

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: enero – marzo de 1926

La publicación de la Gaceta Médica de Caracas se realiza el 15 de enero de 1926, en su número 1, y presenta aún los resúmenes del IV Congreso Venezolano de Medicina. De allí rescatamos la presentación de un trabajo original denominado “Tifosis Sifilítica”, escrito por el doctor Luis Felipe Blanco, en el que se identifica una patología que bordea la ambigüedad entre las características de la fiebre tifoidea, lo que plantea el diagnóstico diferencial con la sífilis y, en otros casos, con tuberculosis, siendo el denominador común la fiebre de variable intensidad y presentación. El autor describe 3 casos: el primero, de un joven de 17 años con síndrome febril, con registros de temperatura no menores de 40 grados, y que además presentó cefalea, dolor abdominal, diarrea y agrandamiento del bazo. Asimismo, describe el hallazgo de manchas en forma de placas, sobre todo en la región anal y en la piel del abdomen, que denomina lesiones pigmentarias. Resultó negativo para el bacilo de la fiebre tifoidea. Fue tratado con la terapia de la época contra la sífilis, con un fármaco llamado Arsfenamina, que inducía una mejoría progresiva en la mayoría de

los pacientes. Asimismo, en los casos descritos, la fiebre desapareció mostrando un patrón rápido y otro progresivo o insidioso. Presentan otro caso de un paciente con clínica de fiebre matinal y el cual fue sometido a prueba serológica o Reacción de Vernes, que resultó fuertemente positiva, demostrando infección Tuberculosa. Lo interesante de este trabajo es que demuestra las dificultades del equipo médico de la época para una correcta definición diagnóstica, en medio de una encrucijada de la salud pública internacional, con la presencia de múltiples patologías con cuadro febril, tales como la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la sífilis, la fiebre amarilla y el paludismo o malaria.

Los tratamientos variaban en numerosas pruebas terapéuticas, tal como ocurrió con la arsfenamina, comercializada como “Salvarsan” desde 1910 con mucho éxito, y que fue uno de los primeros fármacos con efecto curativo sobre la sífilis, conocida entonces como una temible enfermedad infecciosa de elevada mortalidad. Esta formulación también se usó a inicios del siglo XIX para el tratamiento de la tripanosomiasis humana africana. Se denominó la “bala mágica” del médico y bacteriólogo alemán Paul Ehrlich (Figura 1). Este ganador del premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1908, junto con Iliá Méchnikov, además de encontrar en su laboratorio una cura eficaz para la sífilis junto con Sahachiro Hata, inventó la técnica primaria

ORCID: 0000-0002-3455-5894

de tinción de Gram para las bacterias. De igual manera, con estas tinciones histoquímicas hizo posible distinguir entre diferentes tipos de células sanguíneas, orientando el diagnóstico de varias enfermedades hematológicas (1).

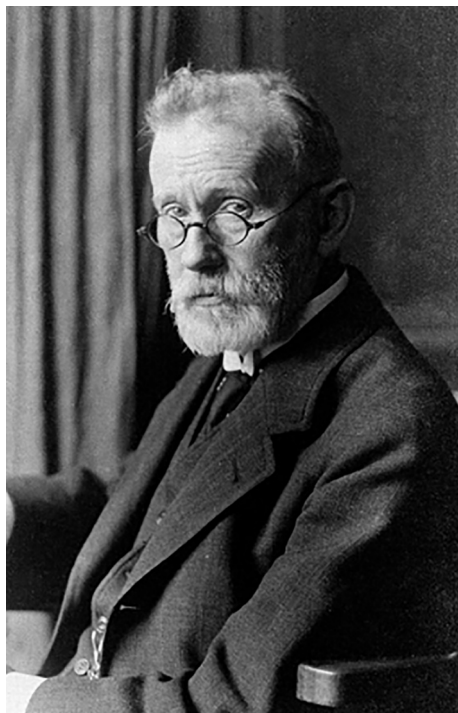


Figura 1. Paul Ehrlich (1854-1915).

En el número 20 del año se presenta una revisión de un tema controversial para la tercera década del siglo XX: “Accidentes de la proteinoterapia láctica”, basada en una referencia de dos catedráticos de la Facultad de Medicina de París (2). Esta práctica consistió en inyecciones de leche en casos de afecciones febriles, como gripes y septicemias, sobre todo meningocócicas y estreptocócicas. Se describe que ha sido utilizada con éxito por profesionales de la oftalmología y la urología. Sin embargo, establecen que existen complicaciones que deben considerarse. La contraindicada en tuberculosis pulmonar, en pacientes caquéticos, embarazadas, cardiopatas y nefrópatas crónicos. Las reacciones se dividen

en locales, generales y focales. La reacción local consiste en dolor e inflamación producidos por la cercanía de nervios periféricos o por infiltración subcutánea. Las reacciones generales aparecen entre la segunda y la sexta hora tras la inyección y consisten en fiebre en picos repetidos y fases de escalofríos. Esta fiebre cede de forma progresiva y, según este reporte, algunos tratantes inyectan más sangre en este período para inducir una mejor respuesta a la terapia. Consideramos que la evocación de la reacción de inmunidad se asocia con una mejor capacidad de respuesta clínica. La reacción focal se describe como la que ocurre en el sitio de la inyección y se clasifica como un accidente. La reacción más temida es la formación de abscesos. Hacemos esta reseña por la curiosa forma de terapia, que no fue seguida en el resto de las décadas de la actualización médica internacional (2).



Figura 2. Fachada de la Facultad de Medicina de París para 1925.

El número 3 de 1926 se edita el 15 de febrero y el artículo de apertura se titula “Al margen del tratamiento quirúrgico del estrabismo convergente”. Se trata del trabajo de incorporación del Dr. Luis López Villoria como Individuo de Número. Refiere que, a su llegada de Europa en 1916, apenas se realizaban algunos intentos de resolución quirúrgica del estrabismo en Venezuela. Desde 1918 practicó la técnica

para el estrabismo convergente, acumulando una vasta experiencia. El objetivo de esta cirugía es recuperar la visión binocular normal. Presenta seis casos de tratamiento quirúrgico, tanto en niños como en adultos, que mostraron una evolución satisfactoria. Por definición, el estrabismo es la pérdida de alineación de los ejes visuales al intentar enfocar un objeto; esto provoca un trastorno funcional que impide la fijación binocular. Cuando falta esta fijación binocular, disminuye o se pierde la percepción de profundidad, o lo que también se conoce como estereopsis. Las técnicas quirúrgicas para el estrabismo evolucionaron desde el uso de máscaras correctivas para direccionar la visión, como la propuso Pablo de Egina (Figura 3) uno de los más grandes referentes de la medicina antigua, cuyo legado perduró hasta la Edad Media y más allá. Nacido en Egina, una isla griega, en el siglo VII, este célebre médico dejó una marca indeleble en el campo de la salud. Su máscara se usó hasta finales del siglo XIX. Fue un pionero en la cirugía. En su obra escrita, realizó descripciones muy detalladas de numerosas técnicas quirúrgicas, incluidos procedimientos para tratar fracturas, luxaciones y heridas. Fue uno de los primeros médicos en describir las técnicas de extracción de cálculos renales y en proponer la cirugía de cataratas en el ámbito de la oftalmología (3).



Figura 3. Pablo de Egina (siglo VII).

Para el 28 de febrero de 1926 encontramos el número 4 del año, cuya edición inicia con el trabajo “Los accidentes de la dentición”, escrito por el Dr. Juan de Dios Villegas Ruiz (Figura 4). Describe que este proceso fisiológico ha sido motivo de controversias desde sus inicios, al relacionarse con irritación emocional, fiebre, prurito y evacuaciones líquidas, lo cual puede ser el primer estado “patológico” de un lactante. En lo que califica como accidentes de la dentición o “dentición difícil”, se verifican retardos en la dentición con persistencia de un aumento de volumen de color violáceo en los bordes gingivales, o la salida de brotes apenas en un tercio superior de la pieza dental; asimismo, pueden identificarse secuestros dentarios verdaderos con persistencia de fiebre y, en casos graves, progresión a la formación de abscesos. El proceso de la dentición infantil inicia alrededor de los 6 meses de edad, con variantes particulares. Se observa la emergencia de los dientes desde las encías de forma progresiva. La secuencia es que los dientes de leche se localizan a partir de los incisivos centrales, luego de los laterales, de los

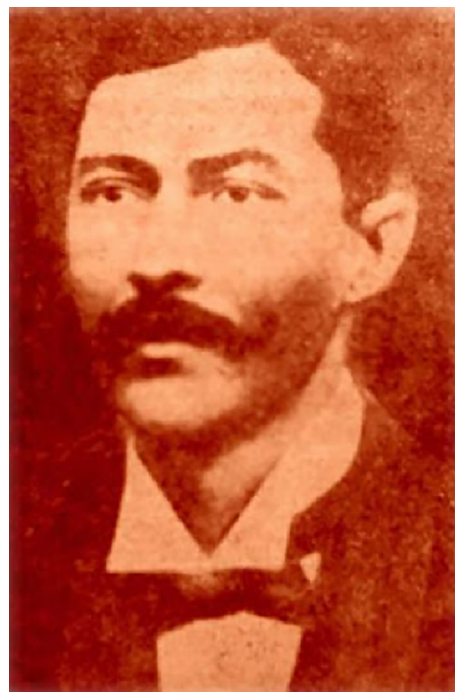


Figura 4. Dr. Juan de Dios Villegas Ruiz (1868-1928).

primeros molares, de los caninos y, finalmente, de los segundos molares. Lo esperado es que los niños puedan completar su dentición primaria entre los 2 o 3 años. Los problemas más comunes incluyen incomodidad por dolor y malestar por inflamación, enrojecimiento e impedimento para la alimentación, así como la aparición de dientes apiñados o torcidos por limitaciones de espacio en la cavidad oral, con posibles consecuencias en la alineación de la dentición permanente. La retención dental puede retrasar el proceso y llevar a la extracción de piezas de leche, evitando así consecuencias en la alineación permanente. La alimentación rica en azúcares, sin hábitos de prevención, conlleva la aparición de las caries, lo que produce una destrucción infecciosa de la estructura dental, considerada de alta preocupación cuando aparece a edades tempranas y es un signo de descuido en los niños en la fase inicial del desarrollo dentario (4).

En el número 5 de la Gaceta Médica de Caracas de 1926, editado el 15 de marzo, encontramos la revisión de un artículo de la que denominan “Prensa Extranjera”, bajo la autoría del cirujano argentino Dr. José Alberto Caeiro Camilion (Figura 5). Se titula “Anatomía quirúrgica del cayado del conducto torácico”, trabajo publicado en septiembre de 1925 en la Revista Médica Latinoamericana, en su número 120. Inicia destacando la importancia, para la anatomía topográfica, de estudiar el cayado del conducto torácico, especialmente en las cirugías de la fosa supraclavicular izquierda, con el objetivo de lograr un abordaje seguro en dichos procedimientos. Describe características anatómicas clave que incluyen que este conducto es un tronco común en un ángulo entre la vena subclavia y yugular interna. Por otra parte, esta localización es casi constante, al igual que sus relaciones anatómicas, lo cual contradice a quienes describen su variabilidad. Aunque se han detectado variaciones en la finalización de esta vía, sus ramificaciones en varias vías no son temibles para los procedimientos quirúrgicos. Se debe tener en cuenta la zona del tercer ganglio cervical y la arteria vertebral, que requieren separar el conducto torácico. Este estudio representa una orientación de gran valor para los cirujanos que deben asegurar un abordaje correcto y sin complicaciones prevenibles (5).



Figura 5. José Alberto Caeiro Camilion (1896-1961).

El número 6 del año 1926 describe, entre otros contenidos, un trabajo del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo publicado en el volumen de octubre y noviembre de 1925 de la Revista Médica de Hamburgo. Se titula “Cinco años del tratamiento de la disentería amebiana”. El autor es el Dr. P. Mühlens, quien describe su experiencia en la aplicación de terapias, en especial de las formas crónicas de la patología, tras el fracaso con el uso de emetina, yoduro de emetina y bismuto. Usando el producto identificado como “Jatren 105” manifiestan que logran la mejoría clínica, la cicatrización de las úlceras y la desaparición de las formas crónicas y quistes. Otros informes describen un uso exitoso de esta medicación en formas agudas o en disentería amebiana, así como destacan casos de curación con el producto en hepatitis y en cistitis amebiana. A pesar de las características beneficiosas, también señala que se identifican casos con graves efectos secundarios, como cuadros diarreicos severos, por lo que sugiere el uso cuidadoso de la medicación, con dosis inicialmente bajas, para evaluar la tolerancia de la fórmula. Es importante acotar que fue en el año 1875 cuando se realizó la primera descripción de la amebiasis a cargo del médico ruso Fyodor Alexandrovich Lesh (Figura 6). Ese caso inicial fue detectado en un granjero que el Dr. Lesh examinó en su consultorio de San Petersburgo

con un cuadro clínico de disentería crónica. En el examen directo de las heces se identificaron formas ameboides que fueron denominadas *Amoeba coli*. Sin embargo, para el momento, Lesh no les atribuyó a estos protozoos la causa de la enfermedad. Entre 1887 y 1891 otros médicos también describieron la entidad y determinaron la relación del protozoo con el característico cuadro clínico y si establecieron los términos médicos de disentería amebiana y de absceso hepático amebiano, para esta temible complicación de la patología (6).



Figura 6. Dr. Fyodor Alexandrovich Lesh (1840-1903).

Hace 50 años: enero – marzo de 1976

Los números 1, 2 y 3 de la Gaceta Médica de Caracas para 1976 abren la publicación con una revisión a cargo del Dr. Guillermo Tovar Escobar sobre Endocrinología Pediátrica y el

control endocrino del crecimiento y maduración esquelética. Describe que los trastornos funcionales de las glándulas endocrinas se manifiestan en la vida embrionaria, la niñez y la adolescencia como alteraciones del crecimiento y del desarrollo somático, sexual y mental. Define la embriología pediátrica como la que estudia las alteraciones del crecimiento y del desarrollo asociadas a disfunciones endocrinas. A continuación, destaca las interrelaciones endocrinas y su influencia en el crecimiento y el desarrollo. Este control recae en la hormona somatotropa de la pituitaria y en varias hormonas de la tiroides, de la glándula suprarrenal y de las gónadas. Todas ellas dependen de un mecanismo de autorregulación mediante retroalimentación. Al analizar los aspectos sobre el crecimiento y la maduración ósea describe que este mecanismo depende de dos procesos, la acondroplasia para la proliferación de placas cartilaginosas y de la osteogénesis o maduración esquelética por los depósitos de las sales minerales bajo control hormonal y metabólico. Continúa con la descripción de las etapas del crecimiento en las fases prenatal y postnatal y analiza los efectos del proceso en relación con patologías diferentes o síndromes específicos como de Turner, Cushing o el hipertiroidismo. En esta revisión se presenta una excelente actualización para la época de este importante tema, cuyo desenlace, aun en el primer tercio del siglo XXI, plantea muchas interrogantes y desafíos, en medio de la disponibilidad de pruebas genéticas con potencial predictivo y de medicamentos cada vez más específicos, con especial énfasis en la naturaleza inmunológica de muchas de estas entidades. El considerado padre de la endocrinología pediátrica fue el médico estadounidense Lawson Wilkins (Figura 7) quien fue el pionero en cirugías para recién nacidos visiblemente intersexuales. Para entonces, la anatomía intersexual se consideraba únicamente un defecto de nacimiento y no una variación anatómica no patológica. Su dedicación a los estudios de endocrinología comenzó en 1938, cuando investigó las alteraciones del metabolismo del colesterol y de la creatina en el hipotiroidismo infantil y sus modificaciones con el tratamiento. Asimismo, se dedicó a investigar la caracterización clínica de la hiperplasia suprarrenal congénita (7).



Figura 7. Dr. Lawson Wilkins (1894-1963).

Hace 25 años: enero – marzo de 2001

El primer número de la edición de 2001 presenta una interesante investigación titulada “Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales en Venezuela”, cuya autora principal es la Dra. Isabel Hagel (Figura 8). Describe que las situaciones de alta pobreza y la limitación de las condiciones higiénicas son las variables fundamentales en los países subdesarrollados que explican la alta frecuencia e intensidad de las infecciones parasitarias. La desnutrición es un indicador de la condición de pobreza y es responsable de las reinfecciones. Estos autores presentan sus conclusiones sobre los factores que condicionan, en Venezuela, la alta frecuencia de estas infecciones a partir de estudios realizados en áreas rurales y en la periferia urbana. Los estudios centinelas incluyeron comunidades de los estados Trujillo, Miranda, Sucre, Nueva Esparta, Delta Amacuro y barrios de Caracas como el 23 de Enero y Los Erasos. La prevalencia e intensidad de *Áscaris*

y *Trichuris* fueron similares en todos los grupos rurales, oscilando entre 65 y 79 %. Mientras que en los estados Sucre y Miranda la intensidad de las mismas, medida en huevos en heces, fue mayor. La intensidad y la prevalencia de estos parásitos en el medio urbano fueron más bajas. La prevalencia de helmintiasis, estrongiloidiasis y necatoriasis fue mayor en el estado Sucre y en niños de la etnia Warao del estado Delta Amacuro. Encontraron que los factores ambientales más asociados a la alta prevalencia de estas infecciones fueron la falta de acceso al agua potable y las fallas en la disposición de excretas, lo que promueve un ambiente propicio para las reinfecciones (8).



Figura 8. Dra. Isabel Hagel

REFERENCIAS

1. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(1): 1-16.
2. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(2):17-33.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(3):34-48.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(4):49-64.
5. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(5):65-80.
6. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(6):81-96.
7. Gaceta Médica de Caracas. 1976;84(1, 2, 3):1-242.
8. Gaceta Médica de Caracas. 2001;109(1):1-151.