

- system. *Human Heredity*. 1999;49:133-138.
74. Gorlin JB, Stossel T. The Phagocyte System: Structure and function. En: Nathan DG, Oski FA, editores. *Hematology of infancy and childhood*. 4ª edición. Filadelfia: W.B Saunders Co.; 1993.p.435-442.
 75. Müller-Soyano A, Tami I, Soyano A, Miliani E. Defectos de la función fagocitaria en pacientes con infecciones bacterianas recurrentes. *Acta Cient Venez*. 1980;31(Supl. 1):266.
 76. Tami I, González E, Müller-Soyano A. Evaluación de la función fagocítica en infecciones. *Sangre*. 1981;25:280.
 77. Müller-Soyano A, Somoza R. Glycolytic, Glucose-6-phosphate dehydrogenase and related erythroenzymopathies in Venezuelan patients with congenital hemolytic anemias or cyanosis. *Blood*. 1990;76:42.
 78. Müller-Soyano A, Méndez G, Ponte B, Soyano AE, Soyano A. La deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en Venezuela. ASOVAC 98, XLVIII Convención Anual Universidad Rafael Belloso Chacín Maracaibo 9-14 nov, 1998. *Acta Científ Venez*. 1998;49(2):268.
 79. Müller A. Anemia hemolítica por deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. En: Pérez Requejo JL, editor. *Hematología*. 3ª edición. Caracas: Editorial Disinlimed, C.A., 1995.p.221-236.
 80. Müller-Soyano A, Gross A, Méndez G, Ponte B, Soyano A, Travieso B, et al. Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en Venezuela. Asociación con enfermedad granulomatosa crónica. *Acta Cient Venez*. 1994;45(Supl. 1):217.
 81. Müller A, Carneiro M, Colloca de Moreno M, Soyano AE, Soyano A. Anemia hemolítica por deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G-6-PD) asociada con clínica de enfermedad granulomatosa crónica. *HEMOS*. 2004;2:86-88.
 82. Somoza R, Montiel N, Tapia T, González E, Tami I, Müller-Soyano A. Estudio cinético de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa en pacientes venezolanos. *Sangre*. 1980;25:281.
 83. Müller A, Soyano A, Méndez G, Somoza R, Soyano AE. Detección de variantes bioquímicas de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G-6-PD) en Venezuela. *HEMOS*. 2004;2:55-60.

VARIOS

Gac Méd Caracas 2013;121(4):339-340

La Gaceta Médica de Caracas hace 100, 50, 25 años

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

Octubre-Diciembre 1913

En la sesión ordinaria No. 318 del 30 de octubre de 1913, se leyó una carta de fecha 25 del mismo mes del bachiller Enrique Tejera Guevara. para el doctor Emilio Conde Flores, en la cual describía **un caso de verruga del Perú** diagnosticado en el Hospital Vargas de Caracas.

Se trataba de un paciente de origen alemán, quien después de un largo periplo que lo llevó a Estados Unidos, Méjico, Brasil y Perú, país donde estuvo

algún tiempo, pasó a Ecuador, Colombia y finalmente llegó a Venezuela. Llegó a Colombia en enero de 1913, fecha hasta la cual no había tenido ninguna enfermedad. En Perú, después de Lima había estado en las regiones de "Las Quebradas" y "Río Santo", durante los meses de octubre y noviembre de 1912. Al llegar a Colombia se le presentó una fiebre por la cual fue hospitalizado en Bogotá. Según informa, como sospecharon paludismo, fue tratado con quinina sin ningún efecto. Presentó luego dolores reumáticos

que le imposibilitaban caminar y por su debilidad no pudo continuar su viaje por varias semanas. No fue sino hasta abril o mayo que llegó a Barquisimeto.

En esta ciudad recuerda que desaparecieron las fiebres y que pocos días después “se le cubrió el cuerpo de manchitas rojas que le picaban mucho y que el creyó serían picaduras de mosquitos. En Puerto Cabello las manchitas engrosaron y fueron hinchándose y poniéndose de un color rojo oscuro y ya no le picaban”. Cuando llegó a Caracas ingresó al hospital porque se sentía muy débil y además los pequeños tumorcitos le sangraban mucho.

De acuerdo con la carta se compararon estos síntomas con los que presenta el cuadro de la verruga peruana, según el cual “es una enfermedad infecciosa caracterizada por la presencia de varios tumores, ‘verrugas’, que pueden estar en el exterior del cuerpo, pero también encontrarse en el interior de los órganos sin que aparezcan en la piel y esta forma constituye la ‘enfermedad de Carrión’ o fiebre de La Oroya”. De acuerdo con una referencia, citada en la carta, *Précis de Pathologie exotique*, de Le Dantec, “La verruga del Perú no se encuentra sino en una región del globo, en la ‘Sierra de las verrugas’, regiones llamadas ‘Las Quebradas’, lugares mal ventilados, donde refieren el caso de un viajero que pasó allí media hora y ese corto tiempo bastó para que contrajera la enfermedad”. Razona el bachiller Tejera, que el viajero alemán le refirió había atravesado la zona caminando, por lo cual considera la exposición suficiente para enfermarse.

Refiere igualmente que esperaban por los resultados de los exámenes de sangre de las verrugas, aunque reconoce que “la bacteriología no estaba todavía bien dilucidada”. Según nota de la dirección “el paciente fue presentado en la Academia, donde el diagnóstico fue confirmado por los académicos presentes”.

Octubre-Diciembre 1963

En las páginas 205 a 217, se publicó la **Comprobación de *Rhodnius prolixus* extradoméstico en Venezuela**, comunicación preliminar, por el Dr. José Gamboa C, Dirección de Malariología. Según informa este problema no estaba lo suficientemente aclarado, por lo cual con la ayuda de otros servicios interesados se propusieron confirmar la hipótesis. A partir de enero de 1961 se iniciaron los trabajos de exploración extradoméstica con este fin en el Estado Guárico, con gran infestación de viviendas con *R. prolixus* y alta prevalencia de *S. cruzi* en sus moradores. Se exploraron cuevas de animales

diversos, vegetación baja, nidos y diferentes tipos de árboles de alturas mediana y gran altura hasta febrero de 1962. Solamente palmas de varias especies y nidos de garzones resultaron positivos a *R. prolixus*. En el 50 % de los municipios visitados del Estado Guárico se encontraron palmeras positivas, así como también en 4 municipios del Estado Aragua, vecinos al Estado Guárico. Las palmeras corresponden en su mayoría a la especie *Copernitia tectorum*, comúnmente conocidas como “palma llanera”, pero también resultaron positivas la “palma yagua”, la “palma moriche” y la “palma corozo”. Los ejemplares de *R. prolixus* capturados fueron confirmados por el Servicio de Taxonomía de la División de Endemias Rurales (Maracay). Se comprobó la infección natural a *S. cruzi* de *R. prolixus* capturados en palmeras y la negatividad total de los encontrados en los nidos de garzones.

Octubre-Diciembre de 1988

Entre las páginas 501 a 504, el Dr. Luis G. Rodríguez Plaza publicó **Avances recientes en el tratamiento conservador de la cardiopatía isquémica: 1963-1988**. Al comienzo del período de estudio las medidas terapéuticas eran bastante limitadas y estaban encaminadas siempre a aliviar síntomas. Describe los tratamientos indicados para la angina estable, la angina preinfarto y el infarto del miocardio. Algunos de los avances más importantes ocurridos en los últimos 25 años, dejando de lado los aspectos diagnósticos y terapéutico invasivos, tenemos como ejemplos: el descubrimiento y la identificación del factor relajante derivado del endotelio (EDRF) y su influencia en la regulación local del flujo sanguíneo; la contribución de la vasomoción coronaria, el espasmo coronario y la agregación plaquetaria transitoria a las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria; el descubrimiento que la mayor parte de los episodios de isquemia miocárdica transitoria son silentes y que su supresión debe ser un objetivo terapéutico tan importante como el control de la angina; el desarrollo de nuevas técnicas como la tomografía por emisión de positrones, que permite estudiar *in vivo* y en forma no invasiva el metabolismo cardíaco normal y patológico y la descripción de formas clínicas no bien caracterizadas anteriormente como la angina variante y el síndrome X. Refiere que las medidas terapéuticas que se han incorporado a la práctica diaria son numerosas y por eso se limita a mencionar las más importantes, tales como las aplicadas en las formas crónicas (angina estable y luego de un infarto). Recomendamos su lectura.