

Esta publicación dirigida por el Dr Benjamín Barankin, usa el arbitraje, pero no exige de los autores la cesión de sus derechos y no impide la republicación si se reconoce la primacía de la aparición en *Dermatitias*.

REFERENCIAS

1. Zillikens D. Autoimmune bullous disease. En: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, editores. *Braun-Falco's Dermatology*. 3ª edición. Springer Verlag, Heidelberg, Alemania 2009. p.641-668.
2. Wojnarowska F, Venning VA. Immunobullous diseases. En Burns J, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editores. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8ª edición. Cap 40 Wiley-Blackwell. Oxford, Inglaterra 2010.p.1-40.
3. Goihman-Yahr M, Weiss CE. Terapia de las enfermedades ampollares. En: Soto Aponte JM, Rondón Lugo AJ, editores. *Terapéutica dermatológica*. Caracas: Disinlimed; 1989.p.243-256.
4. Antiga E, Verdelli A, Calabrò A, Fabbri P, Caproni M. Clinical and Immunopathological features of 159 patients with dermatitis Herpetiformis an Italian experience. *G Ital Dermatol Venereol*. 2013;148:163-169.
5. Mendes FB1, Hissa-Elian A, Abreu MA, Gonçalves VS. Review: Dermatitis herpetiformis. *An Bras Dermatol*. 2013;88:594-599.
6. Colliou N, Picard D, Caillot F, Calbo S, Le Corre S, Lim A, et al. Long-term remissions of severe pemphigus after rituximab therapy are associated with prolonged failure of desmoglein B cell response. *Sci Transl Med*. 2013 Mar 6;5(175):175ra30. doi: 10.1126/scitranslmed.3005166.
7. Toumi A, Saleh MA, Yamagami J, Abida O, Kallel M, Masmoudi A, et al. Autoimmune reactivity against precursor form of desmoglein 1 in healthy Tunisians in the area of endemic pemphigus foliaceus. *J Dermatol Sci*. 2013;70:19-25.
8. Al-Jassar C, Bikker H, Overduin M, Chidgey M. Mechanistic basis of desmosome-targeted diseases. *J Mol Biol*. 2013;425:4006-4022.
9. Rowell NR, Goihman-Yahr M. Dermatomyositis and scleroderma. En: Rook A, Parish LC, Beare JM, editores. *Practical management of the Dermatological Patient*. Filadelfia, EE.UU: J. B. Lippincott; 1986.p.46-49.
10. Kwatra SG, Jorizzo JL. Bullous pemphigoid a case series with emphasis in long term remission of therapy. *J Dermatol Treat*. 2013;5:317-321.
11. Goihman-Yahr M, Essensfeld-Yahr E, Rojas-Martinez G, Gonzalez I, Zaidman I, Barroso-Tobila C, et al. Erosive lichen planus and fibroxanthosarcoma (malignant fibrohistiocytoma): Coincidence or association? *Cutis*. 1980;26:506-516.
12. Walker JM. *Historia de la Inquisición Española*. Madrid, España: Edimat Libros; 2001.p.384:385.

Gac Méd Caracas 2014;122(3):255-257

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

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

Julio-Septiembre 1914

En el número 13 del 15 de julio, página 142, en la sección "Prensa Extranjera", se reproduce del artículo "**Diagnóstico y tratamiento de la disentería amibiana por la emetina**", publicado en *La Presse Médicale*, del 20 de junio de 1914, la

parte correspondiente al tratamiento, cuyo autor es L. Lagane.

El autor comienza afirmando que "Con preferencia a todos los medicamentos precedentes, es necesario emplear la emetina, que es infinitamente superior".

Resume la historia de su uso informando que había sido señalada desde 1911 por el americano Vedder (Congreso de Hong Kong, enero de 1912), pero fue estudiado sobre todo por L. Rogers, de Calcuta, quien le ha dado su nombre al método. Este fue introducido en Francia por Chauffard.

La emetina es un alcaloide de la ipecacuana, empleado bajo la forma de bromhidrato y sobre todo de clorhidrato de emetina. Para el uso se hacen preparar soluciones esterilizadas dosificadas a 4 centigr. por centímetro cúbico de agua; se practican inyecciones subcutáneas que son poco dolorosas. Las dosis para un adulto es de 6 a 8 centigr., por día y salvo contraindicación se continúa por 8 días, hasta que la crisis disintérica esté yugulada por espacio de cuatro o cinco días, según Dopter.

De acuerdo con el autor, L. Lagane, cree que la dosis necesaria para el tratamiento en el adulto, es de 6 y hasta 8 centigr., por día y salvo contraindicaciones, lo continúa por 8 días más. Informa que no ha observado que el medicamento sea mal tolerado, pero su administración debe ser vigilada.

En las formas algo serias la dosis cotidiana debe elevarse a 8 y aun 10 centigr., (inyectándose en dos o una vez). Las dosis deben ser más elevadas cuando haya complicaciones hepáticas. La emetina puede indicarse a los niños y también a los de pecho a dosis que varían de $\frac{1}{2}$ a 1 centigr., según la edad, de acuerdo con Lesage y Bobillier.

Los efectos de la emetina son sumamente importantes y claros. En 48 horas, a veces aun en 24, modifica completamente el cuadro clínico. La curación de la crisis disintérica, se obtiene lo más a menudo en pocos días.

Del mismo modo, sus efectos en los abscesos hepáticos supurados son notables. Sin embargo, la emetina sola no determina la reabsorción completa del pus. Advierte el autor que no siempre los resultados son tan satisfactorios, hay que agregar algunos fracasos y sobre todo el hecho que ella no impide las recaídas y no previene a los enfermos aparentemente curados de los abscesos hepáticos. Tampoco tiene efecto sobre las formas enquistadas.

En el libro *Précis de Parasitologie, de Emile Brumpt, Masson Editeurs, Libraires de L'Academie de Medicine, 120 Boulevard Saint Germain, París, 1936; p220*, todavía se consideraba como tratamiento específico de la amibiasis, a la emetina, junto con el stovarsol, el arsenobenzol y el yatren.

Julio-Septiembre 1964

Los doctores Félix Pifano C y Jesús Romero M, publicaron los resultados de sus **Investigaciones sobre la leishmaniasis en la Isla de Margarita y la comprobación de un nuevo foco en el Valle de Cumanacoa**, en dos artículos separados, en los números 7 y 12, con motivo de la comprobación de un caso autóctono en el caserío Las Piedras, Distrito Mariño, de la primera entidad y de un foco de *L. visceral* en las inmediaciones de la serranía de Turimiquire, al sureste del Valle, Distrito Montes, de la segunda entidad.

A pesar de la rica fauna *Phlebotómica* del área estudiada en la primera entidad, no fue posible comprobar la existencia de kala-azar canino en una muestra de 12 perros estudiados (80 % de los perros de la región); así como tampoco en algunos roedores silvestres examinados. Se requieren investigaciones más a fondo para llegar a conclusiones definitivas, sin que pueda descartarse la posibilidad de haber llegado a la región un perro infectado con kala-azar proveniente del nicho ecológico de Cariaco, donde existe un foco comprobado.

En la segunda entidad se comprobaron dos casos humanos de kala-azar en niños de 2 y 4 años de edad residentes en los caseríos Orinoco y Quebrada Seca y un perro con *L. donovani* en médula ósea y reacción de formolgel positiva inmediata. Se clasificaron 1854 especies de *Phebotomus*, capturados picando al hombre, en corrales de chivos y oquedades de árboles.

Julio-Septiembre 1989

En los números 7-8-9, el Doctor Oscar Agüero escribió sobre el **Menosprecio latino-americano por sus publicaciones médicas**, que a muchos ha preocupado y molestado. Es por supuesto conocida la poca frecuencia con la cual se citan referencias de revistas latino americanas en los trabajos publicados en las revistas anglosajonas y europeas. Para tener una idea del menosprecio de su propia literatura médica seleccionó una muestra de revistas teniendo en cuenta su aparición regular y su representación del país, de la Federación Nacional de Sociedades o de la Sociedades locales. En dos revistas mexicanas, una colombiana y otra española, encontró que de 3 077 referencias bibliográficas, 389 (12,6 %) son del respectivo país, 31 (1,00 %) son de otros países latinos y 14 (0,4 %) son de autores españoles. De 1 059 referencias de la Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela 283 (26,5 %) nacionales, 43 (4,0 %) latinas y 31 (1,9 %),

españolas. De 890 referencias de la Gaceta Médica de Caracas: 201 (22,5 %) nacionales, 52 (5,8 %) latinas y 6 (0,6 %) españolas. De 210 referencias

de la Revista Venezolana de Cirugía: 30 (14,2 %) nacionales y 2 (0,9 %) latinas.

Gac Méd Caracas 2014;122(3):257-265

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Numeraria

Sesión Extraordinaria del 10 de abril de 2014

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

1. Epidemias en actividad en Venezuela 2013-2014 por el Dr. Manuel Guzmán

La revisión de los datos de mortalidad en Venezuela y de los registros publicados en el Alerta Semanal del Ministerio del Poder Popular para la Salud permite conocer los principales problemas de salud que afectan a los venezolanos en estos momentos, en especial en relación con la actividad de enfermedades infecciosas. Las principales causas de muerte, para el año 2011, fueron en este orden: 1.- Enfermedades del corazón, 2.- Cáncer, 3.- Enfermedades cerebro vasculares, 4.- Diabetes, 5.- Homicidios. Sin embargo, al contrastar la información del anuario con otras fuentes (CIPIC: Observatorio Venezolano de la Violencia), constatamos que homicidios representó para el 2013 la segunda causa de muerte, la primera en los jóvenes. Tenemos que entender que la violencia es una de nuestras principales enfermedades, y actuar en consecuencia.

Desde el punto de vista de enfermedades infecciosas en actividad, enfermedades respiratorias, dengue y paludismo ocupan los primeros lugares. Después de importantes brotes de influenza en 2009, 2011 y 2013, la actividad aumentada en el hemisferio norte nos pone en riesgo para un nuevo incremento de casos. Venezuela tiene actividad de dengue hace muchos años, sin embargo, 2013 terminó con más de

60 000 casos y los primeros meses del año mantienen el ritmo creciente. Los casos de paludismo superaron los 70 000, cifra no vista desde al menos 20 años atrás. Aunque el problema mayor es en el Estado Bolívar, en especial en el municipio Sifontes sede de la minería ilegal, la aparición de casos autóctonos en el Estado Miranda hace temer la activación de nuevos focos. La infección por VIH en el país, de acuerdo con la información obtenida del programa nacional debe estar afectando cerca de 250 000 venezolanos, muchos sin saberlo y eso estaría cerca de los niveles de epidemia extendida. Infecciones por bacterias multirresistentes, tanto en el ambiente hospitalario como en las infecciones adquiridas en la comunidad constituyen una epidemia silenciosa que nos afecta de manera importante.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Aixa Müller de Soyano, Juan Yabur, Antonio Clemente, Huniades Urbina, José Francisco, Andrés Soyano, Lilia Cruz de Montbrun, Carlos Orellana Bencomo, Doris Perdomo de Ponce, Saúl Kizer, Alfredo Díaz Bruzual, Claudia de Suárez, José Ramón Poleo y Rafael Muci-Mendoza