

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

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

## Julio-Septiembre 1912

Los doctores Francisco A. Rísquez y Carlos Manuel Velásquez presentaron **El paludismo en Venezuela**, en sus aspectos históricos, etiológicos, clínicos, terapéuticos y preventivos, en varias entregas sucesivas de estos meses.

En resumen, la historia del paludismo en Venezuela “es la misma de todos los países donde existe, la que se desprende de la situación geográfica, condiciones topográficas, hidrología y riqueza vegetal del país.” Dicen: “Si se exceptúa la isla de Margarita y la Península de Paraguaná, por la sequedad de las tierras y la escasez de las aguas, la capital del Distrito Federal, por su progreso urbano y alguno que otro Distrito donde la observación es insuficiente, la república toda sufre el azote palúdico”. Según los autores el paludismo “es como una mancha uniforme en el mapa de Venezuela”.

En relación con la etiología, los autores concluyen: “A fin de evitar confusiones, en el Congreso Internacional de Moscú, se acordó uniformar la nomenclatura, para poder entenderse en todos los países e idiomas, aceptando lo siguiente: el género *Haemamoeba* de Ross, se designa *Plasmodium* y de este se derivan las especies *P. malariae* (Laverán, 1881), que produce las fiebres cuartanas y *P. vivax* (Grassi y Feletti, 1890), que produce las fiebres tercianas; el género *Haemomenas* de Ross, se denomina *Laverianae*, y su especie *L. proeox* (Grassi y Feletti, 1890), que produce las formas cotidianas, perniciosas, estivo-autumnales, o sea, las graves.

Para los autores “Es imposible hacer una estadística comparativa de varios años para tomar un término



Facsimil de la portada de la primera edición de la Gaceta Médica de Caracas.

medio de la mortalidad por paludismo en la república, en primer lugar, porque no es posible confiar en los registros llevados por las autoridades que no exigen

certificado de defunción fidedigno y se atienden al dato de cualquier interesado, profano en diagnóstico y lo mismo ponen *anemia* que *hidropesía*, *fiebre recurrente*, *paludismo*, o lo primero que les viene a la mente; segundo, porque la división territorial ha cambiado varias veces en los últimos seis años (1904 a 1909).”

Concluían que “Si la actual división perdura, será ahora cuando comience a dar sus frutos la brillante, completa y tesonera organización que se ha empeñado en dar a la estadística, el competente director de este ramo, el doctor Pedro Manuel Ruiz, cuyo nombre no es posible silenciar cuando de este asunto se trate”.

Incluyen los autores dos cuadros con los datos estadísticos disponibles entre los años 1905 y 1910, sobre mortalidad general y por paludismo, en el país y por estados. Las tasas por mil habitantes están calculadas todas, con la población obtenida en el censo de 1891, la cual alcanzó a 2 323 527 habitantes.

La última división territorial comprendía el Distrito Federal, veinte estados y dos territorios. De los estados, todos tenían el mismo nombre actual, con excepción del Estado Barinas, denominado entonces Zamora.

La mortalidad general anual varió durante esos años, entre 52 y 56 mil, por lo que la tasa promedio era de 23,4 por mil habitantes. Es importante destacar, que la mortalidad general en el Distrito Federal, donde con seguridad el registro era más confiable, alcanzaba a 36,8 por mil habitantes. Curiosamente, esta tasa coincidía con la del Estado Apure, lo que nos parece inexplicable. La del Estado Miranda era de 35,5, lo cual parece aceptable.

La mortalidad anual atribuida al paludismo oscilaba entre 8 y 10 mil, lo cual correspondía a una tasa promedio de 4 por mil habitantes. Con razón los autores desconfiaban de la validez de los registros de la época.

### Julio-Septiembre de 1962

El editorial, dedicado a Luis Razetti, destaca la celebración del primer centenario de su nacimiento y reproduce, entre otros documentos **Los orígenes y la obra de la Gaceta Médica de Caracas**, con motivo de sus bodas de plata. Este relato original de su concepción y realización, narrada con todos sus detalles por el gran maestro y fundador, fue publicado en su edición N° 7, año XXV, del 15 de abril de 1918.

El doctor Razetti fue su director durante treinta y un años, desde el 15 de abril de 1893, cuando circuló su primer número, hasta la fecha de su forzado exilio en 1924.

De acuerdo con el relato del doctor Razetti, “Para la realización de nuestro plan eran necesarias dos cosas: un centro científico que nos sirviera de arena de combate y un órgano periodístico que llevara a todas partes el eco de nuestro trabajo espiritual. Aquella tarde del mes de noviembre de 1892 quedaron fundados, por lo menos en nuestra imaginación, la sociedad y el periódico que debía servirle de órgano. A la sociedad la llamaremos ‘Sociedad de médicos y cirujanos de Caracas y el periódico debe titularse ‘Gaceta Médica de Caracas’ para que todo el mundo sepa que hay una ciudad llamada Caracas donde hay hombres que estudian y procuran la perfección de su espíritu”. Todo esto lo conversaba con el doctor Santos Domínguez, paseando por París, en un ómnibus, quien le recomendó trabajar en el proyecto con el doctor Francisco Antonio Rísquez, tan pronto llegara a Caracas, según le dijo: “un hombre muy importante que te ayudará con verdadero entusiasmo y amor”.

Según el doctor Razetti: “La obra realizada por la Gaceta Médica de Caracas, en estos 25 años de su existencia, podemos considerarla bajo dos fases distintas: la material y la intelectual”. Según expresó la parte material está representada por 24 volúmenes que contienen 4 860 páginas. Para él la parte intelectual era mucho más importante, pues “abrió una nueva época para el periodismo científico venezolano”.

Se reproduce en la Figura 1, el facsímil de la portada de la primera edición de la Gaceta Médica de Caracas, la cual conserva hasta la fecha.

### Julio-Septiembre de 1987

En el editorial, respaldado por una veintena de referencias, el doctor Oscar Agüero, escribió sobre **fertilización *in Vitro* y transferencia embrionaria en Latinoamérica**. De acuerdo con el Académico “Indudablemente, la fertilización *in vitro* y transferencia embrionaria humana, ha representado uno de los progresos más impresionantes, dramáticos y formidables de la medicina moderna y es explicable que después de las experiencias iniciales en Inglaterra, en muchos otros países se comenzara inmediatamente a ponerla en práctica, especialmente en Estados Unidos, Australia y Francia”.

Según el ponente, América Latina tardó en iniciar esta técnica, a pesar de que en algunos de los programas de Estados Unidos, colaboraron varios médicos latinos, tales como Aníbal Acosta, Jairo García, Sergio Stone y Ricardo Asch, cuyos nombres figuran en numerosas publicaciones sobre el tema. Los trabajos latino-americanos comienzan a aparecer en 1984, en Chile, al igual que en Colombia. En Venezuela, Aller y col., publican las primeras experiencias en nuestro país entre 1986 y 1987.

La aparente tardanza en la incorporación de los países latinoamericanos las justifica el Dr. Agüero por lo laborioso del procedimiento, la necesidad de un personal técnico, con especial preparación y experiencia que trabaje 24 horas diarias, la disponibilidad de laboratorios bien dotados para la elaboración de medios de cultivo y múltiples soluciones requeridos, el instrumental costoso y la utilización de medicamentos cada vez con precios más elevados.

---

Gac Méd Caracas 2012;120(3):253-264

## Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

### Sesión ordinaria del 9 de febrero de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoñin Soulie

#### **Los nuevos anticoagulantes: el ocaso de la warfarina, por el Dr. Rafael Apitz-Castro**

Después de 60 años de anticoagulación oral con warfarina, o análogos, que indudablemente a pesar de sus serios efectos adversos, salvaron millones de vidas, la industria farmacéutica empieza a producir compuestos anticoagulantes derivados del conocimiento que la investigación básica ha producido, en relación al proceso fisiológico de la coagulación sanguínea. Estos nuevos anticoagulantes, que actúan selectivamente, unos sobre el factor X activado y otros como inhibidores de la trombina, tienen propiedades que los hacen atractivos para sustituir a la warfarina en el arsenal terapéutico de anticoagulación.

Detrás de los que ya están en el mercado, sabemos que hay una lista importante de otros con acción similar, que se encuentran en desarrollo y algunos ya en estudios de fase II y III. Es de esperar que se mejoren algunas de sus propiedades y que en un futuro más o menos cercano, tengamos más de un anticoagulante oral razonablemente satisfactorio.

Actualmente se plantean varios problemas que deben ser resueltos. A saber: la adherencia al tratamiento, es una causa de problemas que afecta a todos ellos, y de la cual es también víctima la warfarina, pero en drogas de vida corta este es un factor mucho más importante.

La implementación de un método de control confiable sería, por muchos motivos, de gran ayuda en este aspecto. Por otra parte, el uso de estos anticoagulantes en la práctica médica corriente, como