



REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Fundada el 7 de noviembre de 1944
Director-Fundador: Dr. JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ

Órgano de la SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

CONTENIDO

	Pág.
➤ Editorial. <i>Dr. José Francisco</i>	7
➤ Informe de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, período 2005 - 2007	9
➤ Palabras del Dr. José Francisco al tomar posesión como Presidente de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina bienio 2007-2009. <i>Dr. José Francisco</i>	18
➤ Mapa Bibliográfico de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. <i>Dr. Aldo González Serva</i>	21
➤ Juicio Crítico y Discurso de contestación al trabajo de incorporación del Dr. Aldo González Serva, como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. <i>Dra. Consuelo Ramos de Francisco</i>	32
➤ Bach y Haendel, dos grandes maestros y un mismo destino. <i>Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry</i>	38
➤ Dr. José María Bengoa: breve esbozo de una parte de su vida ejemplar y de su fructífera obra <i>Dra. Nora Bustamante Luciani</i>	49
➤ Evolución de la desnutrición mundial en el siglo XX. Trabajo de Incorporación como Miembro Honorario. <i>Dr. José María Bengoa</i>	53
➤ El Hospital Bolivariano de la Sociedad Bolivariana. Una institución de vocación patriótica. <i>Dra. Marisa Vannini de Gerulewicz, Dra. Donatella Gerulewicz Vannini</i>	58
➤ Craneología indígena de Venezuela. Cráneos no deformados y deformados. La Pica, Estado Aragua, Venezuela. <i>Dras. Gentzane Zamakona de Arechavaleta, Helia Lagrange de Castillo</i>	70
➤ Andrés Vesalio y Leonardo Da Vinci, dos artistas viendo al hombre durante el renacimiento. <i>Dr. Daniel Sánchez Silva</i>	85
➤ Enrico Caruso y el precio de la fama. Una enfermedad sin diagnóstico. <i>Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry</i>	95
EVENTOS Y NOTICIAS	
➤ Palabras del Dr. Juan José Puigbó, Presidente Saliente de la Junta Directiva, el 2 de noviembre de 2007. <i>Dr. Juan José Puigbó</i>	102
➤ Jornada Científica Bicentenario del nacimiento del Dr. Luis Daniel Beauperthuy	104
➤ Congresos de Historia de la Medicina en 2008	106

CARACAS, VENEZUELA, ENERO-DICIEMBRE 2007. VOLUMEN 56- N° 1-2

Serie Histórica 89-90

SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA



JUNTA DIRECTIVA 2007-2009

Presidente:

Dr. José Francisco

Vicepresidenta:

Dra. Isis Nezer de Landaeta

Secretaria de Correspondencia y Archivo:

Dra. Nora Bustamante

Secretario de Actas:

Dr. Daniel Sánchez

Tesorero:

Dr. Francisco Plaza Rivas

Bibliotecaria:

Lic. Consuelo Ramos de Francisco

Vocales:

Dra. Graciela Torres

Dr. Miguel González Guerra

Dr. Juan José Puigbó

REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Director

Dr. Luis Herrera García

Sub-director:

Dr. Miguel González Guerra

Comité Editorial:

Dra. Nora Bustamante

Lic. Consuelo Ramos de Francisco

Dr. Francisco Herrera

Correspondencia, Distribución y Canje:

Dr. Luis Herrera García

Palacio de las Academias

Caracas, 1010. Venezuela

Teléfono y Fax : 483.43.61

Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.
Año 1, N° 1 (Agosto 1945); 2ª Época, Vol. 1, N° 1 (Enero/Abril 1953)
Caracas: Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, 1945 Anual
Director-fundador: 1945: Dr. Joaquín Díaz González (†)
Director 2° Época: Dr. Alejandro Príncipe (†)
1. Medicina-Publicaciones periódicas. 2. Medicina-Venezuela-Historia

Textos, arte y edición: ATEPROCA. Teléfono: (+58-212) 793.51.03 Fax: (+58-212) 781.17.37
<http://www.ateproca.com> • E-mail: ateproca@cantv.net

MIEMBROS EMÉRITOS

- Dr. Tulio Briceño Maaz:* Habitación: Av. Las Acacias, Res. "San Luis", Apto. 5-B, Urb. La Florida, Caracas 1050. Teléfono: 782.87.48.
Dr. Gabriel Briceño Romerol: Habitación: Av. Santiago de Chile, Qta. "Nancy María", Urb. Los Caobos, Caracas 1050. Teléfono: 781.69.07.
Dr. Aníbal Osuna: Habitación: Calle San Pablo, Qta. "Alba", Urb. Prados del Este, Caracas 1080. Teléfono: 977.16.73.
Dr. Francisco Plaza Izquierdo: Habitación: Calle Vicuña, Qta. "Maricarmen", Urb. Valle Arriba Golf Club, Caracas 1060. Teléfono: 992.65.31
Dr. José T. Rojas Contreras: Habitación: Pinto a Miseria N° 117, Urb. Sta. Rosalía, Caracas 1010.
Dra. Nora Bustamante Luciani: Habitación: Calle C, Res. "La Blanquilla", Apto. 5.D, Sta. Rosa de Lima. Caracas 1060. Teléfono: (0212) 991.96.50 / 261.5373
Dr. Tulio López Ramírez: Habitación: Gran Avenida, Pza. Venezuela, Res. "Caron", Piso 4, Apto. 44, Urb. Sabana Grande

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Baruch Benacerraf
Dr. Jacinto Convit

Lic. Ruth Lerner de Almea
Dr. Francisco Montbrun

Dr. Luis Rivero Salas
Dr. José María Bengoa

SUCESIÓN DE LOS INDIVIDUOS DE NÚMERO

- I. Santos Aníbal Dominici, 1944-José Tomás Jiménez Arráiz, 1979-Tulio López Ramírez, 1984-Dr. Daniel Sánchez Silva (Electo)
- II. Diego Carbonell, 1944 - Joaquín Quintero Quintero, 1956 - Gabriel Briceño Romero, 1966 - Carlos Arocha Luna, 1985 - Tulio Arends, 1990 - Alfredo González Navas, 1991 - Graciela Torres V., 1998.
- III. Joaquín Díaz González, 1944 - César Lizardo (*) - Luis Alejandro Angulo Arvelo, 1979.
- IV. Jesús María Romero Sierra, 1944 - Oscar Beaujon, 1961 - José Luis Canelón Arocha, 1990 - Abraham Krivoy, 2000
- V. José Trinidad Rojas Contreras, 1944 - Carlos E. Castillo Faneite, 1977 - Constantino Javier Assiso Casarrubios, 1997.
- VI. Jesús Sanabria Bruzual, 1944 - Jesús Yerena, 1967 - Fermín Vélez Boza, 1975 - Dr. Aldo González Serva, 2006.
- VII. Jesús Rafael Rísquez, 1944 - Pedro Quintero García, 1956 - Nora Bustamante Luciani, 1987 (Vacante).
- VIII. Juan Iturbe, 1944 - Manuel A. Morillo Atencio (*) - Antonio Bonadies (*) - Alfredo Coello Canadet (*) - Eliéxer Urdaneta Carruyo (2004)
- IX. Vicente Dávila, 1944 - Tulio Villalobos Capriles, 1956 - Miguel Yáber Pérez, 1992.
- X. Ambrosio Perera, 1944 - Aníbal Osuna, 1973 - Adolfo Aristeguieta Gramcko, 1998. Carlos Hernández, 2002
- XI. Santiago Rodríguez, 1944 - L.M. Sánchez Martín (*) - Angel Grisanti, 1972 - Jorge Ibáñez Domínguez, 1985.
- XII. Víctor M. Ovalles, 1944 - Alberto Silva Alvarez, 1957 - Marisa Vannini de Gerulewicz, 1990.
- XIII. Ricardo Archila, 1952 - Tulio Briceño Maaz, 1973 - Víctor Rago, 1990 - Cruz Rodríguez Bolívar, 1992 - Berardo López, 2007
- XIV. Ricardo Alvarez, 1952 - José María Llopis, 1961 - Francisco Herrera Luque(*) - Mariano Alvarez, 1985.
- XV. Franz Conde Jahn, 1952 - Rafael Angel Martínez Montoya, 1978 - Moisés Feldman Gorn, 1990 - Juan José Puigbó, 2001.
- XVI. Mario Briceño Iragorri, 1953 - Focion Febres-Cordero, 1966 - Rafael Cordero Moreno, 1994.
- XVII. Miguel Zúñiga Cisneros, 1952 - Alfredo Puma Fabbriatore, 1975 - Miguel González Guerra, 1988.
- XVIII. Alejandro Príncipe, 1952 - David Iriarte, 1983 (Edgardo Malaspina, 2003).
- XIX. Temístocles Carvallo, 1952 - Mario Mazzei Uzcátegui, 1971 - David W. Fernández, 1977 - Luis A. Colmenares Suárez, 2005.
- XX. Ceferino Alegría, 1952 - Daniel Santiago Bracho Ochoa, 1986.
- XXI. Marcel Granier-Doyeux, 1952 - Eduardo Morales Briceño (2004).
- XXII. Salvador Córdoba, 1952 - Rosario Beuperthuy de Benedetti, 1970 - Fernando Azuaje Alvarez de Lugo (*).
- XXIII. Raúl Soulés Baldó, 1952 - Francisco Plaza Izquierdo, 1979, Francisco Miranda Ruiz, 1998.
- XXIV. Héctor García Chuecos, 1952 - Manuel Rodríguez Navarro, 1972. Julio César Potenziani, 2004
- XXV. Carlos R. Travieso, 1954 - Lorenzo Figallo Espinal, 1979 - Helmut K. Beyer Camp, 1992 - Vidal Rodríguez Lemoine (*).
- XXVI. Gabriel Trómpiz, 1954 - Fernando Bermúdez Arias, 1985.
- XXVII. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, 1954 - Alberto Sanabria (*) - Juan Gregorio Halbrohr, 1989 - Juan Armando Nesi, 1996 - Jesús Saturno Canelón, 2002
- XXVIII. Eduardo Röhl, 1954 - Pedro Blanco Gásperi, 1963 - Pedro J. Alvarez, 1966 - Alberto Angulo Ortega (*).
- XXIX. Blas Bruni Celli, 1957.
- XXX. Julio de Armas, 1955 - José Ramón López Gómez, 1996.
- XXXI. Edward Grom, 1986 - José Francisco, 2003.
- XXXII. José Joaquín Gutiérrez Alfaro, 1987 - Consuelo Ramos de Francisco, 2003.
- XXXIII. Pedro José Manrique Lander, 1987 (Vacante).
- XXXIV. Isis Nezer de Landaeta, 1992
- XXXV. Teudis Cardozo Soto, 1992 - Rafael Elías Pérez, 2005

(*) No incorporado

INDIVIDUOS DE NÚMERO

Alvarez, Dr. Mariano (Sillón XIV): Urb. San Miguel, Sección “Carmen Marina”, N° 39, Maturín. Edo. Monagas. Teléfono: (0291) 641.98.02 / fax: (0291) 641.23.08.

Angulo Arvelo, Dr. Luis Alejandro (Sillón III): Av. 10ª, entre 7ª y 8ª transv. Qta. “Lourdes”, Urb. Altamira. Caracas 1062. Teléfono: (0212) 263.67.61.

Angulo Ortega, Dr. Alberto (Sillón XXVIII): Av. Luis Roche, Res. Montreal, piso 2, apto. 2-A, Urb. Altamira. Caracas 1062. Teléfono: (0212) 284.42.02.

Assiso Casarrubios, Dr. Constantino Javier (Sillón V): Consultorio: Instituto Diagnóstico, Av. Anauco, Torre Diagnóstico, piso 2, consultorio 21. San Bernardino. Caracas 1011. Teléfono: (0212) 551.29.37 / 256.80.52. E-mail: jassisomd@cantv.net

Azuaje Alvarez de Lugo, Dr. Fernando (Electo Sillón XXII): Av. Orinoco, Res. “Kioté”, Apto. 4 - D, Urb. Cumbres de Curumo. Caracas 1080. Teléfono: (0212) 977.47.61.

Bermúdez Arias, Dr. Fernando (Sillón XXVI): Consultorio: Policlínica Maracaibo. Av. 8 c/ Calle 71. Maracaibo (Edo. Zulia). Telf: (0414) 361.74.74 / (0261) 797.19.60. E-mail: fabafaba@telcel.net.ve. Página web: electrocardiografía www.Geocities.com/hot.SPRINS/OASIS/9617

Bracho Ochoa, Dr. Daniel Santiago (Sillón XX): Habitación: Av. Rafael Ma. Baralt, c/ Av. Agustín Codazzi, Qta. “Sareya”, San Bernardino. Caracas 1011. Teléfono: (0212) 551.37.49 / 235.21.58 E-mail: medico965@hotmail.com.

Bruni Celli, Dr. Blas (Sillón XXIX): 1ª Av. entre 9ª y 10ª transv., Qta. “María Eugenia”, Altamira. Caracas 1062. Teléfono (0212) 261.03.48 / 261.89.91. E-mail: bbc2000@cantv.net

Colmenares, Suárez, Dr. Luis Alfonso (Sillón XIX): Bloque 1, entrada G, piso 4, apto. 13. El Silencio. Telf.: (0212) 482.94.93 / 482.55.94 – (0416) 708.33.37. E-mail: lacsuarez@yahoo.com

Cordero Moreno, Dr. Rafael (Sillón XVI): Final Av. Coromoto, Res. “La Montaña”, Apto. 21-B, Urb. Avila, Caracas, 1050. Telf.: (0212) 551.75.55 / 551.70.37.

Francisco, Dr. José (Sillón XXI): Calle El Rosario. Res. Samarkanda N° 16, Los Chorros. Telf.: (0212) 237.04.43 / 555.93.78 – (0414) 277.30.85

González Guerra, Dr. Miguel (Sillón XVII): Av. Páez, Res. 2000, Edif. Elena, Apto. 11, El Paraíso. Caracas 1021. Telf: (0212) 461.48.89.

González Serva, Dr. Aldo (Sillón VI) 37 Corey Road, Brookline, MA 02445, USA. Tlf, (617)645-9708

Hernández H, Dr. Carlos A. (Sillón X): Calle Margarita, Qta. Carmarula. Prados del Este. Telf.: (0212) 977.08.50 / 571.25.13 – (0414) 321.53.09

Ibáñez Domínguez, Dr. Jorge (Sillón XI): Av. Avila, Edif. “Taguapire”, PH. Urb. San Bernardino, Caracas 1010. Telf.: (0212) 577.74.41 / 574.50.53.

Krivoy, Abraham (Sillón IV) Av. Manuel Felipe Tovar, Qta. Hoppsing, San Bernardino. Telf.: (0212) 552.93.10 / 551.15.04 / 552.93.10 – (0414) 329.17.15

López Gómez, Dr. José Ramón (Sillón XXX): Av. Principal de Cumboto Norte. Qta. Por fin, Valencia (Edo. Carabobo). Telf.: (0242) 364.69.38 – (416) 642.19.60. Otra dirección: (0242) 842.12.97 / 843.18.02. E-mail: joselopezgonzalez@cantv.net. jlopezg@postgraduc.edu.ve.

Manrique Lander, Dr. Pedro José (Sillón XXXIII): Calle B-10, N° 181, Qta. “Mercedes”. La Lagunita Country Club. El Hatillo. Telf.: (0212) 963.72.50 / 575.06.84 – (0412) 700.24.20.

Malaspina Guerra, Edgardo (Sillón XVIII): Urb. La Tropical, calle N° 5 – San Juan de los Morros (Guárico) – Telf.: (0416) 348.96.00 / (0246) 415.81.71 – E-mail: edgardomalaspina@hotmail.com

Miranda Ruiz, Dr. Francisco (Sillón XXIII): Telf.: 991.78.15 / 96.02.05. E-mail: franmr@cantv.net.

Morales Briceño, Dr. Eduardo (Sillón XXI): Calle C-1. Qta. “Aqual-Lado”, La Lagunita Country Club, El Hatillo. Telf.: (0212) 963.81.47 / 571.49.54 / 552.11.20. E-mail: edumor@telcel.net.ve.

Nezer de Landaeta Dra. Isis (Sillón XXXIV): Calle San Pedro, Qta. “33”. Urb. Prados del Este. Caracas 1071. Telf.: (0212) 976.07.01 / 431.22.38 / 762.14.45 – (0412) 627.60.77 – (0416) 622.52.15. E-mail: landaetanezer@yahoo.com.

Pérez, Dr. Rafael Elías (Sillón XXXV): C alle Higuierotes, Manzana K, N° 1, Casa Magda. Prado de María. Telf.: (0212) 631.19.21 / (0414) 256.09.92

Potenziani Bigelli, Julio César (Sillón XXIV) Av. 10, Res. Avilana, piso 1, Apto 101-A – Altamira, Caracas. Telf.: (0212) 2642269 – (0416) 6063276. E-mail: julepotb206@cantv.net - jpoteziani@cantv.net - Sitio web: www.urologiaaldia.com

Puigbó García, Dr. Juan José (Sillón XV): Calle Las Cocuizas, Qta. “Aloa”, Urb. El Peñón, Caracas. Telf.: (0212) 979.70.23 / 977.27.64 / 551.12.60 – (0414) 254.05.96. E-mail: jjpuigbo@cantv.net

Ramos de Francisco, Consuelo (Sillón XXXII): Calle El Rosario. Res. Samarkanda N° 16, Los Chorros. Telf.: (0212) 237.04.43 / 241.0.06, ext. 22 – (0414) 639.75.89. E-mail: chenofra@cantv.net

Rodríguez Lemoine, Dr. Vidal (Sillón XXV): Calle Paso Real. Quinta RR. Prados del Este. Telf.: (0212) 978.40.58 / (0414) 249.84.92

Sánchez S, Dr. Daniel. (ELECTO Sillón I) Calle B, Ed. Saint Moritz, Ap 1-A, La Boyera. Caracas. Tlf 0416 622 3828.

Saturno Canelón, Jesús (Sillón XXVII): Av. Motatán, Esq. C / Ojama. Quinta Luzero. Colinas de Bello Monte. Telf.: (0212) 753.15.05

Torres V., Dra. Graciela (Sillón II): Av. Principal, Res. “Doravila”, torre C, Apto. 75, Urb. Avila, Caracas, 1050. Telf.: (0212) 730.31.77 – (0414) 330.95.56. E-mail: gtorres@cantv.net

Urdaneta Carruyo, Dr. Eliéxer (Sillón VIII): Instituto de Gastroenterología. Av. 3, N° 29-28. Mérida, Edo. Mérida. Telf.: (0274) 271.42.75.

Vannini de Gerulewicz, Dra. Marisa (Sillón XII): Av. Los Pinos 26, La Florida. Caracas 1050. Telf.: (0212) 730.16.27. E-mail: leoleogv@hotmail.com / ggerulew@telcel.net.ve

Yáber Pérez, Dr. Miguel (Sillón IX): Av. Parima, Qta. “Coky”. Colinas de Bello Monte, Caracas. Telf.: (0212) 752.17.20.

NACIONALES

Distrito Federal

Briceño-Iragorry Leopoldo
Cabrera Domínguez, Guillermo
Cappelletti, Angel J.
Carvalho Ganteaume, Marcel
Escalona, Roger
Herrera García, Luis Enrique
Méndez Sereno, Coromoto
Nuñez G. Germán R.
Pollak-Etz, Angelina Sáenz
Ponce Ducharme, Pedro Luis
Plaza Rivas, Francisco Alberto
Sáenz Astort, José Antonio
Sardiñas Fernández, Carlos E.
Velázquez, Ramón J.
Viso Rodríguez, Julián

Anzoátegui

Salazar Cordero, Jesús

Aragua

Andrade Marcano, David
Contreras Andrade, Floreal

Barinas

Tapia Contreras, José León

Carabobo

Bellera Arocha, Ignacio
Chacón Nieto, Eugelio
Cubillán Fonseca, Luis
Dao Jurado, Miguel Elías
Celis Blaubach, Alfredo
Ramos Piñero, Mariely

Guárico

Rodríguez, Adolfo

Lara

Dao, Luis

Mérida

Balza Hernández, Francisco
Chalraud Zerpa, Carlos
Novoa Montero, Darío
Tablante Garrido, Pedro N.

Sucre

Ponce Ducharme, Luis Delfín
Balza, Francisco

Táchira

Romero Lobo, Francisco

Trujillo

Díaz Castañeda, Raúl
Mendoza Montini, Luis

Yaracuy

Pérez, Ricardo Emilio

Zulia

Arrieta M., Orlando
Gutiérrez, Humberto

MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Argentina

Aznárez, Enrique P.
Kohn Loncarica, Alfredo
Vozza, Jaime

Brasil

Bobio, Amadeo
Cavalcanti, Jaime
Correia Lima, Olavo
Da Silva Lacaz, Carlos
De Vasconcelos, Ivolino
Leite Cordeiro, José Pedro
Leme, Ernesto

Colombia

Bonilla Naar, Alfonso
Paz Otero, Gerardo
Roselli, Humberto
Serpa Flores, Fernando

Cuba

López Sánchez, José

Ecuador

Fierro Benítez, Rodrigo

España

Bosch Mijares, Juan
Cortejoso, Leopoldo
Guerra, Francisco
Jiménez Herrero, Fernando
López Piñero, José María

Estados Unidos de América

Mena, César
Risse, Guenter B.
Toledo Pereyra, Luis

Francia

Dulieu, Louis
Dumaitre, Paule

Guatemala

Figueroa Marroquín, Horacio

Italia

Bernabeo, Raffaele Alberto Cherubbini, Arnaldo
Di Mattei, Pietro
Galluppi, Fernando
Stroppiana, Luigi

Jamaica

Beabrum, Mathew

México

Fernández del Castillo, Francisco Ramos Espinoza,
Alfredo
Somolinos Palencia, Juan

Perú

Bedoya Villacorta, Antolín

Portugal

Meneses Dos Santos, Luis Felipe
Saralegui, José

Suiza

Joris, Roger

INVITADOS DE CORTESÍA

Aguilar, Elmer Arturo
Aizpúrua, Yon
Amundaray, Gerardo
Blanco Rengel, César
Cabrera Reyes, Miguel O.
Contreras Blanco, Jairo E
Cruz de Quintero, Angela
Genis, Abraham
Guarapo R, Cutberto
Herrera, Francisco
León de Ponce, Celina
López S., Josefina
Romero Reverón, Rafael
Zambrano, Alejandro

Normas para autores de publicaciones en la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

La *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina* es una publicación periódica, órgano de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y del Congreso Nacional de Historia de la Medicina. En ella, se dará cabida a los trabajos presentados en la Sociedad, en Congresos de Historia de la Medicina y los que ordene la corporación y sean aceptados por la Comisión Editorial. Los trabajos enviados deben ser inéditos de acuerdo con las pautas de la Sociedad.

Todos los manuscritos enviados a la Revista son revisados por la Comisión Editorial y sometidos a evaluación de expertos en cada tema. El número de revisores por trabajo puede ser uno o más, según la complejidad o las discrepancias que suscite. Ninguno de los revisores forma parte del Comité Editorial. La opinión, y recomendaciones de los revisores son recibidas en forma escrita y anónima. Serán comunicadas a los autores, cuando así lo decida la Comisión Editorial. Los revisores deben respetar la confidencialidad y no comentar el contenido del trabajo con terceras personas; ni utilizar sus datos, de manera alguna, para beneficio propio o de otros. Cuando haya conflicto de intereses con autores, temas o financiamiento, el revisor debe abstenerse de actuar como experto.

Se entregarán TRES COPIAS del trabajo, escritas en computadora a doble espacio, en papel tamaño carta, con márgenes de 2,5 cm en todo el contorno, usando letra Times New Roman N° 12. Se incluirá copia en disco compacto, así como teléfono celular y correo electrónico del autor principal, de manera que asegure la comunicación entre las partes. Puede incluirse el grado académico del autor (es) así como el cargo que ocupan en su lugar de trabajo. El autor debe conservar copia del material enviado.

La presentación del trabajo en la Sociedad y su publicación, requiere llenar completamente la PETICIÓN que aparece en cada número de la Revista, la cual puede también solicitarse en Secretaría.

El título del trabajo debe ser lo más conciso posible, sin exceder de VEINTE PALABRAS. Al comienzo del artículo, incluirá Resumen en castellano e inglés, no mayor de 150 palabras. Se colocarán luego las Palabras

clave. Las referencias se limitarán exclusivamente a las mencionadas en el texto, numeradas en forma correlativa y anotadas entre paréntesis, en lugar correspondiente del texto.

Para la elaboración de la lista de referencias deberán seguirse las siguientes normas:

- a) Si se trata de publicaciones periódicas: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre. Título del artículo: Abreviatura internacional de la revista (Cf. MESH) Año; volumen: páginas, inicial y final.
- b) Si se trata de libros: apellido(s) del autor(es), inicial(es) del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad): casa editora; año de publicación.
- c) Si se trata de capítulo de un libro: apellido(s) del autor(es), inicial(es) del nombre. Título del capítulo. En: apellido(s) e inicial(es) del editor. Título del libro. Edición. Lugar de publicación; casa editora; año. Página inicial y final.

Para mayor información sobre Referencias, consultar los "Requisitos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas", revisados en noviembre 2003, (Disponible en www.icmje.org. Gac Méd Caracas. 2000;108(4):541-556).

Las ilustraciones: fotografías, dibujos, gráficas, etc. deben ser de buena calidad y adecuadamente demostrativas. Se presentarán por separado, indicando numeración y una breve leyenda.

La petición de separatas y su costo serán convenidas por los autores con la empresa editora.

La decisión sobre aceptación, modificación o rechazo de un trabajo serán comunicados al autor.

La Revista NO se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores.

EDITORIAL

Dr. José Francisco
Presidente de la SVHM

La satisfacción de consolidar, con este número de 2007, el esfuerzo realizado por las juntas directivas precedentes de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM) para poner al día nuestro principal órgano de difusión es un importante logro que había sido diferido debido a múltiples factores, ajenos a las gestiones efectuadas.

Los fondos que se utilizaron para la edición de los números pendientes de publicación, correspondientes a los siete años del lapso 2000-2006, fueron aportados por varios organismos de índole pública y privada: Rectorado de la Universidad Central de Venezuela (UCV), Facultad de Medicina de la UCV, BANESCO Banco Universal y Federación Médica Venezolana, a cuyos directivos les hemos agradecido su valioso y oportuno apoyo, sentimiento que reiteramos en esta oportunidad.

Desde la Sociedad debemos destacar especialmente las diligencias exitosas del Dr. Juan José Puigbó, Presidente de la Junta Directiva 2005-2007 y del Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry, en relación con las donaciones de BANESCO y de la Fundación Vollmer, respectivamente.

La Junta Directiva precedente y el Comité Editorial de la Revista, en especial su Director, el Dr. Miguel González Guerra, gestionaron exhaustivamente en este año, la reincorporación de nuestra Revista en el Listado Nacional de Publicaciones Científicas y Tecnológicas del Fondo Nacional de Ciencia Innovación y Tecnología (FONACIT), antes CONICYT. Sin embargo, no se alcanzó el éxito esperado. Este apoyo será indispensable para respaldar la aparición oportuna y regular de nuestra publicación periódica, la cual, dicho sea de paso, es la única de su especie que se publica en el país. Por estas razones reiniciaremos

muy pronto las gestiones que permitan la aprobación de la citada reincorporación.

La asistencia regular y participación activa de nuestros miembros y amigos en las reuniones de la Sociedad, y el éxito del evento en homenaje al ilustre científico franco-venezolano Dr. Luis Daniel Beauperthuy, en el segundo centenario de su nacimiento, (1807-2007), conmemorado en noviembre de 2007, estimulan a continuar con paso firme y seguro.

La SVHM realizó en octubre de este año, una interesante sesión conjunta con la Academia Nacional de Medicina, como parte de las actividades periódicas que se desarrollan entre ésta y las sociedades científicas venezolanas, cristalización de una loable actitud de integración por parte de la ilustre Academia.

Nuestro sitio Blog en Internet: (<http://sovehime.blogspot.com/>) permite que a cualquier hora se tenga acceso libre a información básica sobre nuestra Sociedad, conocer el calendario con los ponentes y los temas que se discutirán en las reuniones ordinarias y extraordinarias en los meses siguientes e informarse de la historia y los reglamentos de la Sociedad, así como de otros eventos de interés en el área.

Para el año siguiente, 2008, se nos plantea el reto del Congreso Nacional de Historia de la Medicina programado para octubre, cuya sede será la ciudad de Caracas y que llevará como epónimo, por decisión unánime de la Junta Directiva, el honroso nombre del Académico "Dr. Francisco Plaza Izquierdo", Miembro Emérito, Ex-Presidente de la SVHM, Benefactor y muy valioso integrante de nuestra corporación.

Igualmente se anuncian dos congresos del área: uno en Granada, España, los días 12, 13 y 14 de

EDITORIAL

junio de 2008, y el otro en el lapso del 7 al 12 de septiembre, el XLI Congreso Internacional de Historia de la Medicina, organizado éste por la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina (SIHM), evento de carácter mundial, que por primera vez se desarrollará en la geografía latinoamericana, concretamente en Ciudad de México y en Puebla.

Este panorama de retos de participación en eventos de nuestro interés, tanto dentro como fuera del país, nos debe estimular para la preparación de trabajos científicos en el área.

El conocimiento adquirido en el devenir profesional de nuestros integrantes y amigos, los testimonios recibidos de nuestros maestros, la lectura de documentos que reposan en las bibliotecas públicas y privadas, así como el esfuerzo que se realiza para presentar conferencias sobre temas relacionados con la historia de las ciencias de la salud, debería

conducir con más frecuencia a la sistematización de los contenidos de mayor interés y la redacción paralela o subsiguiente de un artículo científico que, publicado en nuestra revista, permita que un número creciente de lectores, dentro y fuera del país, pueda disfrutar de la información recabada y de las opiniones emitidas por sus autores.

La nueva Junta Directiva que coordina las acciones a desarrollar en el bienio 2007-2009, asume el reto de un desempeño exitoso, con el optimismo que produce el pertenecer a una sociedad formada por profesionales estudiosos y consecuentes, interesados en progresar y dispuestos a colaborar como un equipo armónico.

Esta oportunidad es propicia para invitar de nuevo a todos los miembros y amigos de esta Sociedad a participar activamente en la vida científica y social que desarrollamos y a publicar su producción científica en nuestra revista.

INFORME DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA, PERÍODO 2005 – 2007

Finalizado el lapso que señalan las normas vigentes, la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, presenta ante la consideración de sus Miembros, el informe de gestión correspondiente al período 2005-2007.

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Juan José Puigbó.

Vicepresidente: Dr. José Francisco.

Secretario de Actas: Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez.

Secretario de Correspondencia y Archivo: Dr. Edgardo Malaspina.

Tesorero: Dr. Julio César Potenziani.

Bibliotecario: Dra. Consuelo Ramos de Francisco.

Primer vocal: Dra. Graciela Torres.

Segundo Vocal: Dra. Isis Nézer de Landaeta

Tercer Vocal: Dr. José Ramón López Gómez.

El 23 de noviembre de 2006, se recibió la renuncia del Dr. Julio Potenziani como Tesorero y Director de la Revista. El 07 de marzo de 2007, se eligió, en Asamblea el Dr. Francisco Plaza Rivas como nuevo Tesorero. Desde el 24 de noviembre de 2006 hasta el 16 de enero de 2007, el Dr. Miguel González Guerra asumió interinamente la Dirección de la Revista, por disposición de la Junta Directiva.

En cumplimiento con lo establecido en los Estatutos y Reglamentos vigentes de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, se presenta el Informe de la gestión realizada por la Junta Directiva que la presidió durante el lapso 2005-2007. Dicho Informe se estructura de la siguiente manera: I) Informe de Actividades, II) Informe de la Biblioteca

de la Sociedad, III) Informe de Tesorería, IV) Comentarios finales.

INFORME DE ACTIVIDADES

La Junta Directiva que presidió la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina en el período descrito, fue electa en la Reunión convocada a tal efecto el día 05 de octubre del año 2005 según consta en el Acta No 715 del Libro de Actas de la Corporación. Sus integrantes tomaron posesión de sus cargos y prestaron el juramento de rigor en Reunión Solemne celebrada en el Salón de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina el 26 de octubre de 2005.

En el plan de trabajo para desarrollar en el bienio se consideraron los siguientes:

Objetivos generales:

1. Continuar con el desarrollo académico-administrativo de la Corporación.
2. Propiciar y promover una mayor asistencia y participación en las Sesiones y en todas las actividades de la Sociedad.
3. Fortalecer las relaciones interinstitucionales con la Academia Nacional de Medicina, otras Academias Nacionales, Sociedades Científicas y otras instituciones.

Objetivos específicos:

1. Lograr la puesta al día y la publicación regular de la Revista de la Sociedad.
2. Actualizar y modernizar la Revista desde el punto de vista editorial.
3. Gestionar la reincorporación de la Revista en el Registro de Publicaciones Periódicas de FONACIT.

4. Gestionar una fuente de financiamiento estable que permita garantizar el funcionamiento presente y futuro de la SVHM.

Comisiones

El mismo día de la Juramentación, la Junta Directiva procedió a designar la **Comisión de Análisis del Informe de Gestión de la Junta Directiva Saliente**, integrada por los Dres. Nora Bustamante, Miguel González Guerra y Rafael Elías Pérez. Dicha Comisión rindió el informe correspondiente el cual reposa en los archivos de la Sociedad. En su primera reunión celebrada el 29 de octubre de 2007, la Junta Directiva designó las siguientes Comisiones.

Comisión Editorial y Redactora:

Director: Dr. Julio Potenziani.

Subdirector: Dr. Miguel González Guerra

Comisión Redactora: Drs. Nora Bustamante Luciani, Consuelo Ramos de Francisco y Daniel Sánchez.

Comisión de Credenciales: Dres: Isis Nézer de Landaeta; Miguel González Guerra y Abraham Krivoy.

Comisión de Reuniones Científicas:

Dres: Isis Nézer de Landaeta; Miguel González Guerra y Abraham Krivoy.

En reunión de Junta Directiva celebrada el 17 de enero de 2007, se designó una **nueva Comisión Editorial y Redactora:**

Director de la Revista: Dr. Miguel González Guerra.

Subdirector: Dra. Nora Bustamante.

Comisión Redactora: Dres. Daniel Sánchez, Consuelo Ramos de Francisco, Luis Alfonso Colmenares, Francisco Herrera y Francisco Plaza Rivas.

Gestiones financieras

Al iniciar la gestión la Junta Directiva y el Comité Editorial trabajaron conjuntamente para buscar soluciones a los graves problemas que presentaba la revista, tanto de índole administrativo como en su proceso editorial. La Junta Directiva y el Comité Editorial de la Revista de la Sociedad lograron el financiamiento para su puesta al día, a través de las siguientes fuentes:

1. BANESCO Banco Universal. Presidente: Juan Carlos Scotet y Vicepresidente Javier Luján.
2. Rectorado de la UCV. Rector: Dr. Antonio París.
3. Decanato de Medicina. Decano: Dr. Rodolfo Papa.
4. Federación Médica Venezolana. Presidente: Dr. Douglas León Natera y Dra. Graciela Torres, Presidenta de la Comisión de Cultura.

Por otra parte, también debe señalarse que las gestiones realizadas por la Junta Directiva ante la Fundación Vollmer por intermedio del Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry, Secretario de la Academia Nacional de Medicina y Miembro Correspondiente de la SVHM, tuvieron éxito, al lograrse un aporte financiero, que figura en el Informe de Tesorería.

Secretaría de la Sociedad

La Junta Directiva cuenta con la valiosa colaboración de la Secretaria Sra. Iraida Araujo. A proposición del Tesorero actual, Dr. Francisco Plaza Rivas, se aprobó en reunión ordinaria de Junta Directiva el incremento de su remuneración. Debe destacarse que sus labores se han optimizado al disponer de un nuevo y actualizado equipo de computación otorgado en carácter de comodato gracias a las gestiones realizadas ante la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Dr. Leopoldo Briceño – Iragorry. Además ha continuado su labor de apoyo a los investigadores que acuden a la Biblioteca de la Sociedad en búsqueda de información.

SILLONES Y MIEMBROS

Total de sillones: 35

Sillones vacantes: 3

Miembros Electos no incorporados: 2

Miembros Correspondientes Nacionales: 40

Miembros Correspondientes Extranjeros: 40

INDIVIDUOS DE NÚMERO

Electos:

02/08/06: Dr. Francisco Plaza Rivas.

02/08/06: Dr. Daniel Sánchez.

Incorporados:

Sillón VI, 05/04/06: Dr. Aldo González Serva.

INFORME

Sillón XIII, 10/07/2.007: Dr. Berardo López.

NUEVOS MIEMBROS CORRESPONDIENTES NACIONALES

Electos:

06/06/2.007: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

06/06/2.007: Dr. Roger Escalona

06/06/2.007: Dr. Francisco Herrera

01/08/2.007: Dr. César Blanco

01/08/2.007: Dr. Julián Viso Rodríguez

Total actual: 37

MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Total actual: 39

MIEMBROS FALLECIDOS:

11/11/2005: Dr. Aníbal Osuna (Miembro Emérito)

01/12/2006: Dr. Cruz Rodríguez Bolívar (Individuo de Número)

02/07/2006. Dr. Tulio López Ramírez (Miembro Emérito)

15/05/2007. Dr. Francisco Montbrún (Miembro Honorario)

10/08/2007. Dr. Pedro Manrique Lander (Individuo de Número)

INVITADOS DE CORTESÍA

Total actual: 15

Entre las múltiples actividades de la Sociedad se destacan:

- a) Sesiones
- b) Temas presentados
- c) Jornadas
- d) Publicaciones
- e) Presentación de libros
- f) Relaciones interinstitucionales
- g) Homenajes

a) Sesiones

Se realizaron 24 sesiones distribuidas de la siguiente manera:

Ordinarias: 20

Solemne: 1 (Toma de Posesión de la Junta Directiva entrante el día 26 de octubre de 2005).

Extraordinarias: 2 (Incorporaciones como Individuo de Número de los Dres. Aldo González Serva el 05/04/2006 y Berardo López el 18/07/2007)

b) Temas presentados, especificando fechas y autores

Reuniones Ordinarias.

02/11/2005: “*La visión bioética en los preceptos de Maimónides*” Trabajo de Incorporación de la Dra. Marielys Ramos de Cabrera como Miembro Correspondiente Nacional por el Estado Carabobo a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

07/12 /2005: a) “*Momentos estelares de la Obstetricia y la Ginecología*” Dr. Otto Rodríguez Armas; b) “*Breve comentario sobre el Sexagésimo aniversario de la primera fumigación con DDT en Venezuela 1945-2005*”. Dr. José Francisco.

18/01/2006: “*En reconocimiento a Sara Bendahan*”. Dra. Sonia Heckers Hecker de Torres.

08/02/2006: “*Doctor Hernán Méndez Castellano, un ideólogo de la venezolanidad*”. Dr. Luis Ceballos García.

08/03/06: “*Pintura y Medicina en el Museo del Prado*”. Dr. Francisco Plaza Rivas.

03/05/2006: “*Pedro María Morantes (Pio Gil): beato de la Libertad*”. Dr. Francisco Miranda Ruiz.

07/06/2006: “*Hitos en la Historia de la Bioética*”. Dra. Isis Nézer de Landaeta.

12/07/2006: “*Antiguos Hospitales de Caracas: Desde su fundación hasta la inauguración del Hospital Vargas de Caracas*”. Dr. Roger Escalona Alarcón.

02/08/2006: “*Harald Hirschprung: un prototipo de pediatra cirujano*”. Dr. Leopoldo Briceño Iragorry.

04/10/2006: “*Francisco Eugenio Bustamante: Fundador de la cirugía abdominal en Venezuela*”. Dra. Nora Bustamante Luciani.

01/11/2.006: “*Andrés Vesalio y Leonardo Da Vinci: dos artistas viendo la figura humana durante el Renacimiento*”. Dr. Daniel Sánchez Silva.

29/11/2006: Ver el aparte de Jornadas detallado más adelante.

29/11/2007: a) “*Médicos Paleoantropólogos famosos*”. Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez. b) “*Evolución anatómica del Homo sapiens*”. Dr. Julián Viso.

07/02/ 2007: “*Niccoló Paganini: Virtuosismo y enfermedad*”. Dr. Juan José Puigbó

07/03/2007: “Aspectos biográficos del Dr. Armando Márquez Reverón”. Dr. César Blanco Rangel.

11/04/2007: “Historia de la Cirugía en Venezuela, sus maestros”. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

02/05/2007: “Telmo Romero, ángel o demonio”. Dr. Roger Escalona

06/06/2007: a) “La peculiaridad del pueblo judío”. Dr. Abraham Genis.

b) “Pasado, presente y futuro de las revistas médico-científicas venezolanas”. Dra. Consuelo Ramos de Francisco

04/07/2007: a) “Enrico Carusso y el precio de la fama”. Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry.

b) “Los niños y los malos tratos. Visión histórica”. Dr. José Francisco.

01/08/2007: “Ontogénesis del desarrollo cerebral: mitología, antropología e historia”. Dr. Jairo Contreras.

03/10/2007: Incorporación del Dr. Roger Escalona Alarcón como Miembro Correspondiente por el Distrito Capital. Trabajo de Incorporación: “Aspectos de la historia de la cirugía colónica en Venezuela”.

Reuniones extraordinarias.

5/4/2006: Incorporación del Dr. Aldo González Serva como Individuo de Número, Sillón N° VI. Trabajo de Incorporación: “Bibliografía indizada y digitalizada de la Revistas de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina”. Juicio Crítico: Dra. Consuelo Ramos de Francisco.

18/07/2007: Incorporación del Dr. Berardo López como Individuo de Número, Sillón N° XIII. Trabajo de Incorporación: “Salud Pública. Dr. José Ignacio Baldó” Juicio Crítico: Dr. Abraham Krivoy.

Es oportuno mencionar que se insistió en las siguientes disposiciones dentro de la dinámica de las Sesiones:

1. Establecimiento de cronograma semestral de actividades
2. Entrega a los asistentes a las sesiones de la Sociedad, de una cuartilla contentiva del resumen de la Conferencia
3. Lectura de la síntesis curricular del conferencista
4. Solicitud sistemática de la versión escrita de la Conferencia que cumpla las Normas de Publicación de la Revista.

c) Jornadas y eventos

El 29 de noviembre de 2006, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, se realizó la I Jornada de Historia de la Medicina con la participación y apoyo del Colegio de Médicos del Estado Carabobo. Su coordinación estuvo a cargo de la Dra. Marielys Ramos de Cabrera, Miembro Correspondiente Nacional de la Sociedad por dicho Estado. A continuación las conferencias presentadas y sus autores:

1. “A 200 años de la Real Expedición Antivariólica de Balmis”. Dr. José Francisco.
2. “Niccolò Paganini: Virtuosismo y patología”. Dr. Juan José Puigbó.
3. “Significación histórica de Lorenzo Campins y Ballester”. Dr. Miguel González G.
4. “Médicos en Carabobo. Académicos – Políticos y gremialistas”. Dr. Ramón Hernández Morales.
5. “Etapas históricas de la Gaceta Médica de Caracas. Presencia de médicos carabobeños”. Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez.

El día 04 de octubre de 2007, auspiciado por la Academia Nacional de Medicina, se celebrará una reunión conjunta con esta corporación. Las conferencias y sus autores serán las siguientes:

Presentación. Dr. Juan José Puigbó

Una nueva perspectiva para la Educación Médica. Dr. Miguel González Guerra.

Hitos en la Historia de la Bioética. Dra. Isis Nézer de Landaeta.

Síndrome alcohólico fetal. Dr. José Francisco.

La Junta Directiva acordó la realización de un homenaje al Dr. Luis Daniel Beauperthuy, junto con las Sociedades de Infectología y de Microbiología, evento coordinado por el doctor José Francisco, Vicepresidente de la SVHM.

La Jornada Científica Bicentenario del Nacimiento del Dr. Luis Daniel Beauperthuy (1807-2007), se efectuará en Caracas (Palacio de las Academias) con el valioso apoyo de la Academia Nacional de Medicina, los días 1 y 2 de noviembre de 2007 con un programa del cual se anexa copia.

d) Publicación de la revista.

Se gestionaron y obtuvieron los recursos económicos necesarios para publicar los siete números atrasados de la Revista; (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006) los cuales se ajustaron a las características exigidas por las normas COVENIN que permitan su inclusión en el registro del FONACIT.

INFORME

Los volúmenes 54 y 55 correspondientes a los años 2005-2006, fueron diagramados por la Editorial Ateproca dirigida por el Dr. Rogelio Pérez D' Gregorio. Los dos últimos números impresos con un formato moderno ajustado a las tendencias editoriales actuales. Igualmente se logró incorporarla nuevamente en el Índice Latinoamericano de Ciencias de la Salud (LILACS)

e) Presentación de libros.

03/05/2006: “*Carlos Edmundo Salas: una huella trascendente*”. Autor: José Ramón López Gómez.

01/11 /2006: “*Historia de los Colegios Médicos de Venezuela*”. Autora: Dra. Graciela Torres.

17/01/2007: “*Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano*”. Autores: Dres. Jaime Gómez-González, Leopoldo Briceño-Iragorry y Miguel Rabi Chara.

07/05/2007. “*Arquetipos de la Libertad Americana*”. Autor: Lic. Yon Aizpúrua.

02/05/ 2007. “*Lorenzo Campins y Ballester: Moisés, Quijote, Apóstol y Héroe de la Medicina venezolana*” (2da edición). Autor: Dr. Miguel González Guerra.

“Porque los libros son más que libros,

Son la vida misma,

Son el propio corazón y la sustancia de las épocas pretéritas,

Son la razón por la cual los hombres viven, trabajan y mueren,

Son la esencia y la quintaesencia de sus vidas”.

Amy Lowell (1874-1925)

Poetisa norteamericana ganadora del Premio Pulitzer 1925

f) Representación de la SVHM ante otras organizaciones:

Ante la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela: se ratificó la designación del Dr. José Francisco.

Ante la Academia Nacional de Medicina: se designó a los Dres. José Francisco y Daniel Bracho como Invitados Asociados, (categoría creada recientemente por la ANM), en representación de la SVHM.

Se han mantenido y fortalecido las relaciones institucionales con la Academia Nacional de Medicina, con la Red Venezolana de Sociedades Científicas, con diversas Sociedades Científicas y con otras organizaciones.

g) Homenajes, reconocimientos y

felicitaciones:

Se rindieron sencillos pero muy sentidos homenajes a cinco miembros de la Sociedad.

Dr. Tulio Briceño Maaz, en sus 100 años de existencia.

Dr. José Trinidad Rojas Contreras con motivo de su centésimo cumpleaños.

Dr. Francisco Plaza Izquierdo en sus 90 años de vida

Dr. José Ramón López Gómez por su labor en la Coordinación del Doctorado en Ciencias Médicas de la Ilustre Universidad de Carabobo (en el marco de la Jornada de Historia de la Medicina, celebrada en el Colegio de Médicos del Estado Carabobo).

La Junta Directiva expresa su regocijo por las distinciones que han recibido los Miembros y amigos de la SVHM, durante el lapso comprendido entre octubre 2005 y octubre 2007. A pesar del esfuerzo realizado no ha sido posible recoger toda la información relacionada con este aspecto por lo cual al disponer de ella, se informará oportunamente a todos los integrantes de esta corporación.

COMENTARIOS FINALES

Consideramos que los objetivos trazados al inicio de la gestión fueron conseguidos gracias al concurso de los Miembros de la Directiva y demás integrantes de la Sociedad. Todos los objetivos generales se cumplieron de la manera programada; entre los cuales se encuentran la búsqueda del mantenimiento de la excelencia académica de la SVHM, el lograr una asistencia satisfactoria y la ampliación de las relaciones interinstitucionales.

En cuanto a los objetivos específicos, estos fueron cumplidos a cabalidad excepto el relativo al mantenimiento de la página Web de la Sociedad. Se hicieron tentativas con algunas empresas especializadas y que habían contactado con Juntas Directivas anteriores.

Lamentablemente debido a la carencia de recursos financieros no pudo sostenerse dicha página. Sin embargo, para compensar esta situación se creó el sitio Blog: <http://sovehime.blogspot.com/> el cual está activo y disponible en forma permanente en la Red de Internet, para contribuir a divulgar la información relativa a la Sociedad.

En lo que se refiere a la obtención de una fuente de financiamiento estable, es deseable que se continúen las gestiones que permitan el mantenimiento y

desarrollo de los compromisos de la SVHM desde el punto de vista financiero. (Fundación Vollmer, Rectorado de la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Federación Médica Venezolana, BANESCO, entre otras instituciones).

Es grato comentar que la Junta Directiva se desempeñó como un equipo armónico y coherente, lo cual no fue óbice para que no se plantearan puntos de vista divergentes que resultaron fructíferos en la toma de las decisiones más convenientes para la Sociedad.

Es importante profundizar las relaciones interinstitucionales con la Academia Nacional de Medicina, la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela y otras instituciones de carácter académico, a los fines de enriquecer recíprocamente el acervo científico-humanístico y cultural.

Agradecimientos

Finalmente permítannos expresar nuestro sentido y sincero reconocimiento:

A la Junta Directiva e integrantes de la Academia Nacional de Medicina por su permanente respaldo y colaboración al facilitar generosamente sus espacios y otros servicios que nos permiten sesionar en un ambiente académico grato y de excelente dotación audiovisual.

A BANESCO Banco Universal, al Rectorado de la UCV, Decanato de Medicina de la UCV y a la Federación Médica Venezolana por el oportuno e importante apoyo económico que nos permitió actualizar la Revista con la impresión de siete volúmenes.

Al Dr. Francisco Plaza Izquierdo, Miembro Benefactor y Miembro Emérito, cuyo oportuno aporte económico, con carácter de donación, permitió equilibrar el deficiente presupuesto de la Sociedad.

Al Dr. Miguel González Guerra, Individuo de Número de la SVHM, quien fue distinguido con el Premio a la Excelencia Médica por la Red Venezolana de Sociedades Científicas, por su tenaz y eficaz dedicación en la revisión minuciosa de los borradores, materiales disponibles, elaboración de resúmenes y corrección de pruebas para hacer posible la publicación de los siete números atrasados de la revista, así como por sus reiteradas gestiones ante FONACIT.

Al Dr. Rafael González Sirit, Individuo de Número de la ANM, quien asumió generosamente, sin costo para la SVHM, la distribución de las colecciones y números recientes de la revista a numerosas bibliotecas públicas y privadas.

Al Sr. Nelson Orozco por su apoyo permanente y eficaz en el desarrollo de las reuniones científicas de la Sociedad.

A la compañía Shell de Venezuela por su disposición a estudiar la posibilidad de respaldar proyectos de esta corporación.

A todos los Miembros y amigos de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, integrantes o no de Comisiones de Trabajo, por su apoyo y participación, indispensables para el éxito de labores de la Junta Directiva y de esta Sociedad en general.

Finalmente, permitamos que el pensamiento del poeta Rabindranath Tagore (1861-1941), poeta bengalí, premio Nobel de Literatura, nos recuerde nuestro compromiso permanente, como individuos y como grupo de trabajo, frente a valores inalienables.

“Donde la mente carece de temores y la frente está bien alta;

Donde el conocimiento es libre;

Donde estrechos muros nacionales no han dividido al mundo en fragmentos;

Donde la cristalina corriente de la razón no se ha extraviado en las monótonas arenas del desierto del hábito entumecido;

En ese paraíso de libertad, Padre mío, dejad que mi país despierte”.

Rabindranath Tagore (1861-1941)

Palacio de las Academias, Caracas 3 de octubre de 2007

INFORME DEL BIBLIOTECARIO. 2005-2007 *

De acuerdo con el Reglamento de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM), Artículos 18 y 19, la Sociedad, a través de las responsabilidades del Bibliotecario así como del Director y Administrador de la Revista, deberán velar por las obras para la Biblioteca y de la Revista de esta corporación (Art. 14), dados los vínculos existentes entre la Biblioteca y la Revista, ya que cada número editado permite a la Revista difundir la productividad académica de esta corporación y, por otra parte, establecer canjes y vínculos con sociedades científicas, enriqueciendo el fondo bibliográfico de nuestra biblioteca.

REVISTA DE LA SVHM

Se propuso inicialmente hacer un diagnóstico cuantitativo de los números disponibles de la colección de la Revista de la SVHM existente en nuestra biblioteca con el fin de completar tres colecciones completas, una de las cuales deberá permanecer en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina (ANM), y dos en nuestra sede, estas últimas debidamente encuadradas. En esta misma línea de trabajo ha sido una política de la Junta Directiva distribuir los números atrasados almacenados en nuestra sede, tratando de completar las colecciones existentes en distintas bibliotecas tales como la Biblioteca Nacional, Biblioteca de Medicina Experimental, de Medicina Tropical, de Salud Pública y de la Biblioteca Central de la UCV; Hospital "Vargas" de Caracas, Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos", Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia (LUZ) y de la Cátedra de Historia de Medicina (LUZ), Hospital "Jesús Yerena" de Lídice, Hospital Central de Valencia, entre otras Bibliotecas, así como para las colecciones de los miembros y amigos de la SVHM y de particulares. En tal sentido se han entregado 42 paquetes de 22 números (promedio), cada uno, tarea que contó con la eficiente colaboración de la Secretaria de la SVHM, Sra. Iraida Araujo. Esta decisión tiene la doble ventaja de dotar y/o completar colecciones existentes en las bibliotecas y liberar espacio dentro de la biblioteca de la Sociedad.

Se envió de manera muy especial la colección casi completa a la National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina), de los EE.UU, con el fin de que dicha colección sea indizada y pueda

ser consultada desde cualquier lugar a través de la página Web de dicha Biblioteca.

La distribución de estos números previos y de los siete editados recientemente de la revista se efectuó a través del mecanismo utilizado por la Academia Nacional de Medicina para distribuir la Gaceta Médica, con el generoso apoyo del Dr. Rafael González Sirit y la colaboración del Sr. Nelson Orozco, miembro del personal de la Academia Nacional de Medicina

Hubo limitaciones para el envío de gran parte del material citado por correo ordinario, ya que el volumen y costo de cada paquete (Ipostel), estaba, en julio de 2007, en un valor aproximado de cincuenta y ocho mil bolívares, (Bs. 58.000.°), erogación que no estuvo dentro de las posibilidades financieras de la SVHM. No obstante por financiamiento propio de algunos Miembros de la J. D. se enviaron algunos paquetes dentro y fuera del país.

De la colección se fotocopiaron el número 1 de 1945 y el número 1 de 1953 (nueva serie), con el fin de disponer de copias extra de respaldo. Así mismo se donaron copias de estos ejemplares al Colegio de Médicos del Estado Carabobo y a la Biblioteca Nacional (ver cartas recibidas y lista anexa) Igualmente se llevó y entregó una Colección de la Revista a la Sociedad de Historia de la Medicina de Colombia.

Por otra parte se revisaron las normas bibliográficas para la presentación de trabajos en la revista atendiendo a las Normas de Vancouver y a las necesidades de nuestra sociedad; las mismas fueron distribuidas entre los miembros de la SVHM.

REORGANIZACIÓN

Considerando la necesidad de reorganizar la Biblioteca con criterios modernos y que responda a las exigencias actuales, se trató de lograr la contratación de un pasante de la Escuela de Bibliotecología y Archivología de la UCV, bajo la figura de gratuidad, considerando la ausencia absoluta de recursos económicos para hacerlo de manera remunerada por parte de la SVHM. Los resultados fueron permanentemente negativos debido a la demanda actual de empleo remunerado de este tipo de personal.

En tal sentido nos propusimos desarrollar un proyecto factible para tal fin de que pudiera ser financiado bien por FONACIT o por una Institución privada, situación que deberá ser objeto de la próxima Junta Directiva; en la actualidad se trabaja en el desarrollo de un proyecto de reorganización técnica

(automatizada) de la Biblioteca.

Para tal fin se contó con el diagnóstico y evaluación realizados por la Sra. Iraida Araujo, Secretaria de la Sociedad y por el Br. José Ballesteros, estudiante de Bibliotecología UCV. Se espera la disponibilidad de fondos para asumir dicha tarea.

ÍNDICE

Igualmente el Dr. Aldo González Serva presentó el Índice de la Revista de la SVHM en un Disco Compacto (CD); este índice deberá ser copiado en formato impreso y electrónico para uso de todos y cada uno de los asociados y personas interesadas e igualmente distribuido a las Bibliotecas donde existan colecciones de esta Revista y deberá estar disponible en la Web (Índices), enlaces con la página Web de la Academia Nacional de Medicina y presencia en el Blog de la SVHM (<http://sovehime.blogspot.com/>)

Se agenció la incorporación de nuestra revista en el índice Latinoamericano de Literatura en Ciencias de la Salud (LILACS). Así como en ASEREME (Asociación Venezolana de Editores de Revistas Biomédicas), ya que por su atraso había sido excluida

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD-HISTORIA. BIREME

En septiembre de 2005 se presentó en el IX Congreso Mundial de información y Salud y Bibliotecas, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un proyecto de Biblioteca Virtual de Salud-Historia (BVS-H) cuyo resumen fue publicado y acogido como una recomendación del evento. El artículo in extenso: *Historia de la Salud y la medicina latinoamericana y del Caribe: Propuesta para desarrollar el sitio de BIREME: Biblioteca Virtual de Salud-Historia -BVS-H-*, (C. Ramos y J. Francisco), fue publicado en la Revista de la SVHM (vol. 55 (1-2), serie histórica 89-90. dic. 2006 pp 42-54).

ÁREA FÍSICA

Es bien sabido que la Biblioteca enfrenta serias limitaciones en cuanto al espacio disponible, ya que es la sede de la Sociedad y comparte funciones de secretaría, biblioteca, sala de reuniones y presencia de equipos, archivos, entre otros; situación que se agrava por la existencia de numerosos paquetes de revistas atrasadas, editadas por la SVHM y que no han podido ser distribuidos en su totalidad

ATENCIÓN AL PÚBLICO

La función tradicional de nuestra biblioteca, como es la recepción de publicaciones donadas y la atención a los usuarios se desarrolló de manera normal,

eficazmente cumplida por la Sra. Iraida Araujo, Secretaria de la Sociedad. No obstante cabe señalar que ha sido preocupación permanente de esta sociedad contar con una biblioteca excelente que satisfaga las necesidades de información la comunidad, a tal fin se está elaborando un proyecto factible de reorganización que pueda recibir ser financiado.

ASUNTOS PENDIENTES

1. Presentación del proyecto de reorganización técnica de la Biblioteca, así como gestionar financiamiento como un proyecto propio.
2. Continuar la distribución de la Revista, tanto de los números retrospectivos como de los actuales y futuros.
3. Mantener las colecciones en las distintas bibliotecas a través de una eficiente distribución de la Revista.
4. Re-encuadernar los números de la Revista utilizados por el Dr. Aldo González Serva para digitalización e índice de la misma.
5. Obtener y hacer disponible el Índice digitalizado e impreso de la Revista.
6. Encuadernar los volúmenes recientes y los pendientes de la Revista como parte de la colección de la Biblioteca de la Sociedad (costo estimado por volumen de Bs. 14.000,00).
7. Desarrollar la biblioteca temática de la Historia de la Medicina, la salud y la enfermedad sintetizada en la bibliografía disponible y la organización técnica de la biblioteca con el apoyo de un Tesista de la Escuela de Bibliotecología UCV.
8. Establecer y fortalecer vínculos con otras bibliotecas, nacionales e internacionales, en especial con la del *Instituto Oswaldo Cruz (Brasil)* y la National Library of Medicine de (EUA).
9. Continuar desarrollando la propuesta Biblioteca Virtual en Salud-Historia de BIREME.
10. Lograr que nuestra revista sea incluida en un mayor número de Índices tales como Latindex, CLASE (México), Dialnet (Puerto Rico), Papiro (Venezuela), LIVECS Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud entre otros.

Caracas 3 de octubre de 2007

Lic. Consuelo Ramos de Francisco

Bibliotecario de la SVHM, período 2005-2007.

INFORME DE TESORERÍA

Desde el mes de marzo del año 2007 nos encargamos de la Tesorería de la Sociedad, por mandato de la asamblea, ante la renuncia del anterior titular, Dr. Julio César Potenziani. Deseo recalcar que nuestra Sociedad, como todos sabemos, es una organización sin fines de lucro, que no posee suficientes recursos económicos. Sus ingresos ordinarios provienen del aporte de sus asociados, quienes en un alto porcentaje y por razones diversas, no están al día con sus cotizaciones; viéndonos en la necesidad de solicitar donaciones a organismos y particulares, para solventar nuestros compromisos monetarios.

El movimiento de Entradas y Salidas puede verse claramente en los balances que mensualmente nos envía el Banco Venezolano de Crédito y en Libro de Contabilidad de la Sociedad, los cuales están a la disposición de todos los Miembros con solo solicitarlo. Durante este período, se implementó un Libro de Contabilidad, a dos columnas, donde se reflejan Entradas y Salidas de fondos. Los gastos fijos

CUADRO DE ENTRADAS Y SALIDAS EN BOLÍVARES

DESDE NOVIEMBRE 2005 A SEPTIEMBRE 2007		INGRESOS	EGRESOS
Noviembre	2005	375.000,00	358.479,03
Diciembre	2005	150.000,00	575.618,70
Enero	2006	450.000,00	315.421,14
Febrero	2006	900.000,00	561.062,24
Marzo	2006	650.000,00	588.986,59
Abril	2006	1.125.000,00	483.538,40
Mayo	2006	3.750.000,00	377.197,10
Junio	2006	0,005	18.437,00
Julio	2006	75.000,00	509.302,25
Agosto	2006	1.100.000,00	611.762,07
Septiembre	2006	0,00	377.178,33
Octubre	2006	150.000,00	486.434,77
Noviembre	2006	190.000,00	475.790,00
Diciembre	2006	0,00	2.000,00
Enero	2007	2.250.000,00	517.067,19
Febrero	2007	750.000,00	3.467.246,85
Marzo	2007	657.296,00	1.402.955,38
Abril	2007	252.000,00	552.356,96
Mayo	2007	2.105.450,00	686.571,02
Junio	2007	250.000,00	608.436,72
Julio	2007	120.000,00	517.579,58
Agosto	2007	8.100.000,00	733.679,89
Septiembre	2007	100.000,00	578.042,97
Total		23.499.746,00	15.305.144,18

mensuales están dados por el sueldo de la Secretaria y su respectivo aporte al Seguro Social, servicio telefónico y el aporte a la Fundación Palacio de las Academias.

Reiteramos el agradecimiento de todos los integrantes de la SVHM a la Academia Nacional de Medicina por su permanente apoyo a nuestra organización, e igualmente a los donantes particulares y a las entidades públicas y privadas que, con sus donaciones, han permitido que esta Sociedad continúe cumpliendo con sus objetivos.

EGRESOS DESDE NOVIEMBRE 2005 A SEPTIEMBRE 2007

Secretaria (Sra. Iraida Araujo)	Bs.5.688.666,00
IVSS (Sra. Iraida Araujo)	1.043.320,30
Servicio telefónico CANTV.	1.140.330,07
Fundación Palacio de las Academias	2.464.900,59
Imprenta Negrín (Feb.2007)	3.000.000,00
Festejos Plaza (Marzo 2007)	466.416,00
Festejos Plaza (Marzo 2007)	450.000,00
Gráficas Pita, C.A (Mayo 2007)	105.450,00
Otros egresos	946.061,22

DONACIONES RECIBIDAS

Federación Médica Venezolana, Mayo 2006	Bs. 3.450.000,00
Dr. Francisco Plaza Izquierdo, Mayo 2007	Bs. 2.000.000,00
Fundación Vollmer, Agosto 2007 (Gestión del Dr. Leopoldo Briceño I.)	Bs. 8.000.000,00
<u>FINANCIAMIENTO DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD DE HISTORIA DE LA MEDICINA:</u> BANESCO (Dr. Luis Javier Lujan)	Bs. 12.400.000,00.
(Volúmenes 2005 y 2006. Universidad Central) (Dr. Antonio París)	Bs. 5.000.000,00.
Decanato de Medicina UCV (Dr. Rodolfo Papa)	Bs. 4.000.000,00.
(Volúmenes 2000 a 2004).	

Dr. FRANCISCO PLAZA RIVAS
Tesorero de la SVHM

PALABRAS DEL DR. JOSÉ FRANCISCO AL TOMAR POSESIÓN COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA BIENIO 2007-2009

Dr. José Francisco

Muy estimados Miembros y amigos de la Sociedad de Historia de la Medicina.

Muy apreciados Dres. Juan José Puigbó, Profesor y Presidente de la Junta Directiva

2005-2007 y Nora Bustamante, Miembro Honorario de la Sociedad.

Invitado especial: Dr. Miguel Cabrera, Decano de la Facultad de Humanidades, Letras y

Artes de la Universidad de Carabobo.

Estimados amigos representantes de la Red de Sociedades Científicas Venezolanas, Sociedad Venezolana de Infectología, Sociedad Venezolana de Microbiología y de la Asociación Venezolano-Francesa de la Salud.

Señoras y señores:

Hace 63 años, la noche del 28 de julio de 1944, un grupo de doce profesionales de la salud se reunió en Caracas, en una vieja casa que servía de sede al Instituto de Ciencias Experimentales, ubicada de Jesuitas a Tienda Honda, para crear la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Su primera Junta Directiva estaba integrada por todos los fundadores y presidida por el ilustre médico Dr. Santos Aníbal Dominici. Sesionaron periódicamente durante un año y crearon la revista del mismo nombre, como órgano de la Sociedad, de la cual publicaron el primer número un año después, en agosto de 1945. Sabemos que era una época de limitaciones producto de la existencia de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Pasaron siete años de silencio y se produjo su reactivación en junio de 1952, la cual se tradujo en una sociedad activa y permanente, tal como la conocemos hoy.

El compromiso que adquirimos los integrantes de la Junta Directiva que ha sido elegida recientemente por ustedes para encargarnos de coordinar las acciones de dirección de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina (SVHM), durante los dos años siguientes, nos invita a comentar algunos aspectos:

Nuestra Sociedad es la única organización activa en el país que se ocupa de lo relacionado con la historia de la medicina; entendido en una forma amplia, la SVHM debe ocuparse de la investigación y divulgación histórica de la salud, así como de la enfermedad y de los aspectos de diversa índole que inciden en su desarrollo, especialmente en nuestro país.

Los miembros y amigos de esta Sociedad constituimos un grupo reducido si lo comparamos con otras agrupaciones de profesionales de la medicina y afines, por lo que debemos fortalecer su estructura e invitar a todos aquellos que deseen participar en esta labor.

La nueva Junta Directiva tiene la gran ventaja de estar estructurada en una alta proporción por integrantes de las directivas anteriores, cuatro de ellos son ex-presidentes de la Sociedad, lo cual facilita la continuidad administrativa y de las líneas de acción previamente trazadas.

Es oportuno destacar la importancia del apoyo amplio y generoso que recibimos de la Academia Nacional de Medicina para realizar nuestras reuniones en sus instalaciones, dotadas de un ambiente académico, solemne y acogedor, que invita a permanecer en ella, haciendo uso de sus excelentes equipos de sonido e imagen, rodeado por una atmósfera monacal, de patios sombreados que destila historia religiosa, docente, científica y cultural.

En la primera reunión de los integrantes de la junta directiva recién electa, hace una semana, consideramos que nuestra primera obligación es mantener los éxitos logrados por quienes nos han precedido y esbozamos además, algunos logros deseables. En ese sentido, uno de los que consideramos más relevantes es la puesta al día de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Nos satisface en alto grado que con la publicación en este año de los siete números correspondientes a los años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006, se dio un paso importante e indispensable. Además del muy valioso trabajo editorial se logró el apoyo financiero necesario, con el generoso apoyo del Rectorado de la UCV, de la Facultad de Medicina de la UCV, Federación Médica Venezolana y de la entidad bancaria BANESCO.

En relación con este logro, además del reconocimiento al Comité Editorial debemos nombrar básicamente a dos personas: a nuestro Presidente Dr. Juan José Puigbó con su cordial y tenaz interés en lograr el respaldo indispensable para alcanzar la meta pendiente y al Dr. Miguel González Guerra, quien además de su conocida experiencia y competencia en el área, dedicó muchas horas de labor para revisar y corregir los artículos científicos seleccionados y planificar su publicación; todo esto sin olvidar el esfuerzo de la conjunción con la Junta Directiva en un solo equipo de trabajo. Igualmente reconocemos la tesonera labor de la Secretaria de la SVHM, Sra. Iraida Araujo. Otro acierto fue la selección de la Empresa Ateproca como responsable de la publicación de la Revista.

Las recientes gestiones realizadas ante la Fundación Vollmer están en marcha, gracias especialmente a la diligente actividad de uno de nuestros apreciados integrantes, el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry, a quien reconocemos su permanente apoyo.

¿Qué hacer en el futuro inmediato de esta Sociedad en un momento de crisis nacional paradójica, entre la abundancia y la escasez? Consideramos que el primer paso es sentarnos a conversar como corresponde a una familia bien avenida para analizar la situación y tomar las decisiones que se consideren más adecuadas. Y cuando hablamos de sentarnos a conversar no hacemos referencia sólo a la Directiva, se trata de estimular la actividad fecunda de los grupos de trabajo que existen y de los que se organicen y muy especialmente, con todos los integrantes de la Sociedad.

Este no es un momento de comentar detalles sino de saludar, agradecer la designación, señalar nuestro

compromiso y comentar algunas líneas de acción para estos dos años de labor que hoy se inician. Sin embargo, cabe destacar algunos comentarios y reflexiones:

Necesitamos mantener activas y eficaces las Comisiones de Credenciales y de Reuniones Científicas, el Comité Editorial, y de crear nuevos grupos de trabajo en temas como: Finanzas, Revisión de los Estatutos, crecimiento de la Sociedad, Comité Organizador del IX Congreso Venezolano de Historia de la Medicina 2008.

Debemos destinar una parte del tiempo de las Comisiones Ordinarias para analizar estos y otros aspectos que surjan en la búsqueda de soluciones donde haya más información, así como más participación de los Miembros y amigos de la Sociedad.

Contamos en 2006 con 4 Miembros Eméritos, 5 Miembros Honorarios, 32 Individuos de Número, 39 Miembros Correspondientes Nacionales, 39 Miembros Correspondientes Extranjeros, 16 Invitados de Cortesía y un número variable de asistentes asiduos u ocasionales. Estos datos hay que contrastarlos con la disponibilidad y la asistencia regular que por razones lógicas y variadas es mucho menor. De los 135 Miembros, 85 vivimos en Venezuela y 65 en el área de la capital y sus cercanías. De estos, 26 asisten con regularidad (40 %); 12 lo hacen ocasionalmente (18 %); y 27 prácticamente no acuden a las reuniones (42 %). Esta situación es preocupante. Necesitamos conocer mejor sus características precisas y sus causas para elaborar una estrategia de crecimiento y desarrollo.

Es obvio que debemos revisar la eficacia de las convocatorias, conocer mejor la motivación individual y posibilidades reales de asistir y participar en las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Sociedad, dada la calidad de las conferencias y el grato ambiente de trabajo.

Necesitamos comunicarnos más y mejor. Desde agosto de 2007, disponemos de un sitio en la red de Internet, un Blog gratuito (<http://sovehime.blogspot.com>), que puede llegar a la casa o a la oficina de la gran mayoría de los miembros; y un nuevo Correo Electrónico: sovehime@hotmail.com

Los principales retos planteados a esta Junta Directiva son: incrementar los ingresos necesarios para costear las erogaciones básicas de la SVHM, ya que los actuales no cubren todos los gastos fijos; planificar la realización del IX Congreso Venezolano de Historia de la Medicina que deberá efectuarse en octubre de

2008; propender a la publicación de más y mejores artículos que fortalezcan a nuestra Revista, así como la consecución de apoyo económico para respaldar su publicación oportuna con el fin de mantener su aparición regular; lograr la modernización de la biblioteca de la sociedad; gestionar la publicación de las actas de los Congresos Venezolanos de Historia de la Medicina efectuados en Valencia y en Mérida, e igualmente de la Memoria del evento homenaje al Dr. Luis Daniel Beauperthuy que culmina hoy; avanzar en la cristalización del proyecto sobre un libro de texto sobre Historia de la Medicina, dirigido a estudiantes de Ciencias de la Salud y otras personas interesadas y el incremento en número y participación de Miembros.

Existe la posibilidad de incorporar nuestra organización a la Red Virtual de Historia de la Medicina Biblioteca Virtual de Salud, (BVS), que respalda la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), de la Organización Panamericana de la Salud; el mejoramiento de las relaciones con otros organismos similares dentro y fuera del país y la posibilidad de incorporar a la sociedad en acciones

relacionadas con la identificación y las incorporación en las acciones de protección de materiales y construcciones relacionadas con el patrimonio histórico de la medicina nacional.

La coyuntura histórica actual de Venezuela constituye una ineludible convocatoria y un reto para la participación activa. Vendrán tiempos mejores pero no llegan solos, hay que buscarlos activamente. Las dificultades deben transformarse en una invitación a la creatividad.

Nuestra Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina es un grupo afortunado con lineamientos claros y objetivos precisos. Trabajando juntos podremos lograr la consolidación de los proyectos que hagan permanente lo que se ha construido y permita nuevos logros. El compromiso de todos en la dirección adecuada y el trabajo en equipo armónico son los principales instrumentos para el éxito.

Gracias a todos.

Caracas, 2 de noviembre de 2007.

MAPA BIBLIOGRÁFICO DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

*Trabajo de Incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana
de Historia de la Medicina*

Dr. Aldo González Serva

Sr. Presidente y demás Miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Estimados Colegas y Miembros de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Queridos familiares y amigos

Señoras y Señores

Me trae a Caracas la gentil acción de mi incorporación como Individuo de Número de esta Sociedad tan querida por mí. Ya en 1983, en razón de mi presentación sobre George B. McKnight, el otro médico del Libertador en sus últimos días, fui invitado como Miembro Correspondiente por el Distrito Federal. Desde esos días, mi compromiso con la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina ha sido constante, siempre en busca de cooperar en el engrandecimiento del acervo histórico médico de Venezuela. De mis primeros tiempos, recuerdo con afecto las gestiones del Dr. Carlos Castillo Faneite para mi entrada entre Uds.

En mis años en Estados Unidos, no he olvidado mi querencia y he contribuido esporádicamente a hechos de la Sociedad. Pero es a mediados de los años 90 cuando comencé a interesarme en asuntos de bibliografía, para así dar más difusión y foco a los estudios médico-históricos venezolanos.

El esfuerzo de esta empresa se ve hoy recompensado en los documentos que presento. Yo sólo he sido un ordenador de la labor de grandes investigadores y escritores que son Uds. Y que lo han sido los hombres y mujeres que nos preceden y no están con nosotros. Es suerte de epitafio y marcador de sus vidas

lo que traigo, la mención que hago de sus labores. No me queda más que, como nuevo Individuo de Número, recordar sus obras y particularmente la de mi predecesor, el Dr. Fermín Vélez Boza, cuyo Sillón No. VI hoy ocuparé.

Mi liga con Venezuela, desde Boston, tiene un tirante fundamental y es el que sostiene mi conexión con esta honorable sociedad.

La siguiente presentación es menos tradicional que un discurso y es que he elegido presentarme tal como soy, más un diletante aplicador de modernas tecnologías, aun sin osar a ser bibliotecológicamente correcto, al cuerpo de conceptos que muestro a continuación y que someto a su paciente y benigna opinión.

He llamado a la presentación “El Mapa Bibliográfico de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina”, el cual presentó precedido por un esbozo biográfico de mi antecesor, el Dr. Fermín Vélez Boza. Vayan entonces mis palabras agradecidas a todos por recibirme entre Uds.

ESBOZO BIOGRÁFICO DEL DR. FERMÍN VÉLEZ BOZA

El Dr. Fermín Vélez Boza nació en La Guaira el 5 de Noviembre de 1916. Fue hijo del Dr. Francisco Vélez Salas y Margot Boza Méndez. Fue padre de Rafael Vélez Valery, arquitecto, y Francisco Vélez Valery, internacionalista. Murió en Caracas en el año 2003, a los 86 años de edad. (Figura 1).

Hizo su bachillerato en el Colegio San Ignacio, Caracas (1932-36) y sus estudios de Medicina en



Figura 1. Dr. Fermín Vélez Boza, 1916-2003.

la UCV, Caracas (1935-41). Su especialización en Nutrición fue en la Universidad de Vanderbilt, Tennessee (1946-47), EE.UU. Además tomó en Caracas un curso sobre Dirección de Hospitales patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1950-51).

Respecto a su extensa historia docente, ya siendo Bachiller y entre otras actividades de esa época, el Dr. Vélez Boza fue Preparador de la Cátedra de Patología General y Fisiopatología en la UCV, en 1941. Como médico, llegó a ser Profesor Titular de la Cátedra de Histología Normal y Embriología, en la UCV, entre 1946 y 1980. Fue en esa época en que lo conocí, cuando fui su alumno. De hecho, fui favorecido con el primer otorgamiento del Premio José Gregorio Hernández — premio que él instituyó — para el mejor estudiante en el período 1965-66. Ese honor también me permitió trabajar de Preparador en la Cátedra de Histología desde el año 1966 hasta mi último año de la carrera en 1971. Allí llegué a conocer sobre la base de encuentros muy frecuentes al eximio maestro que fue Vélez Boza. Desde allí lo he tenido como un ilustre escolástico, siempre presente en mi memoria y en mi emulación de estudiosos notables como él mismo. Es sorprendente que sea yo quien a él siga como usuario del Sillón VI de esta Sociedad.

Entre sus logros profesionales, el Dr. Vélez Boza fue Jefe del Departamento de Estudios Nutricionales

del Instituto Nacional de Nutricional, en Caracas, entre 1945 y 1971. También se hizo recipiente de numerosas distinciones, medallas, certificados, menciones honoríficas, placas y diplomas, condecoraciones y premios.

El Dr. Vélez Boza fue Individuo de Número de varias sociedades, incluyendo la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (1975-2003), de la cual fue Presidente en 1989-91; el Instituto Venezolano de Genealogía (1988); y la Sociedad de Ciencias Naturales La Salle (1988). Fue miembro de otras sociedades: la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina (1975), la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina (1987), y la Sociedad Venezolana de Nutrición (1974).

El Dr. Vélez Boza fue un autor prolífico. Hasta 1991, había publicado 231 monografías; 27 libros (10 como autor y 17 como coautor); 20 folletos; y 184 artículos científicos [Figura 2]. No hay dudas que muchas más obras siguieron a éstas, pero no me ha sido posible una compilación bibliográfica más reciente de este autor, uno que desplegó mucha de su producción escrita en las últimas décadas de su vida.

Las numerosas áreas tratadas por el Dr. Vélez Boza en sus publicaciones se muestran en la Tabla 1.

Un género favorito del Dr. Vélez Boza fueron las biografías. Entre los individuos por él biografiados se encuentran el Dr. José Gregorio Hernández, el Dr. José María Benítez, el Dr. José María Llopis y el Dr. Francisco Vélez Salas, su padre.



Figura 2. Tramo con las Obras Completas del Dr. Fermín Vélez Boza en la biblioteca de su residencia.

Tabla 1

Tópicos estudiados por el Dr. Fermín Vélez Boza

Nutrición
Encuestas dietéticas
Alimentación en instituciones
Bocio endémico
Higiene escolar y enfermedades carenciales
Historia y folklore en la alimentación
Botánica e hidroponía
Plantas alimenticias
Historia, diplomas y sellos de la UCV
Bibliografía médica venezolana
Malformaciones congénitas
Microscopia en Venezuela
Historia de la medicina venezolana
Biografías de personajes notables

MAPA BIBLIOGRÁFICO DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

I. DIGITALIZACIÓN DE LA REVISTA

La digitalización de documentos y textos es una realidad galopante en cualquier ámbito del quehacer humano. La tendencia no ha dejado de largo a los textos fundamentales que constituyen el acervo de la SVHM.

Motivados por la hechura del Índice de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, hemos considerado como acto complementario la adquisición electrónica de todos los artículos, tanto académicos como administrativos, de la RSVHM.

Con el fin arriba expuesto, hemos digitalizado hasta ahora casi todos los números de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (RSVHM) hasta el año 1999. Algunos de los números desde la fundación de la revista hasta 1962 están siendo procesados, pero aun no están a disposición⁽¹⁵⁾. Procedimos a la digitalización de la RSVHM del siguiente modo. Después de obtener copias aceptables y limpias de la revista (propias o las de la Biblioteca de la SVHM) se han descuadrado y emparejado sus hojas con guillotina para asegurar que estuviesen claramente individualizadas y de tamaño regular.

Una precisa preparación de los folios ha evitado atoramiento y hasta destrucción por arrugamiento de las hojas en el escáner. Durante su paso automático como páginas libres dentro de un alimentador automático de páginas (como el de una fotocopiadora).

La atención personalizada de la alimentación de folios al escáner ha facilitado su uso relativamente fácil. Los Drs. Luis A. Colmenares Suárez y Aldo González Beicos han sido colaboradores en este proceso.

La captura de la imagen de anverso y reverso de las hojas ha producido un archivo pdf (portable document format o formato de documento portátil) que fue sometido, número por número, a reconocimiento de caracteres ópticos: Al principio del proyecto, OmniPage 14 (ScanSoft, Inc.) y la totalidad de los números más recientes con Adobe Acrobat 6 (Adobe).

La cosecha de digitalizaciones comienza con archivos que contienen todo el texto de un número de la revista. Estos archivos se enlazarán con el subíndice de volúmenes del Índice Global de la SRBM. Si ese archivo es el que se usa, ello significa que inicialmente los artículos específicos serán localizables en los números digitalizados solo conociendo la paginación del artículo en el índice bibliográfico antes de abrir un número dado.

De seguidas, se han extraído todos los artículos individuales de cada uno de los números ya digitalizados. Este fraccionamiento del documento unitario que representa a un número de la revista se ha logrado con el programa Adobe Acrobat. Estos artículos individuales se enlazarán con el subíndice de autores o materias.

La titulación de esos artículos individuales es generada casi automáticamente por el software de Adobe y por eso los nombres de los archivos están en inglés, idioma de la versión usada del programa Adobe Acrobat. Las páginas de comienzo y de final de cada artículo forman parte de los nombres de estos artículos individuales. (Figura 3).

La desiderata del proceso se resume así: Ya dentro de un documento pdf, aun un programa gratuito de lector de Adobe (Adobe Acrobat Reader) y si el reconocimiento de texto ha sido exitoso, se pueden hacer pesquisables las palabras o series de palabras que los documentos pdf hoy disponibles contengan. Esta habilidad hace de un texto 'muerto' (especie de fotocopia digital), un texto 'vivo' y hasta más manipulable que el que tuvo su autor en un día lejano, a menudo de décadas pasadas, cuando lo mecanografió.

La versión pesquisable de cada artículo de la RSVHM tiene la ventaja de lucir idéntica a la versión impresa pero en el trasfondo bullirán los textos como el día en que el autor los plasmó en papel. (Figuras 4 y 5).

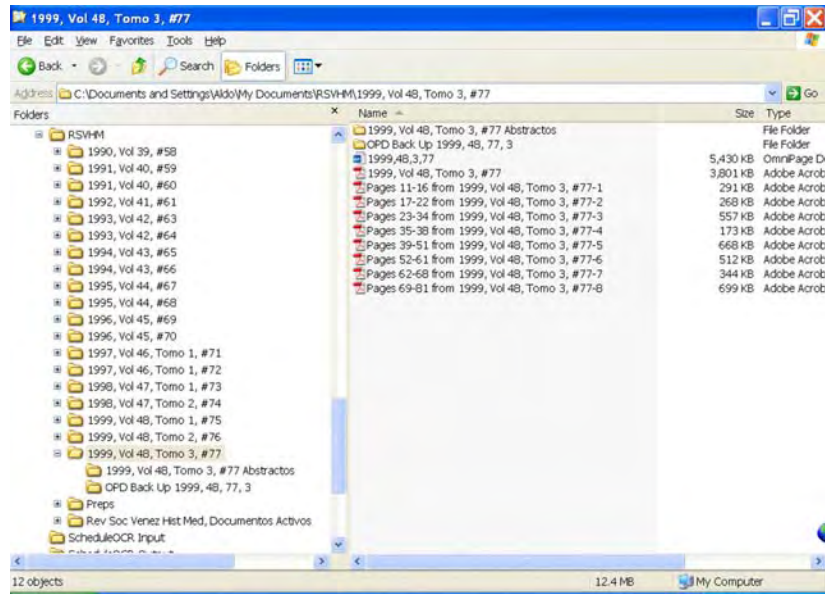


Figura 3. Vista del catálogo de los números digitales de la RSVHM en el programa bibliográfico EndNote. (Digit 1)

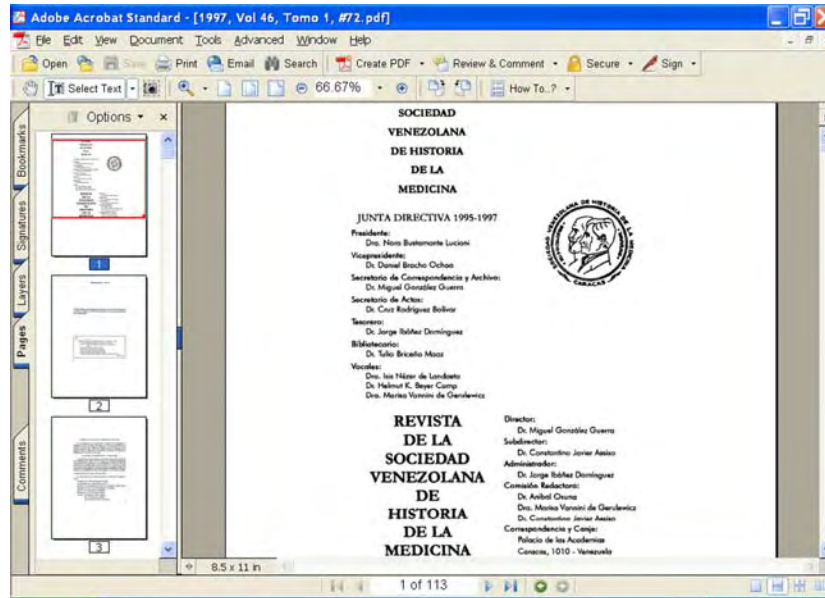


Figura 4. Portada de la RSVHM en formato pdf (documento portátil), legible con el programa Adobe Acrobat. (Digit 5)

Nos será necesario re-escanear las hojas desagregadas –que yo sugiero mantener desmembradas y archivadas modernamente, pues sus márgenes son estrechos después del proceso de emparejamiento. Pudiese ser que los programas lectores de caracteres ópticos del futuro sean capaces de releer los archivos actuales

que ya hemos creado con el escaneo inicial y así mejorar su exactitud de interpretación del texto. No descarto, sin embargo, que la calidad de escaneo y reconocimiento óptico de ese futuro sea muy superior a la tecnología del presente y entonces se decida repetir la alimentación de tales páginas sueltas.

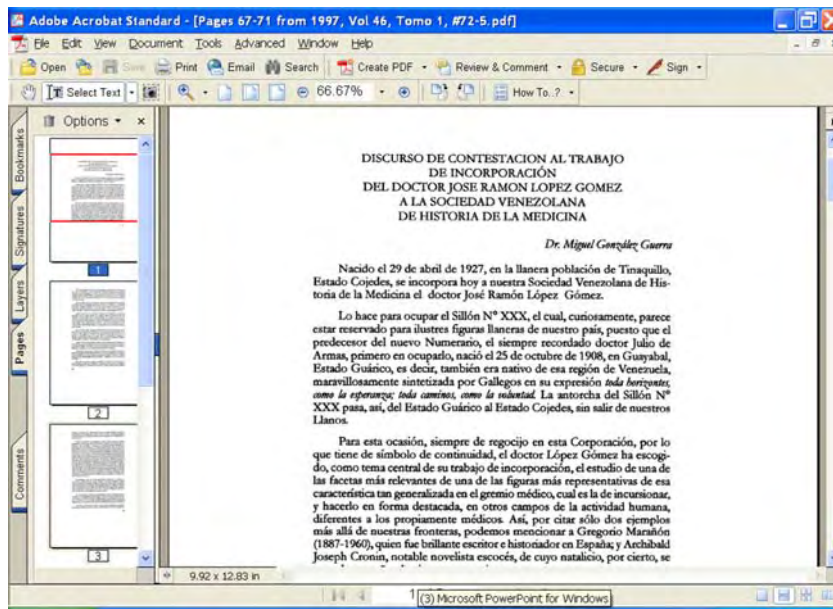


Figura 5. Artículo digitalizado de la RSVHM. (Digit 4)

En el futuro cercano se “hiperenlazará” (hyperlink) cada texto digitalizado con la citación bibliográfica u otro término referente que esté incluido en el índice de la revista.

El índice es ya una realidad y ha sido presentado parcialmente en el pasado y hoy igualmente se muestra más adelante. Los archivos pdf resultantes han sido reproducidos en CD-ROM para su depósito, distribución o impresión. Existen varios discos compactos en poder de la SVHM. Las separatas electrónicas que se extraigan del índice ampliarán el canje y la difusión de artículos que nunca se pensó que saliesen de los anaqueles de una biblioteca o cuando más se leyeran en una fotocopia de lento y engorroso envío y de poca calidad.

La otra estrategia es la publicación de estos archivos en el Internet, lo cual llamo ciberlocalización de las revistas. Hoy los números y artículos digitalizados podrían residir en parqueaderos de información que permitiesen el acceso en la Red a imágenes de los documentos originales, en una carpeta pública del ciberespacio que fuese accesible escribiendo la dirección electrónica de dicha página (p.ej., www.xdrive.com). No obstante, para este momento, la página Web de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina es una realidad y constituye el depósito natural de estas publicaciones.

Los estudiantes de medicina del futuro próximo

pueden hacer de sus ensayos compilaciones más completas e informadas de los diversos tópicos de historia médica que traten sobre la base de este corpus. Los médicos especialistas tendrán más fácil acceso al elenco de estudios previos de historia de la medicina en Venezuela, haciendo de su aumento o mejoramiento una labor más sencilla.

Desde la página Web, el visitante puede abrir las revistas específicas y leerlas in situ o, alternativamente, puede bajarlas a su propia computadora y así poseerlas en forma digital compacta. El acceso a cada artículo puede ser subsidiado por la cortesía de un ente institucional o comercial o puede ser comprado por cada usuario.

En suma, la digitalización de la revista es una realidad. Complementará, sin duda, a los números futuros de nuestra revista que serán probablemente primariamente digitales, sin necesidad de escaneo de la versión en papel. En ese día de fluidas publicaciones electrónicas se resolverán el complejo proceso de publicación solamente en papel que hoy tenemos.

También se obviarán la lenta y ardua labor de poner a disposición de los lectores todo el bagaje de conocimiento acumulado pero poco circulado —por las trabas en el proceso de imprenta que hoy afrontamos— de los acuciosos miembros de nuestra sociedad.

II. BIBLIOGRAFÍA INDIZADA (1945-1999)

Varias versiones preliminares del Índice de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (RSVHM) se han presentado a la Junta Directiva de la Sociedad desde julio de 2004, pero esta es la versión más acabada.

El objetivo del índice es informar de las citas bibliográficas de todos los números publicados desde 1945 hasta 1999 y de los sucesivos. Se han preparado abstractos de los artículos más viejos que no los tenían y se han transcrito los de aquellos artículos más nuevos que habían hecho sus autores. El Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez ha sido el coautor perfecto en esta empresa y ha mostrado su brillante capacidad de extracción de datos e ideas que se han plasmado en los abstractos.

Respecto a los materiales de trabajo, cada citación se extrajo de la información en la tabla de contenidos de las portadas de las revistas. Se han cotejado las páginas anunciadas en las tablas de contenido con la numeración de la primera página de cada artículo real en papel. También se ha incluido del número de la página final de cada artículo, hoy reseñada en la mayoría de las fichas.

Metódicamente, las fichas se han manejado en un programa de referencias bibliográficas llamado EndNote (Thomson ResearchSoft). Hay programas similares a la disposición. A través de este programa se pueden individualizar o agrupar artículos según similitud de tópicos, autores o fecha de su publicación (Figura 6). Cada ficha contiene numerosos campos en los cuales se puede individualizar detalladamente cada artículo (Figura 7). De nuestro mayor interés es el campo que contiene al abstracto, el cual es breve, de 250 palabras aproximadamente, para prever limitaciones de espacio en base de datos internacionales (Figura 8). Muchas fichas relacionadas pueden ser estudiadas concurrentemente para la extracción de sus datos. (Figura 9).

El programa presenta la bibliografía en cualquiera de los numerosísimos estilos de citación que ofrece, estilos que se adaptan a los requerimientos de numerosas revistas que el programa EndNote ha sumariado y ofrecido como parte del elenco de servicios. Así, sin esfuerzo, los mismos datos pueden ser vertidos en formatos de revistas humanísticas o científicas, de acuerdo a la selección del autor.

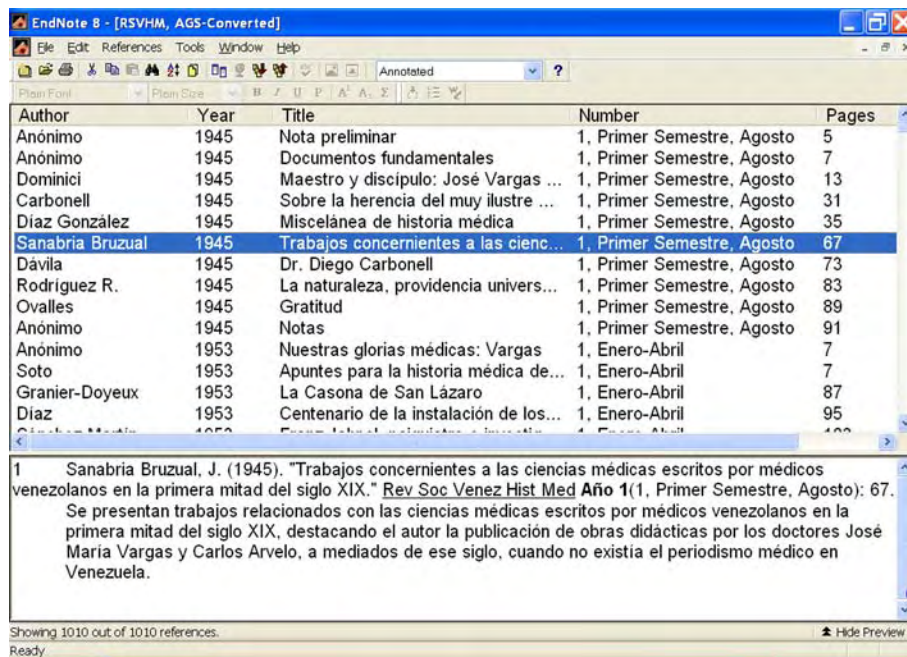


Figura 6. Listado de citaciones en el programa bibliográfico Endnote. (End Note 1)

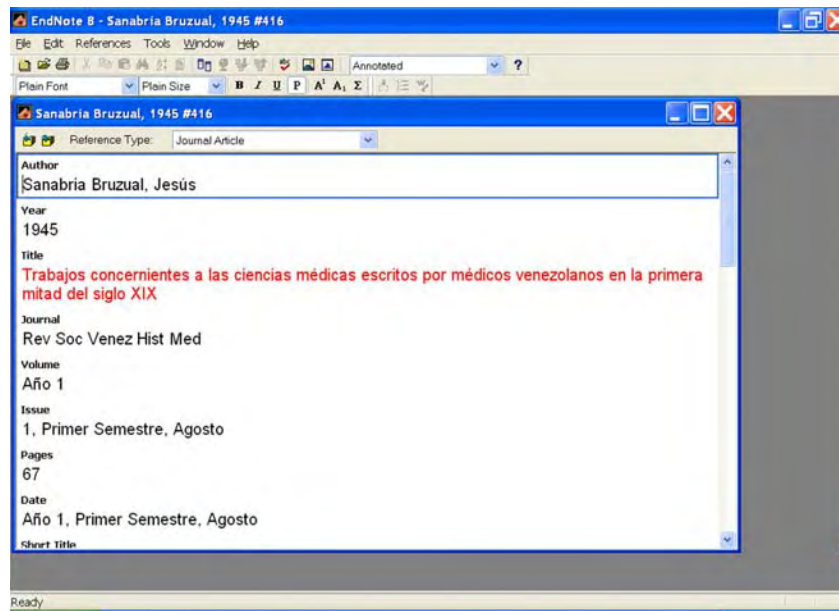


Figura 7. Detalles de la parte superior de la ficha bibliográfica en EndNote conteniendo datos de la revista. (End Note 2).

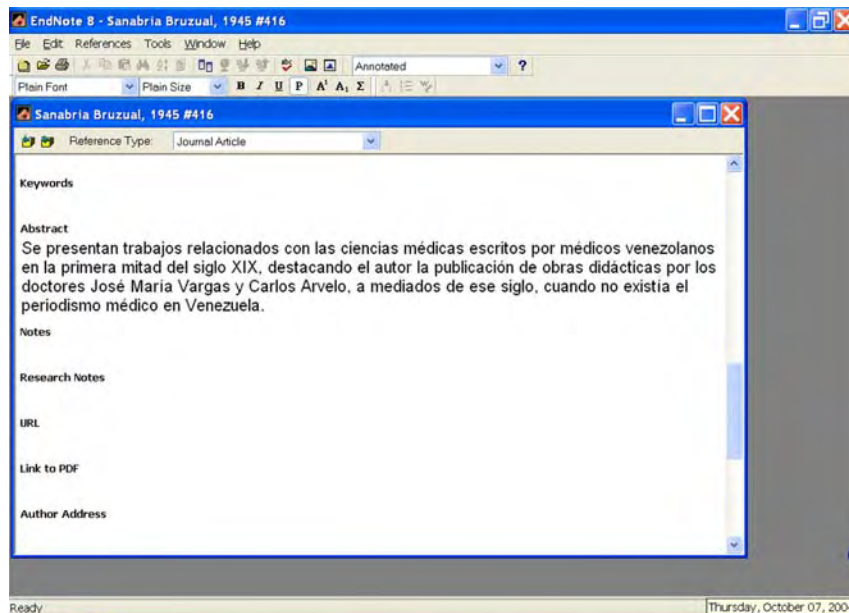


Figura 8. Detalles de la parte inferior de la ficha bibliográfica en EndNote que incluye, entre otros, el campo del abstracto. (End Note 3).

El Índice resultante, en programas Word (Microsoft) y en formato pdf del programa Acrobat (Adobe), consiste del ordenamiento natural de los artículos por cronología (números sucesivos), autor

y, brevemente, por tópicos (Figuras 10, 11 y 12). Los abstractos se presentan a continuación en el orden de publicación (Figura 13).

MAPA BIBLIOGRÁFICO

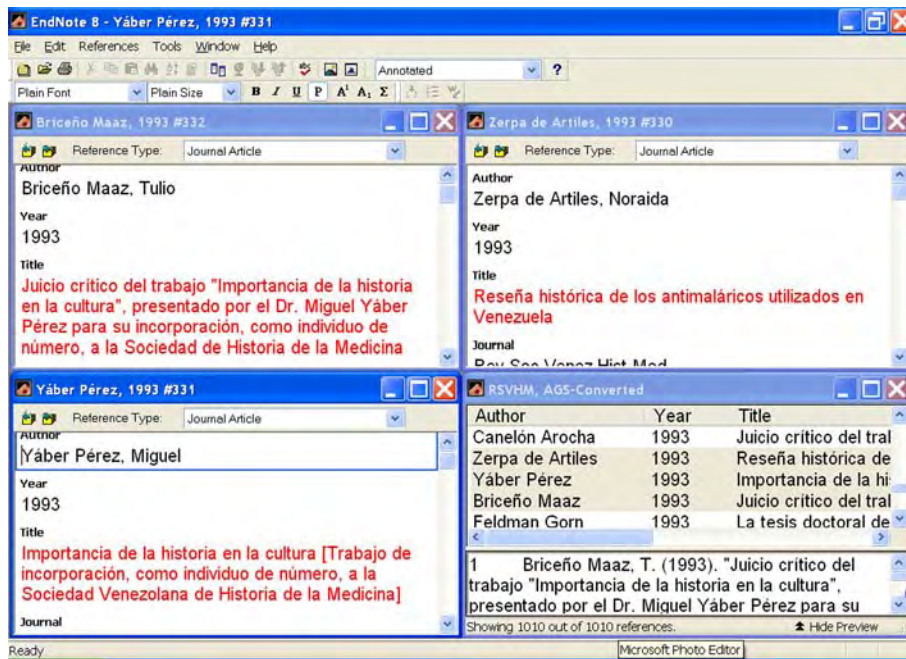


Figura 9. Fichas bibliográficas de EndNote abiertas para su estudio y comparación (End Note 7).

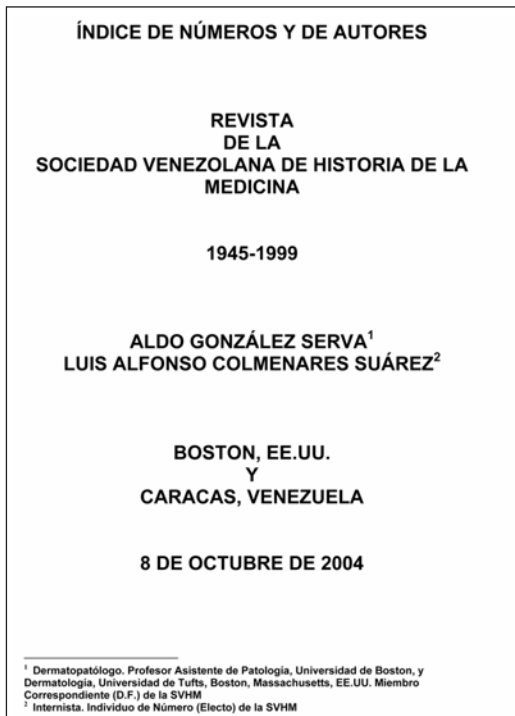


Figura 10. Portada del Índice de la Revista de la SVHM,



Figura 11. Índice Numérico de la Revista de la SVHM, Edición de 2004.

ÍNDICE DE AUTORES

Aagaard Crabbia, Alberto [566]
 Abad de Rodríguez Espósito, Violeta [404]
 Aguerre, José A. [138, 139]
 Alegria, Ceferino [106, 129, 143, 145, 155, 278, 289, 306, 310, 323, 459, 463, 465]
 Almandoz de Amaya, Carmen Teresa [340]
 Alvarez A., Mariano [373, 677, 929, 930]
 Alvarez, P. [335]
 Alvarez, Pedro J. [308, 407]
 Anca Vega, Diana Ivy [1002]
 Andrade, José Luis [477]
 Angulo Arvelo, Luis A. [503]
 Anónimo [1, 2, 10, 11, 17, 20-22, 29, 30, 32, 33, 46-49, 54, 63, 64, 66, 75, 81, 82, 90, 91, 100, 105, 113, 114, 134, 137, 188-190, 195, 199, 200, 212, 236, 250, 383-385, 419, 426, 450, 451, 462, 466, 469, 488, 489, 492-494, 523, 526-529, 537, 540, 546, 555-557, 567, 574, 586, 587, 588, 606, 608, 612, 618, 626, 670, 692, 693, 729, 730, 755-758, 772, 773, 786, 787, 800, 801, 812, 824, 829, 863, 867, 868, 875, 881, 882, 911, 944-946, 949, 950, 958, 976, 986, 987, 995]
 Arce, José [71]
 Archila, Ricardo [18, 19, 23, 27, 28, 31, 35, 36, 42, 45, 52, 60, 68, 73, 77, 80, 95, 108, 110, 112, 121, 151, 210, 224, 251]
 Arcnada Rodríguez, María Consuelo [850]
 Arends Weber, Tulio [714, 738, 739]
 Aristeguieta Gramcko, Adolfo [873, 991]
 Arocha Luna, Carlos [605, 619, 633]
 Arreaza Vaz, Roberto [782]
 Arrieta M., Orlando [579, 688, 820, 823, 826, 839]
 Arteaga Cabrera, Walter [354]
 Assiso C., Constantino Javier [934, 936, 939, 969, 996]
 Avilán Rovira, José M. [893, 924]
 Azuaje Alvarez de Lugo, Fernando [477, 481, 639]
 Bajo G., Ana M. [978]
 Baisó, José Ignacio [218]
 Balza Hernández, Francisco [320, 486]
 Baptista, José María [248, 259, 260, 273]
 Barmola, Pedro Pablo [227]
 Barrera Moncada, Gabriel [724]
 Barreto García, Luis Felipe [483]
 Barrios de Bolet, Elba [916]
 Barros-St. Pasteur, José [653]
 Beaujhn, Oscar [124, 125, 198, 216, 263, 282, 291, 296, 343, 504, 543]
 Beauprethuy de Benedetti, Rosario [141, 261, 264, 295, 302, 314, 322, 364, 388, 404, 423, 429, 432, 444, 445, 471, 495, 524, 539, 581, 590, 591, 617, 624, 637, 643, 681, 695, 744, 746, 767, 769, 783, 834]
 Beloso H., Nerio [180, 815]
 Bermúdez Arias, Fernando [611, 622, 687, 830, 885]
 Bermúdez de Beloso, Mercedes [233]
 Bermúdez, Amada [712]
 Bermúdez, Iris [712]
 Besereni Karaz, Sadek [959]
 Beyer Camp, Helmut K. [713, 734, 749, 805, 857, 872, 960, 967]
 Blanco Gasperi, Pedro [243]
 Bonadies, Antonio [393, 412]
 Bonadiés, Antonio [298]
 Bonilla-Naar, Alfonso [51]
 Borges, Levi [669]

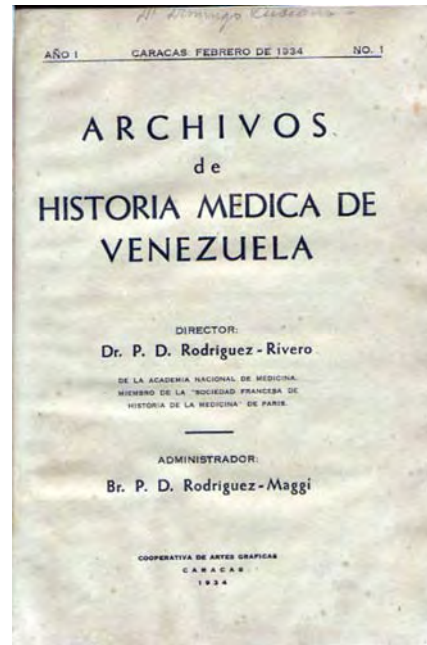


Figura 12. Índice de Autores de la Revista de la SVHM, Edición de 2004.

Figura 14. Portada del primer número de los Archivos de Historia Médica de Venezuela, revista fundada por el Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero en 1934.

ABSTRACTOS

1. Anónimo, *Nota preliminar*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 5. Se presenta una nota que comenta la paulatina incorporación de la enseñanza de Historia de la Medicina en las Universidades de América y se resalta la importancia de su estudio para comprender la medicina actual.
2. Anónimo, *Documentos fundamentales*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 7. Se presenta el Acta de Fundación, los Estatutos y el Reglamento de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, fundada en 1944.
3. Dominici, S.A., *Maestro y discípulo: José Vargas y Eliseo Acosta*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 13. Trabajo dividido en dos partes: la primera parte presenta algunas de las correspondencias mantenidas entre dos médicos venezolanos: José María Vargas (1786-1854) y Eliseo Acosta (1819-1879), su discípulo, sobre temas médicos. En la segunda parte se presentan rasgos biográficos de ambos médicos y su contribución al desarrollo de la medicina nacional.
4. Carbonell, D., *Sobre la herencia del muy ilustre Coronel Don Juan Vicente Bolívar*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 31. El autor hace un breve perfil psicológico de algunos ascendientes del Libertador y de las enfermedades que padecieron, llegando a la conclusión que Simón Bolívar fue el único miembro de los descendientes de Don Juan Vicente Bolívar y Ponte que heredó la genialidad de sus padres y de los antepasados de sus padres.
5. Díaz González, J., *Miscelánea de historia médica*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 35. Investigación que presenta varios aspectos de la historia médica venezolana, entre ellos un breve recuento de los estudios médicos fundados en 1763. Igualmente se presenta una nómina con las personas que obtuvieron el título de Doctor en Ciencias Médicas durante los años de 1942, 1943, y 1944, en la Universidad Central de Venezuela. También se mencionan algunas observaciones históricas sobre el cincuentenario de Cátedras clínicas y quirúrgicas fundadas en 1895 en la Facultad médica de Caracas y acerca de la Cátedra de Historia de la Medicina y Deontología.
6. Sanabria Bruzual, J., *Trabajos concernientes a las ciencias médicas escritas por médicos venezolanos en la primera mitad del siglo XIX*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 67. Se presentan trabajos relacionados con las ciencias médicas escritas por médicos venezolanos en la primera mitad del Siglo XIX, destacando el autor la publicación de obras didácticas por los doctores José María Vargas y Carlos Arvelo, a mediados de ese siglo, cuando no existía el periodismo médico en Venezuela.
7. Dávila, V., *Dr. Diego Carbonell*. Rev Soc Venez Hist Med, 1945, Año 1(1, Primer Semestre, Agosto): p. 73. Se presenta una semblanza biográfica

Figura 13. Abstractos del Índice de la Revista de la SVHM, Edición de 2004.

En cuanto a ideas para el futuro se encuentran las siguientes:

1. Se proseguirá la selección de descriptores de tópicos que ahora pudiesen estar agrupados en categorías más amplias. Así, personajes, eras, instituciones, especialidades, enfermedades, sitios, etc., podrán tener una individualización más fina, para evitar confusión en el acceso a los artículos que tratan de esas grandes áreas de estudio y para focalizar la investigación bibliográfica.
2. Además de descriptores entresacados de los títulos de los artículos, se desglosarán y se incluirán descriptores adicionales hoy embebidos en los abstractos o en el texto de los artículos. Estos textos –hoy esencialmente no indexados– son una rica cantera de descriptores que no son aparentes en los títulos de los artículos, hasta ahora las únicas fuentes de términos indexables.
3. Se incluirán abstractos en inglés (proyecto ya comenzado y en estado intermedio de realización). Esta bibliografía bilingüe será ofrecida a bases de datos tales como Lilacs (Brasil) o Medline (EE. UU) de modo de extender las fronteras de consulta sobre nuestros esfuerzos en el estudio de la historia de la medicina nacional y mundial.

- Finalmente, se conectarán las citas bibliográficas del índice con su respectivo número de la revista y hasta con cada artículo digitalizado. En este momento numerosas revistas están digitalizadas y en poder de la SVHM. Sin embargo, todavía no están ofrecidos al público los artículos individuales extraídos de esos números (que ya están listos para publicación electrónica).

Lo ya logrado no evitará el perfeccionamiento y los cambios de dirección del proyecto de acuerdo a las necesidades del usuario. La actualización de este índice será constante. La versión que ahora se presenta consta de más de 200 páginas de las cuales la mayoría consisten de abstractos. Las citaciones de los abstractos se presentan en estilo “numerado” pero muchos otros estilos (incluido el estilo Vancouver, apenas algo diferente que éste) pudiesen sustituirlo en pocos segundos al momento de reconstruir la bibliografía con el programa EndNote.

En suma, la bibliografía venezolana de la historia de la medicina en la RSVHM está ya disponible en el ámbito local y, dada su publicación en la página Web de la Sociedad, a escala mundial. Este esfuerzo promoverá, sin duda, el estudio de nuestros valores médicos y la prevención de repeticiones investigativas. Esperamos que las cátedras de Historia de la Medicina en Venezuela hagan uso amplio de este recurso, en pos de estimular estudios originales y documentales por parte de las nuevas generaciones de médicos que tengan un interés en asuntos humanísticos.

III. COADYUVANTES CAPSULARES DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Se proponen cápsulas de historia de la medicina en cada cátedra. De ese modo, la atención de los estudiantes de medicina a los precedentes históricos de cada enfermedad, especialidad e institución pudiese ser incrementada de ofrecérsele a esos estudiantes una versión capsular de cada uno de esos componentes cada vez que se cambia de cátedra y se rota por un diferente servicio clínico o cátedra básica.

Esto sería un refuerzo de la acción de las cátedras de historia de la medicina. Aunque es deseable la coherencia que le da a los estudios históricos una cátedra de historia de la medicina como ente independiente, la reiteración de elementos de historia médica en cátedras otras que la de historia de la medicina hacen de esas pasantías un medio más conductivo a poner en mente y en práctica

conceptual los avances que se han hecho en cada una de las disciplinas en las que rota un estudiante de medicina.

El índice de la RSVHM que hoy se presenta puede ser el instrumento para compilar temáticamente los tópicos que pertenecen del todo o en partes a cada disciplina. El compromiso de los docentes de cada cátedra de dedicar unos minutos de cada clase a discutir una breve ficha de información histórica sobre el tema puede ser el modo de acrecentar el dominio de la historia de la medicina entre los futuros médicos.

Un *Thesaurus de Historia de la Medicina* es pues propuesto como contribuyente al estudio continuado y “extracurricular” de hechos históricos, más allá de las conferencias magistrales de una cátedra de historia de la medicina.

El autor está en fases preliminares de esta idea y para los momentos define que tipo de programa cibernético se necesita para alcanzar esta meta.

IV. UN PRECURSOR DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

La Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina ha sido la fuente dominante y más prolongada en el tiempo de información inédita o revisada sobre historia de la medicina mundial y venezolana. Fue fundada en 1945 pero solo hubo un número publicado ese año. Se reinició su publicación en 1953. El último número en mi posesión es de 1999 pero ya en 2006 se ha retomado la publicación de números más recientes.

Menos conocido hoy por las nuevas generaciones es su precursor: los Archivos de Historia Médica de Venezuela (AHMV). Fue esta revista fundada en febrero de 1934 por el Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero (PDRR). La revista fue administrada en su primera época por el Br. P. D. Rodríguez-Maggi. Se publicó en la Cooperativa de Artes Gráficas en Caracas. (Figura 11).

El desideratum de su periodicidad era ver la luz cada dos meses. Después de ocho números, hasta mayo-junio de 1935, tuvo un hiato en su publicación. Se reanudó su tiraje con el No. 9 en junio de 1938. Ya para esta segunda época sólo se menciona al director, quien continuó siendo PDRR. El de 1938 fue el último número, pues su director murió en Caracas el 21 de febrero de 1939.

El conjunto de ejemplares revisados es una copia encuadernada en medio cuero en el lomo, perteneciente

a la biblioteca del Dr. Domingo Luciani, encontrada en la Gran Pulpería del Libro Venezolano en Sabana Grande (Caracas) en julio de 2004. La gran mayoría de los artículos fueron escritos por PDRR. Algunos otros colaboradores participaron en la contribución de artículos varios. El autor aspira lograr en un futuro cercano la digitalización de los Archivos de Historia Médica de Venezuela para su disfrute por todas las generaciones de historiadores médicos del país.

Se espera la integración del relativamente breve índice de los AHMV con el índice de la RSVHM, pues ambos son complementarios y pueden enlazarse. De hecho, algún día otras fuentes bibliográficas de la historia de la medicina en Venezuela pueden ser tratadas del mismo modo que el corriente índice de la RSVHM.

AGRADECIMIENTOS

La viuda del Dr. Fermín Vélez Boza fue atenta y solícita en proveer la breve compilación de los hechos históricos de mi antecesor en el Sillón No. 6 de la Sociedad durante mi visita a su residencia pocos días antes de esta presentación.

El autor agradece especialmente la infatigable colaboración del Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez, quien —de joven estudiante de medicina—, se abocó a extraer sabiamente y en pocas palabras el corazón de cientos de artículos de la RSVHM.

El autor también agradece el gran apoyo de la Dra. Nora Bustamante Luciani, quien de Presidente de la SVHM, estimuló el desarrollo y la conclusión de este largo proyecto.

El autor finalmente aprecia la gran confianza que el Dr. Abraham Krivoy depositó en mí al hacer disponibles, con visión de futuro y sin temor al descuadernamiento (“resurrección”, diría yo...), las decenas de números de la RSVHM, bellamente encuadernados en sus anaqueles pero quizás solos y raramente leídos por largos lapsos, que forman este corpus, así preservando su vida y expandiendo sus andanzas en el mundo digital.

REFERENCIAS

1. Abelson PH. An editor's reflexion on editing. *Interciencia*. 1987;12:81-82.
2. ISI Web of Knowledge. Herramientas administrativas y aplicaciones. Thomson Corporation, Nueva York (disponible en <http://thomsonresearchsoft.com/products>) 2006.
3. Ramos de Francisco C. Presencia y visibilidad de las publicaciones científicas universitarias en índices internacionales. En: II Taller para editores de revistas universitarias índices e indización de revistas. Caracas UCV/CDCH. 1999.
4. Roberts N. Some index/indexing generations. Sheffield (England) Pos/graduated School of Library. *An ship and information Science* 1998:25.

Nota: Se hizo una revisión de la colección completa de la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina disponible en esa institución.

JUICIO CRÍTICO Y DISCURSO DE CONTESTACIÓN AL TRABAJO DE INCORPORACIÓN DEL DR. ALDO GONZÁLEZ SERVA, COMO INDIVIDUO DE NÚMERO A LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Dra. Consuelo Ramos de Francisco

Dr. Juan José Puigbó, Presidente, y demás integrantes de la Junta Directiva de la SVHM

Dra. Nora Bustamante, Miembro Emérito de esta corporación

Estimados Doctores, Profesores, Miembros Eméritos, Individuos de Número y Miembros Correspondientes de esta Sociedad.

Dr. Aldo González Serva, recipiendario de hoy y su distinguida familia.

Señoras y señores:

Es para mí un honor corresponder a esta Sociedad y a su Junta Directiva por la confianza depositada en mi persona para realizar el juicio crítico y contestación al trabajo presentado por el Dr. Aldo González Serva, quien hoy se incorpora como Individuo de Número para ocupar el Sillón N° VI el cual ha sido ocupado por los distinguidos galenos venezolanos, doctores Jesús Sanabria Bruzual, Jesús Yerena y Fermín Velez Boza.

Antes de leer una síntesis del juicio crítico sobre el trabajo de incorporación del Dr. Aldo González Serva como Individuo de Número, Sillón VI, de esta Sociedad, haremos algunas consideraciones biográficas del Dr. González Serva.

El doctor Aldo González Serva, quien se incorpora hoy como Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM), ingresó en esta organización en 1982, como Miembro Correspondiente por el Distrito Federal, con la presentación del trabajo titulado “El otro médico del Libertador, en sus últimos días”, el cual fue motivo de comentarios y elogios por los asistentes debido al aporte que significó en la historia de Simón Bolívar. En él comentaba la actuación del médico

norteamericano George McKnight, médico naval de la goleta norteamericana Grampus, al participar junto con el Dr. Próspero Reverend en las decisiones terapéuticas indicadas al padre de la patria en los últimos y tristes días de su vida.

Nuestro recipiendario de hoy nació en San Felipe, Estado Yaracuy, en julio de 1949, estudió en el Colegio La Salle de Caracas, luego en la Universidad Central de Venezuela (UCV), de la cual egresó como Médico-Cirujano en 1971.

En el lapso 1972-1976 realizó estudios de Posgrado en Anatomía Patológica en Venezuela (UCV) y en la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut, EE.UU de Norteamérica.

Su vida profesional se ha desarrollado en Venezuela y en EE.UU en forma alterna y sucesiva. Ha sido médico visitante en el Hospital Monte Sinaí de New York y en la Universidad de Yale en New Haven. Realizó un posgrado en virología en este último hospital.

La docencia y la historia, junto con la fotografía y la condición de bibliógrafo amateur, han sido sus actividades paralelas a la medicina, desde muy joven. Siendo estudiante de medicina ganó el Premio Dr. José Gregorio Hernández, creado por el Dr. Fermín Vélez Boza quien, como una coincidencia quien ocupaba el Sillón que ocupará, de hoy en adelante, nuestro recipiendario de hoy.

En 1977 ganó el cargo de Instructor por Concurso de Oposición en la Cátedra de Anatomía Patológica en el Instituto del mismo nombre en la UCV.

Trabajó en Venezuela, en forma continua, en el lapso 1971- 1984. Se desempeñó como médico patólogo en el Centro Médico de Caracas y en el

Centro Médico Docente La Trinidad. Ha sido Profesor de Histología y de Anatomía Patológica en el lapso 1986-1984. Es Miembro de la Sociedad Venezolana de Dermatología (1978), de la cual fue designado Miembro Honorario. Ha sido Profesor Asistente en Patología y en Dermatología en varias universidades: Universidad Central de Venezuela (1976-1984), posteriormente en New Haven, Boston, Nueva York, entre otras, en algunas de ellas hasta la fecha.

Por otra parte, es Miembro de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, de la cual fue Presidente en el período 1981-1983.

Además es Miembro de varias asociaciones internacionales de anatomía patológica y dermatología.

Ha publicado alrededor de 130 trabajos científicos como autor y/o coautor y participado en innumerables congresos de la especialidad, en diversos países del mundo.

En 1995 fue galardonado con el Premio Xavier Vilanova, que se otorga cada 4 años, al Mejor Trabajo Científico por el trabajo “Patogénesis del Acné”, tema dermatológico en el cual ha realizado aportes de repercusión internacional.

El Dr. González Serva nos presenta hoy, como trabajo de incorporación para la categoría Individuo de Número, el producto de su laborioso aporte a esta Sociedad: **“El mapa bibliográfico de la Revista de la SVHM”. Índice electrónico de materias y autores**”, lo cual constituye un tema complejo y fascinante para un profesional de la Bibliotecología y de las ciencias de la información, como es mi caso.

Las publicaciones científicas y los índices constituyen un corpus bibliográfico de suma importancia y de un largo e interesante desarrollo histórico, iniciado en 1494, cuando Joharines Johann Trithem (1463–1516), llamado “padre de la bibliografía”, publicó la primera bibliografía con carácter eclesiástico, y en 1506, Symphorien Champier, publica la primera bibliografía de libros profanos titulado **“De Medicine Claris Scriptoribus y, en el siglo XVI se publicó la primera bibliografía universal llamada “Biblioteca Universales”** compilada en Alemania, considerada como la primera bibliografía médica en la historia.

En 1850, Friederich Ludwig Meissner (1796-1866), publicó la primera bibliografía pediátrica conocida. En tal sentido, ha sido preocupación de todas las civilizaciones, la recuperación de la memoria impresa o escrita a través de la bibliografía, disciplina que

permite localizar y organizar de manera sistemática la literatura publicada en una determinada literatura o en cualquier ámbito de los saberes. Ellas, las bibliografías pueden ser generales o especializadas, cronológicas, retrospectivas y actualizadas, entre muchas otras clasificaciones. Las bibliografías se asocian a otros instrumentos bibliográficos o documentales como son los catálogos, directorios e índices, los cuales hoy día se presentan de manera automatizada.

Así, los catálogos, índices, directorios y repertorios constituyen mecanismos para recuperar la documentación y preservar, organizar, rescatar, sistematizar y difundir el quehacer científico y humanístico de la Sociedad.

Los índices y sus parientes documentales más cercanos: los catálogos, directorios, diccionarios, glosarios y tesauros, constituyen la base lógica y científica de la recuperación documental y de la organización del conocimiento explícito, plasmado en las publicaciones (documentos), sea cualquiera su formato.

Hoy, el Dr. González-Serva nos presenta una propuesta en desarrollo, de un índice digitalizado y automatizado para nuestra Revista, publicación que como bien señaló el Dr. González Serva es el órgano de difusión del quehacer académico de esta Sociedad, fundada en 1944, por el ilustre maestro Joaquín Díaz González. Esta publicación llega a los 65 años de su fundación, con los altibajos comunes a casi todas las revistas médicas venezolanas y de América Latina.

El Dr. González Serva en el trabajo desarrollado y en el proyecto en evolución, permitirá organizar de manera sistemática los contenidos publicados en esta revista. Este mapa bibliográfico (índices) e indización de la RVSHM constituye un valioso aporte, susceptible de desarrollar, actualizar y hasta migrar en un futuro a otros formatos y normas que nos impone el desarrollo de las Ciencias de la información garantizando el acceso y el mejor uso de los contenidos, asimismo permitirá elaborar estudios bibliométricos.

Las publicaciones en todas sus tipologías y formatos, representan la evidencia más tangible de la investigación y de la historia de las disciplinas; constituyen (generales o especializados) la literatura o bibliografía de las ciencias en el conocimiento acumulado, ellas sistematizan, recogen y sustentan los procesos históricos, dan aval científico y respaldan la autoría de las investigaciones.

Las compilaciones bibliográficas, como bien sabemos, constituyen la etapa previa a cualquier

investigación, permite al investigador conocer a ciencia cierta que los documentos primarios u originales se han escrito sobre determinada temática de su interés y que las fuentes secundarias las reseñan, así con el estado del arte en cualquier disciplina.

La documentación como disciplina científica permite el acceso y descripción de cualquier documento y estudia y ordena el documento en cualquiera de sus formatos y en todas las tipologías de documentos e identifica cuatro tipos de documentos: Primarios o fuentes originales (artículos, libros, otros); secundarios como los que recogen o sistematizan las fuentes primarias (bibliografías, diccionarios, catálogos, otros); terciarias como las bibliografías de bibliografías e índices automatizados.

Hoy se habla de *fuentes cuaternarias*, constituidas por las grandes bases de datos, producto del gran desarrollo tecnológico de softwares desarrollados para este fin, que permiten a través de motores de búsqueda (Google, Yahoo, Altavista, entre otros) hoy se dispone de aproximadamente 600 motores de búsqueda y a través de ellos se puede tener acceso a un gran volumen de publicaciones recientes y en muchos casos retrospectiva, de modo global y universal a través de los “links” (interconexiones múltiples).

Sin embargo, la organización de esta documentación exige cada vez más una mayor rigurosidad, arbitraje y organización y es allí donde la indización constituye un reto cada vez más exigente para los especialistas en información, debido al gran volumen de publicaciones que se genera, conocido como “explosión bibliográfica”; esto garantiza una selección cada vez más rigurosa de la literatura publicada.

La indización como un proceso metodológico e intelectual y sus productos los **índices de publicaciones** constituyen herramientas documentales que deben ser vistas bajo dos aspectos o etapas:

1. La **indización interna** de un documento (índice de un libro, revista, etc., como es el caso que hoy analizamos
2. La **indización externa**: esta última es un enfoque con visión más global, que responde al proceso de mundialización de la información, que permite dar acceso a un documento a través de su referencia (resumen de contenido y palabras clave) en la Internet, desde cualquier lugar del planeta. Visibilidad que se respalda en el desarrollo de grandes bases de datos como Medline, Scientific Information Service (SIS), Lilacs, (Literatura Latinoamericana y del Caribe en ciencias de la

salud) PERIODICA (UNAM/México), Latindex entre muchos otros índices. Ambas etapas están relacionadas.

Los procesos de indización como el aquí presentado hoy por el Dr. González Serva constituyen cada vez más una necesidad que plantean las revistas científicas para poder tener acceso a sus contenidos, en especial las revistas venezolanas, situación que presenta aun serias dificultades en nuestro país, no obstante el área biomédica exhibe los mejores índices bibliográficos nacionales con participación latinoamericana a través de índices especializados como LILACS (Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud y LIVECS (Literatura Venezolana en ciencias de la Salud) y SciELO (Bases de datos de Bireme).

En el ámbito de las Ciencias Médicas: Medline, antiguamente conocido como Index Medicus (1879 -) compilado por la National Library of Medicine de EE.UU, así como Excerpta Medica (en todas sus categorías /Holanda), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en ciencias de la Salud), y SciELO compiladas por Bireme (Brasil-Sao Pablo), LIVECS (Literatura Médica Venezolana en Ciencias de la Salud), compiladas por el Sistema Nacional de Documentación e Información biomédica (SINADIB), así como otros índices internacionales en el área de las ciencias de la salud que recuperan o indizan la literatura biomédica a través de normas documentales y tesauros (lenguajes documentales) desarrollados para este fin como el MeSH (Medical Subject Heading Alphabetic List de la NLM) y el DeCS, (descriptores en ciencias de la salud) elaborado por Bireme; instrumentos normalizados que permiten jerarquizar y desarrollar los lenguajes documentales con el fin de normalizar el uso de determinados términos, ver su afinidad, sinonimia, jerarquías, traducciones, etc., llamados lenguajes de búsqueda informativa (LBI) con el fin de ubicar el mayor número de documentos relativos a un mismo tema (indización de documentos) y para garantizar estrategias de búsqueda a los investigadores. Estos tesauros han evolucionado de manera tal, que su mayor desarrollo permite hablar hoy de “**Indización automatizada**” (listas alfabéticas, jerárquicas y permutadas) disponibles en línea, permitiendo revisar sinónimos, antónimos afines, otros y, desarrollar toda una teoría lingüística que nos permite hablar de palabras clave, descriptores, o términos relacionados descriptores normalizados, reemplazados, sinónimos adicionales, estructuras jerárquicas del término,

glosarios en desarrollo en relación con el uso y manejo del lenguaje especializado y técnico en cualquier disciplina o ciencia.

Asimismo, dada su complejidad, se han creado comités de indización, asociaciones y grupos de trabajos multilingües, en países como EE.UU, Brasil, Australia, Canadá, México, entre otros, compuestos por especialistas en los temas, documentales, de indización, lingüistas, bibliotecarios e informáticos, para tal fin se han venido desarrollando softwares y metodologías específicas para diferentes tipos de literatura.

Por otra parte, al haber un aumento exponencial de la literatura, (más de 25 000 artículos por mes por especialidad y más de un millón quinientas mil revistas científicas inscritas en el registro mundial ISSN (Internacional Serial Standard Number) (Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas) se hace necesario mejores controles bibliográficos y un mejor acceso a literatura.

Los grandes índices, como los señalados y otros como el Scientific Information Index (ISI) Philadelphia, se nutren de los índices acumulados de las revistas, de los resúmenes de cada artículo presentados por los autores sobre sus investigaciones y de las palabras clave, todo esto permite una mejor organización de la información. Hoy como bien lo ha expuesto el Dr. González Serva, podremos disponer de un índice acumulado de la RSVHM y por tanto este índice le permitirá entrar a los grandes índices nacionales e internacionales y garantizar su visibilidad (indización externa).

Es interesante señalar que la investigación que viene desarrollando el Dr. González Serva nos permitirá:

1. Disponer de una digitalización de nuestra revista, dándole mayor *visibilidad* y *acceso* desde cualquier parte, pero además podremos preservar la colección en formato digital.
2. Ubicar en sus números publicados, sus contenidos, sus autores (revisión del documento).
Conocer rápidamente el contenido de cada volumen y el resumen de cada artículo, así como la diversidad de temas publicados.
3. Ser indizada en Índices internacionales (LILACS, INFOMED, REVENCYT, LATINDEX, CLASE, LIVECS, MEDLINE, entre otros, a través de los hiper enlaces (hyperlinks).
4. Mayor *visibilidad* y esto indudablemente nos relaciona con el mundo (transferencia de

información) señalado y conocido como la cyberlocalización de la revista.

5. Conocer la producción, productividad, línea y temas de trabajo de cada autor, las veces que ha sido citado por otro autor (programa de referencias bibliográficas bajo el Software End Note) y el desarrollo de trabajos bibliométricos y cuantitativos dentro de nuestro ámbito de estudios.
6. Disponer de la colección de nuestra revista digitalizada e indizada para su puesta en INTERNET y en las bibliotecas virtuales como la de BIREME (BVS/BIREME) en la de la Academia de Medicina entre otras.

Con este trabajo de indización la RSVHM y la Sociedad misma se harán más visibles en la red, frente al reto que nos demanda la investigación y la transferencia del conocimiento.

Es importante señalar que ya en 1994 el profesor Aldo González Serva y la Dra. Alejandra Pro-Rísquez, compilaron un primer índice bilingüe de nuestra Revista el cual comprende los volúmenes 36 al 63 (1987-1993), trabajo presentado en el VI Congreso Venezolano de Historia de la Medicina realizado en Caracas.

EXPERIENCIAS QUE NOS HAN PRECEDIDO

Es oportuno reconocer el invaluable trabajo de los Índices y Bibliografías, trabajo minucioso y poco valorado, quizá es el investigador quien más lo aprecia, ya que ellos nos abren las puertas del pensamiento y de los estudios que nos ha precedido.

Es propicia la ocasión para recordar el invaluable trabajo del Dr. Ricardo Archila, al recuperar la **“Bibliografía Médica Venezolana**, en sucesivas ediciones, dicho material está publicado en varios volúmenes, y rescata la literatura venezolana biomédica desde el siglo XIX hasta la década de los 70 aproximadamente, trabajo que lamentablemente no ha sido continuado de manera exhaustiva, a pesar de los esfuerzos de SINADIB a través del desarrollo de la base de datos LIVECS (Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud).

Además debemos recordar los aportes bibliográficos de los doctores Plácido Rodríguez Rivero, Eudoro González, (Primer Índice de la Gaceta Médica de Caracas) 1943, Tulio Arends, Marcel Roche, Miguel

Zúñiga Cisneros, Tulio Briceño Maaz, Francisco Kerdel Vegas, Fermín Vélez Boza, Alecia de Acosta, Herbert Stegemann y Jesús González Vegas, entre otros. Aspecto que nos muestra que sin memoria documental e historiográfica no hay ciencia.

En este mismo sentido cabe destacar la publicación uno de los antecedentes más importantes de la RVSHM: **Archivos de Historia Médica de Venezuela**, germen de nuestra Revista, creada por Plácido Rodríguez Rivero, material al cual el Dr. González Serva realiza una copia facsimilar por scanner.

LAS PRIMERAS REVISTAS VENEZOLANAS

En el campo científico aparecieron en 1857, cuando nacen “**Eco Científico de Venezuela (1857–1858)**” y “**El Naturalista (1857 – 1858)**”, ambas con un año de circulación; a pesar de ser dedicadas al periodismo científico en general (difusión y divulgación científica), gran parte de sus páginas estaban cargadas de materia médica, dirigida por el eminente galeno venezolano Dr. Manuel Porras, y era órgano oficial de la Academia de Ciencias Físicas y Naturales de Caracas. En ellas podemos revisar con gran satisfacción los índices de contenido de cada número. Posteriormente aparecieron **Vargasia** (1868– 1870) y **Escuela Médica** (1874 – 1879), ésta última fue la primera revista de corte editorial eminentemente médico; Ilustres galenos dejaron huellas indelebles en sus páginas que hoy constituyen parte del legado historiográfico de la medicina venezolana. Posteriormente se suman **Gaceta Científica de Venezuela** (1877–1881), **Boletín de la Facultad Médica de Caracas** (1880– 1881), **la Unión Médica** (1881– 1888), **Ensayo Médico** (1883–1885), **Clínica de Niños Pobres** (1889–1908), **Revista Científica Mensual** de la UCV (1887–1889), entre otros títulos. Por último hacia finales del siglo XIX la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas funda **Gaceta Médica de Caracas** (1893) bajo la dirección del ilustre maestro Luís Razetti, esta prestigiosa revista se continúa publicando hasta la fecha y constituye la mejor evidencia de nuestra historia médica; recordemos que recientemente fue presentado su último índice de manera digital (CD ROM). Cabe recordar que todas estas revistas dispusieron de índices dentro de la publicación de manera muy sencilla, pero en estos acumulados podía tenerse conocimiento de los publicados por cada título.

Para finales del Siglo XIX, Europa disponía de más de 300 revistas médicas y desde 1879, grandes

índices y las bibliografías médicas estaban presentes en la literatura del gremio médico venezolano. Para 1913 se publicaban en el mundo cerca de 1 600 revistas médicas y en 1910 Venezuela disponía de 14 periódicos médico científicos.

Hoy la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME), identifica cerca de 72 títulos de revistas biomédicas activas en Venezuela, de ellas muchas se encuentran acreditadas en el programa venezolano de Revistas Científicas y Tecnológicas de FONACIT (Acreditación y financiamiento) ASEREME ha contribuido grandemente a la calidad de forma (formato) y contenido de nuestras revistas médicas, así como a la formación de nuestros editores.

Asistimos al desarrollo de profundos cambios tecnológicos, las Tecnologías de Información y de la Comunicación, (TIC), aceleran y universalizan el conocimiento y nos han conducido a la **sociedad del conocimiento**: bibliotecas virtuales, bibliotecas sin paredes, Internet, motores de búsqueda, lenguajes universales, globalización (tecnología para aprender), red de redes, acceso remoto, libre acceso y grandes índices de búsqueda y acceso de la literatura.

En tal sentido para su desarrollo se necesita:

- a. Información bibliográfica (compilaciones, índices, bases de datos, retrospectivas y actuales), es aquí donde tiene su mayor justificación el trabajo presentado hoy por nuestro recipiendario.
- b. Disponibilidad de excelentes colecciones (retrospectivas y actuales) para preservar la memoria documental y desarrollar bibliotecas virtuales.
- c. Organización técnica de los documentos.
- d. Acceso al documento original.
- e. Relaciones de ese documento con otros (enlaces).
- f. Disponer de información en el menor tiempo posible.

Con estos elementos hoy hablamos de “gestión documental” o “gestión electrónica de información”, es decir, dar el mejor manejo y el mejor uso al documento original, además que la información se difunda, que esté disponible, cuyo mecanismo técnico de recuperación es la **indización**, actividad intelectual que permite identificar al documento y su contenido a través de palabras” que expresan su mayor carga de contenido conocidas como palabras

clave, descriptores y el resumen, todo lo cual va a identificar al documento original desde cualquier base de datos o índice. Este proceso se concibe a través de la Ingeniería Documental (Relación de bases de datos a través de enlaces, métodos y herramientas para el diseño y construcción de mecanismos de localización y afinidad de los documentos y de la información (indización asociativa); esto no es más que una ingeniería de Software reforzada por la Word Wide Web (www) dada la complejidad de la documentación disponible en Internet (González H. y Martínez S. J., 1999).

**A MANERA DE COLOFÓN :
*METAMORFOSIS DEL LIBRO Y LAS
BIBLIOTECAS***

La automatización de la información, las publicaciones digitales y en línea, la navegación en el ciberespacio, el uso de sistemas expertos, bibliotecas virtuales, libros sin papel, bibliotecas sin

paredes, índices automatizados, motores de búsqueda entre otros, evidencian que asistimos a cambios profundos en el manejo y el uso de la información. ¡La metamorfosis del libro, del documento y de las bibliotecas ha llegado!

Frente a estas perspectivas es obvio el valor y la importancia de este trabajo que viene desarrollando el Dr. Aldo González Serva, el cual dota a la SVHM y a su revista de un instrumento bibliográfico que le permitirá no solo recuperar la literatura ubicada en la Revista de la SVHM sino también entrar al mundo del ciberespacio.

Doctor Aldo González Serva, en nombre de la SVHM, sea bienvenido a la condición de Individuo de Número (Sillón VI) de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y reciba en nombre de esta Corporación la más cordial bienvenida.

¡Felicitaciones!

BACH Y HAENDEL, DOS GRANDES MAESTROS Y UN MISMO DESTINO

*Trabajo de Incorporación a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina como Miembro
Correspondiente Nacional*

Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

RESUMEN

Johann Sebastián Bach y Georg Friedrich Händel, dos de los músicos más importantes de todas las épocas, nacidos ambos en Alemania, sufrieron en los últimos años de sus vidas, un defecto visual progresivo del que nunca se recuperaron. Ambos fueron operados por el mismo cirujano, un itinerante llamado John "Chevalier" Taylor, con el mismo catastrófico resultado.

SUMMARY

Johann Sebastian Bach and George Friedrich Händel were two of the most important musicians of all times. Both were born in Germany and both suffered, in the last years of their life, a progressive visual defect, that was never recovered. They were operated by an ambulatory surgeon, whose name was "John Chevalier" Taylor, with the same unfortunate result.

Historia⁽¹⁾

Al revisar las biografías de Johann S Bach y de Georg F Haendel, encontramos varios hechos que hacen que estas tengan cosas en común y un destino muy semejante. Ambos nacen en 1685, nunca se conocieron y su enfermedad final tiene un denominador común, el cirujano itinerante el inglés John Taylor.

Johann Sebastián Bach⁽²⁾. Nació en Eisenach (Turingia), pequeña ciudad alemana en una fecha no muy bien determinada, que parece ser el 31 de marzo de 1685. Pertenecía la más formidable familia de músicos que jamás haya existido; compilados en 1735 por el mismo Bach, con motivo de sus 50 años, en una genealogía que tituló "Orígenes de la familia musical de los Bach. Hijo de Johann Ambrosius (1644-1694)". Desde muy temprana edad recibió instrucción musical: en la escuela, bajo la dirección del Cantor y en su casa, bajo la de su padre y la de su tío, este último gran organista. Huérfano desde temprana

edad, quedó bajo la tutela de su tío paterno Johann Christoph. Tenía una bellísima voz de tiple, cantaba en el coro y se ayudaba con esto económicamente. Desde muy temprana edad dominaba todas las composiciones que su hermano le asignaba para su estudio.

Éste, celoso de la brillantez del joven, decidió esconderle los libros de música, por lo cual de noche se los robaba y transcribía las partituras. En 1700 viaja a Lunenburg, hasta 1702 cuando termina sus estudios en la Michaelisschule, época de grandes descubrimientos musicales. Lunenburg, aparte del abundante repertorio coral de la escuela, y de contar con organistas de la talla de Georg Bohm, tenía la ventaja de quedar a 55 Km de Hamburgo, capital del órgano y uno de los primeros centros musicales de Alemania. Cantaba y tocaba violín para ayudarse económicamente. Ya era un joven músico perfectamente formado y capaz de aspirar a un puesto estable.

En 1703 era violinista de la orquesta del duque de Weimar. Organista de Arnstadt en 1703-1707, año



Figura 1. Johann Sebastian Bach.



Figura 2. Sonata para violín No 1 en sol menor (BWV 1001).

en que se mudó a Mulhausen para ocupar el puesto de organista de San Blas.



Figura 3. El joven Bach.

En 1707 casó con su prima María Bárbara; de esa unión nacieron Catharina Dorotea, Wilhelm Friedemann; siguieron dos gemelos que murieron a poco de nacer; Carl Phillip Emmanuel y finalmente Johann Gottfried Bernhard.

En 1708-1718 vive nuevamente en Weimar, cuando asciende a Kapellmeister Drese. Durante esa segunda estancia y por encargo del joven príncipe Johan Ernst, transcribió y adaptó al órgano conciertos instrumentales de otros compositores, sobre todo italianos; más bien eran unas re-elaboraciones y su primera experiencia con arreglos orquestales; eran conciertos para clavicémbalo y órgano.

En 1721 firmó Bach la dedicatoria dirigida al Margrave de Brandemburgo, Christian Ludwig una colección de seis conciertos (BWV 1046-1051), obra de perfección suprema de la evolución formal y estilística del Barroco, que anunciaba el comienzo de un nuevo desarrollo del género.

María Bárbara fallece después de trece años de matrimonio, el último hijo se llamó Leopold Augustus nacido en Kothen. Muy pronto casó con Anna Magdalena, hija de Caspar Wilcke (1721).

Luego aparecen los conciertos para violín, tres de ellos que se conservan, los dos primeros para un violín solista y el tercero para dos violines, el acompañamiento es igual en los tres: dos violines, viola, violonchelo y continuo. Luego las Overturas o Suites.

Al ser nombrado Kantor de la iglesia de Santo Tomás de Leipzig abandonó la música profana y se dedicó a la religiosa que fue en donde mejor brilló su genio. Bach era un genio; pero los inquietos muchachos con quienes tenía que lidiar diariamente y a quienes tenía que enseñar los rudimentos de la música y aún del latín y el catecismo, comprendían poco la grandeza del Kantor, porque poseía poco carácter y deficiencias pedagógicas. Comenzaron así sus problemas locales para 1727 y culminaron en 1737 cuando llega a renunciar.

En 1736 el Rey de Polonia y elector de Sajonia le nombró su compositor de corte, cuando escribe las Variaciones Goldberg.



Figura 4. Bach 1740.

Anna Magdalena fue muy prolífica, pues le dio casi un hijo por año, hasta 1742; pocos sobrevivieron el año. Se refugió en su hogar, consolándose con su esposa. Componía una cantata para cada domingo,



Figura 5. Bach 1750.

en total más de 300; para la iglesia compuso sus Pasiones y los Oratorios, entre ellas la Misa en si menor, iniciada en 1724 y terminada hacia el final de su vida. En 1731 publicó la primera parte de su Clavierübung, Concierto Italiano, etc.

En el ocaso de su vida tuvo detractores como su primo JG Walter, Johann A Scheibe, pero otros como fue Federico de Prusia lo engrandecieron.

Según su mejor biógrafo, su hijo Carl Philipp Emanuel, refiere que Bach fue siempre corto de vista. Sus amigos lo atribuían a su increíble capacidad de trabajo, pasando noches enteras estudiando, leyendo y transcribiendo música. Es muy probable que haya sido miope, por su mismo aspecto, en los retratos donde se le ve con los ojos entornados y el ceño fruncido⁽³⁾.

Sus últimos años se vieron entristecidos por la progresiva pérdida de la visión; buscaba a tientas la puerta para poder salir. En 1750 se creyó que podía curar de su enfermedad — parece que se trataba de unas cataratas muy avanzadas — y es cuando aparece el famoso cirujano inglés John Taylor; al principio se resistió a operarse, pero al final accedió. Al quitarse las vendas, pocos días después, veía menos que antes; el cirujano dijo que se imponía una segunda operación, que el músico soportó. El resultado fue peor, quedó completamente ciego. En vista de esto

Taylor aconsejó el habitual cuidado posoperatorio, que consistía en la aplicación de una mezcla de bálsamo del Perú y agua caliente aplicada directamente a los ojos, colirio de sangre de paloma, sal quemada, y azúcar pulverizada, además de sangría y laxantes⁽⁴⁾. Parece haber padecido endoftalmía, glaucoma secundario, hemorragia, destrucción retiniana, y también oftalmia simpática.



Figura 6. Haendel de joven.



Figura 7. Haendel 1750.



Figura 8. Casa natalicia de Haendel, en Halle.

Siguió componiendo, sobre todo corales hasta que a los cuatro meses, el 28 de julio de 1750, falleció.

Georg Friedrich Haendel. Nació en la ciudad de Halle, ubicada en el centro este de la actual Alemania, el 23 de febrero de 1685. Su padre era barbero y cirujano, había decidido que su hijo sería un abogado, pero cuando observó el interés de Haendel por la música, la cual estudiaba y practicaba en secreto, cambió de idea y se mostró dispuesto a pagarle los estudios de música. De esta forma, Händel se convirtió en alumno del principal organista de Halle, Friedrich Wilhelm Zachaw.

A la edad de 17 años fue nombrado organista de la catedral calvinista de Halle. Al cabo de un año, Händel viajó a Hamburgo, donde fue admitido como intérprete del violín y del clavecín en la orquesta de la ópera. Al poco tiempo, en 1705, se estrenó en ese mismo lugar su obra Almira, y poco después Nero.

Al año siguiente, aceptó una invitación para viajar a Italia, donde pasó más de tres años. En Italia, se representaron obras suyas en Florenia, Roma, Nápoles y Venecia, y al mismo tiempo Händel escribió música nueva, inspirado por la música de aquel país. Sobre todo, estudió y perfeccionó la forma de combinar su música con textos en italiano. Gracias a la alta calidad de sus interpretaciones, conoció a importantes músicos y compositores italianos de la época, como Scarlatti, Corelli y Marcello.

En 1708 llegó a Nápoles en compañía de Scarlatti. Su fama en dicha ciudad era ya tan grande que poco después de su llegada se le encargó la composición de una cantata con ocasión de la boda del duque de

Alvito; ese fue el origen de la cantata *Aci, Galatea y Polifemo*. Además compuso arias francesas y una cantata española. Opera como *Agrippina*, también fue escrita y estrenada en el teatro de San Juan Crisóstomo de Venecia en 1709, con gran éxito.

En 1710, Händel regresa de Italia y se convierte en el director de orquesta de la corte de Hannover. Un año más tarde se estrena su obra *Rinaldo* en Londres con un considerable éxito. En vista de ello, en 1712 Händel decide establecerse en Inglaterra. Allí recibe el encargo de crear un teatro real de la ópera, que sería conocido también como *Royal Academy of Music*. Händel escribió 14 óperas para esa institución entre 1720 y 1728, que lo hicieron famoso en toda Europa.

El 11 de junio de 1727 moría de apoplejía el rey Jorge I, pero antes de morir había firmado el Acta de Naturalización de Haendel. Nuestro compositor era ya súbdito británico. Fue el momento de cambiar su nombre a, *George Friedrich Händel*. A Jorge I le sucedió Jorge II y para su coronación se encargó la música a Haendel. Así nacieron los himnos “*Zadok the Priest*”, “*My Heart is Inditing*”, “*Let Thy Hand be Strengthened*” y “*The King shall Rejoice*”. Las dimensiones de la orquesta y músicos requeridos eran extraordinarias (se pudo leer en un periódico “habrá 40 voces, y unos 160 violines, trompetas, oboes, timbales y bajos, proporcionalmente, además un órgano, que fue instalado detrás del Altar”).

En abril de 1737 sufrió un ataque de “reumatismo”, al mes siguiente sufre “una afección de parálisis”, que le produjo la pérdida del uso de la mano derecha, lo que le condujo a un mal estado tanto físico como psíquico. La causa podría haber sido una trombosis cerebral o un reumatismo muscular recurrente antes que la sífilis u otra enfermedad venérea, como aseguran algunos basándose en una pronta recuperación.

A partir de 1740, Händel se dedicó a la composición de oratorios, entre ellos El Mesías, que en el siglo XIX se convertiría en la obra coral por excelencia. En 1751, Händel perdió la visión mientras componía el oratorio *Jefta*. Murió en Londres a los 74 años.

Haendel no fue un músico artesano dependiente de un príncipe o un alto jerarca eclesiástico como era habitual en esa época, poseyó medios de fortuna, era un buen vividor; nunca se casó y no tuvo hijos.

Tuvo éxitos y fracasos, que no tuvieron que ver con la calidad de las obras sino con las circunstancias; el saldo final fue positivo porque todos los cenáculos europeos le reconocieron como un gran compositor,

sus obras se publicaron por doquier.

En 1751 escribió la que sería su última partitura autógrafa, *Jephtha*, su ceguera había progresado a pesar de verse con los mejores especialistas ingleses. Poco después quedó definitivamente invidente y corrió la misma suerte de *Johann S Bach*, fue operado por *John Taylor*. Todavía en 1757 a pesar de su ceguera revisó partituras ayudado por su secretario. Murió el 14 de abril de 1759 a los 74 años. Fue enterrado en la Abadía de *Westminster*.

Es factible que este genio musical, con un claro perfil de factores de riesgo vascular (su madre había padecido una parálisis similar a los 73 años), haya tenido parálisis recurrentes de su extremidad superior derecha asociadas a disartria o afasia como resultado de infartos embólicos en el territorio de la arteria cerebral media y que fueron interpretados como confusión. Asimismo puede haber tenido una severa estenosis de su arteria carótida izquierda con embolismo recurrente al hemisferio izquierdo que también pudo haber sido el origen de infartos embólicos retinales del ojo derecho⁽⁵⁾.

Händel compuso 32 oratorios, 40 óperas, numerosas piezas musicales para misas, 110 cantatas, 20 conciertos, 39 sonatas, fugas y suites, y otras obras orquestales.

El controvertido oftalmólogo, *John Taylor*

En la autobiografía dice “...he visto una cantidad de animales, como dromedarios, camellos y particularmente en *Leipsick*, donde el célebre maestro de música, que ya ha llegado a los 88 años, recibió la vista de mis manos... de la misma manera el famoso Händel con el cual tuve el mismo suceso...”. Frases estas encontradas en la autobiografía del peripatético oculista inglés. Era un mentiroso o farsante? Empezando porque *Bach* murió a la edad de 65 años, y nunca volvió a ver⁽⁶⁾.

John Taylor nació en 1703 en *Norwich*, hijo de un cirujano del mismo nombre. Estudió en el *Saint Thomas's Hospital* de Londres, bajo la tutela de *William Cheselden*, quien se dedicaba a la cirugía de los ojos y había desarrollado una operación del iris (iridotomía). *Taylor* tenía éxito y en 1727 publicó un libro sobre el mecanismo de los ojos, especialidad a la cual se dedicó. En un aparte subrayaba “*Qui visum vitam dat* (quien da vista da vida); más adelante “*Qui dat vivere, dat visere*”.

Empezó a viajar y a ganar experiencia así como bienestar. Tanto en las *Islas Inglesas* como *Europa* fue, narrando de esa manera sus anécdotas. Operó a



Figura 9. Chevalier en actitud quirúrgica.

personajes de la época: Edward Gibbon, Van Swieten, médico de la Emperatriz de Austria. Atendió al Rey Jorge II y en muchas cortes europeas figuró. Escribió varios libros. Fue el primero que habló de la cirugía del estrabismo.

Era tradicional que estos personajes viajaran mucho, especialmente porque practicaban la operación de las cataratas, *couching*, o cirugía de retroposición o abatimiento, además de curas de ectropión, ptosis, opacidades corneales y estrabismo. Alguna vez operó glaucoma.

Tenían que migrar de los pueblos, por donde pasaban operando las cataratas, pues el resultado casi siempre era malo.

Se jactaba de curar la gutta serena, que se refería a cualquier forma de ceguera del ojo fuera normal al examen; luego lo modificó diciendo que curaba solo un tipo de ellas, frotando la parte inferior del globo ocular con una cuchara de plata.

Fue también conocido como Chevalier Taylo, desconociéndose quien le otorgó ese título –tal vez fue él mismo. Entre sus publicaciones encontramos una monografía que contenía capítulos de anatomía ocular, en 1727; tratado de las enfermedades propias del ojo, en 1735; un tratado de las enfermedades del humor del cristalino, en 1736; descripción de la enfermedad del Sr. Vincent Joseph de Sousa e Magalhaens, en 1740; el caso de Sir. Jeremy Sambrooke, en 1743, y muchos otros¹.

La operación de Bach ocurrió después del 27 de marzo de 1750, cuando el arribó a Leipzig e impartió



Figura 10. Joannes Taylor, medicus.

una conferencia al día siguiente. Ya para el 1 de abril, Bach había sido operado⁶. Sufría desde hacía un año “una enfermedad ocular sumamente dolorosa”; después de esta operación, según la prensa local, recobró la brillantez de los ojos. La segunda operación fue el 4 de abril, ya que el 8 de abril Taylor abandonó Leipzig, arribó el 14 de abril a Berlín y el 23 de abril el Rey le ordenó abandonar la ciudad. Bach tuvo alucinaciones, luego apoplejía, coma, fiebre y murió el 28 de julio.

La versión de las operaciones de Händel no son muy claras; comienza, como ya dijimos, con debilidad del ojo izquierdo. En 1751, consultó con Samuel Sharp, como Taylor también discípulo de Cheselden, quien le diagnosticó una incipiente gutta serena. En 1752 fue operado de catarata por William Bromfield mediante el método *couching*. Probablemente su resultado fue catastrófico porque consultó de nuevo con Sharp. Para 1753 veía muy poco. Sólo en la autobiografía de Taylor es donde se encuentra referencia de la operación realizada a Händel, que parece ser fue en 1758. Nunca recuperó la visión⁽⁶⁾.

Como hemos visto, las vidas de Bach y de Händel fueron muy distintas. Bach fue un músico de bajo perfil; su arte lo desarrolló principalmente en iglesias y pequeñas cortes de Alemania. Aunque respetado por los músicos de la época, obtuvo escaso

reconocimiento popular en vida y, después de su muerte, ocurrida tres meses después de la operación de Taylor, cae en el olvido hasta ser descubierto por Mozart y Mendelssohn, fundamentalmente este último. Händel, por el contrario, que llegó a ser músico pese a la oposición de su padre, tuvo una particular aceptabilidad internacional; hablaba fluidamente cuatro idiomas, vivía en grandes cortes, y logró celebridad en vida. Sin embargo, ambos sufrieron accidentes cerebro-vasculares en su etapa final y, aunque nunca se conocieron, no deja de ser irónico el hecho de que el único contacto directo, fue a través del hombre que los operó sin éxito, quedando ambos ciegos.

Sinopsis histórica de la cirugía de la catarata ⁽⁸⁾

No podemos pretender hablar de la cirugía de la catarata en su totalidad pero si podemos decir que las primeras nociones sobre ella aparecen en el Código de Hammurabi (1728-1686 a. C.), donde cita la operación y posición social del paciente sin precisar los honorarios, pero si penalidades como cortar las manos por fracaso de ella. Se supone que era la operación de reclinación, depresión, abatimiento o couching. Existe referencia de un operador de cataratas egipcio de nombre Nebenchari 600 a. C.

Se considera a Susruta de la India (500 a. C.) como el padre de la cirugía ocular. Sabía reclinar la catarata. Los hipocráticos no nos dejaron constancia de cirugía de la catarata, pero si de ectropión, pterigión, resección de granulaciones tracomatosas, prolapso del iris, entre otras.

Los romanos sin duda operaban cataratas, como se comprueban en los bajorrelieves de aquella época. Aulus Cornelio Celsus sin duda operaba también cataratas en el siglo I de nuestra época. Galeno, Oribasius, Aetius y el más famoso Paulus de Aegina quien distingue bien entre una catarata curable o hypochyma y la incurable o glaucosis.

Entre los árabes nombramos a Rhazes (865-925), quien describe la extracción de la catarata blanda por succión a través de un tubito de vidrio o método de Antylos. Alegría habla de la cirugía de la catarata de los aztecas ⁽⁹⁾.

La medicina árabe se considera el enlace entre la antigua medicina griega y la del Renacimiento. Constantinus Africanus escribe en 1087 De oculorum passionibus. Oculistas de la Edad media europea, Graphheus, Zacharías y Peter Hispanus, quien luego

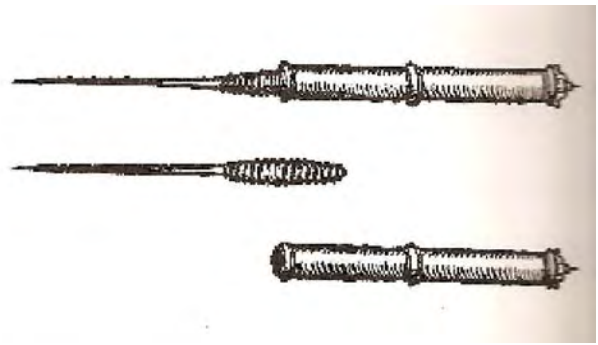


Figura 11. Instrumentos árabes para operar cataratas.

fue Papa Juan XXI. Guy de Chauliac, nacido en 1300, escribió *Collectorium artis Chirurgialis*. Andreas Vesalio con sus estudios anatómicos y luego Ambrosio Paré que hace progresar la cirugía.

El primero que demuestra que la catarata está ubicada en el cristalino es Werner Rolfink, apoyado por los franceses Brisseau y Maitre-Jan. Estos descubrimientos abren camino a la operación de extracción de la catarata. William Cheselden (profesor de Taylor) fue la figura principal en la separación legal entre cirujanos y barberos decretada en el parlamento inglés en 1745.

Después vino la operación de Daviel, quien introduce en la cirugía ocular el método de extracción de la catarata en lugar de su reclinación, o depresión o abatimiento o couching.

Luego ocurrieron numerosos adelantos, hasta llegar a la cirugía actual. No podemos, ni tampoco nos sentimos capaces de discutir en este breve esbozo toda la historia y evolución de la cirugía de la catarata.

La cirugía de la catarata en la Edad Media

Es en los dos últimos siglos de la Edad Media, cuando aparecen algunos tratados importantes de Medicina y especialmente de Oftalmología, escritos en latín⁽²⁾.

A propósito de esto, resaltaremos el *Tractatus de Egritudinibus Oculorum ex Dictis Sapientium Veterum Compillatis*, recogido por Pansier en la *Collectio Ophthalmologica Veterum Auctorum*. El manuscrito original se encuentra en la biblioteca de l' Arsenal de Paris y nos da una idea bastante clara de la práctica de la Oftalmología en el siglo XIII, fuera del territorio controlado por los árabes.



Figura 12. Operación de cataratas en la Edad Media.

Son verdaderamente interesantes los capítulos de la descripción del tratamiento de las cataratas, porque vienen a reflejar de forma clara y concisa el despertar de la Medicina Cristiana. De autor anónimo, tuvo sin embargo una enorme difusión en las crecientes escuelas centroeuropeas.

Definían la catarata como «la consecuencia de la presencia de un líquido o de un humor extraño en la cavidad uveal, entre el humor acuoso y la córnea, no permitiendo la penetración de la imagen dentro del ojo».

Una original clasificación de las cataratas por su color «la calidad de una catarata se traduce también por su color; las que están como el aire, las blancas y las nacaradas, encontrándose entre ellas gran variedad de mezclas. Las que adquieren el color del limón y las negras. Son favorables los blancos, nacarados y aéreos y sin embargo, desfavorables para el tratamiento con aguja, los negros y plomizos».

La descripción de la sintomatología, es sucinta y exacta, incluso indicando cuáles son los síntomas iniciales por las que se puede sospechar la formación o el avance de una catarata.

Afronta el tratamiento regulando el régimen de vida del paciente y fundamentalmente la dieta, pasando en un segundo tiempo a tratar los factores responsables de la enfermedad, a la fortificación del espíritu de la visión, para finalmente administrar los preparados

apropiados para los ojos. Se recomienda alimentos como el pollo, la perdiz, el faisán, el cordero castrado, la vaca de leche, pequeños pájaros, huevos batidos, legumbres hervidas, pan bien cocido y fermentado. Y en cuanto a bebidas, vino ligero con un poco de agua. Piensan que los baños son peligrosos, al igual que las excesivas sangrías, y en general, todas las cosas que debiliten la naturaleza, como el exceso de sal y vinagre. El ejercicio, y después el reposo, son muy saludables. Evitar la cólera, la tristeza y la ansiedad, que son especialmente dañinas en el transcurso de esta enfermedad.

En cuanto al segundo punto del tratamiento, concierne a la evacuación, que se puede obtener con el empleo de reguladores del tránsito gastrointestinal.

Con posterioridad, comenzaban los tratamientos medicinales, principalmente con plantas. La nuez moscada, la eufrasia, la canela, la pimienta, eran utilizadas con mucha frecuencia en sus composiciones. Por cierto, también eran recomendadas para clarificar la visión.

Con respecto a la administración de tratamientos específicos de los ojos, en forma de infusiones, colirios o pomadas, era muy utilizada la destilación del agua de rosas, además de lo anteriormente citado.

Si, por fin, el tratamiento debía ser quirúrgico, se exigía una exhaustiva limpieza corporal y de la cabeza del paciente y, en función de la coloración de la catarata, se efectuaba una u otra técnica, explicando cómo se debería posicionar el paciente, el cirujano y la forma de manejar las agujas. En definitiva, una descripción muy parecida a las técnicas quirúrgicas mencionadas por los oftalmólogos árabes.

Como curiosidad, diremos que en el tiempo de abatir la catarata, mantenían la aguja durante el rezo de cuatro Pater Noster para que los humores no remontasen. También es realmente interesante descubrir cómo el posoperatorio se dictaba en función de las actividades del paciente. La dieta posoperatoria debía ser sin carne y sin vino, con leche de almendras, miel y agua purificada con huevos batidos. «Si después de nueve días, el paciente no presenta dolores y no existe otra contraindicación, podrá beber vino blanco con un poco de agua y volver a la dieta preoperatoria». «Después de esos nueve días, el paciente podrá abandonar la cama e insistirle que debe mirar colores verdes y el azul del cielo, que debe proteger su vista de las cosas blancas y brillantes porque debilitan y descomponen la visión».

Algunas partes de las obras de Bienvenido de

Salerno merecen ser destacadas. Obra muy conocida, ya que afortunadamente, se han podido conservar muchos de sus documentos y ser traducidos a casi todos los idiomas. Este hombre, prolífico en su obra, debía estar muy convencido de su saber puesto que en Las Curas de las Enfermedades de los Ojos dice «Señores, prestad atención a las medicinas probadas y a las experiencias en la curación de los ojos y de todas las enfermedades que a los ojos puedan afectar, realizadas por mi, Bienvenido de Salerno, que con certeza las he experimentado en mujeres y en hombres, tanto jóvenes como viejos».

«Debéis saber que, según el maestro Michi, las tónicas de los ojos son siete, y los colores de los ojos, cuatro, y yo, Bienvenido, afirmo que en los ojos no existen más que dos tónicas y que no tienen color alguno, que yo lo he experimentado repetidamente.»

Haciendo referencia a la catarata, «se presentan de siete maneras, cuatro de las cuales se pueden curar, y tres no. La primera que se puede curar es como la cal pura, y la producen alrededor del ojo un golpe de bastón, de vergajo, con un puñetazo, una pedrada o es causada por el viento, o por otras parecidas. La segunda es como de color celeste, y está su causa en el estómago, por comer malas viandas; los vapores suben a la cabeza. La tercera especie es blanca como la ceniza; esta enfermedad llega a los ojos por excesivo dolor de cabeza, como jaqueca o por excesivo enfriamiento de la cabeza, o por llorar mucho, o por demasiado velar, o por angustia. La cuarta especie es citrina; la origina un sobrado movimiento, el mucho comer, demasiado trabajo. Se manifiesta por humor o por melancolía».

«Os digo que estas especies no pueden curarse perfectamente, hasta que estén completamente desarrolladas y fijas. La señal que te hará conocer el completo desarrollo es que el enfermo sólo distingue la luz del sol durante el día, o la llama de un cirio durante la noche o al atardecer. Os hago saber, no obstante, que muchos médicos pretenden curar estas enfermedades con polvos, con aguas o con colirios o con medicinas laxativa; mas, por desgracia, están engañados, ya que todas estas enfermedades son engendradas debajo de las tónicas y producidas por los humores secos y por el humor que parece clara de huevo. Y yo, Bienvenido, os explicaré las curas que pueden aplicarse, las cuales os aseguro que he experimentado durante largo tiempo, por la Gracia de Dios.»

«Primeramente purgaréis el cerebro con nuestras

píldoras, que nosotros hemos inventado, y tienen el nombre de jerosolimitanas. Al día siguiente harás que el paciente se siente sobre un banco y cabalgue sobre el banco. El maestro se siente delante de él, y procure que mantenga los ojos cerrados. Después, con una mano doble y sujetando el párpado superior por encima del ojo y en la otra mano, sostenga una aguja de plata, y con ella agujeree el ojo por la parte blanca cercana a la oreja. Lo realizarás dando vueltas a la aguja, mas cuando llegaras cerca de la pupila, revolverás la aguja en el interior del ojo, y procurando situar la catarata debajo o encima de la pupila, y cuando tengas la catarata en su lugar colocada, no quites la aguja de repente, sino mantenla en ese lugar el tiempo necesario para rezar cuatro padrenuestros. Después, en nombre de Dios, quita la aguja, volviéndola de la misma forma cuando la introdujiste, y lo realizarás dando vueltas con los dedos. Haz de saber que con la punta de la aguja haz de quitar el agua pútrida, y cuando lo hayas hecho, coge algodón empapado en clara de huevo y ponlo sobre el ojo del enfermo. Éste, que permanezca tendido en la cama hasta que hayan pasado nueve días procurando que no se mueva». «Ha de comer huevos frescos asados o pasados por agua, procurando que la yema no esté dura, y ha de comer poca clara. Si es joven, que beba agua; si es viejo, beba vino templado. Procura que no coma carne alguna, pues se nutriría excesivamente, produciría demasiada sangre y resultaría contraindicada la cura». «Cuando se hayan cumplido los mencionados nueve días, en nombre de Dios, que se levante, se lave la cara con agua fresca y poco a poco vaya aplicándose a sus quehaceres».

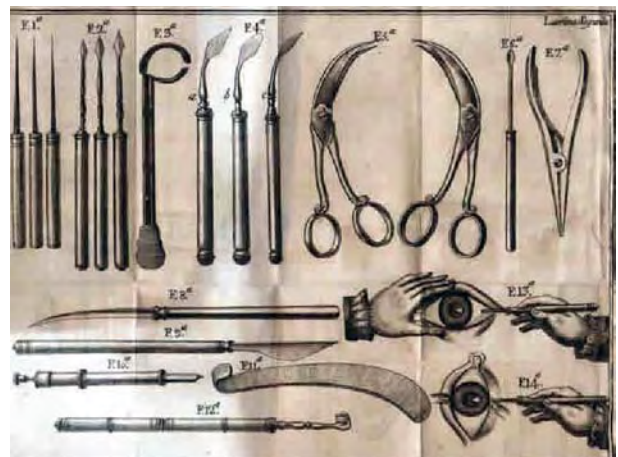


Figura 13. Instrumentos usados para la operación de cataratas.

«De esta manera se curan todas las cataratas curables, que son las de los colores de cal, celeste, de ceniza y citrina. No curables las de otra clase. Haz de saber que no has de actuar con aguja de hierro ni de latón, porque son demasiado duras, sino de plata, que es más suave, o de oro.»

«Yo aseguro que la de color de cal se cura más rápidamente, aunque presenta peor aspecto, pues aparece en el ojo de repente. La de color celeste, si está bien curada, el enfermo llega a ver perfectamente». «La de color ceniza no puede devolver al ojo al primitivo estado, si no se ayuda de este colirio o electuario que tiene el nombre de jerosolimitano, y que no lo tome con frecuencia». «Ahora, en nombre de Dios, quiero hablaros de la cuarta, que es la de color citrina. Os advierto que es redonda y más dura que las demás. Cuando la tocas con la aguja de plata, has de bajarla mucho, desde la parte de la nariz hacia el blanco de la parte de la oreja, revolviendo la aguja con los dedos, tal como te he dicho más arriba. En esta ocasión no es preciso preocuparse mucho por las comidas, lo hemos averiguado muchas veces, incluso puede que forzosamente convengán alimentos reconfortantes».

Con respecto a los tres tipos de cataratas que según él no se podían curar, aseveraba: «la primera es blanca. Los médicos de Salerno la llaman gota serena. Los signos con los que se pueden conocer son los siguientes: la pupila es clara y negra, y dentro de la cavidad de los ojos aparece de color uniforme. No tiene en la pupila mancha alguna, y los ojos se mueven alrededor casi temblando, y los párpados como si estuvieran llenos de mercurio. Hemos visto infinidad de personas padeciendo tal enfermedad, y con la Gracia de Dios, hemos tratado bastantes». «Ésta enfermedad tiene origen en el vientre de la madre por algún humor corrompido que contiene. Por eso, tales personas nacen sin poder ver la luz. Hemos intentado aliviarlas, pero no es posible curarlas». «Algunos llegan a darse cuenta de la luz del día y andan con los ojos abiertos como si viesan».

«La segunda especie que se manifiesta con un color casi verde, y no se puede curar. Como la otra, aparece repentinamente, los ojos son claros, pero no pueden ver nada, como si el enfermo no los tuviera. Es la peor de todas.»

«La tercera especie, que se produce cuando la pupila se manifiesta alargada, de color blanco o negro. Ésta no puede curarse con ninguna medicina del mundo.».

<La catarata a través de los siglos³, trabajo revisado, explica el couching o reclinamiento, como proceso que tuvo lugar desde siglos antes de Cristo hasta el siglo XIX. Su fundamento era la creencia de que el cristalino era el órgano central de la visión y él recibía y emitía luz, concepto consecuente con la observación del reflejo rojo. Por lo tanto, no se concebía la extracción del órgano central de la visión, dado que esto conduciría a la ceguera. Se consideraba que una membrana se formaba delante del cristalino por coagulación en el locuus vacuus (la cámara anterior) del humor visual (el humor vítreo) y se suponía que la cirugía removía esta membrana. El procedimiento quirúrgico ya explicado anteriormente se realizaba sin anestesia ni procedimientos de asepsia, técnica esta que prevaleció hasta el advenimiento de nuevos conocimientos derivados de la disección y estudio del ojo>.

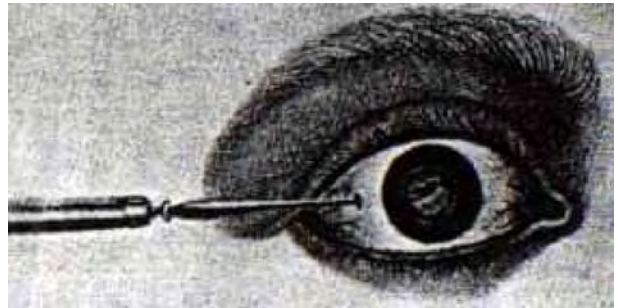


Figura 14. Aguja para el couching.

En la literatura venezolana revisada de la Gaceta Médica de Caracas, encontramos tres trabajos, el primero (anónimo) habla del tratamiento abortivo de la catarata, sin mencionar técnicas⁽¹²⁾; el segundo un trabajo de A. Jiménez Arraiz, que corresponde a su trabajo de incorporación, donde escribe de los accidentes que pueden presentarse en una extracción de cataratas⁽¹³⁾; y el tercer escrito es de Hartshorne Isaac, del Colegio americano de Cirujanos en una conferencia dictada en la Academia de Medicina en 1927, donde destaca la operación de Daviel como la más importante, instituida en 1750, mencionando a cirujanos como Mac Namara en Calcuta, el Coronel Henry Smith en la India y HT Hollard en Chicago⁽¹⁴⁾.

REFERENCIAS

1. Los grandes compositores. Tomo I. Salvat Ediciones, Pamplona, 1981.
2. <http://www.let.rug.nl/Linguistics/diversen/bach/map.html> (2007).
3. Forkel JN. Vida de Bach. Fondo de Cultura Económica. México. 1950:200.
4. Zegers R. The eyes of Johann Sebastián Bach. Arch Ophthalmol. 2005;123:1427-1430.
5. Miranda M. La enfermedad neurológica de Georg F Häendel. Rev Méd Chile. 2007;135:399-402.
6. Jackson DM. Bach. Häendel and the Chevalier Taylor. Med Hist. 1968;12(4):385-393.
7. Albert D, Norton E, Hurtes R. Source Book of Ophthalmology. Blackwell Science, Boston. EE.UU, 1995:335.
8. Grom E. Ensayos sobre Historia, Ética, Arte y Oftalmología. Boletín INDIO, 3 Caracas, 1988.
9. Alegría C. Medicina Indígena. Caracas. Tip Vargas, 1968:109.
10. <http://www.oftalmo.com/secoir/secoir2005/rev05-4/05d-12.htm> (visitada 30/06/07)
11. <http://www.ofthalmologos.org.ar/mo/mo151-40.html> (visitada 14/7/07)
12. Tratamiento abortivo de la Catarata. Comentario Bibliográfico. Gac Méd Caracas. 1911;18:149.
13. Jiménez Arráiz A. Accidentes durante la cirugía de catarata. Gac Méd Caracas; 23:79-83.
14. Hartshorne I. Sobre progresos recientes en el tratamiento de la catarata que interesan al médico práctico. Gac Méd Caracas. 1927;34:102-105.

DR. JOSÉ MARÍA BENGOA: BREVE ESBOZO DE UNA PARTE DE SU VIDA EJEMPLAR Y DE SU FRUCTÍFERA OBRA

Dra. Nora Bustamante Luciani

Cuando el Dr. José María Bengoa llega a Caracas en el año 1938 acompañado de otro insigne vasco, el recordado y nunca bien ponderado Padre Jenaro Aguirre, gobernaba el país el General Eleazar López Contreras, Presidente de la transición peor presagiada y de más equilibrada realización, de quien es la famosa frase “En Venezuela hay crisis de hombres. La crisis se reflejaba en el recién fundado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), cuyo primer titular Dr. Enrique Tejera, sabía a lo que se iba a enfrentar en la organización de ese instituto. A eso precisamente se refería López Contreras. Nadie había pensado en los técnicos que hacían falta, en los hombres que había que preparar para el saneamiento del país. Sin prisa, pero sin pausas, se fueron formando técnicos, fueron apareciendo hombres preparados como el Dr. Gabaldón en la Dirección de Malariología. Así lo expresó Gabaldón en la Universidad Jonás Hopkins: “En Venezuela tuvimos que empezar por algo, que está antes del principio.” Nuestros sanitaristas pioneros fueron un modelo para Latinoamérica.

Una segunda fuente de médicos calificados y con propósito de servir a la salud pública, fue el conjunto de médicos que llegaron a Venezuela a finales de los años treinta, a contribuir de manera extraordinaria al desarrollo sanitario venezolano. Con José María Bengoa llegaron Santiago Ruesta, Inspector General de Sanidad durante la Segunda República, el epidemiólogo Jesús Sahagún y los psiquiatras José Luis Ortega y Mateo Alonso, quienes jugaron papel muy importante en los servicios de Higiene Escolar e Higiene Mental del MSAS. Dejaban atrás su tierra nativa, devastada por la guerra civil española y encontraron en nuestro país paz y posibilidades de desarrollar sus conocimientos y especializaciones.

Al llegar el Dr. Bengoa a Caracas había terminado estudios de medicina en Valladolid. Los inició a

los 16 años, cuando tuvo que dejar atrás su Bilbao natal, al concluir el bachillerato. De sus recuerdos de estudiante de medicina llama la atención el hecho de que el primer día de clases consistió en la disección de trozos de cadáver y nunca entendió por qué el comienzo de la carrera se hace en “salas de disección, frente a la muerte y no ante un ser humano completo, sino de fragmentos de un ser humano, que antes estaba vivo y viene a formar parte de los cadáveres de seres desgraciados que nadie reclamó”. Para él lo lógico sería que un joven, que se inicia en una profesión con vocación de amor, se le inicie en cómo nace la vida y cómo va a nacer un día, con una estructura formada, de acuerdo con los códigos genéticos paterno y materno, tras nueve meses de gestación.

Creo que esa manera de entender la Medicina, ha guiado al Dr. Bengoa en su afán de que la primera necesidad —sobre todo en niños— es una alimentación buena y equilibrada. En 1932 hubo un invierno muy frío y la casa donde vivía entonces el estudiante Bengoa, apenas tenía un modesto brasero. Un día de febrero llegó a casa con escalofríos y tos. A media noche tuvo una hemoptisis grave, controlada rápidamente por un médico del Puesto de Socorro. Al día siguiente, llegó su mamá y también el Profesor de Clínica Médica, Misael Bañuelos, quien le aconsejó regresar a Bilbao. Dice el Dr. Bengoa “En aquel momento vi truncada mi vida y temí tener que dejar mis estudios”.

Al volver al domicilio familiar de la calle Artekale, visitando pueblos de altura en altura, creyó que estaba casi curado, hasta que tuvo una recaída y sus padres lo mandaron a un Sanatorio Antituberculoso en la Sierra de Guadarrama, a pocos kilómetros de Madrid. En 1933 le dieron de alta, pasó unos días en Bilbao y volvió a Valladolid para reincorporarse a la Facultad de Medicina. Perdió un año de estudios;

pero el estudiante del montón, de los primeros años, pasó a situarse entre los mejores del curso.

En junio de 1936 concluyó estudios de medicina y el 18 de julio de ese año, la radio dio la noticia del levantamiento de parte del ejército en África y en algunas provincias de la península. Poco antes de caer Bilbao, un amigo le informó de su inclusión en una lista de “inútil total”, para ser evacuado a Francia. Había perdido 15 kilogramos, desde su salida del Sanatorio. Fue el primer exiliado vasco en llegar a Venezuela. Después de infructuosas audiencias con autoridades sanitarias, al tercer mes de su llegada el Padre Víctor Iriarte le dio una tarjeta de presentación para el Director de Asistencia Social, González Puccini, quien lo remitió al Ministro Honorio Sigala. Varios días hizo antesala, sin ningún resultado. Pero el portero del ministerio le dio un consejo “A la salida del despacho, en el mismo patio, acérquese al Ministro, dígame lo que quiere.”

Una tarde siguió el consejo y le dijo al Ministro quién era, de dónde venía y que quería ir a un pueblo del interior. El Ministro Sigala le contestó “Venga mañana a las cuatro de la tarde.” Al día siguiente le ofreció el municipio de Sanare, en el Estado Lara. El taxi que lo llevó de Caracas a Barquisimeto tardó 16 horas. En la carretera hacia Sanare se encontró con un puente semihundido. Estaba a 20 Km del pueblo y el nuevo Médico Rural de Sanare, con su maleta a la espalda, se dispuso a recorrer el trayecto a pie. Descansó un rato en un rancho, reemprendió su camino y al final pudo divisar el pueblo a donde iba destinado. Desde el primer día en que se sentó en el pequeño dispensario, se dio cuenta de que las quejas de sus enfermos no tenían nada que ver con lo aprendido en la Universidad de Valladolid, ni en el Hospital de Basurto, en Bilbao. ¿Cómo tratar aquellas úlceras tórpidas producidas por la Leishmaniasis? ¿Cómo abordar el problema de niños de 2 ó 3 años, con Kwashiorkor (Malnutrición calórica-proteica) con sus edemas, su piel enrojecida como quemadura, un hígado inmenso y una mirada de infinita tristeza?

Un día observó en una esquina un niño como de 3 años, con la mirada triste, la cara y el cuerpo hinchados y la piel en mosaico, como si se tratara de una quemadura. Le pidió a la madre que se lo llevara al dispensario. Otro día al final de la consulta apareció el niño de mirada triste. Tomó la decisión de llevar a Barquisimeto a ese y otro con la misma sintomatología. El Director del Hospital de Niños de esa ciudad era el Dr. Agustín Zubillaga, conocido pediatra. Al ver a los niños informó que tenían desnutrición por déficit

de proteínas y acaso de vitaminas. Era el mismo síndrome que un año antes, en 1937, había descrito una doctora inglesa, Williams por primera vez en Costa de Oro, actual Ghana: el síndrome de Kwashiorkor, enfermedad que coincidía con el cuadro clínico que el Dr. Bengoa encontró en algunos niños sanareños. Los dos niños fueron recluidos en el hospital de Barquisimeto, porque necesitaban un tratamiento de 2 a 3 meses.

En los recorridos que hacía frecuentemente el Dr. Bengoa por los caseríos cercanos a Sanare, fue identificando nuevos casos de déficit de proteínas. No los podía enviar a Barquisimeto, porque las lluvias hacían intransitables los caminos. Como el interior del dispensario era bastante grande, se instalaron allí unas colchonetas, para que los niños desnutridos pasaran entre 8 y 10 horas y pudieran recibir la alimentación requerida. Así nació el primero de los Centros de Recuperación Nutricional. Cierta día el Padre Quintana fue a visitar el Centro y le preguntó al Dr. Bengoa, cuándo daba de alta a los menores. Su respuesta fue: “Cuando sonríen, Padre, cuando sonríen”. Años después, en 1956, siendo nuestro eminente amigo funcionario de la Organización Mundial de la Salud, impartió en Marsella un curso a médicos franceses que iban a trabajar a las colonias africanas. Al explicarle la iniciativa de Sanare la recibieron con entusiasmo. A partir de aquel momento los Centros de Recuperación Nutricional se extendieron por todo el mundo y siguen dando buenos resultados, en especial ante situaciones de emergencia. Cuando regresaba de África y contaba a su madre algunas de las actividades que desarrollaba, ella le preguntó “José: ¿tú ya eres médico, como los demás?”

Me he detenido tanto en la obra del Dr. Bengoa en Sanare, en primer lugar porque, en reunión con un conjunto de señoras del “Grupo Visión”, que se realizó en la casa de Lucy Pérez Luciani de Castillo, el 25 de octubre de 1990, él fue nuestro invitado y nos dio una charla sobre “Nutrición y Amor”. Discutimos sobre el tema bajo su inteligente dirección; pero después nos mostramos pesimistas en relación con los pueblos de Venezuela y él nos contestó asombrado: “Cómo van a decir eso, si Sanare, el primer pueblo donde yo trabajé en Venezuela, cuenta ya con una Sinfónica Juvenil?” Y luego, en el libro al que nos hemos referido: “Tras la ruta del Hambre”, él acota:

“Mi experiencia profesional me ha llevado a desarrollar tres niveles de trabajo: el primero fue en una comunidad deprimida como Sanare. Aquella

vivencia me permitió ejercer la profesión de médico en condiciones aceptables para la comunidad y altamente positiva para mi vocación profesional. Siempre la he considerado la etapa profesional que más satisfacción me ha producido”. Y pienso yo que tan importante fue para Sanare el paso del Dr. Bengoa por su Medicatura Rural, como para éste, el ejercicio de la medicina en ese municipio larense. Hace poco tiempo vi un documental sobre Sanare, donde presentaron a una señora llamada Gabriela Carrera, quien junto a otras compañeras, fundó la “Unidad de Producción 12 de marzo”. Allí producen pastas enriquecidas con distintos vegetales. La idea no es aumentar la cantidad de productos, sino mejorar su calidad, para lograr una alimentación sana. La semilla que sembró el Dr. Bengoa hace 77 años sigue produciendo frutos, en ese pueblo que le es tan suyo.

También habló en ese documental el Maestro Renato Agagliate a quien el Dr. Félix Pifano le recomendó que, si se iba para Lara, escogiera un sitio alto como Sanare, donde era más difícil que lo picara un mosquito Anopheles. Este maestro fue Director de la Sección Regional de la Biblioteca Nacional. Es cuenta-cuentos. Se preocupa por los indios de Quibor y pide a los habitantes del pueblo que respeten la naturaleza. También se habló de “El Caimán de Sanare” y él contó sus historias.

Se llama José Humberto Castillo, es uno de los personajes más populares de Lara. Juglar y conservador de la tradición oral. Palo Verde y Sanare deben grabar sus leyendas, porque es difícil que aparezca otro caimán. Dos caballeros guardianes de la cultura y la conciencia ecológica del pueblo. Y ya para terminar con Sanare, antes de dejar el pueblo, el Dr. Bengoa distribuyó 500 formularios, la mitad en el casco central y la otra mitad en los caseríos rurales dispersos. Al cabo de pocos meses la encuesta ya estaba casi terminada. Los resultados no fueron sorprendentes. Cuatro problemas sociales dominaban la escena: alimentación deficiente y como consecuencia Desnutrición crónica, con casos esporádicos graves; vivienda pobre, de barro, caña y palma, con pisos de tierra; salarios muy bajos y un nivel educativo muy elemental. Consideró que era necesario movilizar a la comunidad y exigir a los poderes públicos un esfuerzo adicional que permitiera la extensión de la seguridad social y sobre todo que aportara un impulso para el desarrollo comunitario.

Los resultados del trabajo quedaron plasmados en un libro publicado en 1940 en la Revista de Sanidad y Asistencia Social, bajo el título de: Medicina

Social en el Medio Rural Venezolano, del cual se han hecho 3 ediciones más (1946, 1980, 1990) Ese libro le abrió muchos senderos en su vida. En 1960, le preguntaron en cuál universidad había aprendido sus conocimientos de medicina social y contestó muy seguro: “En la Universidad de Sanare”. En 1940 recibió un telegrama del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, donde le decían que entregara los bienes de ese Puesto de Socorro al Dr. X, quien lo substituiría en su cargo. Dos días después el pueblo entero de Sanare salió a despedirlo.

Ahora quiero hacer una comparación entre los resultados obtenidos en la encuesta hecha en Sanare por el Dr. Bengoa, la cual no sólo fue aceptada por el MSAS, sino también publicada por dicho Ministerio; y la publicada por la investigadora María Nieves García, del Laboratorio de Fisiopatología del IVIC, quien divulgó algunos resultados de un estudio realizado el año pasado sobre condiciones de vida en los estados Guárico, Portuguesa y Cojedes, según los cuales el 70 % de los niños menores de 2 años, padece de anemia. En lugar de que esos datos fueran una señal de alarma y se prosiguiese la investigación, tanto el MSAS, como Fundacredesa, lanzan sendas aclaratorias para sugerir “un manejo más cuidadoso de los datos, debido a las implicaciones que este tipo de información puede tener en los ámbitos de la realidad venezolana”. Y en otros cuantos párrafos siguen descalificando los resultados dados por la investigadora. Ella contesta con una carta que termina diciendo que: ‘hace votos para que se destinen más recursos y conocimientos a mejorar la situación del venezolano, más que para maquillajes estadísticos que no permiten ver la realidad’.

Lamentablemente, Dr. Bengoa, esa Venezuela que usted conoció, cuando llegó a ella en 1938, la Venezuela de la convivencia, de la verdad, de la paz y la libertad, se nos fue de las manos y retrocedimos a la época de Gómez, cuando no se podía hablar de epidemias, porque ‘si no se hablaba de ellas, no las había». Pero sigamos con la trayectoria vital suya, que es nuestra verdadera intención. Al llegar de Sanare a Caracas es nombrado Jefe de la Sección de Nutrición del MSAS. Allí estuvo hasta 1946, cuando se le da el cargo de Jefe de la División Técnica del Instituto Pro-alimentación Popular de Venezuela. Allí permanece hasta 1949. En este período ocurre un acontecimiento muy importante para el Dr. Bengoa y es su matrimonio con Amaya Rentería, quien había llegado al país el año anterior, después de vivir como refugiada en Inglaterra, a consecuencia de la Guerra

Civil Española. En Caracas nacen sus primeros cuatro hijos: Miren Amaya en 1948, José María en 1949, Javier Rafael en 1951 y Miren Argía en 1953. El verano de 1955 lo pasó toda la familia en Elantxobe, pueblo donde nuestro Dr. Bengoa perdió su apellido, pues lo llamaban “el marido de Amaya”. Como detrás de todo gran hombre está una gran mujer, Amaya lo ha sido, no detrás, sino al lado de su esposo, en todas las circunstancias de su vida.

De 1949 a 1950 es Co-fundador del Instituto Nacional de Nutrición, de la Escuela de Nutricionistas y de Archivos Venezolanos de Nutrición (en la actualidad Archivos Latinoamericanos de Nutrición) De 1953 a 1996 fue Miembro del Comité de Expertos de la OMS. De 1955 a 1960 Adjunto al Departamento de Nutrición de la OMS en Ginebra. De 1960 a 1962 fue Asesor de Nutrición de la OPS en Washington. De 1962 a 1974, Jefe del Departamento de Nutrición de la OMS (Ginebra) De 1974 a 1980 Asesor de Política Social del Conicit de Venezuela. De 1976 a 1985, Profesor del Curso de Posgrado de Planificación Alimentaria y Nutricional en la UCV.

De 1980 a 1983 Asesor de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, Osakjjetza (Vittoria, País Vasco) De 1983 a 1996 fue Director Ejecutivo de la Fundación Cavendes, en Venezuela.

De 1996 al año 2000, Consejero de la Fundación Cavendes. El año 2000 se crea la fundación Bengoa para continuar la labor de la extinta fundación Cavendes. Durante este tiempo ha publicado seis libros, más de 300 trabajos y conferencias y ha recibido veinte distinciones entre condecoraciones y nombramientos de Socio Honorario. Mencionaré sólo tres: Hijo Ilustre de Sanare; Héroe de la Salud de Venezuela, designado por la Organización Panamericana de la Salud y el Gobierno de Venezuela y Diploma de la Academia Nacional de Medicina, por tal motivo. Fue declarado “Vasco Mundial” por el diario Deia de Bilbao, en unión de otros 46 vascos, el 18 de diciembre de 2003.

Dr. José María Bengoa: A medida que se van conociendo las personas se van admirando. Yo pensaba que lo conocía bastante bien y lo admiraba mucho: pero —después de todo lo que he aprendido de usted y sobre usted— no tengo ninguna duda al decirle: Usted es uno de los hombres solidario de los seres humanos desvalidos más admirable que he conocido y la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina se ha enriquecido sensiblemente con su presencia entre nosotros, acompañado naturalmente de Amaya.

Caracas: 3 de julio de 2006

EVOLUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN MUNDIAL EN EL SIGLO XX

Conferencia Magistral dictada en el Palacio de las Academias de Caracas, el día 6 de julio de 2006, en la oportunidad de su designación como Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Este trabajo fue publicado como artículo científico en Anales Venezolanos de Nutrición 2005, 18(2):186-194

Dr. José María Bengoa

Sean mis primeras palabras para agradecer a la Dra. Nora Bustamante y demás miembros de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina por su amable invitación a pronunciar unas palabras en la tarde de hoy.

Desde hace años he seguido con gran interés los trabajos sobre la historia de los hombres que hicieron posible los avances en el campo médico, sobre todo de aquellos que dedican su vida al mejoramiento del conocimiento del ser humano y sus dolencias. Muchos de ellos están en mi memoria.

Los cambios ocurridos en Venezuela en los últimos 60 años han sido extraordinarios. De ser un país escasamente poblado, con gran predominio de la población en estado de pobreza, con endemias parasitarias que azotaban en la escasa población rural, con altas tasas de mortalidad por gastroenteritis, tuberculosis y malaria, ha pasado a ser un país moderno, con las virtudes y pecados de todo lo hecho por el hombre.

En los años 30 del siglo pasado, cuando yo estudiaba medicina en la Universidad de Valladolid, los enfermos de sífilis y tuberculosis llenaban las salas de los hospitales.

En las salas de pediatría, dominaban la gastroenteritis, y cuatro formas de desnutrición:

- La hipotrofia o marasmo nutricional.
- La distrofia simple
- La distrofia farinácea y
- El raquitismo

Esas son las formas de desnutrición que dominaban en Europa a comienzos de siglo.

La pelagra, que fue altamente prevalente en la

zona del Mediterráneo y norte de España (zonas de consumo del maíz) había sido dominante pocos años antes.

El escorbuto fue frecuente en Europa hasta la llegada de las papas de América, en los siglos XVII y XVIII.

Las anemias eran frecuentes sobre todo en las niñas adolescentes, cuyo síndrome se conoció con el nombre de clorosis. Fue la época del romanticismo cuando estuvo de moda la palidez de las damiselas adolescentes.

Ese era el panorama de la patología dominante en el primer tercio del siglo XX.

La lucha contra la pelagra en el Sur de EE.UU había sido ganada. La mortalidad por esta enfermedad carencial había sido un problema de salud pública grave, con alta mortalidad.

El beri-beri también había sido dominado en el Japón y otros países del Oriente.

Cuando en 1938 llego yo a Sanare, Estado Lara, conocía bien estas referencias históricas.

A los pocos días de llegar a Sanare, al visitar en un rancho a una embarazada, observé que en una esquina estaba agachado un niño de unos tres años, hinchado y con unas lesiones en la piel, como quemaduras, y que me miraba con una tristeza conmovedora. Le pedí a la madre que me lo llevara al dispensario al día siguiente.

Así fue. Examiné al niño y aprecié que tenía el hígado grande. Pensé en la pelagra infantil pero los edemas eran muy intensos y las lesiones de la piel se extendían por todo el cuerpo, como una gran quemadura, además de encontrar un hígado

inmenso.

Pregunté a mis ayudantes enfermeros qué pensaban en el pueblo de esos casos y me dijeron que la gente creía que era debida a parásitos intestinales.

A los pocos días vi otro caso más.

Decidí llevar a los dos niños a Barquisimeto, para que los viera el Director del Hospital de Niños, Dr. Agustín Zubillaga.

Me dijo que era un síndrome carencial, el cual había sido descrito por primera vez en Venezuela en 1937 por Pastor Oropeza y Carlos Castillo. Dejé los niños en el hospital y a los dos o tres meses los recogí sonrientes y sanos.

Durante unos meses seguí enviando algunos casos más. Pero al llegar las lluvias la carretera quedó intransitable y no pude enviar más casos a Barquisimeto.

En unas colchonetas organicé en el patio del Dispensario, un Centro de Recuperación Nutricional donde les daba a los niños 4 a 5 comidas diarias y educaba a las madres que colaboraban en el centro.

Así nació el primer **Centro de Recuperación Nutricional** que, después, se extendieron por todo el mundo.

En las décadas de los 40 y 50 del siglo pasado, se multiplicaron los trabajos publicados en Venezuela sobre el síndrome pluricarencial. El primero en 1938 por Pastor Oropeza y Carlos Castillo; sin embargo, el mejor es el de Agustín Zubillaga y Gabriel Barrera Moncada, publicado pocos años después. **(Ver al final un listado de referencias venezolanas).**

Todos los pediatras de esa época estuvieron muy interesados en los problemas nutricionales. Hoy ese interés parece haber decaído, aunque hay grupos, como los de CANIA (Polar) y Valencia (Hospital Central) y Escuelas de Nutrición que siguen haciendo investigación de gran valor.

Cuando se crea el Instituto Nacional de Nutrición (1949), el mayor interés es el del estudio nutricional de las embarazadas, y a su estudio se dedicaron los doctores. Páez Pumar y Rufael.

En 1955 ingresé yo en la OMS, en Ginebra y mi asombro fue observar que, tanto en la OMS como en la FAO y en UNICEF, no se hablaba de otra cosa que del kwashiorkor.

Este enigmático término había sido dado en Ghana al síndrome pluricarencial, por la Dra. Cecily Williams en 1935 y 1937, publicado en The Lancet.

El impacto que tuvo en los círculos científicos

Europeos y norte-americanos fue muy intenso.

Se señaló en publicaciones posteriores que la causa era la deficiencia de proteínas. La expresión “The protein gap” se extendió en todos los círculos científicos y llegó a las primeras páginas de los periódicos.

No había reunión internacional de las Naciones Unidas donde no se discutiera el drama de los niños con kwashiorkor.

Se creó un grupo especial con los mejores especialistas a fin de buscar remedio.

El grupo se denominó “Protein Advisory Group” con sede para las reuniones en New York (Naciones Unidas), y su función fue asesorar y vigilar a los grupos de investigadores que en distintos países se habían dado a la tarea de encontrar mezclas ricas en proteínas para la alimentación de los niños en el período de destete. Así en Chile se desarrolló una fórmula a base de harina de pescado; en Guatemala, se investigaba una fórmula a base de harina de algodón (la Incaparina), etc.

Cada país se dedicó en buscar su propia fórmula, en vista de la insuficiencia de leche en el mundo.

Se formaron misiones de pediatras y nutricionistas para medir las dimensiones del problema. Todos coincidían en que el problema era grave.

En esa misma época (años 50, 60 y 70) se hizo presente otro problema nutricional, ahora más localizado en el Extremo Oriente, sobre todo en la India y en Bangladesh. Se trataba de la xerofthalmia o deficiencia de vitamina A. Durante varias décadas del siglo pasado se afirmó que sólo en Bangladesh, anualmente quedaban ciegos 100 000 personas a causa de dicha deficiencia.

El tema, pues, era aterrador. Se llevó a cabo una intensa campaña, de suplementación y educación, y el problema, aunque todavía subsiste, tiende a remitir.

Otro problema grave era la deficiencia de hierro, tema que todavía hoy no ha sido resuelto. Tampoco en Venezuela, donde los niños menores de tres años son deficientes en alto porcentaje.

También fue motivo de gran inquietud en las Naciones Unidas (principalmente la OMS y el UNICEF) el problema del bocio endémico y cretinismo, altamente prevalente en varios continentes. Gracias a la introducción del yodato potásico en el enriquecimiento de la sal y otras medidas, el problema ha quedado reducido a algunos enclaves (Himalaya, etc.).

Para englobar con una atrayente figura literaria las deficiencias moderadas, subclínicas, tanto de macro como de micronutrientes, se ha acuñado con indudable fortuna, desde hace unas décadas, la expresión “*Hambre oculta*”. La expresión, sin embargo, no es nueva. Stephen M. Babcock, químico agrícola de EE.UU (1843-1931), a principios de siglo XX, describió como “*Hambre Oculta*” ciertas deficiencias de minerales en los animales. También Josué De Castro, a mediados del siglo XX, utilizó dicha expresión.

En la reunión que tuvo lugar en Montreal en 1991 sobre el Hambre Oculta se inició una fuerte reacción del mundo científico a favor de una intensa campaña de lucha contra las deficiencias del hierro, yodo y vitamina A. Estas tres deficiencias afectan a dos mil millones de personas en el mundo, es decir, un tercio de la población total.

Junto a estos cuatro problemas prioritarios, no descuidamos otros temas tales como la educación en nutrición, alimentación suplementaria y políticas nacionales de alimentación nutricional.

Por la misma época de mediados de siglo, el profesor Ancel Keys, levantó una nueva inquietud, con su estudio en siete países, sobre el problema del colesterol, de las grasas saturadas y enfermedades cardiovasculares. Yo le acompañé en varios de sus viajes por el Mediterráneo. Le gustaba pasar temporadas en Salerno.

En los años 70 y 80 Mac Laren, inglés que trabajaba en Líbano, levantó un nuevo escándalo. El problema carencial grave no es el kwashiorkor, sino el **marasmo nutricional**, es decir un déficit energético. Yo tuve varios enfrentamientos con él.

Mi tesis era que Mc Laren tenía razón en los países donde el destete era precoz (caso del mismo Líbano, Chile, etc.), pero no en los países con lactancia materna prolongada.

Eran los niños atróficos, según la terminología europea, cuando yo estudiaba medicina.

De hecho había casos claros de kwashiorkor o síndrome pluricarencial en niños de 1 a 4 años, y había casos en niños menores de 1 año de marasmo nutricional. Pero también había casos mixtos, intermedios entre una y otra forma.

Por eso, Jeliffe zanjó el debate proponiendo la expresión “*Calorie Protein Malnutritión*”, englobando las formas en esta nueva experiencia.

Pero en la segunda parte del siglo XX, ¿cuál era la cuantía del problema de la MCP grave? Había

solamente datos dispersos, muy incompletos.

En 1973, estando yo todavía en la OMS como Jefe del Departamento de Nutrición, pude recoger datos de estudios realizados en 17 países de África, Asia y América Latina.

El número de estudios fue de 25, y el de niños estudiados fue de 173 000*.

La mediana de la desnutrición (PCM) grave a nivel de comunidad fue:

América Latina (A.L.)	1,6 %
África	4,4 %
Asia	3,2 %

La mediana de las formas moderadas, a nivel de la comunidad fueron las siguientes:

A.L.	18,9 %
África	26,5 %
Asia	31,2 %

En la mayoría de las encuestas el criterio adoptado para definir las formas graves y moderadas fue la clasificación de Federico Gómez, de peso para la edad, que era la más fácil de obtener.

En cifras absolutas estos porcentajes eran las siguientes:

Década de 1970

Millones de niños infectados

	Grave	Moderada
A.L.	700 000	8 600 000
África	2 700 000	16 300 000
Asia	6 600 000	64 400 000
Total	10 000 000	88 500 000

La cifra que viene dando la FAO de 800 millones de desnutridos en el mundo se basa, en las Hojas de Balance de Alimentos, y considera como poblaciones desnutridas (?) a los países con menos de 2 300 a 2 400 kcal. Son, pues, dos filosofías distintas.

Más tarde, a fines de siglo XX, los datos más fiables son los de Mercedes de Onis, funcionaria de la OMS, en Ginebra.

Esta autora logra obtener datos fiables con el índice de peso para la talla.

Según esta autora, la prevalencia a nivel mundial, a fines del siglo XX, de niños con pérdida de peso, de dos desviaciones estándar de la norma, que aproximadamente supone una pérdida de peso del 20 % del peso normal, era, a nivel mundial, del 8,4 %, lo cual supone 50,2 millones de niños afectados

con desnutrición grave.

Ahora bien, lo que domina hoy en el mundo, en relación con la deficiencia calórico-proteínica es la desnutrición crónica, siendo el déficit de talla el indicador, más utilizado.

A fines del siglo pasado (1995), según Mercedes de Onis (OMS), el porcentaje de niños menores de 5 años con talla baja era del 34,9 %, lo que representa 213 millones de niños. Para las Américas, la doctora de Onis estima que es de 10 millones.

Para muchos, este es el problema nutricional dominante hoy en el mundo subdesarrollado: la desnutrición crónica.

En este campo la labor desarrollada por los antropólogos físicos ha sido dominante, pero es hora de que nos preguntemos: ¿es que es malo ser pequeño? En el colegio donde yo estudié los más listos eran los más pequeños.

Esa es la gran pregunta.

¿Qué alteraciones funcionales presentan o presentarán los niños de talla baja?

La desnutrición crónica pluricarencial en el fondo es el resultado de un proceso de adaptación, irreversible en muchos de sus parámetros. Esta adaptación es un fenómeno de autodefensa que se logra a través de una serie de mecanismos como reducción de la velocidad de crecimiento, disminución de la actividad física, cambios en la composición corporal, y otros, a fin de reducir los requerimientos nutricionales.

¿Cuáles son los límites de esa adaptación?, se pregunta Waterlow. ¿En qué momento esta adaptación se desmorona?, se ha sugerido que, en términos del índice de masa corporal (IMC), este límite o punto de corte se sitúa en 17, que es aproximadamente 20 % inferior al IMC de los adultos normales de los países menos desarrollados.

Es claro que la adaptación resulta más beneficiosa que el estado de inadaptado, pero también implica unos costos. Por ejemplo, dice Waterlow, caminar una distancia determinada de forma lenta economiza energía, pero obliga a gastar más tiempo.

El problema, sin embargo, es mucho más grave que un simple subdesarrollo. La talla baja por razones nutricionales o socioeconómicas esconde una patología global del desarrollo físico y funcional, con repercusiones en el desarrollo social. Así, un desnutrido grave que ha alcanzado la edad de cuatro años, puede presentar la talla de un niño de tres años, el perímetro torácico de un niño de dos, un perímetro cefálico de uno de un año y medio, una

capacidad de lenguaje de un niño de 14 meses, un peso y una conducta motora de un niño de un año. (Ramos Galván).

Como hemos señalado anteriormente un niño de seis años que, a primera vista, aparenta tener tres a causa su retraso físico, no es evidentemente, comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto, con sus propias características biológicas y de conducta, una organización intersensorial difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica.

Las publicaciones científicas en los años 60 utilizaron términos que analizados con una sensibilidad social, son agobiantes. Se decía, por ejemplo, que la *desnutrición grave* asociada por lo general a infecciones repetidas "... distorsiona la simetría del cuerpo, produce una perversión del desarrollo, causa un desarrollo inarmónico, crea un niño desproporcionado, determina un crecimiento desequilibrado, puede ser la causa de una inarmonía psicosocial y de un desajuste en el aprendizaje..."

No se hablaba, pues, de simple retraso, que ya en sí era importante, sino de una distorsión, perversión desproporción, desequilibrio, inarmonía, desajuste, etc., lo que es mucho más grave. Por fortuna, como hemos dicho, hoy las formas graves han disminuido considerablemente.

Los estudios sobre el desarrollo mental de los desnutridos, agudos y crónicos no han sido concluyentes.

Hay estudios sobre productividad en obreros cortadores de caña; hay también estudios experimentales de Ancel Keys, sobre el comportamiento social de voluntarios sometidos a dietas hipocalóricas; hay también estudios sobre nutrición y menarquía, pero apenas sabemos algo sobre endocrinología y desnutrición.

Creo que las nuevas generaciones tienen por delante un mundo por desarrollar.

En cuanto a Venezuela, la situación en estos últimos años, se podría definir como el de un cierto estancamiento de la situación sanitaria o nutricional:

1. Una tasa de mortalidad infantil alta, de 18,2 por 1 000 niños, que representa tres veces más alta que algunos países latinoamericanos.
2. Alta prevalencia de bajo peso al nacer: más de 10 % en numerosos estados.
3. Un consumo calórico deficitario entre 10 %

y 15 % debido a:

- a. Pocas comidas.
- b. Pocos alimentos
- c. Poca grasa en las clases populares
4. Déficit de hierro en embarazadas y en niños menores de tres años, de 40 % y 50 % respectivamente.

Y, para terminar, permitidme unas reflexiones sobre Venezuela.

Venezuela no ha sido un país de grandes hambrunas, ni de graves episodios de enfermedades carenciales. Ha sido siempre —antes y ahora— un país que se ha conformado con un vivir discreto, con grandes valores intelectuales, y artísticos, con cierta fragilidad sexual, poco previsor, que vive al día, una unión familiar potente pero con grietas inadmisibles, que luce en el interior y exterior en sus capacidades intelectuales, que recuerda constantemente la conducta heroica de sus antepasados, que disfruta del pequeño grupo de amistades, dispuesto siempre a la ayuda al prójimo, fácil para el chiste y la carcajada, solidario con el que sufre y de gran resistencia ante el dolor. Es decir, un país normal, que se deja querer. A este país llegué en 1938, es decir, hace 67 años.

Muchas gracias.

REFERENCIAS

1. Oropeza P., Castillo, C. Síndrome de carencia, avitaminosis. Boletín de los Hospitales. 1938. Oct.-Sep. Núm 6, 7 y 8.
2. Zubillaga A, Barrera Moncada G. Síndrome policarenciales en la infancia (Contribución a su estudio). I Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. (Memorias). Vol. IV. Edit. Grafolit. 1976.
3. Zubillaga, A. Nuevos datos estadísticos sobre los Síndromes Policarenciales en el Hospital de Niños Daniel Camejo Acosta. Tesis Doctoral. 1947.
4. Vizcarrondo E, Álvarez P J, Rangel G, Raga M, Rodríguez Delgado J A, Lara G, Barrera Moncada G. Síndromes de carencia. IX Congreso Panamericano del Niño. Caracas, 1948.
5. Oropeza P. Los estados distróficos en la segunda infancia. Síndromes policarenciales. Arch Venez Pueriatr Puer. 1948;7(28).
6. Tovar Escobar G. Síndrome pluricarencial en lactantes y niños. El Médico. 1958;2(5):13-20.
7. Méndez Castellano H, Villarroel D A, Chacón Nieto E. La desnutrición y su influencia en la morbilidad y mortalidad en el niño menor de cinco años. Arch Venez Puer Pueriatr. 1968;31(4):
8. Andrade Z, Castillo de Hernández C, Correa de Alfonzo C, et al. La desnutrición en el niño venezolano. Análisis de una muestra representativa de niños hospitalizados en el Hospital de Niños "J M de Los Ríos". Caracas, 1967-1969.
9. Castellanos F, et al. La desnutrición del niño venezolano. Bol Hosp Niños "J M. de Los Ríos". Caracas, 1969;5(1):
10. Villarroel D. Malnutrición en menores de 5 años en algunos países de América Latina, con especial referencia a Venezuela: consideraciones generales. Curso Internacional de Higiene materno-Infantil y bienestar familiar realizado en la Universidad de Buenos Aires, Escuela de Salud Pública, 8 de Marzo a 18 de abril de 1971. Buenos Aires. Oficina Sanitaria, Panamericana. 1971.

EL HOSPITAL BOLIVARIANO DE LA SOCIEDAD BOLIVARIANA

Una institución de vocación patriótica

Dra. Marisa Vannini de Gerulewicz
Dra. Donatella Gerulewicz Vannini

RESUMEN

Se revisa el desarrollo histórico del Hospital Bolivariano de la Sociedad Bolivariana, nacido en el seno de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, institución privada, de vocación histórica, de carácter apolítico, fundada en 1842, por el general Rafael Urdaneta. Este hospital fue creado con el fin de combatir el paludismo que asolaba al país. Se incluyen informes administrativos y médicos y un análisis de su revista.

Palabras clave: Hospital Bolivariano. Paludismo. Instituto Simón Rodríguez. Sociedad Bolivariana de Venezuela. Hospitales. Historia. Venezuela.

ABSTRACT

The present work studies the historical development of the "Hospital Bolivariano de la Sociedad Bolivariana". This historically important hospital was founded by the "Sociedad Bolivariana de Venezuela" (an apolitical, private institution established in 1842 by General Rafael Urdaneta), in order to fight against malaria, a disease causing a high mortality rate in the country. This work includes administrative and medical reports as well as an analysis of the hospital's journal.

Key words: Hospital Bolivariano. Malaria. Instituto Simón Rodríguez. Sociedad Bolivariana de Venezuela. History of hospitals. Venezuela.

Estos tiempos de reflexión y rescate de la memoria y obra del gran héroe americano, el Libertador Simón Bolívar, son propicios para reconocer iniciativas bolivarianas del pasado que con su proyección popular representaron una verdadera solución a los problemas hospitalarios y asistenciales del país, especialmente de la región capital. A la vez se abre paso la sugerencia de revalorizar, arrebatándola de la inmensa vorágine del olvido, la figura de instituciones que en épocas difíciles constituyeron una forma de atender a los más necesitados y de remediar en algún sentido los problemas de la sociedad venezolana, pero que no tuvieron el merecido reconocimiento en la historia del acontecer médico nacional.

Tal es el caso de los centros de hospitalización de iniciativa privada e intención benéfica que surgieron en la segunda y tercera década del siglo pasado,

enfrentándose a una Venezuela pobre y devastada por diversos tipos de males endémicos agravados por la insalubridad de aquellos momentos en los cuales el país, que ya venía empobrecido por la larga guerra de Independencia, luchaba por recobrar de las extenuantes y azarosas luchas caudillistas. Fueron estos el *Instituto Benéfico Simón Rodríguez* (1924-1936), el *Hospital Obrero* (1937-1949) y el *Hospital Bolivariano* de la Sociedad Bolivariana, (1939-1945), objeto primordial de nuestra investigación, el único de la nación que podría ostentar el glorioso apelativo de "Hospital Vocacional Patriótico". Hoy día pocos los recuerdan, y de su existencia apenas se hace mención en las más acuciosas publicaciones especializadas, cuales *Cirugía Privada en Caracas*, del distinguido investigador Dr. Francisco Plaza Izquierdo.

Estas instituciones realizaron una labor asistencial

significativa desde el punto de vista de extensión hacia la comunidad, de gran relevancia para una época en la cual no existía Seguro Social, no habían sido creados los modernos puestos de socorro, ambulatorios, medicaturas o centros de emergencias, y los ciudadanos sólo podían contar con precarios consultorios para la clase menesterosa, o bien con la disponibilidad de galenos que atendían en forma privada y no siempre gratuita.

El *Instituto Benéfico Simón Rodríguez* funcionó activamente por un período de doce años, después del cual, en 1936, devino de institución privada a pública. Su primera sede se encontraba de Pelota a Punceres N° 26 y luego fue trasladada a El Conde, Avenida Sur N° 15. Recuerda en su nombre al maestro del Libertador, quien llamado por el mismo Bolívar para encargarse de impulsar la educación en los territorios recién liberados del Alto Perú, fundara en aquellos predios el primer Instituto de Caridad americano, junto con una serie de escuelas de orientación lancasteriana. En el Acta Constitutiva se especificaba que su objetivo era el de “alimentar, asistir y medicinar a los niños desvalidos en su primera infancia, y propender por todos los medios a su alcance, al engrandecimiento de la institución, ya científico, ya material”. El instituto fue benéfico, mas no de caridad, pues no era completamente gratuito, pues en tal condición atendía sólo a mujeres embarazadas o lactantes, o a niños menores de dos años, rescatando y continuando en esta forma la obra llamada “Gota de leche” fundada en 1909 por el filántropo Dr. Juan de Dios Villegas Ruiz. Los demás pacientes, que para acceder al hospital debían estar adscritos al Servicio de Clínica General mediante la contribución de un bolívar mensual, cancelaban cantidades diferentes de acuerdo a sus posibilidades, modestas aún para la época: las consultas costaban de 5 a 15 bolívares, la hospitalización de 10 a 30 bolívares diarios. Sin embargo, eran atendidos todos en el mismo horario, en los mismos consultorios, por los mismos médicos. Sus dádivas no eran fijadas ni recibidas directamente por los galenos, sino por un personal administrativo que correspondía en igual proporción a los médicos, todos muy calificados, pues el hospital, que desplegaba una gran actividad, era muy exigente en el aspecto profesional. Datos investigados por el Dr. Francisco Plaza Izquierdo reflejan que del primero de julio de 1924 al 30 de junio de 1936, se practicaron allí 3 285 operaciones de cirugía general y de especialidades, principalmente entre la clase media y la menos pudiente de la nación.

En 1937, un año después de que el *Benéfico Simón*

Rodríguez pasara a manos de la Junta de Beneficiencia del Distrito Federal, abrió sus puertas el *Hospital Obrero* ubicado de Sordo a Peláez, muy cercano a lo que sería el *Hospital Bolivariano*, que funcionó a lo largo de 12 años, hasta 1949. Tal como el nombre lo indica, fue auspiciado por varios sindicatos obreros, asociados en la *Unión General de Trabajadores*. Sin embargo, la contribución de estos fue mínima: el mayor soporte para su funcionamiento provenía del Ministerio de Sanidad. Era completamente gratuito, pero algunos enfermos aportaban por iniciativa propia sumas insignificantes. Atendía tanto a pacientes provenientes de los sindicatos, como a los carentes de recursos que necesitaban ayuda médica. Proporcionaba inclusive atención a domicilio a quienes se encontrasen en la imposibilidad física de acudir al instituto. Los galenos prestaban servicio *ad honorem* y los cirujanos, debido a la precaria dotación instrumental, traían a menudo de sus clínicas privadas el material necesario. Tuvo el Hospital Obrero su propia publicación mensual, la *Revista del Hospital Obrero fundado en el año 1937 por la Unión General de Trabajadores*, que en forma de modesto folleto que bien merecería ser reeditado, vio la luz regularmente durante los años 1939-1940, con el encabezamiento:

Esta revista ha sido creada con el fin de hacer conocer al público las labores que mensualmente realiza esta institución.

El hallazgo de algunos números de la *Revista del Hospital Obrero conservados* en la Biblioteca de la Academia de Medicina nos permitió recabar algunos datos sobre el hospital y la revista. Ejercía la Dirección de la publicación la Junta Administradora, y fungían de redactores los Internos y Externos del mismo hospital. Se publicaban regularmente informes de las actividades realizadas, cuadros del “Movimiento del Hospital Obrero durante el mes”, artículos científicos de los integrantes del Cuerpo Médico. Entre otros, en el año 1940 encontramos *Alianza funcional entre el aparato genital femenino y los órganos de secreción interna*, por el Dr. Jesús María Romero Sierra y *Un caso de anomalía de la arteria femoral profunda cuyo conocimiento interesa al cirujano*, por el Dr. Francisco Plaza Izquierdo.

Tercero en fundarse fue el *Hospital Bolivariano* que en 1939 nació del seno de la Sociedad Bolivariana, quizás el de mayor altura profesional y humana al estar integrado por médicos que ejercían, colaboraban e investigaban en forma totalmente desinteresada, con el afán de elevar la cultura, desarrollar la medicina

y avanzar en las labores científicas más actualizadas del momento.

La Gran Sociedad Bolivariana de Venezuela había sido creada como institución privada en 1842, por el ilustre Prócer zuliano General Rafael Urdaneta, en el halo de rememoración y exaltación del Libertador que cundió en el país al repatriarse sus reliquias. Casi un siglo después, en el año de 1936 fue reorganizada e impulsada, siempre como entidad privada, por sobresalientes intelectuales entre los cuales se contaban Diógenes Escalante, Atilano Carnevali, Vicente Lecuna y Rómulo Gallegos. Gracias a sus esfuerzos, el Presidente de la República, General Eleazar López Contreras, mediante el decreto del 23 de marzo de 1938 reconoció a la Sociedad carácter de “institución pública nacional” otorgándole apoyo oficial, económico, moral y material, auspiciando su funcionamiento y labores, pero manteniéndole a la vez el pleno disfrute de su autonomía interna. Los objetivos de la institución estaban expresados en el Artículo Primero de su Estatuto General, el cual recogía con fidelidad el espíritu del “Reglamento Constitutivo de la Gran Sociedad Bolivariana de Caracas” que fuera aprobado en 1843:

La Sociedad Bolivariana de Venezuela es una institución nacional apolítica, que tiene por fin fomentar, propagar y enaltecer el culto a la memoria del Libertador, difundiendo por todos los medios a su alcance el conocimiento de su vida y obra, como también el de sus ideas políticas culturales y sociales, a objeto de que el espíritu que alienta en ellas constituya un índice de orientación para las nuevas generaciones y se traduzca en actos de engrandecimiento de la patria.

El Hospital Bolivariano debió su creación al especial interés del Dr. Vicente Lecuna, Presidente de la Junta Directiva de la Sociedad entre 1939 y 1942, en valorizar y poner en práctica las ideas sociales del Libertador dirigidas a la procura del bienestar del pueblo venezolano. Para cumplir cabalmente con tan trascendental propósito y con miras a atender el mayor número de pacientes, la Junta Directiva de la Sociedad decidió adquirir un inmueble que reuniera las mejores condiciones para sus fines. Después de una intensa búsqueda, fue escogida una casa ubicada entre las esquinas de Sordo a Peláez, casi frente al recién fundado Hospital Obrero, y bastante próxima a su propia sede.

La permanencia de una de las autoras de esta investigación en el seno de la Sociedad Bolivariana en el período 1994-1997, como Miembro de la Junta

Directiva y de la Comisión Editorial de los Escritos del Libertador; nos ha permitido acceder a los nutridos Archivos de la Sociedad Bolivariana, que se conservan con extremada responsabilidad y pulcritud en la sede misma de la Sociedad, ubicada de San Jacinto a Traposos, contigua a la Casa del Libertador. Mediante un minucioso rastreo, hemos logrado localizar una importante documentación relativa a la creación, funcionamiento y sorpresiva extinción del Hospital Bolivariano, de la cual nos surtimos para la elaboración del presente estudio.

En la escritura de compra del inmueble suscrita por el Dr. Juan José Abreu, Primer Vicepresidente, consta el precio total de la transacción: ciento veinte mil bolívares, que la Junta Directiva canceló totalmente antes de terminar su período. La superficie del inmueble se calculó en 660 metros cuadrados (15 metros de frente y 44 metros de fondo) y su antigüedad, en aquel momento, se estimó en 36 años. La bella casona de arquitectura colonial todavía existe aunque en muy precarias condiciones, y continúa siendo propiedad de la Sociedad Bolivariana.

La “Justificación del acto de creación del Hospital Bolivariano” aclara como en la intención de sus fundadores, el objetivo principal era combatir el paludismo que azotaba el país desde el siglo anterior, al que califican de “tremendo monstruo”, “mal endémico que anula en gran parte cuantas ventajas ha concedido la naturaleza a nuestro suelo”, del cual es víctima la población venezolana “en las ocho décimas partes de su territorio”.

De otras actas preservadas en los Libros de la Sociedad se desprende como, aún reconociendo que el Ministerio de Sanidad poseía un excelente laboratorio y funcionarios expertos en investigaciones, se proponen “aumentar los medios de estudios de que disponen esos especialistas, y confían en que muy pronto se verían los resultados útiles para la protección de las regiones infectadas”.

Además de la relevante iniciativa de atacar de raíz y en forma contundente este mal que a su juicio había alcanzado nivel epidémico, los compenetrados médicos bolivarianos extreman sus inquietudes culturales al instituir un Premio Anual que llevaría el nombre del Dr. Reverend, postrer médico de cabecera del Libertador, para el mejor trabajo sobre clínica, prevención y curación del paludismo. El galardón, que representó un valioso estímulo a la investigación médica y un espaldarazo para los jóvenes científicos, consistía en medalla de oro, diploma y dos mil bolívares en efectivo.

Dada la relevancia de estos fidedignos documentos históricos que constituyen un verdadero y significativo hito en la historia de la medicina venezolana, reproducimos a continuación el Acta que estipuló la creación del Hospital Bolivariano (con fecha 19 de abril de 1939) y el Acuerdo que configuró el Premio (con fecha 31 de mayo de 1939), ambos conservados en los Archivos de la Sociedad Bolivariana:

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
BOLIVARIANA DE VENEZUELA,

Considerando:

Que entre los fines primordiales de esta Institución figura preferentemente el de una acción social inspirada en el bienestar de pueblo venezolano;

Considerando:

Que gran parte del territorio de la Patria sufre el flagelo del paludismo;

Considerando:

Que el establecimiento de un Instituto sostenido y alentado por el espíritu de cooperación patriótica, es coadyuvar a la obra de saneamiento que realiza el Ejecutivo Federal,

Acuerda:

Art. 1º - En conformidad con las pautas establecidas en el numeral 3º del Art. 2º del Estatuto de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, se crea un Hospital dotado del material científico necesario para el estudio y el tratamiento del paludismo.

Art. 2º - Se crea un Premio Anual, consistente en la cantidad de dos mil bolívares en efectivo, una medalla de oro y un diploma, para el mejor trabajo científico que se presente en el año sobre clínica, prevención y curación del paludismo.

Art. 3º - Por Acuerdos separados se dispondrá todo lo conducente para el cabal cumplimiento de lo aquí dispuesto.

Caracas: 19 de abril de 1939.

Art. 3º - Por Acuerdos separados se dispondrá todo lo conducente para el cabal cumplimiento de lo aquí dispuesto.

El Presidente, *Vicente Lecuna*.- El Primer Vice-presidente, *J.J. Abreu*.- El Segundo Vice-presidente, *L.R. Pimentel*.- El Secretario, *Elías Pérez Sosa*.- El Sub-Secretario, *Ramón A. Ruiz*.- El Tesorero, *Alberto Fortoul Hurtado*.- El Bibliotecario, *R. Yepes Trujillo*.- El Vocal, *Alberto Plaza Izquierdo*.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
BOLIVARIANA DE VENEZUELA

En cumplimiento del Art.2º del Acuerdo dictado el 19 de abril del corriente año.

Acuerda:

Art. 1º Se abre un Concurso, entre médicos venezolanos, para premiar el mejor trabajo original sobre clínica, prevención y curación del paludismo.

Art. 2º El premio, que se denominará "Alejandro Próspero Reverend", consistirá en una medalla de oro, un diploma y dos mil bolívares en efectivo.

Art. 3º Los trabajos deben enviarse, escritos en máquina y sin firma, pero distinguidos con un lema, al Centro Principal de la Sociedad Bolivariana de Venezuela (Caracas, Cují a Salvador de León, N° 6. No se recibirán los que lleguen después del 15 del próximo noviembre. El nombre del autor debe venir en sobre cerrado que traiga, exteriormente, el mismo lema del trabajo.

Art. 4º Se designa a los señores doctores Juan Iturbe, Arnaldo Gabaldón y David Iriarte, para constituir el Jurado y dictar el veredicto que se leerá el 17 del próximo diciembre, en la sesión solemne con que esta Junta conmemorará el 100º Aniversario de la muerte del Libertador. En el mismo acto se entregará el premio.

Caracas, 31 de mayo de 1939.

El Presidente, *Vicente Lecuna*.- El Primer Vice-presidente, *J.J. Abreu*.- El Segundo Vice-presidente, *L.R. Pimentel*.- El Secretario, *Elías Pérez Sosa*.- El Sub-Secretario, *Ramón A. Ruiz*.- El Tesorero, *Alberto Fortoul Hurtado*.- El Bibliotecario, *R. Yepes Trujillo*.- El Vocal, *Alberto Plaza Izquierdo*.

Traigamos aquí la memoria de los principales promotores de tan relevante iniciativa, signatarios de estos progresistas documentos, que con su aporte y dedicación señalaron caminos de luz en la historia del sanitarismo y de la medicina en el país.

Dr. Vicente Lecuna (1879-1954), ingeniero civil y apasionado historiador, realizó una labor histórica y patriótica de gran alcance en lo relativo a la figura, obra y entorno del Libertador, desde la reconstrucción y ornamentación de la Casa Natal con frescos alusivos de Tito Salas, hasta la publicación de la documentación bolivariana, comenzando con *Cartas del Libertador*, *Obras Completas del Libertador*, *Discursos y Proclamas del Libertador*. La edición de las obras del Libertador fue reactivada en 1962,

cuando el Gobierno Nacional encargó a la Sociedad Bolivariana la preparación y ejecución de la edición crítica de los *Escritos del Libertador*.

Dr. Juan José Abreu Velásquez (1875-1950), Primer Vicepresidente y Asesor Jurídico de la Sociedad Bolivariana, quien tramitara la compra de la sede del Hospital, fue abogado, jurista y político de larga trayectoria. En el año de 1909 había sido encargado de revisar la sentencia que condenaba al General Eustoquio Gómez a 15 años de presidio por el asesinato del Gobernador del Distrito Federal Luis Mata Illas (1909). En un alarde de honestidad y rectitud la encontró conforme, lo cual le valiera varios años de cárcel. Era opositor de Juan Vicente Gómez, y su nombre figuró en algún momento en la composición de la Junta de Gobierno que sucedería al eventual derrocamiento del Caudillo. Nombrado luego Procurador General de la Nación (1936-1941) dirige como tal los juicios de peculado contra familiares y funcionarios del régimen gomecista. En 1939 defiende la Ley del Banco Central de Venezuela ante la demanda de nulidad introducida por el Senador Octavio Romero Sánchez. Fue Concejal por la Parroquia Catedral del Distrito Federal (1942), Senador Principal en la Asamblea Legislativa del Estado Miranda (1943), Miembro de la Academia Venezolana de la Lengua.

Capitán Luis Rafael Pimentel Agostini (1891-1959), Segundo Vicepresidente, hermano del poeta Francisco (Job Pim), líder de un grupo de jóvenes oficiales en la urdimbre de una conspiración militar contra el General Gómez, había sido torturado en la Cárcel de la Rotunda (1919-1927). Parte activa en la expedición del Falke dirige por tierra, junto con el General Pedro Elías Aristeguieta, el ataque a Cumaná (agosto 1929). Herido, es aprisionado en el Castillo Libertador de Puerto Cabello (1929-1935). Fundador del partido Bloqueo de Avance Nacional durante el gobierno del General Medina Angarita, fue Presidente del Estado Yaracuy (1941-1943), Director General de Correos (1944) y Presidente del Estado Nueva Esparta (1945).

Dr. Alberto Plaza Izquierdo (1908-1949), médico cirujano, integrante de la Junta Directiva como Primer Vocal, fue el primer Director del Hospital Bolivariano y auspiciador del Consejo Médico que velaba por su buena marcha. Había fundado la Clínica “Alberto Plaza Izquierdo” (1933), ubicada primeramente en San Agustín del Norte y luego en la Urbanización El Conde. Estuvo entre los principales colaboradores del Hospital Bolivariano y del Hospital Obrero, y sirvió

también en el ejército como cirujano militar.

Después de adquirir con gran acierto el inmueble apropiado para el hospital, vino para sus fundadores la difícil tarea de acondicionarlo para los fines deseados y de conseguir e instalar los equipos indispensables. No escatimaron iniciativas para traer del extranjero el mejor instrumental médico quirúrgico, de mayor actualidad en hospitales europeos y norteamericanos. Fue un esfuerzo sin precedentes, sostenido por la valiosa disposición de los dignos profesionales y personal, que emprendieron además la ardua empresa de llevar a cabo las ampliaciones, mejoras y apresto del recinto.

Con la colaboración de varios médicos integrantes de la Junta Directiva o Miembros de la Sociedad que ofrecieron enseguida sus servicios *ad honorem*, el 24 de julio de 1939 fue inaugurado el Hospital Bolivariano, con una dotación de 40 camas y de toda la técnica científica requerida para su funcionamiento. Pronunció el discurso de orden El Capitán Luis Rafael Pimentel, en el cual manifestó que ya desde sus comienzos, el hospital se proponía “ir ampliando el radio de acción científica”. En realidad en ese período la infección palúdica estaba retrocediendo, como efecto del Programa Nacional Antimalárico desarrollado desde 1936, debido a las medidas sanitarias y gracias al descubrimiento y uso de eficaces terapias y medicamentos: ya no había paludismo activo, sólo secuelas del anterior, cuales hernias, llagas o úlceras palúdicas.

Sin embargo, fieles a su objetivo primigenio de ofrecer un aporte al estudio y tratamiento del paludismo, los directivos envían telegramas a los Presidentes de los Estados Aragua, Carabobo, Guárico, Cojedes, Portuguesa y Barinas, urgiéndoles el envío presencial de tres enfermos palúdicos de cada una de esas regiones con el propósito de hacer un estudio del flagelo en todo el país. Llegó con retraso la solicitud, porque para entonces el mal estaba casi erradicado en esas zonas.

Forzosamente el Hospital Bolivariano se fue articulando entonces como hospital general. Su actividad se dirigió hacia otros derroteros, especialmente de cirugía, ya que estaba dotado de un buen quirófano y un excelente equipo instrumental y humano que posibilitaba delicadas intervenciones. A la vez se convirtió en un hospital de vanguardia, experimental, pues sus integrantes emprendieron el ensayo de modernos medicamentos de acción antipalúdica, así como otros para prevenir y curar el flagelo de la sífilis. Muchos jóvenes, aún no

especialistas pero excelentes médicos cirujanos, ensayaron drogas, hicieron allí operaciones novedosas, utilizaron los primeros instrumentos correspondientes a la época contemporánea.

En todo momento privó en el hospital un entusiasta espíritu bolivariano y una estrecha conexión con la Sociedad Bolivariana: la compenetración con los ideales libertarios, la intención de honrar la labor del héroe, el entusiasmo de trabajar en su nombre y como merecido homenaje, fueron los rasgos principales que lo caracterizaron y dignificaron, diferenciándolo de los demás centros médicos y hospitalarios. El director, los médicos, el personal eran sobresalientes y decididos bolivarianos, trabajaban *ad honorem* por vocación médica y mística patriótica, con verdadero fervor venezolanista. La Revista de la Sociedad Bolivariana de Venezuela prestaba un notable apoyo a la divulgación y valorización de la labor del hospital, pues seguía paso a paso la vida de la institución.

CONSULTAS	Dic	Ene	Feb
Dr. Alberto Plaza Izquierdo	17	44	27
Dr. A. Laclé	40	31	15
Dr. J.M. Romero Sierra	22	23	43
Dr. A. Parada Dacovich	5	9	10
Dr. R. Bruzual Rivodó	6	0	0
Dr. G. Trompiz	32	21	21
Dr. E. Herrera Umérez	18	99	73
Dr. J. Matute Gibbs	26	22	55
Dr. E. Alamo Gutiérrez	0	0	7
Dr. H. A Moreno	0	0	16
Dr. R. Rodríguez	0	0	2
Internos	22	14	3
<i>Servicio de Inyecciones</i>	784	815	1 006
<i>Servicio de curas</i>	242	255	281
<i>Servicio de laboratorio</i>	19	0	24
<i>Botica – Recetas despachadas</i>	508	582	714
<i>Radioscopias efectuadas</i>	8	4	0
<i>Servicio de Cirugía</i>	Operaciones efectuadas		
Dr. Alberto Plaza Izquierdo	4	2	9
Dr. A. Parada Dacovich	3	2	2
Dr. J. Matute Gibbs	7	5	0
Dr. R. Bruzual Rivodó	2	0	0
Dr. E. Herrera Umérez	0	1	0
Dr. J.M. Romero Sierra	0	0	4
Dr. E. Alamo Gutiérrez	0	0	1
<i>Cirugía menor</i>	5	5	6
<i>Servicio de Hospitalización</i>			
Enfermos hospitalizados para el 30 de noviembre: 15	32	29	33
Enfermos ingresados	25	19	26
Enfermos egresados	29	15	23
Enfermos hospitalizados fin del mes	29	33	36

Para mayor lustre del hospital, fue creada en el seno de la Sociedad la Brigada Social Bolivariana, integrada por damas que colaboraron con el Hospital a

todo lo largo de su funcionamiento, cuya foto en grupo se publicó en la Revista de la Sociedad Bolivariana del 24 de junio de 1940. Era Presidenta Virginia de Plaza Izquierdo, Vicepresidenta Laura Vivas, Tesorera Berta Rangel.

Mediante campañas entre sus acólitos y a través de la prensa, la Sociedad se preocupaba por aumentar y perfeccionar la dotación del hospital. A mediados de 1940 promovió la semana “Pro Hospital Bolivariano” con el objeto de recaudar fondos para la adquisición de un laboratorio y un aparato de Rayos X, lo que se cumplió cabalmente, e hizo un reconocimiento público a los principales donantes del comercio caraqueño. Figuraron entre ellos A. Urdaneta, Emilio Ramos, S. Espinoza, Tarid Hachind, C.A. Venezolana de Tabacos, Blohm y Cía., C.A. Textil Venezolana.

La revista publicaba además frecuentes esquemas que permitían apreciar el progresivo desarrollo de las actividades hospitalarias, especificando los nombres de los servicios y de los médicos. Para ejemplificar más claramente, reproducimos el cuadro-resumen del movimiento del hospital durante los meses de diciembre 1939, enero y febrero del año 1940:

Observemos también los datos que arroja un resumen del movimiento del Instituto durante el segundo semestre del año 1940:

<i>Servicio de consultas</i>	4 337
<i>Servicio de inyecciones</i>	10 147
<i>Curas efectuadas</i>	4 294
<i>Exámenes de laboratorio</i>	247
<i>Operaciones</i>	113
<i>Ingresados a hospitalización</i>	175
<i>Egresados de hospitalización</i>	176

El “Informe y Cuenta que al Congreso Bolivariano de 1942 presenta la Directiva de la Sociedad Bolivariana de Venezuela”, también publicado en la Revista, ilustra el presupuesto y gastos de los primeros años de funcionamiento del Hospital Bolivariano, que estaban a cargo de la Sociedad y pueden calificarse de considerables, especialmente si recordamos que en la década 1930-40 la moneda oficial venezolana, el bolívar, mantenía una paridad fija de Bs. 3,35 con relación al dólar norteamericano.

En efecto, el “Estado general de cuentas de la Tesorería del centro principal de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, en Caracas, comprendido entre el mes de julio de 1940 y el mes de junio de 1942” presenta bajo el renglón *Hospital Bolivariano* los siguientes egresos:

HOSPITAL BOLIVARIANO

	Egreso 1940					
	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Presupuesto del hospital	1 318,75	1 364,15	1 361,55	1 440,00	1 397,50	1 365,00
Muebles útiles e instrumentos	201,80	28,00	1 482,95	340,40	1 859,15	204,45
Medicinas	1 374,98	943,97	2 207,20	1 404,95	426,80	520,60
Gastos de escritorio	184,75	302,10	48,00	27,00	132,00	18,00
Gastos de automóvil	20,00				3,00	
Avisos	88,10					
Sostenimientos	1 621,90	1 822,27	1 706,85	1 503,34	1 504,84	1 522,75
Reparaciones		132,00	43,00	616,00	1.265,00	79,00
Gastos Generales	577,70	546,15	864,00	818,34	292,92	366,25
Totales	16 932,08	15 543,61	19 349,10	15 497,79	19 530,08	15 281,15

	Egreso 1941					
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
Presupuesto del hospital	1 379,94	1 360,00	1 365,00	1 440,00	1 515,00	1 465,00
Muebles útiles e instrumentos	77,00	7,50	2 179,40	525,35	426,00	219,00
Medicinas	347,80	921,35	593,85	1 123,85	1 464,00	
Laboratorio		166,00	61,50	42,00		
Gastos de escritorio	46,00		89,00	116,00	48,00	20,00
Viveres y provisiones	1 678,35	1 978,37	1 287,19	1 521,52	1 308,80	1 659,59
Reparaciones	140,00		24,00		12,00	747,00
Gastos de automóvil	3,00	122,00				200,15
Fletes				235,25		
Teléfono y luz	122,20	119,00	111,50	106,85	110,75	126,25
Gastos generales	360,10	244,80	509,40	437,20	545,40	715,63
Totales	14 024,11	14 809,02	14 951,99	14 141,89	13 871,50	14 949,62

	Egreso 1941					
	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Presupuesto del hospital	1 465,00	1 627,50	1 697,10	1 777,50	1 775,20	1 795,00
Muebles útiles e instrumentos	186,35	178,55		574,05	247,50	17,00
Medicinas	2 283,15	486,60	853,30	980,03	963,80	525,60
Laboratorio			49,25			
Gastos de escritorio	10,00	38,00	133,00	115,00	100,00	30,00
Viveres y provisiones	1 136,57	1 141,67	1 574,54	1 621,70	1 434,87	1 700,57
Gastos de automóvil		113,05	8,00			
Teléfono y luz	127,30	118,45	120,45	120,30	103,35	108,75
Gastos generales	136,25	440,40	382,05	994,55	888,50	1 160,50
Totales	13 661,22	12 459,42	14 763,06	14 288,73	14 585,07	15 268,07

	Egreso 1942					
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
Presupuesto del hospital	1 812,95	1 821,78	1 853,33	1 947,50	1 996,45	2 000,00
Muebles útiles e instrumentos	152,40	67,50	405,00	96,00	1 923,30	322,00
Medicinas	1 028,15	745,35	1 224,40	820,25	843,27	544,30
Laboratorio				17,00		28,50
Gastos de escritorio	77,00	22,00	170,00		66,50	41,50
Viveres y provisiones	1 529,87	1 362,05	1 875,90	1 403,55	1 737,00	2 460,17
Gastos de automóvil						160,00
Gastos generales	1 063,59	341,85	711,15	637,85	916,14	579,67
Totales	11 270,91	17 225,83	19 625,32	14 429,80	14 414,46	30 367,50

Además en el renglón “Egresos de la Sociedad” se registran otros aportes al Hospital, cuales “Construcciones en el Hospital Bolivariano”.

En diciembre de 1940 aparece contabilizado en dichos “egresos” también el “Premio Alejandro Próspero Reverend” de Bs. 2 000. El Hospital se había mantenido fiel al concurso anunciado, si bien con oportuna decisión divulgada a través de la *revista*, lo había hecho extensivo al trabajo e investigación sobre todas las endemias del país.

Mereció la primera edición del Premio el Dr. Julio de Armas, con el ensayo “El problema de la insalubridad rural en el Estado Guárico”. Los demás trabajos presentados para optar al Premio, publicados integralmente por la *revista* junto con el ganador, fueron “Notas sobre la epidemiología y clínica del paludismo en un sector del estado Yaracuy”; “Algunas consideraciones sobre profilaxia anti-malárica y tratamiento” del Doctor Félix Pifano, “El paludismo en la región petrolera de Monagas”, del Doctor Delfín Arcila. Obtuvo la siguiente edición del Premio el Dr. David Iriarte con el ensayo “Adquisiciones nuevas hechas en Venezuela durante los dos últimos años sobre una de sus endemias: el carate o carare”.

Uno de los momentos de mayor apogeo del Hospital Bolivariano fue la visita que el Presidente de la República, General Medina Angarita, le dispensó el 11 de julio de 1942. En las fotos del acto se aprecia la sede del Hospital en su totalidad, y el nutrido cuerpo de profesionales, practicantes y enfermeras. El Dr. Vicente Lecuna, en su calidad de fundador del Hospital y ex Presidente del mismo, agradeció al Primer Magistrado su presencia “que bien podría considerarse como el corolario de los desvelos de la Institución que fundó el Hospital Bolivariano para estudios del paludismo”. Durante su encendida disertación, recordó la oportuna precaución que tomaba el Libertador al emprender las marchas por tierras insalubres (único caso como medida oficial) de suministrar al amanecer a cada soldado un trago de aguardiente quinado como acostumbraban hacerlo en regiones de Los Andes los peones que bajaban a los llanos de Barinas en busca de ganado, hábito que aún prevalece en la forma del “miche sanjoneo”. Esto merece recordarse, pues pocos conocen la preocupación sanitarista del Libertador, que complementa su multifacética personalidad de gobernante, líder y preocupado ambientalista.

Lamentablemente, a partir de finales del año 1942, el hospital empezó a presentar graves inconvenientes de orden laboral. Quejas, pretensiones

veían en tan importante alternativa una salida a sus problemas, y muchas veces se trasladaban desde sus lugares de origen, para ser atendidos e intervenidos quirúrgicamente en el *Hospital Bolivariano*, con la colaboración de los Centros Bolivarianos locales. Los pacientes, si ya no lo eran, se volvían entusiastas bolivarianos, dando pruebas de su fe por el resto de la vida.

A este propósito es significativo el testimonio del Licenciado Manuel Antonio Meléndez Bracovite, quien a los 12 años se trasladó a Caracas con su madre desde San Felipe, y fue operado de una hernia por tres eminentes profesores: Armando Parada Dacovich, Jorge Samaniego y Alberto Plaza Izquierdo. Hijo de bolivarianos, después de la exitosa operación en aquel “extraordinario” Hospital, Meléndez Bracovite, egresado posteriormente en Comunicación Social de la UCV, se integró a la *Sociedad Bolivariana* prestando como periodista destacada labor en la difusión de los ideales del Libertador. Su credo lo impulsó además a investigar y publicar varias obras históricas entre las cuales se cuenta “*Actuación de los Presidentes de la Sociedad Bolivariana de Venezuela (1936-1992)*”, que hemos utilizado como fuente en nuestra investigación.

Formaron parte del primigenio cuerpo de médicos cirujanos del Hospital, al lado del Primer Director Alberto Plaza Izquierdo, destacados profesionales, entre ellos: M. Romero Sierra, Armando Parada Dacovich, José Matute Gibbs, Raúl Rodríguez, Leopoldo Jiménez Arrieche. El Dr. Antonio Laclé era Director del Departamento de Rayos X, los doctores Gabriel Trompiz y Francisco Samaniego se encargaban de la Medicina General, el Dr. Ernesto Herrera Umérez de Obstetricia y Pediatría, el Dr. Juan Iturbe de Patología Tropical. Pronto se les agregó una pléyade de jóvenes galenos, que mantuvieron en alto hasta nuestros días el renombre de la medicina venezolana, primero como bachilleres externos e internos, luego, recién graduados, como profesionales que más allá del deber social, sentimientos de caridad e interés por la práctica y la investigación, aportaban conocimientos y donaban su tiempo con entusiasmo y solidaridad, con el fin de dignificar y divulgar los ideales del Libertador: Enrique Acosta Vaamonde, Francisco Terán, Tito González Vallés, Cristóbal Maciá, Francisco de Venanzi, Alejandro Calvo Laird, Juan Di Prisco, Héctor Rojas Gil, Oscar Bustamente, César Rodríguez, Rafael Cuervo, Gustavo Leal, Augusto Diez Tirado, Manuel A. Rodríguez, Ricardo Sánchez Beaujon, José Rafael Fortique y Balza.

y reivindicaciones del personal de obreros, enfermería y practicantes socavaron el entusiasmo comunitario que hasta aquel entonces había prevalecido. No se tuvo la energía y la ecuanimidad para hacer frente al problema que no se logró solucionar adecuadamente y llevó a la destrucción de ese centro hospitalario de vital importancia para el país. La última Junta Directiva de la Sociedad, presidida por Monseñor Nicolás Navarro, se vio obligada a clausurar las actividades del hospital. Esto se cumplió prontamente, mediante un comunicado dictado al efecto, “Dado y firmado en el Salón de Sesiones de la Directiva de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, en Caracas, a los dos días del mes de abril del mil novecientos cuarenta y tres”, que fue publicado en la *Revista de la Sociedad Bolivariana* el 4 de julio de 1843. Lo suscribieron el Presidente, Mons. Nicolás Navarro, el Primer Vicepresidente, J.M. Núñez Ponte; el Segundo Vicepresidente, Edmundo Suegart; el Secretario General, Elías Pérez Sosa; el Tesorero General, Ramón A. Ruiz; el Subsecretario, Manuel Cardozo; el Bibliotecario, Ramón Hernández Ron; el Primer Vocal, Alejandro E. Trujillo; el Segundo Vocal, Miguel Rivas Berrizbeitia; el Tercer Vocal, Fernando Maradey Fernández; el Asesor Jurídico, F.S. Angulo Ariza.

Resulta penoso reproducir hoy, a más de medio siglo de distancia, este escueto e impersonal acuerdo, que en su brevedad y condición refleja la amargura, la impotencia y el dolor que rodearon el inmerecido fracaso y la triste desaparición del glorioso *Hospital Bolivariano*:

La Directiva de la Sociedad
Bolivariana de Venezuela

En vista de la situación pública provocada en el Hospital Bolivariano por su personal de practicantes.

Acuerda:

- 1° Clausurar las actividades del Instituto;
- 2° Proceder al traslado a otros Hospitales de aquellos enfermos que no puedan ser dados de baja inmediata;
- 3° *Conservar el inmueble donde funciona el Hospital y todos sus útiles, hasta tanto esta Directiva resuelva lo que juzgue conveniente.*

La clausura del *Hospital Bolivariano* marcó el ocaso de las grandes instituciones sanitarias privadas venezolanas y representó un duro golpe para los caraqueños, sobre todo los de escasos recursos. Hasta los habitantes del interior del país

De este grupo de pioneros, desaparecidos casi en su totalidad, hemos logrado entrevistar a dos sobresalientes representantes: el Dr. Francisco Plaza Izquierdo y el Dr. Antonio Laclé.

El Dr. Francisco Plaza Izquierdo prestó su colaboración desde la época de estudiante, primero como externo (1937-1938), luego como interno (1938-1940) y al fin como cirujano (1940-1942). Realizó un total de 57 intervenciones quirúrgicas. Queremos aportar a nuestro trabajo unos inestimables documentos generosamente proporcionados por el mismo médico, nuestro consocio en la Sociedad de Historia de la Medicina, y ex Presidente y socio Emérito de la misma, que son muestra de la labor callada y fecunda del *Hospital Bolivariano*, a la vez que testimonian el valor y científicidad de las operaciones quirúrgicas, así como la extraordinaria capacidad de aquellos profesionales que aportaron sus mejores años y esfuerzos al área asistencial en la memorable institución. El primer documento da fe de las operaciones quirúrgicas realizadas en número de 57 por el Dr. Plaza Izquierdo. Destacan entre ellas tres apendicetomías con peritonitis, una operación de tiroidectomía y una extirpación de trompa quística. El segundo es un Diploma *ad meritum* otorgado el 17 de diciembre de 1941 al Dr. Francisco Plaza “por sus valiosos servicios prestados al hospital”. Lleva el encabezamiento “Hospital Bolivariano creado por la Sociedad Bolivariana de Venezuela para el estudio y el tratamiento del paludismo”, y las firmas de Vicente Lecuna, Presidente de la Sociedad y de Alberto Plaza Izquierdo, Director del Hospital Bolivariano. La motivación es la siguiente:

Que esta credencial sirva de estímulo al agraciado, para afirmar en un plano de patrióticas aspiraciones el ideal bolivariano, traducido en el alivio de la desgracia humana, como el más noble apostolado de patriotismo y la más fiel interpretación de amor a las ciencias médicas.

El tercero es una Certificación otorgada por el Consejo Médico del *Hospital Bolivariano* con fecha 15 de diciembre de 1942, la cual hace constar que :

El Dr. Francisco Plaza Izquierdo, de 26 años, prestó sus servicios de “Externo, Interno y Cirujano” en el Hospital Bolivariano, distinguiéndose por su aplicación al estudio y por su abnegación y desinterés en la obra de bien social y patria que auspicia la Sociedad Bolivariana de Venezuela, en virtud de lo cual se le extiende la presente credencial.

Nuestro segundo entrevistado, el Dr. Antonio Laclé, miembro del Consejo Médico del Instituto, fue

quien dictó en el Hospital en 1939, para conmemorar el aniversario de la muerte del Libertador, una de las primeras conferencias: “Métodos prácticos para prevenir el paludismo en las zonas palúdicas, y sobre la atención al enfermo curado en los sitios donde no haya médico.”

Recientemente, en amena e interesante charla, el Dr. Laclé, intercalando lo científico con lo anecdótico, nos ha relatado que los médicos no se regían por un horario establecido ni tenían días fijos, trabajaban cuando podían, lo que en su exaltación bolivariana resultaba bastante frecuente. No obtenían recompensa alguna, tan sólo el agradecimiento y el recuerdo de sus pacientes, quienes por largos años los saludaron con efusión en las calles de Caracas. Ilustra esta afectuosa compenetración entre médico y paciente la anécdota que nos ha confiado. Un día en una esquina, lo apostrofó uno de sus antiguos pacientes.

– Doctor, cómo está su papá, el que me operó en el Hospital Bolivariano.

– Pues aquel fui yo, que soy médico, mi papá es militar.

– ¡Ay, qué conservado está usted Doctor, cuánto me alegro! De esto hace tanto tiempo que creía que se trataba de su papá. Pero yo, hasta hoy mantengo el buen recuerdo.

Con gran emoción y muestras de afecto el hombre abrazó al galeno y le reiteró su agradecimiento, pues el tiempo transcurrido lo hacía trastocar rostros, pero no servicios recibidos.

Volviendo a la actualidad, a nuestro convulsionado siglo XXI, queremos relatar una experiencia que nació de un deseo de reivindicación de los logros y la figura del Hospital Bolivariano, pero que nos ha resultado muy dolorosa. Nos acercamos al antiguo recinto, en pleno centro de la ciudad, de Sordo a Peláez, N° 70. El panorama que se presentó a nuestra mirada, mezcla de gloria y de atropello, de nobles vestigios y de chabacanas manipulaciones, fue emocionante, pero a la vez desolador. La casona aún conserva parte de su antiguo esplendor, evoca aún la nobleza del pasado, aunque los altos edificios que la aprisionan opaquen el brillo de su halo histórico otrora cautivante. En el interior, toscas mutilaciones y trastrocamientos, envilecen y degradan la belleza de sus rejas de hierro forjado y de sus maderas repujadas que apenas se muestran bajo tantas capas de pintura barata y lozas de vulgar colorido. Causa verdadero asombro y consternación constatar como un edificio de tanta calidad arquitectónica y que guarda una parte tan

valiosa de nuestro pasado pueda estar abandonado, acosado por la falta de mantenimiento, a punto de derrumbarse, y sirviendo a los pueriles fines de un modestísimo hotel.

Hemos logrado tomar algunas fotografías y en las gráficas que presentamos podemos apreciar el extraordinario valor arquitectónico de esta edificación y las degradantes transformaciones a las cuales ha sido sometida para adaptarla a sus nuevos fines de vulgar pensión. La fachada mostraría aún un trabajo artístico bien conservado en las puertas y en el balcón volado de la planta alta, que aún ostenta hermosas columnas de capiteles corintios y una baranda de estilo canario, perfectamente mantenida a través de los años, si no fuese por la grotesca hendidura de un burdo trabajo de albañilería, hecho sin respetar en absoluto la belleza del inmueble, que mutila una antigua ventana para abrir paso a un oscuro estacionamiento. Los hermosos espirales de bajorrelieve de yeso y argamasa del techo sufren la invasión de odiosos avisos publicitarios. Las arqueadas puertas permanecen cerradas, inutilizadas en sus articulaciones, desgastadas y raídas en sus bases, perdida su antigua lozanía. Entre los edificios que la ahogan, recibe la injusta indiferencia de los habitantes de la casa y de los transeúntes, que desconocen la significación que ella tuvo en otro tiempo e ignoran voluntariamente su antiguo esplendor.

El portón principal con su dintel ornamentado por el escudo de armas y a ambos lados pilares rematados por capiteles adornados por dos columnas interiores, soporta la intromisión de enormes letras rojas que anuncian el “Hotel” y muestra una grosera instalación eléctrica que desvirtúa totalmente la majestad de la entrada. Sobre el umbral permanece un bajorrelieve con motivos florales, los restos de un arco de medio punto con ribetes y franjas, que marcaba el inmueble.

Las puertas interiores de madera de doble hoja están lastimosamente maltratadas por trabajos recientes, hechos sin consideración, pero lucen en su parte superior una talla de filigrana que recuerda las celosías de los artesanos andaluces, y en la parte inferior una talla más gruesa y consistente, estropeada por sucesivos trabajos de cerrajería.

La hermosa ornamentación del artesonado blanco, gracias a su altura descollante, ha desafiado el tiempo y los abusos de los sucesivos inquilinos y aún refleja el buen gusto y detalle que se aprecia en toda la construcción, con motivos florales y volutas que se retoman en las paredes, no obstante el dudoso aporte de estampas e imágenes de discutible calidad. Algunas

escaleras y pasillos de la parte delantera aún guardan su sereno encanto colonial, a pesar de la desidia y falta de conservación.

Han permanecido sólo pocas franjas de los azulejos que decoraban las paredes interiores exhibiendo motivos de flores y frutas, en tonos azul y ocre, con extrema delicadeza en cada detalle floral y en cada hoja. Se ha salvado también, seguramente por su altura, el imponente arco de madera tallada que coronaba la escalera principal, actualmente afeada por improvisadas instalaciones de neón, mientras sus pasamanos de madera del más puro estilo colonial rematados en graciosa curva volada lucen polvorientos, descuidados y cubiertos de telarañas. La orgullosa escalera ha sido clausurada para impedir el paso al piso alto de la construcción demasiado gastada y endeble.

Las rejas de las ventanas de la planta baja, amplias y de doble postigo, de filigrana de volutas coronadas por una estrella de inspiración morisca, golpeadas y retorcidas, apenas logran evocar el gusto de la Caracas de siglos pasados, amante de conservar sus tradiciones. Estas típicas rejas coloniales, de excelente hierro forjado por hábiles artesanos, ya difíciles de encontrar, constituyen un verdadero tesoro arquitectónico, lamentablemente muy descuidado, así como el poyo de cada ventana, totalmente en ruinas, de los cuales no queda sino el recuerdo.

La parte posterior de la edificación es la que más acusa las infelices reformas y adaptaciones. El piso, de una colorada cerámica moderna, produce un contraste chillón. Los amplios aposentos fueron divididos en cuartos de hotel de humilde categoría, y a ese mismo fin fueron destinadas las anteriores salas o habitaciones, invadiendo inclusive lo que seguramente fue el hermoso patio principal.

En el pequeño patio trasero, abandonado y no valorizado, el actual arrendatario hace esfuerzos por rescatar una escalera ciega que conducía antiguamente al piso superior de la casa. Ha sido destruida la hermosa talla en hierro forjado del pasamano curvo y la ornamentación floral. En medio de tanta desolación resulta sorprendente y causa asombro el enorme pino con sus 30 metros de altura, sembrado hace treinta años por uno de los actuales inquilinos de la casa, incólume gigante vegetal que como un grito de rebeldía, última frontera entre lo colonial y lo contemporáneo, domina el patio trasero rodeado de altos edificios.

Esta casona solariega, uno de los pocos reductos que perviven de la encantadora Caracas colonial, que cumpliera tan patriótica y humanitaria misión, quizás

aún pueda ser salvada del deterioro, y dedicada a fines más elevados.

Es una tarea ardua la de rescatar esta antigua sede de nobles intenciones y valiosos logros, salvajemente humillada en su dignidad y en sus altos propósitos, pero sería ideal poder transformarla, si aún estamos a tiempo, mediante un esfuerzo conjunto de instituciones médicas y bolivarianas, en un hermoso Museo Médico de la ciudad, testimonio del meritorio esfuerzo que integró la noble misión de la Medicina al más humanitario y progresista espíritu bolivariano, o quizás en un discreto y útil Ambulatorio Bolivariano, que atienda en forma solidaria a los compatriotas más necesitados, aquellos que estaban siempre en el corazón de Bolívar.

REFERENCIAS

1. Alegría C. *Figuras Médicas Venezolanas*. Caracas: [s.n., 199-.]
2. Archila R. *Historia de la Sanidad en Venezuela*. (2 v.). Caracas: Imprenta Nacional, 1956.
3. Briceño Romero G. *Socialización de la Medicina en Venezuela*. Caracas: Talleres Arte Gráfica, 1963.
4. Meléndez Bracovite MA. *Actuación de los Presidentes de la Sociedad Bolivariana de Venezuela (1936-1992)*. Caracas: Publicaciones de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, 1955.
5. Pérez Vila, Manuel. *Índice de la Revista de la Sociedad Bolivariana de Venezuela N° 1-49, Años 1939 a 1955*. Caracas: Publicaciones de la Sociedad Bolivariana de Venezuela, 1959.
6. Plaza Izquierdo F. *Cirugía Privada en Caracas*. Caracas: Talleres Escuela Don Bosco, 1980.
7. *Doctores venezolanos de la Academia Nacional de Medicina*. Caracas: Fundación Editorial Universitaria, 1996.
8. Silva Álvarez A. *Pablo Acosta Ortiz: un mago del bisturí*. Caracas: Editorial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1970.
9. Sociedad Bolivariana de Venezuela. *La Sociedad Bolivariana de Venezuela: organización, fines y actividades*. Caracas. 1964.
10. Soto G. *Apuntes para la Historia Médica de los Hospitales del Distrito Federal*. Rev Soc Hist Medic. 1953;1(1):7-86.
11. Vannini de Gerulewicz M. *El proyecto educativo de Bolívar y Sucre en el Alto Perú*. Educación. Revista para el Magisterio. 2002;185:69-81.

VANNINI M, GERULEWICZ D

OTRAS FUENTES DOCUMENTALES

Archivos de la Sociedad Bolivariana de Venezuela.

Archivos de la Academia Nacional de Medicina.

Libros de Actas de la Sociedad Bolivariana de Venezuela.

Revista de la Sociedad Bolivariana de Venezuela.

Revista del Hospital Obrero.

Diario El Heraldo.

Diario La Esfera.

Diario El Universal.

Diario El Nacional.

Diario La Religión.

CRANEOLOGÍA INDÍGENA DE VENEZUELA. CRÁNEOS NO DEFORMADOS Y DEFORMADOS. LA PICA, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA

Dra. Gentzane Zamakona de Arechavaleta
Dra. Helia Lagrange de Castillo

RESUMEN

Estudio de una serie de treinta cráneos deformados intencionalmente junto a otra serie de sesenta cráneos no deformados, todos provenientes de excavaciones en La Pica, Estado Aragua, Venezuela, con el fin de determinar posibles alteraciones producidas por la plástica intencional en la morfología craneal. Se trata de cráneos adultos de uno y otro sexo, pertenecientes a indígenas prehispánicos, con antigüedad entre 800 y 1500 años d.C. La deformación se definió ajustada a la clasificación de Imbelloni y está presente tanto en uno como en otro sexo. Se tomaron 13 diámetros cráneo-métricos ajustados a la unificación dada en la Convención de Mónaco (1906), a partir de las cuales se calcularon 7 índices según la metodología de Olivier (1969). Se calculó la estadística descriptiva, así como el coeficiente de variación de Pearson, la "t" de Student como test de significación y el Z-score. Los cráneos de una y otra serie tienden a la braquicefalización. Los cráneos no deformados, en su gran mayoría, fueron clasificados como bajos y medios, y los deformados son todos bajos. El prognatismo es más marcado en los cráneos no deformados. En ambas series, la mayoría de los cráneos son de pequeña capacidad. Se demuestra que la capacidad craneal no se ve afectada por la deformación. La totalidad de los cráneos deformados presentó la deformación intencional del tipo tabular oblicuo. Los diámetros más afectados por la deformación son el diámetro antero-posterior máximo, el transversal máximo y las medidas de la órbita.

Palabras clave: Craneología. Morfología. Deformación.

ABSTRACT

Two series of deformed and non-deformed skulls were studied in order to determine the possible alterations that the intentional plastic deformation can make to the cranial morphology. The sixty non-deformed skulls and the thirty intentionally deformed skulls were found in the excavations of La Pica, in the Aragua State, Venezuela. All the skulls from the sample are adult skulls, of both sexes, of pre-Hispanic Indigenous people, and they date back to 800 to 1500 A.C. The deformity was classified as Imbelloni, and was present both in the female and the male skulls. 13 craniometrical diameters were measured, adjusted to the standardization given during the Monaco Convention (1906), from which 7 indexes were calculated according to Olivier's methodology (1969). The descriptive statistic was calculated, as well as the variation coefficient of Pearson, the Student's "t" as the significance test and the Z-score. Skulls from both types have a tendency towards brachycephalization. The majority of the non-deformed skulls were classified as low and medium, and the deformed skulls were all low. The prognathism is more pronounced in the non-deformed skulls than in the deformed skulls. In both series, the majority of the skulls have a small capacity. The cranial capacity demonstrated not to be affected by the deformity. The totality of the deformed skulls presented the intentional deformity of the oblique tabular type. The diameters most affected by the deformity were the maximum longitudinal diameter, the maximum transverse and the measure of the orbit.

Key words: Craniology. Morphology. Deformity.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo el estudio de un conjunto de cráneos indígenas prehispanicos, 60 no deformados y 30 deformados, procedentes de La Pica, Estado Aragua, Venezuela. El estudio de la deformación cefálica intencional como proceso bio-cultural que produce alteraciones en la morfología craneal, práctica difundida en diferentes poblaciones del mundo, es un área de estudio de especial interés dentro de la craneología y de suma importancia para la bio-antropología.

La craneología es la ciencia del cráneo, su desarrollo y composición y la identificación de sus partes. La craneología humana como un capítulo especial del sistema esquelético del hombre es referida en la mayoría de los manuales de anatomía, no solamente desde el punto de vista osteológico sino en referencia a otros sistemas anatómicos relacionados con las partes blandas del interior y exterior del cráneo⁽¹⁾.

A pesar de ser parte de la osteología, la importancia que adquirió desde el principio de los estudios sobre la evolución el análisis de la extremidad cefálica ha hecho que nos reframamos al estudio del resto del esqueleto como osteología poscraneal⁽²⁾.

Se ha intentado definir el género *Homo* a partir de ciertos criterios deducidos del estudio morfoscóptico y biométrico del cráneo, esto es definir el *Homo* entre los antropomorfos actuales, así como también en el phylum de los homínidos^(3,4).

La diferenciación entre ambas familias se basa principalmente en los caracteres biométricos del cráneo que describen la cefalización humana, en contraste con la especialización facial y dentaria de los póngidos⁽⁵⁾. Sin embargo, otros autores como Mayr⁽⁶⁾, hablan de agrupar bajo un mismo género a todos los homínidos que ocupan la misma zona adaptativa, caracterizada por la elaboración de instrumentos, es decir, la cultura, en lugar de criterios anatómicos.

El estudio del cráneo humano puede enfocarse desde un punto de vista individual, señalándose las variaciones normales o patológicas del mismo y también desde el punto de vista poblacional.

Los estudios craneológicos de poblaciones nos aportan datos para caracterizarlas, y pueden ser utilizados para reconstruir el proceso evolutivo en el tiempo y en el espacio de las mismas. En el caso de las poblaciones desaparecidas, como es el que nos ocupa, los estudiosos que utilizan datos de otros autores, deben tomar en cuenta las dificultades existentes al

querer precisar el tipo de metodología utilizada por cada uno de los autores que trabajaron con la serie de cráneos indígenas de la época del contacto, los cuales ya no están a disposición para su estudio⁽⁷⁾.

Como un ejemplo de esto tenemos los estudios de diferentes autores sobre los cráneos de poblaciones indígenas de Sudamérica, los cuales señalan que en términos de la longitud del cráneo, las cabezas más largas son las del sur y sureste y las más cortas las del norte y noroeste. También la anchura y la altura son mayores en los del sur y sureste, lo que parece indicar la existencia de una segregación en el tamaño de la cabeza, las más grandes en el este y sureste y las más pequeñas en el norte y noroeste. Las cabezas más bajas están en su mayoría localizadas en la parte norte, este de Colombia, Venezuela, las Guayanas y el norte del Brasil, con una pequeña extensión en el Perú. Todo el resto del continente es ocupado por cabezas altas. Parece haber una distribución más o menos continua de cabezas bajas desde Siberia, a través de Norteamérica y Centroamérica hacia Sudamérica⁽⁸⁾.

Los estudios de cráneos de poblaciones venezolanas permiten concluir, que ellos presentan una cierta uniformidad en lo que respecta al índice craneal horizontal, pues en términos generales la mayoría de los masculinos son mesocráneos y los femeninos braquicráneos, acentuándose la braquicefalización en los del sur y centro.

El índice vértico-longitudinal indica que la mayoría de los grupos son de cabezas de mediana altura con algunos cráneos bajos en los femeninos; con excepción de los motilones que son cráneos altos. El índice vértico-transversal los ubica a todos como de cráneos bajos, con la excepción del grupo motilón.

El índice orbitario señala a los cráneos del sur y los del centro como de órbitas altas, con porcentajes altos de órbitas de mediana altura. Los de occidente son de órbitas medias, a excepción de los motilones que son órbitas bajas.

El concepto de deformación del cuerpo humano está descrita desde Hipócrates, realizada en los pueblos del Mar Negro. Pero tales prácticas sería difícil averiguar hoy a que intención responden. Hasta mitad del siglo XVII se mantuvo la creencia de que las deformaciones del cuerpo humano eran de naturaleza fisiológica. Con los cronistas de Indias acerca de las civilizaciones de América, se desecha este concepto, al menos en cuanto a la deformación de la cabeza se refiere. Durante los siglos XVII y XVIII se obtienen testimonios sobre mutilaciones y coloraciones en el

cuerpo y deformaciones corporales en los pueblos de América y de Oceanía, lo que contribuye a plantear el concepto de su origen intencional y la presunción de que tales prácticas eran costumbres peculiares de los pueblos indígenas, tal como afirma Imbelloni⁽⁹⁾. En la mitad del siglo XIX, la mentalidad naturalista en Europa observa que estos pueblos también llevan a cabo las prácticas de mutilaciones corporales y dentarias, coloraciones capilares, inserción de adornos metálicos y pétricos.

De acuerdo con Flower⁽¹⁰⁾, “... *la tendencia a deformar, esto es, alterar la estructura natural de algunas partes del cuerpo, es una de las características comunes de la naturaleza humana en todos los estados que son conocidos, desde el más primitivo y bárbaro hasta el más civilizado y refinado...*”. La deformación o plástica intencional de la cabeza es quizás una de las prácticas que más preocupa a los antropólogos como causa y efecto de las costumbres humanas. Ya sabemos que algunas modificaciones corporales se han realizado por motivos estéticos y utilitarios, pero todavía no se sabe a ciencia cierta a que responde el modelar la tierna cabeza de los niños.

Los primeros observadores de estas costumbres fueron los cronistas de Indias, en la América precolombina, donde el hábito de deformar la cabeza de los infantes en muchas comunidades indígenas encontró su mayor expresión, formando parte importante de su cultura⁽¹¹⁾. Ha sido extensamente practicada en América, “... tierra clásica de las deformaciones...”, y asimismo existen evidencias de que fue común entre las culturas prehispánicas de Venezuela, siendo habitual en restos humanos, según describen distintos autores, como Falkerburger⁽¹²⁾, quien estudió una muestra de restos óseos procedente de Argentina, Chile y Bolivia, mientras que Tiesler Blo⁽¹³⁾ destaca en su trabajo cómo algunos autores se abocan más al análisis morfológico, en tanto que Romano, Comas y Stewart destacan la distribución e importancia cultural de las deformaciones craneales⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Este procedimiento, singular en Venezuela, fue atributo, según narran los cronistas, del pueblo caribe, y tiene, como destaca Alvarado⁽¹⁷⁾, un objetivo delimitado y peculiar en cada pueblo. Fue practicada por un gran número de tribus indígenas, y fue observada en el momento del contacto con los europeos. Stewart⁽¹⁶⁾ plantea la existencia de tres centros de deformación craneal en el continente, uno de ellos en la costa caribe como centro, el cual limita con Colombia y Venezuela y probablemente

con la Guayana Británica extendiéndose hacia las Antillas.

En 1887, Vicente Marcano comienza las excavaciones arqueológicas en el sureste del Lago de Valencia, llamado por los indígenas Tacarigua. El material hallado es estudiado por su hermano Gaspar, y publicados sus resultados en 1889 en París. El autor realiza el análisis del material osteológico y algunas consideraciones sobre los objetos de cerámica sin llegar a conclusiones en cuanto a sus afinidades y orígenes culturales, y “... aun cuando sí expresa que las deformaciones se practicaban incesantemente con el fin de distinguirse, pero carecemos de datos de esta costumbre...”⁽¹⁸⁾.

Posteriores excavaciones llevadas a cabo por Requena en 1930, en el sitio “Los Cerritos” en las márgenes de la Laguna de Tacarigua, reportan el hallazgo de numerosos cráneos deformados, tanto de niños como de adultos, los cuales, según López Ramírez⁽¹⁹⁾, dieron argumentos al autor sobre su tan discutida tesis de la Atlántida. Jahn⁽²⁰⁾ destaca que los numerosos montículos artificiales encontrados en los contornos del lago revelan que los Valles de Aragua, en los cuales se incluyen las tierras planas de Aragua y Carabobo hasta Valencia, fueron el asiento de una población indígena muy numerosa y de una cultura relativamente avanzada. El autor también se refiere a los treinta y dos cráneos exhumados por él, pertenecientes a “Las Matas” y “Camburito” en el año 1903. Este material fue remitido por el autor al Museo Etnológico de Berlín y no hay evidencias de que hayan sido estudiados.

Para la misma época, en las excavaciones de Camburito, Estado Aragua, Cruxent⁽²¹⁾ describe el hallazgo de cuatro urnas funerarias en una de las cuales se halló el primer cráneo con deformación tabular erecta. El mismo autor encontró en la quebrada del Maletero, en la región montañosa del Estado, otro ejemplar que aun cuando no conocemos su estudio, por las características morfológicas parece ser también del tipo tabular erecto. Dupouy⁽²²⁾ da una breve comunicación sobre dos esqueletos de varones adultos hallados por Cruxent en el Distrito Mariño del Estado Aragua, a los cuales corresponden dos cráneos deformados artificialmente, uno del tipo tabular-oblicuo y otro tabular-erecto. Como destaca el autor, este tipo de deformación es poco común en Venezuela.

López Ramírez⁽¹⁹⁾ reseña el hallazgo de otro cráneo procedente del Estado Mérida, de la colección Julio Salas, con deformación que a simple vista había sido

clasificado por los entendidos también como del tipo tabular erecto. Dicho cráneo fue enviado al Museo de Ciencias Naturales, pero, de acuerdo al estudio que le hicieran Requena y Crucent, la deformación parece ser de origen patológico por enfermedad de Cruzón.

Requena⁽²³⁾ expresa que la aparición de ejemplares deformados en las diferentes excavaciones da pie a numerosas hipótesis y controversias. Se identifican algunos procedimientos deformatorios, y el autor destaca que hasta 1943 se tiene a la región de Tacarigua exclusivamente como zona de deformaciones tabulares oblicuas. El mismo autor aborda el tema de los aparatos de deformación craneana artificial en figulinas de cerámica antropomorfa precolombina.

Marcano⁽¹⁸⁾ nos habla de estatuillas procedentes de la región de Tacarigua, e Imbelloni⁽⁹⁾ describe gráficamente estatuillas en las que aparecen aparatos de deformación, tema de fundamental interés si, como dice el autor, los estudios actuales demuestran que cada uno de los tres tipos de deformación (tabular oblicua, tabular erecta y anular) corresponden a tipos de instrumentos bien definidos (tablas libres, cunas y cofias). Ya con anterioridad, Requena⁽²³⁾ concluía que había encontrado tales aditamentos en una serie de piezas, y no vacila en diagnosticar que los mismos son aparatos de deformación craneal del tipo tabular oblicuo propio de la zona de Tacarigua, y que no cabe duda que han sido representados en el 99 % de las figulinas antropomorfas de alfarería.

Comas⁽¹⁵⁾ reseña ampliamente la expedición dirigida en 1906 por Farabee para realizar estudios antropológicos en la región oriental del Perú. Entre los grupos indígenas estudiados figuraban los Canebo y Shipibo, de familia lingüística Pano, establecidos en la región del Ucayali. Los resultados del trabajo fueron publicados en 1922. En la monografía se describe entre las técnicas usadas para la deformación tabular oblicua, como aparato deformador de los Shipibo de la tribu Ucayali, la tablilla anterior de madera con una venda posterior de algodón.

Es importante destacar que Comas, el célebre antropólogo mexicano, fue invitado a visitar la aldea, a fin de conocer el proceso de alfabetización y de saneamiento que se adelantaba entre los indígenas Shipibo y los Cashibo de la Laguna de Yarinocochoa, pudiendo observar entre los niños de los dos poblados Shipibo una clara y manifiesta deformación cefálica intencional. Posteriormente, al visitar el grupo Cashibo, hallaron nuevamente niños “mayorcitos” con huellas de deformación, además de un infante

en brazos de su madre que tenía puesto el aparato deformador. Este caso, hasta donde conocemos, es la única evidencia que confirma que en la época contemporánea, 1954, se continuaba practicando la deformación cefálica intencional entre los Shipibo y Cashibo de la cuenca del Ucayali. El tipo de aparato deformadores el descrito por Imbelloni⁽⁹⁾, quien indica que es el apropiado para provocar la deformación tabular oblicua, una tabla anterior de madera y una venda posterior.

Brites⁽²⁴⁾ estudia las manifestaciones culturales de los grupos que habitaron la cuenca del Lago de Valencia, las renombradas “Venus de Tacarigua”, analizando el contenido significativo de las figulinas antropomorfas del estilo Valencia, provenientes de la cuenca del Lago de Valencia. Los estudios realizados en las figulinas le permiten a la autora concluir que las representaciones son reflejo de la gente que las elaboró. Las deformaciones craneales artificiales observadas en las estatuillas del Lago de Valencia parecen haber sido de los tipos tabulares oblicuo y erecto. En el caso de la deformación tabular oblicua propia de la zona, según reseñan diferentes autores, respondían a la aplicación de tablillas de madera, una delantera y otra posterior, unidas con trenzas o fajas de algodón. La presión con el tiempo producía un efecto estético, evidenciado en los restos óseos y en las figulinas, en las cuales se observa que la compresión efectuada sobre el cráneo afectaba los rasgos de la cara, haciendo los ojos más prominentes y abultados tomando forma de “ojos granos de café”, rasgo típico de las series de Tacarigua.

Niño⁽²⁵⁾ reporta también en una muestra de 100 figulinas antropomorfas provenientes de los Estados Trujillo y Mérida que se encuentran en el Museo Arqueológico de la Universidad de Mérida, la presencia de deformaciones intencionales. Señala el autor, que la deformación en términos porcentuales está presente aproximadamente en el 82 % de la muestra estudiada. La frecuencia de esta práctica hace suponer que es un indicador de prestigio o status social, y no descarta que los mismos se hicieran respondiendo a motivos estéticos.

Bonilla y Morales⁽²⁶⁾, se abocan al estudio de la deformación artificial en las colecciones arqueológicas de Las Matas, Estado Aragua, y Los Cerritos, Estado Carabobo, pertenecientes al Museo de Arqueología e Historia Fundación “Lisandro Alvarado”, Estado Carabobo. Las autoras confirman nuevamente que en una y otra muestra el tipo de deformación más utilizado es el de tablillas libres, a pesar de lo cual

se evidencian casos aislados de cráneos tabulares erectos. En relación al dimorfismo la mayor incidencia del rasgo se da en los cráneos masculinos, y en Las Matas se encontró un mayor porcentaje de cráneos con deformación asociada a entierros directos.

Finalmente podemos señalar algunas consideraciones sobre las conjeturas que plantean los científicos en relación con los efectos anatómicos que la práctica de la plástica cefálica intencional produce en los individuos que han sido sometidos a ella. Algunos autores afirman que los huesos craneales se ven afectados en su espesor, observándose un adelgazamiento y, a veces, una extensión de los parietales se espesa por un proceso inflamatorio. Se puede producir asimetría bilateral del biosólido en todo tipo de deformaciones, aun cuando la misma parece ser propia de los cráneos tabulares erectos. Otros señalan la prematura sinostosis de las suturas, y Gottlieb⁽²⁷⁾ afirma que las deformaciones parecen tener efecto directo en la complejidad sutural, pero esto no está demostrado. Pardal⁽²⁸⁾ acota que “... la deformación no parece reducir las estructuras encefálicas, sino que produce traslación de sus componentes, conservando sus relaciones anatómicas fundamentales...”.

Sobre los efectos patológicos, Dembo e Imbelloni⁽¹⁰⁾ no creen que la reducción del nervio óptico y del hueso etmoides determinen atrofia de los sentidos de la vista y el olfato. Sin embargo, modernos estudios realizados en 85 cráneos deformados en restos mexicanos permiten concluir que hay cambios en la posición, tamaño, profundidad e inclinación de estas entidades faciales, y que los cambios estructurales encontrados pudieron ocasionar estrabismos de dos tipos: convergente y divergente⁽²⁹⁾.

Nos preguntamos qué motivó a los pueblos deformadores a realizar estas prácticas; se estima en casi todos los continentes, aun cuando no parece que tiene para todas las culturas el mismo significado. Es una práctica que se efectúa por igual en uno y otro sexo pero no se aplica a todos los integrantes de la comunidad. No se sabe tampoco con certeza si responden a patrones sociales distintos y a un estatus determinado, o si se relaciona con un linaje o grupo. Pudiera ser un signo de distinción, como plantea Marcano⁽¹⁸⁾.

Pensamos que resulta interesante la proposición de Tiesler Blos⁽³⁰⁾ en el sentido de plantear un acercamiento metodológico basado en la relación de los datos osteológicos, a la luz de la arqueología asociados al contexto funerario. La proposición se

refiere al estudio interdisciplinario para la evaluación cualitativa y cuantitativa de fundamentos teóricos metodológicos propios de la fisiología humana, de la osteometría y de la arqueología.

En este sentido nuevas investigaciones se realizan en series de cráneos deformados de los Valles de Aragua, pertenecientes a los restos de Las Matas, estudios interdisciplinarios en los que convergen la antropología física y la arqueología, con el análisis de la cerámica antropomorfa de la zona, en relación directa con los tipos de enterramientos y los rituales funerarios.

El objeto de este trabajo es establecer la comparación entre una serie de cráneos no deformados y otra de cráneos deformados, extraídos por Peñalver⁽³¹⁾, en los yacimientos de La Pica, Estado Aragua, los que fueron objeto de análisis por parte de Castillo⁽³²⁾ y Arechabaleta⁽³³⁾ respectivamente para determinar cuales de las medidas craneales y faciales se ven más afectadas por la deformación intencional del cráneo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Datos generales de la zona

El estudio se realiza en el sitio denominado La Pica, ubicado en la cuenca del Lago de Valencia, situado a 432 metros sobre el nivel del mar, con una profundidad máxima de 98 metros⁽¹⁸⁾. El sitio de excavación tiene una extensión de 50 hectáreas, y los restos excavados por Peñalver tienen una antigüedad de 1 500 años los más antiguos, y 800 años aproximadamente los más recientes; en su opinión corresponden a dos poblamientos distintos⁽³¹⁾.

En la región norte central de Venezuela se encuentran los fértiles Valles de Aragua a una altura que oscila entre los 400 y 500 metros sobre el nivel del mar, ubicados al oeste del Estado Miranda y al este del Estado Carabobo. La región ofrece, además de sus Valles, el lago llamado hoy Valencia, pero cuyo nombre original era Tacarigua, así llamado por los indígenas que allí tenían su asentamiento⁽²¹⁾. Peeters⁽³⁴⁾ afirma que el nivel del lago ha ido descendiendo desde su nivel máximo, dejando al descubierto restos óseos, objetos de piedra, y gran cantidad de ornamentos, todos verdaderos testimonios de la cultura de los primeros habitantes del Lago de Valencia. Han sido diferentes grupos humanos los que se han situado a lo largo del tiempo en sus orillas, y son clasificados por diversos autores como de filiación lingüística caribe^(35,36).

Población y muestra

El material que se analiza ha sido rescatado por Peñalver ⁽³¹⁾ en excavaciones realizadas en el Estado Aragua. El mismo se encuentra depositado en el Museo de Antropología e Historia del Estado. Se trata de una serie de 211 cráneos pertenecientes a La Pica, montículos 1, 2 y 3, de los cuales 150 son no deformados, habiendo sido estudiados por Castillo ⁽³²⁾ sólo 60 cráneos (39 masculinos y 21 femeninos) por su mejor estado de conservación. Del total de cráneos, 61 presentaron deformación intencional, aproximadamente el 30 %, de los cuales sólo pudieron ser estudiados 30 (20 masculinos y 10 femeninos) ⁽³³⁾.

Metodología

Las medidas craneométricas se tomaron siguiendo la unificación acordada en la Convención Internacional de Mónaco de 1906, y con arreglo a la metodología de Martin ⁽²⁾. Se realizaron, en cada cráneo, 13 medidas, y se calcularon 7 índices, clasificándose con arreglo

a las categorías de Olivier ⁽³⁷⁾. La capacidad craneal fue calculada por método directo utilizando semillas de mijo. Para la toma de las medidas, se utilizaron el compás de espesor (CE) y el compás de corredera (CC), y las mismas fueron realizadas por las autoras. El plano de orientación utilizado fue el de Frankfort, adoptado en 1884, trazado sobre los puntos porion y orbital. Para obtener los perfiles en los cráneos deformados ⁽³³⁾, se recurrió a su trazado en norma sagital izquierda. A continuación se enumeran las medidas tomadas en los cráneos.

En el estudio se hace el análisis morfológico y se reseñan las características que son comunes a los cráneos de ambas series. La asignación del sexo no ha tenido mayores problemas gracias a las características distintivas que presentan. En cuanto a la estimación de la edad se refiere se han presentado mayores dificultades por la ausencia de correlación entre la obliteración de las suturas y algunas características dentales en las series analizadas, lo cual impide asegurar con exactitud la edad de los cráneos. Por ello

Medida	Descripción	Instrumental
Diámetro antero-posterior máximo	Distancia entre la glabella y el punto más saliente del occipital en el plano medio	Compás de espesor
Diámetro transversal máximo	Anchura máxima del cráneo sobre los parietales en el plano horizontal perpendicular al sagital, de uno a otro eurión	Compás de espesor
Diámetro basión-bregma o altura del cráneo	Distancia entre la intersección de las suturas cornal y sagital hasta el puño anterior del foramen mágnum	Compás de espesor
Diámetro frontal mínimo	Distancia tomada entre uno y otro estefanion en el hueso frontal	Compás de espesor
Diámetro bicigomático	Distancia entre los puntos más laterales del arco zigomático, tomado en el plano perpendicular al sagital	Compás de espesor
Diámetro basión-nasion	Distancia entre las suturas internasal y naso-frontal y el borde anterior del foramen magnum	Compás de espesor
Diámetro basión-alveolar	Distancias entre el borde anterior del foramen magnum y el punto antero-inferior en el borde alveolar del maxilar entre los dos incisivos medios	Compás de espesor
Diámetro nasión-alveolar	Distancia entre la sutura internasal y naso-frontal y el borde antero-inferior del borde alveolar del maxilar, entre los dos incisivos medios	Compás de espesor
Altura nasal	Distancia entre las suturas internasal y naso-frontal	Compás de corredera
Anchura de la nariz	Máxima anchura de la apertura piriforme	Compás de corredera
Anchura orbitaria	Distancia entre el dacrion y el ectoconquio	Compás de corredera
Altura de la órbita	Distancia máxima perpendicular a la anchura	Compás de corredera
Capacidad craneal	Se tomó por método directo	Se utilizaron semillas de mijo, leídas en un cilindro graduado en cm ³

Fuente: Comas J. (1966) *Manual de Antropología física. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Sección de Antropología. Serie Antropológica. México. pp710.*

se ha establecido, en relación con esta característica, una clasificación bastante amplia⁽³⁸⁾. Se trata en todos los casos de cráneos adultos, los cuales carecen de mandíbula porque, dada la forma de enterramiento, ninguna de las inventariadas correspondía a los cráneos estudiados. A las series en estudio se les calcularon los siguientes índices⁽³⁷⁾:

Índice	Descripción
Craneal horizontal	$\frac{(\text{Transverso} \times 100)}{\text{longitudinal}}$
Vértico-longitudinal	$\frac{(\text{Basion-bregma} \times 100)}{\text{anteroposterior-máximo}}$
Vértico-transversal	$\frac{(\text{Basion-bregma} \times 100)}{\text{transverso-máximo}}$
Facial superior	$\frac{(\text{Nasion-prostion} \times 100)}{\text{bicigomático}}$
Gnático de Flower	$\frac{(\text{Basion-alveolar} \times 100)}{\text{nasion-basion}}$
Nasal	$\frac{(\text{Anchura} \times 100)}{\text{Altura}}$
Orbital	$\frac{(\text{Altura} \times 100)}{\text{altura}}$

Fuente: Olivier G (1969) Practical Anthropology. Chapter 17: The Skull. Charles C Thomas Publisher. Springfield, Illinois. USA. pp 330.

En el caso de los cráneos deformados se calculó el eje general de la forma para obtener el ángulo de oblicuidad, por el método de Tropinard^(9,39), tomando en consideración que el diámetro máximo de la caja craneana en los cráneos tabulares oblicuos se inclina aproximadamente 120° respecto a la horizontal de Frankfort⁽³³⁾. La clasificación de la deformación se ajustó a la nomenclatura establecida por Imbelloni⁽⁹⁾.

Se aplicó, para cada una de las series, la estadística descriptiva mediante el paquete estadístico SPSS, versión 10.0. Se determinó la prueba “t” de Student para establecer si existen diferencias significativas entre una y otra serie y el coeficiente de variación de Pearson, a fin de conocer cuales medidas presentaban una mayor variabilidad luego de haber sido sometido el cráneo a la compresión del aparato deformador.

Para expresar gráficamente las diferencias entre las dos series, se aplicó el método de Z-score, tomándose como población de referencia la serie de cráneos no deformados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Observaciones morfológicas

Se expone en forma sintética la descripción de algunas características morfológicas de las presentadas en las series analizadas. Todos los cráneos tienen la región del pterion en forma de “H”. Solamente un cráneo no deformado tiene sutura metópica. En los deformados dicha sutura está ausente, aun cuando algunos autores afirman que este carácter se presenta en ellos con frecuencia⁽²⁾. Tanto en los cráneos no deformados como en los deformados el hueso apical está presente en cuatro de los cráneos, y en un deformado este es doble^(32,33).

Un alto porcentaje presentaba abrasión dentaria en diferentes grados, desde muy fuerte, casos en los cuales era difícil detectar algún surco, hasta un ligero desgaste, siendo siempre las piezas más afectadas el primer y segundo molar. Apreciación similar hace Mancera⁽⁴⁰⁾ en su estudio sobre morfología dental de las antiguas poblaciones del Lago de Valencia. Por otra parte, aun cuando no se tienen datos radiológicos que nos permitan hablar de agenesia del tercer molar, Castillo⁽³²⁾ llama la atención sobre cierta incidencia de ausencia del tercer molar en la población de La Pica.

Cráneos no deformados

La distribución porcentual de los cráneos, según la clasificación de los índices craneales y faciales, se presenta en la Tabla 1. En cuanto al índice craneal horizontal, los cráneos no deformados de la Pica son en su mayoría de cabezas redondeadas, con mayor incidencia de la braquicefalia en las mujeres (76 %) que en los hombres (59 %). Casi una tercera parte de los masculinos y una quinta parte de los femeninos son meso-cráneos, y las cabezas alargadas sólo se presentan en muy baja proporción (10 %) en los masculinos. La relación altura-longitud del cráneo nos indica que más de la mitad de las mujeres son de cráneos bajos (55 %), y más de la tercera parte eran de mediana altura (35 %) y cráneos altos sólo un 10 %. Los masculinos son preferentemente de mediana altura (ortocráneos, 55 %), con tendencias

a cráneos bajos (25 % camaecráneos), y una quinta parte de cráneos altos (19,44 %). El índice vértico-transversal señala también una presencia elevada de cráneos bajos en un 70 % de los masculinos y 100 % en los femeninos. Más de la cuarta parte de los masculinos (27 %) presentaron cabezas de mediana altura y una proporción mínima de cráneos altos (2,7 %).

El índice facial nos indica que más de la mitad de los cráneos masculinos eran de rostro medio (54 %), con una proporción igual para rostros alargados y rostros anchos (23 %). Las mujeres eran particularmente de rostros alargados (55 %), con tendencia a rostros medios (36 %) y muy pocos casos de rostro ancho (9 %). El índice nasal nos muestra que los masculinos tenían narices largas y medias en proporciones cercanas (39 % y 37 % respectivamente), y cerca de la cuarta parte de los casos presentaron narices anchas. En las mujeres también hay proporciones cercanas en las categorías, 39 % de narices medias, 33 % de narices anchas y una proporción algo menor de narices alargadas (28 %).

El índice orbitario señala a una proporción elevada de nuestros sujetos como de órbitas altas (49 % los masculinos, y 53 % los femeninos), con tendencias a órbitas medias (43 % y 42 % respectivamente) y muy pocos casos de órbitas bajas. El prognatismo no es muy acentuado en los cráneos no deformados de La Pica, pues del total de ellos el 38 % eran ortognatos y el 34 % eran mesognatos, y sólo el 28 % eran prognatos, siendo la proporción de prognatos algo mayor en las mujeres (32 %) que en los hombres (26 %), en tanto que los masculinos presentaron un porcentaje más elevado de ortognatos (41 %) en contraste al 32 % de ellos en los femeninos. La categoría de mesognatos presentó un 37 % en los femeninos y un 33 % en los masculinos.

La mayoría de los cráneos masculinos eran de pequeña capacidad (91 %), con un bajo porcentaje de microcéfalos (5,88 %) y de mediana capacidad (2,94 %). En cuanto a los femeninos, más de la mitad eran microcéfalos (58 %) y de pequeña capacidad (42,85 %).

Cráneos deformados

Los cráneos masculinos son, en promedio, mayores que los femeninos en cuanto al diámetro antero-posterior se refiere, y son también más anchos que los femeninos. Estos últimos son más bajos que los masculinos, pero la diferencia en promedio es menor

que en las medidas anteriores. La medida basal del cráneo es algo mayor en promedio en los cráneos masculinos. La anchura facial es la medida que más diferencia presenta entre los promedios de uno y otro sexo, siendo la cara considerablemente más ancha en los varones que en las hembras.

En relación con el diámetro basio-alveolar se observa un promedio mayor para los cráneos masculinos, siendo la distancia entre uno y otro punto menor en los cráneos femeninos; la base craneal es también más corta en ellas. En cuanto al nasio-alveolar, aun cuando es también mayor el diámetro en los cráneos masculinos que en los femeninos, la diferencia es menor que en el caso anterior, siendo la altura facial más corta en promedio en los cráneos femeninos. El frontal no presenta diferencias entre uno y otro sexo, pero debemos destacar que en la mayoría de los cráneos es el hueso que más alteración presenta, en cuanto a su forma natural se refiere.

En relación con la altura y anchura nasal, tienen mayor altura nasal los varones y, en cuanto a la anchura, aun cuando es también mayor en ellos, las diferencias son menores entre unos y otras. Con respecto a la anchura y la altura de las órbitas, son más anchas en los varones, pero no existen diferencias en promedios en cuanto a la altura se refiere. Los cráneos son de pequeña capacidad, y esta es menor en los cráneos femeninos, lo cual es característico de nuestra población indígena.

En cuanto a la morfología craneal se refiere, se trata de cráneos con deformación artificial. El número de cráneos deformados es menor que la de los cráneos que no presentan deformación, y el número de cráneos femeninos es menor que el de los masculinos. Pertenecen todos al mismo tipo de deformación tabular oblicua, según el criterio tipológico establecido por Imbelloni ⁽⁹⁾, y como afirma Marcano ⁽¹⁸⁾, la deformación es siempre la misma aun cuando se presenta con diferentes grados, tabular-oblicua, típica de la costa Caribe según los tres centros de deformación craneal propuesta por Stewart ⁽¹⁶⁾.

De los 30 cráneos deformados de la serie analizada, el cálculo del eje general de la forma da como resultado que la inclinación de todos ellos es mayor de 120 grados con respecto a la horizontal de Frankfort, y los grados de compresión varían según la intensidad con que fue aplicado el aparato deformador. Los valores del ángulo de oblicuidad van desde 139°, como límite mínimo, hasta 153°, como valor máximo⁽³³⁾.

En el caso de nuestra serie, el tipo de deformación

es claramente observable y la clasificación utilizada se ajusta perfectamente a nuestros cráneos. Es el frontal el hueso más deformado, posiblemente por ser ésta la parte donde se aplicaba la mayor presión, y el occipital no presenta alteraciones de forma. Suponemos, como afirma Marcano, que el cráneo se desarrolla libremente en la parte posterior.

Se concluye que la deformación afecta profundamente a la zona frontal y que, en tanto unos diámetros se encuentran aumentados, otros están disminuidos^(41,42). Esto evidencia que la capacidad craneal no está afectada por la deformación. Requena⁽²³⁾ afirma que la acción deformadora altera la morfología craneal en el sentido de reducir el diámetro antero-posterior, aumentando el transverso, y no parece tener acción sobre el volumen craneal.

A partir de las medidas se han calculado los índices correspondientes al biosólido y la zona facial, lo cual nos da la relación entre dos medidas absolutas y, como reseña Comas⁽²⁾, estos tienen un valor diferencial entre poblaciones (Tabla 1). En relación al índice craneal horizontal, tanto los cráneos masculinos como los femeninos en su totalidad, tienden a la braquicefalización. El índice vértico-longitudinal clasificó como de cabezas medias a un 60 % de los cráneos, 14 % como bajas y un 25 % como cabezas altas. En cuanto a la norma posterior los cráneos deformados son en un 100 % de cabezas bajas.

La altura de la cara los clasifica en un 50 % como de caras medias, y en el otro 50 % son de caras anchas. El prognatismo es medio en un 58 %, el 25 % no presentan prognatismo y sólo el 16 % son prognatos. El índice nasal es medio en el 54 % de los cráneos, un 30 % presenta nariz ancha y tan sólo el 15 % tiene nariz estrecha. La órbita es mayoritariamente alta en un 66 %, media en el 30 % y sólo el 3 % de los cráneos tienen las órbitas bajas.

Finalmente la capacidad craneal clasifica al 100 % de los cráneos como de pequeña capacidad, y, aun cuando un 25 % de ellos son microcéfalos, están ubicados dentro de los parámetros normales de población. Considerando que todos nuestros indígenas tienen la cabeza pequeña, Comas⁽⁴³⁾ afirma que la capacidad craneal está influida por la talla, aun cuando no se han establecido correlaciones exactas en este sentido. Nuestra población presenta también medias de talla que han sido clasificadas por diferentes autores como de estatura pequeña y muy pequeña⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Comparación de los cráneos no deformados con los deformados

En relación al índice craneal horizontal, el total de los cráneos deformados era de cabezas anchas, ya que todos fueron clasificados en las categorías de braquicráneo, ultrabraquicráneo e hiperbraquicráneo, en proporciones semejantes, tanto los cráneos masculinos como los femeninos. Una tercera parte de los cráneos no deformados se ubicaban en las mismas categorías que las de los deformados, es decir en la de cabezas anchas, una cuarta parte de ellos eran de cabezas medias y la presencia de cabezas anchas es mayor en los femeninos que en los masculinos. Podríamos inferir que, dado que el diámetro que se ve más afectado por la deformación es el transverso máximo, usualmente incrementado, ello pudiera influir en que en los deformados no aparezcan cráneos medios⁽⁸⁾.

La relación entre la altura y la longitud, reflejada por el índice vértico-longitudinal, señala a los cráneos deformados como cráneos medios en su mayoría, acentuándose la proporción en los femeninos (56 % y 70 % respectivamente), más de la quinta parte de cráneos altos (22 %) en los masculinos y cerca de un tercio de los femeninos (30 %). Los cráneos bajos se presentan en una proporción menor, y sólo en los masculinos (22 %). Más de la mitad de los cráneos masculinos no deformados son de altura mediana (55 %), con tendencia a cráneos bajos (25 %), y una baja proporción de cráneos altos (19 %), en tanto que las mujeres son preferentemente de cráneos bajos (56 %), con tendencia a cráneos de mediana altura (35 %) y muy pocos cráneos altos. Podríamos pensar que la modificación de la longitud craneal en los deformados pudiera influir en la proporción de cráneos altos que se presentan en ellos. El índice vértico-transversal unifica a los cráneos deformados y no deformados dentro de la categoría de cráneos bajos. Sólo en los masculinos no deformados encontramos cerca de la tercera parte de cráneos de mediana altura.

El índice facial superior nos indica que la mitad de los cráneos deformados son de rostro medio, un porcentaje alto de caras ancha y muy ancha (28,6 % y 21,4 % respectivamente), en tanto que los no deformados presentan una proporción semejante de rostros medios (49 %), pero con una incidencia de caras angostas de 32 %. En los femeninos se dan en mayor proporción los sujetos de rostro alargado (54 %) que en los hombres (23,1 %). Los cráneos deformados son en una alta proporción mesognatos

Tabla 1

Distribución porcentual de los cráneos indígenas deformados y no deformados de acuerdo a la clasificación de los índices craneales y faciales. La Pica, Estado Aragua

		Deformados			No deformados		
		Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Craneal horizontal	Ultradolicocráneo	-	-	-	-	-	-
	Hiperdolicocráneo	-	-	-	2,6	-	1,66
	Dolicocráneo	-	-	-	7,7	-	5,00
	Mesocráneo	-	-	-	30,8	19,04	26,66
	Braquicráneo	10,52	10,00	10,34	25,6	66,66	40,00
	Hiperbraquicráneo	52,63	50,00	51,72	28,2	9,52	21,66
	Ultraquicráneo	36,84	40,00	37,93	5,1	4,76	5,00
Vértico longitudinal	Camaecráneo	22,22	-	14,28	25,0	55,55	37,71
	Ortocráneo	55,55	70,00	60,71	55,6	35,00	48,21
	Hipsicráneo	22,22	30,00	25,00	19,4	10,00	16,07
Vértico transversal	Tapeinocráneo	100,00	100,00	100,00	69,4	100,00	80,35
	Metriocráneo	-	-	-	27,8	-	18,75
	Acrocráneo	-	-	-	2,8	-	1,78
Facial superior	Hipereuriano	30,00	25,00	28,57	-	-	-
	Euriano	20,00	25,00	21,42	23,1	9,09	18,91
	Meseno	50,00	50,00	50,00	53,8	36,36	48,64
	Lepteno	-	-	-	23,1	54,54	32,43
	Hiperlepteno	-	-	-	-	-	-
Gnático de Flower	Ortognato	26,66	22,22	25,00	41,0	31,57	37,93
	Mesognato	60,00	55,55	58,33	33,33	36,84	34,48
	Prognato	13,33	22,22	16,66	25,64	31,57	27,58
Nasal	Leptorrino	16,66	12,50	15,38	39,47	27,77	35,71
	Mesorrino	44,44	75,00	53,84	36,84	38,88	37,50
	Platirrino	27,77	12,50	23,07	23,68	33,33	26,78
	Hiperplatirrino	11,11	-	7,69	-	-	-
Orbital	Camaeconco	5,00	-	3,33	8,1	5,26	7,14
	Mesoconco	35,00	20,00	30,00	43,24	42,10	42,85
	Hipsiconco	60,00	80,00	66,66	48,64	52,63	50,00
	Microcéfalos	17,64	40,00	25,92	5,88	57,14	20,83
Capacidad craneal	Pequeña capacidad	82,35	60,00	74,07	91,17	42,85	77,08
	Mediana capacidad	-	-	-	2,94	-	2,08
	Gran capacidad	-	-	-	-	-	-
	Macrocéfalos	-	-	-	-	-	-

Fuentes: Castillo H (1979). Cráneos no deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV. Arechabaleta G (1979). Cráneos deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV.

(58 %), seguidos por los ortognatos (25 %) y pocos prognatos (17 %). En los no deformados la distribución es más equilibrada: 38 % son ortognatos, 34 % mesognatos y 32 % prognatos.

Más de la mitad de los cráneos deformados son de narices medias (54 %), con cerca de una cuarta parte

de narices anchas y un 15 % de narices alargadas. En los no deformados las proporciones están más equilibradas: 37,5 % de narices medias, 35,7 % de narices alargadas y 26,7 % de narices anchas. Las órbitas de los cráneos deformados son altas en su mayoría, con tendencia a órbitas medias (66,6 % y 30 % respectivamente); y en los no deformados

encontramos porcentajes parecidos (50 % y 42,9 % respectivamente). Tanto los cráneos deformados como los no deformados son de pequeña capacidad con altos porcentajes de microcefalia (Tabla 1).

Al establecer las comparaciones entre uno y otro sexo, observamos que los diámetros que más variabilidad presentan en la craneología no deformada en el sexo masculino afectan a la zona facial. Son la anchura, altura de la cara y anchura nasal. En relación al cráneo, la capacidad craneal y la base del cráneo. En los ejemplares femeninos, en cuanto a la cara, se presentan la anchura de la nariz y de la órbita, como las medidas más variables y, en el cráneo, la base craneal, como en los cráneos masculinos.

En cuanto a los cráneos deformados masculinos, en la zona facial, la altura de la cara y la anchura nasal parecen ser las más variables, y, como en los cráneos no deformados, la capacidad craneal. Los cráneos femeninos deformados presentan, como medidas más variables en la zona facial, la anchura y la altura de la cara, así como la altura y anchura nasal y la anchura y altura orbitaria (Tabla 2).

La "t" de Student calculada como test de significación, a fin de establecer las diferencias existentes entre una y otra serie y por sexo, establece que, en los cráneos masculinos, la longitud antero posterior ($t=3,097$, $P<0,05$), la anchura ($t=5,234$, $P<0,0001$), y la altura facial morfológica ($t=-2,320$, $P<0,005$), la anchura ($t=2,964$, $P<0,005$) y altura

de la órbita ($t=2,402$, $P<0,05$) son estadísticamente significativas. En el caso de los cráneos femeninos, las variables que presentaron diferencias significativas son también la longitud máxima del cráneo ($t=2,284$, $P<0,05$), la anchura máxima del cráneo ($t=4,758$, $P<0,0001$) y finalmente la altura orbitaria en la zona facial ($t=2,110$, $P<0,05$), (Tabla 3).

En la Figura 1 podemos constatar que el diámetro que mayor diferencia tiene en las dos series es el transversal máximo, viéndose aumentado por efecto de la deformación hasta alcanzar +1,5 desviaciones estándar en los masculinos, y sobrepasando las + 2 desviaciones estándar en los femeninos.

La longitud del cráneo también se ve afectada, acortándose en este caso, pero no llega a -1 desviaciones estándar en los cráneos de uno y otro sexo. Las otras medidas que se ven aumentadas son la anchura de la cara de masculinos y femeninos, y la altura de la órbita, también de ambos sexos, y la anchura de la órbita sólo en los femeninos, pero en ninguno de los casos alcanza la +1 desviación estándar.

Los diámetros que se ven disminuidos en los deformados, aparte de la longitud máxima ya mencionada, son la altura facial morfológica (diámetro nasio-alveolar) y la altura y la anchura de la órbita de los femeninos, pero, no llegan a traspasar al límite de -5 desviaciones estándar.

Tabla 2

Coeficiente de variación de Pearson por sexo. Cráneos no deformados y deformados. La Pica, Estado Aragua

	No deformados		Deformados	
	Masculino	Femeninos	Masculinos	Femeninos
Diámetro antero posterior máximo	3,64	3,06	3,72	2,57
Diámetro transversal máximo	4,10	2,63	3,21	3,65
Diámetro basio bregma	5,23	4,73	4,85	4,08
Diámetro frontal mínimo	4,40	3,76	5,07	5,20
Diámetro bicigomático	6,09	5,37	4,36	6,50
Diámetro basio nasio	6,80	9,21	4,44	4,96
Diámetro basio alveolar	5,30	4,22	4,48	5,44
Diámetro nasio alveolar	6,99	5,44	8,77	8,68
Altura nasal	5,05	5,11	6,88	8,31
Anchura nasal	6,08	6,66	11,50	7,04
Anchura orbital	4,49	6,90	4,44	6,60
Altura orbital	5,84	5,20	4,82	5,81
Capacidad craneal	6,65	5,61	6,25	5,05

Fuente: Castillo H (1979): Cráneos no deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV. Arechabaleta G (1979): Cráneos deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV.

Tabla 3

Prueba t de Student por sexo. Cráneos deformados y no deformados. La Pica, Estado Aragua

	Masculino			t	Femenino	
	T	gl	Sig. (bilateral)		gl	Sig. (bilateral)
Diámetro anteroposterior máximo	-3,097	57	0,003*	-2,284	29	0,030*
Diámetro transverso máximo	5,234	56	0,000**	4,738	29	0,000**
Diámetro Basio Bregma	-1,352	52	0,182	0,490	28	0,628
Diámetro Nasio Alveolar	-2,320	52	0,024*	-1,171	28	0,251
Diámetro bicigomático	1,976	36	0,0056	1,070	12	0,306
Diámetro Basio Nasio	-0,951	52	0,346	-0,609	28	0,547
Diámetro Basio Alveolar	-1,406	48	0,166	-0,536	27	0,596
Diámetro frontal mínimo	-0,756	57	0,453	0,931	29	0,359
Altura nasal	-0,964	54	0,339	-1,310	27	0,201
Anchura nasal	0,818	54	0,417	-1,464	26	0,155
Anchura orbital	2,964	56	0,004*	-0,119	27	0,906
Altura orbital	2,402	56	0,020*	2,110	28	0,044*
Capacidad craneal	0,018	46	0,985	0,467	22	0,645

*P< 0,05

**P< 0,001

Fuentes: Castillo H (1979): Cráneos no deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV.
 Arechabaleta G (1979): Cráneos deformados de la Pica. Revista Economía y Ciencias Sociales. FACES-UCV.

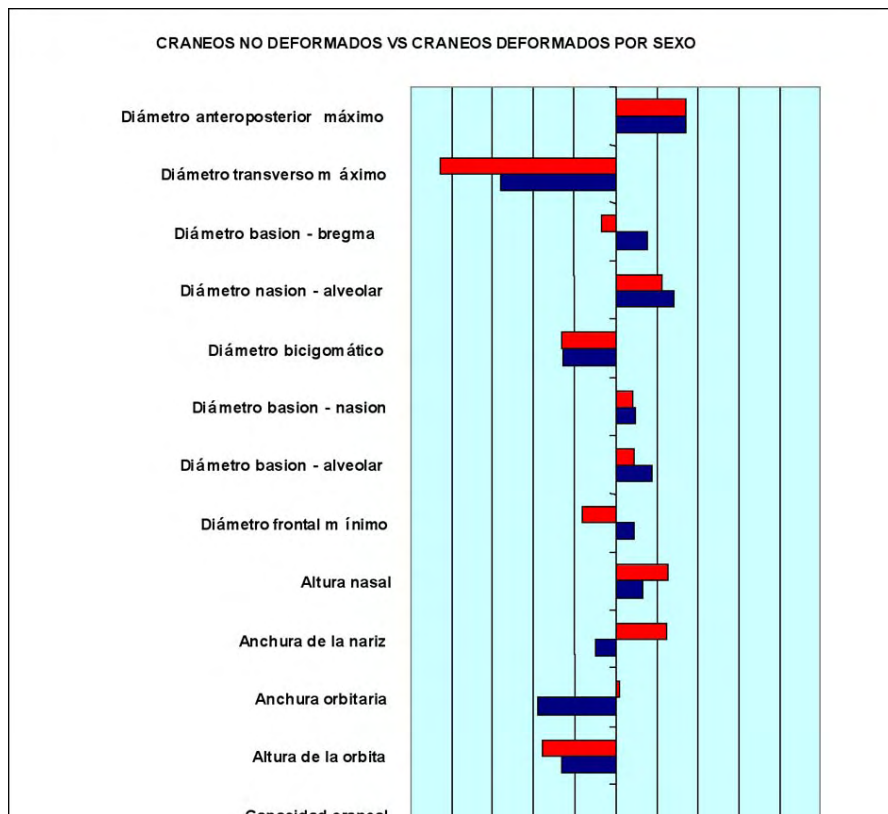


Figura 1. Cráneos no deformados vs cráneos deformados por sexo.



Figura 2. Figura femenina. Arcilla modelada, decoración incisa. Altura 34,5 cm. Museo de Ciencias Naturales. Caracas.



Figura 3. Figura femenina. Arcilla modelada e incisa. Altura 23 cm. Instituto de Antropología e Historia de los Estados Carabobo y Aragua. Museo de Valencia.

CONCLUSIONES

Se observa, al comparar las series, que las medidas que más diferencias presentan en el biosólido son la longitud y anchura máxima del cráneo.

Tanto los cráneos de una y otra serie fueron clasificados preferentemente como braquicráneos (anchos), acentuándose esta característica en los deformados, posiblemente por el aumento del diámetro transversal.

El frontal es el hueso que mayor alteración acusa por efecto del tipo de deformación, que en todos los casos es la misma, tabular-oblicua.

De los 30 cráneos deformados de la serie analizada, el cálculo del eje general de la forma da como resultado que la inclinación de todos ellos es mayor de 120 grados con respecto a la horizontal de Frankfort, y los grados de compresión varían según la intensidad con que fue aplicado el aparato deformador.

Los valores del ángulo de oblicuidad van desde 139°, como límite mínimo, hasta 153°, como

valor máximo. En el caso de nuestra serie, el tipo de deformación es claramente observable y la clasificación utilizada se ajusta perfectamente a nuestros cráneos.

El occipital no presentó una modificación muy acentuada, pues la compresión posterior en ningún caso produjo alteración de su anatomía.

Tanto los cráneos no deformados como los deformados eran de pequeña capacidad, con tendencia a la microcefalia.

El aparato deformador utilizado en la plástica intencional fue el de tablas libres, tal y como aparecen reflejados en las figulinas antropomorfas de la zona de Tacarigua.

La estimación del Z-score ratifica las conclusiones a que llegamos con el cálculo de la "t" de Student y el coeficiente de variación de Pearson. Las medidas más afectadas por efecto de la compresión del cráneo son el diámetro antero-posterior, el diámetro transversal máximo, anchura de la cara, la altura de la órbita, la anchura de la órbita y la altura facial morfológica.

Agradecimientos

Las autoras desean expresar su agradecimiento a la Dirección del Museo de Antropología e Historia de los Estados Aragua y Carabobo, Fundación Lisandro Alvarado, en la persona de su directora Mary Yamilet Bonilla.

REFERENCIAS

- Oettinger B. Human Craniology. A Somatomorphological Interpretation of the Human Cranium. Columbia University. New York, 1957.
- Comas J. Manual de Antropología Física. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Sección de Antropología. Serie antropológica. México. 710, 1966.
- Delattre A, Fenar R. Tentativa de Definición del Género Humano. El Cráneo Humano. En Definición del Género Humano. Departamento de Investigaciones Antropológicas. INAH. México. 1968:15-33.
- Heintz N. Tentativa de definición del género Homo de acuerdo con las características biométricas del cráneo. En Definición del Género Humano. Departamento de Investigaciones Antropológicas. INAH. México. 1968:37-54.
- Le Gross Clark W. The Antecedents of Man. Edinburgh, University Press. 1959:374.
- Mayr E. Taxonomic Categories in Fossil Hominids. Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology. 1950;15:109-117.
- Castillo H. Craneología Indígena de Venezuela: En Estudios de Antropología Biológica. Universidad Autónoma de México –UNAM– México, 1982.
- Stewart TD, Newman TM. Skeletal Remains of South American Indian Anthropometry of South American Skeletal Remains. Handbook of South American Indians. 1963;VI(2):19-41.
- Imbelloni J. Formas, estéticas y metódicas de las deformaciones cefálicas intencionales. Revista del Instituto de Antropología de la Universidad de Tucuman, Argentina. 1938;1(1):5-57.
- Dembo A, Imbelloni J. Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico. Biblioteca del Americanista Moderno. Buenos Aires. 1938:348.
- De las Casas B. Arqueología, Historia, Seminario (siglo XVI): 1967;1:179.
- Falkenburger F. Recherches Anthropologiques sur la Deformations Artificielles du Crane. Journal de la Societé des Americanistes. 1938;XXX:1-69.
- Tiesler Blos V. La deformación cefálica intencional entre los Mayas prehispánicos: aspectos morfológicos y culturales. Tesis de Maestría de Arqueología. División de Postgrado. Escuela Nacional de Arqueología e Historia. México, 1994:159.
- Romano A. Dental mutilation, trepanation, and craneal deformation. Handbook of Middle American Indians, Robert Wanhope Physical Anthropology. University of Texas. Press Austin. 1970;9:50-56.
- Comas J. La deformación cefálica intencional en la región del Uyacali. Perú. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Colección Maldonado Koerdell. 1958:110-119.
- Stewart TD. Deformity, Trephining and Mutilation on South American Indian Skeletal Remains. En: Stewart J, editor. Handbook of South American Indians. Physical Anthropology, Linguistics and Cultural Geography of South American Indians. 1963.p.65-67.
- Alvarado L. *Datos Etnográficos de Venezuela*. Biblioteca Venezolana de Cultura. Colección “Viajes y Naturaleza”. Caracas. Venezuela. 1945:118-127.
- Marcano G. Etnografía Precolombina de Venezuela. Instituto de Antropología e Historia. Facultad de Humanidades y Educación. UCV. Caracas, 1971:366.
- López Ramírez T. Investigación etnográfica. Instituto Caribe de Antropología y Sociología. Tomo I. Sociedad Interamericana de Antropología y Geografía. Caracas, Venezuela, 1945.
- Jhan A. Los deformados de los aborígenes de los Valles de Aragua. Observaciones Antropológicas. Boletín de la Sociedad Venezolana de Ciencias Naturales. Caracas, 1932;8:296-308.
- Cruxent JM. Descubrimiento del primer cráneo con deformación intencional tabular-erecta en la zona del Tacarigua. Aragua. Venezuela. Boletín de la Sociedad Venezolana de Ciencias Naturales. Octubre – Diciembre. 1946;69:335-361.
- Dopouy W. Un cráneo con extraordinaria deformación artificial. Actas Encuestas. 1943;1(1):264-265.
- Requena A. Figuración en Alfarería Antropomorfa Precolombina Venezolana de aparatos de deformación craneana artificial e intencional. Acta Venezolana. Tomo II. Caracas. Venezuela, 1947;174:24-35.
- Brites N. Estudio Preliminar: Aproximación Interpretativa al Contexto de Elaboración de Las Venus de Tacarigua. Boletín Antropológico. 1994;31:39-51.
- Niño A. Patologías y deformaciones intencionales en representaciones plásticas prehispánicas de la Cordillera de Los Andes. Boletín Arqueológico N° 36 Enero–Abril. Centro de Investigaciones Etnológicas – Museo Arqueológico. Universidad de Los Andes. Mérida. 1996:37-48.
- Bonilla Y, Morales M. Deformación craneal y artificial en la Cuenca del Lago de Valencia. Fundación “Lisandro Alvarado”. Museos de Antropología Estado Aragua y Carabobo. Departamento de Antropología Física. Ponencia presentada en el Encuentro Nacional de Arqueólogos: El Nuevo Milenio y la Arqueología Venezolana. Mérida de 06 al 08 de octubre. Mérida. 1999:14.
- Gottlieb K. Artificial cranial deformation and the increased complexity of the Lambdoid Suture. Am J Physical Anthropol. 1978;48:213-214.
- Pardal R. La deformación intencional del cráneo por los indios de América. Actas Cuba. 1938;3:67-81.

CRANEOLOGÍA INDÍGENA DE VENEZUELA

29. Bautista-Martínez J, Limón-Brown E, Brown, L.A. La deformación craneana intencional y algunas alteraciones oculares. En: Varela TA, editor. Investigaciones en biodiversidad humana. Facultad de Biología. Universidad de Santiago de Compostela (España). Sociedad Española de Antropología Biológica. 2000.p.183-189.
30. Tiesler Blos V. La deformación cefálica intencional entre los Mayas prehispánicos: Una propuesta metodológica para su interpretación social. *Trace Archeology. Travaux et Recherches dans les Ameriques du centre.* México. 1994b;25:34-41.
31. Peñalver H. La Pica, informe preliminar. Instituto de Antropología e Historia del Estado Aragua. *Boletín.* 2: 2, 1967.
32. Castillo H. Cráneos no deformados de La Pica. *Revista de Economía y Ciencias Sociales Tercera Época.* Año XVIII. UCV. 1979:8-28.
33. Arechabaleta G. Cráneos deformados de La Pica. *Revista de Economía y Ciencias Sociales Tercera Época.* Año XVIII. UCV. 1979:29-55.
34. Precters. Origen y Evolución de la Cuenca del Lago de Valencia. Instituto para la Conservación del Lago de Valencia. 1968:66.
35. Mc Quown N. The Indigenous Languages of Latin America. *American Anthropologist.* 1955;57(3):501-570.
36. Greenberg J. Tentative Linguistic Classification of Central and South America. (MS. Paper presented to the international Congress of Americanists, Philadelphia, 1956). Cf. Stewardt and Faron. *Native Peoples of South America.* McGraw-Hill Book Company Inc. New York – Toronto. London, 1956.
37. Olivier J. *Practical Anthropology.* Charles C Thomas, Publisher. Springfield. Illinois. EE.UU. 1969:330.
38. Genovés A. Introducción al diagnóstico de la edad y del sexo en restos óseos prehispánicos. Universidad Autónoma de México. *Primera Serie.* 1962;6/137:65.
39. Herrera Fritot R. Craneotrigonometría. Estudio Práctico de Geometría Craneana. Dpto. de Antropología. Comisión Nacional de la Academia de Ciencias de la República de Cuba. 1964:137.
40. Mancera A. Evaluación odonto-métrica y morfológica de la dentición de los antiguos habitantes del Lago de Valencia. *Revista de Economía y Ciencias Sociales.* 1979;XVIII(4):56-88.
41. Rodríguez JV. Los Chibchas. Adaptación y diversidad en los Andes Centrales de Colombia. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. 2001:342.
42. Mendoça O, Silvia J, Valdano G, Cocilovo JA. Evaluación del dimorfismo sexual y de la deformación artificial de una muestra craneana del borde oriental de la Puna Sureña. *Revista Internacional de Biología de Poblaciones. Antropología Biológica.* 1994;2(1).
43. Comas J, Marquer P. Cráneos deformados de la Isla de Sacrificios. Veracruz. México. Instituto de Investigaciones Históricas. Cuadernos: serie antropológica. N° 23. UNAM. México. 1969:47.
44. Díaz Ungría A, Castillo H. Antropología física de los indios Irapa. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias económicas y Sociales. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Caracas. 1971:192.
45. Oyalbis J. Evaluación nutricional antropométrica en Comunidades Guahibo (Hiwi) y Piaroa (Wotuha) del Amazonas Venezolano. En: Perera MA, editor. *Salud y Ambiente. Contribuciones al Conocimiento de la Antropología Médica y Ecología Cultural en Venezuela.* Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. 1997.p.129-149.
46. Arechabaleta G, Castillo H, Oyalbis J, Herrera H. Crecimiento y Desarrollo en una Población Indígena de Venezuela. *Revista Española de Antropología Biológica.* 1999;20:85-104.

ANDRÉS VESALIO Y LEONARDO DA VINCI, DOS ARTISTAS VIENDO AL HOMBRE DURANTE EL RENACIMIENTO

Dr. Daniel Sánchez Silva

RESUMEN

El Renacimiento fue el período de la historia de la humanidad en el cual hubo un despertar de las ciencias y las artes, dormidas durante la Edad Media. La anatomía fue una de esas ciencias, cuya práctica estuvo prohibida durante más de mil años. Leonardo Da Vinci y Andrés Vesalio fueron dos anatomistas que desafiaron esa prohibición, durante el Renacimiento. Da Vinci, como artista inventor y sabio realizó profundos estudios de anatomía. Vesalio cambió la anatomía para siempre e inauguró una nueva era para la medicina.

Palabras clave: Andrés Vesalio, Leonardo Da Vinci, Renacimiento, Anatomía, Galeno.

ABSTRACT

The Renaissance was the period of the history of the humanity, in which there was a wake up of sciences and arts, sleepy during the Average Age. The Anatomy was one science, whose practical it was prohibited for more than thousand years. Leonardo Da Vinci and Andrés Vesalio were two anatomists who defied that prohibition, during the Renaissance. Da Vinci, artist, inventor and wise made deep studies of Anatomy. Vesalio changed the Anatomy for always and inaugurated a new one was for the Medicine.

Key words: Andrea Vesalius, Leonardo da Vinci, Renaissance, Anatomy, Galeno.

El Renacimiento

Cuando hablamos del Renacimiento, nos surgen una serie de ideas relacionadas con el fin de la Edad Media y el renacer de las artes, la literatura y las ciencias. Es difícil, como todos los períodos de la historia; ponerle una fecha exacta de comienzo o de finalización, porque diversos acontecimientos en diferentes períodos y regiones marcaron su principio y su final. El artista y escritor italiano Giorgio Vasari fue uno de los primeros autores en utilizar este término en su obra “*Vidas de pintores, escultores y*

arquitectos famosos” publicada en 1570; pero hasta el siglo XIX este concepto no recibió una amplia interpretación histórico-artística. Sin embargo, Vasari había formulado una idea determinante, el retorno del arte antiguo, presuponía una marcada conciencia histórica individual, fenómeno completamente nueva en la actitud espiritual del artista⁽¹⁾. La palabra renacimiento fue inventada a mediados del siglo XIX por el historiador francés Jules Michelet (1798-1874) para aludir una época de esplendor, en la que el ser

humano redescubre su entorno y a sí mismo (2). Jacob Burckhardt popularizó esta palabra, cuando en 1860 publicó su gran obra “*El Renacimiento en Italia*” (3). El término resultó de utilidad para designar la transición de la Edad Media a la Edad Moderna, en la Europa de la cristiandad. Aunque hay que acotar que históricamente nos referiremos a Renacimiento en la Europa cristiana, que había caído en un largo letargo durante la Edad Media, no así el sur de Europa y norte de África, dominadas por los árabes, quienes durante este período siguieron desarrollando las ciencias y las artes.

De tal manera que tenemos distintas fechas de entrada al renacimiento. Por ejemplo, España entra en la Edad Moderna en 1492, cuando se concluyó la reconquista de Granada, con la expulsión de musulmanes y judíos y Cristóbal Colon descubre el Nuevo Mundo, bajo las órdenes de los Reyes Católicos Isabel y Fernando. Inglaterra entra en el Renacimiento en 1485, año en que fue asesinado en Bosworth, el último rey de la dinastía Plantagenet, Ricardo III y la dinastía Tudor asume el poder, en la persona de Enrique VII. Francia e Italia toman el mismo punto de referencia, la invasión de Italia por el rey francés Carlos VIII en 1494. Alemania lo inicia en 1519, al unificar Carlos V el trono del Sacro Imperio Romano Germánico con el de España y las Indias⁽⁴⁾.

Debemos coincidir entonces que el Renacimiento fue un período en el cual el hombre se plantea volver a los clásicos, en cuanto a humanismo, literatura y filosofía, dormidas durante la Edad Media. Además, el hombre se permite redescubrirse en los umbrales de la modernidad. Con el Renacimiento, el hombre centra toda su actividad, en sí mismo; es decir: después del aletargamiento medieval, el hombre piensa ahora con una libertad de espíritu, que le conducirá a la libertad de pensamiento, el culto a la vida y el amor a la naturaleza. Además el Renacimiento estableció como fuentes de inspiración el equilibrio y la serenidad. Pero lo más característico de esta época es la separación entre lo civil y lo religioso.

La medicina durante el Renacimiento

Como ya se ha señalado el Renacimiento es una mirada de nuevo a los clásicos y al hombre, por lo tanto la medicina no escapó de este movimiento. Al precepto cristiano según el cual, la enfermedad representa el castigo de las graves culpas, se sustituye la idea griega de que “no es sino una armonía perturbada, que la naturaleza está encargada de curar”, derivada del concepto hedonístico de la vida. El principio según el

cual, la muerte es percibida con horror o con resignada indiferencia, es vencido por el renacido deseo de la vida y del placer. El sentimiento por el que se consideraba sacrílego ocuparse de cadáveres y estos eran tenidos por impuros y abominables; cede lugar a un pensamiento nuevo y antiguo a un tiempo, el de que solo con el estudio directo e inmediato del cuerpo humano se puede reconocer la perfecta belleza, que nadie puede ser artista, sin estudiar el cuerpo humano y por tanto, no es digno de representarlo, quién no le haya dedicado atención férvida y diligente⁽⁵⁾.

En medicina, el Renacimiento es la época del pensamiento anatómico, de la anatomía, la cirugía y la anatomía patológica. La disección de cadáveres humanos se practicaba ocasionalmente en los siglos XIII y XIV, con fines médico-legales o de estudio por algunos artistas italianos. En ese período destaca la obra del profesor boloñés Mondino de Luzzi, “*Anatomía*”, completada en 1316. Buena parte de sus disecciones fueron pericias médico-legales. Su *Anathomia* está enmarcada en autores árabes⁽⁶⁾.

Mondino de Luzzi (1270-1326) publicó en 1316 uno de los primeros textos de anatomía humana, que hacen referencia a disecciones realizadas por el autor, todavía basado principalmente en textos árabes. Su libro no tiene ilustraciones, la nomenclatura es compleja, utiliza muchos nombres orientales y la calidad de sus descripciones es muy variable. De todos modos, Mondino representa el primer paso de la revolución anatómica, que tardó dos siglos en dar el siguiente. En ese lapso la Anatomía siguió siendo italiana, sobre todo porque el papa Sixto IV, que había sido estudiante en Bolonia y Pádua, autorizó en el siglo XV la disección de cadáveres humanos, condicionada al permiso de las autoridades eclesiásticas, lo que fue confirmado por Clemente VII en el siglo XVI. En la Universidad de Bolonia las disecciones anatómicas fueron reconocidas oficialmente en 1405 y lo mismo ocurrió en la Universidad de Padua en 1429. Montpellier se les había adelantado, pues las disecciones públicas se aceptaron en 1377, mientras que en París no se instituyeron sino hasta 1478⁽⁷⁾.

LEONARDO DA VINCI

Da Vinci es uno de los grandes maestros del Renacimiento, famoso como pintor, escultor, arquitecto, ingeniero y científico. Su profundo amor por el conocimiento y la investigación fueron la clave de su obra. Sus innovaciones en el campo de la pintura determinaron la evolución del arte italiano durante más de un siglo después de su muerte. Sus

investigaciones científicas, sobre todo en las áreas de anatomía, óptica e hidráulica, anticiparon muchos de los avances de la ciencia moderna.

Leonardo di Ser Piero da Vinci nació el 15 de abril de 1452 en una casa de Anchiano, a tres kilómetros del pueblo toscano de Vinci, siendo hijo natural e ilegítimo de Ser Piero da Vinci, un prominente notario florentino. Fue criado en la casa de su abuelo paterno y Ser Piero arregló que la madre, una campesina llamada Caterina, se casara con un aldeano vecino, mientras que él se casó con otra mujer. Padre e hijo se mudaron a la cercana Florencia y el joven recibió la más exquisita educación que la ciudad, centro artístico e intelectual de Italia, podía ofrecer; además de tener acceso a valiosos textos de la biblioteca familiar y otros de amigos de su padre. Leonardo era elegante, persuasivo en la conversación y un extraordinario músico e improvisador.

Cuando cumplió 15 años, su padre lo envió como aprendiz al taller de Andrea del Verrocchio, el artista más importante de Florencia, escultor, pintor y orfebre. Su apasionada preocupación por la calidad y su interés en expresar la movilidad vital de la figura humana, fueron elementos importantes en la formación artística de Leonardo, quien se inició en diversas actividades, desde la pintura de retablos y tablas, hasta la elaboración de grandes proyectos escultóricos en mármol y bronce. En esta etapa de su formación, el joven también estudió la anatomía humana, participando en la disección de cadáveres de criminales en la facultad médica. Entonces no existían la refrigeración o la conservación con formol y los cuerpos se descomponían muy rápido, por lo que Leonardo trabajaba velozmente, realizando observaciones y apuntes, movido por su gran curiosidad. Sus estudios de anatomía le permitieron conocer las proporciones físicas de las personas, logrando figuras de asombrosa exactitud al representar la figura humana, cuyo “ideal” siempre buscó.

Después de su aprendizaje, Leonardo entró a formar parte del gremio de pintores de Florencia y aunque a los 20 años ya era maestro independiente, con un estilo propio y original, permaneció como asistente en el taller de Verocchio, interesándose mucho por descubrir nuevas técnicas para trabajar al óleo. Su reputación crecía y los encargos aumentaban. Se dice que su talento era tal, que Verocchio decidió ya no pintar más.

En busca de nuevos retos y de mejores ingresos, a los 30 años se trasladó a Milán, donde entró al servicio de Ludovico Sforza, Duque de Milán y embajador de

Florencia, tras haberle escrito una carta en la que el artista se ofrecía como pintor, escultor y arquitecto, además de ingeniero, inventor e hidráulico. Afirmaba que podía construir puentes portátiles, que conocía las técnicas para realizar bombardeos, construir barcos y vehículos acorazados, cañones, catapultas y otras máquinas de guerra. Estuvo durante 17 años en esa ciudad, trabajando en proyectos de todo tipo, tanto artísticos como científicos, en los que el deseo de experimentar era su principal objetivo. Estaba muy interesado en las leyes del movimiento y la propulsión, dedicando sus esfuerzos a la ingeniería militar, desarrollando métodos para disparar catapultas y desviar ríos, sirviendo al Duque como ingeniero en sus numerosas empresas militares y también como arquitecto. Tras la invasión de Milán por las tropas francesas, Leonardo regresó a Florencia para trabajar como ingeniero militar. Por esos años realizó múltiples disecciones, mejorando y perfeccionando su conocimiento de la anatomía.

Vivió después tres años en Roma, bajo el mecenazgo de Giuliano de Médicis, pariente del Papa León X. Se alojaba en el Palacio del Belvedere, en el Vaticano, residencia del Papa; ocupándose fundamentalmente de experimentos científicos y técnicos. La única prohibición que le impuso el Papa para sus estudios en anatomía y fisiología humana fue disecar cadáveres, lo que lo limitaba bastante. Apartado de la vida social y artística del Vaticano, dominada por Rafael y sus discípulos, era reconocido y honrado por sus logros.

A la muerte de Giuliano de Médici, aceptó la invitación del Rey Francisco I de Francia para trasladarse a su corte de Fontainebleau, como “Primer pintor, ingeniero y arquitecto del reino”, dedicándose a realizar estudios arquitectónicos para los castillos reales. El rey de Francia era un incondicional admirador de Leonardo. Había diseñado para su coronación un asombroso león mecánico, lo que le proporcionó todas las comodidades y lujos posibles. Pasó sus últimos años en el castillo de Cloux, donde murió el 2 de mayo de 1519, a los 67 años, en brazos del propio Rey de Francia, según cuenta la leyenda. Fue enterrado en la Iglesia de San Valentín en Amboise^(8,9).

El Hombre de Vitrubio

En su estudio conocido como “El Hombre de Vitrubio”, da Vinci realizó una visión del hombre como centro del Universo, al quedar inscrito en un círculo y un cuadrado. El cuadrado es la base de toda

la arquitectura clásica, mientras que el uso del ángulo de 90 grados y de la simetría, son bases grecolatinas de la arquitectura. En este estudio anatómico buscó la proporcionalidad del cuerpo humano, el canon clásico o ideal de belleza, la famosa “proporción áurea”, siguiendo los estudios del arquitecto romano Vitrubio, quien vivió en el primer siglo antes de nuestra era. “El Hombre de Vitrubio” es un claro ejemplo del enfoque globalizador de Leonardo. Trataba de expresar el lugar de la Humanidad en el “plan global de las cosas”. Para Leonardo, el Hombre era el modelo del Universo y lo más importante era vincularlo con la naturaleza.

El dibujo está realizado en lápiz y tinta y mide 34,2 x 24,5 cm. En la actualidad forma parte de la colección de la Galería de la Academia de Venecia. Se trata de un estudio de las proporciones del cuerpo humano, realizado a partir de un texto del arquitecto de la antigua Roma Vitruvio “*De Architectura*”, del que el dibujo toma su nombre. El cuadrado está centrado en los genitales y el círculo en el ombligo. La relación entre el lado del cuadrado y el radio del círculo es la razón áurea. Para Vitruvio el cuerpo humano está dividido en dos mitades por los órganos sexuales, mientras que el ombligo determina la sección áurea. En el recién nacido el ombligo ocupa una posición media y con el crecimiento migra hasta su posición definitiva en el adulto. De acuerdo con las notas del propio Leonardo, en el Hombre de Vitruvio se dan otras relaciones:

- Una palma es la anchura de cuatro dedos.
- Un pie es la anchura de cuatro palmas.
- Un antebrazo es la anchura de seis palmas.
- La altura de un hombre son cuatro antebrazos (24 palmas).
- Un paso es igual a cuatro antebrazos.
- La longitud de los brazos extendidos de un hombre es igual a su altura.
- La distancia entre nacimiento del pelo y la barbilla es 1/10 de la altura.
- La altura de la cabeza hasta la barbilla es 1/8 de la altura.
- La distancia del nacimiento del pelo, a la parte superior del pecho es 1/7 de la altura de un hombre.
- La altura de la cabeza, hasta el final de las costillas es $\frac{1}{4}$ de la altura.
- La anchura máxima de los hombros es $\frac{1}{4}$ de la altura de un hombre.

- La distancia del codo, al extremo de la mano es $\frac{1}{5}$ de la altura.
- La distancia del codo a la axila es $\frac{1}{8}$ de la altura de un hombre.
- La longitud de la mano es $\frac{1}{10}$ de la altura de un hombre.
- La distancia de la barbilla a la nariz, es $\frac{1}{3}$ de la longitud de la cara.
- La distancia del nacimiento del pelo a las cejas es $\frac{1}{3}$ de la longitud de la cara.
- La altura de la oreja es $\frac{1}{3}$ de la longitud de la cara.

El redescubrimiento de las proporciones matemáticas del cuerpo humano en el siglo XV por Leonardo y otros autores, está considerado uno de los grandes logros del Renacimiento. El dibujo también es considerado a menudo, como un símbolo de la simetría básica del cuerpo humano y, por extensión, del universo en su conjunto. Examinando el dibujo puede notarse que la combinación de las posiciones de los brazos y piernas crea realmente cuatro posiciones distintas. La posición con los brazos en cruz y los pies juntos se ve inscrita en el cuadrado sobreimpreso. Por otra parte, la posición superior de los brazos y las dos de las piernas se ve inscrita en el círculo sobreimpreso.

Esto ilustra el principio de que en el cambio entre las dos posiciones, el centro aparente de la figura parece moverse, pero en realidad el ombligo de la figura, que es el centro de gravedad verdadero, permanece inmóvil⁽¹⁰⁾.

Los códices anatómicos

A lo largo de su vida Leonardo llenó numerosos códices, libretas de dibujos y notas de apuntes, registrando no solo reflexiones complejas y profundas, sino también curiosidades, acontecimientos de su vida personal y particularidades. Lo hizo escribiendo en espejo, o sea, de izquierda a derecha y trazando las letras de manera que solo se leen colocando en frente un espejo. Esto puede ser debido a que Leonardo era zurdo, aunque también demuestra un cierto interés por lo secreto. El corpus de los dibujos anatómicos de Leonardo, está compuesto por doscientas hojas aproximadamente y se conserva en la Royal Library de Windsor.

Otro tema esencial en los dibujos de Leonardo es la relación entre imagen y escritura. Los

dibujos leonardescos suelen estar acompañados por profundas líneas de texto. Habitualmente el dibujo es complemento, ilustración o explicación del texto. En Leonardo ocurre lo contrario: el texto explica o desarrolla las propiedades y posibilidades contenidas en el dibujo. Así lo espacial de la figura, la imagen, la visión y el ojo, adquieren preponderancia sobre el lenguaje conceptual, y la sucesión temporal de palabras y caracteres. Por otro lado, la escritura que nace o prolonga la significación del dibujo, se desliza de derecha a izquierda. Es una “escritura espejo” porque sólo al apelar a un espejo es posible leer la inscripción en su verdadero orden. Las razones de esta inversión de la grafía y la necesidad de una posterior traducción especular, no son claras. Algunos suponen que, de esta manera, Leonardo pretendía imponer un desafío o exigencia intelectual como condición necesaria para la comprensión de sus propuestas. Otros sospechan una táctica de encubrimiento para eludir la peligrosa, activa y temida Inquisición.

Hasta 1507 Leonardo no practicó la disección, fecha en la cual disecciona el cadáver de un anciano en el hospital de Santa Maria de Nuova de Florencia. Leonardo Anota “...*Estudio que realice diligentemente y con gran facilidad, al carecer el anciano de grasas y de humores, elementos que dificultan mucho el reconocimiento de los órganos*”⁽¹⁾. He aquí como ya se ve el interés del genio por la anatomía y la medicina cuando ya puede inferir que a medida que se envejece, se pierde grasa. Entre 1510 y 1511 se relacionó con Marcantonio Della Torre, médico anatomista de Pavía. También se tiene noticias de unos estudios anatómicos realizados en el hospital de Santo Spirito de Roma, entre 1514 y 1515. Estos fueron interrumpidos por acusaciones de nigromancia, debidas a la delación de un ayudante alemán. A finales de 1513, Leonardo realizó sus investigaciones anatómicas en ese hospital romano, pero debió renunciar a sus estudios, cuando en 1515, fue acusado de prácticas sacrílegas y el Papa León X le prohibió la entrada en el Hospital, truncando así su carrera anatómica. Leonardo proyectó, aunque nunca llegó a escribir, un tratado de Anatomía (“*IL libro dell’Anatomia*”). Aunque existen bosquejos y partes del mismo, la mayor parte de su trabajo anatómico se ha perdido.

Hay que recordar que para la época no existía ni el formol ni ningún medio para la preservación de los cadáveres es por tanto mucho más valiosa la obra de Leonardo pues tenía que diseccionar cadáveres en fresco o en algunos casos en estado de putrefacción por lo

que llega a escribir alguna vez “...*Y si estas cosas te interesan, se te presentará tal vez el inconveniente de las náuseas y si éstas no, acaso sí el miedo a encontrarte de noche con muertos desfigurados, diseccionados y de aspecto desagradable. Si nada de esto constituye un impedimento, entonces te faltara tal vez el dominio del dibujo*”.

El tema principal del arte del renacimiento es la figura humana, aparece en retablos, representaciones bíblicas, mitológicas o históricas, y en forma de retrato frente a edificios o en ellos y en ocasiones en plena naturaleza. Los trabajos anatómicos de Leonardo se sitúan en sus intereses artísticos y científicos, pues la exploración del funcionamiento del cuerpo humano tenía como objetivo el perfeccionar la representación de la figura humana. Los estudios anatómicos de Leonardo pueden dividirse en una fase temprana de 1487 en adelante, otra media de 1506 a 1510 y luego una tardía, a partir de 1510. Los estudios de la primera fase no se apoyan en la disección de cadáveres, sino únicamente en conocimientos adquiridos desde la superficie del cuerpo humano, de cuerpos de animales y de esqueletos. Leonardo describió la anatomía de cada parte del cuerpo basándose en las disecciones de muchos cadáveres. Podemos dividir el “tratado Anatómico” de Leonardo en varias partes: La Neurología en donde estudia el Ojo y el Cerebro hacia 1490. La Osteología donde estudia los huesos del cuerpo entre 1508 y 1510. La miología, donde estudia los músculos y el movimiento entre 1505 y 1510. También aquí hace un estudio de los nervios periféricos. Muchas veces al dibujar los músculos los obvia y en su lugar dibuja cordones de fuerzas para entender el movimiento. Leonardo estudia el corazón y las venas en 1513 realizando un dibujo que representa “El árbol de las venas”, para estos últimos hizo disecciones en bueyes. Entre los años de 1506 y 1510 realiza disecciones en cerdos estudiando y dibujando su aparato respiratorio y digestivo. En sus primeros trabajos del aparato digestivo, dibuja al hombre con dos estómagos, clara influencia de las disecciones en animales que luego perfeccionaría, al diseccionar seres humanos. Entre 1510 y 1512 realiza los dibujos más asombrosos de su Corpus anatómico pues es cuando estudia los órganos genitales y se introduce al estudio de la embriología dibujando el feto in útero^(12,13).

Aunque Leonardo no realizó descubrimientos anatómicos, diseccionó muchos animales, con errores de la anatomía comparada y tampoco contradujo la anatomía de Galeno; tiene la importancia de ser uno

de los primeros que abrió las puertas de la anatomía, durante el Renacimiento. La disección de cadáveres prohibida durante la Edad Media y principios del Renacimiento, fue su arma más importante, aparte de su don de artista y su genialidad. Si Da Vinci hubiera tenido conocimientos médicos más sólidos o se hubiera interesado más en estos, quizás hubiésemos tenido un tratado de anatomía formal escrito por él. Planeaba escribirlo en colaboración con Marcoantonio Della Torre (1481-1512), profesor de la materia en Pavía, pero la muerte prematura de éste no lo permitió y sus maravillosos dibujos anatómicos permanecieron ocultos hasta el siglo XX.

Hay que admitir que realizó estudios y dibujos, para perfeccionar sus pinturas y dibujos, durante el Renacimiento. Recordemos que Leonardo era un maestro que tenía varios alumnos a su cargo, a quienes enseñaba pintura y otras técnicas, porque en sus cuadernos es posible reconocer la transición entre el artista que desea mejorar sus representaciones del cuerpo humano y el científico cuyo interés es conocer mejor su estructura y su funcionamiento. Leonardo fue un genio incomprendido y quizás adelantado muchos siglos a su época. Sus contemporáneos no le dieron su justo valor, lo que trajo como consecuencia que su trabajo haya permanecido en la oscuridad durante tantos siglos. Aunque formalmente no es considerado un anatomista, su anatomía es hoy en día estudiada, como parte de la historia médica durante el Renacimiento.

ANDRÉS VESALIO

Andrés Vesalio o Andreas Vesalio nació el 31 de diciembre de 1514 en Bruselas. Procedía de una estirpe renana consagrada en sus últimas generaciones al servicio médico de los emperadores de Alemania. Recibió su primera educación en Bruselas y Lovaina donde, entre otras materias, aprendió latín, griego, árabe y hebreo. Parece que admiró desde pequeño la obra biológica de Alberto Magno y también tuvo cierta tenencia a la disección de animales. Vesalio representa la quinta generación de médicos en su familia: su tatarabuelo Pedro reunió una valiosa colección de manuscritos médicos de su tiempo (fines del siglo XIV), muchos de ellos se conservaron en posesión de la familia por cuatro generaciones y formaron parte de las lecturas del joven Vesalio más de 150 años después^(14,15).

A los dieciocho años se trasladó a París para estudiar medicina. Allí permaneció durante tres años (1533-1536) en un ambiente en el que prevalecía el

galenismo. La enseñanza de la anatomía corría a cargo de Jacobo Silvio y Günther Von Andernach. Este último tradujo la obra de Galeno *De anatomicis administrationibus* y publicó un tratado de disección (*Institutionum anatomicarum libri quatuor*, 1536) Silvio utilizaba como libro de texto el de *usu partium* de Galeno, aunque suspendía la enseñanza a la mitad del primer libro por considerar que era demasiado difícil para los estudiantes. Descontento Vesalio, pero profundamente seducido por la anatomía, trató de completar su formación osteológica con huesos sustraídos del Cementerio de los Inocentes y ayudó a realizar algunas disecciones en las que también participó su compañero Miguel Servet. El estallido de la guerra entre Francisco I y Carlos V condujo de nuevo a Vesalio a Lovaina, donde permaneció por espacio de dos años (1536-1537). Allí le fue otorgado el grado de bachiller en medicina en 1537. En Lovaina realizó disecciones y publicó su primera obra: *Paraphrasis in nonum librum Rhazae ad Almansorem* que se editó en Basilea (1537). En ella compara la terapéutica galénica con la árabe, inclinándose por la primera pero intentando salvar en lo posible la reputación de Rhazes. Marchó después a Italia. Pasó primero por Venecia, donde conoció a su futuro colaborador y discípulo de Tiziano Jan Stefan Calcar, y fue después a Padua, que era la ciudad universitaria de la República Véneta, para inscribirse en su escuela médica^(16,17).

Vesalio estudió medicina en Padua y se graduó *magna cum laude* el 5 de diciembre de 1537, a los 23 años de edad; al día siguiente fue nombrado *explicator chirurgiae* y empezó a dar conferencias a los estudiantes sobre anatomía y cirugía. Para sus demostraciones prácticas de anatomía Vesalio rompió con la tradición y él mismo hacía sus disecciones, en lugar de confiárselas a un cirujano; en el curso del año siguiente el juez de la corte criminal de Padua empezó a enviarle a Vesalio los cadáveres de los ajusticiados, con lo que progresó rápidamente en sus estudios anatómicos, dándose cuenta de que la anatomía humana de Galeno estaba realmente basada en animales y además contenía numerosos errores.

El joven profesor (tenía entonces 23 años de edad) inició sus lecciones de anatomía humana con un éxito sin precedentes, debido a tres factores principales: 1) sus conocimientos directos de la materia, que ya eran considerables; 2) su práctica de realizar personalmente y sin ayuda de disectores cirujanos todas las disecciones; 3) su uso de diagramas o esquemas para ilustrar distintos detalles anatómicos. En abril de 1538

(sólo cinco meses después de haber sido nombrado profesor) publicó sus *Tabulae Anatomicae Sex* (Seis tablas anatómicas), que son seis carteles, tres de ellos del sistema vascular (dibujados por Vesalio) y los otros tres del, esqueleto (dibujados por Van Kalkar), a los que Vesalio agregó breves explicaciones y nombres de muchas de las estructuras en tres idiomas. En estas *Tabulae*, Vesalio todavía sigue fielmente la anatomía galénica⁽¹⁸⁾.

En 1538 Vesalio publicó una revisión de las *Institutiones Anatomicae* de su maestro Von Andernach, es decir, un manual de disección para sus estudiantes. En 1539 con el fin de aportar claridad a una polémica sobre la sangría en las afecciones neumónicas monolaterales, el médico de Carlos V, Nicolás Florena, encargó a Vesalio una exploración disectiva del sistema venoso endotorácico. Descubrió así la vena azigos mayor y su desembocadura en la vena cava superior (si seguimos la idea galénica de la circulación de la sangre sería el origen y no el final). Publicó los resultados ese mismo año (*Epistola docens venam axillarem dextri cubiti in dolre laterali secundam*) y también aceptó el encargo de la Giunta, una afamada casa editorial veneciana, para revisar la edición latina de varios escritos anatómicos de Galeno. Como se puede apreciar, nos encontramos con una de las características del Renacimiento: revisar y corregir. Concluyó el trabajo apenas un año después.

De Humani Corporis Fábrica

En 1543, cuando Vesalio tenía apenas 28 años de edad, apareció su monumental libro *De Humani Corporis Fabrica* (“Sobre la estructura del cuerpo humano”) un volumen ilustrado profusamente con bellísimas imágenes que todavía hoy, a más de cuatro siglos y medio de su aparición, siguen siendo una de las cumbres de la ilustración del conocimiento científico.

El título completo del libro de Vesalio es *De humani corporis fabrica* y está organizado en forma típicamente galénica: consta de siete partes, la primera dedicada al esqueleto y las articulaciones, la segunda a los músculos estriados, la tercera al sistema vascular, la cuarta al sistema nervioso periférico, la quinta a las vísceras abdominales y a los órganos genitales, la sexta al corazón y a los pulmones, y la séptima al sistema nervioso central. El libro termina con un pequeño capítulo sobre algunos experimentos fisiológicos, como esplenectomía, afonía por sección del nervio recurrente, parálisis muscular después de sección medular, sobrevivencia del animal después

de abrirle el tórax si la respiración se mantiene con un fuelle, etc. A las dos primeras partes, o sea al esqueleto y a los músculos estriados, Vesalio dedica 42 del total de las 73 láminas, revelando con claridad el interés que tenía en que su libro fuera útil no sólo a los médicos sino también a los pintores y escultores. En muchas de las ilustraciones las figuras posan como estatuas clásicas en un ambiente bucólico, con colinas, árboles, rocas y ruinas romanas, así como un río cruzado por un puente y varias construcciones más recientes; las figuras poseen actitudes y movimientos de seres vivos. El texto, al que se unieron trescientas planchas grabadas en madera por Calcar, salieron en mula hacia Basilea al taller de Juan Oporino. Poco después vieron la luz los primeros ejemplares. La *Fabrica* iba dedicada al emperador Carlos V y el *Epitome* al que después sería Felipe II. Vesalio tenía entonces 29 años. La obra originó una reacción airada de algunos galenistas. Uno de los que le atacó ferozmente fue su maestro parisino Jacobo Silvio quien le propinó calificativos como desvergonzado, impío, calumniador e ignorante^(19,20).

Las aportaciones originales de Vesalio al conocimiento anatómico fueron: cambiar el método didáctico, uso de ilustraciones, correcciones a Galeno, e incorporar nuevos hallazgos. A esto hay que añadir que Vesalio vio de otra manera la anatomía o al cuerpo humano, una forma nueva que podemos llamar renacentista. En lo que se refiere a la idea descriptiva Vesalio pensó que debía seguir a Galeno: estudio de los músculos; venas, arterias y nervios; y vísceras. Sin embargo, la concepción no es la misma exactamente. Para Vesalio los huesos eran el fundamento sustentador de una estabilidad arquitectónica, el sostén en el que se apoya un edificio entero. Por eso el término “*Fabrica*” equivale aquí a “edificio”.

En lo que se refiere a la idea descriptiva secundaria, es decir, la descripción de las partes singulares en cada libro, es como sigue: el de los sistemas edificativos o constructivos el orden es descendente, es decir, topográfico y espacial. Persiste la ordenación bizantina *capite ad calcem* pero desprovista del simbolismo que tuvo en la Edad Media. La descripción de las partes impulsivas es galénica, es decir, funcional. Los sistemas conectivos siguen una tendencia mixta.

La parte más brillante de la *Fábrica* es la que se refiere a la osteología. Se describe con detalle cada uno de los huesos. En la miología diferencia bien el ligamento del tendón, el nervio y el músculo, que hasta entonces era frecuente confundirlos. La parte dedicada a la angiología es bastante completa; niega

rotundamente la existencia de la famosa rete mirabile. En cuanto a los nervios sigue clasificándolos en duros o motores y blandos o sensitivos. Niega la oquedad de los nervios de los sentidos y de forma especial la del nervio óptico.

Respecto a los órganos de la nutrición y generación sus descripciones de los genitales masculinos y femeninos suponen un avance. Describe bien el peritoneo y el estómago, pero desconoce otras estructuras como el páncreas. Habla por vez primera de la estructura interna del hígado. En lo que se refiere a los órganos de la cavidad vital o torácica merece ser mencionada la descripción del corazón. Niega la existencia de los poros interventriculares pero su esquema de la circulación de la sangre sigue siendo galénica.

La descripción de los órganos de cavidad animal o craneal es cuidadosa. Destruye la concepción errónea de los tres ventrículos del cerebro, y señala la diferencia entre la sustancia gris y blanca del encéfalo entre otras cosas⁽²¹⁾.

Impacto de la obra de Vesalio

En el prólogo de su libro, Vesalio describe la situación de la medicina de su tiempo y critica a los médicos que han descuidado el estudio de la anatomía, a los profesores que no hacen disecciones personalmente, y a los que se someten por completo a las enseñanzas de Galeno. Aunque la crítica está dirigida a estos tres grupos en especial, en realidad es aplicable a todo el esquema del pensamiento medieval, basado como estaba en la autoridad inapelable del dogma. La ciencia era imposible mientras la verdad sobre la naturaleza tuviera que buscarse no en la realidad sino en las Sagradas Escrituras, y todo lo que las contraviniera no sólo era falso sino obra del demonio, por lo que debía prohibirse y combatirse con el fuego. Por simple extrapolación, las obras de Galeno se habían erigido en el equivalente de las Sagradas Escrituras médicas, de modo que lo que Vesalio se atrevió a hacer fue una herejía médica monumental. Sin embargo, tal herejía era indispensable como parte de un nuevo método para el estudio de la anatomía, de un nuevo método para explorar la naturaleza, de un nuevo método científico⁽²²⁾.

Cinco puntos se destacan como los más significativos en la aportación que Vesalio hace al saber anatómico humano.

1º Sustituye la anatomía libresco de los glosadores de

Galeno por otra más fiel a la realidad y basada en su propia experiencia de disector. A Vesalio puede calificársele de disector, profesor, demostrador y dibujante.

- 2º Corrige casi todos los errores descriptivos de Galeno. Sus descripciones se refieren a la verdad del cuerpo humano, no al cuerpo del mono o del perro.
- 3º Añade muchos descubrimientos nuevos.
- 4º Describe con claridad las partes anatómicas del cuerpo humano.
- 5º Utiliza la ilustración anatómica con esplendidez, belleza y eficacia inéditas.

Vesalio conoció más y mejor la anatomía humana que todos sus predecesores; puede calificarse de “renacentista” su forma de ver y describir el cuerpo humano. Su modo es el de describir el cuerpo humano como una edificación estática, una “fábrica” o edificio. Frente a la confusión entre “forma” y “función” de Galeno y toda la morfología tradicional, Vesalio distingue cuidadosamente ambos aspectos de la realidad, dando una visión estática del organismo humano. Será más adelante cuando la fisiología moderna se encargue de poner en movimiento la estática “fábrica” de Vesalio.

Deben resaltarse especialmente los grabados de la Fabrica Vesaliana. Son magníficos por su calidad, su exactitud anatómica, y la elegante y un poco teatral belleza que supo darles su autor, los de Jan Stefan van Kalker, así como por su gran número, más de trescientos dibujos⁽²³⁾.

Oposición a Galeno

En el prólogo de su libro, Andrés Vesalio realiza una crítica a los profesores de anatomía galenistas por no atreverse a contradecir a Galeno. De alguna manera Vesalio nos da una lección de que no existen verdades absolutas en la medicina y que solamente cuestionado lo ya existente se puede avanzar. He aquí parte de ese prólogo:

“Ellos (los anatomistas contemporáneos) dependen tan firmemente en yo-nosé-que propiedad de los escritos de su líder que, junto con la falta de práctica en la disección de otros, han reducido vergonzosamente a Galeno a breves compendios y nunca se apartan de él —si es que alguna vez lo comprenden— ni por el espesor de una uña. De hecho, en los prefacios de sus libros anuncian

que sus escritos están totalmente armados con las conclusiones de Galeno y que todo lo de ellos es de él, agregando que si por casualidad alguien los criticara debería considerarse que Galeno también había sido criticado. Se han rendido de manera tan completa a él que no hay médico que pudiera declarar que alguna vez se hubiera encontrado ni siquiera el mínimo error, mucho menos que ahora se encontrara, en los libros anatómicos de Galeno —excepto que Galeno frecuentemente se corrige a sí mismo, aludiendo a su negligencia en libros previos y enseñando lo opuesto en obras posteriores, cuando ya tenía más experiencia— aunque para mí está bien claro, gracias al renovado arte de la disección, a lecturas diligentes de los libros de Galeno y a su corrección en varios sitios — por lo que no nos avergonzamos— que él nunca disecó un cuerpo humano y que confundido por sus monos (aunque sí tuvo acceso a dos cadáveres humanos ya secos), frecuentemente y de manera inadecuada se opuso a los médicos antiguos educados en el arte de la disección...”

Lo otro que critica Vesalio es el que los anatomistas no hagan ellos sus propias disecciones y comprobar de esta manera sus hallazgos. Recordemos que para la época, el Anatomista o profesor se sentaba en un pedestal leyendo un libro de disección de Galeno, mientras un Barbero realizaba los procedimientos.

“... La deplorable división del arte del tratamiento introdujo en las escuelas el detestable procedimiento en el que algunos realizan la disección del cuerpo humano y otros presentan la descripción de sus partes, estos últimos como cuervos trepados en sus altas sillas, con egregia arrogancia eructan cosas que nunca han investigado sino que simplemente han memorizado de los libros de otros, o de lecturas de lo que ya se ha descrito. Los primeros son tan ignorantes de idiomas que son incapaces de explicar sus disecciones a los espectadores y confunden lo que debería demostrarse de acuerdo con las instrucciones del médico que, como nunca ha usado sus manos en la disección de un cadáver, desdeñosamente capitanea el barco desde un manual. De esta manera todo se enseña mal en las escuelas, los días se gastan en cuestiones ridículas y, con tal confusión, se les presenta menos a los espectadores de lo que un carnicero le podría enseñar a un médico en su puesto...”

Ya al final de su vida escribe como había hecho para conseguir los cadáveres con los cuales se formó y formó a los estudiantes:

“En este momento, no pasaría de buena gana

largas horas en el cementerio de los inocentes en París revolviendo huesos ni iría a buscarlos a Montfaucon, donde una vez, con un compañero, numerosos perros salvajes me pusieron en grave peligro. Tampoco tendría ganas de que me dejaran fuera de la universidad de Lovaina para, solo en medio de la noche, poder llevarme huesos de ahorcados para preparar un esqueleto. No me preocuparé más en pedir a los jueces que retrasen el día de la ejecución de un criminal hasta un momento oportuno para que diseccione el cuerpo ni aconsejare a los estudiantes de medicina que observen donde han enterrado a alguien ni los instare a que tomen nota de las enfermedades de los pacientes de sus profesores, para que puedan después apoderarse de sus cuerpos. No guardare en mi dormitorio durante varias semanas cuerpos tomados de las tumbas o que me hayan sido entregados después de una ejecución pública, ni soportare el mal genio de escultores y pintores, que me hacían sentir peor que los cuerpos que diseccionaba. Sin embargo, demasiado joven para obtener dinero de mi profesión y deseando aprender y avanzar en nuestros estudios comunes, soporté de buena gana y alegremente todas estas cosas”⁽²⁴⁾.

Andrés Vesalio regresó a Padua, pero siguiendo la tradición familiar fue requerido por Carlos V para que formara parte de su servicio médico; por tanto, marchó a Bruselas. Allí se casó, ejerció la medicina y escribió. Publicó un opúsculo sobre el uso de la raíz de China o zarzaparrilla, donde aprovechó para defenderse de los que le atacaban por abandonar a Galeno. Mientras preparaba la segunda edición de la *Fabrica* (1551) también acompañaba al emperador en sus viajes; su función era la de médico “internista” y no la de cirujano.

Tras abdicar Carlos V en 1556 pasó al servicio de Felipe II trasladándose a Madrid en 1559. Su estancia no fue demasiado grata por un desgraciado acontecimiento con el infante, las relaciones con el resto de los médicos de la casa real y, quizás, por la ausencia de cadáveres para disección. Vesalio continuó al servicio del rey hasta su muerte en 1564, a la vuelta de una peregrinación a Jerusalén. Nadie sabe con exactitud porque Vesalio hizo este peligroso viaje, quizás como penitencia por algún terrible error. Un rumor persistente es que comenzó a diseccionar a un noble que se suponía muerto pero que cuyo corazón aun latía. Por este espantoso error fue condenado a muerte por las autoridades de la inquisición. Pero el rey Felipe II sustituyó la sentencia de ejecución por

la peregrinación^(25,26).

La Obra de Vesalio constituye un gran paso a favor de la medicina pues no sólo enseñó anatomía sino enseñó como hacerlo. Después de siglos imperando las teorías de Galeno, este hombre se atrevió no solo a contradecirlas sino a probar su error, fue la práctica continua en sus disecciones su arte y un aporte a la humanidad. La Fábrica fue quizás el primer libro de medicina moderno y dio tanta luz, que podríamos comparar este hecho del renacimiento, con la invención de la imprenta pues cambió la manera de pensar médica atrasada durante siglos. Con Vesalio la medicina salió de la Edad Media y entró a la modernidad.

A manera de conclusión

Se han revisado la vida y obra de dos grandes artistas, cada uno en su estilo, Andrés Vesalio y Leonardo Da Vinci. Ambos tuvieron una peculiar manera de ver al hombre, en el Renacimiento. Ambos se enfrentaron a la inquisición por sus creencias y por su afán de conocimiento. Probablemente ninguno de los dos estaba de acuerdo con el mundo que le rodeaba y decidieron cambiarlo. No se conformaron con la visión que les habían presentado del hombre y por eso decidieron averiguar por sí mismos la verdad. Puede ser que el destino toque a unos seres humanos especiales para cambiar las creencias y si fue así ellos fueron los elegidos.

La lección más importante que nos dejan Leonardo y Vesalio es que no debemos conformarnos con las cosas como están, tenemos el reto de cambiar nuestro mundo, si no estamos de acuerdo con lo que vemos. Podríamos decir que para ellos en el Renacimiento, fue más difícil de lo que podría ser para nosotros actualmente. Dejemos entonces que la historia les siga rindiendo culto a estos artistas que se atrevieron a ver al hombre de una manera diferente, durante el Renacimiento.

REFERENCIAS

1. Wikipedia enciclopedia libre. <http://es.wikipedia.org/wiki/Renacimiento>
2. Pons P. “Grandes inventos del renacimiento” Mas Allá 2006; 49-2;14-19

3. Jonson P.” El Renacimiento” 2001 Editorial Mondadori, Barcelona
4. Jonson P. Obra Citada
5. Castiglioni A. “Historia de la Medicina”. Salvat Editores 1941 Barcelona
6. Universidad Católica de Chile. “Apuntes de Historia de la Medicina” <http://escuela.med.puc.cl/publ/HistoriaMedicina/RenacimientoAnatomia.html>
7. Medivision Revista Médica en Internet. “Medicina del Renacimiento” <http://www.revistamedica.8m.com/histomedCC.htm>
8. González Báez C. Leonardo Da Vinci http://www.portalplanetasedna.com.ar/leonardo_da_vinci.htm
9. Rosci M. Leonardo de Vinci, en Historia del Arte. 2000; Tomo XV: 71-104. Salvat Editores. Barcelona.
10. http://es.wikipedia.org/wiki/El_hombre_de_Vitruvio
11. Atlas Ilustrado de Leonardo da Vinci. Susaeta Ediciones. Madrid
12. O’Malley C, Saunders JB. Leonardo Da Vinci on the Human Body. 2003 Gramercy Books, New York
13. Zöllner F. Leonardo Da Vinci, esbozos y dibujos. Ediciones Taschen. Barcelona, 2004
14. Lain Entralgo P. Andrés Vesalio. En: Historia Universal de la Medicina 1973; Tomo IV Salvat Editores. Barcelona. pp. 53 - 62
15. Zúñiga Cisneros M. Medicina del Renacimiento: Andrés Vesalio. En: Historia de la Medicina Tomo II: 119 – 35 Ediciones Edime, Caracas
16. Medvision. Figuras del Renacimiento: Andrés Vesalio <http://www.revistamedica.8m.com/histomed113A.htm>
17. Zúñiga Cisneros M. Obra Citada
18. Biografías Médicas: Andrés Vesalio <http://www.historiadelamedicina.org/vesalio.html>
19. Lain Entralgo P. Obra Citada
20. Historia de la Medicina en Internet: Andrés Vesalio. <http://www.hipocrates.tripod.com/historia/versalio.htm>
21. Friedman M, Friedland GW.. Andrés Vesalio y la anatomía humana moderna. En: Los diez mayores descubrimientos de la Medicina. 1999 Editorial Paidós, Barcelona: 17-33
22. Pérez Tamayo R. Andrés Vesalio http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/161/html/sec_12.html
23. Pérez Tamayo R. Obra Citada
24. Friedman M, Friedland GW. Obra citada
25. Lopez JM. La Anatomía: el movimiento vesaliano. En: La Medicina en la Historia. 2002. La Esfera Libros, Madrid. pp. 177 - 183
26. Zúñiga Cisneros M. Obra Citada

ENRICO CARUSO Y EL PRECIO DE LA FAMA. UNA ENFERMEDAD SIN DIAGNÓSTICO

Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

RESUMEN

*Caruso fue uno de los tenores italianos más famosos en la historia de la ópera y para muchos el mejor. Cantante popular en cualquier género durante los primeros veinte años del siglo XX y uno de los pioneros de la música grabada. Cantó en numerosísimas salas de ópera del mundo, aunque fue más conocido por haber sido Primer Tenor del Metropolitan Opera de Nueva York, durante casi 20 años. Su repertorio era de unas sesenta óperas y unas quinientas canciones. En 1904 grabó *Mattinata* y en 1902 su registro de *Vesti la giubba*, de *Pagliacci*, fue el primer disco de un millón de ejemplares. Muere en 1921 de una pleuresía complicada. Se describe su enfermedad, evolución y diagnóstico diferencial. Definitivamente fue mal tratado, como sucede con grandes personalidades. Se llama al médico más de moda, pero menos talentoso. Pudo haber sido una tuberculosis, enfermedad que puede cursar con los síntomas descritos, ocultada por “el precio de la fama”.*

Palabras clave: Cantante. Ópera. Pleuresía. Tuberculosis.

ABSTRACT

*Caruso was one of the most famous Italian tenors of opera's history and for many people, the best. He was a popular singer during the first twenty years of the 20th century and one of the pioneers of taped music. He sang in numerous opera halls all over the world, although he was more known for having been First Tenor of the Metropolitan Opera of New York, for almost twenty years. His repertoire was approximately sixty operas and five hundred songs. In 1904 he taped *Mattinata* and in 1902 his record of *Vesti la giubba*, of *Pagliacci*, was the first one of a million records. He dies by a complicated pleurisy, in 1921. The author describes his disease, evolution and differential diagnoses. Being an important personality, his sickness was badly treated and the least talented but fashionable physician was called. It could have been tuberculosis, because symptoms are very alike; but hidden by “the price of fame”.*

Key words: Singer. Opera. Pleurisy. Tuberculosis.

Uno de los más grandes tenores de todos los tiempos⁽¹⁾, nace en Nápoles (Italia) el 27 de febrero de 1873, en el seno de una familia de escasos recursos, ocupaba el decimotavo lugar en una familia de veinte hermanos, de los que sobrevivieron tres. No puede estudiar música, debido a las penurias económicas y tan solo participaba en el coro de la parroquia de San Juan y San Pablo de su barrio. El día de Corpus Cristo de 1888 el sol no templaba las calles de Nápoles y la fuerza de la voz de Carusiello no salía del alma

como de costumbre; Enrico tenía para entonces 15 años y cantaba en el coro de San Severino gracias a los esfuerzos de su madre, Ana Bardino, que había convencido a su marido para que dejara cantar a Enrico en una ciudad donde el arte era un lujo para los pobres. Desde pequeño había destacado por su voz y le apasionaba cantar, pero esa mañana no habría querido asistir a la iglesia porque su madre estaba gravemente enferma. Ella le obligó a ir y nunca más volvieron a verse. Tras la muerte de su

madre, Enrico siente que ya nada le puede detener y decide dedicarse a la música, aunque esto supusiera separarse de su padre, que jamás comprendió que su hijo no empleara toda su jornada para ganarse el pan como mecánico. "...yo me había resignado a seguir mi trabajo como el aprendiz de un mecánico;...sin embargo mi corazón estaba lleno de tristeza, encima de mi pérdida irreparable, yo no encontraba ninguna razón que justificase seguir sacrificándome por la música..." fueron palabras de Caruso muchos años después recordando estos lamentables hechos.

Continúan los problemas con su padre. Sin embargo, su madrastra lo anima y retoma el canto; el padre le da un ultimátum, con lo que Caruso ha de abandonar la casa paterna y buscarse la vida por su cuenta. Se dedica a cantar por su cuenta en tabernas y calles(2), aquellas canciones populares napolitanas, para obtener algún dinero. La gente se fija en él, admira su forma de cantar y empieza a llamarlo "Carusiello" y "el divo pequeño".



Figura 1. Busto de Caruso por Caffariello en 1911.

A lo largo de su vida, mantuvo su pulcritud y elegancia, y no desaprovechaba las horas de baño y las visitas al barbero para estudiar o ensayar el papel que representaría.

En 1891 conoce a Vergine, famoso profesor de canto en Nápoles, quien se ofrece a enseñarle a cambio de 25 % de sus ganancias en los primeros 5 años que siguiesen a su debut como artista. Esto

fue funesto ya que Vergine le exigió fuerte pago por sus actuaciones, no de cinco años naturales, sino de 825 actuaciones.

Una vez terminados sus estudios, Enrico Caruso consiguió que su maestro le consiguiera un papel de tenor sustituto en una pequeña compañía ambulante de ópera... Pero su primera intervención fue un desastre. Un día que la compañía visitó una ciudad donde Caruso tenía conocidos, el cantante, seguro de que sus servicios no serían requeridos, salió a tomar unas copas con sus amigos. Para su sorpresa, después de un rato llegó el recadero a avisarle que su presencia era necesaria en el teatro. Y salió a escena, pero traía demasiadas copas encima. Aunque cantó bien, su estado lo hizo tropezar con otros actores y dar traspiés mientras el público reía a carcajadas y le gritaba "borracho". El resultado de su primera actuación fue el despido, pero al público le había caído tan en gracia que cuando se hallaba ya en su pequeño cuarto desolado por su fracaso, volvieron a buscarlo porque el público lo aclamaba. Tenía entonces 19 años⁽³⁾.

A los 21 años es llamado al ejército y el día de pascua, el comandante Nagliotti le pidió cantar y después del postre cantó el "Brindisi" de Cavaleria Rusticana; fue aclamado por sus compañeros y unos días después fue eximido de algunos trabajos; fue presentado al barón Costa quien le sugirió abandonar el ejército.

Regresó a Nápoles (1894) y debuta en la ópera con *L'amico Francesco* de Morelli en el Teatro Nuovo de Nápoles. Actúa en otras obras, destacando en muchos y variados papeles. Su primer gran éxito llega solo hasta 1898, en Milan, cuando representó a Loris en *El Sombrero*, obra de Giordano. Viaja a San Petersburgo, Montecarlo, Londres, Roma y Lisboa. Gran éxito fue en la Scala de Milan en 1900, con el papel principal de *La Boheme* de Puccini. Un año más tarde en Nápoles canta *L'elisir d'amore* de Donizetti; allí fue muy criticado por el público y llegó a jurar no cantar más nunca en su ciudad natal. Juramento que mantuvo durante toda su vida.

No fue sino hasta 1902 cuando el reconocimiento fue universal, después de sus actuaciones en Montecarlo con *La Boheme* y en el Convent Garden de Londres con *Rigoletto* de Verdi. La misma cantó poco después en su debut americano en el Metropolitan Opera House de Nueva York, el 23 de noviembre de 1903. Diecisiete años pasará cantando en ese sitio en forma ininterrumpida, estrenando temporada; representando un total de 36 papeles diferentes en

607 actuaciones. En su vida como artista representó un total de 57 papeles diferentes en 832 actuaciones distintas, lo que significa que más del 70 % de sus actuaciones la realizó para el Metropolitan.

Fue uno de los más famosos y mejor pagados tenores de su tiempo, firmando contratos millonarios. Grabó por primera vez con fonógrafo, lo que hizo que adquiriese fama mundial y su voz escuchada y admirada en distintos lugares del planeta llegando a grabar más de 200 piezas de su extenso repertorio operístico además de diversas canciones. Algunas de estas todavía son asequibles en nuestro tiempo.

Rigoletto fue la ópera de sus principales debuts: desde 1903 en el Metropolitan, luego también en París, Berlín, Buenos Aires y Viena. Como la Callas en *Violetta*, Caruso se acoplaba divinamente en el papel del *Duque de Mantua*.

Caruso adoraba vivir bien. Poseía el gusto de Pavarotti hacia la comida, el amor de Domingo por las mujeres y el disfrute de lo melodramático de José Carreras. Fumaba fuertes cigarrillos egipcios y tabacos habanos.

Sus coqueteos sexuales eran legendarios. Se rodeó de las bellezas de su época y las amó a todas. Estuvo ligado a Billie Burke y Lotte Lehmann. Aunque era un consumado Don Juan y buen maestro de la seducción, tardó años en conquistar a la embrujadora soprano Ada Giachetti, años mayor que él, pero que vivió con el cantante cuando conquistó la fama, durante diez años, naciendo dos hijos Rodolfo en 1898 y Enrico Jr. En 1904⁽⁴⁾.

Existe una historia vivida por Caruso en La Habana, objeto de un libro⁽⁵⁾, que relata en mayo de 1920, cuando pasa una larga temporada cantando óperas y cuya cronología es la siguiente:

- 5 de mayo, llega a La Habana a bordo del barco Miami
- 12 de mayo, debuta con la ópera *Martha* de Flotow, acompañado de María Barrientos. Durante ese mes interpreta *Elixir de amor*, *Tosca*. *Los Payasos* y *Carmen*.
- En junio *Aída* y durante la interpretación en el Teatro Nacional el 13 de junio, estalló un petardo en un baño del teatro que provocara la caída del techo del camerino, donde el cantante se arrojaba para salir a otro acto de *Aída*, causando tal estruendo que hiciera al gran Caruso salir corriendo del teatro vestido de Radamés. Corrió hasta una calle lateral del teatro donde le esperaba un auto que lo llevara a su hotel. En el libro, más adicto a la

imagería popular, dice que Radamés de *Aída*, escapa a la cocina del hotel, donde es amparado por una mulata. A partir de ese momento se inicia un romance tropical que va más allá del amor y la pasión entre dos personas.

Caruso disfrutó su estancia en Cuba asistiendo a cuanta peña, tertulia cultural hubiera. Visitó las fábricas de tabacos La Corona, H. Upman y Partagás donde cantó entre los trabajadores tabaqueros, *La Donna e Móbile* de *Rigoletto*, durante 10 minutos sonaron las chavetas y le lanzaron una lluvia de tabacos de la marca Romeo y Julieta.

Famosas son sus caricaturas; era buen dibujante entre ellas figuran sus autocaricaturas⁽⁶⁾.



Figura 2.



Figura 3. Como Duque de Mantua de *Rigoletto*.



Figura 4. Como Canio en el *Pagliacci*.

En 1918 se casó con Dorothy Benjamin Park, con quien tuvo una hija, Gloria.



Figura 5. Con Dorothy y Gloria, tres meses antes de morir.

Sufrió amenazas de la llamada Mano Negra, los gangsters de la baja Sicilia, que supuestamente le exigían 15 mil dólares en billetes si el tenor deseaba continuar con vida. Por lo mismo pedía que todas las pistolas en el escenario de la ópera *Tosca*, fueran revisadas, para asegurarse de que las balas eran de salva. Toscanini que dirige la orquesta en el Metropolitan, se aseguraba de tener guardias apostados detrás del escenario; una vez que cierto pedazo de escenografía se desprendió en escena, Caruso juró que se trataba de la Mano Negra.

Tuvo un alumno preferido, Ed McNamara, un policía cantante de Paterson, New Jersey.



Figura 6. Caruso y su piano.

Su enfermedad y muerte

Comienza en agosto de 1920 su largo sufrimiento. En una carta dirigida a su amigo Bruno Zirato, le cuenta que desde su regreso de La Habana, tres semanas antes, viene sufriendo de un fuerte dolor costal izquierdo. Su carácter se había hecho irritable por la tos que presentaba, además de cefaleas e insomnio. Para ese entonces se le diagnosticó una enfermedad del riñón.

De allí en adelante Rico, como le decía su esposa Dorothy, empieza su final.

Se preparaba para la apertura de la temporada del Metropolitan, para el 15 de noviembre canta allí *Vesti La Giubba*; canto esa ópera también en Filadelfia; el 3 de diciembre cantó *Sansón* en el Metropolitan (cuando le cae parte del escenario, golpeándolo en el tórax).

Al día siguiente, caminó por el Central Park y “cogió un resfrío”, agravándose su tos, pero su médico, Dr. Horwitz, dictaminó que se encontraba bien para cantar. Seguía fumando. El 8 de diciembre cantaba *Pagliacci*, su voz se quebró cantando *Vesti la Giubba*, cayó desplomado en escena y tambaleante y como ciego salió del escenario cayendo desfallecido en manos de Zirato; en una versión encontrada refiere “que la función fue interrumpida”⁽⁷⁾; en otra refiere “que en su camerino, semi inconsciente, se quejaba de fuerte dolor en el costado. Su médico le diagnóstico

una “neuralgia intercostal”, le vengo el hemitórax y le permitió continuar con el acto segundo. Al caer la cortina la audiencia le prodigó un aplauso comprensivo”⁽⁸⁾.

El doctor habitual de Caruso restaba importancia a la sintomatología que presentaba el tenor, lo que desesperaba a Doro que veía que además del fuerte dolor en el costado, su esposo estaba cada vez más enfermo.

En la noche del 11 de diciembre, se presentaba en Brooklyn, en la Academia de Música con *L’Elisir d’Amore*; ya vestido como Nemorino, presentó un acceso de tos y experimentó la primera crisis de hemoptisis, vio con desesperación que manchaba el lavamanos con sangre. A pesar de los ruegos de Doro, insistió en salir al escenario. Presentó tos en el primer acto y los espectadores notaron la sangre en la vestimenta de Nemorino. En el intervalo se limpiaba la sangre con toallas y el Dr Horwitz dictaminó que se trataba de una pequeña vena rota en la base de la lengua; una vez que paró la sangre, salió para el segundo acto.

De nuevo y por insistencia de su médico, que restaba importancia a su enfermedad, siguió cantando hasta navidad, cuando después de una velada infernal por culpa del dolor en el costado, tuvo que tomar cama.

En una carta a su hermano Giovanni, fechada febrero 1 de 1921, describe esa navidad de la siguiente manera: “...esa noche que esperaba pasar como algo muy hermoso puesto que, además del árbol de navidad con presentes para amigos y niños, mi esposa había colocado en la chimenea un pesebre. Como a las 12:30, cuando me encontraba en el comedor haciendo entrega de los regalos a la servidumbre, tuve un dolor que jamás había experimentado...fui al baño. Comencé a enjuagar la boca, el extrañero mal de nuevo me afectó, por lo cual decidí tirarme en el agua caliente, llene la bañera, e ingresé en ella, pero antes de poder sentarme me doblegué como una rama seca, gritando como loco. Todos acudieron y me sacaron. Trataron de ponerme en pie, pero yo me mantenía doblegado presionando mi lado izquierdo con mi mano izquierda y dando aullidos como una can herido, tan agudos que fueron escuchados por todo el hotel y hasta la calle. Me sentaron en el diván y apareció el médico del hotel, quien no conocedor de mi enfermedad, no se atrevió a darme nada, solo un paliativo, hasta que llegó mi doctor...Estuve cinco días entre la vida y la muerte debido a la terquedad de este doctor...solo fue hasta que consultaron a varios

doctores y el último dijo: si este hombre no es operado en doce horas, habrá de morir. Se pensó en un cirujano y este fue hallado. Luego del consentimiento de mi esposa emprendió su trabajo. Se trataba de seccionar dos costillas porque había llegado a la conclusión de que yo padecía de una pleuresía purulenta y que el pus había comenzado a llegar al corazón. Finalmente operaron y al llegar la punta del bisturí al fondo de la lesión, él lanzó grandes gritos de “hurra”. Lo que sucedió fue que al hacer la incisión para llegar a las costillas, el pus salió como una explosión cubriendo al doctor y a lo que había alrededor, a toda la habitación. No fue necesario seccionar las costillas y rápidamente mejoré...”.

Su enfermedad continuaba, presentó fiebre y dolor, debieron drenarle nuevamente la pleuresía y resecar costillas.

En la mencionada carta a su hermano le dice: “... Sabes que es una pleuresía? Y le dice que era el mal que tenía desde hacía varios años y causa de todos mis problemas”.

La primera toracentesis se la practicó Antonio Stella⁽⁸⁾, las otras fueron practicadas por el doctor John F. Erdman, profesor de la Universidad de Columbia⁽⁸⁾.

En febrero entró en coma. Su estado se agravó hasta el punto que el día 15 le fue administrada la extremaunción. Durante una semana se mantuvo entre la vida y la muerte. Se le practicaron cinco operaciones sobre el tórax y dos transfusiones de sangre. Recibía numerosas visitas y en las iglesias rezaban por su recuperación. Miles de mensajes llegaban al Hotel Vanderbilt, donde residía. Entre las visitas estuvo Tita Ruffo, que había aceptado cantar *Otello* en la próxima temporada con Caruso. Al salir de la habitación dijo sollozante “Su torso magnífico es solo un esqueleto”.

Contra las predicciones de los doctores, comenzó a mejorar y en una ocasión expresó “No moriré”. Sin embargo, cuando supo que Beniaminio Gigli, lo sustituiría en *Andrea Cheniere* en el Metropolitan, dijo con amargura: “deberían haber esperado a que yo muriera”.

En la carta a su hermano dice: “...devoro como un lobo para ganar peso, ahora me siento bastante bien. Ya comienzo a caminar alrededor del cuarto, permaneciendo por horas sentado al sol, cuando brilla, o en la sala jugando con Gloria. La herida ha cicatrizado pero debe ser abierta por cualquier eventualidad. Tomará unos meses para cerrar. Pasaré

la mitad de marzo en la playa y la otra mitad en la travesía en el barco para llegar allá...”.

Para abril de 1921 Caruso se había recuperado hasta el punto de poder salir al Central Park. Prometía a sus admiradores, que contemplaban con preocupación su tez pálida, que volvería al Metropolitan después de unas semanas bajo el sol de Italia.

Y comenzaron, con optimismo, los preparativos para el viaje a Italia. Pero surgió un nuevo y preocupante síntoma: extrema debilidad en su mano derecha. Y así zarpó la familia Caruso entera, y un séquito de acompañantes y voluminosos equipajes en el S.S. President Wilson, el 28 de mayo de 1921, con destino a la Villa Bellosguardo en Nápoles. Llegaron a Italia el 10 de junio. El grupo se albergó en el Hotel Vittoria de Sorrento, con vista sobre Nápoles. Pronto se sintió mucho mejor, ganó peso y se recreó en la playa. Con la piel bronceada, Caruso aparecía saludable. Hizo una visita a la Madonna de Pompeya. Y un día, ante la admiración de su esposa Dorothy, durante una audición en el hotel a un tenor local poco talentoso, Caruso cantó de nuevo con la dulzura de siempre. “Doro, ¡puedo cantar! ¡Puedo cantar! No he perdido mi voz. ¡Puedo cantar!”.



Figura 7. Con Gloria (su última fotografía).

Gatti-Casazza vino a visitarlo en julio y se deleitó al verlo jovial y de buen aspecto, aunque recomendó que no se apresurara a aceptar compromisos en Nueva York y los que le llegaban de Londres. Pero pronto, en ese mismo mes, regresaron los terribles dolores en el tórax y de nuevo tuvo un colapso y fiebre alta.

Dos famosos cirujanos, los hermanos Giuseppe y Raffaele Bastianelli, reconocidos como los mejores médicos de Italia, traídos de urgencia, diagnosticaron una afección del riñón izquierdo el cual, dictaminaron, debería ser extirpado en Roma, pero aconsejando una semana de espera. El cuadro febril se agravó, por lo cual se decidió su traslado por tren especial a Roma, con escala en Nápoles. El domingo 31 de julio llegaron al Hotel Vesubio, Caruso muy enfermo y con gran dolor.

También relata Jackson⁽⁹⁾ que el médico local, presumiblemente agobiado por la responsabilidad del cuidado de tan famoso paciente, trastabillaba y no acertaba a administrar la dosis de morfina, por lo cual Dorothy, impaciente e impulsiva, se vio forzada a hacerlo ella misma. Otros médicos fueron llamados, quienes, se dice, encontraron absceso en el riñón izquierdo, pero no se atrevieron a operar, a pesar de la insistencia de Dorothy, quien opinaba que deberían drenar haciendo una incisión en el costado izquierdo. Continuó el deterioro, con Caruso delirante, y finalmente, el 2 de agosto de 1921 expiró, diciendo a su esposa: “Doro no puedo respirar”.

La capilla ardiente se puso en el “Hotel Vesuvio” y a ella acudió muchísima gente. El funeral se celebró en la iglesia de San Francesco di Paola, honor reservado a la familia real. Después de recorrer el mundo con su voz, Caruso abandonó su ciudad natal, Nápoles, como un rey.

De que murió Caruso?

Mucho se ha hablado y escrito al respecto. Su muerte ha podido ser por un cáncer del tracto respiratorio. Primero localizado en la garganta, laringe o parte posterior de la lengua además de pulmón, manifestado por una hemorragia durante una actuación. Fue un fumador empedernido. El dolor torácico y lo que fue un empiema se explicarían por necrosis y perforación del tumor a la pleura.

Más parece ser que su enfermedad comenzó al final de ese año 20, con un resfriado mal tratado, acompañado de jaqueca y debilidad. Acostado en uno de los camerinos, en una mesa de metal, un practicante le aplicó planchas de zinc y corriente eléctrica, seguida de calor. Más adelante apareció el dolor costal y fiebre.

Hemoptisis. Luego fue diagnosticado de pleuresía y probablemente neumonía. Los tres médicos consultados coincidieron en el diagnóstico realizado por el Dr. Evans. Durante esos días, un neumococo fue aislado del esputo del tenor en el Laboratorio del Dr. Hans Zinsser en el Columbia University Collage of Physicians and Surgeons⁽¹⁰⁾.

Luego fueron practicadas varias toracentesis, con salida de abundante líquido purulento y mejoría del enfermo. Se dejó un drenaje torácico y el ruido del aire saliendo por la trampa molestaba al enfermo. Más tarde en la evolución de la enfermedad se le practicó una toracostomía con resección costal y salida de abundante pus fétido. Una radiografía practicada esos días refiere “que su pulmón izquierdo estaba contraído”, (atelectasia)⁽¹⁰⁾.

La aparición luego de parestesia y atrofia visible de su mano derecha, no está clara en el diagnóstico final. Si fue un cáncer como mencionamos anteriormente, podría deberse a una metástasis cerebral y parálisis. Otros atribuyen esto a una mala posición del brazo, con lesión del plexo braquial durante una de las toracostomías. ¿Pero porque del lado derecho, si las toracostomías fueron izquierdas?

Luego viajó a Italia y en su gravedad final fue diagnosticado por los hermanos Bastianelli, de absceso renal izquierdo y subfrénico que ameritaban cirugía urgente. Ya en los últimos días se complicó con ruptura del absceso y peritonitis, que no se llegaron a tratar por cirugía.

Poniendo todo en conjunto parece que fue: neumonía, empiema, abscesos satélites en la fascia y músculos del tórax del lado izquierdo. Finalmente absceso subfrénico izquierdo, absceso peri-renal y probablemente peritonitis. El germen inicial pudo haber sido un neumococo complicado con un estafilococo. O sea una infección de gérmenes resistentes, mal tratado al principio; falta de drenaje a tiempo?

Definitivamente fue mal tratado, como sucede con las grandes personalidades. Se llama al médico menos adecuado, al más de moda pero menos talentoso.

Pudo haber sido una tuberculosis, enfermedad que puede cursar con todos esos síntomas pero ocultada por “EL PRECIO DE LA FAMA”.

REFERENCIAS

1. http://es.wikipedia.org/wiki/Enrico_Caruso
2. <http://buscabiografias.com/cgi-bin/verbio.cgi?id=2503>
3. <http://www.iaa.gob.mx/efemerides/efemerides/biogra/ecaruso.htm>
4. www.henryrosner.org/caruso/caruso3.html
5. Montero Mayra. Como un mensajero tuyo. Ed La Habana, La Habana 2001
6. http://www.enricocarusomuseum.com/pics_art_ch1.html
7. www.cantolirico.com/content/view/38/27/-53k-19Abr2007
8. encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-enfmuerte.htm - 28k -
9. Jackson S. Caruso. Stein and Day, New York; Publisher, 1972.
10. Prichard R. The death of Enrico Caruso. Surg Gynecol & Obstet. 1959;109:117-120.

PALABRAS DEL DR. JUAN JOSÉ PUIGBÓ, PRESIDENTE SALIENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA, EL 2 DE NOVIEMBRE DE 2007

Dr. Juan José Puigbó

Presidente de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina (2005 – 2007)

Señores Miembros de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina

Para mí constituyó un grandísimo honor y me motivó una gran satisfacción el haber podido dirigir los destinos de esta Sociedad durante el período 2005-2007.

Les agradezco, en primer término a todos sus miembros, el apoyo que me brindaron y las contribuciones con sus trabajos de tipo humanístico que tuvieron a bien presentar, fueron discutidos ampliamente y alcanzaron niveles de excelencia académica.

Ensegundo lugar, quiero expresarme en agradecimiento a los compañeros de Directiva, por la colaboración que en todo momento nos brindaron y que hizo posible un trabajo armónico, bien coordinado y fructífero. Igualmente a la secretaria, la Sra. Iraida Araujo, por sus desvelos en el desempeño de sus funciones específicas.

Tuvimos la suerte de contar con la colaboración de numerosas instituciones, empezando por la valiosísima de la Academia Nacional de Medicina, de la cual hemos recibido siempre un apoyo irrestricto. Igualmente a la Federación Médica Venezolana, porque —a través de nuestra apreciada poetisa y compañera Graciela Torres— pudimos obtener el apoyo económico para la revista. También a las instituciones universitarias, al Rectorado, al Decanato de Medicina, a Banesco Banco Universal, por su valiosa ayuda económica y al Miembro Benefactor

Dr. Francisco Plaza Izquierdo. Todo el esfuerzo fue dirigido para obtener el visto bueno del FONACIT, objetivo que a pesar de ajustarnos a sus normas, no fue conseguido y habrá que seguir la lucha en el futuro.

La raigambre humanística de nuestra sociedad

Desde su fundación, que tiene lugar en el año de 1944, se sentaron las bases de nuestra orientación. Tuve el honor de conocer al Dr. Santos Aníbal Dominici, quien fue Miembro Fundador y su primer Presidente, al Dr. Joaquín Díaz González quien fuera también Fundador y Secretario y al fundador de nuestra revista, Dr. José Trinidad Rojas Contreras, bien conocido por todos, a quien se le ha rendido un justo homenaje en la Academia Nacional de Medicina con motivo de cumplir los cien años de una vida muy activa. Estos tres personajes han tenido una importancia trascendental en la medicina nacional.

El Dr. Santos Dominici fue un clínico acucioso, formado dentro de la escuela francesa, quien supo además desarrollar el laboratorio aplicado a la medicina, que puede considerarse como un paso fundamental, al integrarlo al diagnóstico clínico. Santos Dominici, junto con Luis Daniel Beauperthuy, objeto de un merecido simposium; Rafael Rangel y José Gregorio Hernández constituyeron pilares fundamentales para la evolución de la medicina nacional. Además, fue notable su condición de investigador, que —como es bien sabido— condujo al descubrimiento del Hematozoario del Laverán, en

Venezuela. Fue rector de la Universidad Central de Venezuela y se distinguió también por su posición política liberal.

Nuestro maestro el Dr. Joaquín Díaz González, fue un docente extraordinario en el campo de la historia de la medicina, con tareas de investigación en el ámbito del arte en general y de la historia de la medicina en particular.

El maestro José Trinidad Rojas Contreras ha sido uno de los más ilustres representantes de la cirugía nacional, contribuyó al desarrollo de la cirugía experimental en el país y también en su época participó en las luchas políticas.

Puede decirse que estas personalidades que tuve oportunidad de conocer, entre otras, fueron promotoras de importantes cambios en el ámbito de la ciencia y de la cultura, en los finales del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX. Su contribución fundamental consistió en la aplicación sistemática de las ciencias básicas como soporte de la medicina clínica y tuvo en ese momento importancia comparable con la que vivimos, durante la segunda mitad del siglo XX con el desarrollo sorprendente de aplicaciones de la imaginología.

No puedo dejar de referirme para terminar a la polarización entre dos tendencias opuestas, que se manifestaban ya en la época de nuestra vida de estudiantes. De un lado, estaban los de pensamiento liberal y democrático y del otro lado, los de orientación marxista. Un sector de nuestra generación de estudiantes estábamos profundamente influenciados por las ideas del eminente filósofo, ensayista y político **Benedetto Croce** (1866-1952). Este autor nos enseñaba que la historia es la filosofía “en movimiento”. Él llegaba a la conclusión de que si toda la realidad podía describirse a través de las ideas,

esto quiere decir que la realidad puede ser reducida a conceptos lógicos puros. El ser humano a través de su historia, ha ido en la búsqueda permanente de la libertad. Su posición era contraria a la de Marx y Hegel que intentaban reducir la historia a unos pocos principios guías. Era partidario —con Rousseau— de que la historia era una serie de mentiras, donde tenemos que escoger una que se aproxime a la verdad. Croce también participó en manifiestos de intelectuales antifascistas.

El otro personaje que nos influyó profundamente fue **Bertrand Russell** (1872-1970) filósofo, historiador, matemático, promotor de reformas sociales, prominente racionalista. En 1950, a Russell se le concedió el premio Nobel de Literatura “en reconocimiento de sus importantes escritos en los cuales él encarna los ideales humanitarios y de libertad de pensamiento”.

En la orilla opuesta, en aquel entonces, como en la actualidad, se encontraban los partidarios del pensamiento marxista. Este dilema planteado por las dos posiciones se encuentra más vigente que nunca en nuestro medio, en el momento histórico que estamos viviendo. Personalmente sigo adherido a los ideales democráticos, libertarios y humanísticos.

Quiero terminar agradeciendo el apoyo y la colaboración que tuvimos de todos ustedes, durante este período que fue para mí particularmente fructífero. Siempre he pensado que las instituciones nos dan, pero nosotros estamos en la obligación de darles más de lo que recibimos. También deseo expresarles mis votos más entusiastas a la nueva Directiva electa, que estamos seguros continuará dentro del ideario sostenido por nuestra corporación y les auguro el mejor desempeño en sus funciones. Para ellos un cordial abrazo.

JORNADA CIENTÍFICA BICENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL DR. LUIS DANIEL BEAUPERTHUY (1807 - 2007) Y TOMA DE POSESIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SVHM. 2007-2009

Los días 1° y 2 de noviembre de 2007 se realizó en el Palacio de las Academias el evento programado y desarrollado por la acción conjunta de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM), Sociedad Venezolana de Infectología y Sociedad Venezolana de Microbiología como un homenaje al Dr. Luis Daniel Beaupérthuy, con motivo de conmemorarse, en 2007, los doscientos años de su nacimiento en 1807. Bajo la coordinación de los Drs. José Francisco y Consuelo Ramos, se programaron tres tipos de actividad: Conferencias magistrales, Mesa redonda y Trabajos Libres. La clausura de este evento fue oportunidad propicia para efectuar el Acto de toma de posesión de la Junta Directiva que regirá a nuestra sociedad en el lapso 2007-2009.

PROGRAMA

JUEVES 1 DE NOVIEMBRE

Coordinadores Dres. Francisco Plaza Rivas y Daniel Sánchez

- 8,30 AM Inscripciones
- 9,00 AM Inauguración del evento
- 9,30 AM CONFERENCIA: ¿Qué le pasó a Beaupérthuy?
Dra. María Matilde Suárez
- 10,15 PREGUNTAS y RESPUESTAS
- 10,30 CAFÉ
- 10,45 TRABAJOS LIBRES
 - Edmundo Fernández. Dr. Roger Escalona
 - Los Colegios Nacionales, con especial referencia al de Cumaná.
 - Dr. Luis Herrera García
 - Impacto de la tuberculosis. Dr. Roger Escalona
 - La viruela, arma biológica que conquistó a México. Dr. Daniel Sánchez

VIERNES 2 DE NOVIEMBRE

Coordinadores Dres. Pedro Navarro y Nora Bustamante

- 8,30 AM CONFERENCIA: Fiebre amarilla. Dr. Manuel Guzmán Blanco
- 9,15 AM CONFERENCIA: Cólera. Dra. María Josefina Núñez
- 10:00 PREGUNTAS y RESPUESTAS
- 10,05 a 10,30: CAFÉ
- 10,30 AM. MESA REDONDA: Beaupérthuy, Finlay, Walter Reed y Koch.
Drs. Vidal Rodríguez Lemoine, Manuel Guzmán Blanco, María Josefina Núñez
Moderador: Dr. José Francisco
- 12 M CLAUSURA
- 12,30 PM Toma de posesión de la Junta Directiva 2007 – 2009. Vino de honor

Los objetivos propuestos se cumplieron cabalmente. Las actividades científicas fueron de muy alta calidad expositiva y visual, de tal forma que en la sesión de clausura se aprobó gestionar la publicación de todos los contenidos presentados.

Se contó con la gentil asistencia y participación de las Sras. Sonia Núñez Beaupérthuy de Azpúrua y Helena Núñez Beaupérthuy de Pantin, y el Ing. Alfredo Pantin, integrantes de la familia del homenajeado, quienes además aportaron numerosos ejemplares de un valioso material impreso titulado *Presence de Beaupérthuy*, cuya autora es la Sra. Rosario Beaupérthuy de Benedetti, Individuo de Número de esta Sociedad (Sillón XXII) y Miembro de la Junta

INFORME FINAL

Directiva en varios períodos, quien fue biógrafa y tesonera estudiosa del legado del Dr. Beauperthuy. Este folleto fue editado por Ed. Hervas, París, Francia en 1989, (40 pp), en tres idiomas, con un resumen de los aportes del biografiado y numerosas e interesantes reproducciones gráficas en color.

Disfrutamos además, de una nutrida asistencia, no solo de los miembros de las sociedades organizadoras sino también de la Academia Nacional de Medicina, Red Venezolana de Sociedades Científicas, de la Asociación Venezolano-Francesa de la Salud y de otras personas interesadas en los temas expuestos. Los asistentes realizaron numerosas preguntas e intervenciones que fueron respondidas por los ponentes.

En los intermedios de descanso se ofreció un delicioso servicio de “lunch” cortesía de los Laboratorios Farmacéuticos Abbott y Bristol. Igualmente la Dra. Osdalys Hernández, integrante de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Infectología. A todos ellos se les expresó el reconocimiento de los asistentes y de los integrantes de las sociedades patrocinantes del evento.

La jornada se clausuró con un reconocimiento a expositores y colaboradores, en especial al Dr. Oswaldo Carmona, distinguido médico bacteriólogo y profesor universitario, quien propuso a esta Sociedad la realización de este acto conmemorativo y la Dra. Osdalys Hernández, de la Directiva de la Sociedad Venezolana de Infectología; de parte de los asistentes y de las sociedades patrocinantes del evento.

Después se procedió al Acto de Toma de posesión de la Junta Directiva que regirá a la SVHM, durante el bienio 2007 - 2009. Tanto el Presidente saliente, Dr. Juan José Puigbó, como el Presidente entrante, Dr. José Francisco; pronunciaron sentidas palabras alusivas al acto, cuyo texto se publica en esta edición de la Revista. La Junta Directiva invitó a un Vino de honor en el Patio Vargas del Palacio de las Academias, en el cual se departió cordialmente hasta mediada la tarde.

Se anexa la Minibiografía del Dr. Luis Daniel Beauperthuy, que se incluyó en el material de divulgación del evento. Las Conferencias y Trabajos Libres presentados serán publicados próximamente.



Luis Daniel Beauperthuy: (1807-1871) Médico, nacido en la isla de Guadalupe, posesión francesa en el Caribe. Graduado en París en 1837. El Museo de Historia Natural de París lo designa Viajero Naturalista y lo envía a realizar estudios en la zona del Orinoco. Llega a Cumaná donde se casó en 1842, con la joven venezolana Ignacia Sánchez Mayz. Revalida su título en la Universidad Central en 1844. Funda los estudios médicos en Cumaná. Además del ejercicio médico, utilizó sus conocimientos de microscopía e historia natural para investigar, especialmente sobre fiebre amarilla, cólera asiático y lepra. Trabajaba, observaba y escribía. En la Gaceta Oficial de Cumaná, aparecieron muchos de sus trabajos y observaciones clínicas. En la citada Gaceta, publicó el 24 de mayo de 1854, un artículo donde asegura que la picadura del mosquito Tipulario, llamado años más tarde, *Stegomyia fasciata* y *Aedes Aegypti*, era el mecanismo de transmisión de la fiebre amarilla. Beauperthuy remitió sus consideraciones sobre “cólera asiático, tífus icteroides y de las fiebres pantanosas”, a la Academia de Ciencias de París, donde afirmaba: “... las fiebres de los pantanos son debidas a un virus vegetoanimal inoculado en el organismo humano por insectos tipularios”. El resumen de su comunicación apareció en las Memorias (Compte Rendu) de l’Academie des Sciences de París, en 1856. El informe pasó a una Comisión de expertos que nunca presentó informe al respecto. Esto sucedía 27 años antes de las primeras comunicaciones (1881), del médico cubano Carlos Finlay (1833-1915), a quien la mayoría de los textos dan como descubridor de este mecanismo de transmisión. Por otra parte, la literatura anglosajona lo atribuye a Walter Reed, (1851-1902), médico norteamericano, responsable de la salud del ejército norteamericano en la invasión a Cuba en 1898. Debido al prestigio de un método suyo para tratar a los leprosos, Beauperthuy, fue invitado a dirigir el primer Leprocomio experimental del mundo, en la isla de Kaow, Guayana Inglesa. La muerte lo sorprendió en ese país en 1871, víctima de una apoplejía.

IX CONGRESO NACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA “DR. FRANCISCO PLAZA IZQUIERDO”

Martes 28 y miércoles 29 de octubre del 2008

SEDE: Academia Nacional de Medicina, Palacio de las Academias. CARACAS

Comisión Organizadora

Presidente: Dra Isis Nezer de Landaeta

Secretario: Dr. Luis Herrera García

Tesorero: Dr. Francisco Plaza Rivas

Vocales: Drs. Consuelo Ramos de Francisco, Daniel Sánchez Silva, Leopoldo Briceño-Iragorry y Julián Viso Rodríguez.

OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer y difundir las investigaciones y proyectos en desarrollo sobre la historia de la medicina y áreas afines
- Propiciar el encuentro entre los investigadores, Miembros, estudiosos y público en general, interesados en la historia de la medicina y de la salud en general

TEMÁTICAS:

- Historia de la medicina
- Historia de la salud y de la enfermedad
- Héroes de la historia de la salud venezolana
- Enfermedad y muerte del Libertador
- Bicentenario del grado de Doctor en Medicina del Dr. José María Vargas
- Hospitales y centros de atención médica
- Historia de las especialidades médicas y de las Sociedades Científicas
- Enfermedades emergentes
- Mesa Redonda: Enseñanza de Historia de la Medicina en los estudios de Pre y de Posgrado.
- Mesa Redonda: La epopeya sanitaria venezolana a partir de 1936: Algunos Héroes.
- Trabajos Libres escritos o en forma de Carteles

INSCRIPCIÓN:

Palacio de las Academias, Planta baja.

Lunes a viernes de 8 am. a 1:30 pm.

COSTOS:

MIEMBROS DE LA SVHM..... BS. 80°°

ESTUDIANTES CON CARNET VIGENTE
BS. 30°°

OTRAS PERSONAS INTERESADAS...
BS. 100°°

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES.

Los ponentes deberán enviar Resumen no mayor de 200 palabras, en forma impresa y en Disco Compacto, antes del 30 de junio. Debe incluir: Objetivos del ensayo, Metodología y Resultados relevantes. Palabras clave y Minicurrulum del autor (es) no mayor de 60 palabras. La Ponencia en extenso debe cumplir las normas exigidas por la Revista de la SVHM, no exceder de 15 cuartillas, a doble espacio, en letra Arial N° 12. y será entregada en la sede de la SVHM, en forma impresa y en Disco Compacto, antes del 30 de agosto. Todos los Resúmenes y Ponencias serán arbitrados. La recepción en el término señalado y el resultado del arbitraje, son requisitos indispensables para la presentación. Cada expositor dispondrá de un máximo de 15 minutos.

INFORMACIÓN:

Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Palacio de las Academias. Planta baja

Teléfono y Fax: (0212) 483.4361

Correo electrónico: sovehime@hotmail.com

Blog: <http://sovehime.blogspot.com/>

CONGRESOS

XIV CONGRESO ESPAÑOL DE HISTORIA DE LA MEDICINA 11 AL 14 DE JUNIO DE 2008

LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

SEDE Palacio de Exposiciones y Congresos, Paseo del Violón 18006 Granada, ESPAÑA

Inscripción: No Miembros SEHM 330 Euros (Aprox. Bs. 1.050) Incluye asistencia al Programa Científico, documentación del congreso y asistencia a comidas y recepciones.

CORREO gestac@congresosgestac.es / Tel. 958 13 29 49 y 958 18 33 39 / Fax 958 13 44 80

PAGINA WEB www.congresosgestac.es/mundial.html

PROGRAMA PROVISIONAL

	Miércoles 11	Jueves 12	Viernes 13		Sábado 14		
Mañana		Ponencia a Prof. Fernando Salmón	Ponencia B Prof. Rosa Ballester		Mesa 7	Mesa 8	Mesa 9
Mañana	Discusión	Discusión	Discusión	Discusión	Simposio Laín Entralgo		
Tarde	Mesa 1	Mesa 2	Trab. Lib.	Mesa 5	Mesa 6	Trab. Lib.	
Tarde	Conferencia Inaugural Dr. Luis García	Mesa 3	Mesa 4	Trab. Lib.	Asamblea SEHM		
Noche	Recepción Hospital Real		CENA DE GALA				

XLI CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Puebla y Ciudad de México, 7 al 12 de SEPTIEMBRE de 2008

Profesor Carlos Viesca, Presidente del Comité Organizador

1. Idiomas oficiales: castellano, inglés y francés.
2. Gestionan traducción simultánea, al menos en Plenarias
3. Página Web:
<http://www.facmed.unam.mx/eventos/congresos/cihm/index.html>
4. Recepción de Resúmenes hasta MARZO 31
5. Enviar texto completo antes de mayo 31
Enviarlos a cviesca@frontstage.org.

INSCRIPCIÓN: \$US 390, o su equivalente en Pesos Mexicanos (hasta mayo 31)

SEPTIEMBRE 7 1 a 6 pm INSCRIPCIONES

6 pm CEREMONIA INAUGURAL

SEPTIEMBRE 10 DIA LIBRE

CENA de CLAUSURA septiembre 12

VII CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE SALUD-ENFERMEDAD DE LA PREHISTORIA AL SIGLO XXI

La Junta Directiva de la SVHM informa a Miembros y amigos acerca del VII Congreso Internacional sobre Salud Enfermedad: De la Prehistoria, al siglo XXI

SEDE: Museo Nacional de Antropología, Auditorio Fray Bernardino de Sahagún.

FECHA: Ciudad de México, del 2 al 7 de septiembre de 2008

TEMAS:

- Condiciones de salud, enfermedad, métodos curativos y terapéuticos en la época prehistórica
- Condiciones de salud, enfermedad, métodos curativos y terapéuticos durante la época histórica
- Condiciones de salud, enfermedad, métodos curativos y terapéuticos, siglos XIX al XXI
- Impacto social de la Medicina moderna, los métodos curativos alternativos y los avances científicos y tecnológicos, sobre las condiciones de salud de las poblaciones actuales

Los interesados en participar deben enviar Título y Resumen de su ponencia, no mayor de media página, en Letra Arial 10, a doble espacio, antes de junio 30 del presente año, DIRECCIÓN: Prof. Elsa Malvido, Coordinadora del Proyecto

Email: emalvido.deh@inah.gob.mx

colonial.deh@inah.gob.mx