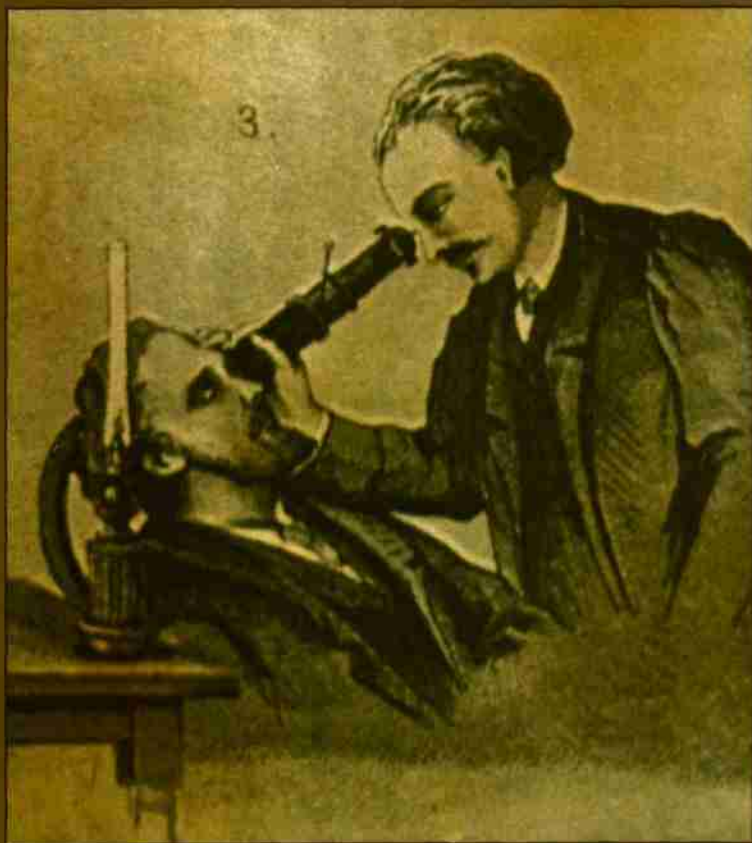


MEDICINA & HISTORIA

PUBLICACION MEDICA URIACH

TERCERA EPOCA



37

Crinorenen

20 mg

Maleato de enalapril

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


J. URBACH & CIA S.A.
Eugè Baró, 50
08025 Barcelona

DESCRIPCIÓN: El maleato de enalapril es un derivado de L-alanina y L-prolina. Tras su administración oral, se absorbe rápidamente y posteriormente se hidroliza a enalaprilato, el cual es un inhibidor del enzima de conversión de angiotensina altamente específicos, de larga duración de acción y un grupo sulfhídrico. **INDICACIONES:** Todos los grados de hipertensión esencial, hipertensión renovascular e insuficiencia cardíaca congestiva. **POSLOGÍA:** 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 50 mg/día. **Hipertensión:** La dosis inicial recomendada es de 6 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 dosificación de enalapril debe prolongarse, o bien disminuir 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/día). 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 diarias. Esta dosis debe alcanzarse por incrementos graduales tras los días de inicio y puede llevarse a cabo en un periodo de 2 a 4 semanas o más rápidamente, si la presencia de signos y síntomas residuales de insuficiencia cardíaca así lo indica. Antes y después de comenzar el tratamiento con CRINOREN debe controlarse estrechamente la presión arterial y la función renal (ver Precauciones). **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:** CRINOREN está contraindicado en pacientes con hiperstenosis a este fármaco. **Hipotensión Sintomática:** Fue observada raramente tras la dosis inicial o en el curso del tratamiento con CRINOREN. En los pacientes hipertensos la hipotensión es más frecuente cuando existe depleción de volumen. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva es más probable que aparezca en aquellos con grados más severos de insuficiencia cardíaca. Si se desarrollase hipotensión, debe colocarse al paciente en posición supina pudiendo ser necesario administrarle líquido oral o suero fisiológico por vía intravenosa. Una respuesta hipotensiva transitoria no es una contraindicación de dosis posteriores, que pueden administrarse habitualmente después de la expansión de volumen. Si la hipotensión se hiciese 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 de la arteria de la rama del riñón zosterio, se han observado incrementos en los niveles de urea y creatinina séricas, reversibles con la suspensión del tratamiento. Este hallazgo es especialmente probable en pacientes con insuficiencia renal. Algunos pacientes hipertensos con aparente ausencia de enfermedad renal previa, han observado 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, enalapril bloquea la formación de angiotensina II secundaria a la liberación compensatoria de renina. Si aparece hipotensión y se considera secundaria a este mecanismo, puede ser corregida por expansión de volumen. **Potasio Sérico:** El potasio sérico generalmente permanece dentro de 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. **Empleó 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 decaimiento de la perfusión renal o anuria, en el feto tras la exposición uterina a los inhibidores del enzima de conversión. **Empleó en Pediatría:** CRINOREN no se ha estudiado en niños. **INTERACCIONES:** Puede ocurrir un efecto aditivo cuando se emplea CRINOREN conjuntamente con otros fármacos antihipertensivos. Generalmente no se recomienda la utilización de suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, ya que pueden producirse elevaciones significativas del potasio sérico. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** CRINOREN ha demostrado ser generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más comúnmente descritos fueron sensación de inestabilidad y cefalea. En el 2-3% de los pacientes se describieron fatigabilidad y adinamia. Otros efectos secundarios con una incidencia menor del 2% fueron: hipotensión ortostática, síncope, náuseas, diarrea, calambres musculares, erupción cutánea y tos seca persistente. En casos individuales se ha descrito edema angioneurótico, con hinchazón de la cara, extremidades, párpados, lengua, glotis y/o laringe (ver Precauciones). En estos casos debe suspenderse CRINOREN e instaurar inmediatamente las medidas terapéuticas adecuadas. Raramente se observaron alteraciones en los parámetros estándar de laboratorio con la administración de CRINOREN, que fuesen de significación clínica. Se han observado incrementos de la urea y creatinina sérica, reversibles con la suspensión de CRINOREN. Se han descrito, en pocos pacientes, ligeras disminuciones de la hemoglobina, hematocrito, plaquetas y leucocitos, así como elevación de enzimas hepáticas, pero no se ha establecido una relación causal con CRINOREN. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Existen datos limitados respecto a la sobredosisificación. La manifestación más probable de sobredosisificación 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 2.266.- Ptas. y 10 comprimidos. PVP IVA 373 Ptas. CRINOREN 20 mg. Envase de 26 comprimidos. PVP IVA 3.801.- Ptas. **Envases Clínicos:** CRINOREN 5 mg. 500 comprimidos (dosis unitarias). CRINOREN 20 mg. 500 comprimidos (dosis unitarias).



La patología ocular en la Escuela oftalmológica gaditana del siglo XIX

37

PERSONAJE MÉDICINA & HISTORIA

Pérdida de importancia que a lo largo de la segunda mitad del siglo XVIII alcanzó la medicina austriaca, mediada la siguiente centuria Viena vuelve a ser el centro de la enseñanza clínica en Europa. Ello fue debido a la gran labor desarrollada por la denominada «Nueva Escuela vienesa», la *Neue wiener Schule*, en la que un grupo de científicos supo encauzar y, si cabe, incrementar el gran impulso desencadenado por la Escuela francesa unas décadas antes.

Dentro de aquella cabe destacar, como pilares fundamentales, el anatomopatólogo Karl von Rokitansky (1804-1878) y el clínico Josef Skoda (1805-1881) a quienes más tarde se unirían el anatomista Josef Hyrtl (1810-1894) y el dermatólogo Ferdinand von Hebra (1816-1880). Checo de nacimiento, Skoda fue médico y profesor en el *Allgemeines Krankenhaus* vienes, donde logró «recrear» la exploración física del tórax siguiendo las aportaciones de Auenbrugger, Corvisart y Laennec, cuyos métodos propagó, desde la capital austriaca a todo el imperio. Junto a Rokitansky, que había logrado establecer la separación entre el clínico y el anatomopatólogo, pudo cotejar los resultados de sus estudios con los hallazgos en las salas de autopsias y, fruto de esta labor, fue la publicación del *Abhandlung über Perkussion und Auskultation* (1839), traducido al castellano en 1854, que significó la sistematización definitiva de las prácticas de percusión y de auscultación. En él expuso un detallado análisis de los sonidos diagnósticos, con unos resultados bien distintos de los del empirismo de Laennec. Varios de sus signos se siguen utilizando pero,

habiendo centrado toda su atención en el diagnóstico y abandonado el tratamiento, de él parte el llamado nihilismo terapéutico de la Escuela de Viena.



Josef Skoda



La patología ocular en la Escuela oftalmológica gaditana del siglo XIX

37

José María Calandria Amiguetti
XXI Premio Uriach de Historia de la Medicina

La patología ocular en la Escuela oftalmológica gaditana del siglo XIX

El origen de la oftalmología española contemporánea debe buscarse en las figuras de José Delgado Jugo, Rafael Cervera Royo, Luis Carreras Aragón y Cayetano del Toro.¹ Este último, insigne gaditano nacido en 1842, creemos que es fiel continuador de una generación de oftalmólogos de nuestra ciudad surgidos a partir de la fundación en el siglo XVIII del Real Colegio de Cirugía de la Armada.

De la última aseveración tenemos constancia por medio de las Ordenanzas² dictadas para el gobierno del Colegio y en las que la disciplina estaba adscrita dentro de los estudios de Cirugía, comprendida dentro del tercer año de estudios. De la misma forma, aventajados escolares gaditanos eran destinados a París³ para ejercitarse en cirugía oftálmica junto a los más célebres cirujanos oculistas del momento.

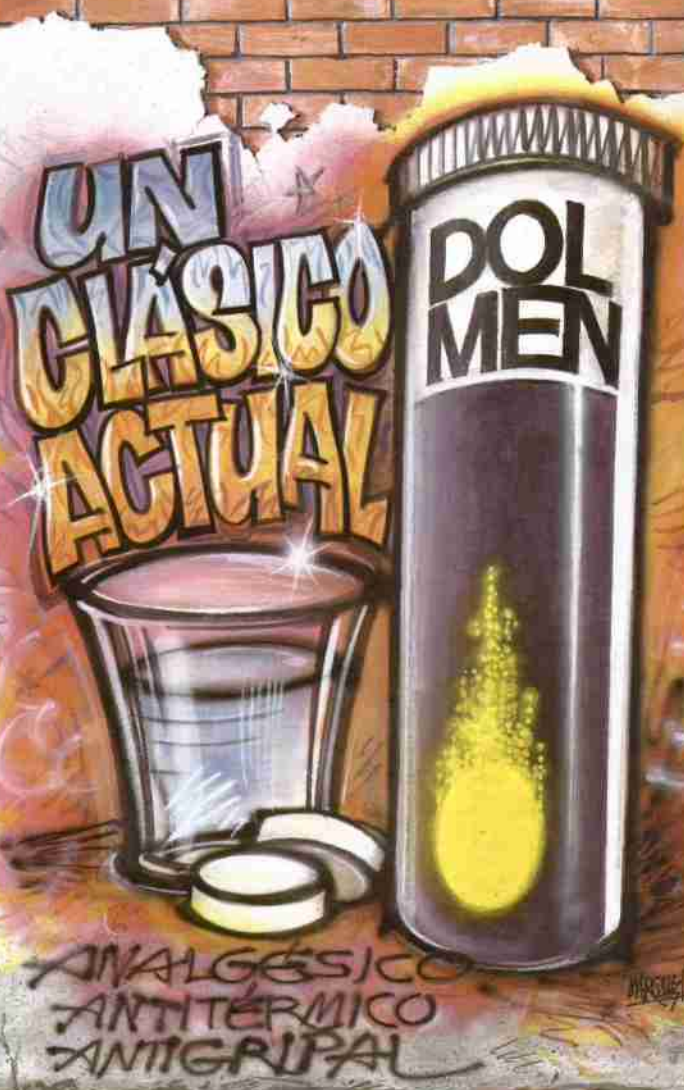
Cóncidos sus antecedentes, intentaremos sacar a la luz los principales elementos de esta Escuela y sus logros con la oftalmología.

Para abordar su estudio, consideramos un primer período que abarca desde 1800-1844 y que hace referencia al Real Colegio y Colegio Nacional de Medicina y Cirugía.



Puerta labrada en mármol que daba acceso al Real Colegio gaditano.

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, poliartrosis, mialgias.
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 o 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 sólo puede
producirse por ingestión de dosis
muy elevadas, se seguirán las
pautas generales para favorecer
la rápida eliminación de
medicamentos (lavado de
estómago y aumento de la
diuresis).

Presentación

Envasés de 10 y 20 comprimidos
efervescentes. PVP IVA 252,- y
384,- Ptas.



Eupeclanic

Amoxicilina +
Acido Clavulánico

500/125
12 Comprimidos
12 Sobres



250/62,50
12 y 24 Sobres



125/31,25
12 y 24 Sobres



Posología sencilla, tolerancia excelente, eficacia clínica comprobada.

Composición cuantitativa: EUPECLANIC 500/125 mg. sobres o comprimidos: amoxicilina (tribhidrato) 500 mg. ac. clavulánico (sal potásica) 125 mg. EUPECLANIC 250/62,50 mg sobres: amoxicilina (tribhidrato) 250 mg. ac. clavulánico (sal potásica) 62,50 mg. EUPECLANIC 125/31,25 mg sobres: amoxicilina (tribhidrato) 125 mg. ac. clavulánico (sal potásica) 31,25 mg. **Propiedades:** EUPECLANIC es un antibacteriano de amplio espectro constituido por amoxicilina (tribhidrato) y ácido clavulánico (sal potásica). La amoxicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro, de acción bactericida frente a microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos. El ácido clavulánico es una molécula betalactámica que de por sí tiene un bajo grado de actividad antibacteriana, radicando su actividad en la propiedad de inhibir una gran variedad de betalactamasas, bloqueándolas y transformando en sensibles a amoxicilina los gérmenes productores de ellas. **Indicaciones:** Tratamiento por vía oral de los procesos infecciosos producidos por gérmenes sensibles a la amoxicilina tales como: Infecciones del aparato respiratorio, Otitis media, Infecciones gérito-uritarias, Infecciones de la piel: tejidos blandos y óseos, Infecciones intra-abdominales. **Posología:** ADULTOS: 500/125 mg. cada 8 horas. NIÑOS: La dosis usual es de 20 mg/Kg/día, basados en el componente de amoxicilina, dividida en dosis iguales cada 8 horas. En procesos severos la dosis debe ser 40 mg/Kg/día basados en el componente de amoxicilina, divididos en dosis iguales cada 8 horas. Como pauta orientativa se señala lo siguiente: De 7 a 14 años (hasta 40 Kg.): 250/62,50 mg. cada 8 horas. De 1 a 7 años: 125/31,25 mg. cada 8 horas. De 3 meses a 1 año: 62,50/15,62 mg. cada 8 horas. **Dosificación en pacientes con insuficiencia renal:** 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 afectos de mononucleosis infecciosa. **Precauciones:** Administrar con precaución a pacientes hipersensibles a cefalosporinas o con antecedentes alérgicos medicamentosos. No se ha establecido su inocuidad durante el embarazo. **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 produce 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.

La enseñanza en el período 1800-1844

En la enseñanza oficial destacamos la labor desempeñada por Antonio Rancé.⁴ Formado oftalmológicamente en París y Londres, era considerado como el mejor oculista de la ciudad en 1815. Sus enseñanzas dentro del Colegio, como se puede constatar por los libros de Actas,⁵ se sustentaron en los textos de Domingo Vidal. El primero al que hacemos referencia es una traducción de la obra de Plenck, que publicará Vidal en Cádiz en el año de 1797.⁶ Anteriormente, en 1785, había escrito su *Tratado de las enfermedades de ojos para instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona*.⁷ Ambos textos serán el principal cuerpo de doctrina de los escolares gaditanos durante los primeros treinta años, probablemente complementados con textos en lengua francesa existentes en nuestra biblioteca.

Los tratados de Vidal son sustituidos en 1839 por la obra de Sichel,⁸ traducida del francés por D. José Zurita y D. José Bartorelo, ambos alumnos del Colegio Nacional de Medicina y Cirugía de Cádiz. Esta obra, fiel reflejo del espíritu de la escuela vienesa de la que Sichel era ferviente discípulo, impregnará el ejercicio de la oftalmología gaditana por lo menos hasta 1870, tal como asegura Cayetano del Toro.⁹

Junto a la enseñanza oficial, paralelamente surge una institución privada, el *Gabinete oftalmológico*, regentado por miembros del estamento oficial.

Este centro, creado en 1839 por los doctores Sola y España, es considerado como el primero en España en impartir docencia de la especialidad.¹⁰ Su antecedente hay que buscarlo en París, donde en 1832 Sichel dirige uno similar. A dicho autor, seguirán Sola y España tanto para la explicación patológica como para la terapéutica de las enfermedades oculares.

Resaltamos la figura de Serafín Sola¹¹ del que no tenemos constancia de bibliografía escrita. Natural del Puerto de Santa María, realiza sus estudios con brillantes calificaciones en el Real Colegio de Cádiz. En 1814 será destinado a Marruecos para asistir a una de las hijas del sultán, de una fistula lagrimal, y por sus brillantes servicios es nombrado médico de cámara honorario. Fallece en Cádiz el 14 de enero de 1841.

La importancia de aquel Gabinete radicó en dos aspectos. El primero, en su carácter formativo, permitiendo a los alumnos observar un gran número de enfermedades y entrenarse en la cirugía de cataratas por medio de la construcción de los oftalmofantomas.¹² En segundo lugar, su faceta asistencial, ya que este dispensario estaba destinado exclusivamente a la clase indigente.

Concluido este primer período, abordamos el comprendido entre 1844-1916, fecha última ésta, que marcará la llegada del primer catedrático oficial de la asignatura.

(1) MUNOZA ROIZ, J. L. *Historia de la Oftalmología Española Contemporánea*. Salamanca, 1964: p. 26.

(2) *Ordenanzas de S. M. que se deben observar en el colegio de Medicina y Cirugía establecido en la ciudad de Cádiz*. Madrid, 1791.

(3) Cf. TORO Y QUARTIELLERS, Cayetano del. *Tratado Teórico-práctico de las enfermedades de los ojos y de sus accesorios*. Cádiz, 1903. II, p. 601; RIERA, J.: *Cirugía española ilustrada y su comunicación con Europa*. Valladolid, 1976, p. 192.

(4) Cf., para su biografía: *Libro de Actas I*. Año de 1751. p. 211, y 213-214; *Libro de actas 2*. Año de 1806. p. 91, 150, y 153; *Libro de actas 3*. f. 179., f. 194v.; *Méritos y Servicios de los Ayudantes Consultores y Substitutos* 10. ff. 20-21.; «Operación de cataratas por extracción, practicada sin suceso en dos jóvenes ciegos de nacimiento». *Revista de Ciencias Médicas*. II (83); 1846, pp. 111-112; RIERA, Juan. *Medicina y ciencia en la España ilustrada. Epistolario y documentos*. Valladolid, 1981, pp. 124-127; CABRERA AFONSO, J. R. *Evolución histórica de la escuela anatómica gaditana (1748-1844)*. Cádiz. Tesis doctoral, 1985. pp. 408-413.

(5) *Libro de actas I*. Año de 1751. p. 167.

(6) PLENCK, Josef Jayme. *Tratado de las enfermedades de los ojos*, traducido por el Dr. Don Domingo Vidal. Cádiz, 1797.

(7) VIDAL, Domingo. *Tratado de las enfermedades de los ojos para instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona*. Barcelona, 1785.

(8) SICHEL, J. *Tratado de la oftalmía, catarata y amaurose*. Cádiz, 1839.

(9) TORO Y QUARTIELLERS, Cayetano del. *Loc. cit.* (3). p. 613.

(10) MUNOZA ROIZ, J. L. *Loc. cit.* (1) p. 13.

(11) Cf. *Libro de matriculas 3*. f. 23. *Libro de actas 2*. Año de 1806. pp. 40-43; p. 19, p. 155.; TORO Y QUARTIELLERS, loc. cit. (3) p. 614.; «Necrológica» en «*Revista mensual de Medicina y Cirugía*», III, 1841, pp. 41-46.

(12) RR: «Nuevo oftalmofantoma» (en Gabinete oftalmológico), *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. 1840, pp. 177-179.

La enseñanza en el período 1844-1916

Varios acontecimientos en este período jalonarán el progresivo desarrollo de esta especialidad y en primer lugar, resaltamos la celebración de cursos sobre oftalmología dentro de los muros de esta Facultad.

El primero lo imparte en 1845 D. Juan Ceballos y Gómez,¹³ un elemento clave de esta Escuela. Este curso, quedará impreso en la «Revista de Ciencias Médicas» a partir de julio de 1846,¹⁴ y en él seguirán las consignas de Sichel. El segundo, es dirigido en 1848¹⁵ por D. Federico Benjumeda y Fernandez,¹⁶ que imparte la disciplina en la Facultad durante veinticinco años. Los dos últimos cursos,¹⁷ ambos de carácter gratuito, serán explicados por Enrique Díaz Rocafull en 1880-1881 y 1881-1882.

En segundo lugar, la formación de una clínica de enfermedades oculares en el Hospital militar. Ésta se crea al amparo del R.D. de 15 de agosto de 1846, que contemplaba, además de otras, una de enfermedades oftálmicas. A ella se incorporan voluntariamente los Dres. Gabarrón y Ceballos¹⁸ en la mencionada fecha, teniendo plena constancia de su persistencia hasta 1862,¹⁹ fecha en que se debate su reforma.

En tercer lugar, la creación de las cátedras de oftalmología según el R.D. de 21 de septiembre de 1902.²⁰ Vigente hasta entonces el carácter optativo de la oftalmología según el plan de estudios de 1886, por medio de ese decreto se establece su obligatoriedad dentro de los estudios de Licenciatura. Sin embargo, motivos diversos malograron este proyecto, no siendo óbice para la designación de profesorado e inscripción en cursos de disciplina. Como consecuencia, en 1902, D. Enrique Díaz Rocafull²¹ es elegido primer catedrático de oftalmología de esta Facultad, cátedra que disfruta hasta 1914 y dos años más tarde es nombrado primer catedrático en propiedad el Dr. D. Guillermo Sánchez Aguilera.²²

En cuarto lugar, la irrupción de una figura clave de la oftalmología gaditana y española. Nos referimos a Cayetano del Toro y

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS,

DE

JOSEF JAYME PLENCK,
Dr. EN CIRUGIA, PROFESOR PUBLICO Y
ORDINARIO DE CIRUGIA, ANATOMIA Y ARTE
OBSTETRIZ EN LA REAL UNIVERSIDAD
DE BUDA.

TRADUCIDO DEL LATIN

POR EL Dr. DON DOMINGO VIDAL
*Cirujano de Camara de S. M. honorario, Mayor de
la Real Armada, y Vice-Director del Real
Colegio de Cirugia de
Cadiz.*



CON LICENCIA:

**CADIZ. EN LA IMPRENTA DE D. MANUEL
Ximenez Carreño, Calle Ancha frente
à las Recogidas.**

Quartiellera, que comienza sus actividades en 1870 y que prácticamente se limitaron al ámbito privado, como hicieron años antes en el *Gabinete oftalmológico* los Dres. Sola y España.

Conocidos son diversos trabajos sobre su biografía,²³ de la que resaltamos la relación que mantuvo con el Dr. Delgado Jugo, su maestro en la especialidad y amigo entrañable.

El gran interés que tenía Cayetano del Toro por la docencia, queda reflejado en los cursos teórico-

prácticos que dirige a lo largo de su vida, en los que se contemplaban aspectos generales, correlativos con los de la Facultad, o aspectos puntuales de la especialidad que se impartían en verano. El desarrollo del programa puede ser estudiado a través de su *Ensayo oftalmológico. Manual de las enfermedades de los ojos y sus accesorios*, al que le seguirán otros dos tratados impresos en 1879 y 1902 respectivamente.²⁴

En cuanto a la faceta asistencial, Cayetano del Toro encontrará innumerables impedimentos para

LA CRÓNICA OFTALMOLÓGICA

Causas de su aparición y sus aspiraciones.

Aún no hace trece años (el 13 de Setiembre de 1837) tenía lugar en Bruselas uno de los acontecimientos más notables y que sin duda alguna, más influencia ha tenido en los progresos de la

La patología ocular

Refracción y estrabismo.

Antes de 1862, año en el que irrumpe el genial holandés Frans Cornelius Donders, el estudio de la refracción en nuestro país, se encontraba sumido en profundas especulaciones.

La mayoría de obras manejadas por los oftalmólogos gaditanos antes de esa fecha pertenecen a traducciones. Ejemplo de ello corresponde a las lecciones clínicas «*De los anteojos, y de los estados patológicos consecutivos a su uso irracional*», original de Sichel e impresa en la «*Revista de Ciencias Médicas*» en 1845,²⁶ o la traducción de la *Higiene ocular*, de Reveille Parise²⁷ que publica en 1850 Rafael Ameller. En ellas no se consiguen distinguir perfectamente los diferentes defectos de refracción, al mismo tiempo que se dictan erróneos preceptos sobre su génesis y tratamiento.

Pero las ideas de Donders, Helmholtz, Snellen, Graefe y otros estudiosos de la refracción, calarán pronto en Cádiz. Cayetano del Toro, ya en su primer tratado impreso en 1867, informa sobre los nuevos descubrimientos. Éstos, en resumen, consisten en la perfecta diferenciación de los distintos vicios de refracción como

también de nuevos métodos en su exploración.

Pero sin duda, una de las principales aportaciones de Del Toro fue la adopción y difusión del sistema métrico como medida de lentes. Anteriormente la prescripción se efectuaba en pulgadas, que poseía dos claros inconvenientes; la desigualdad de medida de las pulgadas entre los diferentes países y la excesiva potencia de las lentes antiguas que hacía que nunca se llegase al número 1. En España, y concretamente en Cádiz, uno de los primeros que preconizaron su empleo fue Cayetano del Toro, según refiere Carreras Aragón en 1876²⁸ con estas palabras: «*los poseen ya en Barcelona y nos consta que tratan de introducirlos en Madrid, el Dr. Cervera y en Cádiz el Dr. del Toro*». Dos años antes, concretamente en 1874, modificó los optómetros de Hasner y Graefe²⁹ para poder medir los astigmatismos irregulares que no podían ser medidos con los ideados por aquellos autores.

Como hemos podido ver, la importancia de esta Escuela fue capital en el sentido de divulgar y perfeccionar estos conocimientos que poseen plena vigencia hoy en día.

Referente al estrabismo, es reconocido que su tratamiento quirúrgico comienza en 1839 cuando un cirujano berlinés, M. Dieffenbach, realiza la primera tenotomía.

Este descubrimiento y su práctica por los cirujanos franceses se publica casi simultáneamente en la prensa médica gaditana. Todo trae como consecuencia que el 31 de agosto de 1841, J. Fernández Celis³⁰ realice la primera tenotomía en nuestra ciudad y tercera en toda España. Ejecutada bajo la variante de L. Boyer, fueron sus ayudantes D. José Benjumeda, su hermano D. Federico y D. Manuel Moya. El resultado fue satisfactorio hasta el punto que a los cinco días «*lee perfectamente toda clase de letras; cuando antes de la operación apenas las distinguía*».

También practicará esta intervención D. Juan Ceballos,³¹ que simplifica el instrumental empleado por Boyer.

(26) Cf.: «De los anteojos y de los estados patológicos consecutivos a su uso irracional, por el Dr. Sichel, Lecciones clínicas recogidas por el Dr. Debout». *Revista de Ciencias Médicas*. I (42), 1 (43), 145, 48, 50, 51, 52, 61; 1845.

(27) REVEILLE PARISE, J.H. *Higiene ocular o consejos a las personas de ojos delicados y dotados de una exquisita sensibilidad, con nuevas consideraciones sobre la causa de la miopía o vista corta*. Traducido del francés de su tercera y última edición, por Don Rafael Ameller. Cádiz, 1850.

(28) CARRERAS Y ARAGO. «El nuevo sistema de lentes métricas para corregir las ametropías». *La Crónica Oftalmológica*. VI (8); 1876, pp. 185-192.

(29) TORO, Cayetano del. «Breves consideraciones sobre las lesiones de refracción óptica. Aplicaciones de mi optómetro a su diagnóstico». *La Crónica Oftalmológica*. IV (11); 1874, pp. 201-209.

(30) Cf. RR. «Operación del estrabismo practicada en esta ciudad por el Dr. D. J. Fernández Celis». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. III; 1841, pp. 410-411. FERNÁNDEZ CELIS, J.: «Estrabismo interno del ojo derecho con ligera desviación hacia adentro en el izquierdo». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. III; 1841, pp. 493-497.

(31) CEBALLOS, J. «Reflexiones prácticas sobre las operaciones de estrabismo ejecutadas en Sevilla. Excelentes efectos de las compresas empapadas en agua fría después de la operación de cataratas». *Revista Médica Andaluza*. I (2); 1842, pp. 54-60.



L. LABORATORIOS S.A.

Indicaciones: Tratamiento de la obesidad y de sus trastornos secundarios. **Contraindicación:** Cada paquete contiene: *Rhamnus purshiana* polvo, 30 mg. *Est. de Juncos vesiculosos*, 200 mg. *Est. de Cistus scabellus*, 30 mg. *Cor. de capfina*, 30 mg. *Fenofibrina*, 30 mg. *Est. de rosinos*, 1 mg. *Clor. magnesico*, 10 mg. *Biotin.* salina, 50 mg. **Psicología:** De 2 a 6 gramos diarios durante las comidas. La dosis máxima se traduce, en cada caso, según la fluctuación de peso corporal, que varía entre entre 2 y 3 kg. mensuales. Una vez obtenido el peso correcto puede proseguirse el tratamiento durante al menos meses dada la frecuente tendencia de los antiguos obesos a recuperar su peso im-

mediato. En este caso son recomendables cursos de 10 a 20 días al mes. **Contraindicaciones e incompatibilidades:** Insuficiencia cardíaca, hepática o renal grave. **Efectos secundarios:** Dosis excesivas pueden producir trastornos intestinales de naturaleza diarreica que desaparecen al disminuir la dosis. **Atención y su tratamiento:** La intoxicación aguda es rara dada la elevada coeficiente terapéutico. En caso de intoxicación accidental que sólo puede producirse por ingestión de dosis más elevadas, pueden aparecer: náuseas, diarrea, espasmos digestivos e insomnio. **Tratamiento:** Lavado de estómago e hidratación. **Presentación:** Envase de 50 paquetes (P. P. IVA 290).

LIPOGRASIL

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

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 las enfermedades tromboembólicas y de los procesos patológicos originados o que curan con una hiperactividad de las plaquetas.

Composición:

300 mg de trifusal (DCI) por cápsula.

Indicaciones:

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

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

Situaciones de riesgo trombótico.

Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal desecagulados.

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

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

Interacciones:

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

Contraindicaciones:

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

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

Efectos secundarios:

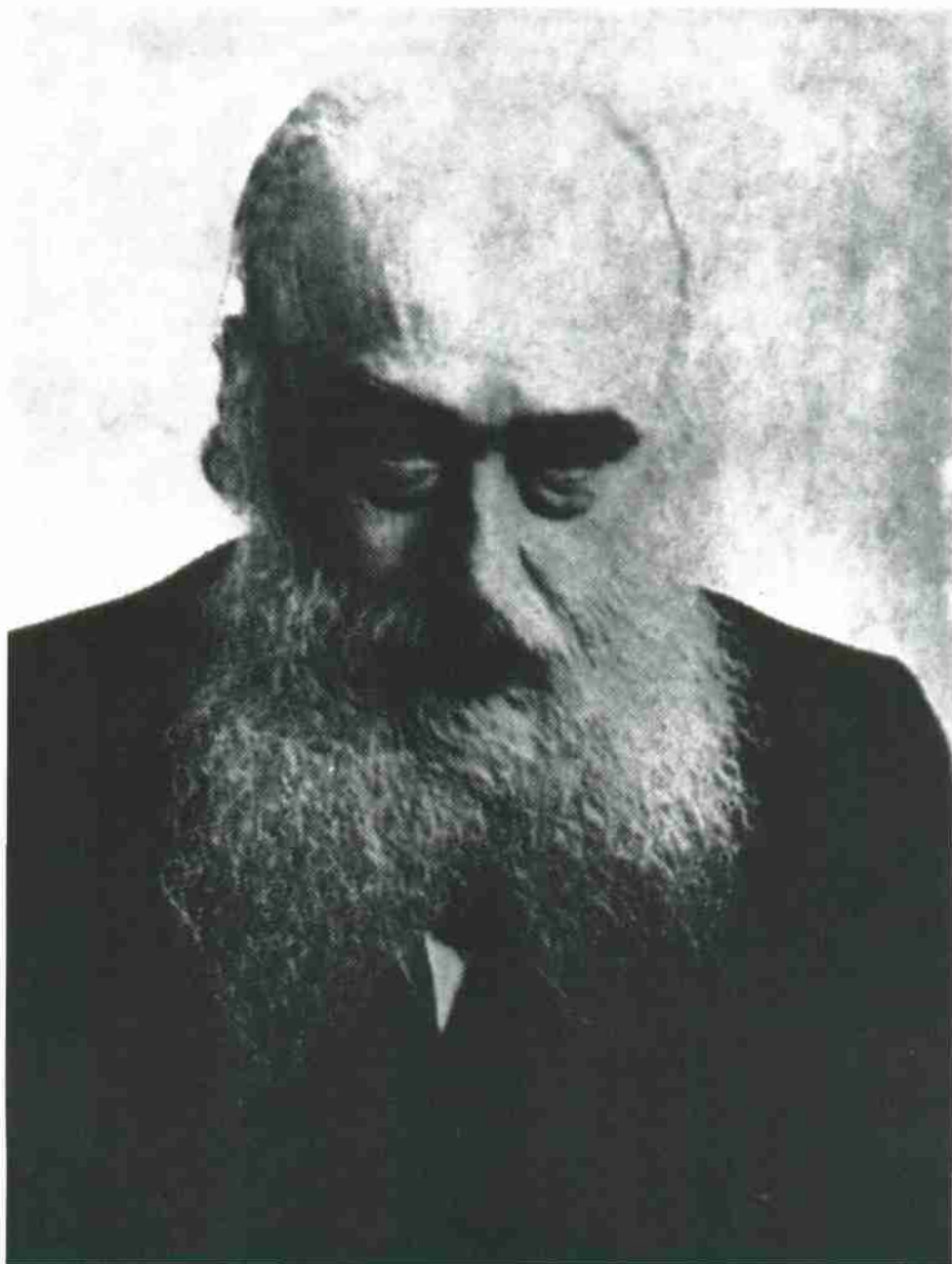
En raras casos molestias gástricas que se evitan administrando el medicamento con las comidas y que ceden con antiácidos.

Intoxicación:

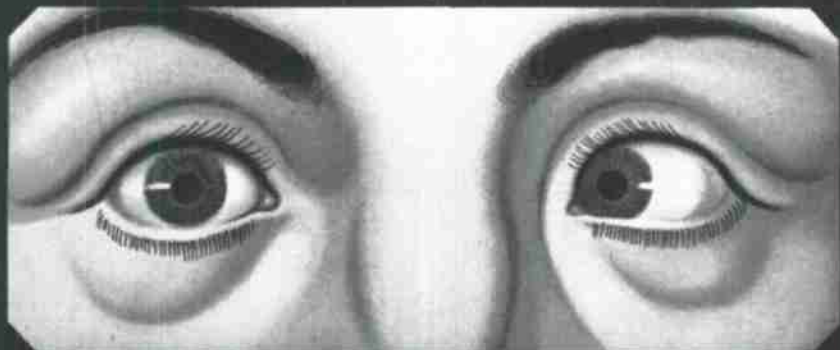
No se han descrito fenómenos tóxicos (incluso a dosis de 1.800 mg diarios). En caso de intoxicación accidental los síntomas son: excitación o depresión del SNC, alteraciones circulatorias y respiratorias y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. Tratamiento con carbón activo,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



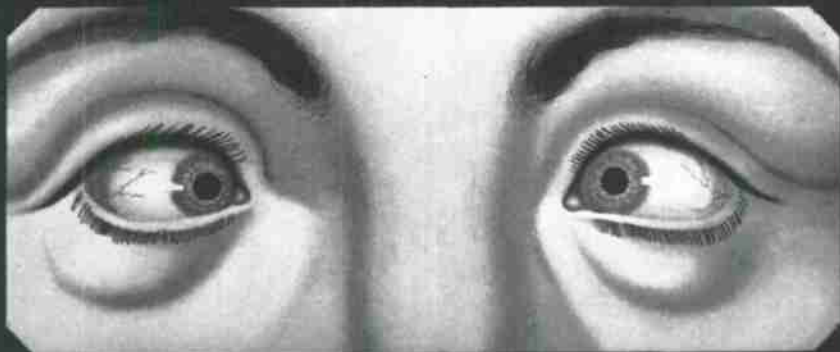
J. URIACH & Cia. S.A.
Decano Bahr, 50
08035 Barcelona



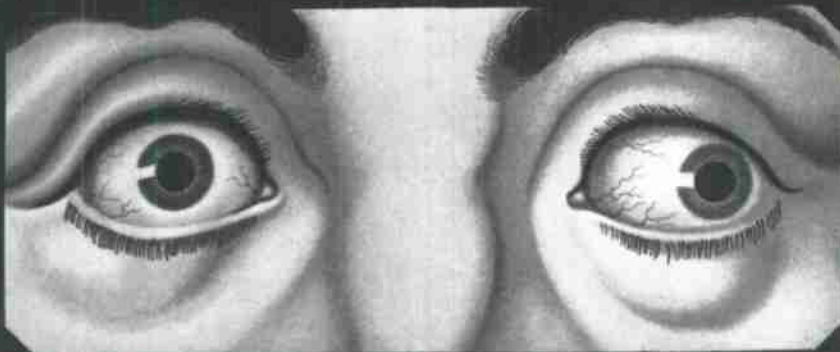
1



2



3



Años después, la figura más sobresaliente de esta Escuela, Cayetano del Toro, se ocupa de esta afección. En su clínica se efectuaron exploraciones sobre esta patología, pero solamente se llega a practicar una tenotomía. Del Toro³² condenaba con estas palabras el rechazo que existía hacia esta intervención:

«¿No es verdaderamente extraño que un individuo se presta a la extirpación del globo por un estafiloma sin que consiga otra cosa que hacer desaparecer una deformidad, y rehúse otro la sección de un músculo cuando esta leve operación ha de proporcionarle, como he dicho, la corrección de una deformidad y la conservación de un ojo en aptitud completamente normal?»

Como vemos, no sólo estábamos ante una cirugía de carácter estético sino que también se le asignaba propiedades funcionales. Rodolfo del Castillo,³³ uno de los más brillantes discípulos de su clínica, practicará una tenotomía en Córdoba que complementa con oclusiones del ojo sano hasta conseguir una excelente agudeza visual.

Los antecedentes de la rehabilitación en los estrábicos en nuestra ciudad los hemos encontrado en el *Gabinete Oftalmológico*.³⁴ En este centro, en 1840 y antes de las primeras tenotomías, se atiende a un enfermo de un año al que no se le efectúa el tratamiento indicado debido a su corta edad, pero suponemos que consistiría en ejercicios gimnásticos, aunque no hemos podido precisar de qué tipo.

Estos breves datos demuestran que existió una gran preocupación por parte de los miembros de esta

Escuela para resolver esta patología. Ella continúa siendo hoy en día, problemática no sólo en su resolución, sino también en la explicación de sus mecanismos fisiopatológicos.

Párpados y órbita.

En este apartado haremos referencia, principalmente, a técnicas quirúrgicas realizadas a lo largo del siglo.

La cirugía de la triquiasis, cuya característica principal es la desviación hacia dentro de la pestaña, era abordada por Francisco Javier Laso³⁵ por medio de la extirpación de un trozo ovalado de piel, uniendo los bordes con un emplasto aglutinante. A los pocos días de practicada: *«distaban las pestañas completamente del globo, los párpados se arquearon hacia afuera casi un cuarto de círculo, quedando algún grado de flogosis y opacidad corneal, que se disipó por medio de la pomada antiophthalmica de Janin: la ceja se desplegó a la figura arqueada que naturalmente describe»*.

Esta técnica correspondería probablemente a la de Celso, según comenta Cayetano del Toro.³⁶

Siguiendo con la patología que afectaba la normal disposición del párpado, el entropion, o inversión del párpado hacia dentro del globo, era motivo de un tratamiento por Cayetano del Toro. En su Memoria, presentada en 1866 para optar al título de socio de la Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz,³⁷ menciona su

técnica como la conjunción de las de Crampton y Helling. La primera utilizaba el bisturí para practicar unas incisiones verticales en los ángulos palpebrales respetando los puntos lagrimales. La de Helling, se realizaba por la cauterización del párpado invertido con ácido sulfúrico. Del Toro, una vez realizada la de Crampton, aplicaba a los cuatro días el nitrato ácido de mercurio en la incisión, para con ello retraer el párpado hacia afuera y vencer la deformidad.

Los tumores palpebrales fueron abordados por los miembros de esta Escuela con dos tipos de tratamientos.

(32) TORO, Cayetano del. «La estrabotomía debe ser considerada como una operación de complacencia?». *El Progreso Médico*. IV, 1871, pp. 114-116.

(33) CASTILLO, Rodolfo del. «Estrabismo concomitante: desviación hacia dentro. estrabotomía curación». *La Crónica Oftalmológica*. III (5): 1873, pp. 86-88.

(34) «Gabinete Oftalmológico» (continuación). *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II, 1840, pp. 484-484.

(35) LASO, F. J. «Observación de un trichiasis de los párpados de ambos ojos, curado por la ablación de una parte del cútis». *Perifoneo de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz*. I, 1820, pp. 25-28.

(36) TORO Y QUARTIELLERS. loc. cit. (9) I; p. 375.

(37) TORO Y QUARTIELLERS. Cayetano del. *Breve noticia acerca de un nuevo proceder quirúrgico para la curación del entropion*. Arch. Real Acad. Nac. de Med. y Cir. de Cádiz. Leg. XIX/8.

En el *Gabinete oftalmológico*³⁸ se empleaba tanto la cirugía como la cauterización con el nitrato ácido de mercurio o la pasta arsenical. En contraposición, en la clínica de Del Toro³⁹ siempre se tendía al uso del nitrato ácido de mercurio en vez de la cirugía. Con esta substancia siempre encontró buenos resultados, no ocurriendo lo mismo con otros compuestos ensayados. Por ello, Del Toro se cuestionaba el motivo de estos éxitos con estas palabras: «¿Hablará ésto en pro de la acción específica del nitrato ácido de mercurio en el epiteloma?».

No hemos podido conocer su animadversión hacia la extirpación quirúrgica de los tumores palpebrales, máxime cuando ya se conocían en Cádiz los buenos resultados de la blefaroplastia de Maestre de San Juan.⁴⁰

La patología orbitaria, la describiremos también dentro de su vertiente quirúrgica.

En 1821, Teodoro Madrazo⁴¹ presenta a la Sociedad Médico-Quirúrgica su «Observación de un tumor purulento enquistado en pte. posterior del globo del ojo izqdo. en la inserción de los vasos ópticos». El enfermo en cuestión, sufría de una acentuada exoftalmía que había sido tratada sin éxito con punciones corneales. Intuyó Madrazo que la causa del proceso radicaba en una tumoración retroocular, que vio confirmado cuando: «después de la extracción de todo lo contenido en la órbita, vimos q', en la misma inserción de los vasos ópticos había un quiste purulento, casi del mismo volumen del globo, no existiendo vaso alguno de los ya dicho p'. estaban absolutamente destruidos».

En la reflexión, el autor acepta la existencia primitiva del quiste. Sin embargo, las punciones repetidas previas motivaron su transformación purulenta, con exoftalmía y destrucción orbitaria subsiguiente. Por último, resalta la importancia de la intervención al librar al enfermo de una posible caries orbitaria o extravasación del contenido purulento en el cráneo.

La segunda, corresponde a la *Observación de una Amaurosis curada por la Medicina operatoria*, cuyo autor fue José Benjumeda⁴²; la enferma en cuestión padecía una exoftalmía, acudiendo a varios doctores que no coincidieron ni en el

diagnóstico ni en su terapéutica. Examinada por Benjumeda, con experiencias previas en casos análogos, decidió la intervención quirúrgica. La efectuó con un trócar que introdujo: «como a 4 líneas por encima de la parte inferior del borde orbitario, y retirado el punzón salió por la cánula como onza y media de un líquido acuoso de color amarillito muy claro, de sabor salado y en un todo parecido a la orina. La depresión del ojo fue el primer efecto, q'. se siguió a la salida del líquido, y a pocos minutos la percepción de algunos rayos luminosos».

Concluyó la intervención con una incisión y el relleno de la cavidad con hilas secas. Al cabo de unos días, la enferma expulsó por la incisión: «un cuerpo blanco, correo y algo elástico, bañado en abundante y loable supuración... sorprendiéndome su tamaño que igualaba al de un huevo de gallina».

En la reflexión, aconseja la importancia del establecimiento de correctos diagnósticos para con ello sentar apropiados tratamientos.

La rija

La rija u obstrucción del conducto lacrimonasal fue tratada por los miembros de esta Escuela bajo dos vertientes. Por un restablecimiento de la permeabilidad del conducto, que sería el método fisiológico, o por la destrucción del saco lagrimal.

Siguió la primera tendencia Serafín Sola, que como ya hemos dicho, estuvo comisionado en Marruecos, para curar de una fistula lagrimal a la sobrina del sultán. Para su resolución, Sola se valió de la técnica de Petit,⁴³ practicando una incisión del saco que comprendió también la fistula. Posteriormente, introdujo una sonda por los conductos lagrimales hasta franquear el conducto lacrimonasal, siendo al final sustituida por una seda. Ésta, progresivamente fue sustituida a su vez por otras sedas de grosor progresivo, complementada con la inyección de agua vitriólica por los puntos lagrimales, y la unión de la nueva mecha con la pomada de Janin algo rebajada; «todo con

La patología ocular en la Escuela oftalmológica gaditana del siglo XIX



Sillón, banqueta y apoyabrazos usados para las operaciones.

Eupen

Amoxicilina



Nueva presentación
16 sobres \times 500 mg

Sabor agradable
para adultos
y niños



J. URIACH & Cia., S.A.
Daga Bahi 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. **INTOXICACION 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. **DOSIFICACION:** 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 cápsula 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 capsulas 500 mg de Amoxicilina base por capsula. Envase de 12 capsulas. PVP IVA 563.— ptas.

flutental

Flupamesona

El corticoide
dérmico de
acción «depot»



flutental crema y pomada

Indicaciones: Dermopatías sensibles a los corticoides tópicos.

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

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

flutental gentamicina crema y pomada

Indicaciones: Dermopatías agudas o crónicas con infección secundaria.

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

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

flutental loción pediátrico y fuerte

Indicaciones: Dermopatías extensas o en zonas pilosas o visibles.

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

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

flutental sali pomada

Indicaciones: Dermatitis entomo-escamosas.

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

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

Posología: En general dos aplicaciones al día. Conseguida la 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.



URIACH
Decano Balm, 59-67
08026 Barcelona

el objeto de corregir el estado catarral de las vías lagrimales, y sin perder de vista la indicación principal que consistía en franquear todo lo posible el conducto».

En cuanto a las causas del proceso, Sola atribuye un papel preponderante al conducto lacrimonasal: «*es un conducto membranoso dotado de acción vital y que como todos los otros conductos excretorios tendrá probablemente algún influxo en el paso de la lágrima*». Con ello, se apartaba de la teoría del «*flujo palpebral puriforme*» de Antonio Scarpa.⁴⁴

Esta misma técnica de Petit, también fue seguida por su compañero Antonio España en el *Gabinete Oftalmológico*.⁴⁵

Pero este método mecánico-fisiológico contrasta con el que efectúa en la segunda mitad del siglo Cayetano del Toro⁴⁶ quien distinguirá dos tipos de rija, según predomine el elemento inflamatorio o el obstructivo. Para las primeras, propondrá las inyecciones yodadas por los puntos lagrimales, con la jeringa de Anel, mientras que los casos en

que predomina el elemento obstructivo realizará el caterismo de Bowman o de Laforest combinado con las inyecciones referidas. A diferencia y en la misma fecha, Carreras Aragón⁴⁷ prefiere de entrada el caterismo por el método de Bowman y una vez resuelta la obstrucción, el uso de las inyecciones astringentes (sulfato de zinc, yodurato de tanino).

(38) RR. «Gabinete Oftalmológico». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II; 1840, pp. 578-581.

(39) MENDEZ, Eduardo. «Epitelioma de los párpados. Cauterizaciones con el nitrato ácido de mercurio». *La Crónica Oftalmológica*. VII (10); 1878: pp. 183-187.

(40) Cf. «Epitelioma que invade el tercio externo del párpado superior izquierdo... Extirpación seguida de la Blefaroplastia témporo-maxilar... por el Catedrático de esta asignatura Dr. Aureliano Maestre de San Juan». *El Progreso Médico*. III (30); 1870. pp. 41-43.

(41) MADRAZO, Teodoro. *Observación de un tumor paratento engastado en la p^a posterior del globo del ojo izquierdo en la inserción de los vasos ópticos*. Memoria manuscrita. Arch. Real Acad. Nac. de Med. y Cir. de Cádiz. Leg. VII/8.

(42) BENJUMEDA, José. *Observación de una Amaurosis curada por la Medicina operatoria*. Observación manuscrita. Arch. Fac. Med. y Cir. de Cádiz. n. 305.

(43) SOLA, Serafín. «Observación de una fistula lacrimal completa, curada con el sedal por el método de Petit, seguida de algunas reflexiones generales sobre este afecto, presentada a esta Sociedad en 24 de julio de este año por el Socio de número Don Serafín Sola, Médico de Cámara de S.M. & C». *Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica*; 1820. pp. 245-255.

(44) SCARPA, Antonio. *Tratado de las enfermedades de los ojos*. Quinta edición. Traducción de Jaime Ysern y Jener. Barcelona, 1828, pp. 1-37.

(45) RR. «Gabinete oftalmológico». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II; 1840, pp. 578-579.

(46) TORO, Dr. Del. «Bases del tratamiento de la rija». *La Crónica Oftalmológica*. II (5); 1872. pp. 65-71. Idem: «Inyecciones yodadas por los conductos lagrimales en el tratamiento de la rija». *La Crónica Oftalmológica*. V (11); 1876. pp. 201-204.

(47) CARRERAS ARAGÓ. «Del caterismo en las afecciones de las vías lagrimales». *La Crónica Oftalmológica*. II (10); 1872. pp. 145-150.

Rafael Cervera Royo

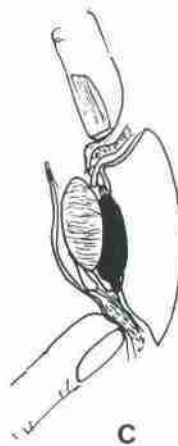
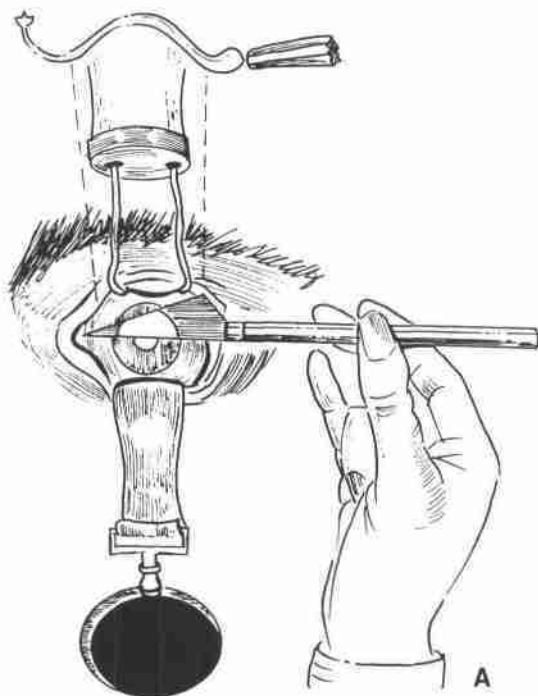
Luis Carreras y Aragón (1835 - 1907)



Las inyecciones yodadas fueron el método más practicado en la clínica del Dr. del Toro, tal como podemos ver en un cuadro elaborado a partir de sus estadísticas, impreso en *La Crónica Oftalmológica* en el período comprendido entre marzo de 1871 y enero de 1874. En él figuran un total de 85 rijas intervenidas, siendo 57 las tratadas con inyecciones frente a 17 dilataciones.

Hasta ahora hemos estado hablando de procedimientos que tendían a restablecer el fisiologismo del paso de la lágrima. Pero no debemos de pasar por alto un procedimiento radicalmente distinto y que tuvo desde principios de siglo un amplio predicamento, la cauterización del saco. Uno de ellos, los polvos de Viena (potasa cáustica y cal viva pulverizada), lo usaba en nuestra ciudad el oculista inglés Nailer⁴⁸ «como una cosa singular y secreta». Otro, fue la cauterización por medio del «piñón cáustico del Dr. Romero», que tal como lo describe Ceballos⁴⁹ «consiste en aplicar al saco un trozisco del tamaño de un piñón, y por eso le llamaba piñón cáustico, cuya base es el arsénico». Este método lo introduce en Cádiz en 1818 el Dr. Antonio Villasescusa, Catedrático de la Facultad, siendo utilizado por Ceballos y por Del Toro, mencionándolo éste⁵⁰ como el universalmente seguido hasta su época.

A modo de conclusión podemos observar dos grandes tendencias. La primera estaría formada por los miembros de la Facultad de Medicina con respecto al uso de los cáusticos durante una gran parte del siglo. La segunda, en contraposición, la tendencia al restablecimiento del fisiologismo de la excrección lagrimal con diferentes técnicas, por parte del estamento privado, encabezado por los Dres. Sola, España y Del Toro.



Catarata

Podemos resumir los tratamientos efectuados en dos grandes grupos. El primero de ellos, corresponde a los métodos no extractivos, cuyo prototipo fue el abatimiento. El segundo, a las extracciones, que tal como su nombre indica, extraía el cristalino del globo.

Comenzando por el primero, el abatimiento se realizaba aplicando una aguja en el borde superior de la lente para colocar el cristalino en la porción anterior del vítreo. Uno de sus más fervientes defensores fue Antonio España, en su «*Memoria sobre el abatimiento y reclinación*».

Este procedimiento también fue defendido por Ceballos en las sesiones de las Academias⁵¹ celebradas en la Facultad, con estas palabras: «*pr. ser un método de fácil ejecución, qe. no obliga a hacer una herida grave, no alteraba la forma de la pupila, no produce las hernias del iris como sucede casi siempre en la extracción qe. tampoco expone a vaciar el ojo ni a las oftalmías consecutivas...*».

El otro tipo de cirugía de la catarata hace referencia a los procedimientos de extracción, que cabe clasificarlos en dos grandes grupos: extracapsular e intracapsular.

La extracción extracapsular, según Velasco y Villaverde,⁵² se componía de una incisión corneal amplia, una discisión de la cápsula cristaliniiana y por último, la extracción del núcleo quedando la capsular posterior del cristalino dentro del globo. Su variante superior o de Jaeger, la practicaron en el *Gabinete Oftalmológico*,⁵³ y por D. José Zurita,⁵⁴ que la muestra a los alumnos del curso de oftalmología de Juan Ceballos.

En cuanto a la extracción intracapsular, la primera técnica a estudiar fue el denominado *método español* de extracción de cataratas. No se conoce su autor, pero sí que casi todos los miembros de la Escuela lo practicaron desde principios de siglo. Tal como lo describe Antonio de Gracia,⁵⁵ se ejecutaba con un instrumental que no existía en las cajas extranjeras. Básicamente era muy semejante a la extracción a gran colgajo,

extrayéndose la lente por medio de las presiones ejercidas a través de los dedos. La particularidad de este método radicaba en «*no incidir la cápsula del cristalino, como se aconseja y practica por los métodos y procederes extranjeros*».

Inspirándose en esta técnica y en la extracción lineal de Graefe, técnica que revolucionó la cirugía de cataratas en el sentido de adoptar incisiones más pequeñas y seguras, Cayetano del Toro creó un método totalmente nuevo que era la «*Queratomía lineal combinada con excisión del iris. Deslizamiento del cristalino en su totalidad*».⁵⁶

La incisión representaba una cuerda de circunferencia paralela al diámetro transversal de la córnea y correspondiente a su tercera parte, pero al ser secante y aumentar en dos mm. a cada lado, se conseguía el que fuera paralela al diámetro transversal y de mayor extensión que él. Este detalle era de capital importancia ya que en él se fundamentaba su éxito. Seguidamente realizaba una iridectomía y extraía el núcleo por medio de unas cucharillas aplicadas en los meridianos verticales. Con ello conseguía su objetivo que no era otro que extraer íntegro el cristalino, premisa que consideraba indispensable para el éxito en la cirugía de cataratas. Este fue el procedimiento de elección en su clínica durante gran número de años. Tal es así, que de 102 intervenciones de cataratas, según sus cuadros estadísticos, 57 lo fueron con esta técnica.

Pero ya en 1878 no defiende tan a ultranza su procedimiento, debido a las pérdidas de vítreo que, aunque no consideraba graves, sí eran muy frecuentes. Por ello cambia hacia métodos menos traumatizantes, como los de Chiralt, Lebrun y Galezowski, que incluso se asemejaban más a las grandes extracciones.

A modo de resumen, podemos asegurar que existieron por parte de los miembros de esta *Escuela*, tratamientos originales para la cirugía de cataratas que, a nuestro juicio, le dan un sello de identidad propio.

Pupila artificial y glaucoma

On a élevé des statues à des hommes qui avient découvert des étoiles; pourquoi n'en élèveraiton pas une à Cheselden, qui a dévoilé le ciel à un aveugle-né, par une operation nouvelle?

Morand. *Éloge de Cheselden*.

Al efectuar en 1728 por primera vez esta intervención en un ciego de nacimiento, Cheselden, consigue escribir una de las páginas más gloriosas de la historia de la oftalmología.

Durante los primeros cincuenta años suponemos que se efectuaría con relativa frecuencia. Sus motivos, radicaría en alteraciones severas en la forma de la pupila consecutiva a operaciones de cataratas o a oftalmías severas.

(48) «Nota» (en «Polvos de Viena»); *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II, 1840, pp. 179-180.

(49) CEBALLOS, J.; *Curso elemental de Medicina Operatoria*. Cádiz, 1872, pp. 314-315.

(50) TORO Y QUARTIELLERS, Cayetano del.; loc. cit. (9) p. 614.

(51) Libro de actas de las sesiones de la Academia de la Facultad desde 1846 a 1860. f. 15v.

(52) VELASCO, Diego y VILLAVERDE, Francisco. *Curso teórico-práctico de operaciones de cirugía*. Madrid, 1763, pp. 439-444.

(53) Gabinete oftalmológico. *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II, 1840, pp. 481-484.

(54) Cit. por PUECH y FLORES, Francisco. «Curso teórico-práctico de oftalmología. (conclusión)». *Revista de Ciencia Médica*. II (104), 1846, pp. 277-280.

(55) GRACIA, Antonio de. «Extracción de la catarata lenticular simple, según el procedimiento español». *La Crónica de los Hospitales*. I, 1849, pp. 28-30.

(56) TORO Y QUARTIELLERS, Cayetano del. *Queratomía lineal combinada con excisión del iris. Deslizamiento del cristalino en su totalidad*. Cádiz, 1872.

La primera de la que tenemos noticia entre nosotros, se efectúa en 1840 en el *Gabinete Oftalmológico*.⁵⁷ Practicándose gracias al instrumento inventado por el célebre Luzardi. Este instrumento, no era más que una aguja curva adaptada a un mango, en donde existía un dispositivo para abrir dicha punta, tomando ésta la forma de media flecha cuando se accionaba el dispositivo que actuaba desinsertando el iris. Las ventajas de su uso radicaban en no efectuar incisión corneal, en su pequeño grosor, y en el escaso instrumental requerido que fue construido en el Real Colegio de Cirugía, bajo modificaciones ordenadas por su Director,⁵⁸ por lo que suponemos que también en esta Institución se operaban estos procesos.

Por lo que respecta al glaucoma, su tratamiento comienza con Cayetano del Toro, que ejecutó por primera vez una iridectomía en nuestra ciudad. Pero sin lugar a

dudas, debemos detenernos brevemente en sus esfuerzos en explicar la génesis de los dos tipos principales de glaucoma, que hemos conocido a través del Congreso Regional de Ciencias Médicas de 1879⁵⁹ el crónico simple estaría producido por una irritación, generalmente de asiento sistémico sobre los nervios que forman el ganglio ciliar; en contraposición, en el glaucoma agudo, existe irritación directa sobre el cuerpo ciliar. Ello conllevaría una coroiditis serosa, cuyos exudados lo comprimirían, disminuirían la producción de acuoso, empujarían el cristalino hacia delante y el vítreo hacia atrás. Como consecuencia de ello, resultaría la excavación papilar y la insensibilidad retinal.

Basándose en estos mecanismos patogénicos, puede explicar el buen resultado obtenido por las iridectomías en los glaucomas agudos al actuar sobre irritaciones exclusivamente oculares. Por contra, en los crónicos, cuya

irritación asienta extraocularmente, se obtienen malos resultados al no poder modificar el hábito discrásico del individuo.

Referente a su cirugía, combina la cicatriz esclerar de Wecker y Quaglinio con la iridectomía de Graefe. De ello resulta su escleroidectomía.⁶⁰ Ésta reúnía las ventajas antiflogísticas de la iridectomía y la acción filtrante ejercida por la cicatriz esclerar de la esclerotomía. Además, como tratamiento postoperatorio, utilizó la eserinia,⁶¹ al igual que en la cirugía de cataratas.

(57) RR.: «Gabinete Oftalmológico. Continuación». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II; 1840. p. 578.

(58) Libro de actas 8. ff. 10v. y 11.

(59) Cf. *Actas del Congreso Regional de Ciencias Médicas*. Cádiz, 1880, pp. 268-275, 272-277.

(60) TORO, Cayetano del. «Indicaciones de la iridectomía, Glaucoma inflamatorio». *La Crónica Oftalmológica*. VIII (7); 1878. pp. 145-151.

(61) Idem.: «Indicaciones de la eserinia». *La Crónica Oftalmológica*. V (11); 1876. pp. 206-210.

(62) Cit. por CAMO y M. J. en: «La Desinfección en oftalmología». *La Crónica Oftalmológica*. XIII (1); 1881. pp. 1-15.

(63) AGUILAR Y LARA, J. *La Nueva cirugía antiséptica*. Valencia, 1882. pp. 390-393.

(64) «Gacetillas». *La Crónica Oftalmológica*. VII (3); 1877. p. 59.

(65) TORO Y QUARTIELLERS, Cayetano del. *El ácido hipontrico en Terapéutica*. Apéndice a las Actas del Congreso Regional de Ciencias Médicas de Cádiz, Cádiz, 1880.

(66) Idem.: «Septicemia ocular». *La Crónica Oftalmológica*. X (2); 1880. pp. 25-38; X (3); 1880. pp. 61-64.

(67) CAMO Y M. J. «La desinfección en oftalmología». *La Crónica Oftalmológica*. XIII (1); 1881. pp. 1-15.



Francisco Delgado Jugo
Instrumental utilizado en
el Real Colegio de Cirugía de Cádiz.



Pintura de Ple-Narbona

NICO-HEPATOCYN

Composición

Cada gragea contiene: Vitamina PP (nicotínammida) 60 mg., Extracto de alcachofa 150 mg., Hojas de boldo polvo 10 mg., Resina de Podofium peltatum, 2 mg., Extracto de bilis de buey 40 mg., Evonimina 10 mg., Extracto de cascara sagrada 20 mg.

Farmacología

De 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 solo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, se seguirán las pautas generales para favorecer la rápida eliminación de medicamentos (vómito de estómago, aumento de la diuresis). Ante un cuadro diarreico intenso, se administrará medicación astringente y se procederá a la rehabilitación.

Presentación

Fascos de 60 grageas PVP IVA 281.— Ptas.
Fascos de 30 grageas PVP IVA 171.— Ptas.

Indicaciones

Dispepsia biliar.
Insuficiencia hepática.
Estreñimiento.
Ictericia.



Normalizador
de la
función
hepatobiliar

Laxante

J. UHACH y Cia. S.A.
Ducado Bath, 59-67
08026 Barcelona



Eupen bronquial

Amoxicilina + Brovanexina

Cuando el moco acompaña a la infección

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

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

Bronconumonopatas agudas y crónicas que cursan con tos y expectoración.

• Bronquitis aguda, subaguda y crónica • Bronquitis asmático • Bronquitis bacteriana postgripal • Síndromes de reagravación de la bronquitis crónica • Laringitis • Tos ferina • Bronquiectasias • Neumonía • Brevicoculturas • Complicaciones bacterianas de las virosis respiratorias.

Posología: Adultos: 1 cápsula cada 8 horas.

Niños: La dosificación usual corresponde a 25-50 mg/kg de amoxicilina y 1,24-2,5 mg/kg de brovanexina, en dosis divididas cada 8 horas. Esta dosificación corresponde a 4 sobres cada 8 horas, que puede ser aumentada sin riesgo según la gravedad del proceso.

Contraindicaciones: Administrar con precaución a enfermos con historial alérgico a ampicilina, penicilina y cefalosporina. No ha sido demostrada su toxicidad 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 urticarias e icterio alóptico) que se tratan con sulfamidínicos, corticoides, amonoflino o ác. metilico, oral o parenteral, según su gravedad.

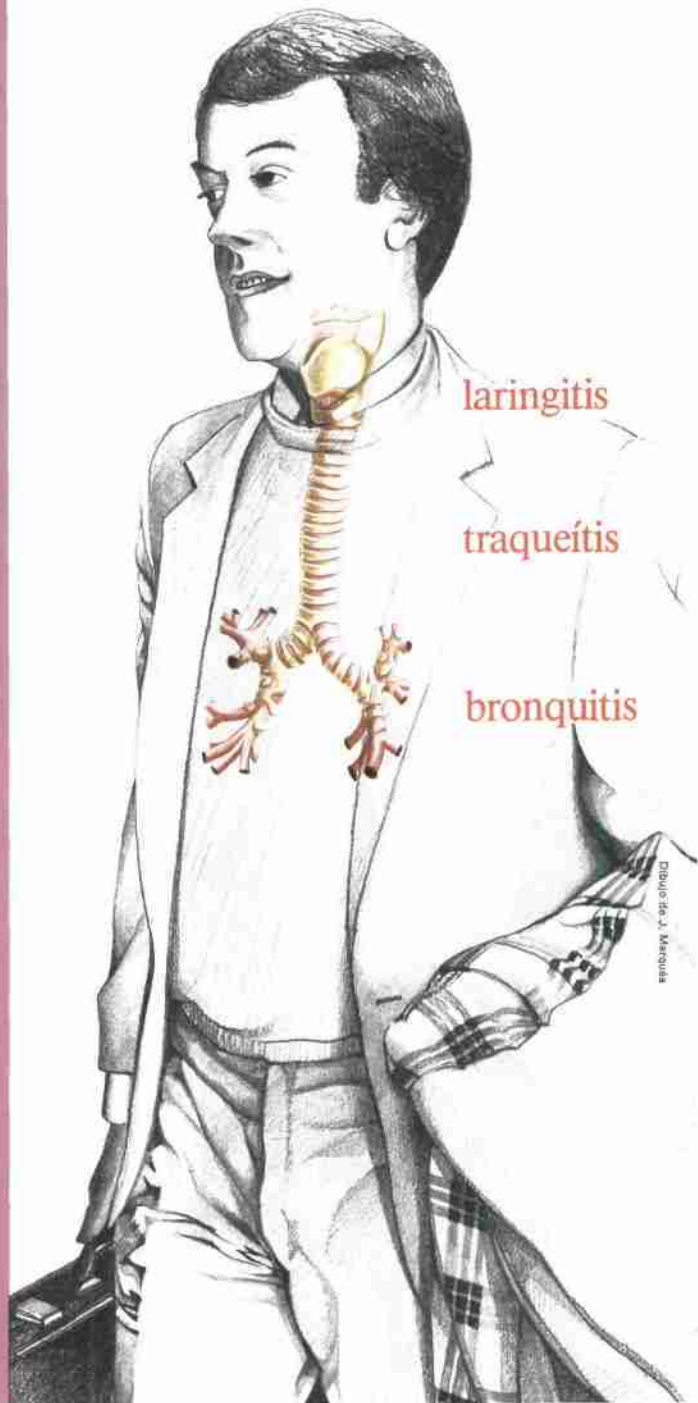
Composición y Presentación: Eupen bronquial cápsulas.

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

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

Nueva presentación, idónea para niños.

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



Dibujos de J. Marqués



J. URIACH & CIA., S.A.
Drsg Buhl 59
08026 Barcelona

La antisepsia en cirugía ocular

Uno de los primeros datos encontrados sobre la aplicación del método antiséptico a la cirugía oftálmica, corresponde al Dr. Schiell-Gemuseus,⁶² que lo emplea en 1874. Cinco años más tarde, Snellen,⁶³ comunicará sus resultados en el Congreso de Amsterdam, y meses después, Bribosia comienza a operar en una nube de vapor fenicado.

Este interés por la antisepsia ya existía en Cádiz; es más, en 1877 Cayetano del Toro publica un folleto sobre el ácido hiponítrico en terapéutica,⁶⁴ que empieza a emplear en 1865, y sobre el que diserta en aquel Congreso Regional de Ciencias Médicas,⁶⁵ atribuyéndole un gran poder desinfectante debido a su alto contenido en ozono y a la capacidad de quemar los componentes orgánicos.

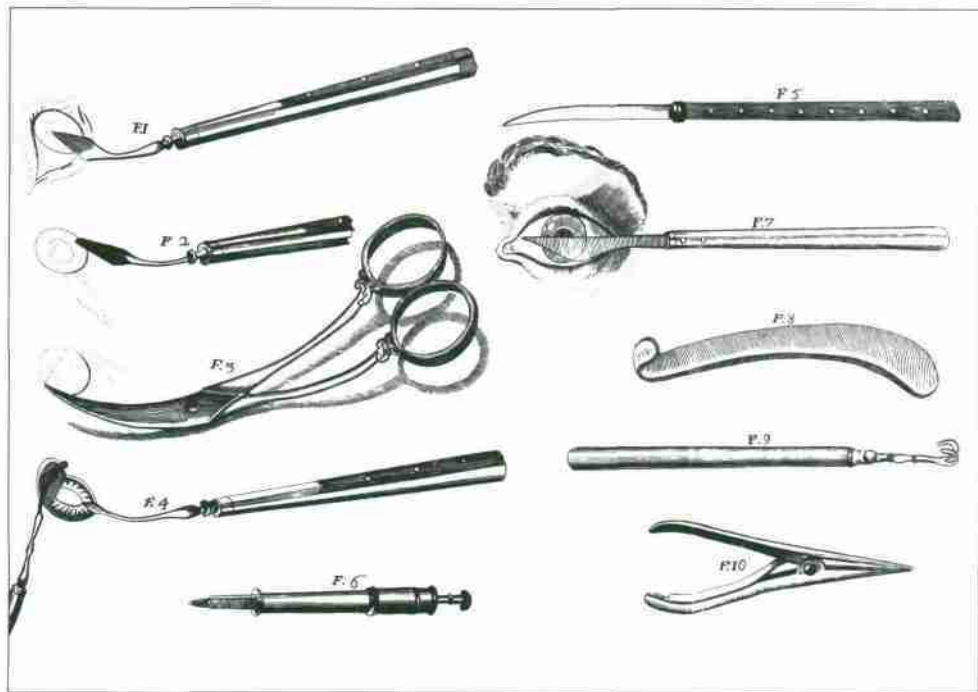
En dicho artículo expone sus teorías sobre los procesos sépticos. En ellos, la sepsina, formada a partir de materiales pútridos, arrebató el oxígeno a las sustancias orgánicas y destruye sus combinaciones. Al ponerse en contacto con la sangre, consume su poder oxidante y su afinidad por aquella. Como consecuencia, se produce la atonía globular y la septicemia. Una vez producida ésta, es cuando aparecen los infusorios de Pasteur, que perpetúan la sepsina y pueden reproducir el cuadro en otro individuo. Como vemos, no se mostraba de acuerdo con las doctrinas del sabio francés, aunque comentaba aceptarlas si se le demostraba la inexistencia de la sepsina.

Basándose en sus propiedades, Del Toro comienza a emplear el ácido hiponítrico al tener dos casos de septicemia secundarios a cirugía de cataratas.⁶⁶ Igualmente, también comienza a emplear todos los

preceptos de la cirugía antiséptica en las operaciones de ojos: desinfección con el ácido hiponítrico del anfiteatro de operaciones, los apósitos, sus ropas, las del enfermo y ayudantes. Todo, complementado con la inmersión de los instrumentos en solución fuerte de ácido fénico, lavado de las manos con la misma solución e intervención bajo una atmósfera del mismo ácido producida por el vaporizador de Lucas Championnière.

Sus resultados fueron excelentes. Este interés por la antisepsia por parte del Dr. del Toro, arrancaría de su maestro el Dr. Delgado Jugo, considerado uno de los introductores en la cirugía ocular.⁶⁷

A partir de 1879, fecha que coincide con lo publicado en el Congreso Regional de Ciencias Médicas y el artículo sobre la septicemia ocular, empieza a:



recogerse en *La Crónica Oftalmológica* escritos acerca de las experiencias y modificaciones al método antiséptico en cirugía oftálmica. De ellos, resaltamos el de Camó⁶⁸ que realiza una crítica excelente del método, las dificultades de su empleo en esta especialidad y, como consecuencia, la búsqueda de sustancias menos irritantes para la conjuntiva ocular.

Retina

El estudio de las afecciones de la retina sufre un vuelco espectacular cuando en 1851, Helmholtz publica sus primeros trabajos sobre el oftalmoscopio. Por ello, es clásico hablar de una era pre y postoftalmoscópica.

A la primera pertenece la memoria de Imperial Iquino⁶⁹ titulada «*De la amaurosis en general, y particularmente de la que se presenta en consecuencia de las fiebres intermitentes inveteradas*» en la que consigue curar a un enfermo amaurotico de cuartanas por medio de unas sangrías que según su autor y basándose en los estudios de Beer, descomprimaría la coroides y el nervio óptico que se hallarían infartados en esta afección.

A la misma época pertenecen los tratamientos basados en las doctrinas de Sichel, que emplearon los miembros del *Gabinete Oftalmológico*.⁷⁰ Semejantes remedios utilizaban también los Dres. Manuel Rancé, Antonio España y Andrés Joaquín Azopardo, los cuales, en los casos de hemeralopía y amaurosis irritativa, obtenían excelentes resultados por medio de la privación de la luz solar.⁷¹

Una visión muy aproximada sobre los conocimientos de fisiología y patología de la retina de la era preoftalmoscópica, se puede obtener de la lectura de las sesiones de la Academia.⁷² En ellas, se cuestionó si la visión se efectuaba por el nervio superciliar o por el óptico; cómo se realizaba la visión a diferentes distancias; si existía amaurosis en la albuminuria, etc.

Pero en enero de 1858,⁷³ solamente siete años después de los primeros trabajos de Helmholtz, encontramos en la

prensa médica gaditana las primeras descripciones que corresponden a una retinopatía hipertensiva. A partir de este momento existe un giro copernicano en el estudio de esta membrana.

Fue Cayetano del Toro, elemento omnipotente de esta Escuela, quien más se dedicó a ella. Muy probablemente introdujo en nuestra ciudad los primeros oftalmoscopios, al comenzar a describir enfermedades de la retina. Para ello se valía de estos instrumentos, de los cuales hemos seleccionado sus preferidos; los de Follin y Natchez, el de Cusco (fijo), de Giraud-Teulon (monocular) y Galezowski (binocular).

Con ellos se permitió la observación y el correcto diagnóstico de procesos hasta entonces inescrutables, como fueron los entozorios y los gliomas. Sobre los primeros,⁷⁴ y a tenor de un caso observado en su clínica, conocemos su errónea concepción sobre su origen que atribuyó a la generación espontánea. Sin embargo, en 1903, por medio de su «Tercer Tratado» reconoció dicho error. Más acertada era su conducta frente a los gliomas retinianos⁷⁵ donde siempre indicaba la cirugía, pues «*siendo muchas veces imposible hacer un diagnóstico exacto antes de la operación, bueno es practicarla siempre, pues de esta manera, no sólo conseguiremos la curación de los casos benignos, sino que podremos impedir muchas veces la transformación de un glioma en un gliomasarcoma...*».

De la lectura de este fragmento, destacamos dos conclusiones. La primera, su actitud ante estos casos que aunque hoy en día sabemos que no es correcta en cuanto al doble origen común, sí refleja una actitud prudente de su persona. En segundo lugar, la corroboración del diagnóstico, al examinar la pieza operatoria posteriormente en el microscopio, lo cual nos induce a pensar que pueda ser uno de los pioneros de la anatomía patológica ocular española.

Paralelo al empleo y dominio del oftalmoscopio, surge el empleo del color como terapéutica. El Dr. Alcina⁷⁶ en sus «*Reflexiones cromoterápicas*», propugnó el uso de los vidrios azules, según

los resultados de Boehm, para algunas afecciones oculares. Para concluir, y también relacionado con el color, cabe resaltar la figura de Emilio Ruiz y Sanromán, verdadero pionero en España del estudio del daltonismo y de sus connotaciones para la seguridad en la navegación y ferrocarriles.

(68) *Ibid.*

(69) IQUINO, Imperial. *De la Amaurosis en general y particularmente de la que se presenta en consecuencia de las fiebres intermitentes inveteradas*. Arch. Real Acad. Nac. de Med. y Cir. de Cádiz. Leg. XVII/14.

(70) «Gabinete Oftalmológico»; *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. II, 1840. pp. 481-484.

(71) Cit. por RR. en «Curación de la hemeralopía y de la amaurosis irritativa, por medio de la privación de la luz». *Revista mensual de Medicina y Cirugía*. III, 1841. pp. 243-244.

(72) Libro de actas de las sesiones de la Academia de la Facultad desde 1846 a 1860. ff. 32v, 41v, 44, 73v-74. Arch. Fac. Med. y Cir. de Cádiz.

(73) DURIO, Manuel (traductor) «Utilidad del oftalmoscopio para apreciar a primera vista la naturaleza de la amaurosis». *Revista Médica*. III (51); 1858. pp. 14-16.

(74) TORO, Dr. Del. «Observación. Cisticercio celuloso del cuerpo vitreo; extrabismo óptico». *La Crónica Oftalmológica*. III (6). 1873. pp. 106-109.

(75) TORO; Cayetano del. «Gliomasarcoma del ojo derecho. Extirpación. Curación». *La Crónica Oftalmológica*. I (5); 1873. pp. 68-73.

(76) ALCINA. «Reflexiones cromoterápicas». *La Crónica Oftalmológica*. VI (10). 1877. pp. 257-264; VI, 1877. pp. 277-282; VII (1); 1877. pp. 2-7; VII (2); 1877. pp. 21-27.

XXI Premio Uriach de Historia de la Medicina, 1990

El día 14 del pasado mes de diciembre, tuvo lugar la adjudicación de nuestro XXI Premio de Historia de la Medicina, correspondiente a 1990.

El Jurado, compuesto por los profesores Domingo Campillo, Diego Ferrer, Juan Riera, Mercedes Sánchez-Granjel y José Danón actuando de secretario, aceptó los once trabajos presentados para la modalidad de estudiantes y los veinte que optaban a la de médicos. Tras sucesivas votaciones eliminatorias, ya tradicionales a lo largo de los 21 años de existencia del Premio, seleccionó como finalistas de la primera modalidad a los trabajos señalados con el nº 1, «Niños expositos y medicina infantil en España a principios del siglo XIX: la obra de Ignacio María Ruiz de Luzuriaga», presentado por Alicia de Pablo Gafas, de Madrid, y el nº 7, «La sociedad alcoyana frente al cólera del siglo XIX», de Mauro Boronat Cortés, Regina Guillem Rico, Francisco Martínez Egea y Juan Andrés Pastor Peidro, de Alcoi, adjudicándolo -finalmente- al primero de ellos, con 4 votos favorables, a la vez que se recomendaba su publicación en las páginas de esta revista.

Por lo que respecta a la modalidad dedicada a trabajos presentados por médicos y también tras sucesivas votaciones, llegaron a la semifinal el nº 13, «La patología ocular en la Escuela Oftalmológica gaditana del siglo XIX», de José María Calandria Amigueti, de Cádiz; el nº 18, «La formulación del concepto de rehabilitación en la obra gimnástica de Sebastián Busqué Torró (1865)», presentado por José M. Climent Barberá, de Valencia, y el nº 19, «La recepción de Freud en la cultura española (1893-1983)» de José S. Lázaro, de Madrid. Tras la eliminación del nº 18, con un voto a su favor, quedó proclamado vencedor del XXI Premio Uriach de Historia de la Medicina, en su modalidad para médicos, el señalado con el nº 13, «La patología ocular en la Escuela Oftalmológica gaditana del siglo XIX», con 3 votos favorables.

En consideración a la calidad de estos tres trabajos, el Jurado recomendó su publicación en «Medicina e Historia», en cuyas páginas ofrecemos hoy en primer lugar, esta última monografía.

Al finalizar el acto y como también es tradicional, quedó convocado el XXII Premio Uriach de Historia de la Medicina para 1991, de iguales características que los anteriores, y cuyas Bases se harán públicas próximamente.

Recensiones

MAGANTO PAVON, Emilio, *El Doctor Francisco Díaz y su época*. Barcelona, Pharmacia Ibérica, 1990. XV+182 p. il. ISBN.: 84-7414-054-4.

Con ocasión del IV centenario de la muerte de Francisco Díaz (1527-1590), «padre» de la urología española, ha aparecido esta edición no venal de 1.500 ejemplares numerados. En ella se analiza, aparte de la biografía de Díaz, su «Compendio de Cirugía» (1575), el «Libro de Anatomía o tratado de la disección del cuerpo humano», hasta ahora perdido, y el conocido «Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga» (1588) utilizando para su estudio, el autor, importante material de archivo.

CASASSAS, Oriol (dir.). *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*. Barcelona. Enciclopedia Catalana, 1990. 1729 p.+ Ind. ISBN.: 84-7739-093-2.

Fruto de largos proyectos anteriores a 1974, año de la primera edición del *Vocabulari Mèdic*, la Academia de Ciencias Mèdicas de Cataluña y Baleares ha culminado, con el esfuerzo de un equipo de médicos, biólogos, farmacéuticos, químicos, pedagogos y filólogos, coordinados por Oriol Casassas, la publicación de este *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*. Esta obra, cuya sola mención de sus 34.000 entradas obvia todo comentario, viene a substituir el histórico *Corachán* aparecido en 1936 y ya verdadera pieza de bibliófilo.

NOTI
CIAS
M&H

CARMONA CORNET, Anna M. y Robert Montagut. *Col·lecció de ceràmica de l'antiga farmàcia de l'Hospital de la Santa Creu*. Barcelona, Reial Acadèmia de Farmàcia, 1990. 28 hoj. s. n. ISBN.: 84-404-7616-7.

Una antigua asignatura pendiente para la Real Academia de Farmacia de Barcelona, era la de dar a conocer la riquísima colección de cerámica procedente de la botica del antiguo Hospital General de Santa Creu, conservada en su ubicación original, hoy sede de aquella Institución. Esta tarea ha sido culminada con el catálogo que referenciamos, en el que los autores, en texto bilingüe catalán y castellano, describen, identifican y reproducen un total de 162 piezas, correspondientes al período comprendido entre los siglos XV y XVIII.

SALMON, Fernando; Luis García Ballester; Jon Arrizabalaga. *La Casa de Salud Valdecilla, origen y antecedentes. La introducción del Hospital contemporáneo en España*. Santander, Universidad de Cantabria - Asamblea Regional de Cantabria, 1990. 314 p. ISBN:84-87412-10-6.

Como un primer intento para el estudio de una historia comparada del hospital actual, que comenzó a cristalizar en Europa a partir de 1870, se analiza la evolución histórica de la *Casa de Salud Valdecilla* desde su gestación en 1918 y sólo en el corto período de doce años, hasta 1930, fecha en la que hubo un cambio sustancial en lo que pretendió ser la Casa de Salud Valdecilla, cuando fue concebida e inicialmente organizada.

RIERA, Juan. *Cirujanos, urólogos y algebristas del Renacimiento y Barroco*. Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1990. 154 p. ils. *Acta Histórico-médica vallisoletana*, XXIX. ISBN.: 84-7762-098-9.

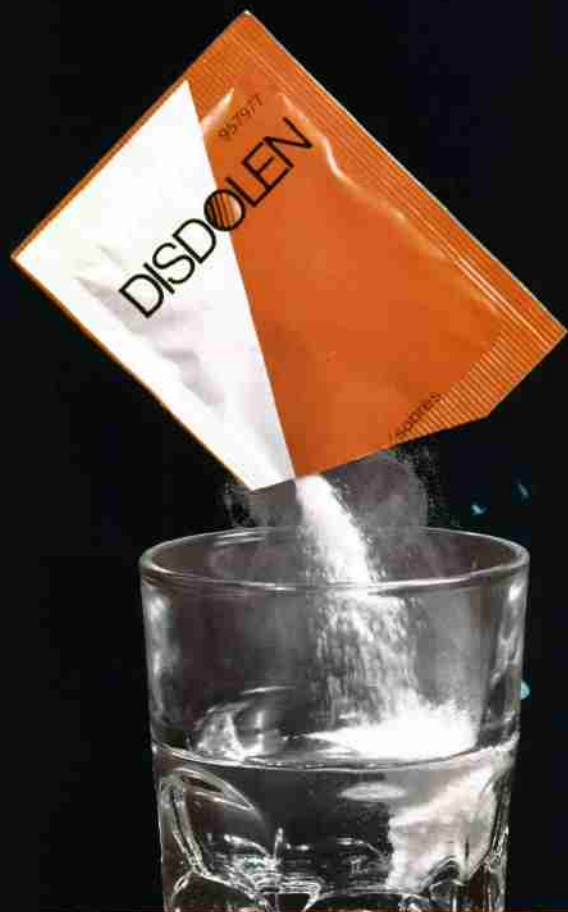
Se rememora en este estudio la contribución de la medicina española renacentista al capítulo de la urología. A través de textos de medicina general con capítulos dedicados al tema, así como de monografías y de escritos pediátricos con referencias a la

urología, permite conocer el desarrollo de la patología y de la terapéutica urogenital en aquel período.

Tras unos capítulos dedicados a la obra de Andrés Laguna y a Francisco Díaz, también trata del desarrollo de la especialidad en manos de empíricos extrauniversitarios, que durante los siglos XVI y XVII llegaron a controlar determinadas técnicas urológicas.

NOTI CIAS M&H

Más que un tratamiento sintomático



Composición: Cada sobre contiene: Fosfosal (DCI), 1200 mg; Excipiente (con 90 mg de clorato 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 preclararse, pueden administrarse un total de 6 sobres al día, distribuidos en 3 tomas de 2 sobres cada una. ● Debido a su tolerancia gástrica, las tomas de DISDOLEN pueden realizarse sin previa ingestión de alimentos, en ayunas, entre comidas, etc. ● El contenido del sobre se disuelve con rapidez y facilidad en medio vaso de agua. **Contraindicaciones:** Casos de hipersensibilidad a los salicilatos. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de hemorragia gástrica, gastritis erosiva y úlcera péptica. Aunque no hay evidencia de efectos teratogénicos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **Interacciones:** DISDOLEN deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes orales ya que exista la posibilidad de una potenciación de su acción. El fosfosal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de estos. **Efectos secundarios:** No se conocen a las dosis terapéuticas habituales. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de intoxicación accidental, que sólo se produciría por ingestión de dosis muy elevadas, debido al favorable coeficiente terapéutico del principio activo, pueden aparecer alteraciones del sistema cardiovascular, del sistema respiratorio y del equilibrio electrolítico, así como náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. Como tratamiento de la intoxicación se recomienda el vaciado de estómago por aspiración y lavado, administración de una suspensión acuosa de carbón activo, aumentar la diuresis y mantener el equilibrio electrolítico. **Presentación:** Envase de 40 sobres. PVP IVA 1.864.- Plus. Envase de 20 sobres. PVP IVA 932.- Plus. Cada sobre contiene 1200 mg de Fosfosal (DCI). Disdolen envase clínico de 800 sobres (dosis unitarias), DISDOLEN es un producto investigado y desarrollado por URIACH.



J. URIACH & CIA, S.A.
Dega Bani, 59
08026 Barcelona.

DISDOLEN

Fosfosal Uriach

Nergadán

Lovastatina: inhibidor específico de la HMG-CoA reductasa

Una nueva era en la terapia del colesterol elevado

NERGADAN (lovastatina) es la forma inactiva de la lactona del correspondiente hidroxácido abierto, potente inhibidor de la síntesis de colesterol endógeno, y por tanto, fármaco hipocolesterolémico. Tras su 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. Nergadán reduce el colesterol total plasmático, las lipoproteínas LDL y VLDL-colesterol y los 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 otras medidas han sido insuficientes. **POSOLOGÍA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolémica estándar antes de recibir NERGADAN y debe continuar con ésta durante el tratamiento. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, en la cena. Si se prescriben, 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 o en combinación con secuestradores de ácidos biliares. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad 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 durante el tratamiento con lovastatina. Estos cambios desaparecieron tras el inicio de la terapia, fueron usualmente transitorios, no se acompañaron de síntomas ni se requirió la interrupción del tratamiento. Se recomienda determinar niveles de transaminasas antes del tratamiento, y 4-6 meses después, sobre todo en pacientes con pruebas hepáticas anormales y/o que ingirieran cantidades sustanciales de alcohol. Esto determinación debe repetirse puntualmente; si estas elevaciones son persistentes o progresivas debe discontinuarse el fármaco. **Efectos Musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de creatinofosfoquinasa (CPK) 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 miopatía. Se han informado casos de rabdomiólisis grave que precipitaron una insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe interrumpirse si aparece elevación marcada de los niveles de CPK o si se sospecha o diagnostica miopatía. La mayoría de pacientes que desarrollan miopatía, incluyendo rabdomiólisis, estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, gantfibrozil a dosis hipolipemiantes de ácido nicotínico. Se ha descrito rabdomiólisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con eritromicina concomitante con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieran estos fármacos, la incidencia de miopatía fue químicamente del 0,1%. **Empleo en el Embarazo:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. Sólo se administrará a mujeres en edad fértil cuando sea muy improbable vayan a quedar embarazadas. **Lactancia:** No se sabe si NERGADAN se excreta por la leche materna. **Uso en pediatría:** No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. **Advertencias:** Este medicamento contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gantfibrozil, ácido nicotínico, eritromicina. **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran de forma conjunta lovastatina y anticoagulantes cumarínicos, el 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, antagonistas del calcio, diuréticos y antiinflamatorios 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, diarrea, estreñimiento, náuseo, dispepsia, mareo, visión borrosa, cefaleas, calambres 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, trastorno del sueño y dispepsia. Desde la comercialización del fármaco se han descrito los siguientes efectos secundarios adicionales: hepatitis, ictericia coléptica, vómitos, anorexia, parestesia y trastornos psíquicos incluyendo ansiedad. En raras ocasiones se ha informado de un aparente síndrome de hipersensibilidad que incluía uno o más de los siguientes síntomas: anafilaxia, angioedema, síndrome de Lúpulo-like, palmitalgia reumática, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgia, urticaria, ophtalmía, fotosensibilidad, fiebre y malestar. **Hechos en los Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos transitorios y persistentes de las 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 (atribuibles a la fracción muscular de la CPK). Estas elevaciones han sido habitualmente ligeras y transitorias. Rara vez se han comunicado elevaciones marcadas. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Se han comunicado pocos casos de sobredosificación accidental. Ningún paciente presentó síntomas específicos ni toxicidad. Se deben tomar medidas generales y monitorizar la función hepática. **PRESENTACIÓN Y COMPOSICIÓN:** Envases de 28 comprimidos de 20 mg de Lovastatina 4,571 g/l (PVP IVA).



UCB S.A.
Calle de la Industria
28010 Alcobendas