

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

Dr. J. M. Avilán Rovira

Individuo de Número

Enero- Marzo de 1911

En el N° 2 del 31 de enero de 1911, en la sección de patología tropical y bajo el título de **Las fiebres de Caracas**, el Dr. Francisco Antonio Rísquez, a su regreso a Caracas, después de 10 años de ausencia, hacía referencia a su trabajo sobre la clasificación de las llamadas “fiebres de Caracas”, publicado en la Gaceta Médica en 1905. Describe la clasificación y características de cada uno de los tipos de fiebres prevalentes en la ciudad de entonces y se quejaba de que al certamen que propuso para su discusión, hubo que declararlo desierto, pues ni a la primera ni a la segunda convocatoria que se realizara “...sirvieron ni siquiera de pretexto para provocar juicios de valor científico que al mío faltaba. Tan solo el doctor Machado me honró discutiendo, o más bien, rebatiendo, mi concepto de la asociación tifo-malárica. Después ni una palabra más sobre un asunto que me parece ser de los primeros en ponerse en claro por esta Academia Nacional”.

Continuaba observando que “Así lo había dejado yo, pero al volver a Caracas he encontrado tal diversidad, por no decir tal confusión de pareceres en esta materia, que he juzgado indispensable pedir a mis honorables colegas una luz para mi práctica y promover una inteligencia entre todos, sobre el *criterio diagnóstico que debe regir el asunto de nuestras fiebres*, en las cuales un simple cambio de nombre, cuando no importase para el éxito de un tratamiento, basta para introducir dudas maliciosas del público, arrojar sombras sobre la reputación profesional y levantar respecto de la insalubridad de Venezuela una fama acaso infundada, que resuena en el extranjero con grave perjuicio de nuestros intereses nacionales”.

Para ello propuso la realización de una encuesta sobre el aún no resuelto tema de la clasificación y el diagnóstico diferencial de las fiebres de Caracas.

En el N° 3 del 15 de febrero del mismo año, fue publicado el informe que presentaron los miembros de la comisión de patología médica, encargados de elaborar y distribuir el cuestionario entre los Académicos, quienes no respondieron ninguna de las preguntas propuestas. En consecuencia, el informe solo fue firmado por los integrantes de la comisión, constituida por los doctores Rísquez, Machado, Fonseca, Mosquera, Dagnino y Ochoa.

El informe se tituló “Que fiebres se observan en Caracas y cómo se las reconoce”, del cual resumimos aspectos parciales. Así de las “fiebres palúdicas” opinaron que “si se encuentran en Caracas, proceden de otros puntos fuera de la ciudad”, pues dos casos a los que se hizo referencia en la discusión, uno de Altigracia y otro en el Paraíso, fueron rechazados por falta de criterio diagnóstico hematológico y además, ambos pacientes habían salido con anterioridad fuera de la ciudad. El Dr. Rísquez hizo la salvedad de que si en las afueras de la ciudad se habían encontrado anófeles y si venían casos de fuera, había que pensar que en Caracas se podían presentar casos de paludismo.

De las fiebres tíficas todos estuvieron de acuerdo en admitirlas, pero recomendaron el diagnóstico con “hemocultura y suero-reacción”, advirtiendo que casi nunca se practicaba.

En relación a la fiebre de Malta, referida por solo dos de los miembros de la comisión, recomendaron investigar el *Micrococcus melitensis* en la sangre y la reacción aglutinante correspondiente, en fiebres de larga duración, dolores articulares y sudoración.

De la fiebre amarilla todos admitieron la forma clásica, pero no las llamadas “abortivas” por no existir para la época ningún medio de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

Finalmente, en cuanto al grupo denominado “híbrido” por el Dr. Rísquez, que no era sino la posibilidad de la coexistencia en un mismo paciente de más de un tipo de fiebre de las ya enumeradas, no pudieron negar tal posibilidad, pero discutieron largo y tendido la denominación, por considerarla inadecuada y algunos propusieron llamarlas “mixtas”, sin llegar a acuerdo alguno, por lo cual solicitaron a la audiencia proponer un término “más del gusto general”.

Enero-Marzo 1961

Se publica el trabajo **Problema y destino de la peste**, del Dr. Rumeno Isaac Díaz, Médico Jefe de la División de Fiebre Amarilla y Peste del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Alertaba que “Existen refugios naturales, donde las enfermedades se atrincheran y son invulnerables. Es la respuesta de la naturaleza ante la ciencia del hombre. La maraña tropical hace imposible romper el ciclo mosquito-mono en la fiebre amarilla selvática. El instinto de la rata tiene el privilegio sobre la ciencia del hombre y la peste se burla de nosotros en su refugio selvático”.

Más adelante dice: “Muchos de los focos de peste silvestre permanecen confinados en su límite inicial. No siempre se descubren razones climáticas o de terreno que condicionen esta limitación. Parecería, a veces, que el azar está en juego. De todos modos, la expansión debe ser prevista y el primer paso es el estudio comparativo de la ecología del problema en la zona afectada y en las zonas circundantes. En Venezuela esta limitación geográfica de la enfermedad existe todavía. Acaso sea definitiva; pero convendría estudiar si hay razones en las cuales fundar esta esperanza”.

Recordaba que la peste silvestre es permanente, mantenida por la población de roedores resistentes unos y susceptibles otros, por lo que su erradicación es casi imposible. Tiene asiento común en los municipios Tejerías y Táchata, de los distritos Ricaurte y Guaicaipuro, de los estados Aragua y Miranda, respectivamente. No existe una vacuna eficiente que proteja al hombre. Existe la posibilidad de la

infección humana cuando se aventura por la zona pestosa y por otra parte un asentamiento campesino en esa zona, involucra dominio y destrucción de la selva. Esto puede traer como consecuencia el cambio del hábitat de los roedores, que provocaría migraciones que podrían llevar la infección a lugares vecinos hasta ahora indemnes. Podría volverse incontrolable.

Recomendó declarar Reserva Forestal a la zona pestosa selvática, situada al sur del Río Tuy, en los municipios Tejerías y Táchata, con vigilancia permanente por la guardia nacional, guardia forestal y guardias rurales sanitarios para evitar las penetraciones en la zona y el asentamiento de campesinos en sus alrededores.

Enero-Marzo 1986

En su trabajo revascularización farmacológica del miocardio en el infarto agudo: **trombolisis intracoronaria**, el doctor Tomás J Sanabria presenta los resultados de los primeros 23 pacientes en quienes se utilizó infusión intracoronaria de agentes trombolíticos, tales como la estreptokinasa, desde enero de 1981 hasta agosto de 1985. En 12 casos se vio afectada la arteria descendente anterior, en 5 casos la circunfleja izquierda, en 3 casos la coronaria derecha y en 2 casos lesión del tronco principal.

En 18 casos se observaron cambios significativos y normalización del segmento ST del ECG. En 20 casos desapareció el dolor en forma muy rápida después del inicio de la infusión. En 16 casos se observó recanalización angiográfica de la arteria ocluida.

Se ofrecen detalles de otras características de los pacientes, de las complicaciones ocurridas en 4 de los casos y las técnicas para superarlas. Se informa que la evolución ulterior ha sido favorable en todos los otros pacientes hasta el sexto mes de seguimiento, de acuerdo a los datos disponibles para la fecha de la presentación.

De acuerdo al autor la aplicación de agentes trombolíticos en infusión directa a la arteria coronaria ocluida en forma aguda, ha despertado una nueva área de interés en la investigación clínica del paciente con infarto agudo del miocardio y ha abierto nuevas posibilidades para disminuir la mortalidad y morbilidad de la cardiopatía isquémica.