

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 1926

La edición del número 13 de la Gaceta Médica de Caracas se emite el 15 de julio de 1926. Abre con la reseña del vigésimo segundo aniversario de la Academia Nacional de Medicina, acto que además sirvió para la toma de posesión de la nueva Junta Directiva presidida por el Dr. Martín Herrera (1924-1926). El Dr. Martín Herrera fue miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina en 1904. En 1882 obtuvo su doctorado en Ciencias Médicas. En Europa se formó y se perfeccionó en cirugía y ginecología. Y, al regresar al país, impartió docencia en las cátedras de higiene, fisiología y cirugía general. Se desempeñó como director del Hospital Vargas entre 1909 y 1926 y, además, fue fundador y director del Hospital Militar. Destacó igualmente como investigador con numerosas publicaciones. El acto tuvo como Orador de Orden al Dr. José Antonio Tagliaferro (1869-1932), médico, académico y funcionario de salud pública venezolano prominente del siglo XX, reconocido principalmente por liderar las respuestas médicas nacionales ante las crisis sanitarias críticas en Venezuela, incluida la devastadora pandemia de gripe española de 1918.

En la crisis de la gripe de 1918 y junto con otras personalidades legendarias de la medicina venezolana, como el Dr. Francisco Antonio Rísquez, el Dr. Tagliaferro codirigió la Junta de Socorro. Se encargó de calcular las tasas de crecimiento e impuso estrictos controles de cuarentena para trenes y carga con el fin de mitigar la propagación del virus entre La Guaira y Caracas.



Figura 1. Dr. José Antonio Tagliaferro (1869-1932)

ORCID:

[0000-0002-3455-5894](https://orcid.org/0000-0002-3455-5894)

El número 14 se publicó el 31 de 1926 y dentro de su contenido identificamos un artículo de revisión sobre “La microrreacción de Meinicke”. La microrreacción de Meinicke, conocida históricamente como Meinicke-Klärungsreaktion (MKR), es una antigua prueba serológica no treponémica de microfloculación utilizada para el cribado y el diagnóstico de la sífilis. Desarrollada por el inmunólogo y patólogo alemán Ernst Meinicke a principios del siglo XX, supuso un gran avance en su época por una característica única, a diferencia de otros métodos contemporáneos, tales como la reacción de Wassermann o Kahn, permitía procesar el suero sanguíneo activo sin necesidad de inactivarlo previamente por calor, lo que se conoce como descomplementar el suero a 56 °C. Entre las características principales de la prueba se identifica su fundamento, ya que es una prueba de floculación que utiliza extractos lipídicos, antígenos modificados a base de corazón de buey, bálsamo de Tolú y colesterol. Estos reaccionaban formando grumos o “flóculos” al interactuar con las reagentas o con anticuerpos inespecíficos presentes en la sangre de pacientes con sífilis. Se identifica que su ventaja histórica es su simplicidad operativa, al poder realizarse directamente con suero fresco o incluso con gotas de sangre capilar, y que posteriormente fue adaptada por laboratorios en variantes como la microrreacción de Chediak; por ello, facilitaba el trabajo de campo y los análisis rápidos. Debemos recordar que el agente causal de la sífilis, la bacteria *Treponema pallidum*, fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Richard Schaudinn y el médico militar Erich Hoffmann. El agente causal de la sífilis, la bacteria *Treponema pallidum*, fue descubierto en 1905 por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn y el médico militar Erich Hoffmann. Ambos científicos lograron identificar esta espiroqueta al microscopio al examinar lesiones de pacientes infectados. Posteriormente, en 1913, el bacteriólogo japonés Hideyo Noguchi demostró la presencia de esta bacteria en el cerebro de pacientes, lo que confirmó su papel en la parálisis general progresiva. Posteriormente, en 1913, el bacteriólogo japonés Hideyo Noguchi demostró la presencia de esta bacteria en el cerebro de pacientes, lo que confirmó su papel en la parálisis general progresiva (2).



Figura 2. Fritz Richard Schaudinn (1871-1906)

La definición de “Los grupos sanguíneos” abre la edición del 15 de agosto de 1926, con un repaso de su evolución histórica. Debemos recordar que, antes del siglo XX, las transfusiones se consideraban letales. Sin embargo, la historia cambió en 1901, cuando el biólogo austriaco Karl Landsteiner (Figura 3) descubrió lo que se llamó el sistema ABO, considerado el primer gran hito de la inmunohematología. El descubrimiento de los grupos sanguíneos se desarrolló en etapas clave de forma sucesiva. El sistema ABO se definió en 1901, cuando Karl Landsteiner observó que, al mezclar el suero de algunos individuos con los glóbulos rojos de otros, la sangre se agrupaba o coagulaba. De esta observación logró identificar tres grupos iniciales, descritos como A, B y C, los cuales posteriormente pasaron a llamarse O, del alemán “ohne”, que significa “sin”. En 1902, sus colegas Alfred von Decastello y Adriano Sturli descubrieron el grupo AB. El Premio Nobel (1930). El desarrollo de este sistema permitió realizar transfusiones seguras y, en 1940, Landsteiner recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por este logro. El propio Landsteiner, junto a Alexander Wiener, descubrió otro grupo de antígenos al experimentar con monos *Macacus*

rhesus, lo que dio origen al llamado factor positivo (+) y negativo (-). Otro hito fundamental fue la identificación del factor Rh. Además del ABO y el Rh, la ciencia ha clasificado decenas de otros sistemas de grupos sanguíneos, tales como el Kell o el Duffy, aunque los dos primeros siguen siendo los fundamentales para garantizar la compatibilidad en cualquier centro de donación (3).



Figura 3. Karl Landsteiner (1868-1943)

El 31 de julio de 1926 se edita el número 16 del año. En ella encontramos una reseña de la Segunda Conferencia de la Cruz Roja celebrada en la Ciudad de Washington. Esta reunión fue convocada en cumplimiento de una resolución aprobada por la Primera Conferencia Panamericana de la Cruz Roja. Asistieron los representantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Además, estuvieron presentes, en carácter de observadores, los representantes de ocho países no americanos y de seis organizaciones internacionales.

Las conclusiones adoptadas por esta Segunda Conferencia incluyeron básicamente recomendaciones para la creación de comisiones

encargadas de funciones específicas, que incluyeron una de organización y propaganda de la Cruz Roja, dos comisiones de auxilio en caso de catástrofes, tres comisiones de higiene, cuatro comisiones de preparación y actividades de las enfermeras de la Cruz Roja y cinco comisiones de la Juventud. La Cruz Roja Venezolana fue fundada el 30 de enero de 1895 en Caracas. Su creación se estableció en el marco de la conmemoración del centenario del natalicio del Mariscal Antonio José de Sucre y con el objetivo de dar cumplimiento, en el país, a los principios humanitarios de la Convención Internacional de Ginebra de 1864. Fue creada por Vincent Kennett-Barrington (3 de septiembre de 1844 – 13 de julio de 1903), abogado, empresario, humanitario y político británico (4).



Figura 4. Vincent Kennett-Barrington (1844-1903)

El número 17 presenta el Trabajo de Incorporación del Dr. Jesús María Romero Sierra (Figura 5) como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina, titulado “Estudio sobre la sangre humana en Caracas”. Dentro de sus conclusiones, destaca que la media de hemoglobina es algo inferior a la de los países de zonas templadas, con niveles idénticos a los de estos países en la relación entre glóbulos

rojos y blancos. La fórmula leucocitaria presenta variaciones de acuerdo con las noxas, enfermedades e infecciones de la zona geográfica, y se acota que hay un elevado nivel de eosinófilos asociado a las parasitosis intestinales. En relación con el perfil del autor, Jesús María Romero Sierra nació en Caracas el 15 de julio de 1884 y murió en la misma ciudad el 20 de agosto de 1953. Realizó sus estudios en la Universidad Central de Venezuela. Destacó como cirujano, obstetra, parasitólogo y académico. Fue discípulo del bachiller Rafael Rangel, quien, como entomólogo, inició el estudio de los zancudos en Caracas en 1907. Romero Sierra desarrolló su tesis doctoral sobre el tema, con su trabajo “Contribución al estudio de los mosquitos de Caracas”, publicado en 1907, y fue la primera vez que se describieron en Venezuela los mosquitos del género *Anopheles* (5).



Figura 5. Dr. Jesús María Romero Sierra (1884-1953)

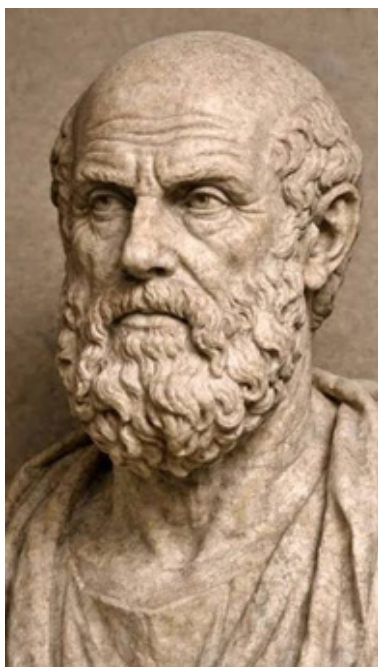
El último número de septiembre se editó el día 30 y encontramos en él una revisión sobre “Recientes progresos en el campo de la cirugía del sistema nervioso”. Se describe que hasta hace muy pocos años se consideraban intratables los tumores cerebrales por su difícil abordaje; sin embargo, las técnicas quirúrgicas están sorprendiendo a la medicina de entonces al lograr identificar y

extirpar lesiones de reciente aparición, sin mayores complicaciones. Un instrumento fundamental fue el oftalmoscopio, que permitió la calibración indirecta de la presión intracraneal y, con su uso, ya se pudo evitar el edema papilar. Todo se complementa con el uso más extendido de los rayos X, que permite detectar deformaciones o signos de edema cerebral.

La historia de la cirugía del sistema nervioso (neurocirugía) es una de las disciplinas médicas más antiguas del mundo, que ha evolucionado desde prácticas místicas en la prehistoria hasta la alta precisión robótica actual. En la prehistoria y la antigüedad, tuvo lugar el amanecer de la trepanación; sin embargo, la cirugía cerebral comenzó mucho antes de la anestesia o de los hospitales modernos. El procedimiento quirúrgico más antiguo documentado es, efectivamente, la trepanación, que consistía en perforar el cráneo de un paciente vivo. En el Egipto antiguo se encontró el Papiro Edwin Smith hacia el 1600 a.C., el cual es el primer documento médico que describe el cerebro, las meninges y el líquido cefalorraquídeo, y vincula las lesiones cerebrales con la parálisis corporal. Luego, en la Grecia y la Roma clásicas, Hipócrates (Figura 6) escribió el primer tratado sobre traumatismos craneales en el *Corpus Hippocraticum*. Clasificó allí los tipos de fracturas y diseñó instrumentos específicos, como la terebra, un trépano en forma de arco. Más tarde, Galeno de Pérgamo realizó experimentos en animales que sentaron las bases de la anatomía del sistema nervioso durante más de un milenio.

Hace 50 años: julio – septiembre de 1976

En 1976 se publicaron en un solo número de nuestra Gaceta los números 7, 8 y 9. El segundo trabajo de la edición trata sobre “Biopsia prostática por punción transrectal” a cargo de los Dres. Oscar Chacón y Luis H. Rodríguez Díaz (Figura 7). Reseñan inicialmente la frecuencia tanto en Estados Unidos como en Venezuela, llamando la atención sobre que citan un anuario de 1967 en el que se indica que el cáncer prostático era la tercera causa de muerte por patología oncológica en el país. Comentan su localización habitual en



6. Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.)

la glándula, específicamente en la zona periférica. Definen que el estudio de biopsia es fundamental por el grado de certeza de sus conclusiones, dado que las alternativas como la citología de la secreción prostática luego del masaje no son concluyentes ni confiables como procedimientos de confirmación diagnóstica.

De acuerdo con la evolución del procedimiento, conviene recordar la historia de la biopsia prostática, que comenzó en 1937, cuando el médico argentino Enrique Astraldi propuso realizar la primera biopsia prostática por vía transrectal, lo que lo convirtió en una figura histórica fundamental de la urología mundial. Durante décadas, las muestras se tomaban a ciegas o guiadas únicamente por el tacto. En los años 80, la técnica se transformó al incorporar la ecografía transrectal (ECO), seguida, en los 90, del Antígeno Prostático Específico (PSA). Hoy en día, el estándar de oro es la biopsia por fusión, que combina la resonancia magnética (RM) y la ecografía en tiempo real. La evolución de la técnica marca un claro avance, desde la toma de muestras a ciegas hasta alcanzar la máxima precisión diagnóstica. En los primeros años, entre 1937 y 1980, se realizaban biopsias

guiadas exclusivamente por el dedo del urólogo mediante tacto rectal, lo que limitaba la extracción de tejido únicamente a nódulos palpables, lo que generaba un riesgo elevado de falsos negativos. Con la revolución ecográfica de los años 80, se introdujo la ecografía transrectal, lo que permitió a los médicos “observar” la próstata en tiempo real. En 1989 se describió la técnica de toma de muestras por sextante, es decir, la obtención de seis cilindros estandarizados, lo que aumentó de forma impresionante la precisión frente a los métodos antiguos. El antígeno prostático específico (PSA) permitió detectar anomalías antes de que el tumor se detectara por palpación, lo que elevó exponencialmente la necesidad de realizar biopsias cada vez más dirigidas y seguras. Hoy en día, se prefiere la biopsia por fusión, que combina las imágenes tridimensionales de una Resonancia Magnética (RMN) multiparamétrica previa con la ecografía en vivo, lo que permite una precisión milimétrica en las áreas sospechosas (7).



Figura 7. Dr. Luis H. Rodríguez Díaz

Hace 25 años: julio – septiembre de 2001

En el año 2001, en el número 3 de la Gaceta Médica de Caracas, se publicó un interesante trabajo titulado “El niño con Cáncer”, cuyos autores fueron los Dres. Gastón Calcaño Loináz

y Leopoldo Briceño-Iragorri (Figura 8), este último, eminente cirujano pediatra quien ocupó durante 19 años la Secretaría de la Academia Nacional de Medicina y fue su presidente en el período 2018-2020. En el trabajo se señala que la creación de la comisión oncológica pediátrica del Hospital Universitario de Caracas en 1979 marcó el inicio de una era del tratamiento multidisciplinario del cáncer en la niñez. El diagnóstico tardío, la ausencia de planes definidos y la irregularidad del tratamiento, además del mal seguimiento, se convierten en los factores primordiales de los altos índices de mortalidad; de allí la necesidad de crear estos equipos. Se hacen diferencias entre el cáncer del adulto y el del niño, en el origen genético, en los factores externos que puedan estimular la aparición del cáncer, en los síntomas, entre otros aspectos. Los autores analizan las técnicas modernas de exploración y la utilidad del tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia, así como el uso de técnicas de acceso central mediante catéteres.

De acuerdo con las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la adolescencia. Las probabilidades de supervivencia de un niño al que se le diagnostica cáncer varían considerablemente según el país en el que viva. En los países de ingreso alto, más del 80% de los niños se curan, mientras que en muchos países de ingreso bajo o mediano esta proporción no alcanza el 30% (2). En general, los cánceres infantiles no pueden prevenirse ni detectarse mediante el tamizaje. Sin embargo, la mayoría de ellos puede curarse con medicamentos genéricos u otras modalidades terapéuticas, como la cirugía o la radioterapia. Las menores tasas de supervivencia observadas en los países de ingresos bajos o medianos se explican por varios factores, entre ellos el diagnóstico tardío, la imposibilidad de establecer un diagnóstico preciso, la falta de acceso al tratamiento, el abandono del tratamiento, la toxicidad de la medicación y las recidivas evitables. La mejora del acceso a la atención oncológica infantil, especialmente a tecnologías y medicamentos esenciales, es una intervención muy costo-efectiva y viable que puede aumentar las tasas de supervivencia independientemente del nivel de ingreso (8).



Figura 8. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri (1938-2022)

REFERENCIAS

1. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(13): 193-208.
2. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(14): 209-224.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(15): 225-240.
4. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(16): 241-256.
5. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33(17): 257-273.
6. Gaceta Médica de Caracas. 1926;33, 18: 274-290.
7. Gaceta Médica de Caracas. 1976;84(7,8,9): 427-592.
8. Gaceta Médica de Caracas. 2001;109(3): 3011-450.