

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

### The Gaceta Medica de Caracas 100, 50, 25 years ago

Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Individuo de Número Sillón XXXI

#### Hace 100 años: julio – septiembre de 1925

El día 7 de julio de 1925 se publica el Número 13 del año XXXII de nuestra Gaceta Médica de Caracas, en la cual destaca una publicación intitulada “Malaria. Apuntes sobre su morbosidad, profilaxis y tratamiento en la cuenca del Lago de Maracaibo” bajo la autoría del Dr. Eugenio Pignat de Bellard Maldonado (Figura 1) quien era el director de los Hospitales de la Compañía petrolera estadounidense Beacon-Sun, incluyendo sus campos en los estados Zulia, Falcón, Trujillo, Mérida y Táchira. Describe que la topografía de la cuenca del Lago de Maracaibo tiene características distintivas al norte y al sur, mientras que al norte es selvática y de clima frío, el borde sur es caluroso y con áreas semidesérticas. El paludismo es endémico en la zona sur del lago y en la misma se despliegan continuas campañas de profilaxis con la distribución de dosis de quinina, a saber, de 0,65 g en obreros y entre 0,65 y 1,5 g a los extranjeros. Determina que como profiláctico la quinina falla en presencia de infecciones masivas de malaria. Se hace más difícil aún evitar las recidivas una vez que se infectan los individuos y adquieren resistencia al hematozoario. Describe las formas clínicas de infección por *Plasmodium*

*vivax* y *falciparum*, siendo esta última la menos frecuente, ocupando el 16 % de todos los casos. Manifiesta que el tratamiento complementario se realiza con compuestos orgánicos de arsénico. Una de las complicaciones de la patología es la parálisis general y mencionan que para esta complicación ya en Estados Unidos y Europa se utiliza la inoculación artificial con “paludismo benigno” (1).



Figura 1. Eugenio Pignat de Bellard Maldonado (1883 - 1969)

ORCID: 0000-0002-3455-5894

En el número 14 de la revista leemos un trabajo sobre “Gastrotomía por úlcera del estómago. Curación” bajo la firma del Dr. Henrique Toledo Trujillo (Figura 2). Presenta un caso clínico de una paciente femenina de 27 años con antecedentes de tuberculosis y dos partos. La paciente mostró un cuadro de dolor abdominal en el área epigástrica, inducido por la ingesta de sólidos. Se determina cuadro de hemorragia intestinal con abdomen agudo quirúrgico que motivó una intervención quirúrgica con resección de un tercio del estómago con el Método de Billroth con gastro-yejunostomía transmesocólica de asa corta. Narra lo que fue una evolución satisfactoria. El Dr. Henrique Toledo Trujillo ingresó como miembro de la Academia Nacional de Medicina, ocupando el Sillón XIII, vacante por el fallecimiento del Dr. Luis Razetti, se incorporó en 1940 con el trabajo “Tratamiento actual del cáncer del cuello uterino”. Por cierto, el Dr. Toledo Trujillo tuvo una destacada actuación en el cuidado del General Gómez, a través de numerosos cateterismos y atención de sus trastornos obstrutivos prostáticos, y fue premiado con el otorgamiento del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, una vez dictado el Decreto Presidencial que creó el nuevo despacho. Al morir el General Juan Vicente Gómez, en diciembre de 1935, fue el encargado

de embalsamar su cadáver. Se mantuvo en su cargo de Ministro de Salubridad, Agricultura y Cría en el primer gabinete del General Eleazar López Contreras hasta febrero de 1936 (2).

El 15 de agosto de 1925 se emite el número 15 y abre su edición con el Trabajo de Incorporación del Dr. Julio Carlos Rivas Morales, titulado “Simpatectomía Peri-arterial”. En los primeros 4 capítulos se desarrollan los aspectos más importantes de esta técnica quirúrgica. En el primero se describen las reacciones fisiológicas y la génesis de la simpatectomía peri-arterial. Luego describe la técnica del procedimiento, en el capítulo 3 establece las indicaciones de la simpatectomía peri-arterial, para que en un cuarto capítulo haga un análisis de los casos tratados por él y sus observaciones (3).

La última edición de agosto de 1925, el número 16, completa el Trabajo de Incorporación antes descrito, describiendo su capítulo quinto para definir las afecciones en que la simpatectomía peri-arterial ha sido empleada (4).

En el número 17 de fecha 15 de septiembre de 1925, se identifica como contenido predominante el Juicio Crítico del Trabajo de Incorporación del Dr. Julio Carlos Rivas Morales, a cargo del Dr. Domingo Luciani (Figura 3). Destaca que el Recipiendo fue el primero en Venezuela



Figura 2. Dr. Henrique Toledo Trujillo (1885-1986).



Figura 3. Dr. Domingo Luciani (1886-1979).

en realizar este procedimiento quirúrgico, considerado muy avanzado en el primer tercio del siglo XX. Describe que la intervención fue radical en todos sus casos, como se atestigua en la doble reacción de vasoconstricción inicial y vasodilatación final, lo cual es un signo inequívoco de que la extirpación de la adventicia ha sido llevada a cabo en toda la periferia del tronco arterial. Con una dimensión de la zona denudada de 12 centímetros en 4 casos y de 10 cm en los dos restantes. Sin evidencias de complicaciones quirúrgicas (5).

La edición del número 18 se imprime el 30 de septiembre de 1925. Destaca el escrito del Dr. Juan de Dios Villegas Ruíz (Figura 4), Presidente en funciones de la Academia Nacional de Medicina, que lleva por título “La alimentación de los débiles y el tratamiento de la debilidad congénita”. Inicia destacando que el fundamento de la terapia de los recién nacidos débiles estaba basado en el aseguramiento de un esquema de alimentación que permita su plena funcionalidad, desde recuperar el estado de óptima temperatura en condición de hipotermia, hasta la aplicación de terapias de suplementación de proteínas, o de antibióticos para combatir las infecciones oportunistas. Se debe considerar que el recién

nacido débil no solo toma el seno o biberón igual al recién nacido normal, sino que en su estado de debilidad carece de fuerzas para chupar, mamar y deglutir. Ante esta realidad, el Dr. Villegas Ruíz define que el objetivo del equipo médico debe ser el rescate de estos pequeños pacientes para recuperar su potencialidad y así fortalecer su estado clínico que le permita retomar un adecuado crecimiento y desarrollo futuros (6).

#### Hace 50 años: julio – septiembre de 1975

En el libro que incluye los números 7, 8 y 9 de la Gaceta Médica de Caracas para su año LXXXII, encontramos un interesante trabajo bajo la autoría del Dr. Dante Borelli (Figura 5), nacido en la ciudad italiana de Parma y para el momento Profesor de la Cátedra de Micología Médica del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela, considerado el padre de la micología médica venezolana. Este artículo lo titula “Tratamiento de las micosis” y en su contenido va clasificando las micosis y describiendo los tratamientos requeridos. Inicia con las micosis superficiales, las cuales requieren terapias tópicas por ser variadas y económicas, destacando el uso combinado de



Figura 4. Dr. Juan de Dios Villegas Ruíz (1868 - 1928).



Figura 5. Dr. Dante Borelli (1920-1998).

antisépticos queratolíticos, antisépticos sintéticos o semisintéticos que incluyen el tolnaftato, compuestos de pirrolnitrina. Otros usados son derivados sintéticos del imidazol como el miconazol y el clotrimazol, el antibiótico natamicina (Pinafucina) y el iodado haloprogín (Polik). Según su trabajo en el caso de la tiña, estas requieren complemento con aplicación de terapias sistémicas, siendo usada la griseofulvina para la *tiña capitis* no inflamatoria y la depilación manual con compresas boricadas con pomada queratolítica en los casos de *tiña capitis* inflamatoria. Otras combinaciones se realizan en tratamientos de *tiña corporis*. Describe seguidamente la terapia de Pitiriasis versicolor con el uso fundamental de solución de hiposulfito por dos semanas con dos dosis por día. Por otra parte, en el eritrasma se recomienda el uso de loción queratolítica dos veces por día, en la pilonodosis se combinan lociones de sublimado corrosivo con loción queratolítica, en la candidiasis una variedad de opciones que incluyen solución bórica, nistatina, anfotericina B, miconazol, clotrimazol, natamicina y bioformo. En el caso de micosis profundas destaca la variedad de terapias que por su efecto sistémico de toxicidad deben ser adecuadamente indicadas y cuya duración de aplicación de las terapias es muy controlada. Por último, se estima que la cirugía puede ser una alternativa en lesiones de aspecto tumoral que pueden incluir la limpieza quirúrgica o las resecciones parciales o totales (7).

#### Hace 25 años: julio – septiembre de 2000

Para este período del año 2000, el número 3 de nuestra Gaceta Médica de Caracas se publica bajo la dirección del Dr. Oscar Agüero y la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina del Dr. Pedro Manrique Lander (Figura 6). Podemos leer un artículo de los Dres. María Isabel Herrera y Francisco Herrera titulado “Apoptosis”. Describen que la apoptosis es un término introducido en 1972 para designar la forma de muerte celular que se caracteriza por ser prolongada, morfológica y bioquímicamente diferente a la necrosis. Esta última se considera una forma de muerte violenta con hinchamiento celular, fragmentación del núcleo y ruptura final de la membrana. La definición de apoptosis se acuña como “muerte celular programada” y

forma parte de la homeostasis celular como un proceso fisiológico que puede observarse en la organogénesis, en los tejidos dependientes de hormonas como el endometrio, las mamas y en la eliminación de timocitos reactivos, con destrucción selectiva de linfocitos T y B. También puede ser observada la apoptosis en las enfermedades neurodegenerativas, inmunológicas, virales y neoplásicas, eliminando células anormales o lesionadas por fenómenos físicos, químicos o biológicos.

Establecen que a diferencia de la necrosis, la apoptosis consume energía en forma de ATP y produce activación de las caspasas, que secuencialmente actúan degradando proteínas. La activación del sistema de caspasas para generar la apoptosis se hace por la intermediación de receptores específicos de las membranas celulares denominados “receptores de muerte celular”. La destrucción celular pasa por cambios de su membrana con “arrugamiento” de su superficie, la cual genera segmentos empaquetados revestidos de esa membrana que se denominan “cuerpos apoptóticos”. Por cierto, un aspecto que hoy se



Figura 6. Dr. Pedro Manrique Lander (1928-2007).

reconoce como una característica distintiva de la apoptosis en relación con la necrosis es que no produce una reacción inflamatoria en su proceso de cambios morfológicos (8).

**REFERENCIAS**

1. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(13):193-208.
2. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(14):209-224.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(15):225-240.
4. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(16):241-256.
5. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(17):257-272.
6. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(18):273-288.
7. Gaceta Médica de Caracas. 1975;83(7,8,9):631-852.
8. Gaceta Médica de Caracas. 2000;108(3):301-450.