

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: octubre – diciembre de 1925

El 15 de octubre de 1925 se publica el número 19 del año XXXII de la Gaceta Médica de Caracas. Se observa un artículo importante obtenido del IV Congreso Venezolano de Medicina, titulado “Cánceres de la cara y tumores malignos epibulbares”, bajo la autoría del Dr. Lisandro López Viloria (Figura 1). Describe los desafíos que siempre se plantean a los médicos para la extirpación y terapia efectivas para el cáncer. Refiere que, en ese momento, se han utilizado sustancias abrasivas como el ácido arsenioso, el fuego directo, la helioterapia, la electrólisis, la diatermia, los rayos X y el radium, todos ellos con éxito relativo en casos aislados de localización superficial. Sin embargo, la cirugía es el método ideal para asegurar la extirpación total de la lesión y más aún cuando se tratan de tumores extensos y profundos, además se cuenta con el recurso de la cirugía estética para lograr mejores resultados. A continuación, presenta su experiencia con 9 casos de diferentes presentaciones y complicaciones. Cierra su artículo describiendo las características macro y microscópicas de una biopsia de piel tumoral. El Dr. Lisandro López Viloria fue un

médico especialista en otorrinolaringología y en oftalmología en el país. Fue Presidente de la Junta Directiva de la Cruz Roja Venezolana entre 1938 y 1939; asimismo, fue Individuo de Número, ocupando el Sillón XIV de la Academia Nacional de Medicina desde 1924, donde desempeñó cargos directivos, como Primer Vicepresidente, Tesorero y Presidente. De igual forma, fue ministro de Instrucción Pública, que dirigía la salud en el país, y diputado al Congreso Nacional (1).

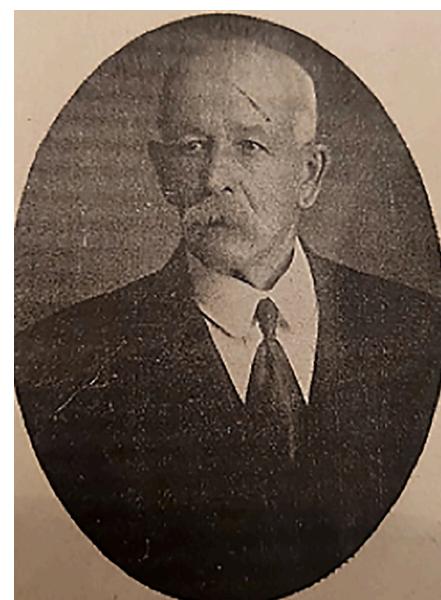


Figura 1. Dr. Lisandro López Viloria (1879-1960).

ORCID: 0000-0002-3455-5894

En el número 20 del año se lee una reseña, a cargo del Dr. M. Martín Salazar, intitulada “La vacuna antituberculosa de Calmette y Guérin”, a partir de un artículo que había publicado sobre “La inmunoterapia y la quimioterapia antituberculosa”. Este es el inicio de la llamada Vacuna BCG o Vacuna de Calmette-Guerin que revolucionó mundialmente la prevención de la tuberculosis, con el desarrollo de este biológico impulsado por los médicos microbiólogos franceses Drs. León Charles Albert Calmette (Figura 2) y Camille Guérin. En este artículo se señala que la superficie lipídica del bacilo de Koch actúa como barrera que impide la expresión de la antigenicidad del germen ante los anticuerpos. Por ello las vacunas deberían como condición no estar recubiertas de lípidos y que la quimioterapia no garantizaba el solo afectar al germen causante de la enfermedad, por lo cual, la inmunoterapia bien estructurada sería la alternativa más adecuada contra la tuberculosis. Por ello, en la primera estrategia se describe que la vacuna de Calmette y Guérin cumple con estar desprovista de lípidos y constituye una gran esperanza preventiva. El origen de esta vacuna es la utilización de una cepa bovina de extrema virulencia que pasó por más de 230 cultivos sucesivos durante 13 años, lo que le hizo perder la capa lipídica del bacilo y, además, le permitió conservar el protoplasma para generar una patología atenuada y ayudar a generar anticuerpos. En 1922 en Francia se probó esta fórmula en 178 niños nacidos de padres tuberculosos y al cabo de 3 años ninguno desarrolló la enfermedad, aunque 15 murieron pero de otras patologías. Ello a pesar de que estos niños convivieron en el mismo hogar de sus padres afectados. Midieron la tasa de mortalidad de este grupo en relación con sus pares franceses, que fue de 8,4 por cada 100 nacidos vivos, muy por debajo de la del resto de los niños que no recibieron esta fórmula al nacer. La preparación se usó colocando el cultivo atenuado en media cucharadita de té con la mitad de la leche, una hora antes de amamantar los días 4, 6 y 8 de nacidos o los días 5, 7 y 9 posteriores al nacimiento. Fue probada en Francia y Bélgica, y el mismo Dr. Léon Charles Albert Calmette estudió 423 casos de niños en Francia que recibieron la terapia, y ninguno falleció por tuberculosis hasta el primero de marzo de 1925. Con el paso del tiempo, la vacuna ahora se presenta en una ampolla de color ámbar, con 1 mg de liofilizado para aplicar 10

dosis, y se acompaña de 1 mL de solución salina isotónica inyectable como diluyente, en la misma presentación. El principio es que todas las cepas se estabilizan y liofilizan con glutamato de sodio o albúmina, diluyéndose en solución salina o en agua bidestilada, sin adyuvantes ni preservativos, siempre en frasco ámbar para evitar la acción desactivante de la luz ultravioleta (2).



Figura 2. Dr. Léon Charles Albert Calmette (1863-1933).

El 15 de octubre de 1925 se publica el número 21 de la revista, donde encontramos en una sección denominada “Variedades” una reseña de la Revista Médica Latinoamericana sobre “La cirugía del cráneo entre las antiguas poblaciones del Perú” escrita por el Dr. Eduardo Bello, profesor de Medicina Operatoria de la Facultad de Lima y cirujano de hospitales públicos. Se refiere a las perforaciones superficiales en numerosos cráneos extraídos de las huacas del Perú. Establece que estas perforaciones fueron realizadas en pacientes vivos con fines terapéuticos y lo demuestra el hallazgo de cicatrices residuales. Considera que la mayoría de las perforaciones fueron realizadas posteriores a fracturas o contusiones traumáticas en riñas o combates tribales, además de que supone que también se usaron en las terapias de las periostitis no traumáticas. En

las conclusiones confirmó que se realizaron en individuos vivos, siempre fueron con fines terapéuticos, se realizaron con instrumentos puentiagudos por deslizamiento, dado que los cortes fueron rectilíneos o curvilíneos hechos por desgaste. Entre otras conclusiones, define que se utilizaron primero material de piedra y luego incorporaron los metales; el procedimiento varió de agujeros imperfectos por fracturas con instrumentos hasta los bordes biselados con varas metálicas con percusión y desplazamiento de placas. Destaca que nunca se registraron estos procedimientos y, por ello, resulta muy difícil hacer un seguimiento histórico de estos métodos quirúrgicos ancestrales.

A propósito de este tema, Julio César Tello (Figura 3) fue un médico, cirujano y antropólogo peruano, considerado el primer arqueólogo indígena de América y el padre de la arqueología peruana. Descubrió las culturas Chavín y Paracas e impulsó el Museo de Arqueología, Antropología e Historia del Perú. El Dr. Tello defendió y teorizó la tesis del autoctonismo de la cultura peruana precolombina, en clara contraposición a la teoría de la procedencia mesoamericana de México y Centroamérica, sostenida por el arqueólogo alemán Max Uhle. El autoctonismo cultural se define como la situación en la que una cultura es originaria del mismo territorio en el que se ha desarrollado. Sostuvo, además, que la cultura más antigua del Perú fue la cultura Chavín, que data de hace 3 000 años en la sierra oriental del departamento de Áncash y que de allí se extendió hacia la costa y a otras regiones del área andina. Estableció también que los que dieron inicio a la cultura Chavín fueron pueblos procedentes de la selva amazónica, portadores de costumbres rudimentarias y esta fue evolucionando hasta sus manifestaciones más avanzadas, sin recibir ninguna influencia foránea. Respaldó esta tesis del origen amazónico por la representación de animales de esa región en el arte Chavín, tales como el caimán y el jaguar (3).

El número 22 de 1925 trae la reseña de la Incorporación del Dr. Julio César Rivas Morales como Individuo de Número para ocupar el Sillón XVII de la Academia Nacional de Medicina. Presentó una descripción de las enfermedades febres o pirexemias en Venezuela, siendo protagonista el Dr. Bernardino Mosquera quien caracterizó a través de un estudio bacteriológico



Figura 3. Dr. Julio César Tello Rojas (1880-1947).

y serológico la llamada “fiebre de Caracas” demostrando lo que se conoció como fiebre de Malta y luego tipificado como Brucelosis. Recuerda que el Dr. Mosquera junto al Dr. Francisco Antonio Rísquez estudiaron las fiebres que clínicamente se asociaban al paludismo o “fiebres palúdicas”, sin embargo, definieron que en verdad eran manifestaciones de fiebres tifoideas en sus formas atípicas. Posteriormente, Mosquera y Rísquez propusieron que se relacionaban con colibacilos virulentos y decidieron denominarlas fiebres pseudo-tifoideas o colibacilares. El discurso de contestación o bienvenida lo pronunció el Dr. Francisco Antonio Rísquez (Figura 4), quien reafirmó que trabajó con el Dr. Bernardino Mosquera en el estudio de la fiebre pseudo-tifoidea o paratifus en Venezuela. Recordó que el 2 de enero de 1895 leyeron en el Colegio Médico de Caracas sus conclusiones sobre la combinación de estudios de bacteriología e histología, que determinaron una nueva entidad patológica autónoma denominada fiebre pseudotifoidea tropical por colibacilos. Pero un año más tarde los Drs. Achard y Bensaude presentaron ante la Sociedad Médica de los Hospitales de París la existencia de infecciones que llamaron paratifus, atribuyéndolas a un bacilo intermedio entre el de Eberth y el colibacilo, que a su vez llamaron paratífico. Luego, en la publicación, hacen la

reseña de los antecedentes de las investigaciones que precedieron a la francesa, sin tomar en cuenta la realizada en Caracas por Bernardino Mosquera y Francisco Antonio Rísquez (4).

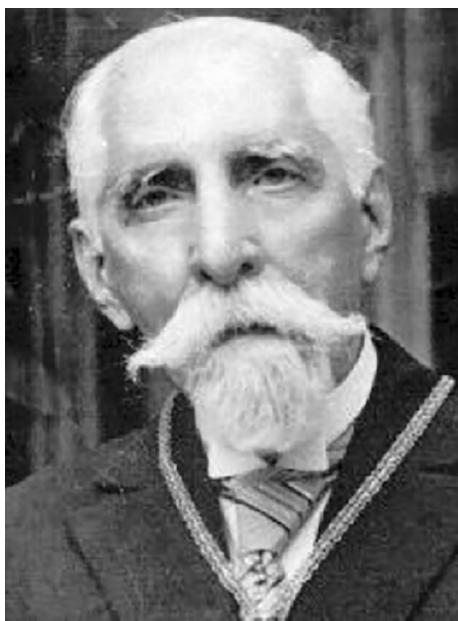


Figura 4. Dr. Francisco Antonio Rísquez (1856-1941).

El 15 de diciembre de 1925, en el número 23 del año, encontramos una reseña de una comunicación del Dr. Francisco García para el IV Congreso Venezolano de Medicina intitulada “La fiebre de Guacarapa”. El reporte es desde Guarenas y describe una fiebre circunscrita entre ese poblado y el distrito Paz Castillo, que se produce en plantaciones de café con una precaria dotación de agua, la cual, además, es muy alcalina y no apta para consumo humano. Esta fiebre es conocida en la zona como la fiebre de Guacarapa. Él la ha denominado “Tifus Exantemático de los Altos”. Tiene una alta mortalidad entre los días siete y nueve de su evolución, precedida de una disfagia severa. Su presentación no respeta el sexo, la edad ni la raza. Los casos vistos proceden de Barlovento. Hace notar que en la zona hay muchas parasitosis, en particular, bilharzia intestinal; sin embargo, manifiesta que no se han podido realizar estudios sanguíneos en

los pacientes. Es importante acotar que en 1905 se describe el primer caso de esquistosomiasis, o bilharzia, en Venezuela, por el destacado médico falconiano Dr. Víctor Raúl Soto (Figura 5), quien era estudiante del quinto año de Medicina en la Universidad Central de Venezuela, bajo la tutoría del médico barquisimetano Pablo Acosta Ortiz y del trujillano Rafael Rangel. Ese año publica su tesis que denominó “Naturaleza de la disentería en Caracas” y obtiene su título de Doctor en Ciencias Médicas. La bilharzia es producida por un trematodo, conocido como *Schistosoma mansoni*, y en el país se identificó en la franja endémica que abarca 15 000 km² e incluye toda la zona centro-norte costera, que circunscribe a los estados Miranda, Carabobo, Vargas, Aragua, Norte de Guárico y el Distrito Capital, los cuales representan los de mayor densidad poblacional (5).

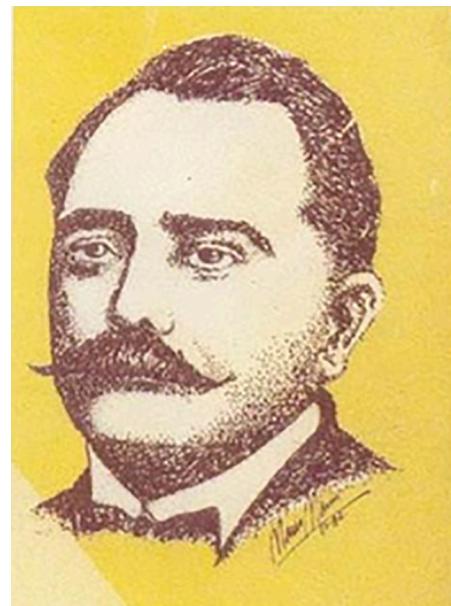


Figura 5. Dr. Víctor Raúl Soto (1882-1935).

El último número del año 1925 editado el 31 de diciembre presenta una referencia internacional de la *Chinese Medical Journal* intitulado “Malaria”, el cual es resumido por los Drs. Eugenio Pignad De Bellard (Figura 6) y Richard J Campion desde



Figura 6. Dr. Eugenio Pignad De Bellard (1883 - 1969).

la Ciudad de Valera, Estado Trujillo. Se trata del tratamiento de la malaria mediante el método de Avison y Koo. La comunicación firmada por estos dos médicos, Avison y Koo, describe los principios del tratamiento de la malaria crónica con inyecciones endovenosas de mercuriocromo, a razón de 3 mg por kilo de peso en una solución acuosa del 1 %. Aseguran haber logrado la desaparición inmediata de todos los parásitos y una curación radical y permanente en el 100 % de los casos. Por ello, quienes comentan el artículo presentan un caso autóctono, con la observación clínica de un paciente de 18 años, ingresado en un centro hospitalario, con fiebre y escalofríos cotidianos durante 3 meses. Presentó acentuada anemia, esplenomegalia y evidencia de alta carga parasitaria de *Plasmodium vivax* en el examen sanguíneo. Le aplican mercuriocromo a razón de 28 mL en dilución al 1 %, con 65 kg de peso y a razón de más de 4 mg por kilo, a las 48 horas repiten la dosis. Al día siguiente, su cuadro clínico agravó y seguían apareciendo parásitos en la sangre periférica. Por ello, administraron clorhidrato de quinina por vía intramuscular a una dosis de 50 mg. Al día siguiente con menos carga de parásitos y picos febriles repitieron

quinina intramuscular y por vía oral. A partir de allí revirtieron los signos y síntomas de la infección palúdica. Ellos concluyen que, en su caso, la administración de mercuriocromo no resultó efectiva, aunque consideraron que se trató de una subdosis, ya que tomaron en cuenta el grado de toxicidad de la formulación para el paciente (6).

Hace 50 años: octubre – diciembre de 1975

Para esta fecha se reseñan los números 10, 11 y 12 de la Gaceta Médica de Caracas en su año LXXXII. Identificamos una publicación liderada por nuestros Académicos: el Dr. Saúl Krivoy (Figura 7), Individuo de Número, Jesús Enrique González, Maestro de la Patología, quien fuera Miembro Correspondiente por Caracas, recientemente fallecido, así como los Drs. Ghislaine Céspedes (†) e Irvin Walzer (†). Describen un trabajo titulado “Plasmocitoma solitario de la hoz de cerebro, a propósito de un caso. Primer caso en Venezuela y octavo descrito mundialmente”. Inician afirmando que el mieloma múltiple afecta secundariamente al sistema nervioso por compresión. Se localiza más frecuentemente en la columna vertebral, a la cual infiltra y destruye produciendo síndrome compresivo de médula espinal. Le siguen, en localización, la base del cráneo y la órbita. Los mielomas o plasmocitomas solitarios son muy raros y, si se logra su extirpación quirúrgica con irradiación secundaria, se obtienen excelentes pronósticos. Refieren informes de casos intracraneales en la literatura internacional para la época. Presentan a consideración la observación clínica de un plasmocitoma solitario localizado en la hoz del cerebro y señalan las principales características histopatológicas confirmatorias de esta patología, con la presencia de células plasmocitoides atípicas de arquitectura infiltrativa. Acompañan el caso con estudios de imagen confirmatorios. Aunque en los casos de mieloma se observa alteración de la electroforesis de proteínas, con elevación de la gamma y la beta globulina, en el paciente estudiado no se identificó anormalidad en este parámetro. De acuerdo con la revisión de la literatura médica nacional, se confirmó que se trata del primer caso informado en el país con esta particular localización (7).



Figura 7. Dr. Saúl Krivoy.

un aumento del peso fetal, del peso placentario, de la longitud del cordón y de la relación feto-placentaria durante el lapso de las semanas gestacionales estudiadas. Concluyen que el patrón de medición feto-placentaria-materno, que indica que se confirma un crecimiento normal en gestantes de buenas condiciones económicas y de edad cronológica adecuada durante el tercer trimestre del embarazo, constituye una referencia para el pronóstico de un desarrollo anormal (8).

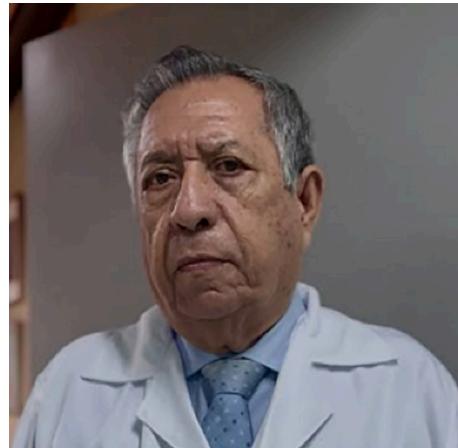


Figura 8. Dr. Luzardo Canache Campos.

Hace 25 años: octubre – diciembre de 2000

En el último trimestre del año 2000, el número 4 de la Gaceta Médica de Caracas destaca una publicación titulada “Mediciones materno-feto-placentarias según la edad de la gestación”. Los autores fueron los Drs. Olívar Castejón, Luzardo Canache Campos (Figura 8), actual Miembro Correspondiente Nacional por Aragua, y además los Drs. Scarlet Canache y Osiris Castejón. En el trabajo se buscó evaluar los pesos fetales y placentarios, el índice de relación entre ambos, la longitud del cordón umbilical y la edad cronológica de las gestantes con embarazo normal entre 36 y 41 semanas. Se tomó el 71,5 % de un universo de 1 783 pacientes. Por cada semana se calcularon la media, el error estándar y el coeficiente de variación de cada uno de estos parámetros. El estudio se realizó en 2 centros privados de la ciudad de Maracay. Se observó

REFERENCIAS

1. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(19):289-304.
2. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(20):305-320.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(21):321-336.
4. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(22):337-352.
5. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(23):353-368.
6. Gaceta Médica de Caracas. 1925;32(24):369-284.
7. Gaceta Médica de Caracas. 1975;83(10, 11, 12):853-1098.
8. Gaceta Médica de Caracas. 2000;108(4):451-600.