarias usuales están comprendidas entre 1 y 4 comprimidos (2,5-20 mg. de glisentida). En la mayoría de los casos es suficiente una dosis de 1-2 comprimidos por día, administrados en una sola toma, durante el desayuno. Las dosis superiores a 2 comprimidos diarios se repartirán durante el resto de las comidas. Presentación y Composición: Staticum se presenta en envases de 30 y 100 comprimidos. Cada comprimido de Staticum contiene 5 mg. de glisentida. Una ranura central permite el fraccionamiento del mismo en dosis exactas de 2,5 mg. <PVP IVA 379,— y 857,— Ptas.).



URIACH



UTABON

Vasoconstrictor nasal
de acción rápida y prolongada



J. ULLRICH y Cia S.A.
Ullrich y Cia S.A.

INDICACIONES: Resfriados, catarros, rinitis alérgica, sinusitis aguda y crónica. Edema intranasal postoperatorio y en general siempre que se desee reducir la congestión de la mucosa nasofaríngea. **COMPOSICION:** Adultos: Oximetazolina CIH 50 mg. Vehículo isotónico tamponado c.s.p. 100 c.c. Niños: Oximetazolina CIH 25 mg. Vehículo isotónico tamponado c.s.p. 100 c.c. **POSOLOGIA:** Sólo son necesarias dos aplicaciones diarias. La posología puede aumentarse sin inconveniente pues UTABON no produce «efecto rebote» ni acostumbamiento. **CONTRAINDICACIONES:** Se aconseja no superar las aplicaciones recomendadas en el primer período del embarazo, insuficiencia coronaria, hipertiroidismo, hipertensión y diabetes. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** No tiene a las dosis recomendadas. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen incompatibilidades para el uso de UTABON. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** La ingestión accidental del contenido del frasco puede dar lugar a fenómenos de hipertonia simpática con insomnio, agitación psicomotriz y arritmias. Tratamiento: Se recomienda la administración de sedantes ligeros, bajo control médico. **PRESENTACIONES:** Adultos: Frasco nebulizador de 15 c. c. (P.V.P. IVA 209,- Ptas.). Niños: Frasco cuentagotas de 15 c. c. (P.V.P. IVA 144,- Ptas.).

**INCLUIDO
EN LA S.S.**

superior a los 55 días. Es en otoño cuando estas mujeres mayores ingresan en menor número y las procedentes del medio urbano las que fallecen en mayor número.

La tisis, es la estrella en cuanto al número de enfermas y causa del 20 % de la mortalidad. Su permanencia hospitalaria es muy variable, pues dependía del estado evolutivo de la enfermedad, siendo norma recurrir a la hospitalización en etapas avanzadas y en muchas ocasiones bajo condicionamientos sociales por temor al contagio. Por contar ese Hospital con una sala especial para tísicas, donde se aplicaban los tratamientos más avanzados y se seguían los preceptos imperantes en la terapéutica de esta enfermedad, no sólo se recurría al ingreso como media terminal, sino como posible remedio a sus padecimientos. Las edades de las fallecidas aumentan progresivamente hasta alcanzar su mayor pico entre los 25 y 40 años, volviendo otra vez a descender adoptando así una curva a manera de 'joroba' que contrasta con el resto de cuadros de edades de las enfermedades estudiadas en las que la desviación a la derecha⁷ es decir hacia las edades más avanzadas es una constante. Es en invierno y verano es cuando ingresan con más frecuencia, con un 32 % y 27 % respectivamente.

Atracción Hospitalaria

De las fallecidas en el Hospital de Ntra. Sra. del Carmen de Cádiz en el siglo XIX, un 72 % eran gaditanas, de las cuales el 41 %

eran del mismo Cádiz y el 31 % de pueblos de la provincia generalmente cercanos a la capital, como el Puerto de Santa María, Puerto Real, Medina Sidonia y San Fernando. Procedían un 17 % de otras provincias andaluzas, en un 53 % del resto del Estado y tan sólo un 3 % eran extranjeras. Esta tónica se rompió entre los años 1810 y 1813 por motivos que serían obvios tratar de relatar aquí. En 1810 las gaditanas constituyen el 55 % de las atendidas; en 1811, el 56 %; en 1812 el 53 % y en 1813 el 50%, incrementándose sensiblemente las ingresadas que procedían del resto del reino: en 1810 el 15 %; en 1811 el 18 %; en 1812 el 18 % y en 1813 el 19 %.

Pctar-ínnciliHQH HP» lo ESTaClONaiaaCl QQ leí mortalidad

Durante el siglo XIX se advierte ^{ritmos} persistencia marcada de los estacionales en la mortalidad, siendo otro signo de ^{su} estructura atrasada. Sánchez Albornoz la encuentra perenne entre 1863-1900. Se ha observado ^{una manera} general en todos los hospitales decimonónicos españoles un ciclo mortal anual máximo letal en época estivo otoñal, con otro máximo secundario en invierno: motivos climáticos, afecciones digestivas en verano por contagio hídrico generalmente y, en invierno, afecciones respiratorias debido al frío y las aglomeraciones que facilitan su difusión. Asimismo las condiciones socioeconómicas, como la cantidad y calidad alimentaria influyen en alguna medida a que se mantenga este ritmo en la mortalidad. Sólo cuando estos factores se controlan,

mejora la infraestructura y el urbanismo, se adoptan medidas de prevención sanitaria y en la higiene en el vestido y personal, se supera la estacionalidad en la mortalidad y esto se observa bien entrado el siglo XX.

Durante el siglo XIX, se observa una alta mortalidad en los hospitales benéficos: a finales de siglo oscilaba entre el 13 % y 14 % en Madrid. En Valladolid la mortalidad hospitalaria era semejante a la existente en el Hôtel Dieu de París o la del Hospital de San José de Lisboa, tomadas a mediados de siglo y situadas en un 14%. En contraposición se observa un descenso de la mortalidad en los hospitales militares, al profesionalizarse, potenciándose la faceta sanitaria frente a la asistencial.

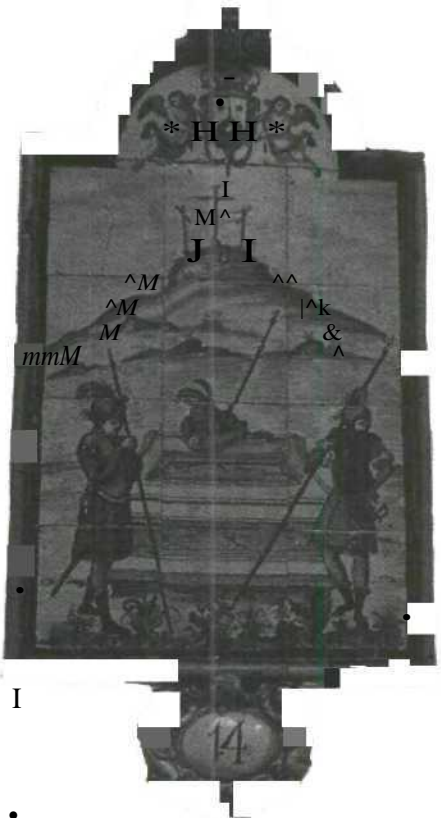
La mortalidad media en el siglo ^{xix} en el Hospital de Mujeres de Cádiz se sitúa en el 27,06 %, frente al 20,70 % del siglo XVII y 20,74 % del XVIII. Esta mayor mortalidad es el resultado de las propias características del establecimiento, que suma a su condición de hospital benéfico, en los que era norma la mayor mortalidad, la de ser un hospital dedicado exclusivamente a mujeres, confirmando la aseveración de Carasa Soto,⁷¹ acerca de la sobremortalidad femenina: «A pesar de que son menos las mujeres que entran en los hospitales, suelen hacerlo en mayor grado de necesidad o

(73) CARASA SOTO, P.: *El sistema SSSSfitlf&*
aclml Valiadiiid, 1985, p. 205.

(74) CARASA SOTO (73), pp. 201-203.

E¹
1~To^T"Y11n I

-IJ-VAj^AILCII
i Tk r •
CIO J^LUICrOS
J m
sAp* (~^¿\|7
V-lw V_xdAJ.lfj



gravedad y están también más expuestas a ja mortalidad». Se achacó en un principio esta

sobremortalidad femenina a las

enfermedades puerperales, pero quizá sea debido al hecho de que las mujeres acostumbradas a vivir solas y valerse por sí mismas en malas condiciones, acuden al hospital en una situación más extrema y degradada que el hombre, lo que contribuye a elevar su mortalidad. Peset,⁷⁵ completa este punto diciéndonos que en el siglo XIX los grandes clínicos atendían las salas hospitalarias como bancos de prueba y experimentación; las novedades que se descubrían eran aprovechadas en las consultas privadas o en los hospitales privados que empezaban a

aparecer. Se habla en esta época del nihilismo terapéutico: los clínicos se olvidaban de recetar a sus enfermos. Se veía el caso, se estudiaba perfectamente, se comentaba con sus discípulos pero no se preocupan de la receta. Esto combina dos fenómenos: la desconfianza ante la medicina tradicional heredada y la desatención de estos centros.

Todo ello nos confirma que los hospitales en este tiempo, persisten como centros asistenciales de viejo cuño y estuvieron lejos de constituirse en centros sanitarios eficaces.¹¹¹ En nuestro hospital, se siente con mayor intensidad las desventajas del sistema, potenciadas por el tipo de enfermos que a él acudían. Anteriormente, en el siglo XVII y principios del XVIII, no fue la hospitalidad el resultado de una

La persistencia marcada de los ritmos estacionales en la mortalidad en este hospital

durante el siglo XIX, junto con el

alto porcentaje de mortalidad: 27 %, nos confirman su decadencia. Habían quedado atrás sus mejores años: los ilustrados.⁷⁸

(75) PESET REIG, J.L.: Páginas especiales de «Tribuna Médica» Año I, N.º 1, pp. V-VIII - I en Año XXIII(1986), I, 128], (76) CARASASOTO, P.: (73), p. 196.

Cf- CARMONA GARCÍA, J.I.: El s. s. de la historia de la medicina y de la cirugía en España, P. de P&Wcam la sas de la do. Régimosa m. in s. qu, p

(78) Para la recopilación y elaboración de todos estos datos relacionados con

confeccionado una ficha metodológica que nos permite establecer unos datos estadísticos personales de las enfermas y noTfaci hun la v'Jío'raición «¿d?<u^á de° mortandad y morbilidad en dicho hospital, y cuya metodología podría ser utilizabk para el conocimiento y valoración de cualquier actividad hospitalaria. Esta ficha permite recoger los datos de una manera directa e in silu de los registros elaborada en el mismo archivo, que posteriormente informatizamos. Los manuscritos sobre los que hemos trabajado son. Mss. 783 a 786, 788 a 800, 863 a 864. 929 a 933, 935 a 942. 945 a 948, 950 a 955. 957 y 958. A.H.D.C.

Ahrpviütiircic
ADreViaiUraS

DCCI fira. CÍÓll

programática de la
Q ü u \f crvhrv» la
p.n.XI.IVI. SÜDre Id
investigación
históricO-médica en
ESDaña

E

n la reunión de la S E.H.M. que tuvo lugar en Valencia, durante los días 25 y 26 de marzo de 1988 dedicada a la investigación histórico-médica en España, con la participación de representantes de todas las universidades españolas y grupos

de investigación, se ha puesto (te manifiesto, por una parte, la riqueza de líneas de investigación, tanto en áreas temáticas y épocas como en la profundidad de los distintos v complementarios métodos y técnicas, pero por otra, también se ha constatado la inconexión y escasa relación existente entre los distintos grupos de trabajo que hay en España.

Parece conveniente lograr una mayor comunicación y, en los casos que sea posible, colaboración facilitando no sólo instrumentos de información periódica centrada en estos aspectos, sino también organizando reuniones que tengan este objetivo.

Sin embargo, en el panorama cultural, científico y profesional de España, existen aspectos básicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar un proyecto de esfuerzo coordinador de los profesionales de la Historia de la Medicina en el terreno de la investigación. Por una parte, existe una gran necesidad de configurar una interpretación de la evolución y naturaleza de la cultura española, dentro de la cultura occidental y mundial, que precisa la aportación de la Historia de la Medicina. Y ello en el seno del proceso de S —ⁿ q^d » e "eSndtenejar la realidad plunnacional y plurirregional de España.

Por otra parte, está la puesta en marcha a partir de 1989 de un nuevo plan de estudios en la formación de los profesionales sanitarios en el que la Historia de la Medicina es una materia troncal. Ello obliga a reflexionar e investigar en un esfuerzo para responder adecuadamente a su

Universidad Española, del modelo centrado en las Facultades al modelo centrado en los Departamentos, precisa tener en cuenta los aspectos pluridisciplinarios y los nuevos requerimientos investigadores.

^ * r moE lificándose la estructura sanitaria en España y con ello las características de la profesión y las

necesidades de la población, existe una exigencia de clarificación e interpretación correcta de la naturaleza del proceso sanitario centrado en el binomio de salud-enfermedad para as. poder construir una mejor estructura sanitaria.

Es decir de una parte la riqueza y potencialidad de nuestro colectivo y de otra la necesidad de responder a los retos que la nueva situación social, académica y profesional plantean, parece conveniente adoptar unas

recomendaciones genéricas de referencia a la hora de organizar las tareas de investigación:

1.^a) Colaboración en la elaboración de una Historia de la Medicina Española que refleje tanto la evolución de las culturas de nuestro país y ámbitos de influencia recíproca a lo largo del tiempo, como la realidad plunnacional y plurirregional.

2.^a) Procurar que la realización del Proyecto de Historia de la Medicina Española no se haga desde un sólo punto de vista, sino

integrando los diversos componentes que actúan en la realidad socio-sanitaria: la situación de salud-enfermedad en la población con sus determinantes, la situación de los profesionales sanitarios, la configuración de las diversas instituciones intervinientes, y la situación y determinantes de los contenidos teóricos, técnicos y de las actitudes, integrando a su vez los diferentes enfoques metodológicos y conceptuales.

*) Facilitar mecanismos de comunicación científica entre todos los grupos existentes en España potenciando el intercambio de sus miembros. Es también conveniente el establecer relaciones científicas con sociedades afines (Sociedad Española de Historia de las Ciencias, Sociedad Española de Historia de la Farmacia, Sociedad Española de Documentación Médica, Sociedad Antropológica del

Estado Español, Sociedad Española de Demografía Histórica, etc.), así como con el resto de la comunidad científica internacional histórico-médica.

4.º) Organizar reuniones monográficas que sobre cuestiones metodológicas o temáticas ayuden a proyecto global.

5.º) Involucrar a las diversas entidades e instituciones sociales

^:TM=f-

e.c..., en u_Mcesi,ad ursen* *

üiasssíff—

5.2 Recuperación de fuentes históricomedicas. con especial referencia a los documentos generados por los Organismos Oficiales (INSALUD, Hospitales.

coF ítr ^
S.K.J.C. cu.}

5.3. Realización de proyectos de **StSTasSScf^{ICa}**

materiales económica? v **£nS S« ^ITr ^Ln n** funcionales que permitan un conocimiento en profundidad de los procesos de salud y enfermedad en la comunidad.

RCCCIISÍOnCS

^^^

^^fc ODRÍGUEZ OCAÑA,

£ Estebán La comitucion de **Im la Mediana social como disciplina en España (1882-1923).**

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983. 280 pp. Textos

» . » . ' . o u J
clasicos españoles de Salud

pubhca, m ISBN 84-7670-042-3.

An , la adn SBL vcc mo
SESSST

TM » K * £ = a

S H í b ? »

nuevo concepto de enfermedad

sodal Su evolución estuvo v ad ^
en nuestro ís acuestiones derivadas de la industrialización y del crecimiento urbano.

orta, s s a
Este **xitro**, que culmina con la aparición de los seguros sociales

í tras un an í j dñ j
constitución de la Medicina social

Como disciplina, una serie de textos clásicos **Que** abarcan desde

d djscursQ de Federico Rubio G ,f <<La Socio-Patología>> (1890), hasta la «Cartilla popular de

Medidna sodal>> de Manud Iglesias Carral (1919).

D

OÑA NIEVES, Francisco.
El doctor Revueltas Mantel (1839-1887) y su labor

como Alcalde de Jerez en tiempos de la primera República española.
Jerez, Caja de Ahorros de Jerez, 1987. 99 pp- ISBN 84-505-5471-3.

Sin marginar el aspecto científico de la obra de Francisco de P. Revilla Montel, pionero en la lucha social de los profesionales andaluces de la medicina a través del «Colegio de Médicos y Cirujanos», de la «Academia Médico-Quirúrgica Jerezana» y de la «Gaceta Médico-Quirúrgica Jerezana», se estudia principalmente su labor desde la Alcaldía de su ciudad natal, en una época de importantes conflictos socio-laborales, en la que consigue fundamentar las bases higiénico-sanitarias de la población.

C AMPILLO, Doménech; VIVES, Elisenda. *Manual de Antropología biológica para arqueólogos.* Barcelona, Novagrafik, 1987. 179 pp. 96

lám. Collecció Orígens.
ISBN 84-3481-2-24

^ste Manual 9^{ue}- Pese a estar dedicado a los arqueólogos, entra de lleno en el nuevo campo de la Paleopatología, intenta proporcionar los medios elementales para el estudio anatómico y antropométrico así como los **set**™ de extracción y conservación de los restos humanos hallados en las excavaciones. Su interés es mayor,

sj cabe des (Je d punto de yjsta de la antropología biológica, dada la

£st & é &

rimitivas, junto con el

asacíBttv,,»

Academie NatlOnale

de ^Jiarmacie de París

ralla r J n Uriach

W Ma £ £ Doctor de este **TM** Laboratorio, ha sido elegido **Por** unanimidad. Miembro de la **«Academie Nationale de J f t S S «** de París.

Este nombramiento i según palabras de su propio Presidente, recompensa la valiosa acción desarrollada por el Dr. Uriach en

T™™ de la Industria farmacéutica, v de los estrechos lazos que **jem Pte** han existido entre la farmacia española y la francesa a o ar go de c atr <> generaciones de la familia Unach al frente de la

Empresa.

Bloquea el proceso trombótico

Índice

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

Composición:
300 mg de trifusal (DCII) 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 trombóticos en el post-

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

Situaciones de riesgo trombótico-Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal descoagulados.

Hipercogulabilidad.

Posología:

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

Dosis preventiva: 1 cápsula diaria.

Dosis de mantenimiento: 2 cápsulas diarias.

Dosis en situaciones de alto riesgo: 3 cápsulas diarias.

Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas [P.V.P. IVA 4.478 — ptas.]
Disgren 100 cápsulas [P.V.P. IVA 2.691,- ptas.]
Disgren 500 cápsulas [Envase clínico 500 cápsulas.]

Interacciones:

Potencia a los anticoagulantes, AAS y sulfoniluros. Asociada al dipiridamol se potencia la actividad de ambos fármacos.

Contraindicaciones:

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

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

Efectos secundarios:

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

Intoxicación:

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



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

Eupen

La amoxicilina de entrada

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

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

Infecciones broncopulmonares: Bronquitis aguda y crónica. Traqueobronquitis, Catarros, Gripe, Neumonía, Bronconeumonía, Bronquiectasias, Pleuritis seca y exudativa, los termia.

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

Infecciones urinarias y ginecológicas: Pielitis y Píelonefritis, Nefritis, Cistitis, Uretritis y Ureteritis, Prostatitis, Gonorrea, Bacteriuria asintomática, Anxistis, Cervicitis, Miometritis, etc.

Infecciones de la piel y tejidas blandas: Ibrúnculos, Quistes sebáceos infectados, Abscesos de la cavidad bucal, Heridas infectadas.

Otras indicaciones: Endocarditis, Osteomielitis filoiótica, Infecciones oftalmológicas. Infecciones del tracto biliar, Meningitis.

Efectos Secundarios: Muy raramente pueden presentarse intolerancias digestivas leves.

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

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

Incompatibilidades: No se conocen incompatibilidades.

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

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

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

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

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

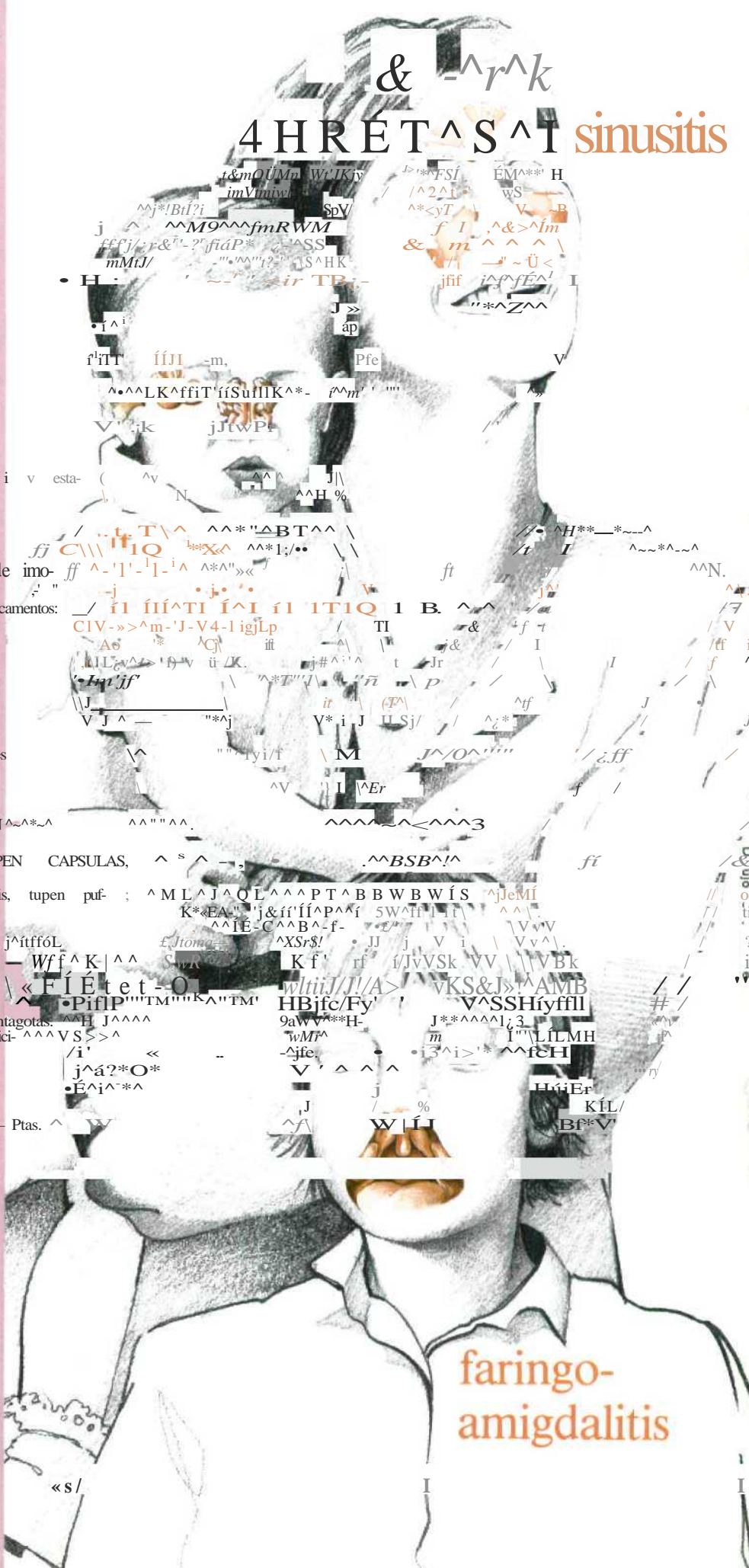
En caso necesario puede doblarse la dosis de ser administrado antes, durante o después de las comidas. Las presentaciones pediátricas poseen un agradable sabor y pueden ser tomadas mezcladas con leche, papillas y otros alimentos.

Composición y Presentación: EUPEN GOTAS: 125 mg de Amoxicilina base por l. 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 363,- Ptas.

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

EUPEN CAPSULAS 500 mg de Amoxicilina base por cápsula. Frasco de 12 cápsulas. PVP IVA 523,- Ptas.

& 4 H R É T S I sinusitis



faringo-
amigdalitis



J. URIACH & CÍA., S.A.

Degà Bahí 59
08026 Barcelona