



REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Fundada en agosto de 1945
Director-Fundador: Dr. JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ

Órgano de la SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

CONTENIDO

	Pág.
➤ Historia de la Nomenclatura de los nervios craneales. Trabajo de Incorporación. <i>Dr. Francisco Plaza Rivas</i>	7
➤ Juicio crítico al trabajo: Historia de la Nomenclatura de los nervios craneales. <i>Dr. Abraham Krivoy</i>	17
➤ El prototipo de un pediatra cirujano, Harald Hirschsprung (1830-1916). <i>Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry</i>	21
➤ Salud Pública: Dr. José Ignacio Baldó. Trabajo de Incorporación. <i>Dr. Berardo Jesús López Moreno</i>	28
➤ Juicio crítico al trabajo: Salud Pública: José Ignacio Baldó. <i>Dr. Abraham Krivoy</i>	44
➤ Los Colegios Nacionales, con especial referencia al de Cumaná. <i>Dr. Luis Herrera García</i>	46
➤ Internet: Aportes para los estudios de medicina. <i>Dr. Rafael Romero Reverón</i>	57
➤ De Halsted a nuestros días. Evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. <i>Dr. Gonzalo Rafael Barrios Lugo</i>	59
EVENTOS Y NOTICIAS	
➤ In Memoriam: Dr. Pedro José Manrique Lander. <i>Dr. Cutberto E. Guarapo Rodríguez</i>	65
➤ Palabras para el recuerdo: Homenaje al Dr. Francisco Plaza Izquierdo. <i>Dra. Nora Bustamante Luciani</i>	67
➤ Agradecimiento	69

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

El presente número es publicado bajo el patrocinio de
BANESCO BANCO UNIVERSAL

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 (†)
Áreas: 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. 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 martha.fortique@yahoo.com

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 - Francisco Plaza Rivas, 2008..
- 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 Iragorry, 1953 - Foción 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 Beauperthuy 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 XXXI): 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): Calle Los Higuierotes, Manzana K, N° 1, Casa Magda. Prado de María. Telf.: (0212) 631.19.21 / (0414) 256.09.92

Plaza Rivas, Dr. Francisco (Sillón VII) Clínica Santa Sofía. Caracas. Teléfono 0414- 2556478.

Potenziani Bigelli, Julio César (Sillón XXIV) Av. 10, Res. Avilana, piso 1, Apto 101-A – Altamira, Caracas. Telf.: (0212) 2642269 – (0416) 6063276. E-mail: julpotb206@cantv.net - jpotenziani@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.

CORRESPONDIENTES NACIONALES

Distrito Federal

Blanco Rengel, César
Briceno-Iragorry Leopoldo
Cabrera Domínguez, Guillermo
Cappelletti, Angel J.
Carvallo Ganteaume, Marcel
Coello C, Alfredo
Contreras Blanco, Jairo
Escalona, Roger
Genis, Abraham
Herrera, Francisco
Herrera García, Luis Enrique
Méndez Sereno, Coromoto
Nuñez G. Germán R.
Pollak-Etz, Angelina Sáenz
Ponce Ducharme, Pedro Luis
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
Chalbaud 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
Santeliz G, José

MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Argentina

Aznárez, Enrique P.
Kohn Loncarica, Alfredo
Voza, 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
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
Cabrera Reyes, Miguel O.
Cruz de Quintero, Angela
Guarapo R, Cutberto
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.

HISTORIA DE LA NOMENCLATURA DE LOS NERVIOS CRANEALES

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

Dr. Francisco Plaza Rivas

RESUMEN

Se describe la nomenclatura de los nervios craneales a través de la historia, Galeno en el siglo II, señaló siete nervios craneales. Willis indicó diez pares de nervios craneales. El Vago, X nervio, fue el primero en ser descrito, hacia el año 100 dC. Falopio reunió en un solo nervio con tres ramas oftálmica, maxilar y mandibular, que se consideraban como nervios separados; en uno solo: el Trigémino. Desde el año 1998 se considera al nervio Terminal como el par craneal "0" (Nervio Vómero nasal), por lo que se consideran actualmente 13 pares de nervios craneales.

Palabras clave: Historia, Nomenclatura, Nervios craneales

ABSTRACT

Through history, the cranial nerves nomenclature has been described. Galeno pointed out seven cranial nerves, Willis signaled 10 cranial nerve pairs. The Vagus, the X nerve, was the first one to be described, near year 100 a JC. Falopio joined in just one nerve 3 branches: oftalmic, axilar and mandibular, which were considered separates entities, in the Trigemini nerve. Since 1998, the Terminal nerve is considered as cranial nerve "0" (Vomer nasal nerve). Therefore, actually, the cranial nerves nomenclature describes 13 pairs.

Key words: History, Nomenclature, Cranial nerves

Antes de comenzar con las exposiciones de la tarde de hoy, deseo dar las gracias en mi nombre y nuestra familia, por las manifestaciones de condolencia de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, representada por el Dr. José Francisco y todos sus miembros, ante la desaparición física de nuestro querido padre Dr. Francisco Plaza Izquierdo, acaecida en Caracas el 25 de diciembre del año pasado, quién era Miembro Emérito y Ex presidente de la Sociedad.

Mi padre fue quien me inició en la ciencia y arte de curar con las manos, y nos inculcó su amor por las ciencias del saber, en especial la historia. Reciente está en el recuerdo las tardes dominicales familiares en su residencia, donde luego de jugar un par de partidas de dominó y cenar en forma informal, comenzábamos con

la gran mayoría de mis hermanos las tertulias sobre temas de historia universal y de Venezuela, mitología, astronomía, geografía y los recuerdos de familia, en especial de nuestro tío abuelo José Izquierdo, llamado por nosotros Tío Pepe.

Hoy me incorporo como Miembro Numerario en el Sillón 7, que ocupó la Dra. Nora Bustamante Luciani al quedar vacante desde el 6 de octubre del 2004, por haber sido nombrada Miembro Emérito de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

PANEGÍRICO DE LA Dra. NORA BUSTAMANTE LUCIANI

Nació un 24 de abril, en la primera mitad del siglo XX en la ciudad de Maracaibo, capital del

Presentado el 30 de enero de 2008. Recibido el 3 de marzo de 2008.

Estado Zulia. Es la segunda de seis hijos habidos del matrimonio de Francisco Eugenio Bustamante de Guruceaga con Ítala Rosa Luciani Eduardo. Su abuelo paterno Francisco Eugenio Bustamante, eminente médico, nacido en Coro y residenciado en el Zulia; fue el primero en practicar en Venezuela una ooforectomía por quiste gigante del ovario derecho (1874). Asimismo su bisabuela paterna, María Concepción Urdaneta, era descendiente del general Rafael Urdaneta.

Realizó la educación primaria en el colegio Sucre de Maracaibo, la secundaria en el Instituto Maracaibo y la educación superior en la Universidad Central, obteniendo el Título de Doctora en Ciencias Médicas, en 1946, Promoción Dr. José María Vargas. Tesis de grado: Condiciones Médico-Sociales Asistenciales del Municipio Lagunillas, Estado Zulia. 1947.



Figura 1. Dra. Nora Bustamante Luciani. Miembro Emérito de la SVHM.

Su pasión por la historia queda plasmada como Directora del Archivo Histórico de Miraflores desde los años 1979 hasta 1986, donde publica “**Índice de los primeros cien números del Boletín del Archivo Histórico de Miraflores**” en 2 tomos. Otras obras

publicadas son “**Isaías Medina Angarita**” Caracas 1985. “**Memoria de los tiempos difíciles**” Caracas 1990.



Figura 2. Recibiendo su Grado de Médico en la UCV, febrero 1946.

Ocupó el Sillón VII de Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, durante 17 años, desde el 30 de septiembre de 1987, hasta el 5 de octubre de 2004. El título de su trabajo de incorporación es **Dr. Domingo Luciani “El Maestro”**. Fue presidenta de la Sociedad de Historia de la Medicina durante el período 1995-1997, siendo la primera mujer en ocupar dicho cargo. Desde el 6 de octubre de 2004 es Miembro Emérito de dicha Sociedad.

Pertenece a la Academia Nacional de la Historia como Miembro Correspondiente por el Estado Miranda, desde abril de 2001. Título de su Trabajo de Incorporación: “**Nuestra mujer académica**”

Sus dotes humanísticas se ven en la fundación de tres grupos literarios en funcionamiento:

- (1) Grupo literario “**Semana**”, Maracaibo, mayo 1965.
- (2) Grupo literario “**Visión**”, Caracas, marzo 1965.
- (3) Grupo literario **Llya Rivas de Pacheco**”, San Cristóbal, mayo 1993.

Ha dado numerosas charlas y discursos sobre diversos tópicos, donde se aprecia su admiración por el general Isaías Medina Angarita y los doctores Francisco Eugenio Bustamante y Domingo Luciani Eduardo.



Figura 3. Presidente de la Sociedad de Historia de la Medicina 1995 – 1997.

Con justicia ha recibido la Condecoración “**Orden Andrés Bello**” en su Primera Clase, en el año 1994 y la Condecoración “**Orden de Mérito al Trabajo**” en su Primera Clase, en el año 1995. En junio de 2007 recibió placa de reconocimiento como “**Mujer Distinción 2007**”, por Solidaridad Internacional Valle de Caracas.



Figura 4. La Dra. Bustamante y su sucesor en el Sillón 7 de la SVHM.

Ocuparemos desde hoy el Sillón N° VII de Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, que tan dignamente perteneció a la Dra. Bustamante Luciani; el cual permanecía vacante desde octubre de 2004, fecha en que fue designada como Miembro Emérito de la Sociedad. Pido a la Divina Providencia que nos guíe para ocupar este sillón con tanto acierto, como mi antecesora.

HISTORIA DE LA NOMENCLATURA DE LOS NERVIOS CRANEALES

Los trece pares de nervios craneales como los conocemos en la actualidad no siempre fueron así. Han podido ser menos, diez, nueve o siete, o más, hasta quince. **Claudius Galenus (Galeno)** (129-210 ó 216), describió siete nervios craneales (1,2). **Gabriel Falopio** (1523-1562), unió lo que se creía hasta entonces como tres nervios sensitivos faciales en tres ramas, oftálmica, maxilar y mandibular, en un mismo nervio que a partir de allí se denominó de los tres gemelos o trigémino (3).

Thomas Willis (1621-1675) a quien se debe la división de los nervios en raquídeos y craneales, había agrupado los nervios craneales en diez pares: (I) Nervio olfatorio, (II) Nervio óptico, (III) Nervio motor ocular común, (IV) Nervio patético, (V) Nervio trigémino, (VI) Nervio motor ocular externo, (VII)

Nervio facial y auditivo, (VIII) Nervios glossofaríngeo, neumogástrico y espinal, (IX) Nervio Hipogloso mayor y (X) Nervio suboccipital (4).

Thomas Willis dividió el nervio facial (VII nervio) en una porción dura o facial propiamente dicho, y una porción mollis o auditiva, siendo separados como séptimo y octavo nervios por **Samuel Soemmerring** (1755-1830). **Achillini**.

Alejandro (1463-1512) y **Andrés Vesalio** (1514-1564) incluyeron al nervio troclear o patético (IV nervio), como formando parte del nervio oculomotor o motor ocular común (III nervio) y **Falopio** lo estudió como un nervio aparte, siendo nombrado como troclear o similar a una polea por el inglés **William Mollins** (1617-1691).

I.	Nervio olfativo
II.	Nervio óptico
III.	Nervio motor ocular común
IV.	Nervio patético
V.	Nervio trigémino
VI.	Nervio motor ocular externo
VII.	Nervio facial y auditivo
VIII.	Nervio glossofaríngeo, neumogástrico y espinal
IX.	Nervio hipogloso mayor
X.	Nervio suboccipital

Figura 1. Los diez pares craneales descritos por Thomas Willis (1621 – 1675).

El noveno nervio o glossofaríngeo (IX nervio), fue paseado por toda la anatomía de los nervios craneales; **Galeno** unió el glosso-faríngeo al abducens o motor ocular externo (VI nervio), **Falopio** lo consideró como un nervio independiente en el año 1561, para que **Willis** lo uniera al vestibulococlear; hasta que finalmente **Soemmerring** lo separó como noveno nervio. El nervio más antiguo descrito es el neumogástrico (X nervio), descrito por Marino en el año 100 dC. nombrado como vago, de “vagar” en latín por su errático y prolongado recorrido por **Domenico de Marchetti** (1626-1688) de la Universidad de Padua, Italia. **Jacob Winslow** adosó el nervio hipogloso (XII nervio) al noveno nervio y **Soemmerring** lo separó como duodécimo nervio craneal (3).



Figura 2. Claudio Galeno 129 – 216, Italia.

La más reciente nomenclatura internacional (1998), además de los doce pares conocidos tradicionalmente; incluye al nervio terminal como nervio craneal (nervio craneal 0), a pesar de ser atrófico en los humanos y estar relacionado con el nervio olfatorio, también se le conoce a este nervio como nervio vomeronasal (5).

Vamos a considerar cada uno de los trece pares de nervios craneales actualmente aceptados, pero es de interés conocer brevemente la historia de la nomenclatura anatómica. La palabra **nomina** es latina y es el plural neutro de **nomen**, por lo que no puede decirse la **Nómina Anatómica** y mucho menos la **Nómina Anatómica**, lo correcto es los **Nómina Anatómica**, cuya traducción al castellano es **Nomenclatura Anatómica Internacional (INA)** por sus siglas en inglés y no “**Nomenclatura anatómica**” **Nómina Anatómica** han habido muchas en la historia, pero **Nomenclatura Anatómica Internacional** no hay sino una: los **Nómina Anatómica**.

La primera Nomenclatura Internacional fue la elaborada en latín por los anatomistas de lengua alemana a instancias de **Wilhelm His**, aprobada en el IX Congreso de la Sociedad Anatómica Alemana, que se celebró en Basilea (Suiza) en el año 1895; publicada inicialmente con el nombre de **Nómina Anatómica**; en inglés se refieren a ella como **Basle Nomina Anatomica o BNA. (Nomenclatura Anatómica { Internacional } de Basilea)**, que se impuso en Alemania y en buena parte de América.

Con anterioridad a la II Guerra Mundial, se publicaron casi simultáneamente una revisión británica, otra estadounidense y una alemana, que complicaron la situación. La que más importancia alcanzó fue la alemana, publicada en 1935 y conocida en inglés como **Jena Nomina Anatomica o (JNA)**. En un intento de uniformar la nomenclatura anatómica, la Federación Internacional de Asociaciones de Anatomistas (FIAA) creó en 1950 un Comité Internacional de Nomenclatura Anatómica que elaboró una nueva nomenclatura latina internacional, aprobada en 1955 con motivo del VI Congreso Federal Internacional de Anatomía celebrado en París: **los Parisiensia Nomina Anatomica** o, en inglés, **Paris Nomina Anatomica o PNA (Nomenclatura Anatómica { internacional } de París) o INA, siglas en inglés de International Nomenclature Anatomical**.

Luego de una disputa en 1985 entre la FIAA y el Comité Internacional de Nomenclatura Anatómica, terminó con la ruptura de relaciones entre ambos organismos en 1989, cuando el Comité publicó la sexta

edición de los **Nomina Anatomica** sin someterla a aprobación del XIII Congreso Federal Internacional de Anatomía celebrado en Río de Janeiro. En agosto de 1989, la FIAA decidió crear un nuevo Comité Federal de Terminología Anatómica (FCAT) con el fin de elaborar una nueva nomenclatura anatómica internacional, que luego de 13 reuniones, el nuevo Comité publicó en 1998 la nueva **Terminología Anatómica** (TAI), que ha sustituido a los **Nomina Anatomica** como nomenclatura anatómica oficial en todo el mundo (6-10).

NERVUS CRANEALIS o, también llamado **NERVIO TERMINAL**

Es el último nervio aceptado por la **Terminología Anatómica Internacional**, en el año 1998. Consta de algunos finos nervios, parcialmente ramificados, que se encuentran asociados al nervio olfatorio, ubicándose a lo largo del borde medial de los bulbos y tractos olfatorios. Ejerce una función en la migración de neuronas liberadoras de gonadotropinas (GnRH). Se supone la existencia filogenética de un sector del cerebro y de un nervio común, que integra el nervio terminal, con los nervios olfatorios y los vomeronasales, para la detección de olores y la orientación en la búsqueda de alimentos, detección de feromonas y regulación vascular nasal (11,12).

NERVI OLFATORII (Nervio olfatorio)

I NERVIO CRANEAL

Olfatorio viene del latín **olfacere** “oler”. Fueron observados por primera vez por **Theo Theophilus Protospatharius**, médico del emperador bizantino Heraclio del siglo VII dC. Originalmente se aplicó a las cintillas olfatorias. **Barcia Goyanes, Juan José** refiere que **Claudio Galeno** ya las conocía y también su relación con la olfacción, pero no les atribuyó carácter de nervios por ser mucho más blandos que ellos, y las consideró como una parte del cerebro. El primero en hablar de nervio olfatorio fue **Gabriele De Zerbis** (1445-1505). A **Willis** se le debe la consideración de primer par craneal. **Max Schulze** demostró su relación con el neuroepitelio de la mucosa nasal. **Bartholin, Caspar** (El viejo) (1585-1629), fue el primero que describió y publicó la función del nervio olfatorio. En la actualidad se entiende por nervio olfatorio el conjunto de fibras nerviosas originadas en las células neuronales bipolares del epitelio olfatorio de las fosas nasales que alcanzan el bulbo olfatorio después de atravesar

la lámina cribosa del etmoides (13,14).

NERVUS OPTICUS (Nervio óptico)

II NERVIO CRANEAL

Galeno en el siglo II describió a los nervios ópticos como canales neumáticos transportadores de sensaciones desde los ojos al cerebro y describió la decusación del nervio sin darle nombre, señalaba que unos negaban a este nervio el nombre de tal y lo consideraban como un conducto, otros atendiendo a su función lo consideraban un nervio. Este nombre fue correctamente traducido del árabe al latín y nunca se ha perdido. **Rufo de Éfeso**, siglo II, llamó a la decusación de los nervios ópticos con el nombre de “quiasma” (del griego chiasma “línea de dos cruces; la forma de la letra chi “X”). La primera representación del quiasma en la que se muestra un entrecruzamiento entre las fibras ópticas aparece en un libro de oftalmología del sirio **Califa Ibn Abi Al-Mahasin** (1266), en la que señala el entrecruzamiento de todas las fibras nerviosas. En 1573 **Varolio, Costanzo** publica el primer libro sobre el nervio óptico, señalando su origen en la pared del tercer ventrículo. **René Descartes** (1596-1650) creyó en la representación mecánica de la visión y negó la existencia de una decusación quiasmática de los nervios ópticos, para él cada nervio se originaba en el ventrículo lateral continuándose por una ruta paralela al quiasma para terminar en la retina; además se transmitía hacia la pineal separadamente desde cada ojo antes de ser memorizado por el cerebro. La nomenclatura anatómica de Jena (INA) suprimió el nervio óptico de la serie de los nervios craneales ya que su significado morfológico es el de un tracto del sistema nervioso central. La nomenclatura anatómica de París (PAN) consideró que lo arraigado de la expresión hacía aconsejable conservarla. Está constituido por los axones de las neuronas ganglionares de la retina y se extiende hasta el quiasma óptico donde se continúa con las cintillas ópticas que terminan en el núcleo geniculado lateral del tálamo (13-17).

NERVUS OCULOMOTORIUS (Nervio Oculomotor) III NERVIO CRANEAL

El nombre se debe a **Soemmerring**, y así ha sido adoptado por los nomenclaturas anatómicas. **Coetáneo de Bonells e Ignacio Lacaba** lo llamaron oculomotor o motor común de los ojos (motor ocular común en español, que es la traducción francesa de moteur oculaire común). Está formado por fibras eferentes somáticas generales que inervan el músculo elevador

del párpado superior y la musculatura extrínseca del globo ocular, excepto los músculos recto lateral y troclear, y por fibras parasimpáticas que se originan en el núcleo pupilar y terminan en el ganglio ciliar; este núcleo se le conoce también con el nombre de Edinger-Westphal, en honor a **Ludwing Edinger** (1855-1918), neurólogo y neuroanatomista alemán y a **Karl Westphal** (1833-1890) neurólogo alemán que describieron este núcleo pupilar.

NERVUS TROCHLEARIS (Nervio Troclear) IV NERVIO CRANEAL

Fue el último de los nervios craneales en descubrirse, y se le debe a **Achillini**. **Willis** lo llamó patheticus. Está constituido por fibras eferentes somáticas generales que inervan al músculo troclear (oblicuo mayor) del globo ocular del lado contralateral.

NERVUS TRIGEMINUS (Nervio Trigémino) V NERVIO CRANEAL

Este nervio a lo largo de la historia ha recibido tres nombres “tercer par”, “quinto par” y trigémino como refiere **Barcia Goyanes**. El nombre de tercer par es debido a **Galeno**. **Bartholinus, Thomas** (1616-1680) es el primero en llamarlo V par, mientras que el nombre

trigémino-trijumeau fue posterior y denominado así por **Winslow**. Este nervio está constituido por fibras aferentes somáticas generales que conducen estímulos exteroceptivos y propioceptivos de la cara y eferentes viscerales especiales que inervan los músculos de la masticación.

NERVUS ABDUCENS (Nervio Abductor) VI NERVIO CRANEAL

Este término se aplicó por vez primera al músculo rectus lateralis (recto externo) del globo ocular. **Galeno** lo había considerado como una parte del oculomotorius (motor ocular común). Fue **Winslow** quien lo independizó llamándolo moteur externe. A **Soemmerring** se le debe el nombre de nervus abducens. Es responsable de la inervación del músculo recto externo del globo ocular.

NERVUS FACIALIS (Nervio Facial) VII NERVIO CRANEAL

Barcia Goyanes refiere que **Willis** lo llamó séptimo par. **Soemmerring**, siguiendo a **Vicq d’Azyr**, lo denomina nervus facialis. El nervio facial se estudia conjuntamente con el nervus intermedius (nervio intermediario), término que se le debe a **Heinrich August Wrisberg** (1739-1808), anatomista alemán

Estos dos nervios conjuntamente considerados están formados por fibras eferentes viscerales especiales que inervan a los músculos de la mímica de la cara, músculos del estribo y el músculo cutáneo del cuello; fibras aferentes viscerales especiales (sensibilidad gustativa); fibras aferentes viscerales generales (sensibilidad cutánea del conducto auditivo externo y región retroauricular) y fibras eferentes viscerales parasimpáticas que terminan en los ganglios pterigopalatino y submaxilar.

NERVUS VESTIBULOCOCHLEARIS (Vestibulococlear) VIII NERVIO CRANEAL

Galeno ya había señalado que este nervio se componía de dos partes diferentes, acústica y estática. **Friedrich Henle** lo denomina nervus acusticus y **Jean Cruvelhier** huitième paire ou nerf auditif. La BNA lo llamó acusticus. La INA debido a que cuando recibió este nombre no se conocía su función estática los llamó estatoacusticus. Según la nota de la tercera edición del PAN (Nómina Anatómica Panamericana) hubo consenso general sobre que el nombre del nervio hiciera mención a las dos funciones, por lo que se dio el nombre de nervus vestibulocochlearis. Este

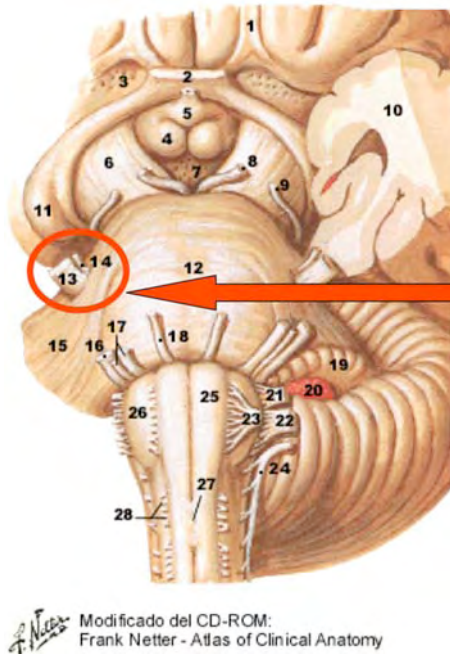


Figura 3. Raíces del Trigémino.

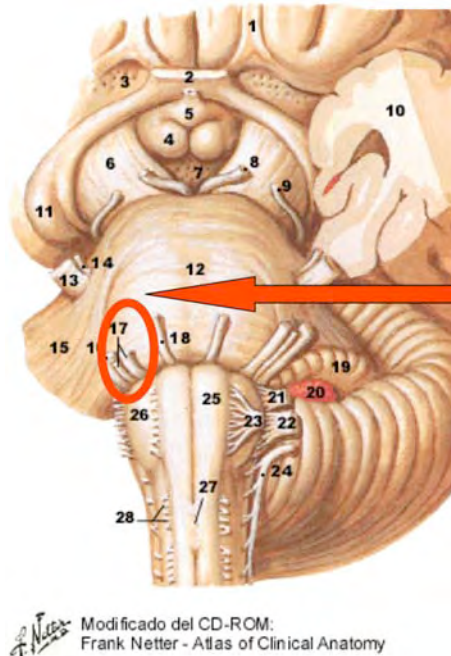


Figura 4. Raíces del Facial (VII).

nervio está constituido por fibras originadas en los ganglios vestibular y coclear para el equilibrio y la audición, y llegan al tallo encefálico a nivel del ángulo pontocerebelar.

NERVUS GLOSSOPHARYNGEUS (Glossofaríngeo) IX NERVIO CRANEAL

Glossofaríngeo proviene del griego **glossa** “lengua y **pharynx** “faringe” **Galeno** lo consideró como nervio independiente del vago incluido en el sexto nervio craneal, **Falopio** lo distinguió como un nervio separado en 1561, Willis lo incluyó como parte del octavo nervio craneal y **Albert von Haller** empleó por vez primera el nombre de glossopharyngeus. Posteriormente perdió su carácter independiente y se le unió nuevamente al vago. Se debe a **Andersch** la independencia de ambos nervios. **Vicq d’Azyr** actualizó el nombre de nerf glossopharyngien y **Soemmerring** le da el nombre de glossopharyngeus. Este nervio está constituido por fibras aferentes viscerales generales (sensibilidad táctil, térmica y dolorosa de la mucosa posterior de la lengua), fibras aferentes viscerales especiales (gustativas y presceptivas desde el seno carotídeo), fibras aferentes somáticas generales (piel

retroauricular), fibras eferentes viscerales (que inervan a los músculos estilofaríngeo y constrictor superior de la faringe) (13).

NERVUS VAGUS (Nervio Vago)

X NERVIO CRANEAL

Es el nervio más antiguo que se describió, y se le debe a **Marino** en el año 100 dC. Fue nombrado como vago “vagari” en latín por **Domenico de Marchetti** por su errático y prolongado recorrido. El nervio no recibió este nombre hasta que **Willis, Soemmerring y Henle** se refieren a él, como nervus vagus. Franceses y españoles prefirieron el nombre de pneumo-gastrique y pneumogástrico respectivamente. **Juan José Barcia Goyanes** señala que se trata de un nombre deficiente puesto que, por un lado pneumo significa aire y no pulmón, como quiere expresar, y por otro lado el nombre hace referencia sólo a dos de los numerosos órganos que el nervio recorre; y por lo tanto celebra el hecho de que los nominas hayan optado por vagus.

Este nervio está constituido por fibras aferentes somáticas generales (piel del dorso del pabellón auricular y conducto auditivo externo), fibras aferentes viscerales generales (faringe, laringe, vísceras torácicas y abdominales), fibras aferentes viscerales especiales (gustativas), fibras eferentes viscerales generales (parasimpáticas) y fibras eferentes viscerales especiales (músculos faríngeos y laríngeos).

NERVUS ACCESORIUS (Nervio Accesorio) XI NERVIO CRANEAL

Fue considerado por **Galeno, Vesalio y Falopio** como una rama del vago. Willis le dio el nombre de spinalis ad vagum accessorio. **Vicq d’Azyr** lo llama spinal en francés. Está formado por dos porciones la craneal y la espinal. La porción craneal se origina en la parte caudal del núcleo ambiguo y sus fibras se unen al nervio vago para formar el nervio laríngeo inferior o recurrente que inerva a los músculos de las cuerdas vocales. La porción espinal se origina en el asta anterior de los primeros segmentos medulares cervicales, las fibras emergen de la médula espinal y se unen en un tronco común que asciende hasta penetrar en el cráneo por el foramen magno; finalmente se hace extracraneal saliendo por el foramen yugular junto con el IX y X nervios e inerva a los músculos esternocleidomastoideo y trapecio.

NERVUS HYPOGLOSSUS (nervio Hipogloso) XII

1.	0 par:	Nervio terminal (Nervio vomeronasal)
2.	I par:	Nervio olfatorio
3.	II par:	Nervio óptico
4.	III par:	Nerviooculomotor (Nervio motor ocular común)
5.	IV par:	Nervio troclear (Nervio intermediofacial)
6.	V par:	Nervio trigémico
7.	VI par:	Nervio abducens (Nervio motor ocular externo)
8.	VII par:	Nervio facial (Nervio intermediofacial)
9.	VIII par:	Nervio vestibulococlear (Nervio estatoacústico)
10.	IX par:	Nervio glossofaríngeo
11.	X par:	Nervio vago (Nervio neumogástrico)
12.	XI par:	Nervio accesorio espinal

Figura 5. Nervios craneales en la nomenclatura actual.

NERVIO CRANEAL

Del griego hypo “abajo”; glossa “lengua”. Willis lo incluyó con el noveno nervio craneal.

El nombre de hipogloso procede de **Winslow**; **Vicq d’Ázyr** lo llamó nerf lingual. **Bonélls** y **Lacaba** lingual medio o hipogloso; **Henle** adoptó este nombre que no ha variado hasta nuestros días. Se trata de un nervio formado por fibras nerviosas eferentes somáticas para la inervación de los músculos de la lengua (13).

CONCLUSIONES

1. Los nervios craneales que conocemos actualmente, no siempre fueron 12. Galeno describió siete nervios craneales, Falopio unió los que se creían eran tres nervios sensitivos faciales: las ramas, oftálmica, maxilar y mandibular; en un solo nervio, el Trigémico. Willis, el padre de la neurología, describió diez nervios craneales, de los cuales el suboccipital no es un nervio craneal.
2. El nervio Vago (X nervio craneal) es el más antiguo que se describió y se le debe a Marino en el año 100 dC.
3. Al nervio Vago no se le debe llamar neumogástrico, porque es un término infeliz, ya que neumo significa aire. Además de los pulmones y el estómago, el Vago inerva varias estructuras anatómicas.
4. El penúltimo nervio craneal en describirse fue el Troclear (IV nervio craneal), y se le debe al médico y filósofo italiano Alejandro Achillini.

5. Aunque el nervio óptico (II nervio craneal) es en realidad un tracto nervioso, lo arraigado de su uso hace que se le siga considerando como un nervio.
6. El Glossofaríngeo (IX nervio) fue paseado por toda la anatomía de los nervios craneales, hasta que Samuel Thomas Soemmerring lo separó como noveno nervio.
7. El último nervio aceptado por la nomenclatura anatómica internacional data desde el año 1998 y corresponde al nervio craneal “0” (nervio terminal o vomeronasal), separado del nervio olfatorio.

ANATOMISTAS MENCIONADOS

ACHILLINI, Alejandro (1463-1512)

Filósofo y médico nacido en Bolonia, dedicó parte de su vida a la anatomía. Publicó tres obras: *Corporis humani anatomia*; *In mundinis anatomiam adnotaciones* y *Anatomica adnotationes*. Fue profesor en Padua y Bolonia donde sus disertaciones filosóficas le valieron el nombre de “segundo Aristóteles”

ANDERCH, Karl Samuel (1732-1777)

Anatomista alemán, nació el 17 de septiembre de 1732 en Jatschen, Lituania y murió en 1777 en Königsberg. Estudió en Göttingen siendo uno de los mejores discípulos de Victor Albrecht von Haller. Es recordado por el ganglio petroso y el nervio glossopharíngeo (18).

BARCIA GOYANES, Juan (1901-1903)

Anatomista, neuropsiquiatra y neurocirujano español, nacido en Santiago de Compostela y fallecido en Valencia. Estudio medicina en la Universidad de Santiago, luego fue catedrático de anatomía de la Universidad de Salamanca durante 24 años, posteriormente obtuvo otra cátedra en la misma especialidad en la Universidad de Valencia durante 20 años; fue decano de Medicina, Rector de la Universidad de Valencia y miembro de la Real Academia de Medicina de Valencia. Principales obras: La nomenclatura anatómica de París (1960), Onomatología anatómica nueva: historia del lenguaje anatómico, El mito de Vesalio (1994), Canto de cisne (1995), Como el eco (2001) y Estudio de los términos anatómicos de la Biblia (2002).

BARTHOLIN, Caspar (1585-1629)

Anatomista, matemático y teólogo danés. Fue el primero que describió la función del nervio olfatorio (19).

BARTHOLIN, Thomas (1616-1680)

Anatomista y matemático danés, hijo de Caspar Bartholin, fue el primero en llamar al trigémino V par craneal (20).

BONÉLLS, Jaime

Anatomista español. Coetáneo de Ignacio Lacaba, publicando ambos "Curso completo de Anatomía" que constituyó una obra fundamental del siglo XVIII.

CRUVELHIER, León Jean Baptiste (1791-1874)

Médico francés. Fue el anatomista más destacado de Francia de la primera mitad del siglo XIX; fue discípulo directo de Dupuytren y seguidor de Soemmerring. Ocupó la Cátedra de Anatomía y posteriormente la de Anatomía Patológica. Su tratado de Anatomía descriptiva (1834-1836) en cuatro volúmenes, mantiene un criterio topográfico y funcional aplicado a la morfología.

DE ZERBI, Gabriel (1445-1505)

Nació en Verona y se formó en Padua, fue profesor en la Universidad de Padua y de la de Bolonia y médico de la corte papal de Roma, era también filósofo. Su tratado anatómico "liber Anathomie Corporis Humani" se publicó en Venecia en 1502.

EDINGER, Ludwing (1885-1918)

Neurólogo y neuroanatomista alemán. El núcleo pupilar del III nervio craneal, junto con Wessphal, lleva su nombre.

FALLOPIO, Gabrielle (1523-1562)

Anatomista italiano nacido en Módena y fallecido en Padua. Fue discípulo de Vesalio y le corrigió

con respeto varios errores al maestro, su única obra "Observationes anatomicae" fue publicada en Venecia en 1561. Su descripción del oído interno fue superior a la de sus predecesores. Describió al nervio troclear (IV nervio craneal).

GALENO, Claudio (129-199)

Nacido en Pérgamo y fallecido en Roma o Pérgamo. Hizo demostraciones y escribió sobre Anatomía. Describió siete nervios.

HALLER, Victor Albrecht (1708-1777)

Nació en Berna y estudió en la universidad de Leiden. Gran parte de su dedicación estuvo orientada hacia los estudios fisiológicos. Como anatomista publicó dos obras importantes: "Opera Anatomica Selecta" y la "Biblioteca Anatomica" (21)

HELEN, Friedrich (1809-1885)

Anatómico e histólogo alemán. Fue profesor de anatomía en Zurich, Heidelberg y Gotinga.

HIS, Wilhelm (1831-1904).

Anatomista suizo, fundador de la embriología humana. Relacionó las bases de la teoría neuronal con estudios embriológicos del desarrollo de las células nerviosas.

LACABA, Ignacio

Anatomista español, contemporáneo de Jaime Bonells autores en el siglo XVIII del "Curso completo de Anatomía"

MOLLINS, William (1617-1691)

Cirujano y anatomista inglés.

RUFO de Éfeso (Principios del siglo II dC)

Anatomista griego, celebre por sus investigaciones sobre el corazón y los ojos.

SOEMMERRING, Samuel Thomas (1755-1830)

Médico anatomista de origen polaco. En 1778 se doctoró con una tesis sobre los nervios craneales en la que proponía una clasificación de los mismos que superaba a la entonces aceptada de Willis y que con escasas modificaciones se sigue utilizando.

VAROLIO, Costanzo (1543-1575)

Médico anatomista y fisiólogo italiano en Bolonia y en Roma.

VESALIO, Andrés (1514-1564)

Nació en Bruselas, fue profesor de la Universidad de Padua. En 1543 publicó su gran obra "De humanis corpore fabrica". Estuvo como médico en la corte del emperador Carlos V y luego en la de su hijo Felipe II. En 1564 hizo una peregrinación a la Tierra Santa y en

el viaje de regreso murió en circunstancias oscuras en la isla griega de Zanthos o Zákynthos.

VIQ D´AZYR, Félix (1748-1794)

Anatomista francés. Su obra más importante es “Traité d` Anatomie et de Physiologie avec des plants coloriés représentant au natur les organes de l` homme et des animaux”

WESTPHAL, Karl (1833-1890)

Neurólogo alemán. El núcleo pupilar del III nervio craneal, junto con Edinger, lleva su nombre.

WILLIS, Thomas (1621-1675)

Médico inglés. Fue quien acuñó el nombre de neurología.

WINSLOW, Jacob (1669-1760)

Conocido también como Jacques-Bénigne Winslow, anatomista de origen danés, nació en Odense y murió en París, estudio en Holanda y París. Su obra “Exposition anatomique de la structure du corps humain” (1732)

WRISBERG, Heinrich August (1739-1808)

Médico alemán. El nervio Intermediario del Facial (VII nervio craneal) lleva su nombre.

REFERENCIAS

1. Biografías: Forjadores del mundo. Claudius Galenus, científico. Durango.[Disponible en línea] http://www.durango.net.mx/homeInterno2.asp?seccion=biografias/biografias_detalle.asp&id=456 [Consultado: mayo 2008]
2. Gómez Alvaro. Conceptos Galénicos. Rev Méd Chile. 2001; 129(3):327-329.
3. Vargas L, Uribe G, Velásquez M, Zapata A Velásquez M. La cara oculta de la Neuroanatomía. Universidad Pontificia Bolivariana, [Disponible en línea] caribdis.unab.edu.co/pls/portal/url/ITEM/4DB0E6B139A3470DE044003BA3D5405
4. Testut L, Latarjet A. Tratado de Anatomía Humana. Edit Salvat. Barcelona (España) 1972;Tomo 3:54-56.
5. Par craneal [Disponible en línea]. wikipedia.org/transcode.php?go=Par+craneal&PHPSESSID=4418fda4afca2862fe81a03360dac496 - 6k [Consultado, octubre 2007).
6. Navarro F. (Trad) Mini diccionario crítico de dudas. Salamanca [Disponible en línea] Panacea 2003; IV:13-14. www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tradyterm-Navarro.pdf [Consultado, Marzo 2008]
7. Castillo R. Los nervios craneanos o pares craneanos. Gac Méd Caracas. 1989;96:249-251.
8. Cardozo A. Nomenclatura Anatómica. Disinlmed. Caracas, 1998.
9. Viso Rodríguez J. Nomenclatura Anatómica Moderna. Caracas, 1989 UCV. Colección Estudios.
10. Terminología Anatómica. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2001.
11. Duque Parra J, Duque Parra C. Nervio Terminal: el par craneal cero. Revisión del tema. MedUNAB (Date: 01-DEC-06 [Disponible en línea] http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32145980_ITM (Consulta Nov 2007)
12. Gen Altruista: El órgano Vómero nasal. [Disponible en línea] <http://www.google.co.ve/search?q=Gen+Altruista%3A+El+%C3%B3rgano+V%C3%B3mero+nasal&btnG=Buscar&hl=es&sa=2> [Consultado, octubre 2007]
13. Afifi A, Bergman R. Neuroanatomía Funcional. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999
14. Ruiz T. A. Diccionario esencial de Anatomía del Sistema Nervioso Central. Universitat de Valencia. España. [Disponible en línea] www.uv.es/montes/diccionario/indice.htm [consultado: octubre 2007]
15. Carpenter M. Fundamentos de Neuroanatomía. 2ª edición. México: Panamericana; 1990.
16. Purves D, Augustine G. Invitación a la Neurociencia. Edit Médica Panamericana, 2001.
17. Hernández LC, López Muñiz A, Junceda J, Suárez E. Primeros documentos históricos sobre la vía óptica. Arch Soc Esp Oftalmol. 2002;77(11).
18. Andersch Karl S. Andersch German, anatomista. Born September 17, 1732, Jatschen, Lithuania; died 1777, Königsberg. Associated with: Andersch' ganglion. [Disponible en línea] www.whonamedit.com/doctor.cfm/213.html - 12k [Consultado Nov.2007]
19. Singer Ch, Underwood A. Breve historia de la Medicina. Madrid, Guadarrama, 1966. En: Gillispie C (Edit) www.historiadelamedicina.org/bartholin_viejo.html - 14k Bartholin Caspar. Historia de la Medicina.org. Caspar Bartholin. [Disponible en línea] (Consultado: octubre 2007)
20. Bartholin Thomas. Wikipedia in the Hutchinson encyclopedia. [Disponible en línea] sechttp://encyclopedia.farlex.com/Bartholin,+Thomas
21. Haller Albert von (Nuttall Encyclopædia) A celebrated anatomist, physiologist, www.fromoldbooks.org/Wood-NuttallEncyclopaedia/h/haller.html - 8k [Disponible en línea] www.homeoint.org/photo/h/haller01.jpg (Consultado:Nov,2007)

JUICIO CRÍTICO AL TRABAJO: HISTORIA DE LA NOMENCLATURA DE LOS NERVIOS CRANEALES, DEL DR. FRANCISCO PLAZA RIVAS

Dr. Abraham Krivoy*

Es un verdadero honor haber sido escogido por Dr. Francisco Plaza Rivas para realizar las consideraciones pertinentes a su trabajo "HISTORIA DE LA NOMENCLATURA DE LOS NERVIOS CRANEALES", requisito para su incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y ocupar el sillón N° VII, cuyo digno antecesor, la Dra. Nora Bustamante Luciani dejara vacante, al pasar como Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y cuyo intrínseco valor, representa para el Dr. Plaza Rivas un verdadero desafío para su futuro.

Desde que conocí al Dr. Francisco Plaza Rivas, he observado una conducta ejemplar en su cumplimiento, con mística y responsabilidad en todos sus actos. Prudencia y ética se destacan en todas sus acciones. Pero también es un relevante honor participar en su juicio crítico, porque prolonga en esta Sociedad, un apellido que ilumina las acciones de ella. Particularmente debo subrayar la permanente participación de su padre, el Dr. Francisco Plaza Izquierdo, durante mi período presidencial, porque representó un continuo y desinteresado apoyo, con sus sabias y oportunas participaciones, ya que me di a la tarea de convocar en forma permanente a todos los Consejeros y ex-Presidentes a las reuniones de la Junta Directiva, lo que dio seguridad a las acciones de nuestra Sociedad, la cual se encuentra en deuda permanente con el Maestro Plaza Izquierdo.

No puedo dejar de mencionar que fue el Maestro Plaza Izquierdo quien tímidamente me sugirió la invitación de asistir a esta Sociedad, lo cual

inmediatamente acepté ya que desde mi primera asistencia encontré una bella cantera de conocimiento y un faro de humanismo, que sin lugar a dudas, cumple con creces una extraordinaria función en nuestro quehacer diario. Lamentamos profundamente su desaparición el pasado 25 de diciembre, ya que todos hubiéramos disfrutado de su luminosa presencia y el Maestro hubiera disfrutado una vez más de los frutos que él preparó. Sin embargo, su hijo y todos nosotros nos sentimos cobijados por su enorme manto de sabiduría y humanismo.

El Dr. Francisco Plaza Rivas nació en Caracas el 3 de enero de 1945, siendo sus padres: Francisco Plaza Izquierdo y Flor Rivas Larrazabal. Realizó sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio Santo Tomás de Aquino, Campo Alegre, en el Municipio Chacao del Estado Miranda. Título de Médico Cirujano otorgado por la UCV año 1968. Curso de Post-gradó en Obstetricia y Ginecología, realizado en la Maternidad Concepción Palacios, entre octubre de 1968 y octubre de 1970 (Reconocido como Especialista I por el Colegio de Médicos del Distrito Federal desde el 17 de octubre de 1970).

Tiene nueve interesantes publicaciones que giran todas alrededor de su especialidad y de la historia de la medicina, algunos de las cuales se han convertido en textos de consultas. Posee múltiples trabajos presentados en congresos científicos. Realiza una brillante carrera hospitalaria y asistencial en diferentes centros y una carrera docente en la Facultad de Medicina de la Escuela "Luis Razetti", Cátedra de Anatomía Normal, desde octubre de 1973 hasta la fecha. Entre muchos reconocimientos y congresos solo mencionaremos:

- "Trabajador de Hierro" otorgado por el Ministerio

* Individuo de Número, SVHM.

de Sanidad y Asistencia Social, 31 de diciembre de 1985.

- Miembro Activo y Vocal de la Sociedad Médica del Hospital Materno Infantil del Este, período 1983-1989. 13 de noviembre de 1989.
- Reconocimiento del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, por 17 años de trabajo en el Hospital Materno Infantil del Este “Dr. Joel Valencia Parpacén.
- Miembro Numerario de la Asociación Panamericana de Anatomía.
- Participación en las Jornadas de Anatomía Aplicada UCV. 2000, en calidad de Jurado, realizadas el 24 de mayo de 2000. Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti, Departamento de Ciencias Morfológicas. Cátedra de Anatomía normal.
- Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina desde noviembre de 2001.
- Miembro Correspondiente Nacional de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, desde el 6 de julio de 2005.

Con respecto a su trabajo propiamente dicho, debo reconocer que lo que más me impactó, como creo que le sucederá a la mayoría de Uds., que después del título “Historia de la Nomenclatura de los Nervios craneales (nervi cranialis).

Comienza su trabajo así:

“*Los trece pares de nervios craneales como los conocemos en la actualidad no siempre fueron así. Han podido ser menos, diez, nueve, siete o más como quince*”. Ello motivó que me pusiera en contacto personal con el Dr. Plaza Rivas para que me abundara en eso de trece pares craneales ya que en la permanente literatura que recibo en mi especialidad, debo confesar que se encuentran en la época de doce pares craneales. El Dr. Plaza Rivas de inmediato me facilitó la información que se hallaba en Internet y que por cierto es bien abundante. Después de la revisión que haremos de su trabajo, me detendré al final para realizar algunas consideraciones sobre el nuevo nervio.

El Dr. Plaza Rivas describe que “*fue Claudius Galenus (Galeno) (129-210 o 216), describió siete nervios craneales. Gabriel Falopio (1523-1526), unió lo que se creía hasta entonces como tres nervios sensitivos faciales en tres ramas, oftálmica, maxilar y mandibular, en un mismo nervio que a partir de allí se denominó de los tres gemelos o trigémino. Thomas Willis (1621-1675) a quien se le debe la división de los nervios en raquídeos y craneales,*

había agrupado los nervios craneales en diez pares... el facial (VII nervio) en una porción dura o facial propiamente dicho y una porción mollis o auditiva, siendo separados como séptimo y octavo nervios por Samuel Soemmerring (1755-1830). ... El nervio más antiguo señalado es el neumogástrico (X nervio) descrito por Marino en el año 100 dC y nombrado como vago “vagar” en latín por su errático y prolongado recorrido por Domenico de Marchetti (12-188) de la Universidad de Padua, Italia. La última nomenclatura internacional (1998) incluye al nervio Terminal como nervio craneal 0, a pesar de ser atrófico en los humanos y estar relacionado con el nervio olfatorio. También se le conoce a este nervio como nervio vomeronasal.”

El Dr. Plaza Rivas realiza unas consideraciones respecto a la historia de la nomenclatura anatómica. “La palabra **nomina** es latina y es el plural neutro de **nomen**, por lo que no puede decirse **la Nómima Anatómica** y mucho menos la **Nómima Anatómica**, lo correcto es decir **los Nómima Anatómica**, cuya traducción al castellano es “**Nomenclatura Anatómica Internacional (INA)** sus siglas en inglés y no “**Nomenclatura anatómica**”

Nomenclaturas anatómicas ha habido muchas, en la historia, pero Nomenclatura Anatómica Internacional no hay sino una: **los Nomina Anatomica**.

La evolución del logro de esta nomenclatura no fue nada fácil ni rápida. “Después de 13 reuniones, el nuevo Comité publicó en 1998 la nueva **Terminología Anatómica (Terminología Anatómica Internacional)**, que ha sustituido a los **Nomina Anatomica** como nomenclatura oficial en todo el mundo.”

Continúa el Dr. Plaza Rivas con el análisis histórico de cada nervio craneal con sus detalles evolutivos y mi deseo es detenerme en el **NERVUS CRANEALIS 0** o también llamado **NERVIO TERMINAL (Nervio vomeronasal)**

Escribe el Dr. Plaza Rivas: “**NERVUS CRANEALIS 0** o también llamado **NERVIO TERMINAL (Nervio vomeronasal)** es el último nervio aceptado por la nomenclatura anatómica internacional en el año 1998. Consta de algunos finos nervios, parcialmente ramificados que se encuentran asociados al nervio olfatorio, ubicándose a lo largo del borde medial de los bulbos y tractos olfatorios y ejerce una función en la migración de neuronas liberadoras de la hormona gonadotrópica (GnRH). Se supone la existencia filogenética de un sector del cerebro y de un nervio común, que integra el nervio terminal con los

nervios olfatorios y los nervios vomeronasales para la detección de olores y orientación en la búsqueda de alimentos, detección de feromonas y regulación vascular nasal.”

En este punto quisiera abundar en pocos detalles sobre la importancia de esta comunicación y difusión. En 1956, fue en los insectos donde se describieron las feromonas. Luego se probó su existencia en mamíferos, en los que modulan la maduración y el comportamiento sexual, el celo e incluso el embarazo (las feromonas de un ratón macho pueden causar que una hembra embarazada por otro macho, aborte). En el humano se ha demostrado la existencia de este nervio durante la vida prenatal y durante los primeros meses de vida extrauterina, involucionando hasta desaparecer casi por completo en el adolescente. Sin embargo, algunos autores aseguran que persiste en la vida adulta, percibiendo feromonas sexuales, explicando de esa manera las emociones intensas que se pueden manifestar con la presencia de otra persona desconocida, ya sea que nos agrade o nos disguste, sin tener explicación racional.

Lo anterior actualiza la frase de la *química* del amor, muy utilizada hoy por los adolescentes. Son las *feromonas* los mensajeros químicos que los organismos secretan para, entre otras cosas, atraer parejas sexuales y cuya acción se realiza a través del nervio cero, que se conecta a zonas del cerebro que controlan el comportamiento sexual, sin pasar por el bulbo olfatorio.

Algunos fenómenos, como la sincronización de los ciclos menstruales de mujeres que habitan juntas, parecen responder a las feromonas. Un famoso estudio halló que, olfateando camisetas sudadas, las mujeres preferían a ciertos varones: aquellos cuyos genes MHC fueran distintos a los propios. MHC, del inglés *Major Histocompatibility Complex*, presente en todas las especies de mamíferos, tienen un grupo de genes estrechamente ligados y muy polimórficos, que fue descubierto por su implicación en el rechazo o aceptación de trasplantes o injertos de tejidos u órganos; de ahí deriva su nombre de Complejo Principal de Histocompatibilidad

Las moléculas codificadas por el MHC intervienen de un modo central en el desarrollo de las respuestas inmunes específicas, tanto la humoral como la celular, autoinmunidad y éxito reproductivo. La lógica evolutiva de esto, es que los hijos de padres con genes MHC distintos tendrán mejores sistemas inmunitarios, resultado de estudios aplicados en universidades de Edimburgo y Chicago. De ese modo el sistema inmunológico ayuda a prevenir el escarceo sexual entre miembros de una misma familia, mientras cumple otra de sus

tareas esenciales: aumentar las defensas naturales de los individuos que han de nacer como producto de la unión entre un hombre y una mujer. Su meta es incorporar a la nueva «mezcla» una batería diferente de recursos genéticos, de modo que resulte más resistente a las infecciones ya vividas por ambos organismos progenitores.

En la revista *Scientific American Mind* de febrero, 2007, Douglas Fields, describe el descubrimiento de un pequeño y frecuentemente ignorado nervio craneal que se conecta con las áreas cerebrales que controlan la reproducción. Una ballena piloto, sirvió de apoyo a científicos estadounidenses para demostrar el importante rol que juega cierta estructura del cerebro a la hora de elegir pareja sexual, según narra uno de los participantes de esta investigación, en un artículo publicado en febrero de este año en la mencionada revista “NERVIO CERO INDEPENDIENTE” no era un simple apéndice del nervio olfatorio, sino que su función era tan importante para la supervivencia, que aun en mamíferos cuya evolución había eliminado el olfato, (como las ballenas y los delfines) se mantenía activo.

De ahí que fuera tan importante para el profesor Fields y su equipo de biólogos y neurocientistas la oportunidad de analizar el cráneo de una ballena piloto muerta, para confirmar que este curioso nervio no estaba conectado a ningún bulbo olfatorio (el encargado de analizar los olores que llegan al organismo), sino que más bien su tarea discurría independiente de la existencia de éste.

Se confirmó así que el Nervio Cero es autónomo: siendo prácticamente nuestra «brújula» como seres sexuados, capaz de captar las feromonas de parejas potenciales aun sin la participación del también polémico órgano vomeronasal, el encargado de «oler» si nos gusta o no determinada persona. Además se confirmó que es un órgano neurosecretor, o sea, que facilita la liberación en la sangre de una potente hormona sexual, identificada como GnRH, incluso desde la etapa embrionaria del desarrollo. La **hormona liberadora de gonadotropinas** (GnRH, LHRH o LHRF) es una hormona liberada por el hipotálamo cuyo centro de acción es la hipófisis. Es un decapeptido que estimula la liberación de gonadotropinas (hormona luteinizante o LH y foliculo-estimulante o FSH) por parte de la adenohipofisis. El precursor contiene 92 aminoácidos. Las neuronas secretoras se localizan principalmente en el área preóptica del hipotálamo anterior y sus terminaciones nerviosas se encuentran en la capa externa de la eminencia media adyacentes

al tallo hipofisario.

No podríamos amar sin cerebro, pues ni, al parecer, sin feromonas. Pero eso no quiere decir, por supuesto, que el amor sea sólo el cerebro o las feromonas. Así como la poesía no son sólo las palabras, o el papel o la tinta en que están impresas (pero no puede existir sin esas palabras). Todo fenómeno humano tiene, por necesidad, que tener un sustento material. Los olores y feromonas pueden despertar recuerdos a veces muy lejanos, con intensidad sorprendente. Una galletita en el té produjo a Marcel Proust en su “En busca del tiempo perdido” saltar hacia el pasado y reconstruir una vida y una época. Se suele denominar, precisamente, *síndrome de Proust* a ese disparo a veces compulsivo de la memoria olfativa. El procesamiento cerebral de las percepciones olfativas reside en parte en el sistema límbico, que controla las emociones, la conducta y el almacenamiento de la memoria. De ahí esa estrecha conexión, que resulta fundamental para sobrevivir en un mundo en el que los olores son avisos necesarios, que son interpretados por el animal. Somos mamíferos y, por lo tanto, herederos evolutivos de todo un completo desarrollo de este sentido, una estrategia que tuvo éxito y que permite entender la importancia de toda esa neurofisiología del olfato, que relaciona la percepción de los olores a través del órgano vomeronasal con la regulación hormonal, las conductas, etc.

En 1991, **Richard Axel** y **Linda B. Buck**, del Centro de Investigación sobre el Cáncer Fred Hutchinson en Seattle (EE.UU), descubrieron una gran familia de genes que controlan la producción de receptores específicos (más de 1 000 genes diferentes, aproximadamente un 3 % de los que integran nuestro genoma, lo que da cuenta de la plasticidad y desarrollo de este sentido en nuestra herencia evolutiva) para diferentes sustancias. Su trabajo ha sido reconocido con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2004. Casi todos los vertebrados disponen de un epitelio olfativo, el lugar donde los compuestos volátiles son percibidos, en el fondo de la cavidad nasal, con millones de neuronas específicamente configuradas para recibirlos. La parte exterior de estas células tiene una morfología filamentosa, con prolongaciones de su membrana que forman una estructura ciliada,

una especie de filtro a modo de felpudo que puede identificar ciertos compuestos químicos reproductivos y las funciones sociales.

El nervio olfatorio: responde a las moléculas pequeñas y permite al perro conseguir discriminar las diferencias existentes entre miles de olores. - **El nervio trigémino:** suplente al olfatorio en caso de interrupción funcional del mismo y ayuda a proteger contra estímulos olorosos nocivos.

- **El nervio vomeronasal:** se ocupa de responder a las moléculas de mayor envergadura, como es el caso de las feromonas. Los perros tienen un órgano por encima del techo de la boca. Por muchos años, autores han sugerido que este órgano vomeronasal detecta feromonas. El órgano receptor es el órgano vomeronasal, localizado en el cartílago vomeronasal, en la parte más inferior y anterior del tabique nasal cartilaginosa

Las interacciones madres-crías en algunos mamíferos domésticos, responden a estas feromonas. En el borrego, el fluido amniótico que cubre a la cría recién parida, atrae a la hembra durante cuatro horas después del parto, por lo que reconoce a su cría y rechaza cualquier otra. Experimentalmente es factible provocar el rechazo de su propia cría, si se limpia el líquido amniótico. A la inversa la parturienta puede aceptar otra cría, si se le baña con su líquido amniótico dentro de las cuatro horas.

Todo lo anterior ilustra que la comunicación del Dr. Plaza Rivas actualiza un tema de genuina importancia científica e histórica. Por esa y muchas cosas buenas más, Dr. Francisco Plaza Rivas, quiero expresarle en nombre de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y en el mío propio, que nos sentimos muy honrados por este logro para su vida, en su labor científico-humanística y lo estimulamos a que continúe contribuyendo con nuestras reuniones y señalando el mejor camino para ayudar a nuestros semejante con las importantes contribuciones de su experiencia.

Le entregamos el Sillón N° VII que estamos seguros Ud. sabrá honrar y hará honor a la Dra. Nora Bustamante Luciani, su antecesora, que me atrevo a precisar se sentirá complacida por tan prometedor sucesor. Bienvenido a esta institución.

EL PROTOTIPO DE UN PEDIATRA CIRUJANO, HARALD HIRSCHSPRUNG (1830-1916)

Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry *

RESUMEN

El prototipo de un pediatra cirujano fue Harald Hirschsprung (1830-1916). Siendo pediatra, contribuye al conocimiento de enfermedades poco conocidas para la época. Describió la constipación en el recién nacido, debida a dilatación e hipertrofia del colon en 1886, pero falló en reconocer su origen en la porción no dilatada, como se sabe hoy día, en la enfermedad que lleva su nombre. En 1861 describe casos de atresia esofágica, con fístula traqueo-esofágica. Describe dos casos de estenosis hipertrófica del píloro en 1887 y con esto inicia un sinnúmero de contribuciones clínicas que llevaron en los años siguientes, a la solución quirúrgica de esos problemas. En 1876 reduce invaginaciones íleo cólicas, con métodos hidrostáticos.

ABSTRACT

The prototype of a pediatrician surgeon was Harald Hirschsprung (1830-1916). This personage contributes, being a pediatrician, to the knowledge of a series of diseases little known for the epoch. He described the constipation in the newborn child due to expansion and hypertrophy of the colon, in 1886, but he failed in recognizing the origin of the disease in the not extensive portion, since it is known today, in the disease that takes his name. In 1861 he describes cases of esophageal atresia, with tracheal-esophagic fistula. He describes two cases of hypertropic stenosis of the pylorus, in 1887 and with this work one initiate without number of scientific and clinical contributions that went then in the future years, to the surgical solution of the problems of these children. In 1876 he reduces invaginations ileum- colic with hydrostatics methods.

HISTORIA (1)

El primer texto de cirugía pediátrica se publicó a mediados del siglo XIX (1861), titulado “*Surgical Diseases in Children*” por John Cooper Forster, muy descriptivo, con excelentes litografías de las anomalías visibles incluyendo hemangiomas del brazo, labio, vulva, glándula parótida y cara. Describe el manejo de pacientes con cuerpos extraños en las vías aéreas, meningoceles y espinas bífidas, gastrostomías y colostomías.

En 1840-1860 MPGuersant, cirujano honorario de *Hôpital des Enfants Malades* de París escribe un libro

que es traducido al inglés por R Dunlison en 1873; contenía 73 capítulos y describe: fracturas, hidrocele, quemaduras, hendiduras de labio, hipospadias y malformaciones oculares, inicia la anestesia con cloroformo. Describe la ausencia del ano, además de trocares y *stents* para mantener abierta la incisión practicada. A partir de esta época se fundan los primeros hospitales pediátricos.

El *Hôpital des Enfants Malades* de París en 1852, *Children's Hospital and Nursery* de New York en 1852 y el *Hospital for Sick Children* de Boston en 1869, fueron los hospitales pioneros de la cirugía pediátrica. Simultáneamente aparecen cirujanos generales con un interés especial en las patologías quirúrgicas

*Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina

pediátricas, entre los que se destaca James Coley en 1846, quien es reconocido como el primer cirujano infantil, posteriormente aparecen Forster, Holms, Pollack, etc.

En 1852 Charles West, construyó el Hospital de Niños Enfermos en *Great Ormond Street* decía: “no hay problema quirúrgico en el niño que amerite un estudio o destreza especial”.

Para 1900, sin embargo, se reconocía que eran necesarias algunas destrezas. En América no existía ningún médico que dedicara su tiempo completo al tratamiento de problemas quirúrgicos en el niño. La invaginación había sido descrita varias centurias antes, malrotación, enfermedad de Hirschsprung, atresias esofágicas e intestinales, tumor de Wilm’s, hernia diafragmática, síndrome de Prune-Belly y ano imperforado eran todas bien conocidas. El éxito quirúrgico estaba retrasado con respecto al conocimiento de la enfermedad y aun su diagnóstico; y por tanto la mortalidad en estas patologías era frecuente, y en muchos casos inevitable.

El primer intento de reparar una atresia esofágica se le atribuye a Steele en 1888 sin éxito. Si el niño superaba el período neonatal se le podía poner un tubo antetórácico descrito por Bircher en 1894. Las interposiciones intestinales se realizaron por primera vez en 1907 cuando Roux llevó el yeyuno hacia arriba para reemplazar el esófago, también subcutáneo. Hasta que Chevalier Jackson introdujo el esofagoscopio de luz, las dilataciones del mismo eran a ciegas con tubos rígidos de caucho. La estenosis pilórica era tratada mediante gastroenterostomías hasta que Ramsted y Fredet en 1912 realizaron la piloromiotomía. La mortalidad por trastornos metabólicos llegaba a un 24 %. Las atresias duodenales e intestinales eran fatales hasta 1914, también la hernia diafragmática descrita en el siglo XVIII cuyo primer sobreviviente se informó en 1920, de un niño operado en 1901.

La anatomía tanto del ano imperforado como de los músculos elevadores y esfínter externo del ano, había sido descrita a mediados del siglo XVIII; la trascendencia de este conocimiento no era aplicada aún. En el siglo XIX un cirujano francés describió lo que él hacía: pasar un instrumento rígido a través del orificio distal de las colostomías y a nivel del periné abría hasta encontrarlo. Sin embargo, la alta mortalidad asociada a las colostomías hacía de éste un procedimiento poco usado.

En Venezuela, corresponde a José Manuel Escalona (2) el primer escrito sobre cirugía pediátrica. Se trata de una conferencia publicada en el primer número

de la Gaceta Médica de Caracas (1894), dictada en febrero 18 del mismo año en el Hospital de “Linares” (1893-1907), fundado por José Manuel de los Ríos, primer pediatra venezolano o como lo denominó José Francisco “partero de la pediatría nacional” (3). Decía el Dr. Escalona: “*vengo hoy, a iniciar un curso libre de Cirugía Infantil, y en él me esforzaré por señalar a los jóvenes estudiantes los peligros en que pueden caer, como he caído yo también, falto de una guía segura. Tal es mi propósito al demandar hospitalidad científica en este recinto augusto de la caridad*”. Más adelante decía “*las enfermedades quirúrgicas de los niños, por su variedad, carácter o importancia, exigen, de modo imperioso, que se estudien, sobre todo, en las clínicas, porque es casi imposible el que podamos darnos cuenta y razón exacta del proceso patológico por la sola lectura de un artículo de una obra clásica, etc.*”

Decía “*todas las afecciones quirúrgicas de los niños pueden reducirse a tres grandes agrupaciones: afecciones congénitas, adquiridas y traumáticas*”. Más adelante hace una bella descripción de cómo debe hacerse el examen de un niño y habla de algunas destrezas quirúrgicas sobre todo de afecciones por trauma u ortopédicas: “*El examen de un niño con el objeto de obtener datos seguros para formular un diagnóstico serio y verdaderamente científico, reclama actitudes particulares y procedimientos espaciales. Al acercarnos al lecho de un enfermito, os encontrareis en la misma situación embarazosa del que llega por primera vez a un país extraño, cuya lengua y costumbres ignora en absoluto, y ha menester aprenderla y conocerlas, el niño antes de saber hablar, tiene su idioma propio y no expresa realmente sus sensaciones, ya con palabras incompletas, ya con signos, sino aquellos, a quienes ama. Así pues es preciso de que el niño gane un poco de confianza. Nunca vayáis directamente a él, porque lo vas a sorprender, como sorprende lo inesperado, sentaos distante de él, conversad con los padres, habituadlos primero a vuestra presencia, luego acercaos tranquilamente, hablándole con dulzura para luego proceder al examen, cuidando de no llevar directamente la mano a la parte enferma. Durante el examen conversa con él, de sus juegos, deseos, caprichos y aprovecha ese tiempo para observarlo detenidamente; así tomareis los datos de pulso, respiración, posición y podrás sorprender cualquier expresión de dolor, ya espontáneo, ya provocado por los movimientos o por la palpación. No le hagais llorar ni gritar o traten de detenerle cuando huya o se esquite. Estas serán las bases de un diagnóstico*

inequívoco, o por lo menos muy aproximado en los casos oscuros “.

Luis Razetti en 1895 (4), habla sobre un caso de absceso hepático en una niña de 21 meses de edad y luego en 1897 (5) el primer informe del tratamiento de una “cura radical” de hernia inguinal en un niño de 14 meses de edad. Decía: “portador de una hernia inguinal congénita del lado derecho, con el fin de someter a mi consideración si era posible aplicar a aquel enfermito el tratamiento quirúrgico, dada la imposibilidad de mantener en él un braguero apropiado que sostuviera siempre en su sitio. Este niño se operó con cloroformo para la anestesia; la asepsia fue rigurosa y sólo emplee como antisépticos la solución boricada al 4 % en agua estéril, gasa boricada y el salol, curó la hernia en 20 minutos”.

Decía más adelante: “*en presencia de un niño portador de una hernia inguinal, qué conducta tomar: Lucas-Championnière aconsejaba no operar por ineficaz, peligrosa y puede ser reemplazada por otra cosa más simple, y debe intervenir sólo a los seis años en adelante; Paul Berger participa de la misma opinión y recomendaba el uso del braguero; A. Broca también; Forgue operaba a los quince años y así otros autores*”. O sea que Razetti fue un valiente creemos.

Acosta Ortiz en 1903 reporta un osteosarcoma de la garganta del pie. Juan Manuel García Parra en 1916 habla de imperforación de himen y vagina y de hematocolpos. Plácido Daniel Rodríguez Rivero (1917) en sus notas clínicas de cirugía habla de niños. Julio Rivas Morales refiere en 1920 un caso de apendicitis gangrenosa en un niño. Salvador Córdova habla en 1921 y 1922 de las complicaciones quirúrgicas de las disenterías agudas y Francisco Flamerich informa el primer caso de estenosis hipertrofia del píloro operada en Venezuela en 1935 en la Revista de la Policlínica Caracas (6).

Así se encontraba la cirugía pediátrica a finales del siglo XIX. Observamos algunos hospitales del mundo dedicados al estudio de los niños. Uno de estos fue el hospital de Copenhagen, a cuya cabeza se encontraba un hombre de una voluntad formidable y gran determinación. Su profesión no era la de cirujano, pero su nombre se verá adherido a la historia de esa especialidad por sus formidables contribuciones. Este cirujano de corazón fue el primer pediatra Danés, *Dr. Harald Hirschsprung*.

Había nacido en Copenhagen, Dinamarca en un diciembre 14 de 1830. Su padre fue un próspero hombre de negocios, de origen alemán (Frankfurt

am Main), Abraham Marcus Hirschsprung. Éste poseía la más grande factoría de tabacos de la zona y por muchos años la más grande del mundo. No se dedicó Harald, como quería su padre al negocio, sino que empezó a estudiar medicina, para convertirse en uno de los más grandes pensadores de la medicina danesa.

En 1848 pasó los exámenes, calificando para entrar a la universidad. Estudió medicina terminando sus estudios en 1855. Como joven interno, reveló gran interés por la investigación. Posteriormente dirigió su interés hacia la pediatría, e ingresó a la *Royal Maternity Hospital*. Su maestro, Edgard Marius Levy, fue un gran estudioso de las enfermedades de los neonatos, tanto clínicamente como desde el punto de vista pato-anatómico. Éste le mostró dos casos de atresia de esófago, observados en 1845 y 1846, respectivamente. Hirschsprung se entusiasmó de gran forma, tanto que durante su pasantía por el hospital antes mencionado, observó otros cuatro casos de atresia esofágica en 1860. Estudiando sobre el tema encontró un séptimo caso, de 1856, del mismo hospital y con ese material, se puso a trabajar en su tesis doctoral. La presentó en 1861 y con escasos 31 años la defendió con gran éxito, “*The Congenital Occlusion of the Esophagus, together with a contribution to the knowledge of the Congenital Occlusion of the Small Intestine*” (La oclusión congénita del esófago, en conjunto con una contribución al conocimiento de la oclusión congénita del intestino delgado) (7).

Hasta 1864 trabajó como médico generalista en Copenhagen y hasta 1870 como médico oficial encargado de la distribución de enfermos en Copenhagen.



Figura 1. Dr. Harald Hirschsprung.

PROTOTIPO DE UN PEDIATRA CIRUJANO

En 1862 se casó con Mariane Hertz con la cual tuvo tres hijas, una de ellas murió en la infancia. Su casa se convirtió en sitio de reunión de muchos artistas ya que ellos impartían veladas musicales a amigos.

Su gran interés era la pediatría y en 1870 fue designado jefe de esa rama médica, en el único hospital para niños de Copenhague, el Hospital Rigensgad. Este hospital con solo 20 camas era administrado por obstetras para la atención de los recién nacidos. En ese sitio desarrolló toda su investigación inicial en enfermedades de los niños. En 1877 fue nombrado Profesor Titular de Pediatría de Copenhague.

En 1879 un nuevo hospital se estableció en la misma ciudad, el *Queen Louise Hospital for Children*. En ese centro se dedicó de lleno a la investigación y docencia, hasta su retiro en 1904.

La fundación y tradición en la investigación médica pediátrica en Dinamarca se originó con Hirschsprung. Su mayor interés eran las malformaciones congénitas del esófago y del intestino, amén de la invaginación intestinal. Debido a su labor en la investigación, el hospital en cuestión ganó fama local e internacional. Recibía frecuentemente visitas de pediatras extranjeros y sirvió de modelo para otros hospitales en el extranjero.

Devoto de la docencia tanto teórica como práctica. Su conducta era gentil e inspiraba gran confianza debido a su gran talento y en forma por demás especial confortaba y entusiasmaba a sus pacientes y familiares. En las rondas de visitas jugaba con sus pacientes. Era sumamente preciso y cuidadoso. Sistemático en el exhaustivo examen y evaluación de los pequeños.



Figura 2. Hospital de Niños de Rigensgade, Copenhague.



Figura 3. Hospital Queen Louise Para Niños Enfermos, Copenhague.

Todos los años participaba en congresos y conferencias en el extranjero, especialmente en Alemania y Austria. Tenía muy buenos amigos en la comunidad médica europea, especialmente la pediatría. Publicó en revistas locales e internacionales así como presentados en congresos numerosos trabajos sobre problemas pediátricos en tópicos como atresia biliar, espina bífida y hernia hiatal. Pero fue en megacolon congénito, invaginación y estenosis pilórica, pionero a nivel mundial en la descripción de estas patologías. Hirschsprung fue el que introdujo la reducción hidrostática, como añadidura al método de manipulación externa, como tratamiento ideal en la invaginación intestinal.

En 1887 dirigió un trabajo muy importante sobre estenosis pilórica, que marcó un hito en el estudio y comprensión de la enfermedad. Asumió que el vómito con buen apetito en un recién nacido, era un síntoma prominente para el diagnóstico de esta entidad. Predijo en forma correcta, que el futuro para la mejoría o curación de estos bebés afectados, era en forma quirúrgica, sólo que esto no sucedió sino años después.

Con anterioridad a él, se habían hecho descripciones similares de la estenosis pilórica, pero fueron estas descripciones del autor, las que despertaron el interés en la enfermedad. En 1901 en el Congreso Nórdico de Copenhague para Cirujanos dijo: "...en menos de 25 años ha habido un desarrollo enorme en el tema de estenosis pilórica...". Su aporte clínico sobre esta enfermedad tiene la misma importancia que la que tuvo en la descripción de la enfermedad que lleva su nombre.



Figura 4 y 5. Invaginación intestinal antes y después de la reducción hidrostática.

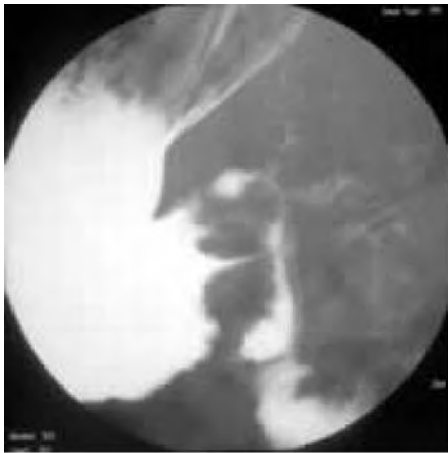


Figura 6. Estenosis pilórica.

Su gran aporte lo realizó en 1886 durante la Reunión anual del *Gesellschaft für Kinderheilkunde* en Berlín, cuando habló del megacolon congénito. Presentó dos casos de observación clínica hechas por él, la primera en 1880 y la segunda en 1885. Este trabajo se publicó en *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (9).

“Me permito presentar a esta audiencia dos casos patológicos y en adición su evolución clínica. Espero sean de su interés y surjan comentarios. Presentaré el primer caso inmediatamente, encontrado en 1880, que tenía problemas del intestino desde el nacimiento. Admitido a los 8 meses de edad y con seguimiento de dos meses, caracterizado por estreñimiento pertinaz. No existían movimientos del mismo de forma espontánea.

Presentaba grandes distensiones abdominales que desaparecían al inducir el movimiento intestinal por enemas diarios y laxantes. Fue dado de alta con este tratamiento. Pero su remisión fue de corta duración y reingresó con gran distensión abdominal, emaciado. Muy rápidamente murió, a los 11 meses. Al final de su vida las evacuaciones eran muy grandes y frecuentes. A la autopsia encontré un intestino grueso enormemente dilatado. Solamente el recto estaba más bien delgado. Noté ulceraciones en la superficie de la mucosa; la porción dilatada del intestino mostraba paredes sumamente gruesas, especialmente en la capa muscular”.

El segundo caso, observado en 1885, se trataba de un lactante de 7 meses que sufría de retención de heces desde el nacimiento, con distensión gradual del abdomen. En su estancia final en el hospital, la circunferencia abdominal varió de 41 a 56 cm y el infante murió emaciado, con episodios finales de diarrea alternando con estreñimiento. El caso tenía una gran similitud con el anterior, observado cuatro años antes. En ambos había estreñimiento desde el nacimiento, distensión abdominal, llegando a la emaciación final. Los vómitos son raros y signos de íleo intestinal ausentes”. Hirschsprung sugirió que la condición en ambos casos era congénita, pero no especuló sobre el origen de la enfermedad.

Existen reportes hechos por el mismo autor, de por lo menos 27 casos similares. Su mérito consiste en ser el primero que describe el curso pato-anatómico y clínico de la enfermedad. Solo muchos años después Mia, describe la ausencia de plexos nerviosos

(Meissner y Auerbach) en las capas musculares del segmento estrecho del intestino enfermo (10).



Figura 7. Un caso típico tratado por Hirschsprung en su hospital.

La presencia de aganglionosis en la enfermedad de Hirschsprung (EH), como se le conoce desde los estudios del historiado, es el resultado de un fracaso de células derivadas de la cresta neural para poblar el colon embrionario durante el desarrollo. Este fracaso es resultado de un defecto fundamental en el microambiente de la pared del intestino que previene desarrollo de los neuroblastos. Hasta ahora, se conoce que ocho defectos genéticos son asociados con la EH, incluyendo mutaciones al gen del receptor de endotelina-B y la RET proto-oncogene.

A causa de la naturaleza poligénica de la EH, la presencia de esta condición es variable; esto por ende conduce a las manifestaciones variables de la enfermedad. Investigadores han usado cantidades grandes de datos clínicos sobre la enfermedad de Hirschsprung y exploraciones de genomas para identificar las partes de tres cromosomas asociados con el desorden. Ellos encontraron que un gene sobre el cromosoma 10, la llamada RET, y dos genes aún no identificados actúan conjuntamente para causar la forma “de segmento corto” de enfermedad de Hirschsprung.⁵

Trabajó en su hospital hasta 1904, cuando a la edad de 74 años, pidió retirarse de su cargo de jefe de pediatría. Él y su esposa pasaron unos años felices, hasta la muerte de ella, después de 47 años de matrimonio. Murió seis años después, en 1916, a la edad de 85 años. Uno de sus obituarios en un periódico danés se expresaba así:

“...como se puede esperar, el trabajo excelente del Profesor Hirschsprung se ha encontrado con toda la manera de reconocimiento externo. Él fue recibido en sociedades científicas en el extranjero, y él recibió honores y condecoraciones. Pero ante todo él encontró el camino a los corazones de los niños y padres, y en todo el país habrá muchos pacientes antiguos que bendicen su nombre y reciben con mucho pesar sincero, el mensaje del fallecimiento del viejo Profesor” (11).



Figura 8. Sus últimos años en el Queen's Louise Hospital for Sick Children de Copenhagen.³

REFERENCIAS

1. Briceño-Iragorry L. Historia de la cirugía pediátrica. Gac Méd Caracas. 2002;110:241-252.
2. Escalona JM. Nociones generales sobre cirugía infantil. Gac Méd Caracas. 1893;1:139-142.
3. Francisco J. José Manuel de los Ríos, partero de la Pediatría Venezolana. Disertación en la Academia Nacional de Medicina. 2 de Nov 2000.

BRICEÑO L

4. Razetti L. Sobre un caso de absceso hepático en una niña de veintiún meses de edad. *Gac Méd Caracas*. 1895;3:97-98.
5. Razetti L. Sobre un caso de cura radical en un niño de catorce meses de edad. *Gac Méd Caracas*. 1897;5:113-115.
6. Mota Salazar A. Megacolon congénito. *Arch Venez Puer Ped*. 1965;28:253-292.
7. Hirschsprung H. Den medfodte Tillukning af Spiscroret samt Bidrag til Kundskaber om dem medfodte Tyndtarms-tillukning (Thesis). Copenhagen, 1861.
8. Roed-Petersen K, Erichsen G. The danish pediatrician Harald Hirschsprung. *Surg Gyn Obstet*. 1988;166:181-185.
9. Hirschsprung H. Stuhltragheit neugeborener in folge von dilatation und hypertrophie des colons. *Jahrbuch fur Kinderheilkunde*. 1888;27:1-7.
10. Passarge E. The genetics of Hirschsprung's disease: Evidence for heterogeneous etiology and a study of sixty-three families. *NEJM*. 1967;276(3):138-143.
11. Obituary. *Nationaltidende*, 1916, April 11.

SALUD PÚBLICA: DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ

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

Dr. Berardo Jesús López Moreno

Cuando pasamos revista a la Venezuela de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX encontramos un país desde el punto de vista demográfico, cultural, económico, social, de salud, despoblado, aislado, enfermo, ensangrentado, analfabeta, sin condiciones higiénicas, deficitaria y de mala calidad, premiado por la naturaleza y por valores humanos. Luis Razetti, Francisco Antonio Rísquez, Alfredo Machado, 25 años más tarde, Arnoldo Gabaldon José Ignacio Baldó y Pastor Oropeza. Estos últimos iniciaron una contribución cuya evaluación demostró grandes beneficios para la sociedad y por ende para el país; lamentablemente no lo supimos mantener y mucho menos superar. Posteriormente vamos a describir la vestimenta de uno de ellos: José Ignacio Baldó.

Venezuela, con un área territorial de 916 446 km², a 300 años después de ser colonizado, la población no alcanzó el millón de habitantes a las tres décadas del siglo XX cuando registramos 3 500 000 habitantes con una esperanza de vida de 30 años. Los factores negativos antes señalados explican por sí solo el crecimiento lento de nuestra población sin excluir las guerras civiles que nos azotaban por el caudillismo, la carencia de un sistema sanitario higiénico, dotación de agua potable, sistema cloacal, disposición de excreta y enfermedades de los nativos: leishmaniasis, tripanomiasis, micosis y sífilis que padecíamos. Visitantes españoles y africanos nos transmitieron sus patologías: tuberculosis, viruela, peste, fiebre amarilla, sarampión y tosferina. Además, las condiciones climatológicas y la carencia de saneamiento y tratamiento conspiraban contra una buena salud.

Es bueno rescatar el conocimiento que Venezuela tenía como profesión: la agroindustria, que sumado

con el analfabetismo y la extrema pobreza nos identificaba con una alta mortalidad, dado que el campesino; peón –enfeudado, no tenía protección o compromisos contractuales para el cuidado de su salud. Esto da pie para identificar el pequeño grupo elitesco, que aunque minoritario eran dueños de la tierra y por tanto terratenientes. En ese ambiente de desigualdad es digno mencionar que los obreros o trabajadores no tenían ninguna contratación para el cuidado de su salud. Cuando se produce la transformación económica, con la industria del petróleo, se inicia la evolución positiva tecnológica y social, dado que los llamados dueños de la tierra, se vieron obligados a la inversión para adquirir equipos tecnológicos que reemplazaban a los métodos arcaicos que se venían practicando.

En el aspecto de la responsabilidad para la atención en salud, sólo las llamadas juntas de sanidad, comisiones sanitarias y luego la oficina de sanidad (esta última creada en 1911) se ocupaban de manera esporádica de la comunidad enferma. Repetiremos hasta el cansancio que era sólo a partir de 1936, cuando podemos hablar de verdaderos cambios positivos y progresistas. En nuestro país se repitió lo ocurrido en Inglaterra, Alemania, Francia e Italia, a posteriori de la industrialización. Aunque es evidente que las mejoras socioculturales y en salud no fueron por la confraternidad, humanismo y buen corazón o sentir de la clase elitesca, sin esos adelantos o mejoras, estaban expuestos, porque los trabajadores enfermos, producían menos y en caso de epidemia, el peligro de enfermar o morir era para la comunidad entera.

Por todo lo expuesto podemos concluir:

Resulta impostergable recordar cuatro de los doce puntos que el grupo de expertos de las Naciones Unidas consideró como factores principales de los cuales depende los niveles de vida de una comunidad:

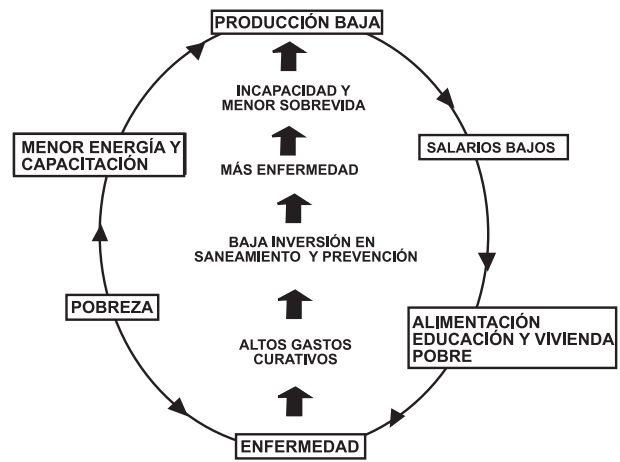
Presentado abril 2007. Recibido septiembre 9, 2008.

- a. Salud y características demográficas.
- b. Alimentación y nutrición.
- c. Educación: alfabetización.
- d. Condiciones de trabajo.

Estos cuatro factores han sido comentados en la exposición precedente tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativamente. Lamentablemente fue el más bajo nivel de puntuación no sólo en nuestro país sino en varios de Latinoamérica donde llegan a la publicación de esquema vinculado con la pobreza y la enfermedad. El Dr. Fayad Camel en su libro "Planificación de Salud" cita a Chadwick quien hace más de 170 años dijo: "la gente se enferma porque son pobres, y se empobrecen más porque están enfermos y se enferman más porque la pobreza se hace más evidente". Estas frases lapidarias constituyen los pilares de muchas enseñanzas que mi generación al igual que otras recibimos en su oportunidad. Los conocidos maestros de Administración de Salud Dres. Molina y Adriasola, en su libro "Principios de Administración Sanitaria", esquematizaron al famoso círculo vicioso de la pobreza, ignorancia y la enfermedad donde resumen en forma docente y sin equívocos, todo cuanto debemos saber al respecto.

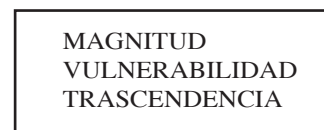
ESQUEMA N° 2

CÍRCULO VICIOSO DE LA POBREZA LA IGNORANCIA Y LA ENFERMEDAD



ESQUEMA N° 3

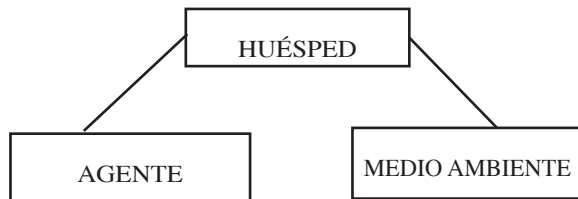
TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA RECLAMAN LA PRESENCIA DE TRES PARÁMETROS:



SALUD PÚBLICA ES TODA CONDICIÓN QUE PERMITE IDENTIFICAR MAGNITUD, VULNERABILIDAD Y TRASCENDENCIA EN RELACIÓN AL INDIVIDUO Y SU COMUNIDAD.

de agua potable, falta de disposición de excretas, vacunación, carencia de prevención y desde luego, falta de patrones culturales para promover estilos de vida saludables. Una vez aplicados los procedimientos de control, las tres parcas demográficas: guerras (caudillismo en receso), endemo-epidemias y hambre;

ESQUEMA N° 1



Considero prudente acudir a fuentes de datos confiables y válidos, de allí la incorporación de FUNDACREDESA (Edic Minist de la Secretaria. Caracas, 1996) El distinguido profesor Hernán Méndez Castellano y col. nos dieron en el tomo referido a Crecimiento y desarrollo humano en Venezuela, dos cuadros (cf p.19) En el Cuadro 1 nos muestran un análisis de once años (1905 a 1987) de estudio de defunciones, debidas a: paludismo, disentería, TBC pulmonar, tétanos, tifoidea, neumonías, gastroenteritis, enfermedades de la primera infancia y sarampión. Estas enfermedades son expresión de carencias de saneamiento ambiental, dotación

fueron derrotadas. Ello dio motivo al surgimiento de nuevas enfermedades dentro de las cuales cabe destacar: cardiovasculares, cáncer, diabetes, entre otras que obligaron al Ministerio de Sanidad a crear el Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto, en 1958, con seis divisiones, para garantizar asistencia de esas nuevas patologías, cuyas tasas de mortalidad iban a combatir y de ese

modo incrementar la expectativa de vida.

Es bueno recordar dos aspectos importantes: uno positivo cuando en el año 1960, la esperanza de vida al nacer alcanzó 61 años. El negativo se refiere a que la mujer, comenzó a fumar y a competir con el hombre en el trabajo, lo que trajo como consecuencia aumento de patologías respiratorias en la mujer, debidas al hábito tabáquico.

Cuadro 1

Venezuela: Algunas causas de muerte, según defunciones registradas en once años escogidos

Causas de muerte	1 905	1 910	1 925	1 930	1936	1 943	1 950	1 960	1 970	1 980	1 987
Paludismo	9 015	8 430	5 3 63	4 976	2 224	1 876	215	5	8	8	22
Disentería	4 916	3 774	1 809	1 072	450	449	237	556	169	102	119
Tuberculosis											
Pulmonar	4 206	5 315	3 320	3 482	2 877	3 137	3 055	1 411	1 157	787	405
Tétanos	3 316	4 721	2 649	1 352	560	552	449	841	348	123	45
Tifoideos y Simi	1 656	1 239	1 454	684	269	301	175	52	9	1	6
Neumonías	1 534	3 886	2 804	2 350	1 473	1 386	1 469	2 469	4 132	3 031	3 378
Gastroenteritis	2 978	3 237	4 004	3 951	2 705	4 256	3 510	4 468	5 257	3 052	2 295
Enfermedades											
Primera infan.	1 159	513	1 324	1 425	1 042	1 294	2 863	5 260	4 686	6 204	5 802
Sarampión	46	69	262	479	-	62	187	199	844	107	158
Muertes violentas	972	1 199	789	781	1 311	1 450	2 588	4 183	6 311	9 034	9 544
Cáncer	452	403	595	586	544	1 011	2 046	3 850	5 514	7 455	9 464
Enfermedades											
Cardiovasculares	1 910	2 430	2 561	2 649	2 234	2 149	2 499	4 895	7 172	11 547	14 002
Diabetes mellitus	19	22	87	55	-	69	260	362	836	1383	2 362
Cerebro vascular	964	1 004	518	517	400	448	776	1 590	2 795	462	5 182
Chagas	-	-	-	-	-	-	31	129	389	789	794
Embarazo, parto y puerperio	797	644	621	478	406	397	397	412	362	319	339
Homicidios y suicidios	435	567	253	251	560	428	598	966	1 447	2 493	2 230
Sífilis	283	255	397	286	281	503	793	196	-	20	10
Total de Muertes	58 343	55 436	51 782	52 948	57 759	62 383	54 475	55 019	68 549	76 834	80 991

Fuente Años 1905 y 1910 Anuncios estadísticos del Ministerio de fomento de 1925 a 1936 Memoria y cuenta del Ministerio de Fomento. De 1941 en adelante Anuario de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad Asistencia Social.

Un recuento somero en apretada síntesis, nos permite establecer los caminos que transitaron los indicadores de salud: natalidad, mortalidad general,

mortalidad infantil y la contribución que hicieron para un registro favorable de la esperanza de vida al nacer.

Cuadro 2

Venezuela: Selección de indicadores relacionados con la salud de la población, durante el siglo XX

	N	M	M infantil	M neonatal	M infantil total	Esp de vida al nacer	Nú de médicos	Camas hosp	Hab por médicos	Mu de 60 y más años	Mu menos de 60 años	Causas ex
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1905	26,9	22,7	155,7	46,4	18,4	31,0	-	-	-	8,7	54,3	60,4
1910	30,3	21,5	127,9	53,6	19,0	-	118	-	21 800	8,1	41,8	50,3
1915	28,6	24,1	(*)	(*)	(*)	-	125	-	20 900	(*)	(*)	(*)
1920	27,4	20,2	(*)	(*)	(*)	-	125	-	646	(*)	(*)	(*)
1925	33,7	18,2	131,7	41,6	24,3	34,0	-	-	-	9,7	43,5	57,8
1930	29,7	17,3	149,8	39,2	25,9	-	-	-	-	10,4	44,7	46,1
1935	27,1	16,1	137,5	37,3	21,9	38,0	850	1 113	3 965	11,6	41,9	33,5
1940	35,5	16,2	121,7	36,7	26,3	43,2	1 400	-	2 723	15,8	44,9	23,8
1945	35,0	14,5	98,6	38,9	23,7	50,3	2 000	10 421	2 210	18,1	44,9	20,5
1950	41,0	10,5	80,6	43,8	31,4	53,9	2 500	15 201	2 069	19,2	48,6	23,9
1955	44,2	9,9	69,9	42,8	32,1	-	3 900	18 200	2 581	21,9	51,1	26,0
1960	45,1	7,4	53,9	48,3	32,9	60,3	5 095	25 500	1 487	24,2	47,4	25,6
1965	42,3	6,9	48,8	47,8	29,4	-	7 235	29 845	1 239	29,1	43,2	24,6
1970	17,0	6,5	49,8	45,5	28,5	66,2	9 636	32 877	1 100	31,3	41,6	25,6
1975	35,2	5,9	43,7	49,9	26,2	67,8	13 608	37 958	937	35,6	35,9	23,1
1980	32,8	5,1	31,6	52,7	20,3	69,9	16 942	31 356	984	40,9	26,4	15,6
1985	29,0	4,6	36,1	56,7	26,6	61,4	21 700	45 991	787	46,5	21,8	13,6
1990	29,9	4,6	24,2	54,7	25,6	61,9	28 400	47 535	680	48,1	20,1	12,3(13)

(*) No hay información

(1) Por mil habitantes

(2) Por mil habitantes

(3) Por mil nacidos vivos

(4) Respecto a toda la mortalidad infantil

(5) Respecto a toda la mortalidad

(6) Calculadas por Julio Páez Celis, excepto las cifras del año 1985 que corresponde al Ministerio

N= natalidad; M= mortalidad; Esp= esperanza; Nú= número; Hosp= hospitalarias; Hab= habitantes; Mu= muertes; ex= exógenas

(8) Anuarios respectivos

(9) Población total entre el número de médicos

(10) Muertos de personas de 60 y más sobre el total

(11) Muertes de personas de años de 10 años sobre total

(12) Calculadas es función de la mortalidad Total. Incluyendo las muertes violentas (accidentes, homicidios y suicidios

(13) Año 1989

Natalidad. Se registró una tasa de 26,9 en 1905 que luego fue oscilando con esos valores hasta 1940 cuando logró alcanzar 35,5 y 45,1 en 1960 respectivamente. El control de la natalidad se inicia en Venezuela en los años de 1960 a 1969. Para 1990 se hace notorio que tasa de natalidad descendiera a 29,9, dado que los factores sanitarios habían mejorado notablemente. Es bueno rescatar el conocimiento de que la natalidad estuvo supeditada a la intención de la pareja, de tener un número de hijos x, incluso, cuanto mayor fuese el número de manos para el trabajo, mayor sería el ingreso económico y a su vez una garantía para una vejez perdurable.

Mortalidad general. El Registro de la misma nos dio para 1905 una tasa de 22,7 por mil habs. En 1935 un año antes de la creación del Ministerio de Sanidad alcanzó 16,1 para finalmente registrar en 1990 una tasa de 4,6 por mil hab.

Mortalidad infantil. Podemos observar en el mencionado Cuadro 2, que la tasa en 1905 alcanzó la cifra de 155,7 por mil hab. Y un año antes de la creación del Ministerio de Sanidad descendió a 137,5, representando el 24 % del total de las muertes que en opinión de algunos expertos, el 63 % de las mismas eran por causas exógenas (infecciones, etc.) mientras un 34 % por causas endógenas.

Esperanza de vida al nacer. En mis clases de estadística y epidemiología, cuando hacía la Maestría en Salud Pública, mis profesores insistían que en la década de los años 30-40 la expectativa de vida en nuestro país, no llegaba a los 40 años.

Con la evolución, los patrones culturales, económicos y sanitarios, nuestras tasas de natalidad, mortalidad infantil, mortalidad general fueron controladas y descendieron al combatir las enfermedades infecciosas, el fomento de la salud

e indudablemente la planificación de saneamiento ambiental, donde la dotación de agua potable, la disposición de excretas, vacunación, etc. ocuparon los primeros puestos y los resultados no se hicieron esperar para el incremento de la expectativa de vida, el cual duplicó en 1960, registrándose en 1990, una esperanza de vida de 71 años. Podemos decir que la promoción de salud que aprendimos con la Carta de Ottawa (1986); las acciones preventivas y curativas se conjugaron bajo un cuerpo de doctrinas que contribuyó al descenso de las tasas en referencia y favoreció indudablemente la expectativa de vida. No quisiera concluir esta exposición sin decir que la comparación de las tasas de natalidad, mortalidad infantil y mortalidad general registradas en Venezuela nos permite hacer la relación con Latinoamérica, donde nuestro país acusa registros favorables (Cuadros 3 al 7).

Cuadro 3

Natalidad en Venezuela

Años	Tasas
1940	35,5
1950	41,0
1960	45,1
1970	37,0
1980	32,8
1990	29,9

Fuente: Ministerio Fomento
Ministerio Salud y Desarrollo Social
OPS-OMS

Cuadro 4

Mortalidad infantil en Venezuela

Años	Tasa
1940	121,7
1960	63,9
1970	49,8
1980	31,6
1990	29,2

Fuente: Ministerio Fomento
Ministerio Salud y Desarrollo Social
OPS-OMS.

Cuadro 5

Mortalidad general en Venezuela

Años	Tasa
1940	10,3
1960	10,5
1970	7,4
1980	6,5
1990	4,5

Fuente: Ministerio Fomento
Ministerio Salud y Desarrollo Social
OPS-OMS.

Cuadro 6

Esperanza de vida en Venezuela

Años	Tasas
1940	43,2
1950	53,9
1960	60,3
1970	66,2
1980	69,9
1990	71,9

Fuente: Ministerio Fomento
Ministerio Salud y Desarrollo Social
OPS-OMS

Sería una mezquindad de mi parte no reconocer los patrones culturales que nos aportaron los europeos. Podemos concluir diciendo que en el crecimiento poblacional de Venezuela se deben incluir los indocumentados. Amigos sanitarios como los profesores Jofre Díaz Guzmán, Rafael Rísquez Iribarren y Humberto García Barrios, en sus frecuentes tertulias inadvertidamente me inculcaban el afianzamiento para que o cultivara con exclusividad la Salud Pública.

Yo tenía el pilar conceptual: la Escuela de Salud Pública donde recibía cursos, herramienta básica para una formación especializada. Debo aclarar que el Dr. Francisco Fragachán y su equipo en el Hospital Universitario de Caracas, me estimulaban para refugiarme en la epidemiología. Por lo demás yo era Secretario del Comité de Hipertensión Arterial de Venezuela, cuando su Presidente era el Profesor Dr.

Cuadro 7

Natalidad, fertilidad, mortalidad general e infantil
Evolución tasas por 1 000
América Latina

Tasas de natalidad		Tasas de fertilidad	
Años	Tasas	Años	Tasas
1950	42	1950	5,87
1960	41	1960	5,96
1970	38	1970	4,99
1980	32	1980	3,93
1990	28,7	1990	3,55

Fuente: Naciones Unidas 1990

Fuente: Naciones Unidas 1990

Mortalidad infantil		Mortalidad general	
Años	Tasas	Años	Tasas
1950	126	1950	15,4
1960	100	1960	12,1
1970	81	1970	9,7
1980	61	1980	7,9
1990	54	1990	7,4

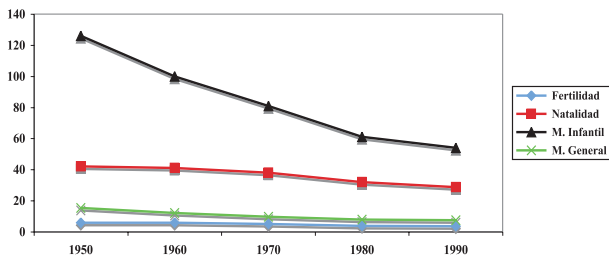


Figura 1. América Latina tasas por 1 000. Fertilidad, natalidad, mortalidad general e infantil. 40 años de estudio.

Otto Lima Gómez; quien, con su disciplina docente me orientaba y pude obviar muchas dificultades del transitar científico. Se hace presente en este momento un recuerdo impostergable —cuando era médico rural de Caicara del Orinoco— con el Maestro Dr. José Ignacio Baldó, quien me supervisó con los Drs. Tulio López Ramírez y Alejandro Príncipe. En tres

días de visita aprendí que una verdadera supervisión es docencia. Por ello quien la practica debe poseer: calidad humana y capacitación en la disciplina que ejercite, amparada en la experiencia, en tiempo y lugar. Indudablemente debe tener una vocación docente. Ninguna supervisión tiene vestimenta policíaca. Por el contrario, debe haber entre supervisado y supervisor un diálogo de enseñanza y aprendizaje. Transcurrieron unos años e iba acumulando conocimientos acerca de la personalidad del Maestro Baldó, tanto en el país, como en el exterior. Un científico argentino, el Dr. Rodolfo Angel Eyherabide, de quien fui subalterno como médico de la Sala 3 de Clínica Médica; me obsequió dos libros de patología respiratoria y me habló del compatriota Dr. Baldó. En la década de los 60', por feliz coincidencia con motivo de celebrarse el Congreso Interamericano de Cardiología en Argentina, debí viajar al país de mi esposa e hijas. Fui invitado por mis profesores de cardiología a la casa de uno de ellos y cuál sería mi sorpresa y regocijo, cuando varios cardiólogos venezolanos, también habían sido distinguidos con la invitación. Allí conocí al Dr. Manuel Adrianza, Jefe del Instituto Cardio-Pulmonar, del Hospital El Algodonal.

Una receptividad de ambos me dio la oportunidad de incorporarme al equipo de trabajo fundado por el ilustre Maestro José Ignacio Baldó. Con el infatigable y combativo alumno del Dr. Baldó inicié tareas de aprendizaje. Asumí cargos de adjunto de Servicio y Monitor del Posgrado de Cardiología que dictaba el instituto. El distinguido y brillante sanitarista Dr. Humberto García Barrios comentaba, que nadie podía explicar cómo se soportaban dos caracteres, como Manuel Adrianza y Berardo López. Treinta años de familiaridad lo testimonian.

Revisando mis archivos relacionados con la tuberculosis, y como homenaje a mi maestro Baldó, un análisis estadístico de la mortalidad por tuberculosis en Venezuela nos permite reconocer que desde 1905 la tuberculosis ocupó en los primeros 30 años el segundo o tercer puesto como causa de muerte; problema resuelto gracias a las campañas que iniciaron nuestro maestro Baldó para tuberculosis y el ilustre maestro Arnoldo Gabaldón contra el paludismo. Como se

refleja en el Cuadro 8, desde el año 1936 hasta 1980, utilizando para el cálculo tasas por 100 000 habitantes. Para 1936 la mortalidad fue 97,73. En la medida que los avances científicos acontecían las tasas de mortalidad descendían. Para 1953 la mortalidad alcanzó 47,2. Para la fecha habían drogas muy efectivas como la isoniacida. Para 1978 la tasa descendió a 6,39 por 100 000 habitantes.

La mortalidad en menores de 15 años en el lapso 1966-1979 (Cuadro 9) para 1966 la tasa era de 2,5 descendiendo en 0,8 por 100 000 habitantes. Un análisis discriminando los cálculos de la mortalidad para una población menor de 15 años, discriminando: menores de un año, 1966 la tasa fue de 5 mientras para 1979 llegó a 2,2 por 100 000 habitantes. En forma discriminada en el mismo período de tiempo: 1-4 años, de 5-9 años y de 10 a 14 años las tasas registradas para el inicio (1966); 4,6, 1,2, 0,9 mientras para 1979 se obtuvieron 0,9, 0,5 y 0,5 respectivamente.

Cuadro 8

Mortalidad por tuberculosis todas las formas
Tasas respectivas - Venezuela 1936 - 1980

Años	Mortalidad diagnosticada	Tasa x 100 000	Años	Mortalidad diagnosticada	Tasa x 100 000
1936	3 256	97,73	1959	1 466	20,58
1937	3 213	93,76	1960	1 411	19,15
1938	3 349	95,09	1961	1 312	17,24
1939	3 566	98,59	1962	1 255	15,98
1940	3 510	94,55	1963	1 227	15,15
1941	3 418	89,77	1964	1 236	14,82
1942	3 518	89,69	1965	1 348	15,71
1943	3 808	93,41	1966	1 307	14,82
1944	4 083	97,58	1967	1 171	12,92
1945	3 775	78,14	1968	1 186	12,74
1946	4 188	94,09	1969	1 212	12,69
1947	3 779	82,45	1970	1 157	11,81
1948	3 588	76,09	1971	1 058	9,87
1949	3 109	64,13	1972	947	8,67
1950	3 055	61,35	1972	947	8,67
1951	3 212	61,99	1973	1 029	9,17
1952	3 178	58,59	1974	950	8,25
1953	2 675	47,20	1975	937	7,81
1954	2 390	40,44	1976	921	7,45
1955	1 964	31,92	1977	944	7,41
1956	1 723	26,94	1978	838	6,39
1957	1 731	26,07	1979	774	5,72
1958	1 547	22,48	1980	787	5,65

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadística vital (Ministerio de Sanidad).

Pasando revista para todas las formas de tuberculosis encontramos (Cuadro 10) en 19 años estudiados. Las tasas registradas fueron mayores en los hombres, las formas pulmonares de tuberculosis superaron a las extra-pulmonares y en relación al lugar que ocuparon en el año 1960 se ubicaron en octavo puesto mientras en 1979 se desplazó al lugar número 12. Representando para la mortalidad general 4 % en 1960, concluyendo con valores de 1,5 % para 1979.

Con el descubrimiento en Estados Unidos de los medicamentos para combatir la tuberculosis en la década del 40 (estreptomina en 1944, ácido paraminosalicílico, 1946, la isoniacida en 1952 y la rifampicina en 1966) empezaron a descender las tasas de mortalidad asociadas a esta enfermedad y lo que es más, la atención médica comenzó a realizarse en los ambulatorios. Finalmente podemos decir que la formación académica, humana y social del ilustre maestro José Ignacio Baldó fue factor decisivo para la disminución favorable de la morbimortalidad por esta enfermedad que ocasionaba en el mundo millones de pérdidas humanas anualmente.

Estudiando la meningitis tuberculosa como complicación de la tuberculosis en menores de 10 años tasas por 100 000 habitantes, discriminando 0-4 años y 5-9 años, encontramos: de 1964-hasta 1979 que las tasas de mortalidad en el 1964 fue de 2,4 mientras en 1979 los valores 0,3 por 100 000

habitantes. Finalmente para las edades de 5-9 años los valores 1964 fueron 0,6 y para 1979 de 0,2. Podemos decir que las complicaciones fueron más frecuentes a menor edad (Cuadro 11). Pudimos observar que a menor población, las tasas de mortalidad fueron menores. Todos los datos en relación al estado de la tuberculosis para los años 1936 hasta 1979 fueron tomados de trabajos publicados por el departamento de tuberculosis, la exclusividad de esta orientación ha sido buscando información más creíble ante la incertidumbre de consulta. Además yo estoy rindiendo un homenaje de consideración y estima al maestro que logró enseñar: agradecimiento, consideración y estima de quienes lo merecen, es quizá uno de los pocos cerebros altruista, maestro, desinteresado y humanista que conocí en este recodo de la vida que me tocó vivir.

Los indicadores de salud creíbles, deberían cumplir los siguientes requisitos:

1. Recolección responsable de los datos necesarios para los cálculos.
2. Discriminatorios o diferencial a diferentes niveles de salud.
3. Objetividad para obtener resultados iguales, cualquiera sea el investigador.
4. Confiabilidad o validez de la medida.

Con esto concluimos la primera parte del trabajo que se refiere a Salud Pública.

Cuadro 9

Mortalidad por tuberculosis todas las formas en menores de 15 años. Tasa por 1 000 habitantes. Venezuela 1966-1979

Años	Menores de 15 años		Muertes -1 año	Tasa por nacimientos vivos	Tasas	Muertes 1-4		Muertes 5-9		Muertes 10-14	
	Muertes	Tasas				Tasas	Tasas	Tasas	Tasas		
1966	102	2,5	19	5,0	5,3	57	4,6	17	1,2	9	0,9
1967	135	3,3	22	5,4	5,9	67	5,2	27	1,9	19	1,7
1968	125	2,9	33	3,6	8,7	56	4,2	20	1,4	14	1,3
1969	137	3,1	28	7,0	7,2	65	4,8	28	1,9	16	1,4
1970	127	2,8	31	7,7	7,8	56	4,0	19	1,3	21	1,8
1971	124	2,7	32	7,9	7,8	66	4,6	15	0,9	11	0,9
1972	98	2,0	26	6,4	6,7	44	3,2	15	0,9	13	0,9
1973	121	2,4	32	7,8	8,0	50	3,5	23	1,3	16	1,1
1974	106	2,0	23	5,3	5,5	53	3,3	22	1,2	8	0,5
1975	90	1,6	23	5,2	5,3	36	2,1	18	1,0	13	0,8
1976	91	1,6	23	5,1	5,1	35	2,0	21	1,1	12	0,8
1977	90	1,6	23	4,9	5,0	33	2,0	19	1,1	15	0,9
1978	65	1,1	19	3,9	4,0	24	1,3	12	0,6	10	0,6
1979	47	0,8	11	2,2	2,3	16	0,9	10	0,5	10	0,5

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadística vital (Ministerio de Sanidad).

Cuadro 10

Muerte por tuberculosis pulmonar y muertes por meningitis tuberculosa
Venezuela 1960 - 1979

	Tuberculosis todas formas			Tbc. pulmonar			Tbc. extra pulmonar meningitis				Lugar en la mortalidad general	% sobre mortalidad general
	Total	V	H	Total	V	H	Total	Total	V	H		
1960	1 411	757	654	1 299	651	578	182	52	33	19	8°	4,1
1961	1 312	707	605	1 122	600	522	190	68	40	28	8°	3,8
1962	1 255	676	579	1 098	604	494	157	56	27	29	9°	3,6
1963	1 227	674	553	1 079	592	487	148	45	21	24	9°	3,3
1964	1 236	621	615	1 098	555	543	138	58	29	29	9°	3,1
1965	1 438	746	602	1 196	655	541	152	48	28	20	9°	3,4
1966	1 307	712	595	1 163	633	530	144	36	19	17	9°	3,2
1967	1 171	649	522	1 018	566	452	153	51	31	20	9°	2,9
1968	1 186	635	551	1 058	578	480	128	50	25	25	9°	2,8
1969	1 212	659	553	1 090	594	496	122	57	26	31	9°	2,7
1970	1 157	635	522	1 022	569	453	135	45	21	24	10°	2,5
1971	1 058	632	426	938	563	375	120	43	26	17	10°	2,2
1972	947	525	422	846	472	374	101	27	24	23	13°	1,8
1973	1 029	614	415	952	573	379	77	38	20	18	13°	2,0
1974	950	551	399	859	496	363	91	40	23	17	13°	1,9
1975	937	541	396	849	493	356	88	30	16	14	12°	1,8
1976	921	542	379	841	490	351	80	30	23	7	12°	1,7
1977	944	581	363	816	505	311	128	29	15	14	12°	1,8
1978	838	533	305	695	438	257	143	37	21	16	13°	1,6
1979	774	468	306	658	400	258	116	24	15	9	12°	1,5

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadística vital (Ministerio de Sanidad).

Cuadro 11

Meningitis tuberculosa en menores de 10 años
Tasa por 100 000 habitantes

Años	0 - 4		5 - 9	
	N°	Tasa	N°	Tasa
1964	34	2,3	8	0,6
1965	25	1,6	10	0,8
1966	23	1,5	4	0,3
1967	30	1,9	6	0,4
1968	27	1,6	7	0,5
1969	33	1,9	7	0,5
1970	28	1,6	8	0,5
1971	25	1,5	5	0,5
1972	19	1,1	3	0,2
1973	18	1,0	5	0,3
1974	24	1,2	4	0,2
1975	11	0,5	5	0,3
1976	11	0,5	5	0,3
1977	9	0,4	6	0,3
1978	12	0,5	4	0,2
1979	7	0,3	4	0,2

Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadística vital (Ministerio de Sanidad).

JOSÉ IGNACIO BALDÓ
(1898 – 1976)

El doctor Baldó es uno de los científicos venezolanos, en el campo de la Salud Pública que goza de reconocimiento por los académicos del área, tanto nacionales, como internacionales. Sirva de ejemplo la Organización Mundial de la Salud, creada definitivamente el 07/04/1948 y la Organización Panamericana de la Salud (1902) dos instituciones de prestigio que reconocen las virtudes de este ilustre maestro venezolano. Todo cuanto se habló de atención primaria en Alma Ata, en 1978; lo había planificado y cumplido en Venezuela. José Ignacio Baldó, nacido en San Cristóbal en 01/08/1898 en un hogar privilegiado por el estudio, la honestidad, la moral y la sociabilidad. Su padre abogado y su madre una delicada y paciente dama.

Realizó sus estudios de primaria, secundaria y universitarios en Venezuela. Estos últimos en la

Universidad Central, egresando en 1920. De su promoción podemos decir que la mayoría fueron Individuos de Número de la Academia Nacional de Medicina. Entre otros mencionamos a: Gustavo Machado y Pedro del Corral. Algunos de ellos han sido líderes en distintas disciplinas. El humanismo nació con él, de allí que música, teología, pintura y literatura, eran credenciales para cumplir su vocación intelectual. Sería mezquino negarle el título de cientista social, establecida esa identidad envidiable, para beneficio de la sociedad, donde le tocó actuar, vale decir en momentos difíciles: primeras décadas del siglo XX. Un acontecimiento familiar nos permite señalar que para el año 1939, el maestro Baldó contrae matrimonio con Josefina Ayala, en quien nacen dos hijas.

Viaja a Europa para completar su formación de médico, al año de su estadía en el extranjero, quebrantos de salud lo ponen en la disyuntiva de regresar o de hospitalizarse. Decide internarse al sur de Francia, en los Pirineos. Una prodigiosa y feliz empatía con un matrimonio acaudalado, favorecen sus pasos para ingresar al mejor centro para enfermedades respiratorias: el Sanatorio Davos-Platz en Suiza. Nuestro maestro no sólo obtiene el cupo de paciente, sino que además pasa a formar parte del equipo médico. Para felicidad nuestra, logra allí su formación integral, por la docencia recibida con maestros de reconocida solvencia académica de Alemania. El retorno al país tiene lugar en el año 1927. Antes de seguir adelante, Venezuela adquirió con Francia, Suiza, y Alemania una deuda no sólo por la curación de nuestro compatriota, sino porque el imperio de conocimientos adquiridos sirvió para la planificación de programas que era impostergable, ante la problemática de salud pública que demandaba Venezuela. Cuando el Dr. Baldó retorna podemos decir, que este era un país sumiso y tímido, con solo una generación de estudiantes combativa: la generación de 1928, que enfrentaba la dictadura. Quince años más tarde, a causa de una nueva dictadura, sin mayor resonancia, fuimos extraditados los rebeldes.

Una medicina atrasada, aunque debemos una labor de consideración y respeto por las actuaciones de Luis Razetti y Francisco Antonio Rísquez. Las estadísticas desde 1905 ponen al desnudo pobreza de salud y sin garantía de solución inmediata. El Ministerio de Sanidad o Salud creado en 1936, del cual hacemos alusión de triunfo, no era garantía suficiente para afrontar estos problemas. Recién el año de 1946, es cuando está comprometido cumplir con la medicina integral. Hasta ese momento sólo está el compromiso

de la defensa y fomento de la salud.

Es necesario enfatizar que José Ignacio Baldó, desde un primer momento ejerció en sus programas y acciones la integralidad. Paludismo, diarreas y tuberculosis reclamaban espacio para una asistencia integral, donde la tribuna de los cientistas sociales tiene cupo prioritario. La programación de la llamada Unidad de acción era impostergable: dotación de agua potable, disposición de excretas, saneamiento ambiental acompañada del incremento de la escolaridad, no admitía discusión. Felizmente el Dr. Baldó había sido premiado con inteligencia, generosidad, y humanismo todo lo cual aplicaba en sus actuaciones, sin distinción de clase, lugar u oportunidad. La justicia social era quizá un reclamo del maestro para él y para los demás. Desideratum que tanta falta nos hace visitar y ejercitar en el mundo en que vivimos. Con Baldó iniciamos la formación de personal, a todos los niveles médicos y no médicos.

Las redes sanitarias (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria) medicina simplificada, psicólogos, sociólogos, administradores, etc. son ejemplos elocuentes de la formación que recibieron unas veces en el exterior, otras en el país. Muchas veces la preocupación que invadía al ilustre maestro, lo obligó a contratar personal extranjero. El profesor alemán Rudolf Jaffe, anatómo patólogo, fue docente en el Hospital Vargas. Un doble mérito para el maestro Baldó, quien —además de haberlo contratado— cedió el sueldo que devengaba como Titular de la Cátedra, para cumplir las obligaciones con el maestro alemán. Debemos también relatar la presencia de dos damas de Puerto Rico, a quienes debemos enseñanza: María Arroyo Castro, enfermera, y Celetina Zualdon, trabajadora social. Ellas vinieron al país por gestiones del maestro Baldó. Estas profesionales además de docencia, llegaron a suministrarnos orientación para la formación de Escuela de Enfermeras. Soy un convencido que Baldó es uno de los pocos maestros de la medicina, que nos ha enseñado con acción permanente, con ejemplos que no pueden borrarse, ni ocultarse. De allí el enriquecimiento de cada entrevista, de cada almuerzo o tertulia con él.

Este trabajo quedaría inconcluso y debilitado, si no hacemos un intento por rendir homenaje merecido a nuestro maestro José Ignacio Baldó, formulando un esbozo, a manera de recuento histórico de la tuberculosis. Lo podemos esquematizar así:

- Definición en su etapa empírica.
- Metodología: diagnóstica y terapéutica.

Definición: en Venezuela, podemos decir sin temor a equivocarnos, que toda generación, que actualmente frisa 60 años, tiene que recordar que en su temprana edad, se mencionaba la tuberculosis, con los nombres de tisis, consunción, peste blanca. Se atribuye a Joham Schonlein, en 1839, haber usado el término de tuberculosis. Vale la pena mencionar que para algunos científicos, la TBC era contagiosa. Ello fue olvidado y lo más novedoso del concepto de infección arrinconado; hasta la celebre reunión de marzo de 1882, convocada por el ilustre investigador Robert Koch, en Berlín, donde demostraba la etiología bacteriana, ante un grupo de más de 80 científicos. Continuando, el relato del empirismo, debemos recordar cuando predominaba el criterio de que el paciente tuberculoso estaba predispuesto al padecimiento.

Cuando existía en el paciente diátesis y el ambiente carecía de higiene, predomina el hacinamiento, aumentaba el riesgo de la enfermedad tuberculosa. El descubrimiento de Koch fue concluyente el origen bacteriano de la enfermedad. Este conocimiento es favorecido con un nuevo descubrimiento en 1895, cuando Roentgen descubre los Rayos X. Para este momento las ciencias médicas, el mundo científico de la salud contaba con dos instrumentos para hacer diagnóstico en el tuberculoso: laboratorio para el cultivo del esputo e identificar el bacilo y radiología para descubrir las lesiones pulmonares. Desde luego en la historia clínica, habíamos registrado en el paciente: tos, fiebre, disminución de peso, etc. Los beneficios que significaron para la humanidad estos descubrimientos se reflejaron en mejoras de la salud en el mundo. El año 1926, uno de los primeros comentarios de trabajo, lo vinculan con los Dres. Alberto Fernández y Martín Vegas. Con el primero trabaja en forma conjunta en laboratorio, especialmente en la Policlínica Caracas. Es digno de mencionar que —no obstante su carácter privado— tienen los fundadores interés por la docencia, con publicaciones en la revista científica de la clínica.

Cuando el Dr. Baldó llega a París en el año 1921 los biólogos Calmette y Guérin estaban concluyendo el trabajo de la Vacuna BCG y las referencias que me han proporcionado algunos de sus alumnos, es iniciar aplicación de la vacuna mencionada, sin excluir actividades relacionadas con la medicina y en particular con la tisiología. El Dr. Guillermo Istúriz, al regresar al país, trabajó con el Dr. Juan Vicente Larralde, Director de Sanidad del Distrito Federal y fundó un dispensario en Palo Grande, donde el maestro Baldó inició trabajo de su especialidad.

Las actividades del Doctor Baldo con el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, comienzan en 1933, cuando es nombrado médico adjunto, en el Servicio de Vacunación BCG. Ese mismo año, el Dr. Pedro González Rincones, Inspector de Hospitales del Distrito Federal solicita su colaboración para la reorganización del Hospital Vargas. En 1934, el Dr. José Ignacio Baldó es nombrado médico jefe del Servicio de Tuberculosis de dicho hospital. Allí le brindan oportunidades para iniciar su vocación docente, en formación de personal. De este semillero de pioneros que formará, cabe destacar a Joffre Díaz Guzmán, Aníbal Osuna, José Luis González Herrera, Rogelio Valladares, Alejandro Príncipe, Juvenal Curiel, Ángel Larralde, Raúl Soules Baldó y Carlos Ayala.

Fueron estos alumnos-maestros, quienes iniciaron la lucha antituberculosa, indiscutiblemente, formados desde el punto de vista doctrinario, académico por el maestro Baldó. Otro cumplimiento del Dr. Baldó en 1934, fue la fundación del Dispensario Anti-Tuberculoso del Hospital Vargas, donde ocupa el cargo de Director ad-honorem, hasta 1944. En esta institución, los pacientes eran atendidos de manera integral. Los educandos eran evaluados, los días martes, jueves y sábados a las 2.30 pm Dos alumnos eran seleccionados por cada estado, descartando al que no cumplía con sus obligaciones.

El 25 de febrero de 1936, fue creada la Cátedra Libre de Clínica Tisiológica. Junto con el Dr. Rafael González como Jefe de Clínica, el Dr. José Ignacio Baldó asumió el cargo de Profesor Titular. Mediante estudios de salud pública (indicadores de salud: mortalidad), se evidencia que la tuberculosis es la segunda causa de muerte en el país, incluso la primera en 10 estados. Se estima que con urgencia, alguien debe enfrentar el problema y se decide en febrero de 1936, el nombramiento del Dr. Baldó como médico jefe de la División de Tuberculosis, cargo que desempeñará hasta 1957.

Los Drs. Pedro González Rincones, Carlos Guinand y José Ignacio Baldó, son padres del Sanatorio Anti-Tuberculoso Simón Bolívar. El primero de estos profesionales solicitó al ministro de turno, Henrique Toledo Trujillo la creación de esta obra hospitalaria, que el maestro Baldó indiscutiblemente apoyaba. Contaba con la disposición expresa del arquitecto Carlos Guinand. De allí que con la aprobación ministerial el Dr. Guinand inicia la obra en un terreno árido, un bosque de coníferas y eucaliptos, brindando al paciente ambiente de tranquilidad, aire puro y un

paisaje premiado por la naturaleza.

La obra se inicia en 1934 y se concluye en el 1940. Comienzan funciones bajo la dirección del maestro Baldó, sumándose los Dres. Elias Toro, Juan Delgado Blanco, Ángel Larralde, Isaac Pardo, Rafael González Plaza, César Rodríguez, Gustavo García Galindo y Manuel Adrianza. Completaban el personal como enfermera jefe Johanna Borowsky, en historias médicas Toñita Rodríguez y administrador Guillermo Istúriz.

Estos sanatorios contaban con laboratorio para diagnóstico bacteriológico, cutirreacción, vacunación BCG y rayos X. Otros análisis como: hematología, orina, etc. Se realizaba exploración cardiopulmonar. El primer cateterismo cardíaco se realizó allí, por el Dr. Víctor Jiménez y añadimos que la primera ligadura de conducto arterioso también fue efectuada en el Sanatorio Simón Bolívar, por el Dr. Ángel Larralde.

En varios estados del país, se edificaron estos sanatorios. Los de Zulia, Mérida, Barquisimeto y Bolívar fueron los primeros a nivel nacional. Para el Dr. Baldó constituía un verdadero problema de salud pública, algunos pacientes, muy especialmente, los tuberculosos. La atención de los mismos en poblados alejados, incluso sin vías de comunicación, donde era difícil la ubicación de un profesional de la medicina, si recordamos.

Redes de atención

Primaria; capitales de estados médicos especialistas; fisiología.

Secundaria; capitales de distritos-centros de salud.

Terciaria; medicaturas rurales, cursos de salud.

Cuaternaria o medicina simplificada: el personal no es médico pero está capacitado para la asistencia de paciente, en su lugar de residencia y sujeto a supervisión. A manera de resumen podemos acotar que una labor titánica y de insistencia del Dr. Baldó, la Medicina Simplificada fue motivo de elogio de Organizaciones Internacionales; OPS- OMS. De muchos países nos visitaron para conocer su funcionamiento.

Erradicación de la tuberculosis bovina: era de urgencia e impostergable, cumplir esa misión máxime cuando la tuberculosis, en su forma infantil era predominante. El doctor Baldó no vaciló en reconocer que un convencimiento de varios ministerios cobraba vigencia. De allí que fueran convocados Fomento,

Agricultura y Cría (Dirección de Ganadería, médico veterinario titular de Departamento Tuberculosis y Brucelosis) y dos representantes de Sanidad. Estos funcionarios realizaron el sacrificio de 28 100 animales y examinaron a 3 578, lo cual fue de grandes beneficios. En el año de 1954 la positividad registrada alcanzó 3,48 % mientras 1969 se registro 0,55 %.

El Dr. José Ignacio Baldó, no fue superado, es mi opinión personal. Nuestro ministerio maltrecho y enlodado por la ignorancia no es reflejo de las enseñanzas de Baldó. El ministerio de Baldó llegó a patentizar orientación, por ello la creación de escuelas fue su norte. La escuela de salud pública, fue la patente primaria para garantizar cursos de posgrado no sólo para médicos sino para personal paramédico: enfermeras, cientistas sociales, médicos de las distintas especialidades. De modo que podemos enfatizar que la Escuela de Salud Pública nació y creció como su obra. De modo que la doctrina unitaria de la lucha anti-tuberculosa cristalizó por la intuición y programación de ese gran educador-venezolano José Ignacio Baldó todo cuanto dijo está sustentado en documentos, algunos en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pudiendo asegurar de positivo los que reposan en los archivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, aunque esto último sea una muestra muy pequeña de su trabajo sanitario. El maestro Baldó en el año 1958, es nombrado médico jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas e Higiene del Adulto. La Dirección de Salud Pública iba con ello, a dar cumplimiento a un compromiso que había asumido, en el I Congreso de Salud Pública, y III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias con motivo de la presentación de la ponencia: nuevos campos de acción de la salud pública. Esa ponencia tenía fundamento y justificación, ante la necesidad de establecer programas y coordinación de los mismos, por la creación de seis divisiones:

1. División de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares.
2. División de Enfermedades Cardiovasculares.
3. División de Venerología.
4. División de Oncología.
5. División de Lepra.
6. División de Higiene del Adulto.

Era evidente que al disminuir la tasa de mortalidad aumentaba la esperanza de vida. A los 22 años, de

haber sido nombrado médico jefe de la División de Tuberculosis, tiene que asumir un nuevo cargo, donde debe coordinar seis divisiones, incluyendo desde luego la de fisiología. Para un docente nato no era mayor cosa, nadie, puede dudar que el maestro Baldó estaba inmerso las 24 horas de su vida en la salud pública. No declino en reconocer que he demostrado una pasión y un entusiasmo por las ejecutorias del científico social integral que fue el maestro. Viene a mi memoria una conversación que mantuve con el médico e historiador Rafael Elías Pérez. Recordamos tres grandes: Leonardo, Rafael y Miguel Ángel. Nosotros, aunque en disciplinas diferentes; contamos en una época con Pastor Oropeza, Gabaldón y Baldó. Lamentablemente pareciera que en nuestra generación no llegamos a registrarnos.

División Enfermedades Cardiovasculares: un grupo de brillantes maestros para el momento de la creación de este organismo, se daban cita profesores universitarios como: Bernardo Gómez, Carlos Gil Yépez, Eduardo Hirschaut, Gilberto Morales Rojas, Juan José Puigbó, Rubén Jaén Centeno y Luis López Grillo, entre otros. Las enfermedades cardíacas pasaron a ocupar el primer puesto como causa de muerte, una vez controlada las patologías infecciosas, incluyendo desde luego la tuberculosis.

El Dr. Juan José Puigbó refiere que Venezuela, como país en desarrollo; padeció una distribución bipolar de enfermedades cardiovasculares. Ello pone o vincula la pobreza y la riqueza, en atención a factores socioculturales y económicos del paciente. A la izquierda tenemos fiebre reumática y enfermedad de Chagas mientras a la derecha enfermedad isquémica, diabetes, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial. Así queda conformado el esquema de mi maestro Juan José Puigbó.

El Dr. José Ignacio Baldó en el 1955 había fundado el Servicio Sanitario de Enfermedades Cardiovasculares una vez más reconocía que se trataba de un verdadero problema de salud pública, reclamando programación y coordinación que condujeran a mejor enfoque para su control. Para estas campañas no debemos escatimar voluntades, colaboración siempre que tengan la identificación del sello de la honestidad y de las buenas intenciones. Los profesores últimamente mencionados estaban ganados para esas encomiendas a favor de una eficaz lucha a favor del paciente cardíopata. Se llega entonces a la creación del Centro Nacional de Cardiología. Clínicos y cirujanos forman equipos

de trabajo. Además que esta fundación era sin fines de lucro se proponía cumplir tres metas: docencia, asistencia e investigación. Para lograr ese cometido era impostergable:

1. Formación de personal. No había exclusividad pero sí, selección de capacidad. Médicos y enfermeras tenían que hacer cursos.
2. Desarrollo de metodología, otro requisito indispensable.
3. Cirugía cardiovascular.

Como bien destaca el Dr. Manuel Adrianza el Instituto de Fisiopatología Cardiopulmonar (Hospital El Algodonal) junto con los servicios de anatomía patológica, vacunación BCG y bacteriología constituía un equipo integrado para el estudio del paciente cardíopata y respiratorio, para el cual no sólo estaba garantizada la atención clínica sino también quirúrgica, desde luego el Dr. Baldó cumplía con ello sus aspiraciones de asistir al paciente de manera integral en el Instituto de Fisiopatología Cardiopulmonar fue por mucho tiempo un centro acreditado para asistir al paciente cardiorrespiratorio los dispensarios o institutos cardiopulmonares de Mérida, Maracaibo, Valencia, Cumaná y Ciudad Bolívar fueron dotados para cumplir una función similar.

Acotamos esto fue iniciativa, programación y cumplimiento del maestro Baldó; al que contribuyeron los profesores Bernardo Gómez, Pedro Blanco Gásperi, Ángel Landaeta, Víctor Jiménez, Gil Yépez, Rubén Jaén y Manuel Adrianza. Quedan fuera —por olvido involuntario— personas que deberían incluirse como: Luis López Grillo, Juan José Puigbó, Alberto Guinand Baldó y Otto Hernández Pieretti, pilares de la cardiología, que merecen respeto y consideración.

Los cursos de postgrado en cardiología se habían iniciado en el año 1957. La universidad prestaba el máximo de colaboración y estímulo. El Dr. Baldó desde 1935, tenía esas aspiraciones de la formación de personal, para beneficio de todos. De allí los programas que cumplió en fisiología. En ocasión a la crisis de la Universidad Central en el año 1969, siendo decano el ilustre cardiólogo Dr. Alfonso Anselmi, el maestro Baldó hace oferta a la Universidad de áreas del Hospital de El Algodonal. Es notorio que en la comunicación cursada al mencionado decano dice que dos credenciales universitarias lo enorgullecen:

1. La promoción de médicos 1959, que lleva su

nombre; *“aspirando que ella y las generaciones de relevo contribuyan a la superación del futuro, lo cual espero que a manera de testamento científico reciban”*.

2. *“La otra credencial son mis dos títulos universitarios”*
 - a. Profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica
 - b. Profesor de la Cátedra de Tisiología, que obtuvo por concurso, el año 1937 y ejerció durante 26 años.

Medicina social: quizás una de las disciplinas que muchos médicos excluyen de su curriculum. En mi vida polémica sostengo, que todo profesional de la medicina que no la ejercite, tiene una formación incompleta. Ninguna enfermedad se beneficia plenamente, si no está presente, la medicina social. El ejemplo más palpable son las enfermedades infecciosas. Por ello, del grupo de sanitaristas de nuestro país: los Maestros José Ignacio Baldó, Pastor Oropeza y Arnoldo Gabaldón, representan el ejemplo más destacado de científicos sociales.

FARMACOLOGÍA y TRATAMIENTO DEL TUBERCULOSO

Para el gremio de salud y para la humanidad, el descubrimiento de fármacos para el tratamiento anti-tuberculoso, fue uno de los acontecimientos más valiosos que registró la historia de la medicina. Más de seis millones de vidas se perdían, anualmente, cuyo sufrimiento para pacientes, familiares y vecinos resultaba penoso. En 1944 se descubre en Estados Unidos la estreptomycina.

En 1946 el ácido para-aminosalicílico.

El año 1952 se descubre la isoniazida.

El año 1948 se inicia campaña de vacunación con BCG.

El Laboratorio de BCG se creó en 1932, aplicando vacunas desde el 21 de marzo de 1933.

El año 1964 tratamiento ambulatorio

El año 1966 se descubre la rifampicina.

Todos estos medicamentos contribuyen a una nueva orientación para el tratamiento del paciente. No es obligatoria la hospitalización y el tratamiento podrá ser diario o bisemanal, sujeto al criterio médico y la condición del paciente.

Los cursos de postgrado fueron una de las grandes preocupaciones del maestro Baldó. El Dr. Otto Lima Gómez, alumno y amigo del maestro Baldó, es uno de los que afirma en las ponderaciones a su maestro, el interés por la docencia y lo importante del aspecto social en relación al paciente. En sus programaciones jamás excluía estas dos inquietudes.

La creación de la nueva Escuela Vargas fue iniciativa de Baldó. La cumplieron los Dres. Otto Lima Gómez y Francisco Montbrun, entre otros. En cuanto a los cursos de postgrado, se señala a los doctores Benaim Pinto, Augusto León y el mencionado Dr. Otto Lima Gómez. Es oportuno recordar que en la década del 50 el desarrollo de las ciencias médicas es evidente. Máxime de las distintas especialidades. Ello obligó a instrumentar mecanismos para la integración, lo cual explica la creación de los departamentos en los diferentes hospitales.

Una vez más recordamos, que al descender las tasas de defunción por tuberculosis, paludismo y diarreas, surgieron patologías como las cardiovasculares y oncológicas. La salud pública era reclamada como especialidad, de allí la creación de la Escuela de Salud Pública, incorporada a la Universidad, por gestiones del Dr. Baldó.

Estimo que el discurso de incorporación del Dr. Baldó a la Academia de Medicina, es una clase magistral, cuando acota: *“Maestro no es aquel que nos enseña, pues todos nos pueden enseñar, sino el que logra moldearnos, el que sabe pasarnos un poco de su yo, a quien nos vamos a sentir siempre ligados por una influencia espiritual que ha de ser mutua.”*

Cabe también recordar que, cuando se inauguró el Sanatorio Simón Bolívar de El Algodonal; el maestro hizo un gran anuncio: *“Aparte de su función hospitalaria, este instituto está destinado a llevar la función de centro docente para el personal que debe trabajar en la campaña. Sus puertas verán partir con confianza y seguridad y con una buena preparación —indispensable para el triunfo— a las futuras generaciones de jóvenes tisiólogos, que irán a poner en la práctica y a difundir, por las más apartadas regiones del país, las enseñanzas adquiridas.”* Igualmente, no puedo eludir en mis relatos en relación a la incorporación a la Academia cuando dijo: *“En mi concepto, se está haciendo lucha antituberculosa cada vez que una buena ley logra mejorar la condición de vida del obrero, aumentando el salario y disminuyendo las horas de trabajo. Así se llegará al verdadero enfoque de la lucha antituberculosa y en general de toda higiene*

social, para alcanzar su máxima conquista que es, según el concepto de Flatzeck Hofbauer, el haber disociado la pobreza y la enfermedad, tendiendo a igualar las clases sociales ante la salud”.

Una vez más se cristaliza el concepto social de nuestro académico. Como bien establece el maestro Otto Lima Gómez, cuando se refiere al tema; una frase del maestro Baldó, hace más de 40 años: “*Una enfermedad social no puede combatirse sino con remedios sociales.*” He venido sosteniendo que los médicos antes que todo deben ser científicos sociales. Sostuve varias conversaciones con el primer científico que conocí en Venezuela, mi hermano Prof. Dr. Gustavo Villalba Silva, lamentablemente fallecido y a quien hice conocer mi opinión acerca del Dr. Otto Lima Gómez. Por referencia reconocía su vocación de ver al paciente, desde el punto de vista bio-psico social.

Lástima que cuando hice la reválida, no fui su alumno, porque el paciente mudo, que ingresó en la tarde anterior a mi examen, estoy seguro no hubiera padecido los inconvenientes que padecí, aunque no fui aplazado. Debo concluir que hasta ahora conozco como científicos sociales a los Drs. Gustavo Villalba Silva, José Ignacio Baldó, Otto Lima Gómez, Joffre Díaz Guzmán y Francisco Fragachán.

Dos comentarios, breves destacan el humanismo del maestro Baldó cuando, considera necesario un himno para el enfermo tuberculoso. El Dr. Héctor Guillermo Villalobos y Juan Bautista Plaza cumplen ese cometido, estrenándose en el año 1947, con motivo de la inauguración del Sanatorio Luisa Cáceres de Arismendi. El segundo motivo pendiente, fue la Estampilla de Navidad. Se cumplió en el Zulia, en 1945, la emisión de la misma.

El profesor Baldó, como académico, recibió numerosas condecoraciones y homenajes. A manera de estrecho resumen cito:

Presidente Honorario de la Sociedad de Tisiología.
Presidente Honorario de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica.

Diploma de honor del Centro de Estudiantes de la UCV.

Epónimo de varias promociones: trabajadores sociales, médicos higienistas, tisiólogos y la de médicos cirujanos 1959.

Profesor Honorario de las Facultades de Medicina en las Universidades de Los Andes y del Zulia.

Miembro Honorario de sociedades nacionales e internacionales.

Fue jubilado el año de 1965, pero no obstante, continuó trabajando.

Conclusión

1. A finales del Siglo XIX y comienzos del XX, las condiciones de salud de Venezuela evidencian un verdadero problema de salud pública, ante los indicadores de salud.
2. La presencia para la época de un trípode integrado por los Drs. José Ignacio Baldo, Pastor Oropeza y Arnoldo Gabaldón. Los tres fueron factor determinante para la mejoría de aquella realidad. La descripción de la vestimenta de uno de ellos, así lo testimonia: “*No es la verdad lo que engrandece al hombre, sino el hombre quien engrandece la verdad.*”

REFERENCIAS

1. Francisco J. Origen y evolución de la Salud Pública en Venezuela. Edición aniversario OPS Venezuela. Edit Litho Henrog. Caracas, 2003.
2. Osuna Anfbal. Epidemiología. Ediciones Escuela de Salud Pública UCV. Caracas. 1973.
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Venezuela. 1991. MSAS. Caracas.
4. MSAS – OPS - OMS. Políticas de Salud en Venezuela. 1992.
5. Avilán Rovira JM. Ochenta Años de Sanidad en Venezuela: indicadores de salud y bienestar. En: Memorias VII Congreso Salud Pública. MSAS. Caracas, 1986.
6. Organización Mundial de la Salud. Humanizando el sector salud. Washington. 1994;2.
7. Organización Mundial de la Salud. Usos y perspectivas de la Epidemiología. Washington, 1984:47 (Public N° 84).
8. Viel Benjamin. Medicina Socializada. Universidad de Chile. Santiago, 1964.
9. Infante Rodrigo. Epidemiología clínica. Escuela Salud Pública. Venezuela. 1984:158.
10. Dujovne León. Teoría de los Valores y Filosofía de la Historia. Edit Pique / Paidos. Buenos Aires, 1959.
11. Archila Ricardo. Historia de la Sanidad en Venezuela. Imprenta Nacional. Caracas, 1956.
12. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo y salud en las Américas. Informe OPS. Washington, 1992.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Washington. 2002 (Public. 587).

LÓPEZ B

14. VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Cincuenta años de salud en Venezuela. Caracas, Marzo 1986;6.
15. Adrianza Manuel. Sociedad de Tisiología y Neumonología 1972-1974. Caracas. SVTN, 1974:48.
16. Rodríguez R. Pensamiento Médico Social: José Ignacio Baldó. UCV. Fac Medicina. Caracas, 1999.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Washington, 1978.
18. Álvarez Pedro. Breve inventario de un gran ejemplo. Rev Fundación Vargas. (s.vol) Caracas, 1977.
19. Departamento de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares. Introducción al estudio de las neumonías: Algunos Índices de Mortalidad. Venezuela, 1984. Bol Salud Púb. 1983;17(55).
20. Prieto Casanova S. En homenaje al Dr. José Ignacio Baldó. Asociación Antituberculosa de Venezuela. Caracas, 1986.
21. Adrianza M. Baldó y la fisiopatología cardiopulmonar. Caracas, mayo 2004. Programa Congreso 2003;111: 341-377.
22. La nueva Salud Pública. Masson, 1968.
23. Morris JN. Aplicaciones de la Epidemiología. Salvat Edit. Barcelona, 1995. Ann Intern Med. 1985;103:596-599.
24. Puigbó JJ. José Ignacio Baldó, humanista. Gac Méd Caracas. 2005;113:72 -84.
25. López Moreno B. Archivo personal (Ex Médico Rural).
26. Mondolfi Edgardo (Editor) José Ignacio Baldó: Trayectoria y legado al servicio de la Medicina venezolana. Fundación Polar, Caracas. 2003.

AGRADECIMIENTOS

Caracas, 18 de julio de 2007

Profesor Juan Jose Puigbó
Presidente y demás miembros de la Sociedad de
Historia de la Medicina.

De mi consideración:

Acuso recibo de la atenta comunicación donde me participan de la reunión ordinaria mensual del 6 de junio del 2007 Acta No. 735, donde fui electo Individuo Número Sillón No. XIII de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina. La vida es una caja de sorpresa máxima, cuando sumamos generaciones que nos facilitan enseñanza como análisis. En fin, comparaciones que tienen elocuencia de aprendizaje permanente.

Quiero dar las gracias a esta ilustre corporación, al maestro Juan José Puigbó por quien guardo respecto

y consideración no sólo como presidente, sino por sus dotes humanistas, intelectuales académicos, como profesor y como médico de algunos familiares, sin excluir la amistad que guardo por él, a todos los integrantes de esta institución, con especial referencia al doctor Abraham Krivoy quien con su nobleza para conmigo, lo incluyo entre mis amigos.

A los respetados profesores Daniel Bracho, Francisco Miranda, Isis Nezer de Landaeta, a quienes certifico pleno agradecimiento por su merecida e impostergable receptividad a mi persona, al Doctor Miguel González Guerra, a quien agradezco haberme hecho recuperar la pugnacidad guayanesa de mi juventud intelectual, al joven doctor Luís Colmenares mi gratitud, a la reconocida y bondadosa poetisa doctora Graciela Torres y al médico historiador Rafael Elías Pérez, por más de 40 años de amistad, estos dos últimos académicos me invitaron a integrarme a este refugio humanista, en una de los momentos más difíciles de mi vida, cuando Stephan Zweig, Dostoyesky, Oscar Wilde, Jorge Luís Borges, Miguel Otero Silva, Andrés Eloy Blanco, Honoré de Balzac, Beethoven, Chopin, Wagner, Mozart, Velásquez, Rafael, Miguel Angel, El Greco, Charles Baudelaire, Rimbaud, Mallarmé, Gauguín, Pérez Bonalde, etc, han cubierto más del 90 % de mi soledad.

En fin, a todos los miembros de esta corporación gracias, sólo me resta antes de iniciar el diálogo de esta presentación que, deseo confesar mi incorporación a esta Sociedad de Historia de la Medicina es un premio de compensación, ante las mezquindades humanas que últimamente he auscultado. Mis hijas, nietos y familia en general damos a ustedes las gracias.

Dr. BERARDO JESÚS LÓPEZ MORENO

JUICIO CRÍTICO AL TRABAJO SALUD PÚBLICA: JOSÉ IGNACIO BALDÓ

Presentado por el Dr. Berardo López Moreno para su incorporación como Individuo de Número, Sillón XIII de la Sociedad de Historia de la Medicina

Dr. Abraham Krivoy

Es un verdadero honor haber sido escogido por mi compañero Berardo Jesús López Moreno, para realizar las consideraciones pertinentes a su trabajo: “Salud Pública: José Ignacio Baldo” para su incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, donde ocupará el Sillón N° XIII, de un digno antecesor de particular mística por la Historia de la Medicina, como lo fue el Dr. Cruz Manuel Rodríguez.

Emergiendo de la provincia (Ciudad Bolívar), cursa sus primeros años de secundaria en el Liceo Peñalver y culmina su bachillerato en el Liceo Andrés Bello, donde nuestras vidas coincidieron para culminar el quinto año de bachillerato en 1950. Finaliza su carrera médica en la Universidad de Buenos Aires, Argentina y revalida su título en la Universidad Central de Venezuela, en 1964. Su trayectoria por la Venezuela adentro lo debieron haber moldeado para continuar un rumbo, donde la macrosociología médica se constituyó en norte y preocupación. Lo demuestra su paso rural por Caicara del Orinoco (Bolívar), Soledad (Anzoátegui), la dirección del Centro de Salud Luis Razetti, de Tucupita y del Hospital Santos Dominici, de Carúpano.

Fue cardiólogo del Hospital José Ignacio Baldo de El Algodonal, de los Centros Ambulatorios Julio Iribarren Borges y Francisco Salazar Meneses. Director del Servicio Médico de Empleados del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Asesor de Enfermedades Crónicas del MSAS, investigador responsable del área epidemiológica de la Unidad Hipertensión Arterial, del Hospital Universitario de Caracas; Médico de Salud Pública III, Titular del Centro Cardiovascular del MSAS, Docente de Enfermería desde 1971, en el Centro Universitario

Cecilio Acosta, hasta el presente. Jubilado del Ministerio de Sanidad en diciembre de 1998. Fue objeto de múltiples reconocimientos.

Cuando abordamos el trabajo de nuestro recipiendario descubrimos su energía y protesta, como un verdadero emisario de lo que fue nuestro inicio histórico sanitario. El actual le genera una inmensa angustia, que no se cansa de manifestar. Describe sumariamente *“los finales del siglo XIX y comienzos del XX, lo que era un país despoblado, incomunicado, enfermo, ensangrentado por continuas guerras, analfabeta, con una higiene deficitaria, premiado con el petróleo.*

Y por valores humanos como: Luis Razetti, Francisco Antonio Rísquez y Alfredo Machado, seguidos 25 años más tarde por Arnoldo Gabaldón, José Ignacio Baldo y Pastor Oropeza. Estos últimos iniciaron una contribución que produjo grandes beneficios para la sociedad y para el país. Lamentablemente no lo supimos mantener y mucho menos superar”.

Estas últimas frases de su descripción, permiten inferir la etiología en la selección del tema, ya que —en su inconformidad— siente los actuales acontecimientos, como una bofetada a nuestros ilustres antecesores. Realiza en su trabajo señalamientos puntuales, históricos y demográficos que lo llevan a recordar que de doce puntos señalados por expertos de Naciones Unidas, cuatro son impostergables, de los cuales dependen los niveles de vida de una comunidad y nuestro país se encuentra en los de más bajo nivel latinoamericano: salud y características demográficas; alimentación y nutrición; educación y condiciones de trabajo.

Señala una afirmación lapidaria de Chadwicik, quien —hace 200 años— expresó: *“las gentes se enferman, porque son pobres. Y se empobrecen más, porque están enfermos. Y se enferman más, porque la pobreza se hace más evidente”* Igualmente subraya que: *“Salud Pública es toda condición que permite identificar magnitud, vulnerabilidad y trascendencia, en relación al individuo y su comunidad”*

Continúa el desarrollo de su trabajo, señalando que —en las fuentes de FUNDACREDESA, el Dr. Hernán Méndez Castellano (1905-1987) y sus colaboradores describieron que en el lapso de once años las causas de defunción fueron: paludismo, disentería, tuberculosis pulmonar, tétanos, tifoidea, neumonías, gastroenteritis, enfermedades de la primera infancia y sarampión. *“Estas enfermedades son expresión de carencia de saneamiento ambiental, dotación de agua potable, falta de disposición de excretas, de vacunación, carencia de programas de prevención y desde luego, falta de patrones culturales para promover estilos de vida saludables”*. Describe múltiples detalles sanitarios que hacen que su inquieto aparato psíquico se proyecte sobre la búsqueda de una “figura paterna”, que represente su anhelo ideal de un superpadre nutritivo y apague la inquietud de la catástrofe que vivía.

José Ignacio Baldó plena con creces las pulsiones inquietantes de su estructura psicológica y con este digno representante de nuestro sistema sanitario lo aprehende, cual máscara del teatro romano, para expresar sus sentimientos. De donde se origina per sonare, sonar a través de la máscara; origen de la palabra personalidad y así se origina ese puente de oro por el que el Dr. López hace vibrar su protesta actual.

Berardo López grita —a través de la figura de Baldó— su terrible inconformidad con lo que está sucediendo hoy, en nuestro sistema de salud. Proclama la justicia social, que Baldó, magistralmente supo

aplicar, cuando involucró a los médicos y al resto del personal, para estructurar una eficaz plataforma de ayuda a nivel nacional, asequible desde los más remotos lugares de nuestra geografía. Admiró a Baldó, más por la pedagogía de sus acciones, que por sus clases magistrales, las cuales supo integrar. La simplicidad del sistema y su enorme eficiencia, deslumbraban a cualquiera.

El Dr. Berardo López continúa con una detallada y prolija descripción de la dilatada labor del maestro Baldó y menciona a gigantes colegas que fueron sus contemporáneos en diferentes áreas de la salud pública y los múltiples colaboradores que hicieron posible, una época exitosa del Ministerio de Sanidad. Toda frustración genera agresividad y es por ello que hoy tenemos este valioso rebelde, emisario del desastre al que estamos asistiendo. Su espíritu, justificadamente equitativo, nos pone en alerta ante el derrumbamiento de una de las prioridades de cualquier nación, como es la salud. Asegura que una buena política contribuye a mejorar nuestras condiciones y que la politiquería es antagónica a la medicina.

Por lo anterior y muchas cosas buenas más, Dr. Berardo Jesús López Moreno, crónico y entusiasta rebelde ante las injusticias; quiero expresarle —en nombre de la Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y en el mío propio; que nos sentimos enormemente complacidos por este bello logro, en su dilatada labor científico-humanística y lo estimulamos a continuar sus emotivas protestas por la verdad. Que nos siga acompañando en nuestras reuniones y continúe señalando el mejor camino para ayudar a nuestros semejantes, con las interesantes contribuciones de su experiencia. Le entregamos el Sillón N° XIII, que estamos seguros usted sabrá honrar, a la vez que hará honor al Dr. Cruz Manuel Rodríguez Bolívar, su antecesor. Bienvenido a esta institución.

LOS COLEGIOS NACIONALES, CON ESPECIAL REFERENCIA AL DE CUMANÁ

Dr. Luis Herrera García *

“...En la Dirección Nacional de Instrucción, cuya presidencia ejerce sin sueldo, Vargas hace proyectos de educación primaria, gratuita y obligatoria, antes de Guzmán Blanco se ganara la gloria de su instauración. Clama por el aumento de sueldo de los preceptores; pide escuelas dominicales para obreros; salas de asilo, escuelas normales....”

Andrés Eloy Blanco

RESUMEN

*La educación en Venezuela, hasta mediados del siglo XIX, recibió poca atención del estado, hasta considerarla algunos accesorio. En las ciudades funcionaban escuelas de primeras letras, que impartían aritmética, gramática y religión. Analfabetismo cercano al 90 %. Notable presencia de personas muy cultas en esos siglos. En 1825 Monseñor Unda fundó en Guanare un colegio para niños. Para 1845 la población de Venezuela era de 1 218 716 habitantes. Funcionaban 428 escuelas primarias, entre públicas (260) y privadas (168) para sólo 43,5 % de menores en edad escolar. Siguiendo orientaciones de El Libertador; el Congreso ordena en 1829, abrir centros educativos en capitales de provincia, los llamados **Colegios Nacionales**; cuyo demorado funcionamiento dependió de rentas y personal calificado. Sólo en 1836 se instalan los de Trujillo, Margarita y Tucuyo. Luego Coro, Cumaná, Guayana, Barquisimeto, Maracaibo, Guanare, Calabozo y Valencia. Dictaron cursos de Medicina, Derecho y Filosofía, otorgando títulos de Bachiller. Los de Primera Categoría poseían rentas propias. Desde 1875 se llamaron Colegios Federales. El Colegio Nacional de Cumaná abrió en 1837. Beauperthuy revalidó en Caracas su título de médico, obtenido en París y entre 1850 y 1853 dirigió estudios de medicina en dicha ciudad. Para 1875 existían Colegios Federales en los 20 estados del país.*

Palabras clave: Colegios Nacionales, Educación, Historia social, Siglo XIX venezolano.

SUMMARY

The Education in Venezuela, until about the middle of century XIX, received little attention from the state. In the cities there were schools of first letters, to learn Arithmetic, Grammar and Religion. Near 90 % were illiterate persons. Remarkable presence of very cultured people in those centuries. On 1825 Monsignor Unda it founded on Guanare a school for children. For 1845 the population of Venezuela was of 1 218 716 habitants. There were 428 primary schools, between public (260) and private (168) for only 43.5 % of children. Following directions of the Liberator; the Congress orders in 1829, educative centers in province capitals, the calls Nationals Colleges; whose delayed operation it depended on rents and personnel. Only in 1836 were opened at Trujillo, Margarita and Tucuyo. Soon Coro, Cumaná, Guayana, Barquisimeto, Maracaibo, Guanare, Calabozo and Valencia. They dictated Medicine, Law and Philosophy, granting titles of Bachelor. Those of First Category owned rents. From 1875, were called Federals Colleges. The National College of Cumana began in 1837. Beauperthuy revalidated in Caracas its title of phisician, obtained in Paris and between 1850 and 1853 it directed Medicine studies at that city. For 1875, there were Federals Colleges in the 20 states of the country.ii

Key words: Nationals Colleges, Education, social History, Venezuelan Century XIX.

* Miembro Correspondiente de la Sociedad de Historia de la Medicina. Presentado en Jornadas Beauperthuy, octubre 2007.

1. EDUCACIÓN EN LA TERCERA REPÚBLICA

La educación en Venezuela, hasta mediados del siglo XIX, recibió poca atención del estado, siendo considerada en general como accesorio. Pero es notable la presencia significativa de personas muy cultas, como la brillante generación que liderizó las luchas por nuestra independencia política. Clásicos castellanos, franceses, italianos e ingleses podían leerse en la Caracas colonial. Algunos criollos demuestran buen dominio de lenguas como francés, inglés y latín, lo que les permitió incluso traducir varias obras al castellano. La instrucción era entonces una actividad del seno familiar, siguiendo tradiciones hispanas y aborígenes, con apoyo de educadores por vocación, de quienes tenemos referencia todos los nacidos hasta la primera mitad del siglo pasado.

El analfabetismo predominó en el siglo XIX y las primeras tres décadas del XX, llegando a sobrepasar 72% de la población venezolana (1). Su raíz principal fue el caudillismo y las luchas políticas. Las repetidas guerras civiles necesitaban hombres y materiales. No había tiempo, dinero, ni personas para la enseñanza. A los caudillos no les interesaba que la gente supiera demasiado, pues “los analfabetas eran más sumisos y obedecían como esclavos”.

El Congreso de 1830 delegó la enseñanza primaria en las provincias (2). La situación fue muy deficiente a lo largo de ese siglo. La educación superior estaba centrada en las universidades de Caracas y Mérida. En 1832 Vargas reclama una Ley de Instrucción Pública, para enfrentar el grave problema y suprimir la legislación grancolombiana, que estuvo vigente hasta 1843 (3). La Biblioteca Nacional, aporte significativo a mediano plazo, fue establecida por decreto del presidente Páez, en 1833.

Pero hubo criterios discordantes. Así, para el Ministro de Instrucción Eduardo Blanco (4) ese empeño educativo es exagerado:

“Hay en la opinión pública de los venezolanos que se ocupan en estas materias, la marcada tendencia a concretar y simplificar los estudios, para corregir el penoso exceso de profesiones liberales que puede conducirnos por el proletariado intelectual a la degeneración del carácter nacional. El mismo grado de bachiller que hoy confieren los Colegios Nacionales, comienza ya a despertar vivos deseos de reformas por la abundancia innúmera en que van cayendo”.



Figura 1. Venezuela. Mapa político 1840, con diez provincias.

Durante los 3 siglos coloniales se hicieron tímidos esfuerzos, como la de escuelas atendidas por misioneros para enseñar y catequizar a niños aborígenes o hispanos. Otra iniciativa la tomó el Gobernador de Guayana Manuel Centurión (1766-1776) al fundar centros educativos en aquel territorio. En 1825, el Pbro. José Vicente De Unda fundó el Colegio San Luis Gonzaga en Guanare. Gonzalez Guinán estima que existían **96** escuelas primarias en todo el país, para 1830, a cargo de municipios y diputaciones provinciales, de mermadas rentas. La educación era clasista y elitesca (5) de fuerte inspiración religiosa.

Funcionaron escuelas de artes y oficios para pobres y universidades para blancos y pardos, que poseyeran algún patrimonio. Bolívar inspira cambios en ocasión de su Discurso ante el Congreso de Angostura y los hace efectivos al reformar la Universidad de Caracas, en 1827, bajo orientaciones de los doctores Vargas y Revenga. La República se abre a ideas liberales, del racionalismo y la ilustración, corrientes de pensamiento europeo, que desembocan en el positivismo base de algunas reformas de Guzmán Blanco. Más tarde la pedagogía de la Escuela Nueva (Rousseau, Pestalozzi, Fröebel, Montessori, Dewey, etc.) provocará mayores cambios, para centrar el proceso en el alumno y su vinculación a la naturaleza.

El académico Salcedo Bastardo (*) sostiene también que la educación fue muy descuidada en la colonia. Recuerda como “México y Perú tuvieron universidad en 1551, mientras que la de Caracas nace 174 años después, atrasada, dogmática y conservadora; aunque formó individuos notables”.

Según el historiador Nicolás Peñalver (6) la educación primaria se inicia con frailes franciscanos en 1516, en el monasterio de Chichiriviche (Cumaná) en donde enseñaron a leer y escribir a niños hispanos y aborígenes. Como dijimos antes, Centurión creó en Angostura, a mediados del siglo XVIII “una escuela de primeras letras y latinidad para enseñanza de la juventud”, con su respectivo edificio; según el contador Andrés de Oleada (7). Es de justicia recordar la preocupación de los congresistas de Angostura y de Cúcuta por la educación, en momentos cuando todavía España ocupaba inmensas extensiones de Suramérica. Dos siglos más tarde, el ex Ministro de Educación Rafael Fernández Heres hizo el siguiente análisis del proceso.

* Salcedo Bastardo JL. Pasado y presente de la nación. Tricolor

Para él ocurrió —en sucesivas etapas o conflictos— un enfrentamiento entre la Iglesia y la visión laicista del estado; entre el pensamiento de avanzada y una corriente que considera conservadora (8).

“A fines del siglo XVIII, debido al progreso agrícola, no son suficientes los conocimientos teológicos y filosóficos. Se da cabida a la enseñanza de ciencias, promotoras del progreso. Gana terreno el método de observación y experimentación, junto a la necesidad de consolidar el proyecto político republicano. El Estado asume el patronato de la educación como servicio público El propósito del poder político es reafirmar su autoridad frente a la Iglesia e impulsar la secularización, sin rupturas violentas. El Congreso en 1830, al reservar a gobiernos provinciales la primera educación y al gobierno central las universidades y colegios, creó graves desequilibrios. La primera educación decayó al extremo de postración, mientras la post-primaria se sostuvo, con las limitaciones económicas y deficiencias cualitativas de la época.

Se hace énfasis en la autoridad del Estado, para reafirmar su superioridad en materia de orientación y conducción política y social; frente a la Iglesia, sometida mediante la repetida ratificación del Patronato Eclesiástico. Esa tendencia centra su atención en la universidad, para separarla del seminario, que convivían en un mismo local, aunque la influencia de la Iglesia no se ausenta totalmente. Surgen, prohijados por el pensamiento ilustrado, estos cambios:

- Reforma de la Universidad de Caracas por el Libertador, en 1827.
- Reforma de los estudios médicos por Vargas, basada en el Cientificismo.
- Creación de la Academia de Matemáticas por el Congreso de Valencia. 1830.
- **Creación de los Colegios Nacionales.**
- Código de Instrucción Pública (1843).

Toda esa legislación es derogada por Guzmán Blanco en 1870, con serias consecuencias como son:

- a) Reordenamiento de la enseñanza en 3 niveles, con objetivos definidos: primario, secundario y científico (universidades), según modelos de Francia, Prusia y Holanda.
- b) Pruebas de selección para el ingreso a la universidad, como pidió en 1855, el ministro Simón Planas.

c) Reformas a la autonomía universitaria.

Al efecto Luis Sanojo y Rafael Villavicencio (enero 1869) presentan sendos proyectos de ley. Ambos sostenían con Ahrens, cuya doctrina se enseñaba en la Universidad de Caracas, en sustitución de Bentham; la abstención del Estado en asuntos de iglesia, universidad y prensa; como garantía para el disfrute de plena libertad espiritual. A partir de 1870 se profundiza la tendencia hacia la laicización de la enseñanza. Guzmán ordena la extinción de seminarios y conventos y la supresión del catecismo en los planteles escolares, el cual es sustituido por lecciones de moral. Durante la gestión de Crespo se inicia un acercamiento a la Iglesia, profundizado por Rojas Paúl, lo que facilita el resurgimiento de escuelas católicas, dirigidas por congregaciones religiosas”.

Excepto las universidades, que disponían de una estructura heredada de España, la instrucción pública carecía de organización (7). Los Colegios Nacionales ofrecían instrucción universitaria junto a la elemental. Para impulsar escuelas, se dedicó la estampilla escolar, idea de Antonio Leocadio Guzmán y ley desde 1870, resolviéndose el problema que durante 40 años mantuvo estrangulada la primera instrucción. Se emitieron 500.000 estampillas por valor de Bs. 159.500, las cuales debían utilizarse para todo procedimiento fiscal, pero su aplicación resultó poco fructuosa. Continúa Fernández (8)

“La creación del Ministerio de Instrucción Pública en 1881 es expresión del centralismo educacional. La introducción de la enseñanza objetiva, para proscribir la memorización, la ampliación del plan de estudio para incorporar ciencias naturales, gimnasia y agricultura, el uso de textos escolares, como auxiliares del aprendizaje; la profesionalización del magisterio, con la creación de escuelas normales y de los primeros supervisores; fueron acciones destinadas a tecnificar el sistema educativo.

En la Universidad de Caracas, se intenta desteologizar la enseñanza, con el apoyo de Guzmán. Las lecciones de Rafael Villavicencio y Adolfo Ernst sobre Filosofía de la Historia y evolucionismo darwiniano, cumplen ese propósito y dejan prolongado efecto”.

En síntesis: valores del Cristianismo, la Ilustración, el Positivismo y la Escuela Nueva, han conformado la estructura del sistema educativo. Luis Beltrán Saavedra, Profesor de Ciencias Sociales, con Maestría en Educación Superior; hace la siguiente estructuración del proceso educativo (2).

ETAPAS DE LA EDUCACIÓN

ABORIGEN: Se origina en la relación de oficios, artes y prácticas de producción en comunidad. Se fundamenta en tradiciones ancestrales y la oralidad. Prestigio de oficiantes como el piache, la madre o el cacique. En el derecho consuetudinario, códigos y simbología, técnicas de cultivo, pesca, recolección, construcción de obras, transporte fluvial, cestería, alfarería, literatura aborígen (cuento y poesía) Sistema de creencias de ultratumba y organización social.

COLONIAL: Siglo XVI, hasta las primeras décadas del siglo XIX. Se fundamenta en el humanismo clásico y el escolasticismo. Fundación de las primeras escuelas, colegios y universidades. Resultado directo o indirecto de actitud cultural abierta a la filosofía y a la ciencia. Corriente pedagógica representada en Simón Rodríguez, Miguel José Sanz y Andrés Bello, entre otros. Proponían un sistema educativo adaptado a Venezuela.

REPUBLICANA: Se inicia en el siglo XIX, con momentos resaltantes en 1832, 1843 y 1870. Creación del Ministerio de Instrucción Pública y Estatutos universitarios. El sistema educativo era continuidad de los métodos coloniales. Mayor conciencia sobre importancia de la Educación Pública. Libertad de enseñanza. Inicio de la educación normal y escuelas de artes y oficios. Introducción del método Lancasteriano del trabajo cooperativo en el aula. Organización del sistema escolar. Principio de universalización de la educación. Escuela pública laica.

RENOVACIÓN (1914 a 1936) Nuevos planes y métodos de estudio, propuestos por el ministro Guevara Rojas que no tuvieron continuidad. Su orientación está fundamentada en pedagogos europeos como Johan Pestalozzi, Friedrich Fröebel, María Montessori o norteamericanos, como John Dewey.

HUMANISMO DEMOCRÁTICO

HITOS: 1940 Ley de Educación, 1944 Programas de estudio, 1969 Reforma de la Escuela Técnica, 1980. Nuevo Currículo Básico. Fundamentado en la Teoría de la **Escuela Nueva** y en menor medida Humanismo Cristiano. Masificación de la enseñanza, impulso a la educación técnica (1936-1960) Ciclos Básico y

Diversificado, Institutos Tecnológicos y numerosas “universidades”.

Por cierto, la reforma educacional que anunciara el ministro Guevara Rojas en 1915 quedó reducida a cambiar a liceo el nombre de los antiguos colegios nacionales. “*Los mismos profesores, los viejos textos, el pobre presupuesto, la ausencia de laboratorios; poca alteración en el número y orden de las materias y un cambio “fundamental”: las vacaciones ya no coincidían con el alegre Diciembre navideño, sino con el ardiente verano europeo*” (3).

Pese al analfabetismo extenso, llama la atención el tardío, pero vigoroso desarrollo de medios de comunicación impresos (*).

“Durante el siglo XIX, la prensa fue casi la única forma de expresión de ideas y formación de opinión pública. Para mediados de siglo, de 1.218.000 habitantes, solo recibían educación formal 13.100 y habría acaso 30.000 lectores, aunque proliferaron ciento catorce periódicos”.

La Universidad de Caracas (Universidad Central desde 1875) abrió sus puertas en 1725 (3,9) unida al seminario de Santa Rosa de Lima, del cual se separará finalmente hacia 1850. La Universidad de Mérida (Universidad de Los Andes desde 1875) nace en 1810, con base al Seminario de San Buenaventura.

Estuvo en receso tras el terremoto de 1812 y hasta 1832 (10). Las Facultades son reorganizadas en 1858, así: Ciencias Eclesiásticas (Teología y Derecho Canónico), Ciencias Políticas, Ciencias Médicas, Ciencias Físicas y Naturales.

Durante la época republicana la Dirección General de Instrucción dependió del Ministerio de Interior y Justicia hasta 1857. Luego fue adscrita a Relaciones Exteriores y en 1863, bajo el gobierno federal, al Ministerio de Fomento. En 1881 se crea el Ministerio de Instrucción Pública, designando al Dr. Anibal Domínci como primer titular. En 1936 se cambia la denominación a Ministerio de Educación Nacional y desde 1950, a Ministerio de Educación, simplemente.

Entre 1838 y 1852 el Dr. Vargas se desempeñó como Director General de Instrucción Pública, bajo los sucesivos gobiernos de Soublette, de Páez y de los hermanos Monagas. Fue una especie de Ministro de Estado, que tenía su despacho en la misma



Figura 2. Dr. José María Vargas. Director de Instrucción Pública 1838 - 1852.

universidad. Rendía informes anuales al Congreso. Del Código aprobado en 1843 partió la separación en educación primaria, secundaria y científica. Después de 1864 surgirán las llamadas escuelas unitarias en áreas rurales, a cargo de un preceptor no graduado; realidad que continuó sin cambios durante casi un siglo. Pero, como cambiaba la división política del país, cambiaban los criterios en cuanto a nombres, estructuras y otorgamiento de grados.

Así como en México la violencia desatada llevó a ejecutar autoridades como José María Morelos, Agustín Iturbide, Maximiliano de Hapsburgo, etc.; en Venezuela nos distraemos, rebautizando instituciones. En 1851, Antonio Leocadio Guzmán. Ministro de Interior y Justicia de Monagas, ordena que sólo las universidades puedan conferir grados académicos de Bachiller, Licenciado y Doctor. A partir de esa fecha, los colegios nacionales únicamente podrían conceder títulos de Bachiller en Filosofía. Pero esa disposición fue suprimida por Guzmán Blanco en 1875.

2. LOS COLEGIOS NACIONALES O FEDERALES.

A partir de 1833, el Gobierno retoma la creación de los colegios nacionales, ordenados por el Congreso de Colombia doce años antes y se crea la Academia de Matemáticas, bajo dirección de Juan Manuel Cagigal

* CAÑIZALES A. Los medios de Comunicación. Centro Gumilla, 1991. Pag. 3.

(11) Los planteles inician actividades a medida que aseguran sus rentas y la disponibilidad de alumnos y personal docente. Se abren sucesivamente doce colegios en: Valencia, Cumaná, Coro, Guayana, Guanare, Barquisimeto, Margarita, Trujillo, El Tocuyo, Calabozo, Maracaibo y Barcelona (Tabla 1). Los colegios iniciaron actividades meses o años después del respectivo decreto de erección más tardíos fueron los de Barinas, Mérida, San Cristóbal, Maturín; Villa de Cura, San Carlos, San Fernando y San Felipe (3,12,13), que sólo surgieron durante el septenio guzmancista (1870-1877).

Tabla 1
Primeros colegios

1.	CARABOBO 11 de agosto de 1833
2.	CUMANÁ 28 de febrero de 1834
3.	CORO 26 de noviembre de 1833
4.	GUAYANA 8 de abril de 1834
5.	GUANARE 28 de febrero de 1834
6.	BARQUISIMETO 20 de enero de 1835
7.	MARGARITA 1835
8.	TRUJILLO 1835
9.	EL TOCUYO 1 de mayo de 1835
10.	CALABOZO 1839
11.	MARACAIBO 2 de marzo de 1837
12.	BARCELONA 1842

Los colegios tuvieron cátedras de gramática castellana, filosofía y latín (12) Al comienzo acudieron sólo varones hijos de blancos (14). Las escuelas públicas para niñas eran pocas, por eso, iniciativas como la del señor Juan Nepomuceno Chávez, de crear un patrimonio financiero para el funcionamiento de un colegio de niñas en Caracas, representó un valioso recurso para muchas familias. Fue otro meritorio aporte de la iniciativa privada.

El Colegio Chávez continuó prestando servicios, hasta el siglo XX, aún después que las obras de la avenida Urdaneta exigieran derrumbar su casona colonial. Algunos colegios recibieron autorización para desarrollar estudios de derecho y de medicina, pero fue difícil mantenerlos. Se dictaron cursos de medicina en los colegios de Cumaná (1850) Valencia 1852, Maracaibo 1854, Guayana 1858, Barquisimeto 1884 y Calabozo 1883 (3,15-17).

El Colegio Nacional de Carabobo fue creado por decreto presidencial de José Antonio Páez, el 11 de agosto de 1833. Inicio actividades el 5 de julio

de 1836, en el antiguo Hospital de Caridad, de la llamada «Casa de La Estrella». En 1852 se abrió la Cátedra de Medicina, además de Ciencias Políticas, Eclesiásticas, Filosóficas y Matemáticas.

Dificultades económicas y políticas obligan al cierre de la institución, hasta 1874 cuando es reabierta por Decreto del presidente Guzmán como Colegio Federal de Primera Categoría, designándose al Dr. Julián Viso como su primer Rector. En 1880 inician la construcción del edificio sede, ocupado luego por la Facultad de Derecho. En 1892, el Presidente Crespo decreta la Universidad de Valencia y nombra de Rector al Dr. Alejo Zuloaga. En 1904 la universidad es clausurada por orden del Presidente Castro, hasta 1958, cuando reinicia actividades. Los Colegios de Maracaibo y de Valencia contaban con mayor número de alumnos (más de cien en cada uno) si bien los de Guayana y Trujillo parecían mejor administrados, pues su balance económico arrojaba saldos positivos. Sólo un 15 % de los cursantes eran internos y debían cubrir su manutención (12).

En las universidades se dictaban las asignaturas del trienio filosófico o trivium: gramática, lógica y retórica; según lo establecido en la Universidad de Caracas. Al segundo nivel pertenecía el Cuadrivium: Aritmética, Geometría, Astronomía y Música. Para 1842 había en el país 163 escuelas y unos 2.400 alumnos. “*En los Colegios Nacionales la educación languidecía por falta de fondos adecuados. Apenas 248 alumnos habían en los Colegios Nacionales de Barquisimeto, El Tocuyo, Calabozo, Coro, Guanare, Trujillo, Maracaibo y Margarita* (2,17). Datos tomados de los informes del Dr. Vargas (12) permiten estimar en poco más de 15.000 escolares anualmente.

En 1839 Páez había aprobado el Decreto Orgánico de los Colegios Nacionales, perfeccionado por el Código de Instrucción Pública, que bien puede llamarse Código de Vargas en 1843, durante el gobierno de Soublette. Consta de 15 leyes y habla de primaria, secundaria y científica (universitaria). En su Memoria al Congreso de 1850 (12) el Dr. Vargas insiste en la escasez de planteles (apenas funcionaban en 13,54 % de las parroquias), de falta de información sobre su funcionamiento y de personal calificado. La Tabla 2 nos permite verificar algunos datos sobre aquella realidad educativa. Como puede verse, sólo en las provincias que poseían colegios para la fecha debieron existir casi 300.000 niños en edad escolar, de los cuales, apenas el 4,37 % asistía a la escuela. Más de la mitad de las parroquias no contaba con

planteles educativos. Por otra parte, 40 % de las escuelas y 27,5 % de los alumnos eran atendidos por particulares o por la Iglesia.

Por la Ley de Estudios de Colombia, del 6 de agosto de 1821, fueron abolidos en su territorio los conventos menores de religiosos. Sus propiedades y rentas fueron destinadas a la dotación de colegios en la respectiva provincia. En esta forma el edificio del antiguo Convento de los Franciscanos, en Maracaibo pasó al servicio de la instrucción pública en la Provincia del Zulia (4). Por diversas razones el plan de expropiación de los Conventos y sus propósitos no se completaron sino muchos años después. Hacia fines de 1836 el ilustre médico y filántropo Don Manuel de Arocha, Presidente de la Sociedad Amigos del País, solicita del Gobierno Provincial de Maracaibo, su mediación ante el Encargado del Ejecutivo Nacional para “*la supresión del Convento de esa ciudad, en virtud de no tener religiosos, por haberse secularizado el único que existía y que su edificio y rentas se destinen a la erección de un Colegio Nacional y de una Universidad conforme a la Ley*”. Como resultado de estas gestiones, José María Carreño, encargado del Poder Ejecutivo, con fecha 2 de marzo de 1837, dicta un Decreto que en el artículo 16 de su parte dispositiva dice al texto:

“*Se destina para el Colegio Nacional de Maracaibo*

el edificio del Convento de San Francisco de dicha ciudad” El 19 de abril de 1839, es solemnemente inaugurado el Colegio, cuyo nombre cambiará en 1875, por el de Colegio Federal de Primera Categoría.

A partir de 1870, con el primer mandato de Antonio Guzmán Blanco comienza un proceso más estable. Ese año Guzmán decretó la instrucción primaria como gratuita y obligatoria (3,13). El decreto tiene fecha del 27 de junio de 1881 y fue acompañado de medidas tributarias. Fue impulsado por el Ministro de Fomento Martín Sanabria, de quien dependía la Dirección de Instrucción Pública y quien había trabajado años en el proyecto. Logran con ella un significativo aumento de escuelas y de alumnado. Se fundaron Juntas Superiores de Instrucción en cada estado, además de juntas departamentales y parroquiales. El gobierno fortaleció los colegios nacionales, llamados ahora federales, algunos de los cuales se convirtieron en Universidades, como los de Maracaibo (1891) y Valencia (1892). Guzmán decidió intervenir las universidades de Caracas y de Mérida, asumir la designación de sus autoridades, así como los gastos del presupuesto universitario. Ambas instituciones fueron despojadas de fabulosas rentas (10). Según la Memoria del Dr. Vargas al Congreso de 1847 (12) dichas rentas producían 14.099 pesos fuertes anuales.

Tabla 2
Memoria del Dr. Vargas al Congreso, 1845

Ciudad	Población	5 / 14 Años	Parroquias	Públicos	Privados	Alumnos
Caracas	318.400	77.300	97	55	34	
Carabobo	141.400	34.300	33	31	22	103
Barquisimeto	177.000	43.000	36	33	15	91
Margarita	20.100	4.900	12	4	20	08
Trujillo	58.500	14.200	27	21	1	51
Maracaibo	43.400	10.500	21	20	26	112
Barcelona	65.400	16.100	49	8	13	37
Totales	1.218.700	295.900	537	260	168	12.905

Modificado de: Vargas JM. Obras Completas. Vol 7. Caracas, 1958

Las siguientes cifras dan una idea sobre los efectos

Año	Población	Alumnado
1873	1.784.194	6.359
1880	1.966.099	56.377
1890	2.296.213	64.610

del Decreto de 1870:

Por decreto del 8 de junio de 1875 se crean colegios federales en todos los estados y se ordenó imprimir libros de texto para primaria. Los colegios son divididos en dos tipos (3) federales o de primera categoría (Valencia, Guayana, Maracaibo y Trujillo) los cuales poseían renta propia y seccionales o de segunda.

En los primeros hubo cátedras de idiomas (latín y griego, francés, inglés y alemán) pedagogía, historia nacional y universal, ciencias filosóficas, médicas y políticas. Graduaban Bachilleres en Ciencias Médicas o Políticas y Licenciados en Ingeniería Civil.

En los seccionales: Barcelona, San Fernando, Villa de Cura, Barinas, San Carlos, Coro, Calabozo, Barquisimeto, Mérida, Maturín, Margarita, Guanare, Cumaná, San Cristóbal y San Felipe, se dictaban las cátedras de gramática, latín, pedagogía y filosofía. Otorgaban títulos de Maestros, Agrimensores y Bachilleres en Filosofía.

En ese año se fundan las primeras escuelas normales en Caracas, Valencia, Barquisimeto y Cumaná y se envió jóvenes a los Estados Unidos de América, para formarse como docentes. Al final del Setenio funcionaban 1.456 escuelas con 52.191 alumnos.

Escuelas federales.....	782
Escuelas estadales.....	180
Escuelas municipales	247
Escuelas particulares.....	247

Guzmán tuvo la previsión de crearle rentas a la educación, obtenidas de:

- Venta de estampillas de escuelas y postales.
- Multas por infracciones.
- Depósitos para recursos de casación declarados sin lugar.
- Valores de la Deuda Nacional del 5 % anual.

- Derechos de matrículas y grados de los Colegios Nacionales



Figura 3. Estampilla escolar.

- Donaciones de particulares.

La exigencia de algunos tributos fue severa, pero insuficiente, según se deduce del contenido de la siguiente nota. El gobierno central reclamaba a sus subalternos la exigencia de la estampilla escolar, pero —como tantas veces— falta de especies, de responsabilidad o de tiempo, frenaban su aplicación.

“No se dará curso legal a testamentos, liquidación y participación de herencias y legados, si antes no se hubiesen abonado los derechos de instrucción pública”

El Ministerio de Instrucción Pública fue creado también por el Presidente Guzmán el 24 de mayo de 1881. Mantuvo ese nombre hasta 1936. El primer Ministro fue el Dr. Aníbal Domínici. Entró en acción con las Direcciones de Instrucción Primaria y de Instrucción Superior.

Comprendiendo su importancia y conforme a su pensamiento, Guzmán lo dota de presupuesto y le infunde espíritu laico, pero mantiene la primaria bajo dependencia del Ministerio de Interior y Justicia.

En 1882, era ostensible el éxito: 1.684 escuelas y unos 90.000 alumnos. En educación superior estaban inscritos entonces 1.300 estudiantes (13,18). El presupuesto inicial fue de apenas Bs. 1.700.000 y la Renta de Instrucción aportaba Bs. 1.340.038.

Las escuelas normales representaban un gasto de Bs. 32.400. En octubre de 1882 fue creada la Academia Venezolana correspondiente de la Española, actual Academia de la Lengua, la cual se instaló el 26 de abril del año siguiente. Al final de aquel largo régimen, en 1888, funcionaban 6 escuelas normales y 1.014 escuelas federales, así como las Universidades de Caracas, Mérida, Valencia y Maracaibo (11).

Después de Guzmán Blanco, ninguno de los hombres que llegan al poder, durante medio siglo, acusan interés similar por la educación, si bien entre 1890 y 1935 hubo ministros tan prestigiosos como Eduardo Blanco, Luis Ezpelosín, Rafael Villavicencio, José Gil Fortoul y Felipe Guevara Rojas. El Código de Instrucción Pública reformado por el presidente Creso, significó nuevos avances: 1.010 escuelas primarias con 32.000 alumnos El presupuesto de educación en 1898 era de Bs.2.693.682.

Para 1897 funcionaban las universidades de Caracas, Mérida, Maracaibo, Carabobo y Bolívar. Una nueva reforma del Código en 1904, introduce materias como agronomía, veterinaria, minas, comercio, pedagogía y otras, en la educación superior. Pero los estudios superiores sufren zarpazos: Cipriano Castro elimina las Universidades de Zulia y Carabobo, en 1904 y Juan Vicente Gómez cierra por 8 años (1915-1922) la Universidad Central.

Las guerras intestinas exigieron su cuota de sangre. Por eso un autor anónimo, en página del Ministerio de Educación (www.me.gov.ve) afirma:

“los fondos que debieron abrir escuelas, sólo sirvieron para abrir tumbas”

El sistema educativo muestra hoy en día innegables avances. Ha mejorado cualitativa y sobre todo cuantitativamente, aunque es preocupante el retroceso social que se evidencia por múltiples indicadores, como los que viene utilizando el Proyecto Venezuela, desde hace más de 25 años. En 1850, el doctor Vargas se lamentaba, porque teníamos más de 95 % de nuestra población en edad escolar fuera de las aulas. Hoy las cifras se han invertido, pero ese 5 % de niños sin escuela equivale igual a 300.000 menores, que no tienen acceso a los beneficios de la educación.

Siguen siendo pertinentes las aleccionadoras palabras del Dr. José María Vargas, en su Memoria al Congreso Nacional, en 1840 (12).

“Resulta desconsolador (que apenas se logre atender en los planteles de educación a uno de cada 20 niños) si se considera que la instrucción popular es indispensable para formar ciudadanos

que conociendo y apreciando sus derechos, sepan cumplir sus deberes para con la patria”.

Llama la atención que ese criterio fue recogido textualmente en el Decreto de Instrucción Primaria Obligatoria de 1870. Quiere eso decirnos que el doctor Martín Sanabria sentía lacerante el eco de aquel angustiado clamor de Vargas. Guardan relación muy directa con las palabras del Libertador en su Discurso al Congreso de Angostura, sobre los polos de una república: *“Moral y Luces”*. ¿Acaso, nuestros legisladores, las autoridades del Ministerio de Educación y en especial, nuestros educadores del siglo XXI, las tendrán presentes?

Tabla 3

El Siglo xx (1915) los transformó en liceos

Cumaná: Liceo Sucre
 Calabozo: Liceo Humboldt
 Valencia: Liceo Pedro Gual
 Maracaibo: Liceo Baralt
 Trujillo: Cristóbal Mendoza
 Barquisimeto: Escuela Normal
 Miguel José Sanz
 Coro: Liceo Cecilio Acosta
 Barcelona: Juan Manuel Cagigal
 San Cristóbal: Liceo Simón Bolívar
 San Fernando: Liceo Lazo Martí
 C. Bolívar, Guanare, El Tocuyo, ...

3. EL COLEGIO NACIONAL DE CUMANÁ 1834 – 1936.

El antiguo convento de San Francisco, fundado en 1574, estuvo ubicado al sur del centro histórico de Cumaná, frente a la plaza Badaraco, en las márgenes del río Manzanares. Su importancia radica en ser el primer centro religioso fundado por los españoles en tierra firme, para la evangelización pacífica de los indios. El primer edificio fue destruido por los indígenas, en represalia por las tropelías de Ojeda y de otros capitanes hispanos. En 1638, se autorizó la refundación del convento. Probablemente el conjunto original comprendía la iglesia y el claustro, al que luego se adosó, en 1780, la capilla de los Terciarios. A finales del siglo XVIII se edificó una nueva iglesia, bajo la dirección de fray Marcelino Reinada. La capilla de los Terciarios, resultó afectada por temblores de 1797, por lo cual se demolió en 1804 (19).

Se fundaron allí cátedras de latín (1759-1806), filosofía (1769), francés y matemáticas. El gobierno realista abrió la Universidad de Oriente entre 1812 y 1819, año en que fue abandonada por los estudiantes. Para 1827 poseía renta de 14.000 pesos anuales. En 1826 la Ley de Estudios, dictada por el Congreso de Colombia, en la Villa del Rosario de Cúcuta; destinó los conventos con menos de ocho religiosos y sus rentas, a la fundación de Colegios Nacionales, previstos desde 1821. El Convento de San Francisco se convirtió así en Colegio Nacional de Cumaná el 28 de febrero de 1834, siendo el primer instituto de educación secundaria en oriente y el más concurrido del país (7). Andrés Level de Goda fue nombrado Rector, pero debió dejar luego el cargo, al vincularse al golpe de estado de Carujo. Es curiosa coincidencia que los conventos franciscanos de Caracas, Maracaibo y Cumaná, fueran luego sedes universitarias. En 1841 correspondió a Rafael Acevedo Acal la refundación del Colegio, tras un receso, debido a la estrechez de recursos. Llegó a tener para esa fecha más de cien alumnos. Acevedo será luego Rector en Carabobo.

El Congreso en 1850 crea estudios de jurisprudencia y de medicina, en cuya enseñanza participó Luis Daniel Beauperthuy, hasta 1853. José Antonio Ramos Sucre estudió también en ese colegio, graduándose de Bachiller en Filosofía, en 1904. Luego de estudiar derecho y literatura en la Universidad Central, fue nombrado ayudante del Rector en 1908 (7).



Figura 4. Dr. Luis Daniel Beauperthuy (1807 – 1871). Fundador de los estudios médicos en Cumaná, 1850 – 1853. Médico de Sanidad 1853 – 1866.

Al iniciarse el gobierno de la Federación, la educación pública en Cumaná vivía una grave crisis, entre otras causas por recurrente incumplimiento del Ejecutivo Nacional en la cancelación oportuna de las asignaciones presupuestarias y por los efectos devastadores del terremoto de 1853 sobre el Convento de San Francisco (19). A fin de enfrentarla, el general Saturno Acosta, Presidente Interino, promulgó en abril de 1864, un decreto cuyo artículo primero decía:

Se restablece el Colegio del Estado con la clase de gramática castellana, y con la de idioma latino; a reserva de abrir más adelante las dos cátedras de ciencias filosóficas, cuando haya alumnos y rentas con que sostenerlos”.

En ese mismo decreto designó al doctor Francisco Solano profesor de la cátedra de gramática castellana y al Presbítero José Antonio Ramos Martínez de idioma latino. Ramos Martínez fue electo Rector del Colegio, a lo cual respondió, según correspondencia publicada en la Gaceta Oficial del Estado el 28 de mayo de 1864 y conservada en el Archivo General de la Nación:

“...no obstante las muchas y graves ocupaciones, por mi deseo de cooperar a que las letras vuelvan a su antiguo esplendor en Cumaná; acepto el nombramiento que os habéis dignado hacerme Rector del Colegio de este Estado, renunciando al sueldo que me señala la ley”

En 1875, el Colegio Nacional de Cumaná fue elevado a Colegio Federal (7,19) y debió peregrinar por diferentes sedes. José González Varela fue su director, entre 1886 y 1908. Los restos de la antigua edificación fueron destinados a una fábrica de jabón y más tarde restaurados. En 1945 la construcción de la carretera que comunica Cumaná con el valle de Cumanacoa, afectó el terreno del convento y modificó su relación con el río Manzanares. Fueron decretados como Monumento Nacional, en 1960. El actual Liceo Antonio José de Sucre tiene sus raíces en el antiguo Colegio Nacional, según decreto presidencial del General López Contreras de 1936.

Llegados al siglo XX, hasta el final de la dictadura gomecista, la realidad educativa del país era lamentable. En 1937, en artículo publicado en el diario *Ahora*, de circulación nacional, el recordado maestro Prieto Figueroa presentó una radiografía del sistema educativo:

“Cerca de 4/5 partes de la población en edad escolar sin escuela. En funcionamiento sólo 2 Normales, que en 24 años, apenas habían graduado

500 maestros, cuando se necesitaban mínimo 10.000. En la Convención Nacional del Magisterio, organizada en 1936 bajo la conducción de Prieto, se alertó sobre el total de población en edad escolar (689.288 niños y jóvenes, según datos censales). Tan sólo 20 % estaba inscrito en algún colegio y 14 % asistía regularmente. Ese alumnado era atendido por 3.500 maestros, de los cuales 11 % eran titulares de los cargos. De cada mil jóvenes, uno arribaba al bachillerato. El analfabetismo rondaba 68,8 % en mayores de 15 años”.

En uno de sus libros, el doctor Arturo Uslar Pietri (20) analiza la problemática de la masificación estudiantil y del estado docente, contradiciendo la firme posición social del Dr. Prieto Figueroa en esa materia. Sostiene la necesidad de formar una “élite ilustrada” responsable de la dirección del estado y del país, bajo principios liberales y democráticos, no marxistas, ni militaristas. Una polémica que vuelve a tomar vigencia, comprometidos como debemos estar todos al bien nacional. Estos y otros enfoques de la educación requerirán siempre de análisis serenos y de complejas decisiones, habida cuenta de su componente sociológico y político; así como de su función de propiciar la movilidad social, evitando discriminaciones y privilegios injustos.

Es evidente que los tiempos han cambiado, tanto como el desarrollo social, tecnológico y científico de la humanidad. Es preciso sacar provecho de todos los recursos hoy a nuestro alcance, para asegurar que los beneficios de la educación se extiendan en calidad y en cuantía hacia los diversos sectores que hacen parte de la comunidad venezolana. Para ello considero que deben aprontarse algo más que proyectos, discursos y cambios accidentales, a los que hemos sido tradicionalmente tan inclinados.

REFERENCIAS

- Grisanti A. La instrucción pública en Venezuela. 2ª edición. Iquima. Bogotá, 1950.
- Saavedra L. Historia de la Educación en Venezuela. www.uft.edu.ve
- Lasheras JA, Bigott LA, Carvajal C, et al. Historia de la Educación en Venezuela. Fac. de Humanidades. Universidad Central. Caracas, 1996.
- Rojas R. Historia de la Educación en la región Centro Occidental de 5. Venezuela. Memorias del III Congreso Iberoamericano de Historia de la Educación. Caracas, 1996.
- Newland C. La educación elemental en Hispanoamérica: De la Independencia hasta la centralización de sistemas educativos. Hispanic American Historical Review. 1991;71:335-364.
- Peñalver N. Discurso de apertura de la Audiencia de Cáceres, 2 de enero de 1851 por su regente Don Nicolás Peñalver. Burgos é Hijos. Cáceres, 1853.
- Peñalver MS. Datos para historia de la educación en el Oriente de Venezuela. Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia. Caracas, 1979.
- Fernández Heres R. La Educación en el siglo XIX. Disponible en: www.simon-bolivar.org/bolivar (Rev Julio 8, 2007).
- Leal I. Documentos para la historia de la educación en Venezuela. Edic. Academia Nacional de la Historia. Caracas, 1968.
- Morales A. La Universidad de Los Andes, durante el siglo XIX. www.saber.ula.ve Rev Semestral de Historia, Arte y Sociales. Nº 10. Julio 2006 (Rev Agosto 12, 2007).
- Nectario María Hno. Historia de Venezuela. Edit. La Salle. Buenos Aires, 1938:252-253.
- Bruni Celli B. Dr. José Vargas. Obras Completas. Tomo VII, VIII y IX. Caracas, 1958.
- Lemmo A. Educación en Venezuela en 1870. Fac. de Humanidades UCV. 1976.
- Brito Figueroa F. Historia económica y social de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. UCV. Caracas. 1978.
- García H. Los estudios de Medicina en Mérida. Rev Soc Venez Hist Med. 1954;1(3):756-761.
- Díaz F. Centenario de los estudios médicos en Carabobo. Rev Soc Venez Hist Med. 1953;1:95-101.
- Aris Y. La educación institucional en la jurisdicción cabudareña 1832-1908. Disponible en: www.tach.ula.ve/heuristica/HEURISTICA-2005.doc (Rev julio, 2007).
- Cortés LE. Colegios Nacionales, Federales, Liceos e Institutos de Secundaria en la Historia de Venezuela: Un enfoque social e institucional. www.tach.ula.ve (Rev julio 8, 2007).
- Freites Y. Venezuela. Enciclopedia Temática. Edit Planeta. Caracas 2002: 217. Disponible en: www.ivic.ve/memoria/ensayos/cien_tec/ciencia_tecnologia (Rev julio 15, 2007) .
- Uslar Pietri A. De una a otra Venezuela. Monte Avila Edit. Caracas 1989.

INTERNET: APORTES PARA LOS ESTUDIOS DE MEDICINA

Dr. Rafael Romero Reverón *

“Los maestros abren la puerta, pero debes entrar por ti mismo” Proverbio Chino

Internet es una red de computadoras y equipos informáticos que se comunican mediante un lenguaje común y permiten el acceso a diversos servicios de información. Internet es una infraestructura informática ampliamente extendida, constituyendo una revolución sin precedentes en el mundo de la informática y de las comunicaciones, con más de 1.600 millones de páginas Web, con gran cantidad de información muy útil para uso académico y especialmente en medicina. Su acceso alcanzó los mil millones de usuarios de todo el mundo, en el año 2005 (1). La llegada de Internet afecta a los procesos de enseñanza y aprendizaje de la medicina, dentro y fuera de las universidades, por lo que el rol de los profesores se ve modificado.

La historia de Internet quizás se inicia con la milenaria necesidad del hombre de investigar, utilizar, almacenar y reproducir toda la información disponible, a lo largo de la historia de la humanidad, con el fin de preservar un diálogo sin fin entre el presente y el pasado. A través del tiempo se han ido acumulando pocos, pero esenciales ejemplos de grandes aportes para la humanidad, los cuales han contribuido al origen de Internet, como son las primitivas pinturas rupestres, el ábaco, la imprenta de Gutenberg, la electricidad con Thomas Edison, el teléfono con Alexander Graham Bell, las primeras generaciones de computadoras entre 1930 y 1960. Finalmente, la fibra óptica, hasta llegar a 1962, cuando L. Licklider, del Massachusetts Technical Institute, en Estados

Unidos de América, estableció el concepto de Galactic Network o Red Galáctica (2,3).

En 1969, Roberts conectó cuatro computadoras centrales (host) a la Arpanet inicial y se hizo realidad una embrionaria Internet. Los electrocardiogramas (ECG) comienzan a ser enviados y analizados a través de una Intranet, en 1969. El primer correo electrónico se envía en 1972. En 1975 se crea **Microsoft**. En 1977 la Apple crea la PC II, primera computadora personal, mientras Medline aporta información desde 1985, por un sistema embrionario de Internet (4). Así, durante los años 70, 80 y 90 y en el milenio actual, Internet creció y sigue creciendo, más allá de sus raíces originales de investigación, para incluir una amplia comunidad de usuarios y una actividad creciente con aportes como IBM en 1981, Yahoo en 1994, Google en 1998 y miles de otras invenciones, en continuo desarrollo (2).

La primera página web fue creada por Paul Kunz, de la Stanford University, en colaboración con Tim Berners-Lee, organización europea para la investigación nuclear (Suiza) en 1991 (5). La **World Wide Web** (www.) se crea en ese año y la primera información disponible a través de una página web, para el estudio de temas sobre medicina en Internet, se estableció en www.nlm.nih.gov, a través de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América (National Library of Medicine, NLM) en 1993 (4). En 1997 se crea la Biblioteca Virtual en Salud, www.bireme.br en Brasil y en Chile, la Biblioteca Científica Electrónica en Línea, www.scielo.org, las cuales se difunden y se interconectan rápidamente en toda Latinoamérica (6).

A partir de 1994, se suman de manera progresiva y exponencial, hasta 84.900.000 de páginas Web sobre

*Profesor Asistente de Anatomía Normal, Escuela de Medicina Vargas, Universidad Central. Invitado de Cortesía de la SVHM.
Recibido enero 18, 2008.

medicina (agosto 15, 2007), relacionadas con esta ciencia en muy diversos contenidos, términos y grados. La mayoría contiene información no académica, pero se citan hasta 32 millones de páginas Web vinculadas a escuelas de medicina en el mundo (7). Con su desarrollo masivo en escuelas de medicina de Estados Unidos, aparecen en Stanford, Harvard, Yale, Oxford (RU), Johns Hopkins, etc. A partir de 1998 ocurre la incorporación de programas de educación médica, a través de Internet en línea, también en España (8) y otros muchos países. Posteriormente aparecen “chats”, video-conferencias, “blogs”, cámaras web y dispositivos de voz, la conexión inalámbrica (wireless) y muchísimos aportes (9,10).

En Venezuela se inicia —de manera individual— el estudio de temas de medicina, entre otros con la página www.med.ucv.ve, por el Dr. Jorge Indignares, de la cátedra de Anatomía, Escuela de Medicina Razetti, de la UCV, en 1998. Posteriormente aparece la revista médica digital VITAE, dirigida por el Dr. Héctor Arrechdera, en 1999 y en la Facultad de Medicina de la UCV, con Campus Virtual: www.med.ucv.ve/telesalud/escuelas/jmv/catedras/anatomia, en 2005.

La concepción del modelo de enseñanza tradicional subyace en una visión del conocimiento científico como algo elaborado, estático y definitivo, que le transmite el profesor a los estudiantes y que estos debe asumir, sin cuestionarlo en demasía. Veamos qué cambios pedagógicos está aportando Internet, en la enseñanza-aprendizaje de la medicina. Internet rompe con el monopolio del profesor como fuente principal de conocimientos. Las redes de computadoras transforman sustancialmente los modos, formas y tiempos de interacción, entre estudiantes y profesores. El horario de clases y el espacio para ellas comienza a ser flexible y adaptable a una variedad de situaciones. Los estudios médicos dejan de estar limitados a la mera recepción y memorización de datos recibidos en clase, para transformarse en permanente búsqueda, análisis y re-evaluación de informaciones obtenidas —entre otros sitios— en las redes de computadoras, a través de la Internet (10).

Los siguientes son solo unos pocos ejemplos de la inmensa capacidad de Internet para el aprendizaje y la enseñanza de la medicina, entre millones de opciones disponibles: Google ofrece la posibilidad de buscar en las páginas de miles de libros que la empresa viene digitalizando, desde 2004, en <http://books.google.com>, El Proyecto Gutenberg (www.gutenberg.org) desde 1971, ofrece unos 18.000 libros gratuitos y Wikipedia anuncia, sin cargo, más de

1.200.000 artículos. Otra interesante aplicación es la telemedicina, que se basa en utilizar la tecnología de la comunicación, para aprovechar el conocimiento básico de textos, imágenes y voz, vía telefónica o vía Internet, en sitios remotos o no, para el diagnóstico y tratamiento, en medicina. Un ejemplo en Venezuela, es el proyecto Maniapure, en zonas remotas del estado Bolívar. Finalmente nos preguntamos: ¿será Internet la nueva Biblioteca de Alejandría III?

REFERENCIAS

1. Santovenia J, Cañedo R. Servicio de asistencia bibliográfica y referencia virtual en Bibliotecología y ciencias de la información. *Acimed*. 2005;14(3). Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_3_06/aci01306.htm
2. Britten WA. BITNET and the Internet: *News* 1990;51(2):103-107.
3. Farley L. Library resources on the Internet: Strategies for selection and use. 1991 (libcat guide. (pub / Internet @dla.ucop.edu)).
4. Hsieh R. Using BITNET to access the National Library of Medicine databases. *Bull Med Library Assoc*. 1992;80:335-338.
5. Glowniak JV, Bushway MK. Computer networks as a medical resource; accessing and using the Internet. *JAMA*. 1994;271:1934-1939.
6. Perine L. La Internet: plataforma en constante expansión para la investigación mundial. *Interforum*. Disponible en: http://www.revistainterforum.com/espanol/articulos/lperine_art1.html
7. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Rivera FJ. Evaluación mediante análisis de registros de un sitio de información de salud en Internet: la experiencia del Instituto Nacional del Cáncer de Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14:134-137.
8. Carnicero J. Luces y sombras de la información de salud en Internet. *Soc Esp Informática de Salud (SEIS)*; 2002. Disponible en: <http://www.seis.es/informes/2002/PDF/Capitulo1.pdf>
9. Pallen M. Guide to the Internet electronic mail. *BMJ*. 1995;311:1487-1490).
10. Pons O. Red Telconet: el estallido informático. *Comunic Tecnol*. 1993;1:16-21.

DE HALSTED A NUESTROS DÍAS. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA

Dr. Gonzalo Rafael Barrios Lugo*

RESUMEN

Se revisa a partir de finales del siglo XIX, la evolución del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Se establecen para el estudio histórico los grandes avances que marcaron pauta en el tratamiento. Dividimos el ensayo en: mastectomía radical, mastectomía radical ampliada, mastectomía radical modificada, mastectomía simple, cirugía preservadora, ganglio centinela y otros avances. Esperamos una mejor comprensión del tratamiento actual del cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer de mama, Mastectomía, Cirugía preservadora, Ganglio centinela.

SUMMARY

The evolution of the surgical treatment of the breast cancer is reviewed from end of century XIX; the great advances settle down for the historical study that set standard in the treatment. We divided the test in: radical mastectomy, extended radical mastectomy, modified radical mastectomy, simple mastectomy, preserved surgery, sentinel node and other advances. Thus we hope is included understood better the present treatment of the breast cancer.

Key words: Cancer of breast, Mastectomy, Preserved surgery, Sentinel node.

INTRODUCCIÓN: En los últimos cien años, pocas enfermedades han sido tan estudiadas como el cáncer de mama; los adelantos técnicos, los conocimientos anatómicos y bio-celulares y los avances en genética han permitido desarrollar un tratamiento, que actualmente es considerado como racional. Los avances en quimioterapia y radioterapia, las mejores técnicas anestésicas, sumado al conocimiento endocrinológico de los tumores nos han permitido alcanzar cifras de sobrevida que jamás se pensaron en los inicios del siglo XX.

Dos teorías fueron presentadas para explicarnos la diseminación y el origen de estas lesiones, una a finales del siglo XIX y otra a finales del siglo XX; con los cambios que cada una de ellas realizó en la terapéutica de esta enfermedad. Iniciaremos este artículo describiendo la intervención que se realizó en cada uno de estos momentos históricos.

* Invitado de Cortesía, Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina
Presentado mayo 7, 2008. Recibido mayo 12, 2008.

MASTECTOMÍA RADICAL

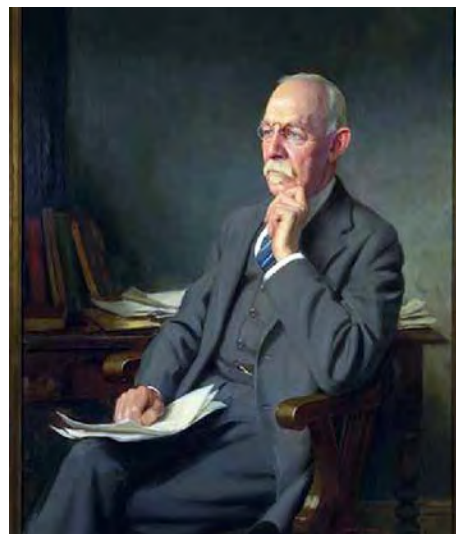


Figura 1. Dr. William Halsted (1852-1922).

William Halsted (1852-1922) conmocionó el mundo científico en 1894 al publicar en una revista científica (1) los resultados de una cirugía para el tratamiento del cáncer de mama (Figura 1). Recomendaba remover ambos músculos pectorales junto con el tejido mamario y realizaba una meticulosa limpieza de los tejidos de la axila, todo en un solo bloque. Así lo desarrolló en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore desde 1889. En 1894 publica detalles de la operación y sus resultados en 50 pacientes, sin registrar mortalidad durante el acto operatorio, con tasa de recurrencia del 6 % y sobrevida de 45 % a los 3 años.

En el mismo año de 1894, el profesor Willy Meyer (1838-1932) reportó una operación similar a la descrita por Halsted, realizada en 6 pacientes desde 1891 e iniciaba la intervención con la disección axilar para minimizar la propagación linfática del tumor. Halsted desarrolló su técnica de mastectomía durante 40 años y en 1921 realiza su última publicación sobre el tema (3) y llama la atención acerca del linfedema del miembro superior que sigue a la mastectomía radical y recomienda evitar la tensión en las suturas y la infección de la herida.

Diversos trabajos, hasta casi la mitad del siglo XX, muestran la efectividad de la intervención descrita por Halsted en el tratamiento del cáncer de mama; pero no es este el único aporte de William Halsted a la cirugía, pues describe también una técnica de sutura intestinal, realiza los primeros trasplantes de paratiroides, inventa algunas pinzas para ser usadas durante el acto operatorio e implementa el uso de guantes de goma en las intervenciones, al notar que Carolina Hampton, su instrumentista, presentaba una alergia al bicloruro de mercurio, que se usaba para la desinfección de los instrumentos; Halsted se casará con ella en 1898. En 1919 se realiza una colecistectomía por litiasis y en 1921 presentó una enterocolitis grave con una colangitis aguda, durante el postoperatorio una neumonía lo condujo a la muerte el 7 de septiembre de 1922 (4).

MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA: siguiendo los preceptos halstedianos algunos cirujanos como Dahl-Iversen (5) y Wangestein (6) realizaron extirpaciones de vastos territorios ganglionares: supraclaviculares, mediastínicos y de la cadena mamaria interna; con resultados decepcionantes, una sobrevida pobre y una alta mortalidad operatoria.

Jerome Urban (7) en 1951, llama la atención acerca de la invasión de la cadena mamaria interna y propone una intervención que secciona en bloque

la mama, ambos pectorales, los ganglios axilares y de la cadena mamaria interna, para lesiones ubicadas en los cuadrantes internos de la mama, sin mejora sustancial en sobrevida, ni en porcentaje de recidivas locales (Figura 2).



Figura 2. Dr. Jerome Urban, 1914 - 1991.

En 1936 Antonio Prudente, cirujano brasileño; recomienda la amputación interescapulo-torácica, que combina una mastectomía radical con la amputación del miembro superior, cuando exista invasión del paquete vasculo-nervioso de la axila y edema del miembro superior (8).



Figura 3. Dr. Antonio Prudente.

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA: a raíz de los estudios de Gray (9) en 1939, se demuestra que los linfáticos no penetran los músculos pectoral mayor y menor, se plantea que la extirpación de estos no es necesaria en la mastectomía; inicialmente se sospechó que el vaciamiento axilar sería incompleto por el abordaje dificultoso de la vena axilar, pero Leis (10) opina que la disección axilar puede ser igual al procedimiento clásico. Es así como DH. Patey (1889-1977) cirujano inglés del Middlesex Hospital de Londres, demuestra en 1948 el beneficio de la mastectomía radical modificada conservando el pectoral mayor y removiendo el pectoral menor (11) (Figura 6). En 1963 Auchincloss (12) y dos años más tarde John Madden (13) describen la intervención que conserva ambos pectorales y proporciona resultados satisfactorios y estéticos para el control del cáncer de mama (Figura 4).



Figura 4. Dr. John Madden.

MASTECTOMÍA SIMPLE: En 1941 Robert Mac Writer (14) de Edimburgo sostiene que la mastectomía total seguida de tratamiento radiante, brinda iguales resultados en sobrevida y control local que otros métodos quirúrgicos más agresivos. Pero es George Crile Jr (15) uno de los más acérrimos defensores de esta intervención y aduce que los ganglios linfáticos juegan un papel importante en las defensas del huésped

ante la diseminación del tumor, que las metástasis de estos ganglios, constituyen una fuente futura de diseminación y que de presentarse la metástasis, el vaciamiento axilar puede realizarse diferido, con igual resultado al procedimiento profiláctico.

CIRUGÍA PRESERVADORA: Es en la década de los 70 cuando la teoría de Halsted es fuertemente cuestionada, una serie de trabajos demuestran que en tumores menores de 4 cm es posible preservar la mama de las pacientes, con los mismos resultados en recidivas y sobrevida global que la mastectomía radical clásica, lo que impone un rol cambiante en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama (16-19).

Fue probablemente el finlandés Mustakalio, precursor de esta idea de preservar la mama (20), pero son Bernard Fisher y Umberto Veronesi, quienes establecen las pautas para el tratamiento conservador (21,22), realizando protocolos de trabajo en Pittsburgh y en Milán que demostraron las ventajas del tratamiento conservador en estadios tempranos. Veronesi (1925) cirujano italiano (Figura 5) desarrolla su vida profesional en el Istituto di Tumori in Milan. Publicó en 1981 los resultados del tratamiento conservador (22) en su país y lo comparó con un grupo de pacientes tratados con mastectomía radical. Denominó a ese procedimiento QUART (cuadrantectomía, disección axilar y radioterapia) y presentó sus resultados.



Figura 5. Dr. Umberto Veronesi.

Tabla 1

Hipótesis de Halsted

1. La diseminación de los tumores responde de manera definida, ordenadamente y basada en consideraciones mecánicas.
2. Las células del tumor atraviesan vasos linfáticos y llegan a los ganglios por extensión directa; justificando disección en bloque.
3. Un ganglio positivo indica diseminación del tumor y es instigador de la enfermedad.
4. Los ganglios regionales son barreras contra el paso de células neoplásicas.
5. Los ganglios regionales tienen importancia anatómica.
6. La corriente sanguínea tiene poca importancia, como ruta de diseminación del tumor.
7. El tumor es autónomo, en relación con su huésped.
8. El cáncer de mama operable es una enfermedad locorregional.
9. La extensión y características de la operación son factores dominantes, que influyen en el estado posterior.
10. Se tiene en cuenta la multi-centricidad del tumor.

Hipótesis de Fisher

1. No existe patrón ordenado para la propagación del tumor.
2. Las células del tumor se propagan por embolización, lo que cuestiona disección en bloque.
3. Un ganglio positivo indica la relación tumor-huésped, que permite el desarrollo de metástasis, en lugar de ser instigador de la enfermedad.
4. Los ganglios regionales son ineficaces, como barrera contra la diseminación del tumor.
5. Los ganglios regionales tienen importancia biológica.
6. La corriente sanguínea tiene considerable importancia, en la diseminación del tumor.
7. Interrelaciones complejas huésped-tumor afectan cada faceta de la enfermedad.
8. El cáncer de mama operable, es una enfermedad sistémica.
9. Las variaciones de la terapéutica locorregional no afectan la supervivencia del paciente.
10. Los focos multicéntricos no son precursores de un cáncer clínicamente evidente.

Alvarez E, Alvarado J. Cáncer de mama. Buenos Aires, 1987.

Bernard Fisher (1923) cirujano norteamericano, formado en la Universidad de Pittsburg, se trasladó a Londres en 1955 y regresa en 1959 a su universidad. Desde 1967 el Jefe de Investigación del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project.

En 1968, pone en tela de juicio la hipótesis de Halsted sobre la diseminación del cáncer de mama y propone una hipótesis alterna (23).

Esta nueva teoría plantea, que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica desde su inicio, lo que explica las recaídas después de una mastectomía radical y plantea en algunos casos seleccionados el uso de un tratamiento menos agresivo, que en combinación con radioterapia y quimioterapia ofrecerán cifras de supervivencia mejores a las publicadas hasta el momento. Múltiples protocolos de tratamiento han sido publicados y la cirugía preservadora se ha establecido como el tratamiento de elección en el carcinoma de mama estadios I y II; la selección del

paciente es determinante en el éxito de este tipo de enfoque terapéutico (24,25).

GANGLIO CENTINELA: en los años noventa, con el éxito del tratamiento preservador, se cuestiona la necesidad de la disección axilar en aquellos pacientes donde al examen clínico no se evidencian adenopatías (26). El concepto de ganglio centinela fue enunciado por un médico paraguayo Ramón Cabañas en 1976 (27) en un trabajo sobre el drenaje linfático en cáncer de pene y recomendó la biopsia sistemática de este ganglio, para considerar, si la linfadenectomía total era necesaria o no.

Morton en 1992 aplica los principios del ganglio centinela, utilizando colorante azul, para determinar en melanoma, el ganglio con riesgo de contener metástasis (28). Los primeros en publicar resultados comparativos del uso del ganglio centinela en cáncer de mama, fueron Krag (Figura 6) y Giuliano, en Estados Unidos. Krag realizó inyección intratumoral

con una solución de coloide ligada a tecnecio e identificaba el ganglio con un detector de rayos gamma (29). Giuliano, por su parte, desarrolló sus estudios con el uso de colorante azul vital (30).



Figura 6. Dr. David Krag.

Albertini en 1996, combina ambos métodos (colorante + tecnecio) y anuncia que este procedimiento da más seguridad en la identificación del ganglio centinela (31).

Desde 1999, la determinación del ganglio centinela, cuando está libre de neoplasia, evita la ejecución de la disección axilar en los pacientes con cáncer de mama y ganglios negativos. La literatura médica continua hoy llenándose de trabajos sobre este tema.

OTROS AVANCES: Sería mezquino no mencionar los avances en otras ramas de la medicina y la oncología, tales como la imaginología, que en los últimos años con la mejor tecnología en los equipos de mamografía, que nos han permitido un diagnóstico precoz, el uso de equipos digitalizados y el aporte de la resonancia magnética y la scintilografía (32) que nos han llevado a un diagnóstico de certeza en las lesiones mamarias y su extensión; el uso de mejores equipos de ultrasonido con mayor resolución y mejores imágenes.

Los grandes avances en diagnóstico anatómico-patológico con la incorporación de la inmunohistoquímica, que nos ayudan a establecer factores predictivos del curso de las lesiones y establecer así grupos de buen o mal pronóstico (33). Los progresos en radioterapia, que ya desde 1950 forma parte del arsenal terapéutico y con la innovación en técnicas y equipos permite un tratamiento más

racional y un mejor control local de las pacientes tratadas (34).

Los nuevos descubrimientos en el tratamiento sistémico, con el uso de drogas antineoplásicas cada vez más efectivas en el tratamiento adyuvante, neoadyuvante y paliativo del cáncer de mama, que alcanzan un impacto en la supervivencia de las pacientes (35). El manejo hormonal de las lesiones malignas de la mama que se inició en los años 70 con el uso del tamoxifeno y ha llevado al desarrollo de nuevos medicamentos que mejoran no sólo la supervivencia, sino la calidad de vida y en estudios recientes nos han llevado a su uso en la prevención del cáncer de mama (36) y por último la aparición de los anticuerpos monoclonales que aportan otra esperanza en el tratamiento sistémico de estas lesiones (37).

Debemos hacer mención de técnicas reconstructivas, con el uso de colgajos mio-cutáneos regionales que se practican desde los años 80', y brindan una actitud positiva a la paciente que debe sacrificar su mama en un tratamiento oncológico (38).

Este siglo XXI es de retos para el tratamiento de los pacientes con cáncer de mama y recuerdo las palabras de mi maestro Leopoldo Moreno (39) quien repite a cada uno de sus alumnos, que: "el papel del cirujano, en el tratamiento futuro del cáncer de mama, es hasta ahora incierto, pero esperanzador".

REFERENCIAS

1. Halsted W. The results of operation for the cure of the cancer breast performed at the John Hopkins Hospital, from June 1889 to January 1894. Bull Johns Hopkins Hosp. 1894;4:297-350.
2. Meyer W. An improved method of the radical operation for carcinoma of the breast. Med Rec. 1894;46:746-749.
3. Halsted W. The swelling of the arm after operation for cancer of the breast. Elephantiasis chirurgica. Its cause and prevention. Bull Johns Hopkins Hosp. 1921;32:309-313.
4. Bland K, Copeland E, Fisher B, Fryberg E, Hundahl S, Urban J, Veronesi U. Primary therapy for breast cancer: Principles and techniques. En: Bland K, Copeland E, editores. The Breast. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1991. p.539-655.
5. Dahl-Iversen E, Tobiassen T. Radical mastectomy with paraesternal and supraclavicular dissection for mammary carcinoma. Ann Surg. 1969;157:889-894.
6. Wangsteen O, Lewis F, Arhelger S. The extended or super-radical mastectomy for carcinoma of the breast. Surg Clin North Am. 1956;36:1051-1062.
7. Urban J. Radical excision of the chest wall for mammary lymph nodes in bloc with radical mastectomy. Cancer. 1951;4:1263-1267.

8. Prudente A. L' Amputation Inter escapulo-mammothoracique. *J Chir.* 1949;65:729-735.
9. Gray J. The relation of lymphatic vessel to the spread of cancer. *Brit J Surg.* 1939;26:462-470.
10. Leis H. Selective moderate surgical approach for potentially curable breast cancer. En: Donegan W, editor. *The Breast.* Filadelfia: CV Mosby. 1978.p.232-248.
11. Patey D, Dixon W. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br J Cancer.* 1948;2:7-13.
12. Aunchincloss H. Significance of the locations and numbers of axillaries metastases in carcinoma of the breast: A justification for conservative operation. *Ann Surg.* 1963;158:37-46.
13. Madden J. Modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obst.* 1965;121:1221-1230.
14. Mc. Whirter R. The value of simple mastectomy and radiotherapy in the treatment of breast cancer. *Br J Rad.* 1948;21:599-610.
15. Crile G. Results of simple mastectomy without irradiation in the treatment of operative stage I cancer of the breast. *Ann Surg.* 1968;168:330-338.
16. Hayward J. The conservative treatment of early breast cancer. *Cancer.* 1974;33:593-599.
17. Porrit S. Early carcinoma of the breast. *Br J Surg.* 1964;51:214-219.
18. Atkins H, Hayward J, Klugman D. Treatment of breast cancer: A report after ten years of clinical trial. *Brit Med J.* 1972;20:423-433.
19. Rissannen P. A comparison of conservative and radical surgery combined with radiotherapy in the stage I carcinoma of the breast. *Br J Radiol.* 1969;42:423-435.
20. Mustakalio S. Treatment of breast cancer by tumor extirpation and roentgen therapy instead of radical operation. *J Fac Radiol.* 1954;6:23-27.
21. Fisher B, Wolmark N. News concepts in the management of primary breast cancer. *Cancer.* 1975;36:637-632.
22. Veronessi U, Saccozzi R, Del Vecchio M. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axilar dissection and radiotherapy in patients with small cancer of the breast. *N Engl J Med.* 1981;305:6-11.
23. Fisher B. The changing role of surgery in the treatment of cancer. En: Stol B, editor. *Cancer Comprehensive treatment.* Nueva York: Plenum Publishing Comp.; 1977.p.401-421.
24. Pacheco C, Tejada A, Barrios G, et al. Tratamiento conservador del cáncer de mama. Informe final. Recurrencias loco-regionales. *Rev Ven Oncol.* 1997;9:41-52.
25. Galimberti V, Farante R, Gennari R, et al. Biopsia del ganglio centinela. En: Pérez-López R, editor. *Cáncer de mama: Biología, diagnóstico y tratamiento.* Zaragoza. SEISGE. 2000.p.187-194.
26. Cady B. The needs to reexamine axillary lymph node dissection in invasive breast cancer. *Cancer.* 1994;73:505-508.
27. Cabañas R. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer.* 1977;39:456-466.
28. Morton D, Wen I, Wong J, Economan J, Cagle L, Storm F. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg.* 1992;1:247-259.
29. Krag D, Weaver D, Alex J, Fairbank J. Surgical resection and radio localization of sentinel lymph nodes in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol.* 1996;2(6):335-339.
30. Giuliano A. Sentinel lymphadenectomy in primary breast carcinoma: An alternative to routine axillary dissection. *J Surg Oncol.* 1996;62:75-77.
31. Albertini J, Lyman G, Cox C, Yeatman T, Balducci R. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in the patients with breast cancer. *JAMA.* 1996;275:1818-1822.
32. Schejman D, Cymberknoc M, Mysler G. Mamografía digital en cáncer de mama. En: Pérez-Lopez F, editor. *Cáncer de mama: Biología, diagnóstico y tratamiento.* Zaragoza. 2000.p.93-100.
33. Carter C, Allen C, Henson D. Relation of tumor size, lymph nodes status and survival in 24.740 breast cancer cases. *Cancer.* 1989;63:181-187.
34. Crown J. Evolution in the treatment of advanced breast cancer. *Sem Oncol.* 1998;25(Suppl)12:12-17.
35. Julian T, Mamounas E. Partial breast irradiation: Continuing the retreats from Halstedian breast cancer management. *Oncology Issues.* 2006;21:16-18.
36. Fisher B, Dignan J, Bryant J, et al. Five versus more than five years of tamoxifen for lymph nodes negative breast cancer; update findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14 randomized trial. *J Nat Cancer Int.* 2001;93(9):684-690.
37. Russo J, Russo I. Nuevas perspectivas en la prevención del cáncer de mama. En: Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, Barros A, editores. *Tratamiento conservador en cáncer de mama.* Bogotá: Mc Graw -Hill. 2002.p.7-17.
38. Audretsh W. Oncoplastic surgery perspective. *Plast Surg.* 1998;11:71-77.
39. Moreno L. Comunicación personal.

IN MEMORIAM: DR. PEDRO JOSÉ MANRIQUE LANDER*

Palabras en homenaje de la SVHM en sesión del 16 de enero de 2008

Dr. Cutberto E. Guarapo Rodríguez *

Presentar su recuerdo, en breve narrativa, con resumen de sus ejecutorias, intuiciones y amor a la vida, es comprometedor. Ejemplarizante su trayectoria al lado de sus seres queridos y de aquellos quienes le conocimos y disfrutamos de su persona, hasta cuando se nos fue, sin quererlo, de la luz, del aire, del ruido, de las voces, del frío, del calor, de los gustos, de sus amigos y de todas las manifestaciones vitales que compartió con avidez al presentir su ineluctable partida.

Pedro, como le agradaba que le llamaran, demostró una personalidad sencilla y fiel a sus amores, como lo fueron su hermosa familia, la Cruz Roja Venezolana, la Academia Nacional de Medicina y esta apreciada Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, habiendo ostentado la Presidencia de las dos primeras instituciones y posteriormente de la Fundación del Palacio de las Academias, con éxito, a beneficio de mejoras significantes en sus administraciones y logros.

Nació en Caracas, el 23 de marzo de 1928, hijo de Pedro Antonio Manrique Arvelo y Celsa Lander Guzmán. Casado con la distinguida dama Mercedes Elena de Bellard Pietri, quien procrea sus hijos Olga Mercedes, María Carolina, Mercedes Elena y Pedro Eugenio. Perteneciente a la pléyade de bachilleres egresados del Liceo Andrés Bello de Caracas (1947), graduado de Médico Cirujano en la Universidad Central de Venezuela (14-08-54) y de Doctor en

Medicina el 25-12-1955, con la Tesis Doctoral "Colangiografía Operatoria". Realiza Internado de Pre-Grado en 1951 y Residencia Quirúrgica en el Hospital "Carlos J. Bello" de la Cruz Roja Venezolana y, desde entonces, desarrolla allí toda su carrera como cirujano hasta obtener la posición de Jefe del Departamento de Cirugía General y Director del Post-Grado de la especialidad durante 37 años, desde 1970, labor ésta que permitió formar a numerosas promociones de cirujanos distribuidos en todo el país y el exterior, enalteciendo a la institución por la excelente preparación académica y destreza quirúrgica de comprobado reconocimiento impartidos a las mismas.

En la Cruz Roja Venezolana, además de la Presidencia ejercida en el período 1982-1984, fue docente de su Escuela de Enfermeras y Primeros Auxilios, Jefe de la Brigada de Socorristas e Internos Voluntarios en el terremoto de Caracas el 29 de julio de 1967. Apadrinó a promociones de bibliotecarias de historias médicas "Felipe González Cabrera", de enfermeras de la Escuela "Francisco Antonio Rísquez", de la Brigada de la Juventud de la Cruz Roja Venezolana, de Internos egresados del Hospital "Carlos José Bello" y de especialistas del Post-Grado de Cirugía General.

Fellow of the American College of Surgeons, perteneció a la Société Internationale de Chirurgie, al Colegio Internacional de Cirujanos, a la Sociedad Internacional de Cirugía Digestiva, Internacional de Cirugía Cardiovascular, Titular de la Sociedad Venezolana de Cirugía y Correspondiente de la Venezolana de Gastroenterología, miembro de otras sociedades científicas y corporaciones gremiales tales

* Invitado de Cortesía de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

como el Colegio de Médicos del Dto. Metropolitano y la Federación Médica Venezolana. Doctor Honoris Causa de la Universidad Santa María, Miembro Correspondiente de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina desde el 06-03-1985 e Individuo de Miembro, Sillón Nro. XXXIII a partir del 25-09-1987. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina desde el 14-10-1976, ascendiendo por elección a Individuo de Número el 24-05-1984, sucediendo al Dr. Miguel Zúñiga Cisneros, en el Sillón Nro. XII, incorporándose el 25-10-1984 con el trabajo científico titulado “La Cirugía Biliar en Venezuela” cuyo juicio crítico lo realizó el Dr. Joel Valencia Parparcén y recibido con Discurso de Bienvenida por el Dr. Gabriel Briceño Romero. Miembro de la Asociación de Escritores de Venezuela, ocupó los cargos de Tesorero, Secretario, Vicepresidente (2000-2002) de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina.

De su cosecha como escritor nos deja las obras “Un artista de ayer” (1981), “Dr. Carlos Arvelo y Guevara” (1984) y “Biografía del Dr. Carlos Arvelo y Echeandía” (1987). Fue objeto de reconocimientos y condecoraciones por diversas instituciones, entre las que se mencionan:

En Primera Clase: Orden Diego de Lozada, Francisco de Miranda, Andrés Bello, 27 de junio, Mérito al Trabajo, Carlos Arvelo y Universidad Santa María.

En Clase Oficial: Orden del Libertador, Augusto Pinaud, José Izquierdo, Enrique Tejera, Sol de Carabobo, Concejo Municipio Libertador y Universidad de Carabobo.

Medallas Dr. Francisco Herrera Luque, de la Federación Médica Venezolana (2005); Henri Dunant, de la Cruz Roja Venezolana y Medallas de Honor de la Cruz Roja Española, la de Perú y la de Panamá. Recibió además innumerables diplomas y botones al mérito.

Realizó numerosos trabajos científicos como autor o co-autor, muchos de ellos presentados en congresos y jornadas de la Sociedad Venezolana de Cirugía; en cuya directiva se desempeñó como Secretario, además de expositor y coordinador en mesas de trabajo. Actuó profesionalmente en el Hospital Vargas de Caracas en calidad de Jefe del Servicio de Cirugía General e igualmente perteneció a su Sociedad Médica.

El 11 de agosto de 2007, a las 9:30 am fallece en el Centro Médico de Caracas nuestro amigo, ilustre cirujano, activo hasta los últimos momentos de su presencia vital; demostrando siempre el deseo de existir y de compartir con sus colegas, asistiendo a casi todas las asambleas de la Academia Nacional de Medicina, sin reposar debidamente de los malestares del tratamiento antineoplásico, con mucha fortaleza de espíritu. Así lo evidenció su gentil esposa, cuando me informó, una vez que llamé a su domicilio para conocer de su salud, que Pedro se había levantado muy temprano y conduciendo su vehículo se dirigía al hospital para atender asuntos del Servicio y Post-Grado de Cirugía. Igual de sorprendente ha sido el gesto de dejar firmados los títulos y credenciales de los Residentes de Cirugía para su acto de grado de diciembre próximo pasado, lo que, por supuesto fue revalidado. Muy triste para nosotros conocer en ocasión de la visita en su lecho de enfermo, por el Dr. Oscar Colina Cedeño, Jefe Honorario del Servicio de Cirugía del Hospital “Carlos J. Bello”, lo que le manifestó un día antes de morir: “Oscar,... esto es el final”

Pedro José Manrique Lander permanecerá en nuestra memoria como ejemplo de tenacidad, temple y espíritu de superación.

Descansa en paz, amigo....

PALABRAS PARA EL RECUERDO: HOMENAJE AL DR. FRANCISCO PLAZA IZQUIERDO

Discurso en el Homenaje de la SVHM, el 16 de enero de 2008

Dra. Nora Bustamante Luciani*

Señor Presidente de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y demás miembros de la Directiva de la misma y compañeros de nuestra institución

Señores miembros de la Academia Nacional de Medicina

Distinguidos hijos del Dr. Francisco Plaza Izquierdo: Francisco, Alberto, Jorge, Luis Javier, Mariflor, Marisela y Carmen Eugenia, hijos políticos y otros familiares, en especial sus nietos;

Amigos y colegas de otras instituciones, señoras y señores:

No pueden imaginar cuan difícil se hace para mí hablar del Dr. Francisco Plaza Izquierdo en su definitiva ausencia. Hace tan poco tiempo que se nos fue Pancho, el fiel y consecuente esposo, antes y después de la desaparición de su adorada Flor; de Pancho el padre amoroso y preocupado por todos y cada uno de sus hijos, que al perder al primero de ellos cambió su ánimo, se entristeció su corazón y desde entonces todas sus conversaciones terminaban recordando a Ambrosio; Pancho, el amigo entrañable, que sabía compartir con quienes gozábamos del privilegio de su amistad, en los días alegres y en las horas difíciles, siempre con la palabra adecuada para acompañarnos en nuestra dicha o animarnos a que dejáramos la tristeza atrás; al Dr. Plaza Izquierdo, Miembro Emérito de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, por la cual luchó desde todos los cargos que desempeñó en la misma, con afecto sincero, con generosidad sin límites, con entrega

*Miembro Emérito de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

total de su tiempo, de su esfuerzo, de sus consejos y con preocupación constante porque superáramos los escollos que se nos presentaban y siguiéramos adelante en pos de una sociedad cada día más brillante, cada día más próspera, cada día más involucrada en lo que fuera modernización y adelanto de las ciencias de la salud. Y por hacer conocer estos en nuestra revista, de la cual fue Editor.

Siento que la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, de la cual llegó a ser Presidente, de 1983 a 1985 y también Presidente del VI Congreso de Historia de la Medicina, celebrado en Caracas, del 9 al 12 de octubre de 1994 y escaló distintas posiciones, hasta alcanzar la máxima que existe en nuestra sociedad, cuando en 1998 fue elegido Miembro Emérito. Siento —repito— que esta sociedad ha perdido uno de sus pilares fundamentales y se inclina hacia un lado, perdiendo mucho de su fortaleza, con la ausencia de ese ser eminente que se llamó Francisco Plaza Izquierdo.

Pasará mucho tiempo y tendremos que luchar heroicamente, para llenar el vacío que dejó nuestro inigualable Pancho en esta institución, a la cual sirvió hasta el día de su desaparición física. El Dr. Francisco Plaza Izquierdo nació en Caracas el día 1º de febrero de 1916. Fueron sus padres Alberto Plaza Orea y Carmen Izquierdo Esteva. En su ciudad natal hizo su bachillerato, en el colegio La Salle. En 1944 se casó con Flor Rivas Larrazábal. Tuvieron ocho hijos, ya nombrados, de los cuales sólo Ambrosio murió antes que su padre. Tuvo además veinte nietos y siete biznietos.

Retomando el tema universitario, el Dr. Plaza Izquierdo ganó tres concursos en el Hospital Vargas: de Externo e Interno, de Preparador de Anatomía y

de Jefe de Trabajos prácticos de Técnica Quirúrgica (1945 – 1953). En la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica fue Profesor Agregado en 1953 y llegó a Profesor Titular en 1998. Fue Director del Instituto de Cirugía Experimental en 1947 y entre 1963 a 1965. Becado por la Universidad Central, viajó a Europa y Estados Unidos, donde visitó varios hospitales en Londres, París, Madrid, Barcelona, Roma, Hamburgo, Chicago y Nueva York.

En la Academia Nacional de Medicina fue elegido el 18 de febrero de 1988, para el Puesto N° 39, como Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal. El 14 de marzo de 1991 fue electo Individuo de Número, ocupando el Sillón V, en el cual sucedió al Dr. Oscar Beaujón Graterol. Se incorporó a la Academia el 14 de noviembre de 1991, con su trabajo sobre “Cirugía Experimental en Venezuela. Contribución a su desarrollo” El Juicio Crítico le correspondió al Dr. Pedro Manrique Lander, quien —por una de esas coincidencias imprevisibles, que ocurren en la vida de los hombres notables— hoy está de nuevo junto a Pancho, en este acto de reconocimiento a sus trayectorias como médicos y a sus personalidades como seres humanos. Se recibió el 21 de noviembre del mismo año 91 y le dio la bienvenida el Dr. Abel Mejías. En la Directiva 1994-1996 fue elegido como Tesorero. Fue fundador y Director del Museo de la Facultad de Medicina, cuyo estado actual fue una de las preocupaciones que compartió con nosotros, mientras vivió.

Desde 1938, hasta 1982, publicó 48 trabajos científicos en diversas revistas médicas. Entre sus libros figuran: “Cirugía privada en Caracas”; “Medicina y poesía”; “Hospital Universitario de Caracas: Recuento histórico en su Trigésimo Aniversario” (2 tomos); “Doctores venezolanos de la Academia de la Historia”; “José Izquierdo: vida

y obra”. Recibió ocho de las condecoraciones más importantes que se otorgan en nuestro país.

Asimismo recibió una placa con el sello de la Facultad Médica de Caracas, en el Aula Magna de la UCV, en homenaje que se le tributó el 16 de junio de 1982. Fue objeto de un reconocimiento de la Federación Médica, por sus ejecutorias humanísticas y literarias, el 10 de marzo de 1984. Finalmente, desde 1935, hasta 1984, se le otorgaron 38 diplomas, por actuaciones profesionales y literarias, de asociaciones tanto nacionales, como extranjeras.

El Dr. Francisco Plaza Izquierdo se nos fue físicamente, faltando 38 días para cumplir 92 años. Precisamente con esa intuición, otra virtud que lo caracterizaba; el último libro que dejó impreso lo tituló: “Médicos Nonagenarios en Venezuela”. Pero se trataba sólo de los que habían muerto. Ahora bien, esos casi 92 años de Pancho, los vivió intensamente, con una curiosidad intelectual, avidez de conocimientos, eficiencia y productividad en el trabajo; que ya desearían para sí algunos de nuestros jóvenes modernos, de ideas avanzadas, que quieren cambiarlo todo, para que todo siga igual, o peor. Me refiero a esos políticos que hoy son jóvenes, con poder y corruptos. Para ellos y para todos los que tuvimos el honor de trabajar a su lado, Dr. Francisco Plaza Izquierdo fue maestro de maestros, trabajador incansable, leal y confiable amigo, cirujano heredero de los grandes en la historia de nuestra cirugía; de su destreza y facultades para intervenir oportunamente y hacerlo con éxito. Pancho ha sido el único de nuestra sociedad en recibir el título de Miembro Benefactor de la misma. Y que solos nos ha dejado, con su partida a la eternidad. Es sólo vacío lo que sentimos en nuestro alrededor. Vacío que será muy difícil de llenar.

AGRADECIMIENTO

DE LA SVHM A LOS COLABORADORES DEL IX CONGRESO DE HISTORIA DE LA MEDICINA

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM), la Comisión Organizadora del IX Congreso Venezolano de Historia de la Medicina “Dr. Francisco Plaza Izquierdo” 2008 y el Comité Editorial de la Revista de la SVHM, junto con todos los Miembros y amigos de esta Sociedad desean manifestar su profundo agradecimiento a todas las entidades y organizaciones que nos han prestado su apoyo para proseguir en nuestra labor, iniciada hace 64 años por un valioso grupo de profesionales venezolanos, bajo la dirección del Dr. Santos Aníbal Dominici (1869-1954), Presidente de la primera Junta Directiva de la SVHM.

En primer lugar, a la Directiva e integrantes de la Ilustre Academia Nacional de Medicina por el respaldo recibido, de manera permanente, durante muchos años, al permitirnos la utilización de sus instalaciones y equipos en las reuniones ordinarias, extraordinarias y congresos de nuestra corporación.

A Banesco Banco Universal, Fundación Vollmer, Rectorado y Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y a la Federación Médica Venezolana, por su apoyo para la actualización y publicación de nuestra revista, fundada en 1945 y única en el área de la historia de la medicina, en el país. Al Fondo Nacional de Ciencia, Innovación y Tecnología (FONACIT), al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH-UCV), Centro Médico de Caracas, Clínica “El Ávila”, Instituto Diagnóstico, Clínica “Especialistas Unidos”, Clínica Venezuela, Clínica Atías, y a la empresa Tamayo y Compañía por su respaldo en relación con el IX Congreso, y con la Sociedad.

Estas manifestaciones de apoyo real nos alientan y nos permiten cumplir con los objetivos y propósitos de nuestra Sociedad. A todos nuestro sincero reconocimiento.

Caracas, 15 de noviembre de 2008



Sesión IX Congreso de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Palacio de las Academias

Bolsa a San Francisco

Caracas, 1010

Teléfono (212) 483.43.61

Formato para solicitud de presentación de trabajos en la Asamblea

Autor

Coautores

.....

Categoría: Individuo de Número Miembro Correspondiente
Invitado de Cortesía Invitado

TÍTULO DEL TRABAJO

.....

Dirección

Teléfonos:

Fecha de recepción del original

Firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SOCIEDAD

Fecha envió a Comisión

Opinión de la Comisión (sí o no) Fecha devuelto por la Comisión

DECISIÓN DE LA DIRECTIVA: ACEPTADO NEGADO

Fecha decisión de la Directiva

Fecha asignada para presentación:.....