

Vida de la Academia y Notas Bibliográficas

Dr. Enrique López-Loyo

Individuo de Número, Sillón XXXI

Presentación del trabajo de Incorporación del Dr. Miguel Saade Aure como Individuo de Número para ocupar el Sillón II.

En sesión extraordinaria del día jueves 07 de julio de 2016 se procedió a la incorporación del Dr. Miguel Saade Aure como Individuo de Número, Sillón II. El Dr. Aure presentó su trabajo de incorporación intitulado “La cirugía en el tratamiento del cáncer de mama. Evolución histórica”.

Manifestó que el objetivo de esta investigación es conocer la historia de la cirugía del cáncer de mama según lo encontrado en escrituras y manuscritos y, desde el punto de vista científico, el legado de médicos e historiadores. Este estudio muestra los tratamientos del cáncer de mama desde sus orígenes, evidenciando como las civilizaciones antiguas, debido a la falta de medios técnicos y al desconocimiento de la enfermedad, aplicaban métodos horrorosamente dolorosos a la vez que desencadenaban altas tasas de morbilidad y mortalidad. A medida que se fueron incorporando la anestesia, la antisepsia y la radioterapia, los cirujanos comenzaron a practicar procedimientos más racionales. Actualmente se cuenta con un mejor conocimiento de la enfermedad, la biología tumoral, el uso de estrictos criterios anatomopatológicos, el empleo de procedimientos quirúrgicos adecuados, la biopsia del ganglio centinela, técnicas modernas de inmunohistoquímica, avances en la metodología diagnóstica, radioterapia y terapias sistémicas y hormonales. Con todos estos avances

de la ciencia puede asegurarse que el nivel de dolor al que se someten los pacientes con los tratamientos que combaten el cáncer de mama se ha trasladado desde lo más que podía soportarse hasta el mínimo necesario.

A continuación se presentó el Juicio Crítico por el Dr. Antonio Clemente Heimerdinger, Individuo de Número, Sillón XXXVIII. En su ponencia manifestó que con especial complacencia agradecía la distinción hacer el Juicio Crítico del Trabajo de Incorporación del Dr. Miguel José Saade Aure al Sillón II. El tema estudiado es una de las patologías más frecuentes en la mujer en Venezuela y en el mundo. El cáncer de mama es el cáncer más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. Las estrategias en contra el tumor primario han mejorado notablemente, pero los tratamientos sistémicos para prevenir la metástasis han sido menos eficaces; la enfermedad metastásica sigue siendo la causa subyacente de muerte en la mayoría de los pacientes con cáncer de mama.

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama incluyen la obesidad, la falta de ejercicio físico, beber alcohol, la terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia, las radiaciones ionizantes, edad temprana en la primera menstruación, tener hijos tarde o no tenerlos, edad avanzada y antecedentes familiares. La recomendación es una mamografía de base desde los 35 años y anual después de los 40 años, pues el 20 % ocurren antes de los 50

años y hay una tendencia mundial a aumentar la frecuencia de la enfermedad en personas más jóvenes. En el trabajo se estudian 5 516 años, y seleccionamos las citas de las épocas, los países y autores 49 de un total de 165, destacando los diagnósticos, hipótesis y las técnicas empleadas en cada período, no usamos números exactos sino aproximados. En este trabajo es un importante aporte en la actualización de conceptos y con un excelente apoyo de la literatura citada. Profesor Saade, reciba las más efusivas felicitaciones por su excelente trabajo. Pido a los integrantes de la Junta Directiva y a esta honorable Asamblea que le den su beneplácito para que ocupe el Sillón N° II. Seguidamente el Presidente se permitió felicitar a ambos Oradores por tan excelentes disertaciones. Habiéndose cumplido con el Orden del Día el Presidente declaró clausurada la Sesión.



Figura 1. El Dr. Miguel José Saade Aure presenta su Trabajo de Incorporación en la sesión de la Academia Nacional de Medicina.

Sesión Solemne de Incorporación del Dr. Miguel José Saade Aure como Individuo de Número. Sillón II.

En sesión solemne del día jueves 28 de julio se realizó el Acto de Incorporación como Individuo de Número Sillón II del Dr. Miguel Saade Aure.

El Secretario de la Academia Dr. Enrique López Loyo Individuo de Número Sillón XXXI, anunció que existía quorum para cumplir con el acto protocolar, y procedió a la lectura del orden del día. Seguidamente al Himno Nacional de Venezuela, se produjo la Apertura del Acto por el Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Alfredo Díaz Bruzual, Individuo de Número. Sillón XVI.

A continuación se cumplió con la Juramentación del Recipiendario Dr. Miguel José Saade Aure, como Individuo de Número. Sillón II.

El Presidente solicitó al Secretario Dr. Enrique López Loyo, acompañar al Recipiendario Dr. Miguel José Saade Aure, al presidium para proceder a su Juramentación como Individuo de Número. Sillón II. Seguidamente se permitió juramentar al Académico.

El Presidente designó a los Académicos Drs. Juan José Puigbó, Individuo de Número Sillón XL y Antonio Clemente Heimerdinger, Individuo de Número Sillón XXXVI para acompañar al Dr. Miguel José Saade Aure al Púlpito de Santo Tomás, para pronunciar su Discurso de Recepción.

Una vez pronunciado este discurso el Presidente, designó a los Drs. Rafael Muci-Mendoza Individuo de Número. Sillón IV y Leopoldo Briceño-Iragorry, Individuo de Número. Sillón VIII para acompañar al Académico Dr. Claudio Aoun Soulie, al Púlpito de Santo Tomás, para pronunciar su Discurso de Bienvenida y una vez culminado el Presidente se permitió felicitar a ambos Oradores por tan excelentes discursos.

Habiéndose cumplido con el Orden del día, se declaró clausurada la Sesión y se invitó en nombre del Dr. Miguel José Saade Aure, Señora e hijos a un brindis en el Patio Cajigal.



Figura 2. El Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Alfredo Díaz Bruzual procede a la Juramentación del Dr. Miguel José Saade Aure como Individuo de Número Sillón II.

Juramentación del Dr. Marino R. González Reyes, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 39.

En la sesión extraordinaria del día jueves 4 de agosto se procedió a la Juramentación del Dr. Marino González Reyes como Individuo de Número, puesto número 39 por parte del presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Alfredo Díaz Bruzual.

El Presidente se permitió designar a los Académicos Drs. Antonio Clemente Heimerdinger y Miguel González Guerra, para acompañar al Dr. González Reyes al Podium para presentar su Trabajo de Incorporación, intitulado “Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013): Evolución e implicaciones de Políticas”.

En su trabajo el Dr. González analiza las variaciones que ha experimentado el gasto de bolsillo en los países de América Latina con el propósito de examinar los avances en la reducción, así como proponer las pautas de política que se deberían considerar en los próximos años. Dados los objetivos de la Cobertura Universal de Salud para el año 2030, la reducción del gasto de bolsillo en salud tiene especial relevancia. Hasta ahora no existen referencias de estudios similares en la literatura internacional. Para este propósito se utilizó la base de datos de financiamiento de salud de la OMS. Para cada uno de los 20

países de América Latina incluidos en el estudio, se sistematizaron los indicadores disponibles de gasto en salud entre 1995 y 2013. Luego se construyó una base de datos agregada. Se analizó fundamentalmente la evolución del gasto en salud como proporción del PIB, el gasto per cápita expresado en medidas de poder de compra comparado, y el porcentaje de gasto de bolsillo sobre el gasto total de salud.

El gasto promedio en salud en los países de América Latina, como proporción del PIB, aumentó de 6,17 % a 7,46 % en el período considerado. Esta proporción es superior a la de los países de ingreso mediano alto, y 2 % menor a la de los países de alto ingreso. Se constató que países de la Región tiene un gasto de salud cercano al 10 % del PIB. El gasto per cápita (en dólares PPP) aumentó de 362 dólares a 910 dólares en el período analizado.



Figura 3. El Dr. Marino González comparte con su familia y la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina luego de la presentación de su trabajo.

Dado que la Cobertura Universal de Salud todavía no se ha alcanzado en ninguno de los países de la Región, es fundamental diseñar y e implementar políticas que permitan alcanzar la meta en 2030, tal como se ha aprobado en los Objetivos de Desarrollo Sustentable. El trabajo presenta las magnitudes de las brechas y las características que deben incluir las políticas para

fortalecer el financiamiento público en la Región.

El Presidente se permitió felicitar al Académico Dr. Marino González Reyes, por tan excelente trabajo. Habiéndose cumplido con el Orden del Día el Presidente declaró clausurada la Sesión y en nombre del Académico Dr. Marino González Reyes, Señora e hija invitó a los presentes a un brindis en el Salón de los Ex presidentes.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.- COLECCIÓN RAZETTI. VOLUMEN XVIII

Editores: Dr. Harry Acquatella Monserrate y Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry. Depósito Legal DC2016000340. ISBN 978-980-6905-07-5 (Colección). ISBN 978-980-415-18-0 (Volumen XVIII) (Solo versión electrónica).

Editorial ATEPROCA C.A., Caracas.

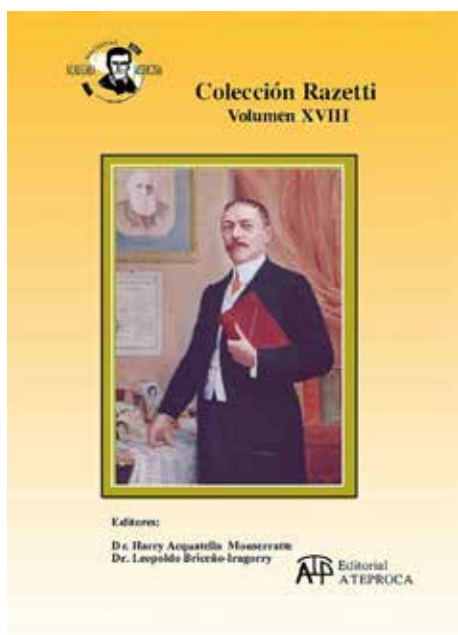


Figura 4. Portada de la Colección Razetti Volumen XVIII.

Luego de presentar el contenido, los editores en el prólogo describen la historia de esta colección destacando el valioso aporte de los

académicos fundadores, bajo la presidencia del Dr. Otto Lima Gómez.

Describen que la edición consta de catorce capítulos con temas diversos en el ámbito médico, humanístico e histórico.

CAPÍTULO I

Se presenta el Homenaje con motivo del centenario de su nacimiento a los académicos Drs. Oscar Agüero Tovar, Alfredo González Navas, Marcel Granier Doyeux, Francisco Plaza Izquierdo, Luis Rodríguez Díaz y César Rodríguez Rodríguez. Esta actividad reseñada se presentó en la Sesión del 19 de mayo de 2016 y fue presentada en ese mismo orden por los académicos Drs. José María Guevara Iribarren, Leopoldo Briceño-Iragorry, Juan José Puigbó, Alfredo Díaz Bruzual, Otto Rodríguez Armas y Felipe Martín Piñate.

El Dr. José Guevara Iribarren destacó la vida y obra del Dr. Oscar Agüero Tovar (1916-2010). El Dr. Oscar Agüero nace en Caracas, el 12 de agosto de 1916, se gradúa de doctor en Ciencias Médicas en la Universidad Central de Venezuela y en 1945 pasa a formar parte del equipo docente de la Cátedra de Clínica Obstétrica hasta alcanzar el rango de Profesor Titular, durante cuarenta años; transmitiendo sus amplios conocimientos a los alumnos de pre y posgrado de medicina. Desde 1941 forma parte del personal de la Maternidad “Concepción Palacios”, siendo nombrado Jefe del Servicio de Investigaciones en 1958. Igualmente, ejerce su profesión en algunas clínicas privadas caraqueñas. En 1976 es elegido Miembro Correspondiente Nacional. Puesto #16 de la Academia Nacional de Medicina por el Distrito Federal y en 1981 asciende a Individuo de Número, ocupando el Sillón XVIII.

Seguidamente el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry presenta el perfil biográfico y profesional del Dr. Alfredo González Navas (1916-1994) como destacado Cirujano general, orador, edil y político. Navas Andrea. Nació en Petare. Su educación primaria en el Liceo San José de los Teques recibiendo clases de Espíritu Santo Mendoza y de Tulio Briceño Maaz. Secundaria en el Liceo Andrés Bello y Colegio

de Varones de Maracay. Alfredo fue también

un excelente futbolista perteneciente a un equipo infantil muy nombrado en esa época. Inicia sus estudios de medicina en 1934 concluyéndolos el 26 de julio de 1940. Tuvo profesores de la talla de Jorge González Celis, Milá de la Roca, David Iriarte, J.T. Rojas Contreras y Luis Rodríguez Santana. Ingresó a la Academia como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto 36 propuesto por Oscar Beaujón Graterol y Pedro B. Castro el 21 de junio de 1984, y cuando fallece el Dr. Pastor Oropeza es propuesto para ocupar del Sillón VIII por Ernesto Vizcarrondo y Pedro B. Castro y es elegido el 5 de marzo de 1992, se Incorporó el 15 de octubre de 1992. No fue el profesional apegado y eficaz en su estrecho campo quirúrgico, sino que se preocupó y colaboró en todo aquello que tuviera como fin mayor bienestar para sus congéneres. Ascendió pasando por todos los cargos hasta Profesor titular de la UCV, Jefe de Cátedra y de Servicio, hasta que se jubila en 1976. Honrado en 1987 por su dedicación, capacidad y condiciones personales Profesor Honorario del Universidad Central. Desde joven incursiona en la lucha política, por su misma preocupación social ante los problemas del país, cree que será más útil en el campo más amplio de la política. Ingresó al partido Acción Democrática en 1941, misiones y actividades de lo más variado, Concejal en varias Asambleas Constituyentes en 1944, 1946 y 1948. Después del asesinato de Delgado Chalbaud, actúa muy empeñosamente en la oposición, en actividades clandestinas. Preso en 1951 y luego exiliado. Chile, Argentina y Colombia fueron los países donde estuvo más tiempo. Compartió la actividad política con el estudio y el quehacer de su profesión de cirujano.

Publicó un libro “Memorias de los tiempos difíciles”, 20 años de militancia en AD, cuyo título corresponde a una realidad vivida y sufrida, pero quien lea lo subliminal de las interesantísimas narraciones, lo podría denominar “Confesiones”.

Trabajó en la Cruz Roja Venezolana donde fue Director del Pabellón, Jefe de Oficina de Socorros, Presidente de la Sociedad Médica y Cirujano Extraordinario. También ejerció en el Seguro Social como Cirujano de Control y Jefe de Cirugía en la Clínica Santa Ana 1963- 1974. Director del Instituto Simón Rodríguez, 1946-1948. Practicó por primera vez la ligadura de la vena cava en el año 1950. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía donde fue Secretario

y Redactor de la revista, 1950-1951; Tesorero 1951-1952 y Miembro Honorario de la misma.

A continuación en el Dr. Juan José Puigbó destaca la ejemplar vida profesional y familiar del Dr. Marcel Granier Doyeux (1916-1996). Marcel Alfred Granier Doyeux nació en la ciudad de Caracas, Venezuela el 14 de marzo de 1916, hijo de Joseph Alfred Granier y de la Señora Marthe Marie Doyeux, ambos padres de nacionalidad francesa. Este matrimonio tuvo 6 hijos: Marcel, María Cristina, Brígida, Alfredo, Carlos Alberto y Bernardo. Se graduó de bachiller de filosofía en Venezuela. Cursó sus estudios el Doctor Granier en el reconocido instituto de enseñanza de origen francés llamado “El Colegio La Salle” (1923- 1933), de los “Hermanos Cristianos de San Juan Bautista” ubicado inicialmente en la esquina caraqueña de “Cuartel Viejo”, N° 49, el día 8 de diciembre de 1921, en una residencia que había pertenecido a la viuda del gran cirujano larense Pablo Acosta Ortiz. El 9 de enero de 1922, esta institución, abrió sus puertas para dar instrucción a los primeros 19 alumnos que ingresaron a esta institución. El Doctor Marcel Granier curso sus estudios superiores en la Universidad Central de Venezuela. Las clases teórico eran dictadas en la “Antigua Universidad” en donde es en la actualidad la sede del “Palacio de las Academias”. Las clases prácticas las recibían los estudiantes en el Instituto Anatómico, en el laboratorio del Hospital Vargas, así como a las clases prácticas de Clínica Médica, también en el Hospital Vargas de Caracas. Las clases de Anatomía estaban a cargo en esa época, del insigne profesor Doctor José Izquierdo en el Anfiteatro del Instituto Anatómico.

Graduación El Doctor Marcel Granier se graduó de “Doctor en Ciencias Médicas” en 1940, logrando la distinción honorífica de “Magna Cum Laude”, con la tesis de grado titulada “Algunas Observaciones acerca del Estado de las Funciones de Nutrición en los sujetos parasitados por el Necátor Americano”.

Se va a especializar en los campos de la Farmacología y de la Toxicología en Estados Unidos de Norte América que cursó en la Universidad de Yale.

La traducción al castellano de una obra de gran importancia en el campo de la Farmacología y de la Terapéutica, y la cual iba a lograr un

reconocimiento universal no solamente en Norte América, si no que tendría un impacto a nivel mundial que se debió a los profesores de la Universidad de Yale, Los Doctores Louis S Goodman y Alfred Gilman, texto que se denominó “Goodman and Gilman Pharmacological Basis of Therapeutics. La primera publicación de este libro apareció en 1941, probablemente cuando el Doctor Granier realizaba su posgrado en esta especialidad con esos profesores. Lo cierto es que, se le debió a nuestro apreciado profesor el Doctor Granier el realizar el prólogo a la primera edición de esta monumental obra en la lengua castellana, a la cual se le añadió un anexo sobre el tratamiento microbiológico. Esta obra representó un paso crucial en el pensamiento medico contemporáneo en esta especialidad. Efectivamente este libro de texto pasó a constituir un clásico de la medicina actual el cual contribuyó en forma significativa a la modernización de los estudios en esta disciplina.

Entró a formar parte de la sección de Farmacia del Ministerio de Sanidad de Venezuela en donde fundó el “Departamento de Farmacología Sanitaria”, a partir de año 1944, el cual se convertiría en un bastión en el establecimiento de Las Normas en la lucha contra la toxidependencia. Fue también el Jefe del Servicio de Farmacología del Seguro Social Obligatorio y fue el “Asesor de la Cruz Roja Venezolana y del Ministerio de Justicia en la Lucha Contra la Fármaco-dependencia”. Fue Miembro del Cuadro de Expertos de la OMS en su especialidad, y fue Director del Instituto de Medicina Experimental de la UCV. Fue profesor de la Facultad de Farmacia y de la Universidad Católica Andrés Bello.

Le correspondió en su condición de presidente de la Academia Nacional de Medicina cumplir la misión de integrar al grupo de fundaciones de la ALANAM, o sea la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina.

Fue Miembro y presidente de la Academia de Ciencias Físicas, matemáticas y naturales en cuya entidad fue electo en 1947, con el trabajo de incorporación titulado “Contribución al Estudio Histórico, geográfico y etnográfico de los curares”. Ocupó los cargos de Bibliotecario, Secretario, Vicepresidente y Presidente (1979-1981). Miembro de las Academia de Francia y Miembro Correspondiente de la Real Academia

de España. Miembro de la Academia Brasileira de Farmacia. Miembro de la Sociedad Venezolana Historia de la Medicina (1952), y fue Presidente (1959-1961), y Miembro Emérito (1984). Miembro de numerosas Sociedades Nacionales y Extranjeras de Farmacología, Psiquiatría, Toxicología y Biología. Fundador de la Sociedad Venezolana Numismática y ocupó el cargo de Presidente de la misma.

Miembro y Presidente de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales. Finalmente el Dr. Granier plasmó su producción científica en el ámbito de la Farmacología y de la Toxicología, y fundó una escuela Moderna de Farmacología en nuestro país, se desempeñó con gran acierto en su misión diplomática en representación de Venezuela y supo amalgamar en el difícil arte del ejercicio de la medicina con el saber científico.

A continuación el Dr. Alfredo Díaz Bruzual presenta lo que él denominó una “Apología al Dr. Francisco Plaza Izquierdo”. Este singular personaje nace en Caracas, el 1º de febrero de 1916, hijo de Alberto Plaza Orea y Carmen Eugenia Izquierdo Esteva, era el quinto de ocho hermanos: 4 varones y 4 hembras, de los cuales, dos de ellos, el mayor Alberto (1908-1949) y el sexto, Luis (1920-1982) fueron también Doctores en Ciencias Médicas. Estudia primaria en el Colegio San Pablo célebre instituto docente de los hermanos Martínez Centeno y Secundaria en el Colegio La Salle, el de Tienda Honda. Donde por cierto estudiamos varios de los ilustres académicos que integramos la actual Academia Nacional de Medicina.

Se gradúa “Magna Cum Laude” en 1940 en la Universidad Central de Venezuela. Su tesis doctoral “Gastroduodenostomía latero-lateral combinada o no a la ligadura del píloro en el tratamiento del ulcus gastroduodenal (trabajo de cirugía experimental)” estuvo dirigida por los Doctores José Izquierdo y Manuel Corachán García. Practicante en su posgrado, luego fue profesor de otros brillantes cirujanos y además director de dicho instituto. Jefe de trabajos prácticos de Técnica Anatómica en 1940 y luego Profesor Agregado de la Cátedra de Técnica Quirúrgica, de la cual era titular el Dr. J.T. Rojas Contreras. Plaza Izquierdo destacó como cirujano, investigador, docente, asistencial y

escritor médico. Su trabajo asistencial se inició en el Puesto de Socorro y como cirujano del Hospital Vargas desde 1941 a 1943 y de 1945 a 1959; fecha en la que se inauguró el Hospital Universitario, a donde se trasladó integrando la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica. En esta última logró alcanzar el grado de Profesor Titular y Jefe de Cátedra. Fundador y Director del Museo de la Facultad de Medicina desde 1987 hasta 1991. También fue Fundador y Miembro Honorario de la Revista de la Facultad de Medicina, Secretario de la Comisión de Fomento y Promoción de la Facultad de Medicina (1979), Presidente de la Fundación Amigos de la Facultad de Medicina.

En 1988 ingresa a nuestra Academia como Miembro Correspondiente Nacional en el Puesto 39, y asciende a Individuo de Número Sillón V, incorporándose el 21 de noviembre con el trabajo "Cirugía Experimental, Contribución a su Desarrollo". Nos dejó numerosas publicaciones en las cuales marcó su sello como escritor médico-historiador. También varios libros: "José Izquierdo: Vida y Obra", "Biografía del Hospital Vargas", "Historia del Hospital Universitario de Caracas", "Cirugía Privada en Caracas", "Doctores Venezolanos de la Academia Nacional de Medicina", "Doctores que no llegaron a la Academia Nacional de Medicina", "Doctores Venezolanos Médicos In Memoriam", "Doctores Venezolanos Médicos Nonagenarios In Memoriam", "Promoción Médica 1940", "Medicina y Poesía".

El Dr. Otto Rodríguez Armas describe en su reseña biográfica del Dr. Doctor Luis Enrique Rodríguez Díaz (1916-1996) como "Un Urólogo de excepción". Nació en Puerto Cabello. Estado Carabobo el 1º de junio de 1916. Hijo de Aníbal Rodríguez Acosta y Rosalba Díaz. Casado con la Sra. Josefina Díaz. Cuatro hijos. Estudios de Secundaria: Bachiller en Filosofía y Letras. Graduado en 1934. Estudios de Medicina: UCV. Título de Médico y Doctor en Ciencias Médicas en 1940. Comenzó sus estudios primarios en Valencia en el Colegio Don Bosco de los Salesianos. Más tarde fue al liceo "San José" de Los Teques y al "Colegio Sucre" en Caracas donde concluye sus estudios de bachillerato en Filosofía y Letras en el año 1934. Inicia sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, concluyéndolos en forma brillante en la Promoción de 1940, el día 27

de septiembre obteniendo el título de Doctor en Ciencias Médicas. Su tesis doctoral versó sobre la enfermedad de Nicolás y Favre o cuarta Enfermedad Venérea. Ingresó al Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, en el Departamento de Urología de la Fundación Brady, establecida por el padre de la Urología norteamericana, Hugh H. Young. Habiendo terminado su actuación en Baltimore se traslada a Ann Arbor, Michigan, bajo la tutoría del Dr. Reed Nesbitt, pionero de la Resección Endoscópica de la Próstata. Con él aprende la técnica que transmitirá posteriormente a generaciones de Urólogos en Venezuela. Por otra parte, traduce el libro del Profesor Reed Nesbitt al español difundiendo en toda la América Latina. Regresó a Venezuela en 1945, y se incorporó al Hospital Vargas de Caracas en donde el profesor Alfredo Borjas había fundado, a partir del Servicio de Cirugía N° 1, la Cátedra de Clínica Urológica de la Universidad Central de Venezuela. En el año 1956, con la creación y puesta en función del Hospital Universitario de Caracas, el Servicio de Urología se traslada a ese nuevo Hospital junto con la Cátedra de Urología. En 1949 funda el Servicio de Urología del Instituto de Oncología Luis Razetti, el cual dirige hasta el año 1965, cuando es nombrado Jefe Emérito de dicho Servicio.

En el año 1949 es nombrado por primera vez Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología, cargo que ejerció en 3 oportunidades. Recibió 73 premios, distinciones y padrinazgos durante su vida, entre ellos las Ordenes del Libertador (grado de Comendador), Andrés Bello, Francisco de Miranda y José María Vargas. Además del premio "Guillermo Morales" de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

La actuación del Dr. Luis Enrique Rodríguez Díaz en la Academia Nacional de Medicina se puede resumir de la siguiente manera: fue Miembro Correspondiente Nacional Puesto # 16 el día 12 de febrero de 1970, elegido Individuo de Número Sillón XI en sustitución del Dr. José Ignacio Baldó, el 10 de agosto de 1977 incorporándose el 3 de agosto de 1978 con el trabajo "La Cirugía Prostática Endoscópica, su Historia, Indicaciones, Técnica Actual y Evolución". El Juicio Crítico estuvo a cargo del Dr. César Rodríguez y el Discurso de Bienvenida, el 10 de agosto de 1978, por el Cuatri-Académico

Profesor Blas Bruni Celli. Fue Tesorero de la Junta Directiva de la Academia entre 1984 y 1988, Vicepresidente entre 1988 y 1990 y Presidente durante el período 1990 y 1992, firmando durante su gestión el Estatuto y Reglamento de la Ley Orgánica Actual de la Academia (1941). El Dr. Rodríguez Díaz falleció en la ciudad de Caracas el 6 de agosto de 1966.

Por todo lo expuesto, no queda la menor duda, que el Maestro Rodríguez Díaz junto a otro Maestro, el Dr. Alfredo Borjas, fueron los Urólogos más relevantes de la segunda mitad del siglo XX y verdaderos pioneros de la especialidad en Venezuela.

Seguidamente el Dr. Felipe Martín Piñate hace una exposición detallada de la vida y desempeño profesional del Dr. César Rodríguez Rodríguez. El 5 de agosto de 1965, ingresa a la Academia como Miembro Correspondiente Nacional Puesto # 45 por el Distrito Federal. Sucedió al Dr. Juan Colmenares Pacheco, quien fue elegido Individuo de Número, Sillón N° XXII. Para esa fecha yo era Residente en el Servicio de Cirugía de Tórax, dirigido por él, en el Hospital José Ignacio Baldó "El Algodonal" Alma Mater de las vías respiratorias en el país. El 16 de noviembre de 1972 fue elegido Individuo de Número Sillón XXV. Sucedió al Dr. Alfredo Borjas. Se incorporó el 4 de octubre de 1973, con su trabajo: "Cirugía de Tórax en Niños". Para entonces yo ocupaba el cargo de Adjunto al Departamento Unidad de Tórax, presidido por él. En 1982 fue elegido Vicepresidente de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina. Lamentablemente no pudo posesionarse por su inesperado fallecimiento el día 2 de julio de 1982. Infausto día para la medicina nacional. La nación expresó sus sentimientos de dolor, a través de la prensa.

El Maestro Cesar Rodríguez fue un Apóstol de la Medicina Nacional, creador de la Cirugía de Tórax para adultos y niños en el Algodonal, y en el Instituto de Oncología Luis Razetti. Fue facilitador de la Cirugía Cardiovascular en el área del Algodonal, siempre buscó la integración de la cirugía pulmonar con la cirugía cardíaca, nos educó en esa dirección. Fue Fundador y Director del Centro para la Investigación, Diagnóstico y Tratamiento de Afecciones Respiratorias no Tuberculosas: Dispensario N° 5, el cual hoy lleva

su nombre al igual que el Servicio de Cirugía II del Hospital José Ignacio Baldó. Fue introductor en el país de técnicas operatorias y actos quirúrgicos primiciales, Fundador y Director del curso de Neumología Integral (UCV) Creador y Director del posgrado de Cirugía de Tórax. Jefe de Servicio de Cirugía Tórax del Instituto de Oncología Luis Razetti donde realizó la primera neumonectomía radical por cáncer pulmonar en 1947, Jefe Médico del Instituto de Oncología Luis Razetti, Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital José Ignacio Baldó, Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax en el Hospital Infantil Luisa Cáceres de Arismendi, El Algodonal, Jefe del Departamento Unidad de Tórax del Hospital José Ignacio Baldó, Instructor y Profesor Agregado de la Catedra de ORL de la UCV, Profesor Honorario (post-mortem) de la UCV, Doctor Honoris Causa de la Universidad de Oriente.

Sus inquietudes científicas e intelectuales lo guiaron en una exitosa carrera con un solo ideal, ser y saber ser útil, un solo camino; el deber, pero el deber bien cumplido y una sola meta; Dios como máxima expresión de toda sabiduría y bondad. Así construyó la naturaleza de su condición humana y el interés apasionado por la ciencia médica de frontera infinita. En síntesis utilizó sus energías a un ritmo increíble.

CAPÍTULO II

Apuntes de la Historia Pediátrica con especial acento en la neurociencia. El niño como protagonista. Segunda parte. Por el Dr. Abraham Krivoy.

Se presenta una muy completa evaluación histórica de las definiciones fundamentales en los aspectos antropológicos, antropométricos que fundamentaron la evaluación médica de los pacientes pediátricos. Este análisis se presenta en los siguientes capítulos, a saber de: Deformaciones voluntarias craneanas, Medicina griega, Hipócrates, Aristóteles, aforismos hipocráticos: enfoque pediátrico juramento hipocrático, Declaración de Ginebra, actualizada 2006, Jenócrates 396-314 a. c., Soranus de Efeso 98 – 138 ac y el tema Protagonismo pediátrico en deidades y el arte griego.

Todos estos aspectos están ampliamente

reseñados bajo una óptica humanística como principio, que invita a una lectura fluida, en el marco de densos conceptos que serían muy poco objetivos en un resumen pormenorizado del texto.

CAPÍTULO III

“Tres generaciones de Académicos de la medicina del Estado Carabobo”. Escrito por el Dr. Guillermo Colmenares Arreaza.

Hacemos un recuento biográfico de los doctores Rafael Guerra Méndez, Fernando Guerra Méndez-Moreno y Oswaldo Guerra Zagarzazu, quienes constituyen la segunda generación de Académicos de la Medicina y pertenecientes al Estado Carabobo. Constituidas por: abuelo, hijo y nieto que han ingresado la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. La primera generación fue constituida por los doctores Francisco Antonio Rísquez, Jesús Rísquez y Rafael y Fernando Rísquez Iribarren. El 10 de diciembre de 2015, se hará la desvelización en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, de los retratos de los homenajeados doctores R. Guerra Méndez, Fernando Guerra-Moreno y Oswaldo Guerra Zagarzazu. Merecido homenaje, que nos llena de satisfacción y alegría a todos los integrantes de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. “honrar a quien honores merece”.

Rafael Guerra Méndez nació en Valencia, en inmueble situado en las cercanías del Monte de la Acequia, en jurisdicción del actual Municipio El Socorro, en la valencianísima Parroquia de La Candelaria, el día 24 de mayo de 1866. Fueron sus Padres el Gral. Pedro José Guerra Silva, Paecista connotado y Doña Isabel Méndez. Murió en mayo de 1946 y su ciudad natal lo lloró como unos de sus hijos más esclarecidos. En el homenaje del Ayuntamiento en la conmemoración del Centenario de su natalicio, se colocó una Placa en donde se lee: “El Pueblo de Valencia a su Ilustre Hijo”.

Dr. Fernando Guerra-Méndez Moreno (1908-2000). Nacido en Valencia en la casona familiar de la Parroquia de la Candelaria, el 7º hijo del Académico Dr. Rafael Guerra Méndez, descolló desde niño con una excepcional inteligencia y don de gente. Cursa sus estudios primarios y bachillerato en su ciudad natal, Cursa medicina en la Universidad Central de Venezuela, obteniendo

el Doctorado en Ciencias Médicas en 1935; con la tesis “La Astragalectomía en el Hospital Vargas de Caracas” con la tutoría del Profesor y Académico Dr. Herman De Las Casas. Labora durante 2 años con su entrañable amigo desde su infancia el Dr. Miguel Pérez Carreño, y presentan en conjunto su experiencia de Cirugías con crioterapia como anestésico. Se traslada a Valencia en donde ejerció su profesión hasta su jubilación. Funda la primera Maternidad de esa ciudad en el Hospital Civil; publica su experiencia en un trabajo “Los primeros Cien casos en la maternidad del Hospital Civil”, históricamente realiza la primera operación cesárea en la ciudad en una Enana Acondroplásica, sobreviviendo madre e hijo. Retirado a sus “Cuarteles de Invierno”-como solía decir- falleció a los 93 años. El 25 de febrero de 2000. A su sepelio concurrió una multitud de valencianos acompañando su féretro en hombros al Capitolio de Valencia y al Cementerio, rindiéndole el homenaje de cariño que merecía su vida de Ciudadano ilustre y Médico humanitario.

Dr. Oswaldo Rafael Guerra Zagarzazu (1943). Nacido el 05 de agosto de 1943 en la ciudad de Valencia, hijo del Académico Dr. Fernando Guerra Méndez (Puesto # 50), y nieto del Académico Dr. Rafael Guerra Méndez (Puesto # 11). Estudió su educación elemental, primaria y bachillerato en el Colegio La Salle de Valencia, Bachiller en Ciencias en 1959. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo, egresando como Médico Cirujano el 02 de diciembre de 1966; se le otorgó la distinción “Premio Máxima Calificación” con categoría “Summa Cum Laude” en la misma fecha. Electo Invitado de Cortesía en la Academia Nacional de Medicina el 05 de noviembre de 2009, Elegido como Miembro Correspondiente Nacional Puesto # 9 el 30 de enero de 2014. Juramentado el día 18 de septiembre de 2014; con el trabajo titulado “La formación del cirujano moderno revisitada. Planteamiento curricular por competencias”.

CAPITULO IV

Consideraciones históricas sobre los estudios médicos en Carabobo. 50 años de la primera promoción de médicos de la Universidad de Carabobo. Prof. Titular U. C. Enrico J Sabatino

H.

El 11 de octubre de 1833 en el decreto 148 de la “Gaceta de Venezuela” se ordena el establecimiento del Colegio Nacional de Carabobo, el 5 de julio de 1836 se instalaba el referido plantel en el edificio llamado del Hospital de Caridad u Hospital de San Antonio, en el cruce de las calles Colombia y Beneficencia, en la esquina de la Estrella, en el mismo salón que sesionara el Congreso Constituyente del año treinta. Por decreto del 8 de junio de 1875, el Presidente Guzmán Blanco estableció un Colegio Federal en la capital de cada uno de los estados en que estaba dividida la República. Pero ya para esta época el Colegio Federal de Carabobo funcionaba con rango de Colegio de Primera Categoría, pues se había acogido al decreto del congreso del 27 de marzo de 1852, y desde este año se dictaban las clases de enseñanza superior. En la noche del 18 de septiembre de 1852, en la nave central de la iglesia de San Francisco, se llevó a cabo la instalación de los estudios en el Colegio de Carabobo.

El 15 de noviembre de 1892, mediante el decreto firmado por el General Joaquín Crespo, Jefe del Poder Ejecutivo Nacional, se crea la Universidad de Valencia, siendo refrendado este documento por M.A Silva Gandolphi. La apertura de la Universidad de Valencia tuvo lugar el 22 de enero de 1893. El acto inaugural se llevó a cabo en la iglesia de San Francisco, presidido por el Dr. Eduardo Celis, quien representó al jefe del poder ejecutivo nacional, General Joaquín Crespo. Para el cargo de Vice-Rector fue designado el Dr. Miguel Sagarzazu. El primer alumno en inscribirse en la Universidad de Valencia fue el Br. Mariano Revenga, natural de Valencia y de 30 años de edad. El edificio donde se inician las labores se encontraba en muy malas condiciones, ya que había sido cuartel de las tropas de Andueza Palacios por período de cuatro meses. La edificación donde inicia sus labores fue ordenada su construcción bajo la presidencia de Guzmán Blanco, encomendando al arquitecto Lino Revenga su diseño, obra que exhibe columnas griegas y friso ático.

Los sucesos políticos que desencadenaron la trágica muerte del General Joaquín Crespo, así como el triunfo de la Revolución Restauradora, acaudillada por el General Cipriano Castro,

iban a tener mucha repercusión en el porvenir de la Universidad de Valencia. Crespo caía herido de muerte en la Mata Carmelera el 16 de abril de 1898. La clausura de la Universidad de Valencia no fue un suceso aislado, se trató de una disposición plural que alcanzó por igual al Instituto Valenciano como a la Universidad del Zulia y al Colegio Universitario de Guayana. Con fecha 20 de enero de 1904, el General Cipriano Castro, Presidente de la República, promulgó el Código de Instrucción que reducía a las universidades del país. Con fecha 18 de abril del mismo año, el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela en el referido Código en su sección primera; organización, artículo 100, quedaba establecido: “Habría dos universidades en la República, la Central en Caracas y la Occidental en Mérida.”

Después de medio siglo de clausura de la vieja Universidad de Valencia, cobra nueva vida la ciudad con la creación de la Universidad de Carabobo, decretada su reapertura el 21 de marzo de 1958, según decreto número 100, emitido por la Junta de Gobierno que presidía el Contralmirante Wolfgang Larrazábal Ugueto, siendo nombrado como su primer rector el abogado Luis Azcúnes Párraga. La ceremonia de inauguración se realizó el 11 de octubre, correspondiéndole al Dr. Luis Fernando Wadskier ocupar el Vice-rectorado.

CAPITULO V

Reforma curricular en la Escuela de Medicina Luis Razetti. Profesor Jacobo Villalobos. La enseñanza de la medicina en Venezuela siempre ha estado enfocada a generar el recurso humano necesario que entienda el momento histórico y la realidad social que vive el país. De suyo el ejercicio de la profesión tiene un alto contenido docente y social dirigido sobre todo a las clases sociales con menor poder adquisitivo, cuyos resultados quizás no sean los mejores por los reducidos recursos económicos que tradicionalmente los distintos gobiernos nacionales aportan al sector salud. Sin embargo, las escuelas de medicina del país, todas pertenecientes a universidades autónomas, han formado médicos con altos niveles académicos, como lo demuestra la actual aceptación de nuestros egresados en los diferentes

países, a pesar de los escasos recursos con los que cuentan nuestras universidades, lo que ha hecho crisis en los últimos 10 años. A pesar de ello la Escuela de Medicina Luis Razetti, viene desarrollando un proceso de Transformación Curricular que en teoría intenta adecuar a los médicos generales egresados de la escuela a la realidad sociocultural, científica y tecnológica de los años por venir.

“La TRANSFORMACIÓN CURRICULAR, de la Escuela “Luis Razetti”, está concebida como un proceso de construcción colectiva, sin espacio para la imposición, que se ha ido consolidando con el trabajo riguroso y bien fundamentado de su Comisión de currículo, como órgano asesor y la participación de la base profesoral y del estudiantado”. “A pesar de que el enfoque de formación por competencias ha sido recomendado por la UNESCO, la OCDE y la OIT en los distintos niveles educativos, y que al parecer llegó para quedarse, con las adecuaciones y extensiones necesarias al irse aplicando, algunas personas lo siguen considerando una moda. Afortunadamente, en la actualidad el enfoque por competencias ya está siendo promovido en todos los niveles educativos en varios países”. “Una competencia es un saber-actuar, o realizar a conciencia una tarea compleja dentro de un determinado entorno bien definido en situaciones de rasgos comunes, llevada a cabo con éxito o aceptable eficacia y evaluado satisfactoriamente mediante una matriz de evaluación o rúbrica que se apoya en evidencias de desempeño relativa a la competencia desplegada y siempre en relación con su referente que puede ser una función laboral u organizacional, una descripción de un puesto, un perfil de egreso o un estándar de desempeño”. “El saber-actuar, o la realización de la tarea compleja, es resultante de la integración, estructuración y movilización de capacidades. Una competencia es un saber-actuar o realizar una o varias capacidades”.

La Comisión de Currículo de la Escuela de Medicina Luis Razetti, se mantiene en sesión permanente con reuniones semanales para analizar la evolución del proceso de transformación curricular, actualmente en proceso de renovación de su propio reglamento. Se llevó a cabo un taller de formación en Enseñanza por Competencia dirigido a los Jefes de Cátedras y de Departamentos de la Escuela,

impartido por el personal de SADPRO, se están actualizando los programas de cada una de las Cátedras, y han habido reuniones con cada Cátedra y Departamento para organizar sus objetivos docentes para un aprendizaje continuado, horizontal (por año académico) y vertical (a lo largo de la carrera), tratando de integrar el aprendizaje entre las Cátedras. Se hace indispensable analizar a fondo que posibilidades reales existen para la implementación o no de lo que resulte del proceso de Reforma Curricular en la Escuela Razetti, tomando en cuenta la calidad del estudiantado que está ingresando a la Escuela, el número de profesores con que se cuenta, considerando el número cada vez mayor de jubilaciones y renuncias de los docentes, la dotación de recursos didácticos, y la calidad de la infraestructura de la Universidad y la Escuela.

CAPITULO VI

La placenta humana. Parte I. Drs. Pedro J. Grases y Rogelio Pérez D’Gregorio.

En esta primera parte presentamos en líneas generales una materia que no siempre se enseña en su justa medida durante los estudios médicos, ni se valora dentro de lo que debe saber el especialista en obstetricia y ginecología. Se le ha dado poca opción práctica y por ende poca difusión en la literatura médica. Pretendemos cubrir la materia relevante sobre el tema, enfatizando con ayuda de ilustraciones y de una selección de referencias bibliográficas lo que corresponde a la placenta normal y patológica. Esta primera parte, se completará con otras dos. Esta aportación viene a ser una reedición de la parte III del libro Patología Ginecológica en donde colaboraron los Drs. Francesc Tresserra Casas (patólogo) y Roque Devesa Hermida (ecografía gineco-obstétrica), ambos ejerciendo en España. El tejido placentario tiene un doble origen: por un lado, un componente materno, la decidua (que, tal y como se describe, corresponde a la decidua basal), y por el otro, un componente fetal, el corion frondoso. El endometrio materno, fundamentalmente gracias a la secreción de progesterona por parte del cuerpo lúteo, pero también gracias a estímulos químicos producidos tras la propia fecundación (por la mórula y el blastocisto), se prepara para recibir un embrión en desarrollo, presentando una diferenciación

celular denominada reacción decidual: las células de la estroma endometrial acumulan glucógeno y lípidos, las glándulas vecinas se agrandan, y aumenta la vascularización y el grosor del endometrio. Se describen a continuación los pasos del desarrollo del embrión.

Seguidamente se hace un repaso del desarrollo de las estructuras vasculares y las vellosidades coriales, así con la circulación placentaria como base de la comunicación materno-fetal sintetizada en el cordón umbilical.

La placenta madura del final del tercer trimestre de la gestación es un órgano que se encuentra en continuidad con las membranas fetales y con un segmento del cordón umbilical. Es de configuración discoide y su consistencia blanda, y tanto el peso como las dimensiones varían dentro de ciertos límites. En la bibliografía existen varias contribuciones de obligatoria consulta para un estudio detallado de su estructura.

El estudio de la placenta, de las membranas fetales y del cordón umbilical debe comenzar en la sala de partos y permite identificar con mayor propiedad alteraciones vinculadas con situaciones que tienen lugar durante la expulsión o extracción del feto. Una placenta desprovista de una parte de las membranas o la ausencia de un cotiledón puede explicar una hemorragia puerperal, la subinvolución del útero y, eventualmente, una infección puerperal. La identificación de vasos previos rotos como consecuencia de una inserción velamentosa del cordón permitiría explicar la cantidad excesiva de una hemorragia y, en todo caso, facilitaría la realización de una inmediata transfusión al recién nacido. En los casos de abruptio placentae, la hemorragia retroplacentaria, con independencia del tiempo transcurrido, muchas veces se identifica mejor en el momento del parto. Además, es necesario tener en cuenta que, gracias al progreso de la ecografía, hoy por hoy el obstetra se encuentra con situaciones previamente definidas que le obligan a una correlación en el preciso momento del alumbramiento. El proceso de crecimiento y maduración de la placenta solo puede conocerse con limitaciones, ya que resulta imposible obtener muestras para su estudio. El patólogo encargado del estudio morfológico de una placenta debe tener en cuenta que no siempre será factible establecer una correlación entre una situación

clínica determinada y los hallazgos morfológicos.

La evaluación ecográfica de la placenta y de las membranas puede servir para establecer el diagnóstico de corionicidad y amnionicidad (y, por lo tanto, la cigosidad) de un embarazo múltiple, con todo el pronóstico para la gestación que dicho diagnóstico conlleva; su establecimiento es mucho más fácil de realizar en el

primer trimestre de la gestación, aunque existen datos ecográficos durante el segundo y el tercer trimestres que permiten determinar si se trata de una gestación mono o bicigótica. A pesar de ello, en algunos casos de gestaciones avanzadas (fetos del mismo sexo con placentas de difícil individualización) será casi imposible establecer ecográficamente la cigosidad, e incluso puede ser laborioso identificar si existen dos sacos amnióticos o uno solo (la membrana amniótica puede ser muy fina en algunas gestaciones monocigóticas biamnióticas a término, o bien puede estar "adherida" al cuerpo fetal en casos de oligoamnios importante y no puede visualizarse). Por lo general, las gestaciones múltiples de rango superior a dos suelen ser multicigóticas (el mismo número de cigotos que de embriones), aunque existen otras combinaciones: por ejemplo, unos cuatrillizos pueden serlo a partir de cuatro cigotos (cuatrillizos tetracigóticos) o bien de tres cigotos si uno de ellos posteriormente se dividiera (un par sería monocigótico), o bien de dos cigotos cada uno de los cuales presentará una división (dos pares de monocigóticos). No deben plantear problemas de diagnóstico si, como suele ocurrir en este tipo de pacientes, se realizan ecografías de forma precoz.

En la práctica, la gestación múltiple más común corresponde a la de un embarazo bicorial biamniótico con discos fusionado. La porción de membranas compartidas es de considerable grosor, y cuando cada una de las membranas amnióticas se separa mediante una pinza, se percibe claramente la existencia del corion interpuesto. Si se seccionan apropiadamente bloques tisulares correspondientes al sitio de inserción de las membranas compartidas, resulta fácil confirmar microscópicamente el diagnóstico. La mayoría de las veces no se logra distinguir macroscópicamente el sitio de fusión de cada uno de los discos. Sin embargo, esto puede complementarse mediante el estudio

microscópico.

Cuando la gestación es bicorial biamniótica con discos separados, resulta evidente, aunque puede existir una membrana que une ambos discos (Figura 6.59). Cuando hay discos separados y se procede a una reducción fetal de uno de los gemelos, la porción correspondiente al gemelo tratado aparece retraída, más pálida y de mayor consistencia, como consecuencia de la necrosis (Figura 6.60). Raramente puede constatarse la inserción velamentosa de uno de los cordones umbilicales en la porción de membranas compartidas. En el embarazo gemelar monocorial biamniótico, las membranas compartidas son más delgadas y de mayor transparencia y hay un disco placentario único. El estudio microscópico correspondiente a la inserción de la membrana compartida muestra dos amnios sin interposición de corion.

Existen diversas combinaciones que dependen de que la gestación múltiple sea monocigótica, bicigótica o tricigótica. En el caso de trillizos tricigóticos, la placentación será tricorialtriamniótica, pero pueden encontrarse diversas combinaciones: desde tres discos placentarios separados hasta la fusión de los tres formando un disco único. Cuando la gestación triple se asocia con la muerte temprana de uno de los fetos, la porción de parénquima comprometido contrasta con el parénquima viable. En las pacientes en las cuales se decide una reducción fetal por haberse comprobado una malformación, la placenta y las membranas contienen un feto, en este caso momificado.

Para el patólogo general que examina el material producto de abortos espontáneos o inducidos resulta muy difícil pronunciarse sobre la existencia o no de anomalías cromosómicas. Es bien sabido que si se emplean técnicas para analizar el cariotipo pueden encontrarse alteraciones en un porcentaje apreciable de gestación interrumpida en la fase inicial. La determinación del contenido de ADN en las gestaciones anembrionadas indica que la embriogénesis anormal se asocia a aberraciones cromosómicas que explican la existencia de una vesícula desprovista de embrión. Desde el punto de vista morfológico los cambios estructurales más llamativos comprometen la configuración vellositaria, la maduración irregular, una

reducción del número de vellosidades, los cambios en la estroma vellositaria (contenido acuoso y ausencia de vasos) y la presencia de citotrofoblasto gigante.

CAPITULO VII

Trastornos urológicos en la ancianidad. Parte II. Dr. Julio César Potenziani Bigelli †.

La incontinencia de esfuerzo causada por una incapacidad de los mecanismos de continencia (musculatura pubouretral, pubococcigea, deficiencias del factor de sello de la mucosa uretral por envejecimiento y/o por privación estrogénica, acortamiento senil de la longitud uretral, descenso de los ángulos normales de continencia por la presencia de prolapsos o por la debilidad senil de los tejidos musculo aponeuróticos, que ocasionarían el descenso rotacional de la uretra y el cuello vesical fuera del sitio donde ejercerían su control “continente urinario”, incompetencia esfinteriana, todo esto ayudado por factores “no puramente de esfuerzo” sino factores de urgencia que condicionarían una incontinencia mixta que es en la ancianidad la forma más frecuente de incontinencia urinaria. Llamada también incompetencia de la salida vesical es bastante frecuente en las mujeres, y se evidencia por la pérdida de volúmenes variables de orina cuando la mujer realiza un esfuerzo suave, moderado o intenso, que aumente de manera transitoria la presión intraabdominal.

Las bases fisiopatológicas en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y que ha sido a su vez la base sustancial de la terapéutica de las cinchas (sling) para todo tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo (grado I, II y III) es que estas pacientes tienen un tono reducido del esfínter interno (liso esfínter) y del esfínter externo (rabdoesfínter). El mecanismo de mayor importancia que explica la incontinencia urinaria de esfuerzo es la disfunción uretral debido a trauma (partos), denervación (por partos vaginales) y por cambios en la musculatura lisa uretral, lo cual hace que sean las cinchas-sling el enfoque terapéutico quirúrgico más adecuado, ya que solucionaría el substrato fisiopatológico y daría los mejores resultados a corto, mediano y largo plazo. Es infrecuente verlo en pacientes masculinos a menos que tenga antecedentes

de daño en el esfínter interno. Es importante referir que tanto en la mujer joven como en la senil las causas fundamentales subyacentes en todo caso de incontinencia urinaria de esfuerzo son la debilidad músculo facial del piso pélvico unido a dos factores como la multiparidad y la vejez con la ayuda de la deprivación estrogénica producto de cirugía ginecológica y del período menopáusico, lo cual será sin duda un factor sustancial ya que en las pacientes seniles tenemos entre 10 y 20 años de efectos deletéreos (atrofia y sequedad) de la falla de estrógenos no solo sobre las estructuras mucosas vaginales, uretrales y trigonales vesicales sino también sobre la tonicidad y eficacia de los grupos musculares que conforman el piso pélvico muscular ya que como sabemos tienen receptores estrogénicos que fallarán en dicho período.

Es el tipo más común de incontinencia urinaria debido a la hiperactividad vesical que se presenta o bien de manera espontánea o bien derivada de entidades que causan inflamación o irritabilidad de la mucosa vesical, como por ejemplo episodios de infección urinaria, inflamación-infección prostática, después de haber recibido tratamientos de radioterapia vesical o prostático, después de sesiones de quimioterapia intravesical, en mujeres posmenopáusicas por deprivación estrogénica, paso de cálculos o cristales a través de la parte terminal del uréter (pelviano o yuxtavesical), en vaginitis de cualquier etiología, en tumores vesicales o prostáticos, diverticulitis, impactación fecal, lo que conllevaría a un exceso de información aferente vesical que lleva al músculo detrusor a presentar contracciones no inhibidas (irritabilidad) que se reflejarán clínicamente con urgencia, frecuencia y en ocasiones incontinencia urinaria de urgencia y que podrían desencadenarse a través de episodios de tos, esfuerzo, estornudos, con práctica de aeróbicos o ejercicios de otro género, llevando muchas veces al diagnóstico equivocado de incontinencia urinaria de esfuerzo, cuando en realidad podría en unos casos no tener dicha variedad y en otros casos tener coexistencia con ella.

Tengamos siempre en cuenta que la hiperactividad vesical en la ancianidad cursará con aumento de la incidencia de síndrome depresivo, disminución del sueño y una disminución sustancial de la calidad de vida unido al hecho de que la nocturia presente en

el síndrome de vejiga hiperactiva es uno de los síntomas más molestos en cualquier edad, pero sobre todo en la ancianidad debido a que podría causar morbilidad aumentada (caídas, fracturas, inmovilidad y las complicaciones que todo esto trae al paciente).

El tratamiento de la nocturia dependerá de la causa primaria subyacente. Se deberá principalmente a tres etiologías, o hiperactividad vesical o poliuria nocturna o a un desorden primario del sueño, o bien a combinación de algunas de ellas. La primera debida a hiperactividad del detrusor se trataría con fármacos anticolinérgicos en cualquiera de sus variedades que mencionamos abajo. La poliuria nocturna debida a insuficiencia venosa o a insuficiencia cardíaca congestiva con edema periféricos, se trataría con diuréticos de acción corta y por último la enuresis nocturna se podría tratar con acetato de desmopressin oral o intranasal en la noche.

Otras entidades que podrían causar hiperactividad vesical son aquellas que provocan aumento de la estimulación aferente como resultado de infecciones urinarias, prostatitis, síndromes uretrales en mujeres seniles por deprivación estrogénica aunado a la atrofia de las mucosas por la edad, a la impactación fecal, entidad bastante frecuente en la vejez, debilitamiento de los órganos intrapélvicos por déficits en el soporte musculo aponeurótico, o la causa más frecuente en hombres por arriba de 60 años como es la obstrucción de la salida vesical por crecimiento prostático sintomático de origen benigno o maligno.

Es obvio pensar que este tipo de incontinencia puede ser agravado por condiciones como enfermedades cerebrales (ateroesclerosis cerebral, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson), condiciones como fracturas óseas características de la ancianidad como son articulación de cadera, vértebras, rodillas, condiciones como osteoartritis, artritis reumatoidea, enfermedades articulares metabólicas por ácido úrico, condiciones como daños medulares. Todas estas condiciones pueden ocasionar pérdidas involuntarias de orina (incontinencia) por motivos fisiopatológicos de todos conocidos, como es ocasionando déficits motores, déficits neurológicos, déficits

cognoscitivos, déficits de memoria, déficits cerebrales en la coordinación de la micción, que a su vez pueden sumarse a estados de incontinencia urinaria que ya el paciente presentaba con anterioridad (de esfuerzo por debilidades músculo-aponeuróticas y descenso de los ángulos de continencia); por rebosamiento en casos de déficits neurológicos y miogénicos producto de vejigas descompensadas obstructivas, o producto de diabetes mellitus; de urgencia por motivos previamente mencionados en el segmento anterior.

La característica de la incontinencia urinaria que se produce en pacientes afectados por accidentes cerebro-vasculares en la ancianidad (es decir por arriba de sesenta y cinco años) podría muy bien ser colocada en cualquiera de las otras modalidades descritas, pero en virtud de la incidencia tan alta de problemas urinarios (del cual el más importante es la incontinencia urinaria) en pacientes con accidentes vasculares de tipo trombóticos, hemorrágicos o isquémicos, creo necesario describirla aparte por su importancia y su trascendencia en la calidad de vida de la persona afectada y de su entorno familiar-social.

En hombres y mujeres que presenten accidentes cerebrovasculares en edades superiores a los 65-70 años podrán presentarse al urólogo con retención aguda de orina (sobre todo en su fase de shock espinal), y en su recuperación neurológica el paciente podría tener vaciamiento urinarios defectuosos con incontinencia por rebosamiento y convertirse en uno de los problemas más importantes de la rehabilitación integral del paciente.

El enfoque terapéutico lo conformarán todas aquellas medidas que puedan mejorar la calidad de vaciamiento urinario, entre las cuales están las medidas de terapia conductual, la reeducación vesical, el refortalecimiento del piso pélvico muscular con o sin electro estimulación, con o sin biofeedback, las recomendaciones en caso de urgencia urinaria, las recomendaciones dietéticas, las recomendaciones de medicina física y rehabilitación, las recomendaciones sobre todo en las mujeres de sus hábitos uroginecológicos, fármacos que ayuden al vaciamiento urinario (para simpaticomiméticos, medicamentos alfa-uno bloqueantes adrenérgicos, medicamentos beta-bloqueantes), cateterismos

vesicales intermitentes, cateterismos definitivos, colocación de catéteres vesicales supra púbicos, o aditamentos externos, pesarios, o aditamentos tipo pañales o aditamentos oclusivos de la salida vesical.

CAPITULO VIII

Talento Especial con discapacidad. Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.

Nos proponemos activar el desempeño de la Comisión del Instituto de Previsión del Profesorado (IPP) relacionada con los Talento Especial y la discapacidad. Se considera que hasta el 15 % de la población las padece entre congénitas y adquiridas. Están discapacitadas las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. En el 2001 la OMS creó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Cuya división básica es: 1. Funcionamiento y discapacidad, con la función y estructura del cuerpo, y las actividades y participación y 2. Los factores contextuales: el ambiente y los factores personales. En la clasificación de las funciones del cuerpo como ejemplo existen estos códigos: b 2 funciones sensoriales y dolor (primer nivel) b 210 funciones visuales (segundo nivel) b 2102 calidad de sensibilidad al contraste (tercer nivel) y b 21022 visión (cuarto nivel). CIF se presenta en dos versiones: resumida (4) y completa (5), con el fin de satisfacer las necesidades de diferentes usuarios para diferentes niveles de detalle. La versión completa de la CIF, que figuran en las referencias proporciona la clasificación en cuatro niveles. Se debe usar la CIF en concordancia con la X CIE. Dependiendo de las necesidades del usuario, se puede emplear cualquier número de códigos aplicable en cada nivel. Se codifica también basado en el grado de deterioro de las funciones o estructuras. Copiamos algunos cuadros como ejemplos, aunque para hacer la clasificación debe usarse las referencias citadas. Señalamos una serie de obstáculos o dificultades para cumplir con el propósito de ayudar a los discapacitados. Hacemos una serie de recomendaciones y las medidas para lograrlas. Describimos algunas ayudas técnicas y los derechos de los discapacitados.

CAPITULO IX

Medicina organizada. Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.

Entendemos como medicina organizada el conjunto de instituciones de la profesión médica y otras, la forman más de diez y seis grupos, los cuales describimos con detalle en el texto. Comenzando por las Escuelas y Facultades de Medicina, las Academias, las Sociedades Científicas, los Colegios de Médicos, la Federación Médica, el IMPRES, los Organismos Estatales de Salud, los Privados, las Profesiones Afines y las otras profesiones de Ciencias Exactas y Sociales. En las Facultades señalamos la fecha de fundación, la ubicación geográfica y el número de años de la carrera. Luego las asignaturas, los departamentos, número de temas, horas semana y total de horas. En las Academias la fecha de creación y en la Nacional mayor número de detalles, como: objetivos, miembros, reuniones, órgano de publicación etc. En las Sociedades Científicas, su número y la historia de cómo comenzaron y su clasificación. En los Colegios de Médicos su inicio y las funciones que desempeñan. La Federación Médica su historia y papel en la vida nacional. Citamos algunos organismos estatales el Ministerio de Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La medicina privada, y las Profesiones afines: Bioanálisis, Enfermería, Farmacia, Odontología, Dietética, Ciencias. Y las profesiones de apoyo, en ciencias exactas: Ingeniería, Arquitectura, Economía, Planificación, en las ciencias sociales: Derecho, Sociología, Antropología. Al final hacemos unas recomendaciones y reflexiones y las referencias.

CAPITULO X

El Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet, más de 100 años de aplicación en Venezuela para la enseñanza y aprendizaje de la anatomía humana. Dr. Rafael Romero Reverón.

El Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet publicado en Francia en 1887, se le considera uno de los tratados de anatomía humana más completo, fue incorporado en la Universidad Central de Venezuela como texto para la enseñanza anatómica por el Dr. Pablo Acosta Ortiz en 1893. En este tratado se

hace mención a los aportes realizados sobre la inervación del apéndice cecal por el Dr. Rubén Rodríguez Escobar en 1943.

La comprensión adecuada de la anatomía humana; la cual es una ciencia antigua y primordial, dentro del extenso y complejo campo de la medicina, implica un estudio y conocimiento profundo del cuerpo humano, como origen o fuente para su comprensión y aplicación en la medicina. A pesar de las grandes dificultades, inconvenientes, limitaciones y obstáculos que implicaban e imponían durante muchos siglos las diferentes creencias sociales y religiosas, poco a poco comenzó a reconocerse que una buena medicina y/o cirugía no eran posibles sin un buen y muy exacto conocimiento de la anatomía humana, lo cual llevó a una serie de grandes personajes a desarrollar a lo largo de muchos siglos y con muchas dificultades aportes significativos para el aprendizaje y la enseñanza de la anatomía humana, entre estas contribuciones destacaremos a la realizada por los doctores Leo Testut y André Latarjet, a través de su brillante Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet. La anatomía humana es y siempre será la más básica de todas las ciencias básicas de la medicina puesto que la anatomía humana es el lenguaje de la medicina, porque todo en la medicina se relaciona con el cuerpo humano y las funciones de sus partes y órganos, de ahí la importancia y la necesidad de su estudio y aprendizaje exhaustivo a través de textos con contenidos pedagógicos relevantes, con la finalidad de su posterior aplicación de estos conocimientos anatómicos adquiridos en el ejercicio de una medicina excelsa y beneficiosa para el ser humano, entre dichos textos sobresale en un lugar preponderante, el Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet, el cual tiene más de 100 años de aplicación en Venezuela para la enseñanza y aprendizaje de la Anatomía humana.

Leo Testut (1849-1925), estudió medicina en la universidad de Burdeos, su tesis de doctorado titulada: "De la simetría en las afecciones de la piel: Estudio fisiológico y clínico sobre la similitud de las regiones homologas y de los órganos pares", fue premiada con la medalla de Plata de la Facultad de Medicina de París, con la medalla de Oro de la Academia de las Ciencias de Burdeos y con el premio Godard de la Academia de Medicina. El profesor Leo Testut trabajó en

las universidades de Burdeos y de París entre 1872 y 1878, complementando su formación académica en Anatomía en París, donde laboró en el laboratorio "Broca", en el laboratorio de "Pouchet", dedicándose a la investigación de la anatomía comparada y así como también llevó a cabo estudios de antropología en los laboratorios de "Quatrefages".

En 1905 publicó el Atlas de disección por regiones, con la colaboración con los doctores Octavio Jacob y Henry Billet, posteriormente en 1909 publica el Tratado de Anatomía topográfica con aplicaciones médico-quirúrgicas, en dos volúmenes en colaboración con el Dr. Octave Jacob, esta obra fue premiada por la Academia Francesa de Ciencias con el premio "Montyon" en 1911 y por la Academia Francesa de Medicina con el premio "Saintour" en 1912. Se distingue entre todas sus importantes publicaciones en un sitio preponderante su Tratado de Anatomía Humana, publicado inicialmente en 1887.

André Latarjet (1877-1947), discípulo y sucesor de Testut, también fue profesor de la Facultad de Medicina de Lyon, ingresó a trabajar en el laboratorio del profesor Leo Testut, como ayudante en anatomía desde 1904 hasta 1907, cuando pasó a ser prosector y en 1908 fue nombrado jefe de obras anatómicas. Latarjet continuó la difusión de la obra de Testut, su maestro y tutor, integrando además sus propios aportes importantes en el estudio de la anatomía humana. Realizó investigaciones sobre la inervación visceral en el instituto Claude Bernard, así como estudios sobre la inervación simpática. El doctor André Latarjet investigó detalladamente la anatomía del nervio neumogástrico, identificando a la rama que este nervio suministra al antro pilórico, dando origen al epónimo "nervio de Latarjet". El Dr. André Latarjet realizó contribuciones importantes en el estudio de la Anatomía Humana, publicando varias obras, entre las cuales se destacan las siguientes; La vascularización arterial del Timo, en 1911, Inervación gástrica y denervación, estudio anatómico, experimental y clínico, en 1922, Atlas de trabajo práctico de Anatomía, en 1923, Trabajo práctico de Anatomía-Osteología, en 1926, Anatomía quirúrgica del cráneo y el cerebro, en 1938 y el Manual de la Anatomía aplicada a la educación física y fisioterapia para los solicitantes de una plaza de profesor y la

educación física y orientación de los estudiantes en las escuelas de masaje. Por su labor en la docencia e investigación en el campo de Anatomía Humana el doctor Latarjet fue nombrado miembro correspondiente de la Academia Francesa de Medicina en 1921. En 1921 André Latarjet publicó en conjunto con Leo Testut el Compendio de Anatomía Descriptiva Testut-Latarjet. El Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet fue publicado inicialmente en Francia en 1887, se le considera uno de los tratados de anatomía humana más completos, está caracterizado por sus minuciosas descripciones del cuerpo humano, acompañadas por conceptos filosóficos y antropológicos, los cuales aún permanecen vigentes después de más de un siglo después de su publicación.

CAPITULO XI

Compositores musicales nacionalistas checos. Bedřich Smetana (1824-1884). Antonín Dvořák (1841-1904). Leoš Janáček (1854-1928). Por el Dr. Alfredo Díaz Bruzual.

Se presenta una breve descripción del Nacionalismo Musical Checo y tres de sus más prominentes representantes: Smetana, Janáček y Dvořák. La exposición va acompañada de extractos de algunas de sus composiciones más conocidas, las cuales podrán ser escuchadas por los asistentes al acto.

En anteriores ocasiones presenté ante esta honorable Corporación un trabajo sobre los músicos Nacionalistas Rusos (1) que marcaron época en la música nacionalista. El Nacionalismo en música se refiere al uso de materiales que son reconocidos como nacionales o regionales; por ejemplo, el uso directo de la música folclórica, y el uso de melodías, ritmos y armonías inspirados por la misma. El nacionalismo también incluye el folclore como base conceptual, estética e ideológica de obras programáticas u óperas. Greenberg (2) define el nacionalismo en la música "como algo más de lo que suena a música folclórica, es el uso de la música folclórica en forma de concierto." El nacionalismo está relacionado al romanticismo musical de mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Sin embargo hay ya evidencias previas del nacionalismo en épocas anteriores,

tanto a inicios como a finales del siglo XVI. La Reforma protestante de Lutero no fue solamente un levantamiento religioso sino también un producto del Nacionalismo Germánico que tuvo también su expresión en el arte y la música. El nacionalismo cultural, herencia del romanticismo, estaba en auge en Alemania en el siglo XIX y se fue convirtiendo en nacionalismo político. Los nacionalistas alemanes pretendían unificar todas las regiones de habla germana, superando el estatus de la Confederación Germánica.

Bedřich Smetana. 2 de marzo de 1824 – 12 de mayo de 1884. Nació en Litomysí, cerca de Praga, en la frontera de Bohemia y Moravia. Esta es una región que para entonces pertenecía al imperio austrohúngaro, pero hoy forma parte de la República Checa. Se le estima en el desarrollo de un estilo musical que quedó íntimamente ligado a su país y sus composiciones fueron internacionalmente conocidas y reflejaron el ser y el sentir del pueblo checo. Su padre, un fabricante de cerveza, tenía un don natural para la música y sin ninguna clase de estudios, tocaba el violín. Smetana poseía un natural talento para el piano y de hecho dio su primer recital apenas cuando tenía seis años de edad. Le tocó nacer en la época del proceso revolucionario iniciado en 1820, que fue parte de la tercera oleada del amplio ciclo revolucionario de la primera mitad del siglo XIX, después de la derrota de Napoleón en la batalla de Waterloo en 1815. Completó sus estudios en la ciudad de Pilsen, donde estuvo desde 1840 a 1843. Estudió violín y piano, y recibió la influencia de Mozart y Beethoven. Las ocho operas de Smetana crearon la base del repertorio de la ópera checa, pero de estas solo *La novia vendida* se interpreta de forma regular fuera de la tierra natal del compositor. Su obra musical es extensa y comprende además obras para piano, orquesta, música de cámara y coral. A finales de ese año y con 60 de edad se quedó completamente sordo, pero su producción musical no se detuvo y continuó por el resto de su vida. Un colapso mental 10 años después lo obligó a internarse en un manicomio donde falleció ese mismo año. Los materiales principales sobre los cuales Smetana inspiraba su arte eran el nacionalismo, el realismo y el romanticismo.

Leoš Janáček .- 3 de julio de 1854 – 12 de agosto de 1928).

Nació en Hukvaldy, Moravia, en el seno de una humilde familia de un maestro de escuela. Desde niño dio muestra de tener un gran talento musical. Su padre intentó que siguiera la tradición familiar y se convirtiera en maestro, pero cambió de idea ante las evidentes dotes musicales de Leoš. Fue un compositor, teórico musical, estudioso del folklore y profesor. Destacó por su excelente disposición para tocar el órgano y el piano y se graduó con honores en la escuela de órgano de Praga. Janáček se inspiró en la música tradicional de Moravia y de otras culturas eslavas para crear un estilo musical original y moderno. En sus nueve óperas incorpora los recursos fonéticos de la lengua checa de forma muy sugestiva, y el uso que hace de la instrumentación orquestal es muy original consiguiendo a veces impresionantes escenas de gran expresividad. Las obras más conocidas de Janáček pertenecen a este período de madurez, en el que se incluyen óperas como *Katja Kabanová* o *La zorrilla astuta*, la *Sinfonietta*, la *Misa Glagolítica*, la rapsodia para orquesta *Taras Bulba*, sus dos cuartetos de cuerda y otras músicas de cámara, sinfónica, vocal y piano. Janáček está considerado como uno de los compositores checos más importantes. Sin embargo es el menos conocido de los tres que estoy relatando.

Antonín Dvořák 8 de septiembre de 1841-1º de mayo de 1904. Nació el 8 de septiembre de 1841 en Nelahozeves, una pequeña aldea en la ribera del río Moldava, muy cerca de Praga. Allí vivió hasta los 13 años de edad. Para entonces la región era parte de Bohemia, territorio del Imperio Austro-Húngaro. Fue el mayor de 14 hermanos, de los cuales solo 8 alcanzaron la edad adulta. Fue bautizado católico romano en la iglesia de su pueblo. Desde niño aprendió a tocar violín y mostró un gran talento musical, lo cual motivó que su padre lo enviara a la ciudad de Zlonice a vivir con su tío a fin de aprender alemán y recibir lecciones de piano, violín y órgano. A los 16 años ya se hizo formalmente músico y tocaba en la pequeña orquesta del pueblo. Y a los 25 tocaba en la orquesta del Teatro Nacional de Praga que dirigía Bedřich Smetana. Siempre habló mal el alemán y posteriormente tuvo que tomar clases de dicho idioma para poder hacerse crítico musical.

En 1873 ganó gran fama internacional por sus composiciones, de intenso sentido nacionalista el “Himno Patriótico” y su colección de “Danzas eslavas”. En el verano de 1874 consiguió una

beca del gobierno austriaco en mérito a las composiciones que presentó. Visitó Inglaterra en nueve ocasiones, generalmente para presentar y dirigir su propia música, la primera fue en 1884, cuando fue nombrado miembro de honor de la Sociedad Filarmónica de Londres. Su música fue altamente apreciada por el público inglés. En su tercer viaje estrenó la que los críticos consideran su más famosa sinfonía, la “Séptima Sinfonía en Re menor” Op. 70. Dvorak está considerado como uno de los grandes y más famosos compositores de la segunda mitad siglo XIX, de trascendencia mundial y el más influyente de los compositores nacionalistas checos. Recibió honores y premios de toda clase, pero siempre permaneció humilde, de gustos sencillos y leales a su nacionalidad checa. Murió en su patria de una patología cerebral el 1º de mayo de 1904, cuando tenía 62 años de edad.

CAPITULO XII

El Quijote y la medicina. Prof. José Ma. Manzano Callejo. Recopilado por el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry.

A Cervantes le tocó vivir los comienzos difíciles del nacimiento de las ciencias modernas. Al papel importante que España representó durante el Medioevo, como depositaria del saber de Grecia y Roma, interpretándolo, comentándolo y esparciéndolo por Europa, siguió el rol nada glorioso, de oponerse a la entrada de los nuevos conocimientos científicos que ya empezaban a florecer en los demás países europeos. La Inquisición, tribunal de excepción, para reprimir la herejía, creado en el siglo XIII contra los albigenses e introducido en España desde los Reyes Católicos, cobra bajo Felipe II una implacable actuación. Durante su reinado se elabora, en 1559, el nuevo “Índice de libros prohibidos” que tiene por finalidad aislar a España de las nuevas corrientes de pensamiento, surgidas con libre despliegue creador en el campo de las ideas.

Richard Blackmore, poeta inglés del siglo XVII y médico de cámara de Guillermo III, pidió consejo a su famoso colega Sydenham, apodado el Hipócrates inglés, sobre qué libro debería leer para aumentar sus conocimientos profesionales, a lo que Sydenham respondió sin vacilación:

“Leed el Quijote.”

Cervantes se adelanta cuatro siglos al gran psiquiatra alemán Kresctmer, en la descripción de la biotipología. El biotipo leptosomático de Kresctmer, ya está perfectamente descrito por Cervantes en la figura de Don Quijote. Predominio del eje corporal longitudinal sobre el transversal y que se corresponde con un carácter huraño. O bien el biotipo pícnico de Kresctmer, que dibujó magistralmente Cervantes en Sancho Panza (hasta con el nombre de Panza). Donde predomina el eje transversal sobre el longitudinal y se corresponde con un carácter apacible. También en la figura de Don Quijote se perfila de manera precisa la Paranoia, hoy denominada en el lenguaje psiquiátrico trastorno delirante de ideas persistentes. Delirantes son las ideas del famoso hidalgo, pues fuera de la ser, y son sin duda, algunos encantadores que llevan hurtada alguna princesa.

CAPITULO XIII

Arévalo y sus linajes. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry. En el año 2012 cuando fuimos a Madrid a la Reunión de las Academias de Medicina de Latinoamérica, España y Portugal (ALANAM), decidimos mi esposa Edna y yo visitar la Puebla de Arévalo, ciudad origen del linaje Briceño y de donde partió el Conquistador, Fundador y Poblador del Estado Trujillo por los años 1521, Don Sancho Briceño Verdugo Álvarez y de la Caxel. Arévalo, ciudad situada al norte de la provincia de Ávila, limitada con las provincias de Valladolid, Segovia y Salamanca. Se encuentra en la confluencia de los ríos Adaja y Arevalillo, afluentes del Duero.

Según estudios está situado en torno al 2500-2000 aC. Hecho por la Universidad de Valladolid. Bien pudiera ser de ese momento el primer asentamiento humano en el promontorio de la ciudad antigua, excelente emplazamiento defensivo donde surgiría el primer castro. De la cultura del vaso campaniforme, del tipo Cienpozuelos, se han encontrado restos de un enterramiento, en la cercana población de Pajares de Adaja. Se trata de tres recipientes cerámicos negruzcos con una fina decoración incisa hechos a mano; vaso, cazuela y cuenco. Actualmente se encuentra en el Museo Provincial de Ávila. Su

cronología, en torno al 1500 aC. Otro hallazgo posterior, que aporta cerámica campaniforme lisa, bastante relacionada culturalmente con el calcolítico de Cantazorras.

Según las fuentes clásicas, la Tierra de Arévalo estaría integrada en el territorio de los vacceos, cuenca media del Duero y sus afluentes. La línea divisoria estaría entre el valle del Tormes, que era territorio de los vettones y los del Adaja, Zapardiel y Trabancos que eran vaccecos. En las estribaciones de la sierra por el sur, comenzaría el territorio de los vettones. Hay restos arqueológicos en varios puntos del Adaja y en Muriel de Zapardiel, y algún hallazgo aislado fuera de contexto arqueológico. Con la llegada de los pueblos árabes en el año 711, esta zona fue habitada por tribus norte-africanas de pastores beréberes. Los habitantes anteriores, unos fueron al norte; otros quedaron formando la población mozárabe. Con el avance de la Reconquista, los reinos cristianos fijan las fronteras en el Duero y Arévalo quedó situada en la denominada Extremadura Castellana, la franja de territorio comprendida entre el Duero y el Sistema Central, escenario de continuas incursiones o razzias, permaneciendo escasamente poblada. Como resultado de esta presencia musulmana, la región, mantiene gran cantidad de topónimos geográficos y de núcleos de población entre los que destacan: Adaia, Zapardiel, Almenara, Moraña, Moriel.

Estos cinco caudillos fueron las cinco cabezas nobles de donde ha procedido y procede toda la nobleza de esta noble y antigua villa; conviene a saber: los cinco están conocidos de ella, como emparentados en toda España, como son los Briceños, Montalvos, Verdugos, Sedeños y García Tapia, de que será fuerza decir algo. A los Briceños dio que fuesen guardas del castillo principal, que está sobre las juntas que hacen los ríos, predominando aquella campaña que mira hacia Medina, y por ser la parroquia (que era mezquita) de Santa María, que hoy llaman la Mayor más cerca del castillo, venían a oír a ella misa. Dotaron para perpetuo monumento de sus cuerpos su capilla mayor, que hoy en día es entierro de la familia; el señor rey don Alonso les dio fuero para que fuese casa solariega de Castilla y pudiese hacer «junta» con título de «Linaje de Briceños», que se juntan en la dicha capilla y van el primer viernes de cada año a tratar de las cosas tocantes a la conservación del dicho linaje.

CAPITULO XIV

Dos Emigdio Briceño, trujillanos. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry.

El Ajusticiado, Emigdio Briceño y Paredes, nacido en los alrededores de 1775 en Trujillo, 7mo nieto del Conquistador Don Sancho Briceño Verdugo y Álvarez de la Caxel. Estudió leyes en Mérida, donde vistió beca en noviembre de 1790. Hijo de Antonio Felipe Briceño de la Bastida Paredes y Juana Paredes Barriga. Electo en octubre de 1810, Vocal de la Junta Suprema, en una reunión de notables promovida por el Ilustre Ayuntamiento y representando al pueblo. Caída la primera República, vino una segunda elección de diputados. Los Electores Representantes, convocados por el Comandante militar D. Manuel Delgado y Moreno, y disuelta en Sesión del 23 de julio de 1813 por el Pro. José Antonio Rendon, Vocal del Junta de Trujillo nombrando Electores Representantes que crearon y firmaron la primera Constitución federativa de Trujillo. Dichos representantes fueron: Pbro. D. Francisco Rosario, Dr. D. Juan Llavaneras, D. Manuel Ignacio Briceño Pacheco y Montilla y el Br. D. Emigdio Briceño. Manuel Ignacio (1776-1813) era sobrino del Vicario de Trujillo Pbro. José Ignacio Briceño y descendiente también de D. Sancho Briceño.

Estando el Capitán Domingo de Monteverde refugiado en Puerto Cabello, entre otras ejecuciones de patriotas que ordenó militarmente y que llevó a cabo Antonio Guzmán, en su condición de Comandante del Castillo, fueron las del Br. Emigdio Briceño y su deudo Manuel Ignacio, victimados el 13 de diciembre de 1813. Antonio Leocadio Guzmán, hijo del carcelero y apenas con 12 años para aquel entonces, refirió en 1876, y por escrito, la heroica labor de su padre y su humanitario aprendizaje en el ejercicio de sacar los nombres insaculados de las víctimas.

El Septembrino, Emigdio Briceño Guzmán (1801-1874) hijo de Manuel Ignacio Briceño (decapitado) y María Concepción Guzmán. (8vo nieto de Don Sancho Briceño). Desde muy temprana edad se inició en la carrera de las armas. Invadido Trujillo por el Brigadier Sebastián de la Calzada en diciembre de 1813, la viuda de Manuel Ignacio buscaba en noche de infortunio donde ubicarse con sus hijos. Los niños medrosos lloraban y pedían abrigo. La desolada

madre apenas les daba calor de pecho; de pronto Emigdio de solo 14 años rompió la lobreguez de la noche y corrió hacia ella sollozando y con los puños cerrados y el corazón valiente gritando. Cae la noche y al día siguiente la madre nota la ausencia del hijo. Lloro desconsoladamente porque su hijo había, desaparecido de su regazo. Los días y años sucedían sin noticias del hijo. Por fin en 1820 los trujillanos regresaron, vencedores a sus lares, después de cien batallas de libertad. El hogar se vio iluminado con el regreso del hijo. Presentóse a las puertas de la casa un joven oficial de veinte años, de apostura marcial y épico en sus ademanes. Todo un Subteniente. El gozo de la madre solo era comparable al de aquella noche de infortunio. Combatió en los páramos de Mucuchies y luego paso a la Nueva Granada. Briceño continuó los azares de la guerra. Preso por Calzada y también fugitivo en los montes andinos, fue de los vencedores de Carabobo: estuvo con Carrillo y Cegarra en la pacificación de Coro; defendió Maracaibo de la invasión del incansable Morales (1781-1845). En Marimonda, Salina Rica y Bobures desplegó su valor el ya Teniente Briceño.

Le tocó estar junto al Coronel Juan Antonio Paredes (1770- 1834) en enero de 1822 en la batalla del Cerro de Mariño, Provincia de Mérida derrotando a Morales. Este tomo venganza en ese mismo diciembre y en esa batalla con 80 hombres salvó Briceño a la División Zulia, en el paso del río Motatán de Trujillo. Pero el 9 de enero del 23, Paredes se vengó en Bailadores de sucontendor Morales teniendo la persecución de este a cargo del Tte. Briceño. El perdedor encargó la revancha al caraqueño Cnel. Narciso López, quien derrotó a Paredes el 24 de marzo en el Voladorcito, Trujillo, sufriendo esa derrota el Tte. Briceño. Estuvo Briceño en el juicio en Maracaibo al General Morales, liderado por el Pbro. Dr. Francisco Antonio Aguiar, auxiliar del Ayuntamiento de Maracaibo y Provisor del Obispado. Morales salió luego desterrado hacia Santiago de Cuba.

Terminadas sus andanzas en Trujillo a finales del 23, ascendido a Capitán efectivo, se trasladó a Bogotá en donde formará parte de los conjurados del 25 de septiembre de 1828.

2.- COLECCIÓN RAZETTI. ÍNDICE GLOBAL VOLUMEN I A VOLUMEN XVII

Editores: Dr. Harry Acquatella Monserrate, Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry y Dr. Guillermo Colmenares Arreaza. Depósito Legal lf63420156103491. ISBN 978-980-6905-07-5 (Colección). ISBN 978-980-415-01-1 (Índice global) (Solo versión electrónica). Editorial ATEPROCA C.A., Caracas.

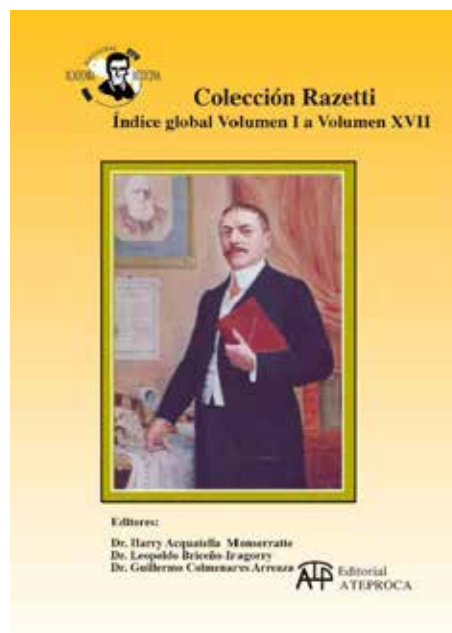


Figura 5. Portada de la Colección Razetti, Índice Global Volumen I al XVII.

En el prólogo el Dr. Harry Acquatella Monserrate describe el contenido de esta edición especial de la Colección Razetti, En el mismo expresa que el presente volumen de la Colección Razetti dedicado a la enumeración de los autores y temas correspondientes desde su creación hace casi 10 años, incluye desde el volumen I al XVII, es una demostración de la creatividad promovida por la Academia Nacional de Medicina, a pesar de las severas limitaciones económicas que afrontamos. La Colección combina temas de interés médico y humanístico permitiendo a

sus lectores disfrutar de actualizaciones para el ejercicio de su profesión, brindándole a la vez una excelente oportunidad de acercarse a temas no-médicos escritos por colegas que por su curiosidad intelectual traspasan su ejercicio profesional. Afianzan el dicho aquel que afirma “El que solo Medicina Sabe, ni siquiera Medicina Sabe”. El Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio permite a través de su meticulosa revisión de todos los tópicos tratados, encontrar los temas de interés con facilidad a nuestros lectores. Ha sido una labor muy productiva que enriquece enormemente el valor de la Colección. A la vez agradecemos la dedicación de la Editorial Ateproca con la Academia para permitirnos llegar a un mayor público dentro y fuera de nuestro país.

En la presentación de este volumen, el Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio como Director de Editorial Ateproca, manifiesta que la Colección Razetti en sus nueve años de existencia ha llegado a su Volumen XVII. El primer volumen fue publicado en 2006 y fueron sus editores los doctores Otto Lima Gómez y José Enrique López, Presidente y Vicepresidente de la Junta Directiva 2002-2004. La gran variedad de artículos publicados en la misma, ha hecho necesaria la elaboración de un índice global a fin de facilitar la búsqueda de la información publicada en la colección hasta los momentos. El índice está dividido en índice de autores y de materias. El índice de autores se presenta en orden alfabético. Si un autor tiene varias publicaciones, en primer

lugar se listan los capítulos en los cuales aparece como autor único, luego los capítulos donde está acompañado de coautores y por último, cuando aparece como coautor. En esta última modalidad, se indica ver el o los apellidos del primer autor, seguido del año, volumen, capítulo, primera y última página. En cada una de estas modalidades se sigue el orden cronológico de las publicaciones. El índice de materias se presenta también por orden alfabético. Los títulos de los capítulos aparecen con el nombre completo, seguido por el apellido e iniciales del primer autor y la expresión “y col.” si el trabajo tiene varios autores. Igualmente se procedió con las materias propiamente dichas. Una de las particularidades de los índices realizados por nosotros es que la localización del capítulo (año, volumen, capítulo, primera y última página) aparece separada del texto por un tabulador al lado derecho, y se repite tanto en el índice de autores como en el de materias, con lo cual se facilita la localización del ítem buscado.

Finalmente el Dr. Pérez D’Gregorio manifestó “en nombre de la Editorial Ateproca, agradezco a la Junta Directiva 2014- 2016 el darnos la oportunidad de realizar este índice que consideramos será de gran utilidad para los interesados en acceder a los diversos temas publicados en esta Colección y que está disponible en la página web de la Academia Nacional de Medicina”.