

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

Dr. J. M. Avilán Rovira

Individuo de Número

## Octubre-diciembre 1908

En la sesión del 22 de octubre, el doctor Lobo leyó el trabajo “**Apéndice portador de un ascáride lumbricoides**”. Según el autor “Por una simple curiosidad busqué el apéndice después de haber extraído el útero y corazón enfermos, principal motivo de esta autopsia y con gran sorpresa me apercibí que su interior estaba ocupado por un doble cordón animado de movimientos”. Refiere el autor que desde hace mucho tiempo se conoce la influencia de los parásitos en el tracto intestinal, pero especialmente después de la comunicación de Metchnikoff a la Academia de Medicina de París en 1901 del papel de estos parásitos en la etiología de la apendicitis, idea al principio rebatida por los cirujanos, pero luego aceptada, después de los argumentos de los conocidos parasitólogos R. Blanchard y J. Guiart. Cita que el problema ha sido motivo de tesis entre 1904 y 1906, cuyos resultados han sido reunidos en un trabajo publicado por Weinberg en junio y julio de 1907 en los Anales del Instituto Pasteur y el 15 de agosto de este año, L. Bordas publicó en “*La Vulgarisation Scientifique*” “una revista de todos los agentes intestinales que tienen alguna influencia en la etiología de ciertas infecciones y principalmente de la apendicitis y la fiebre tifoidea”. Entre los nemátodos estudia los oxiuros, los ascárides, los tricocéfalos, los anquilostomos, las anguilulas y tenias. Describe una serie de casos muy curiosos y generaliza expresando: “Los parásitos intestinales al determinar lesiones en las paredes digestivas, pueden frecuentemente inocular microbios patógenos diversos y así nos explicamos el origen de ciertas enteritis generales o parciales, de ciertos casos de apendicitis, de fiebre tifoidea y hasta de cólera o disentería”.

En cuanto al tratamiento de las por el autor llamadas “apendicitis verminosas”, recomienda prudencia y atenerse al tratamiento habitual.

En el mismo trimestre, páginas 168 y siguientes, en nota fechada en julio de 1908, el Dr. Francisco A. Rísquez presenta sus **Observaciones a la Nomenclatura de enfermedades**, cuyo conjunto denomina “Clasificación Reformada”, con motivo de la reunión de la Comisión Internacional efectuada en París, según el autor, “hace siete años”. Se refería sin duda a la primera revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobada en 1901, la cual sería revisada por segunda vez para 1910. Refiere el doctor Rísquez que fue aprobada por 26 delegados, de otros tantos países, entre quienes no figuró Venezuela. Afirma además, “...no sabemos si la suscribiera más tarde; pero la ha adoptado como guía para las estadísticas de la República.”

Ofrece la lista de las 62 posibles causas de muerte que debían figurar en el reverso de los certificados de defunción, para que el médico firmante tomara nota de ellas con sus respectivos números o códigos internacionales (Cuadro 1).

Sus “observaciones” son verdaderamente interesantes. No sabemos si alguna vez fueron tomadas en cuenta. Entre ellas destaca: “cuando ocurra la muerte y haya dos enfermedades o accidentes a que atribuirle, debe preferirse la que represente una *infección* o la *causa próxima*, o la enfermedad *más grave*”. Recuerda su propuesta de certificación doble al Consejo de Médicos de Caracas, una completa para fines estadísticos para el Cuerpo de Salubridad y la otra con los datos mínimos para la Autoridad Civil.

## Cuadro 1

Resumen de la Nomenclatura que ha de figurar al reverso de los certificados de defunción

1. Fiebre tifoidea- 2 Tifus exantemático. 3. Paludismo. Fiebre hemoglobinúrica. 5. Viruela. 6. Sarampión. 7. Escarlatina. 8. Tos-ferina. 9. Difteria. 10. Gripe. 11. Disentería. 12. Fiebre amarilla. 13. Lepra. 14. Erisipela. 15. Otras enfermedades infecciosas. 16. Tuberculosis pulmonar. 17. Tuberculosis meníngea. 18. Tuberculosis locales. 19. Sífilis. 20. Cáncer. 21. Reumatismo y Gota. 22. Escorbuto. 23. Diabetes. 24. Otras enfermedades generales. 25<sup>bis</sup> Uncinariosis. 25. Intoxicaciones crónicas. 26. Meningitis simple. 27. Enfermedades medulares. 28. Enfermedades cerebrales. 29. Enajenación mental. 30. Neurosis convulsivas. 31. Tétanos. 32. Enfermedades del corazón. 33. Afecciones de las arterias. 34. Afecciones de las venas. 35. Afecciones de la laringe. 36. Bronquitis aguda. 37. Bronquitis crónica. 38. Pulmonía. 39 Pleuresía. 40. Úlcera del estómago. 41. Enteritis de niños menores de 2 años. 42. Enteritis en mayores de 2 años. 43. Obstrucciones intestinales. 44. Rectitis. 45. Ictericia grave. 46. Cirrosis hepática. 47. Abscesos hepáticos. 48. Peritonitis. 49. Enfermedad de Bright. 50. Otras enfermedades renales. 51. Enfermedades de las mujeres. 52. Accidentes del embarazo. 53. Accidentes del parto. 54. Septicemia puerperal. 55. Gangrena. 56. Flegmón (o absceso caliente). 57. Inviabilidad. 58. Debilidad senil (o senilidad). 59. Suicidios. 60. Accidentes. 61. Homicidios. 62. Causas no especificadas (o mal definidas).

#### Octubre-diciembre 1958

El doctor Pastor Oropeza en su trabajo "**La diarrea en el niño menor de dos años, problema de salud pública**" afirmaba que "La pediatría salió ya de su etapa de cocinera para entrar en el mundo de la bioquímica y llevar estas nociones a todos los médicos prácticos es imperativo en la hora presente. La suerte de los niños de América está en manos de médicos prácticos y no de los especialistas". Después de analizar todos los aspectos del problema, recomendó: a) Las facultades de medicina de las universidades de América Latina deben conceder importancia capital a la enseñanza de este síndrome. b) Los departamentos materno infantiles de salud pública, en conexión con las cátedras de pediatría de las universidades deben elaborar las pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención a ser difundidas en cursillos al alcance de todos los médicos prácticos. c) El tratamiento de las diarreas, dentro de los cuadros de la administración sanitaria o asistencial debe ser función básica de todo médico, cualquiera que fuera su categoría o ubicación. d) La asistencia de las diarreas graves con fenómenos de acidosis y de deshidratación debe tener prioridad en la asistencia médica, como cuadro de emergencia médica y por consiguiente los Estados deben procurar las camas, los utensilios y medicamentos necesarios para aplicar una correcta terapéutica.

#### Octubre-diciembre 1983

En el Editorial, el doctor Oscar Agüero, llamaba la atención sobre la **Esterilización quirúrgica femenina**, de la que afirmaba "...se ha convertido en un medio común de poner fin a la vida reproductiva." Refiere que esta operación fue hecha por primera vez, en 1880, por S. Lungren, "como complemento de la extracción fetal por el abdomen" y así lo fue hasta 1897, cuando Kebrer propone "independizarla de la cesárea y ejecutarla en cualquier caso donde fuera preciso proscribir el embarazo". De su uso actual como método anticonceptivo definitivo, da cifras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, que alcanzan 12,3 de cada mil mujeres en edad reproductiva en 1976, 14,3 en 1977 y 13 en 1978. Según el autor no se conoce con precisión cuando se la practicó por primera vez en Venezuela, pero la primera descripción en revista médica corresponde a Razetti, en 1927, en una mujer de 19 años, primeriza, quien sufrió un gran traumatismo pelviano que redujo su diámetro promonto-pubiano a menos de 8 centímetros. Da las cifras de 7 hospitales de Caracas, entre 1973 y 1982, las cuales oscilaron entre 14 por mil embarazadas, en el Hospital "José G. Hernández" a 93,8 por mil, en la Maternidad "Leopoldo Aguerreverre". Para aproximadamente las mismas fechas, en la Maternidad "Concepción Palacios", alcanzó a 41 de cada mil embarazos. Solicitaba mayor información acerca de la frecuencia, indicaciones, técnicas empleadas, morbilidad y mortalidad