

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

The Gaceta Medica de Caracas 100, 50, 25 years ago

Enrique Santiago López-Loyo

Individuo de Número Sillón XXXI

Hace 100 años: Julio – Septiembre de 1924.

Para iniciar este trimestre de la publicación, encontramos que el número 13 de 1924 se edita el 15 de julio y está dedicado al vigésimo aniversario de la Academia Nacional de Medicina, celebrado en Sesión Extraordinaria realizada el 6 de julio de ese año. Se realiza un repaso de las fechas y acontecimientos más importantes en los primeros 20 años de la corporación. También se realiza un resumen de las memorias Científicas del último bienio con la mención de 72 trabajos presentados. Destacan la conmemoración del Centenario de Louis Pasteur (Figura 1) a quien describen como el más grande y más fecundo sabio. Crean el Premio Pasteur mediante un acuerdo para conferir dos mil bolívares al considerado el mejor trabajo que se presentara con un real y efectivo interés en la medicina y la higiene nacionales, resultando ganador el trabajo del Dr. Ramón Medina Jiménez con su investigación “Lucha antipalúdica, demostración de su posibilidad en Venezuela”, donde expone un plan aplicable en Venezuela. Este premio fue entregado en Sesión Solemne con presencia del Embajador, llamado para la época “Ministro” o representante de Francia en el país, el “Excelentísimo Señor

Chayet”. Como retribución el gobierno de Francia entregó como obsequio a la Academia el día 3 de mayo de 1922 un busto de Pasteur, réplica de la obra del escultor Aronson, el cual fue develado en el Salón de Sesiones (1).



Figura 1. Louis Pasteur (1822- 1895).

En la edición del 31 de julio se encuentra una publicación “La enfermedad de Basedow y otras formas de hipertiroidismo. Su tratamiento radioterápico”. Se inicia con la definición de

las bases de la radioterapia para el momento. Establecen 3 preceptos que incluyen que el efecto de los rayos X es mayor mientras mayor sea la actividad reproductora de la célula, mientras más largo sea su porvenir carioquinético y mientras su morfología y funciones sean menos fijas. Describen los efectos sobre la tiroides de los rayos X que ejemplarizan Zimmern, Bates y Duas que incluyen la desaparición del epitelio glandular, quedando solo el estroma y material coloide. Esto supone disminución de la producción tiroidea y llevarla hasta su supresión. Concluyen que las respuestas serán más efectivas cuanto más agudo sea el cuadro de la patología hiperfuncionante, estableciendo que en la patología crónica se discute la cirugía, no así en casos cuya expresión de hipertiroidismo esta precedido de un bocio antiguo. Recordemos que Karl Adolph von Basedow (Figura 2) fue un médico alemán quien realizó la primera descripción de los síntomas de la enfermedad de la tiroides caracterizada por una hiperfunción de la glándula, la cual en la actualidad se conoce como enfermedad de Graves-Basedow, uniendo su nombre al del cirujano irlandés Robert James



Figura 2. Karl Adolph von Basedow (1799-1854).

Graves. Este eminente médico realizó variables aportes a la medicina con más de 60 publicaciones. La mayoría de sus obras científicas las dedicó a temas relacionados con la cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia. Además hizo observaciones sobre los efectos tóxicos para la salud de vapores que pueden emanar pinturas con contenido de arsénico (2).

El 15 de agosto de 1924 se revisa en el número 15 de Gaceta Médica de Caracas, un trabajo sobre “Alcance e importancia del examen radiográfico en el diagnóstico de la coleditiasis”. Se analiza que la visibilidad de un cuerpo a los rayos depende de su densidad o su peso atómico. Se menciona el contenido de calcio y de los tejidos periféricos a la vesícula. Un aspecto importante a considerar es diferenciar entre los cálculos de la vesícula y aquellos de las vías urinarias, cuyo diagnóstico diferencial se basa en las proyecciones cónicas, que por consiguientes de ser vesiculares y la radiografía se toma con la placa sobre el vientre, estos deben aparecer mucho más pequeños y más nítidos que si se tomaran con la placa sobre el dorso, debido a que la vesícula queda más cerca de la pared anterior del abdomen que de la pared posterior. Esta demostración radiológica es lo que se conoce como Signo de Beclere.

Generalmente el número de cálculos visibles es menor que el que contiene la vesícula, obteniéndose imágenes de unos pocos en comparación de las piezas obtenidas tras la cirugía. Estas definiciones para 1924 son realmente reveladoras del alcance del uso de la radiología con fines de precisión diagnóstica. Debemos recordar que fue el físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen (Figura 3) quien descubrió los rayos X en 1895, cuando experimentaba con los tubos llamados de Hittorff-Crookes y la bobina de Ruhmkorff, esto para investigar la fluorescencia violeta que producían los rayos catódicos. En su experimento cubrió el tubo con un cartón negro para eliminar la luz visible, observó un débil resplandor amarillo-verdoso proveniente de una pantalla con una capa de platino-cianuro de bario, la cual desaparecía al apagar el tubo. Estableció que estos rayos generaban una radiación muy penetrante, pero invisible, que podían atravesar paredes espesas de papel e incluso metales poco densos. También utilizó placas fotográficas para demostrar que los objetos podían ser transparentes a los rayos X y que dependían de su espesor.

Para comprobarlo también realizó lo que sería la primera radiografía humana, utilizando la mano de su esposa (3).



Figura 3. Dr. Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923).

El 31 de agosto se publica la edición correspondiente a la segunda quincena de ese mes. Se presenta una discusión por parte del Dr. Luis Razetti (Figura 4) relacionada a la Insuficiencia Hepática. Manifiesta que se hace un uso abusivo del diagnóstico de esta patología y por consecuencia de las terapias disponibles, sobre todo el llamado extracto hepático de Chaix. Reitera que los criterios de Insuficiencia hepática pasan primero por establecer el daño funcional del hígado y cuando aparecen los signos clínicos es porque gran parte del parénquima hepático ya ha sido afectado. Dice que ninguno de los pacientes que le han referido por Insuficiencia hepática ni siquiera tienen examen de orina. Describe que se requiere investigar la azoemia, los niveles de bilirrubina, la lipasa y el fibrinógeno. Es importante la presencia en orina del urobilinógeno y la urobilina (4).



Figura 4. Dr. Luis Razetti (1862-1932).

En el número 17 de 1924 se lee sobre el “Tratamiento de la Lepra por la *Bixi Orellana*, llamado “onoto” en Venezuela”. Se describe el resultado que ha obtenido el Dr. Aniseto Montero, director del Asilo Nacional de Leprosos de Costa Rica, con la aplicación del aceite de las semillas de achiote u onoto (*Bixa Orellana*), familia de las bixáceas. Esto lo demuestra en un interesante trabajo publicado en la Revista Stadium, órgano de la Asociación de Estudiantes de la Universidad de Guatemala. De acuerdo con su estudio, esta planta es como la hermana mayor de la *Toraktógenos krusii* que se conoce como Chaulmoogra, el cual es un árbol de la India, que el leprólogo estadounidense Victor George Heiser (Figura 5) utilizó bajo propiedades curativas unido al alcanfor y la resorcina, aplicado tópicamente sobre las lesiones. A partir de la Chaulmoogra se han realizado otras formulaciones como adición de soda, éteres etílicos, entre otros. El uso del achiote se hace alternativo por el precio internacional de la Chaulmoogra. La aplicación del achiote se ha realizado utilizando una mezcla con aceite de almendras como vehículo, el cual no es doloroso, ni tóxico y tiene fácil asimilación. Concluye el Dr. Montero que los ésteres etílicos de la *Bixa Orellana* son una extraordinaria formulación para la lepra y asegura que tanto en los exámenes bacterioscópicos como en la evolución clínica de las lesiones se evidencia su efecto positivo (5).



Figura 5. Dr. Victor George Heiser (1873-1972).

Para cerrar este trimestre el 30 de septiembre se edita el número 18 abriendo con la reseña de un trabajo sobre “Un caso de diabetes infantil tratado por la Insulina”. Describen que la eliminación de azúcar en los niños se ha determinado mucho más frecuentemente a partir de los estudios de orina. Se describe igualmente la lactosuria en la lactancia y la glicosuria intermitente tras el consumo de carbohidratos. Otro elemento clínico es lo que denominan “diabetes azucarada”. Esta última patología que aparece entre los 7 y 12 años. Presentan el caso de una niña de 7 años y medio quien mostró un estado clínico estable hasta luego de los 4 años, cuando comenzó a presentar poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida progresiva de peso, cansancio, palidez, claudicación de la marcha y sueño intranquilo. La glicemia fue de 27 gramos por mil. En el seguimiento, a pesar de la aplicación de regímenes dietéticos, terapia con vino de Pesqui, bicarbonato de sodio, entre otras alternativas de terapias que se usaban en la época, su evolución fue tórpida con deterioro progresivo. Dado su estado de acidosis se impuso la aplicación de Insulina, iniciando con 10 unidades diarias junto con una dieta de 368 calorías. Luego subieron a 20 unidades y posteriormente a 40 unidades. Se observó una semana después el descenso de la glicosuria y un progresivo aumento de peso corporal con

una dieta basal de 780 calorías por día y dos aplicaciones de insulina. El aumento de peso fue un extraordinario indicativo de mejoría, reportando una ganancia de 6 kilogramos en seis meses. El informe de este caso determina una frontera histórica para la consideración de la utilización de terapia insulínica en pacientes pediátricos, además del reconocimiento que la manifestación infantil de esta patología define aspectos clínicos que comprometen la vida de los pacientes en estas edades vulnerables (6).

Hace 50 años: Julio – Septiembre 1974

En 1974 se publican en el trimestre julio-septiembre los números 7, 8 y 9 del año LXXXII de la Gaceta Médica de Caracas. Se lee un trabajo del Dr. Alberto J. Jacir (Figura 6) intitulado “Los accidentes de tránsito terrestre como problema de salud pública”. Estos accidentes muestran una curva ascendente entre las causas de mortalidad y discapacidad de los venezolanos. Mundialmente para la fecha establece que mueren 1 000 personas diariamente de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud. En Venezuela las muertes por accidente de tránsito ocuparon el quinto lugar para 1972 y el cuarto lugar para 1973, y de acuerdo al grupo etario, entre los 15 y 24 años y de los 25 a 44 años, estos accidentes representan el primer lugar de mortalidad general, siendo el segmento poblacional de mayor actividad económica. Se describe que en el año 1904 se importó el primer vehículo en Venezuela y en 1912 se establece el primer servicio público de autobuses en Caracas, siendo el arrollamiento del Dr. José Gregorio Hernández el primer accidente de tránsito que se tenga registro, hecho acaecido en 1919 en una calle de la Parroquia La Pastora de Caracas. En el mundo los primeros accidentes de tránsito registrados ocurrieron, uno en Estados Unidos en 1894 y dos en Reino Unido en 1896. Más allá de las campañas de educación vial por parte del estado, es fundamental el factor humano que sea consciente de su papel, sometiéndose a exámenes o chequeos anuales para detectar elementos clínicos condicionantes a un estado de vulnerabilidad, más que por impericia por limitantes físicas inherentes a sus sentidos de activación biológica. Otros aspectos a considerar son la siniestralidad del parque automotor y el papel de los peatones en el escenario de los

accidentes. Se plantean una serie de medidas para la prevención y control de accidentes, basados en el papel del estado a partir de sus autoridades sanitarias con la participación de los profesionales de la salud y organizaciones no gubernamentales (7).



Figura 6. Dr. Alberto J. Jacir.

Hace 25 años: Julio – Septiembre 1999

En el tercer trimestre de 1999 se publica el número 3 de la Gaceta Médica de Caracas, donde encontramos uno de sus editoriales bajo la autoría del Dr. Felipe Martín Piñate (Figura 7), actual Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, descrito como “Extremos en Tuberculosis”. Se hace una caracterización de la patología, indicando que en la antigüedad recibió los calificativos más despreciables. En Egipto fue considerada como una de las siete plagas descritas en el antiguo testamento. Babilonia la consideró la reina de las enfermedades. Europa denominó a la tuberculosis como la peste blanca, lo cual llevó a realizar incineración de los enseres personales de los pacientes afectados. En lo contemporáneo se destaca que tras la aparición del VIH/SIDA y su combinación con la tuberculosis, se multiplicaron los casos con extremas complicaciones. En la

ciudad de Nueva York se detenían a los pacientes detectados con tuberculosis para hacer estudios diagnósticos de VIH/SIDA, con detección de casi 4 mil casos en un corto período de tiempo, triplicando los casos observados en 15 años. La política sanitaria puso en la mira a los indigentes, alcohólicos, y usuarios de drogas inhaladas y endovenosas. Destacan que para la época se mantiene la vigilancia epidemiológica oportuna de los casos de tuberculosis. Considerando los tiempos actuales, observamos que al haberse controlado el estado epidémico del VIH/SIDA por la aplicación de terapias antiretrovirales, la tuberculosis ha reaparecido con fuerza en los países que como el nuestro han presentado crisis sociales importantes con elevadas cifras de desnutrición y vulnerabilidad de los servicios sanitarios (8).



Figura 7. Dr. Felipe Martín Piñate.

REFERENCIAS

1. Gaceta Médica de Caracas. 1924;31(13):193-208.
2. Gaceta Médica de Caracas. 1924;31(14):209-224.
3. Gaceta Médica de Caracas. 1923;31(15):225-240.
4. Gaceta Médica de Caracas. 1923;31(16):241-256.
5. Gaceta Médica de Caracas. 1923;31(17):257-272.
6. Gaceta Médica de Caracas. 1923;31(18):273-288.
7. Gaceta Médica de Caracas. 1974;2(7,8,9):300-467.
8. Gaceta Médica de Caracas. 1999;107(3):301-450.