



REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Virgilio Banegas M.

SUMARIO

	Pág.
Página del Director	147
Patología y Terapia de las Lesiones Causadas por la Bomba Atómica (Concluye)	149
Discurso Pronunciado por el Dr. Humberto Díaz en la Inauguración del Hogar Infantil	165
Programa de Sangre de la Cruz Roja Norteamericana	167
<i>Página Oftálmica.</i> —Sobre la Cirugía del Pterigión	173
<i>Dr. J. Gómez-Márquez Girónés</i>	
Crónica de Sesiones	177
Revisando el Canje	178
<i>Dr. Joaquín Reyes Soto</i>	
Informaciones	181
Apuntes de Patología Médica para Enfermeras	183
<i>Dr. Martín A. Bulnes</i>	

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

9 a

Director : **Dr. VIRGILIO**

BANECAS M.

Redactores:

Dr. Manuel CACERES VIJIL

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO
BENDAÑA

Dr. CARLOS A.

Secretario.

Dr. J. GÓMEZ MÁRQUEZ GIRONES

Administrador:

Dr. MARTIN A. BUINES B.

Año XX Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., julio y Agosto do 1950 No. 149

Página del Director

El 23 de Julio recién pasado, la Asociación Médica Hondureña celebró el XXI aniversario de su fundación, revistiendo este año mayor solemnidad con motivo de la inauguración oficial del Hogar Infantil, obra máxima de nuestra Asociación.

Desde a principios del mes de Mayo próximo pasado se puso al servicio del público la antes mencionada institución y a la fecha hay 29 niñas que el Hogar mantiene y da enseñanza. Son 29 niñas por ahora a las que la Asociación Médica Hondureña les proporcionará un porvenir de mejor suerte. El objeto de la Institución es preparar el mayor número de niños para que tengan un oficio o profesión y en el futuro presten servicio a la sociedad en vez de ser carga de ella.

Lo que hasta el momento se ha hecho es sólo la base, es la primera piedra de un gran edificio; por ahora está destinada exclusivamente a niñas, pero en el futuro podremos contar con una sección de niños, puesto que la Asociación Médica Hondureña está dispuesta a seguir adelante hasta ver realizados sus sueños de acoger el mayor número posible de huérfanos para que reciban los servicios que hoy está prestando a determinado número de niñas.. Muchos años y muchos sacrificios ha tenido que afrontar la Asociación y muchos más tendrá que vencer, pero es una satisfacción ver que los principales escollos ya se han librado y que en esta lucha cada uno de los asociados ha puesto con más o menos entusiasmo su aporte para ver hecha una realidad el Hogar Infantil.

Desearíamos dejar constancia en esta página de los socios que más han trabajado pero desgraciadamente podríamos caer en omisiones involuntarias y nos contentamos en mencionar con gran respeto y cariño al gran luchador y soñador Dr. Salvador Paredes, quien con su gran actividad dio la idea y los primeros pasos para su fundación.

La Asociación Médica Hondureña no se ha visto sola en esta lucha, personas ajenas a ella han aportado su contingente y entre éstas debemos recordar a Doña Emma de Bonilla.

Nosotros nos sentimos orgullosos de aportar algo a la justicia social hondureña y esperamos que en un día no lejano este esfuerzo sea ejemplo para que las generaciones futuras terminen con las desgracias humanas.

A su inauguración se hicieron presentes Miembros de las principales Sociedades de esta capital, lo mismo que del comercio y de la Banca, constituyendo un alto honor la presencia del Excelentísimo Sr. Presidente de la República Dr. Juan Manuel Gálvez, quien presidió la ceremonia, retirándose satisfecho de la labor que los miembros de esta Asociación han hecho para poder palpar la cristalización de lo que en un principio fue tan sólo una idea nacida de los más altos sentimientos.

La ceremonia principió con el Himno Nacional a la llegada del ciudadano Presidente de la República; acto seguido el Dr. Humberto Díaz nos obsequió con un bello discurso, que en otro lugar de esta revista tenemos el gusto de publicar; a continuación el Dr. Ramón Alcerro Castro dictó una interesantísima y bien documentada conferencia sobre la psicología infantil. La concurrencia se deleitó con los actos presentados por los Alumnos del Hogar infantil y después todos los asistentes tuvieron la oportunidad de visitar las diversas dependencias, brindando finalmente por el buen éxito de la Institución y por el nuevo año de vida de la Asociación Médica Hondureña.

Banco de Honduras

(FUNDADO EL AÑO DE 1859)

TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA



Agentes y corresponsales en toda la República y en todos

los principales centros del mundo

Institución netamente hondureña que, en las mejores

condiciones hace toda clase de operaciones bancarias

Patología y Terapia de las Lesiones Causadas por la Bomba Atómica

Ponencia presentada por los Estados Unidos de Norte América en el XII
Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares

Esta publicación se está haciendo por una cortesía del

DR. DAGOBERTO MAJANO

Miembro de esta Asociación, quien asistió como Delegado de Honduras
al Congreso arriba mencionado

(Concluye)

TESTÍCULOS

Los testículos muestran cambios intensos en casi todo los cadáveres. Tan tempranamente como el 4^o día cuando el parenquima tiene una apariencia normalmente gruesa, las secciones histológicas presentan daños notables del epitelio germinal, numerosas células de las cuales son necrotivas y libres en los tubos y aún más llevados dentro de la redcilla de los testículos. El número de mitosis es poca. Células de Sertoli principian a aumentar en numero. Los espermatozoides se encuentran maduros más tarde en algunos casos sin ninguna espermatogenesis. Aparentemente los espermatozoides no dañados aparecen en las vesículas seminales. Permanecen unas pocas células germinales necróticas pero la mayoría han desaparecido y está ausente la actividad fecundante de las células inflamatorias infiltrantes. Parece ser espermatogénicas unas pocas células raras aproximando aún la membrana basal. Las células de Sertoli son más numerosas. Ahora principian a contraerse los tubos; durante este tiempo también las células intersticiales de Leydig son tan prominentes que algunos piensan que ellas son hiperplásticas. Algunas de las venas pequeñas intersticiales muestran, cambios marcados vasculares; debajo del endotelio delgado y distinto hay una masa excéntricamente localizada de material eosinofílico retráctil homogéneo que puede casi cerrar el lumen. Este cambio es visto más frecuentemente cerca de la túnica albuminosa y se presenta también en los casos del 3^o y 4^o mes, probablemente un fenómeno de edad. Ahora también el tejido intersticial es menos pero aún predomina. Las membranas de basamento son bastante espesas, ondulantes y acélulas. Los tubos más atroficos son ahora frecuentemente hialinizados. En cualquier lugar, las células Sertoli han sustituido las células gérmenes las cuales son escasas. Durante el 3^o y 4^o mes deberá recordarse que el estado de nutrimento es pobre y que cambios similares testiculares pueden ser secundarles a la hiperpirexia, inanición o infección.

OVARIOS

Los cambios aquí son menos fuertes. Cambios mayores, con excepción de la parte del fenómeno hemorrágico, aún en la presencia de un cuerpo luteum bien desarrollado de embarazo visto aproximadamente a fin del primer mes después de radiación. Histológicamente, se presentan generalmente ovas primarias y sólo en ejemplos ocasionales existen algunos folículos arteriales primarios. La ausencia de folículos en desarrollo es una condición usual. No hay corpora lútea-y la fase resistente del endometerio lo refleja. (Amenorrea fue distintamente aumentada en Magasaki y se encontró un número significativo de nacimientos anormales y un aumento en el porcentaje de muertes de madres en relación con la distancia de la explosión.

GASTRO-INTESTINAL

Este tracto' es entre los primeros que muestra lesiones mayores. Aún antes de manifestaciones hemorrágicas del cecum o colón particularmente puede presentar un cambio extensivo marcado por inflamación, coloración verdosa y gris amarillenta y endurecimiento de la mucosa, algunas veces con un efecto diftérico membranoso y con bastante edema submucoso. Más tarde hemorragias mucosas pueden instituir otro ciclo similar en el estómago o intestino. Este cambio puede comenzar con ulceraciones de la mucosa en el sitio de la hemorragia y progreso de un proceso ulceroso o pseudomembranoso. Otra vez en el 3^o y 4^o mes una enteritis más común en el intestino grande pero algunas veces afecta también el intestino pequeño' y ocasionalmente el estómago puede tener la lesión más prominente en la autopsia. En los intestinos delgados sólo los extremos de los dobles pueden ser implicados primeramente. Este primer aspecto parece que ellos han sido sumergidos en agua hirviente y luego se vuelven verdosos o gris amarillento. El intestino grueso en este período generalmente más tarde tiene un precurso más exterior que puede extenderse de la válvula ileocecal al recto. La pared espesa es característica. Una membrana diftérica y ulceración están algunas veces presentes para que la morfología sea casi similar a esa de desinteria bacilar.

Sin embargo, los cambios son más aptos a estar en la porción distante de los intestinos grandes. Parece que aquí la mayor parte del proceso no sólo es cambiado de irradiación de los intestinos sensibles sino que la habilidad local minorada para disputar con microorganismos intestinales omnipresentes y probablemente más importantes a las capacidades antibióticas minoradas de la sangre. Microscópicamente el epitelio, tempranamente, contiene células extremadamente raras con núcleo gigante hiper cromático y mitosis multipolar. La inflamación parece ser vista de edema y la coloración peculiar de la ausencia de leucocitos infiltrantes. Casos tardíos

demuestran áreas de ulceración mucosa con bastante fibrina, pocos leucocitos y en la notable submucosa endemática son ocasionales completamente unos pocos histiocitos, linfocitos y eosinófilos. Es evidente la ausencia de leucocitos en la exudación fibrinosa y alrededor de la ulceración- Permanecen numerosas las células del plasma de la lámina propiamente dicho.

TERAPÉUTICA:

Trabamientos tempranee de contingencias son para ser conducidos hacia la influencia psicológica, quemada y trauma tales como laceraciones, contusiones y fracturas. Se siguen los métodos de cirugía modernos y usuales excepto que debido al posible daño de radiación del sistema hematopoyético se dará gran importancia a la técnica aséptica y abolición de incidente aún ligero de trauma a terapia. Efectos combatientes de la radiación ionizante del cuerpo totalmente (el tema de este ensayo) en contra de los efectos de radiación terapéutica, usualmente localizados, deberán ser el principio de guía. Con excepción de nausea y vomite y posiblemente cambios ocasionales en la piel, los efectos de radiación no son clínicamente manifestados durante la 1o. semana; por lo tanto, come parte del cuidado quirúrgico, la extensión del daño- de radiación ionizantes para ser investigada por medio de una historia clínica adecuada y exámenes físicos a todos los pacientes y por lo menos el total de células blancas se cuentan en la gravedad de la enfermedad. Para ambos pacientes, los traumatizados y esos no traumatizados que fueron dañados sólo por radiación ionizante, los factores de distancia de detonación y espesor del material filtrante intervenido deberán ser dilucidados como guías al pronóstico y tratamiento. Transfusiones de sangre fresca, para suplir la arterial periférica con células que ordinariamente serían manufacturadas y enviadas por la médula osea son indicadas hasta que la médula dañada ha sido restablecida. Antibióticos, tales como sulfonamidas, penicilina, estreptomina, etc., deberán estar disponibles en abundancia para el uso de conformidad con la aparición del ler. signo de infección. Punturas de agujas deberán ser abolidas, penicilina profilácticas, preferible de una insoluble, dilatadamente absorbente tales como penicilina procaina es la indicada para aquellos pacientes con leucopenia. No hay contradicciones distintas a la terapia médica ordinaria usada en el cuidado del enfermo. Son factores importantes en el planamiento administrativo de los principios básicos de evacuación y clases de contingencias, control de histerias, de masas y las medidas de salud pública.

SFMAEIO

A personas afectadas por una bomba atómica, las lesiones tempranas aparentes consisten de quemaduras y trauma, Muchas de esas personas pueden también haber recibido radiación ioni-

zante variando de dosis benignas a mortales. Clínicamente y patológicamente, los pacientes son separados fácilmente *en* cuatro categorías distintas de enfermedad (muy severa, severa, moderada benigna) con relación mutua entre la severidad y tiempo e incidencia de mortalidad. Los síntomas más notables son la náusea y vómito en el día del bombardeo, seguidos pronto por calenturas, leucopenia, diarrea, y después de dos semanas purpura, epilación y lesiones bucofaringeas- El cráneo muestra los grandes signos externos de alopecia por ionización.

Los tejidos linfoides y hematopoyéticos, piel, órganos genitales y tracto gastro-intestinal son los más sensibles. Es prominente la atrofia de los elementos linfoides en módulos de úña, tonsilas y bazo. Tempranamente hay atrofia de la médula osea la cual ya sea contiene o es seguida por hiperplasia focal o difusa, frecuentemente con defecto de maduración.

Inflamación netropénica necrotizante del orofaringe es prominente. Los testículos muestran cambios microscópicos prominentes, todos los machos muertos tienen casi todas sus células sexuales destruidas. En todos los períodos de tiempo, la mucosa intestinal principalmente la porción distante colónica, es el asiento de cambios los cuales varían úlceras hemorrágicas focal o necrosis esparcida y ulceraciones con formación de membranas diftéricas. La terapia es primeramente ayudada por factores psicológicos, daños mecánicos y quemaduras por medio de métodos ordinarios. Debe dársele importancia estricta a la asepsis en todos los procedimientos. Para los daños de radiación ionizante las transfusiones de sangre y antibióticos son usados para combatir la hemepoyesis hasta que la médula osea y elementos linfoides han recuperado.

ORGANIZACIÓN DE SALUBRIDAD DE UNA REGIÓN DESPUÉS DE UN BOMBARDEO ATÓMICO

Es para todos evidente que en futuras guerras el bombardeo de centros industriales y de comunicación distantes de las líneas de frente serán una parte integral, aún más una necesidad. En cualquier conflicto futuro, el bombardeo de poblaciones civiles probablemente asumirá una importancia **aún** mayor que antes. Armas modernas de destrucción de las masas, tales como la bomba atómica, hacen posible la nivelación de grandes aéreas urbanas en un sólo bombardeo. Cualquiera de tales ataques resultará por tanto, en un número tremendo de contingencias entre la población de la ciudad afectada. El propósito de esta disertación es el discutir cómo el número de tales contingencias puede reducirse posiblemente a su **mínimum**, y en el evento de un bombardeo, puede ser efectuado mejor el cuidado adecuado de los daños. Seguramente todos nosotros esperamos sinceramente que nunca llegará la necesidad para instruir, cómo será discutido, tal plan. Sin embargo, con el advenimiento de las aeronaves militares en nuestros días, ninguna ciudad grande de cualquier nación está fuera del objetivo en un ataque de

destrucción en masa. Debido a que el único camino seguro es preparación, con lo cual contingencias pueden ser reducidas, es esencial que todas las comunidades de objetivos verdaderos consideren el establecimiento de un plan de emergencia, para el uso de una área considerable en destrucción a causa de un bombardeo con armas atómicas o convencionales. La porción mayor de este reporte tratará del bombardeo atómico, ya que la bomba atómica es capaz de producir el mayor desastre en una área para el cual un plan deberá prepararse. Sin embargo muchos de los problemas que se aplican a los bombardeos atómicos se presentan también en incursiones de bombardeos en masas y en la aplicación de otros adelantos científicos a las guerras modernas.

I. CONTINGENCIAS, DAÑOS Y EFECTOS DE RADIACIÓN EXPECTATIVOS

Primero, consideremos algunos de los problemas que se encontrarán después de un bombardeo atómico el número y tipos de contingencias, la cantidad de destrucción y la radiación expectativa. La mayor parte de este material ha sido obtenido de inspecciones en el Japón después de los ataques en Hiroshima y Nagasaki.

(a) El sitio de Detonación

El sitio de detonación de la bomba jugará un papel importante en la cantidad y tipo de destrucción y daños expectativas. En general una bomba atómica puede ser preparada ya sea en atmósfera, tierra, o bajo agua. Estos tipos de estallamientos presentan sus propios problemas. En caso de una explosión aérea con el punto de detonación bastante alto, el efecto de explosión será máximo en extensión. Habrá un tremendo lanzamiento de radiación cubriendo la región completamente de spectrum electromagnético. Las ondas más largas en el infrarrojo, luz visible, y el radio de acción ultravioleta producirán quemaduras de llamaradas al personal expuesto y causará carbón con encendido actual de materiales inflamables. Los rayos más cortos, aquellos en el objetivo gama producirán muchos casos de enfermedad por radiación y además complicaciones a la recuperación de tipos convencionales de daños. Los daños por explosión serán considerables y los fuegos serán también numerosos. Los contaminantes radioactivos de larga vida serán llevados hacia las nubes siguiendo la detonación y esparcidos sobre una área abierta. Estos contaminantes radioactivos son extensamente dispersados y también diluidos, no siendo del gran significación práctica como un peligro.

En el caso de una explosión terrestre el efecto de la explosión es disminuida a cierto punto. La avería de energía radiante es ligeramente más extensiva debido a la proximidad mayor de la explosión. Sin embargo, la oscuridad y efecto de filtración de las colinas adyacentes y edificios aumentará el tamaño y número de áreas

oscuras, de manera que el total de extensión del daño de radiación aproximará a éste de una explosión aérea detonante. Bajo ciertas condiciones la contaminación, radioactiva de término largo será aumentada a esa de una explosión aérea detonante. Sin embargo, el peligro no será probablemente grave excepto en la vecindad inmediata a la explosión.

En una **explosión** bajo agua, una cantidad tremenda de radioactivo acuático y sales serán velados en el aire, con gran área de contaminación radioactiva severa resultando en "acaecida", área a favor del viento, la forma y lococión del área defendiendo en las condiciones del viento. Esta área puede ser grande en dimensiones y puede ser grandemente inhabitable por algún tiempo. Por otra parte, los daños, de fuego y explosión les cuales pueden ser formidables en una explosión terrestre serán grandemente disminuidas en una detonación bajo agua, (fa) **Aireas** afectadas en urna Explosión Terrestre.

En un tipo de explosión atómica terrestre puede que sea detonada a niveles siendo de la tierra a una milla y media o más hacia arriba. Explosiones ocurridas al nivel del suelo causarán más daños completos a los edificios adyacentes pero afectará edificios. La contaminación radioactiva en la tierra al sitio de detonación será más intensa que esas explosiones ocurridas más alto en el aire. Asumiendo sin embargo, que la detonación ocurre a tal altura come producir un daño de explosión máximo y accidentes, entonces discutamos la extensión y grado de daño eme se espera.

En el área dentro de una milla y media de radio del centro de la explosión habrá casi destrucción completa. Fatalidades llegarán muy cerca del 100%- Entonces de un punto práctico de vista, con la excepción de los fuegos exparcidos del centro a fuera, ésta área y la gente allí podrán "ser considerados como pérdida total y hay eme desatenderlos en requerimiento de atención inmediata. El área de una milla y media v un radio medio del centro sufrirá daños grandes. En teda probabilidad, casi todo pero estructuras de concreto reforzado será nivelado y principiarán numerosos fuegos. Por centajes fatales llegaren fácilmente a más de un 5% en esta región, y pocas gentes escaparán sin daños o efectos de radiación. Es en esta área y dentro del radio de la siguiente área, (que es de una milla y media a dos millas y media del centro) **que** el tratamiento médico inmediato y facilidades de evacuación serán de necesidad más urgente. Daños y accidentes disminuirán casi como una función directa de la distancia del centro de la explosión y será negligible a cualquier distancia de 4 millas o más del centro. (c) **Tipos y números de accidentes.**

De los datos obtenidos en Hiroshima y Nagasaki, podemos razonablemente asumir que en cualquier centro grande urbano de 250 000 o más habrán aproximadamente 100,000 accidentes. A cerca de 50.000 serán fatales. Sin embargo con planes de emergencia adecuada en práctica, se espera, y probable será razonablemente que estas cifras puedan ser reducidas. Con buena asistencia médica, muchas gentes sufriendo por radiación por si sola o convi-

nada con otras enfermedades y daños, que en otra forma hubieran muerto pueden ser salvadas.

Naturalmente serán encontrados clases de accidentes, incluyendo aquellas que normalmente serían encontradas en cualquier área de explosión en fragmentos volantes, derrumbamiento de edificios y similares. Sin embargo dos clases de accidentes son más o menos restringidos a la -guerra atómica.

Hay quemadas de llamaradas y efectos de radiación. Datos del Japón, indican que todas las clases de daños sostenidas por la población, 85% consistió de trauma y quemadas, de allí que muertes por radiación **ionizante** comprendieron un solo 15%.

Trauma cubierta por la fuerza mecánica de la explosión fue debida a ambas, la explosión y las partículas desprendidas volantes. La distribución de daños traumáticos por tipos fueron: fracturas **11.5%**; contusiones 53.8% y laceraciones 34.7%. El número de **tales**, daños disminuirá rápidamente fuera de un radio *de* 3 millas del epicentro. Sin embargo, en Hiroshima y Nagasaki algunas ventanas se quebraron a una distancia de 12 millas del centro, y daños de los despojos volantes pueden ocurrir aún a esa **distancia**. Quemadas de llamaradas ocurren en el tiempo de detonación las cuales son accidentes específicos a bombardeos atómicos y serán extremadamente comunes. Los agentes etiológicos causante" de tales quemadas sea rayos infrarrojos de una intensidad muy alta, pero actuando en un periodo extremadamente corto. Hay duda si cualquier quemada de llamarada ocurra a distancias **mayores** de 4000 metros del centro de la explosión, y pocos, si acaso alguno, quemaduras ocurientes a un distancia de 3000 metros o más requerirá **tratamiento**. Se encuentra en el Japón que ropas flojas, claramente colorada presentaron considerable protección a los que la usaron contra las quemadas de la piel. Así como los colores **claros** reflejaron los rayos, los colores oscuros les absorbieron. Quemadas interesantes se observaron en personas que usaron ropa con diseños claros y oscuros. La piel bajo las áreas más oscuras se convirtieron en quemadas severas y el resto de la piel no fue, afectada.

Las quemadas ordinarias termales, así como las quemadas de llamaradas, serán comunes en un bombardeo atómico, como será extremadamente el número de fuegos comenzados en tal raid. Personas atrapadas en edificios incendiados, así como aquellos cuya ropa es de aparecida luminosa por el calor intenso, pueden, sufrir complicaciones en segundo y tercer grado.

Enfermedad de radiación, resultando ya sea directamente de la radiación exonerada al tiempo de la explosión o de la contaminación radioactiva más insidiosa, será la segunda clase de accidente) específico de la bomba atómica. Esta clase de enfermedad puede ser aguda o crónica aunque casi todos los accidentes de bombardeo serán de la clase aguda, caracterizadas por náusea y vómito, calentura, diarrea, pérdida del conocimiento, pancitopenia, tendencias a sangrar, epilación y esterilidad. El primer acceso de síntomas puede ocurrir casi inmediatamente o puede ser dilatado por un período de semanas. Como se mencionó anteriormente, de los

datos obtenidos de Hiroshima y Nagasaki, se encontró que casi el 15% de muertes debido a los bombardeos atómicos en esas ciudades fueron causados por radiación ionizante. Tales muertes de radiación como ocurrieron pueden ser clasificados en tres o cuatro categorías principales:

(1) En esos individuos que recibieron muerte de muchos miles de Roentgens de radiación total del cuerpo siguieron rápidamente, dentro de un período de un día o a lo más una semana. Tales muertes agudas fueron caracterizadas por deshidratación, toxemia y choque. (2) En la siguiente, subagudo en este grupo caen aquellas muertes, que ocurrieron después de un período de dos o tres semanas, y a las que son manifestadas por neumonía hemorrágica, infecciones, anemia aplásica y epilación. (3) El tercer grupo es caracterizado por una falta de recuperación de los nacientes en el grupo subagudo. Hay una falta de la regeneración de la médula ósea, todos los síntomas continuaban frecuentemente volviéndose más severos y los nacientes mueren de emaciación extrema y anemia aplásica. El intervalo usual entre la exposición y la muerte es de seis semanas. En otros pacientes de este grupo una recuperación parcial o completa de la médula ósea, al igual *con* una disminución en la severidad de la anemia puede seguir, pero el paciente sucumbe a tales complicaciones como abscesos del pulmón, otras infecciones crónicas bacteriales o tuberculosis. La muerte puede ser retardada por lo más seis meses. En cualquier plan de desastre, está en el tratamiento de esos individuos que caen en el segundo y posiblemente la tercera categoría donde muchas muertes pueden ser prevenidas.

Un cuarto grupo el que es más o menos hipotético y deberá ser probablemente considerado como enfermedad de radiación crónica la cual deberá ser explorada en un futuro. Esto incluirá el desarrollo de malignidades y temprana vejez. Requerirá estudios extensivos estadísticos para probar la existencia de tal grupo. A la fecha tenemos poco o ninguna prueba de que una exposición aguda a la radiación ionizante es capaz de causar enfermedad de radiación crónica. En la búsqueda de este fenómeno debemos recordar que el desarrollo maligno en todas las gentes como parte del proceso normal de vejez y el descubrimiento de unos pocos casos de malignidades en los japoneses expuestos en Hiroshima y Nagasaki no pueden ser definitivamente considerados que puedan haber sido causados por radiación.

Daños de Hospital y Contingencias entre el personal Médico

A los miembros de varias ramas del cuerpo médico, será de interés un dato conciso de los efectos del bombardeo atómico en Japón con facilidades médicas y el personal.

Tomando un ejemplo de experiencias pasadas, podremos planear más efectivamente contra ataques futuros,

En Hiroshima y Nagasaki, así como en muchas de nuestras propias áreas urbanas, facilidades médicas y personal fueron concentrados a un gran número cerca del centro de la ciudad.

En Hiroshima todos los civiles y dos hospitales grandes del Ejército fueron localizados dentro de 50.000 pies del centro de la explosión y fueron completamente destruidos funcionalmente por el bombardeo.

Aproximadamente 90% de los médicos en Hiroshima fueron accidentales y 60% muertos. Hubieron 1780 enfermeras en servicio antes del bombardeo. De estas 1654 murieron o fueron dañadas. La situación en Nagasaki fue similar. Más de 80% de las camas del hospital en la ciudad fueron localizadas dentro de 3000 pies del centro de la explosión y fueron completamente destruidas. Estas cantidades son por sí solas, suficientes para recalcar la importancia de la localización apropiada de las facilidades médicas en cualquier plan de emergencia.

RADIACIÓN ENCONTRADA EN BOMBARDEOS ATÓMICOS

Antes de tornarse en una discusión de la preparación y organización de un plan para emergencias atómicas, puede estar bien el mencionar concisamente los tipos de radiación encontrados del estallamiento de la bomba y de la contaminación residual. En el proceso de la explosión la bomba suelta rayos invisibles y partículas conocidas con el nombre de rayos gama y neutrones. Ambos de estos son muy peligrosos y penetrantes, y puede ir por un pie o más de concreto con un poco de dificultad. Protección de la radiación, por lo menos cerca del centro de la explosión, es por lo tanto extremadamente difícil y muchas veces imposible. Después de una baja explosión terrestre, material radioactivo en áreas contaminadas continúa emitiendo los rayos gama penetrantes, así como partículas beta. Partículas alfa, o helium nuclei, el que tiene un poder penetrante bastante bajo son también libertados de algunos tipos de contaminantes radioactivos. Todas las formas de radiación ionizante producen un efecto delirante a las células y tejidos ya sea directa o indirectamente. Partículas beta, y especialmente alfas, aunque ellas no penetran a tal profundidad como lo hacen las gamas y neutrones, **tienen** poderes ionizantes extremadamente; altos y de allí que son extremadamente peligrosas si son tomadas dentro del cuerpo.

Esta clase de peligro de radiación, ya sea esa radiación interna de materiales radioactivos ingeridos o inhalados, es un problema muy importante. Afortunadamente las partículas radioactivas envueltas en polvos contaminados, etc., son relativamente grandes y la mayoría de ellas no alcanzan los espacios alveolares de los pulmones pero son depositados en el bronquio y son removidas del tracto respiratorio por medio de acción ciliar. Modernas máscaras de polvo suministran protección adecuada contra el pe-

ligro de inhalación. Además muchas de estas partículas son insolubles y si se tragan pasan insolublemente por el tracto gastrointestinal.

A cualquier grado, no importa cuál sea el tipo de la presente radiación ionizante, es evidente que a manera que se reduce el número de contingencias a un **mínimum**, todas las personas no esenciales deberán quitarse de una área en la cual tal radiación se encuentra. Con la idea en mente de que es un aspecto importante, una organización de salud para la defensa, tal como esa de evacuación, deberá ser organizada y llevada a cabo.

II LA PREPARACIÓN, ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIA

La preparación y organización de una comunidad antes del evento de bombardeo atómico es el único camino en el cual algunas medidas de orden deberán ser establecidas de cualquier plan existiendo **agencias** civiles, tales como la organización de Salud Pública, las cuales deberán ser llenamente utilizadas. Es obvio que deberá haber una cooperación **completa** entre las autoridades militares y civiles en la organización y administración de un plan **de emergencia** y que la mayoría del personal implicado deberán ser necesariamente civiles. Las funciones del personal médico-militar **deberán** ser mayormente asesora.

EDUCACIÓN PÚBLICA

La educación de la población **civil** para esperar un bombardeo atómico y que hacer en tales casos, es fundamental en la organización de un plan de desastre atómico. Esto incluye educación no sólo de especialistas **medicos** y técnicos, pero también del público en general. Será necesario entrenar un número o en otra forma hombres y mujeres no-técnico en **procedimientos** futuros, aún aquellos implicados en radiación elemental monitora. Equitativamente importante es la educación de la población en general en relación con los procedimientos aprobados durante un desastre atómico. Artículos recientes en la prensa combinados con la mala interpretación de parte del público, asociado con un desarrollo raro y peligroso han tendido a producir un "neurosis atómica" entre los seglares así como la población militar. La bomba atómica es verdaderamente una arma temible y extremadamente destructiva. Sin embargo, con el interés de prevención de la masa histérica, tanto **como** sea posible, y de concluir ordenadamente una evacuación, se dará a entender a las masas del público así como la militar, que una explosión atómica no es el fin para todos los concernientes. Hay límites definidos a la radiación y efectos de explosión. Se efectuará un riesgo entre el respeto genuino saludable por el poder de la bomba y aun la falta de temor no-razonable de lo desconocido. Esto puede llevarse a cabo sólo por medio de esfuerzos con-

centrados en la educación de las masas por medio de la radio, prensa y lecturas publicas.

PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN CONTRA RADIACIÓN

Protección de la población civil y militar contra radiación en el evento de exposición aguda o larga es considerablemente deseable en esta era atómica. En preparaciones de alejamiento contra bombardeos atómicos deberán tenerse en mente dos fases de explosiones atómicas, radiación penetrante y efecto de explosión térrífico. El mejor tipo de resguardo posible será el subterráneo, suficientemente profundo para abrigar todas las cantidades significantes de radiaciones ionizantes.

Sin embargo resguardos de este tipo no son suficientes para el área urbana entera, y otros tipos de resguardos deberán proporcionarse. Después de las protecciones subterráneas, son las más adecuados las de estructura de concreto reforzados encima de la tierra bajas y sin ventanas.

La discusión de arriba sobre tipos de resguardos es más o menos académica, como un ataque atómico en cualquier ciudad puede venir de completa sorpresa y lo poco en la forma de resguardo será utilizada de antemano. Al prepararse para tal eventualidad la población de una ciudad deberá ser avisada que permanezca encerrada no importa donde se encuentran en el tiempo del ataque, apagar los radios si la corriente esta disponible y esperar instrucciones. De esta manera, mucha confusión se evitará y evacuación de contingencias se hará más fácil. Después del bombardeo atómico especialmente uno de tipo terrestre, la acción más segura para el individuo civil es permanecer en la vecindad de su casa y probar de controlar fuegos locales, sólo que una razón específica de evacuación se vuelva aparente.

PROTECCIÓN CONTRA FUEGOS

Después de un bombardeo de tipo terrestre el número de fuegos será tremendo. El peligro de fuego será, en toda posibilidad, más serio que el peligro de radiación. De acuerdo, cualquier plan de emergencia deberá hacer previsión adecuada para extinguir estos fuegos. Concentraciones de grandes cantidades de equipo de duelos de fuego en una posición centralizada será obviamente un error y resultará en una destrucción casi completa de la ciudad por fuego. Como en el caso de las ciudades más modernas tal equipo deberá ser esparcido por todos los distritos distantes. En esta, manera, una bamba no podrá destruir la habilidad de la comunidad para combatir fuegos efectivamente.

Ruptura de la tubería principal, tales como pueda llevarse a cabo en bombardeos pesados romperá seriamente todos los esfuerzos concentrados en los fuegos combatientes. En un bombardeo

atómico las grandes tuberías principales de agua deberán ser puestas en libertad. El problema principal será la pérdida de la presión de agua debida a la ruptura de la tubería mayor yendo a los edificios particulares. Este problema puede ser disminuido materialmente al incorporar válvulas subterráneas automáticas para aislar el sistema de agua de tales edificios en caso de una caída de presión extremada, conservando así la presión en la tubería grande principal de agua.

Destrucción de edificios, puentes y líneas de comunicación todos tenderán a impedir los esfuerzos de los bomberos y provisiones deberán hacerse para limpiar tales restos por medio de tractores oruga y otros.

No será práctico para escuadras de combate esperar por una área que sea amonitorada para radioactividad antes de empezar operaciones y es imposible concebir una situación donde ésta dilación fuera necesaria. Es seguro especificar que en una área de explosión cualquier trabajo de rescate requerido en una área o combate de fuego puede ser entrado por un medio de trabajo de emergencia sin temor de un daño de radiación severa. En el caso de una explosión bajo de agua, **donde** la contaminación radioactiva será más severa, la necesidad para combate de fuego será muy pocas.

Después de las primeras 24 a 48 horas, cuando la confusión ocurren inmediatamente seguida de que la **explosión** ha abatido, peligros de grandes períodos de radiación pueden ser encontrados valuados y marcados. De esta manera, los individuos pueden ser previstos contra el peligro de permanecer en área contaminadas por un período demasiado largo. Como la mayor parte del daño de radioactividad será de la contaminación de la piel, ropa e inhalación de polvos radioactivos, será de gran importancia que el personal del duelo de fuego use ropa disponible y que tal ropa sea provista. Barios cuidadosos deberán ser recalcados a los contaminados inmediatamente después de la exposición. Las máscaras de polvo dan protección contra los polvos radioactivos y deberán estar disponibles para uso en casos donde el contenido de polvo en el aire es alto.

HOSPITAL, ABASTECIMIENTOS MÉDICOS, Y PEB30NAL

El médico deberá estar, naturalmente, más interesado en las organizaciones y usos de hospitales, abastecimientos médicos y personal en una emergencia atómica ya que con estos los aspectos con los cuales él está más íntimamente relacionado.

Como se ha aprendido de las investigaciones en el Japón, cada esfuerzo deberá hacerse para decentralizar las facilidades de hospital en cualquier comunidad grande urbana. La falta a hacer así puede resultar en una destrucción total de 75% a 90% de los hospitales en una ciudad. Esto será por lo tanto desastroso. En muchas de nuestras áreas urbanas más grandes, los centros mé-

dicos están ya concentrados cerca de la parte media, de la ciudad, haciendo la descentralización difícil. Sin embargo, se hará la provisión para colocar hospitales en áreas distantes.

Abastecimientos médicos, naturalmente, deberán estar disponibles en grandes cantidades para el alivio de los centros dejados en funcionamiento. Estos deberán ser almacenados en lugares relativamente seguros cerca de los hospitales y estaciones de primeros auxilios. En cualquier entallamiento atómico, el lugar más seguro para almacenamiento es el subterráneo. Sin embargo, ya que ésto no es siempre práctico, son aceptables estructuras de concreto reforzado bajas sin ventanas sobre la tierra.

En general todas esos abastecimientos que serán necesarios para tratamientos de daños asociados o resultantes de un estallamiento deberán ser almacenados. Más específicamente, sin embargo, en el caso de un bombardeo atómico, grandes cantidades de bendajes, antibióticos y grandes cantidades de sangre y plasma, así como equipo de recuento globular deberán estar disponibles, ya que serán prevaletentes las quemaduras y choques. Ya que la sangre misma es una de nuestros agentes terapéuticos más importantes en casos de enfermedades de radiación y pérdidas del conocimiento, su uso deberá esperarse en grandes cantidades. En la actualidad la sangre no puede almacenarse por ningún período de tiempo y por lo tanto los bancos de sangre, los que pueden suplir sangre fresca en grandes cantidades deberán organizarse de antemano y operarlos fácilmente en caso de avisos rápidos. Entre estos esenciales de necesidad incluyen también las facilidades de las ciudades adyacentes. Deberá hacerse un uso completo de los bancos de sangre ya existentes en conexión con la Cruz Roja y hospitales individuales en el establecimiento de un plan de emergencia.

Se; ha estimado que en el evento de un bombardeo atómico de una ciudad grande, 1000 médicos serán necesarios por un período de semanas para dar el cuidado necesario a los dañados. Los recursos médicos de cualquier país son actualmente insuficientes para llenar esta necesidad. Sin embargo, serán necesariamente traídos de las ciudades vecinas muchos profesionales para este período, así como de los Servicios de Salud Pública Militares y Civiles. Estas necesidades no sólo son un proyecto sobre-todo para aumentar los servicios médicos profesionales en tiempo de emergencia sino que también son igualmente importantes el entrenamiento de esos médicos en distintos niveles administrativos y profesionales sobre radiación y medicina de emergencia. Los problemas médicos mayormente presentados por un bombardeo atómico son los convencionales de las cuales nuestra profesión médica está preparada para manejarlos inteligentemente. El número de estas contingencias, sin embargo presentan un problema de abastecimiento y administración el que requerirá asistencia de los seglares bajo dirección de médicos. El médico deberá asumir una responsabilidad directa para el cuidado del dañado, deberá indirectamente

asumir responsabilidad de los primeros auxilios en manos del personal que él ha entrenado previamente, y algunos de los Doctores especializados en problemas radiológicos deberán avisar a las autoridades en el área, Los daños radiológicos y el establecimiento de reglamentos de defensa radiológica. El doctor no tendrá tiempo de supervisar amonistando y deberá depender de los fisistas y otras personas entrenadas para la recolección y organización de esta información.

Una organización de Salud que trata de las contingencias atómicas deberá ser responsable por el entrenamiento de enfermeras, hombres y mujeres de primeros auxilios, conductores de camillas, así como técnicos tales como esos que son empleados en los bancos de sangre y centros del tratamiento de emergencia. Seglares pueden ser entrenados en una o dos procedimientos simples, tales como determinaciones de hemoglobina, recuento globular y demás. La disposición de tales personas será de ningún valor en el evento de una escala de desastre grande.

La efectiva remoción **colectiva** y el tratamiento de contingencias es de gran importancia a todos nosotros, y es una de las razones principales para la organización de cualquier plan de salud de emergencia. Será un plan, para el cuidado de contingencias, el establecer un número de estaciones de recolección en el extremo de una área afectada. Estas estaciones estarían localizadas en casas grandes, escuelas, bodegas y cualquier almacén disponible. Las personas afectadas serán sacadas de las áreas dañadas o contaminadas por Los conductores de camillas ambulancias improvisadas, si éstas son capaces de penetrar en la zona interior. A estas personas se les dará el tratamiento de primeros auxilios, señalados o marcados para el tipo de contingencia y luego transportarlos casi inmediatamente a los hospitales establecidos, equipados para manejar el tipo específico del caso.

Cada centro deberá tener instrumentos de campaña de radiación para quitar la ropa a los pacientes, evitando la contaminación radioactiva. Ropa **contaminada** deberá ser quitada y quemada en algún lugar inaccesible. Las superficies de piel contaminadas deberán ser lavadas para remover, como sea posible la mayor actividad, tomando cuidado de no lacerar la piel.

Deberá recalcarse que con el advenimiento en escalas grandes de tales catástrofes, como puede esperarse después de un bombardeo atómico, el número de verdaderas ambulancias disponibles será negligible en comparación con la demanda. Deberá hacerse una previsión para la conversión temporal de camiones, station wagons, taxis y automóviles particulares para el uso en el transporte de pacientes. Similarmente, el espacio actual de camas disponibles en hospitales será relativamente pequeño y reservaciones de camas "deberán establecerse de antemano. Previsión deberá hacerse para el uso de escuelas, gimnasio y otros edificios grandes no dañados por el estallamiento para hospitales temporarios y estaciones de primeros auxilios. Se requerirán miles de catres y i

frazadas para el uso en estas, estaciones temporales. Tales instalaciones de emergencia son necesarias en muchos otros tipos de catástrofes, pero será aún más necesarias en el evento de un bombardeo atómico. Se recordará también que miles de familias quedarán sin casas. Deberá considerarse en cualquier plan de emergencia las provisiones que se harán para estas gentes, incluyendo alimento, agua y albergue. Entre más adecuado es el cuidado dado a las familias sin viviendas, será más bajo el porcentaje de muertes que seguirá la catástrofe, y será menos aún el trabajo del personal médico, el que estará grandemente ocupado.

AMONESTACIÓN PARA RADIACIÓN

Personas entrenadas en amonestaciones de radiación así como en el uso de equipo adecuado de amonestación (prevención) son esenciales en cualquier sistema de defensa radiológica. Monitores deberán estar disponibles de manera que las áreas que son excesivamente radioactivas y para seguridad deberán marcarse fuera de uso y prevenir al **personal**. Podemos hacer muy poco para proteger contra la radiación inicial arrojada por la bomba y por las primeras 48 horas no tenemos que preocuparnos grandemente con la radioactividad residual. Esto es especialmente cierto en las grandes explosiones aéreas. Antes de la reparación de largo tiempo, operaciones pueden ponerse en efecto, sin embargo, las áreas deben ser amonestadas y si están marcadas contaminadas respecto al período de tiempo, el personal puede sin peligro alguno permanecer en ellas.

El entrenamiento de un número suficiente de monitores en el uso de instrumentos apropiados será de necesidad casi completa de acuerdo con las bases civiles. Un programa para entrenamiento sobre amonestación de personas seglares deberá iniciarse y llevarse a cabo por medio de tales facilidades como en los departamentos físicos de escuelas y similares.

En cualquier área radioactiva de bombardeo atómico, los principales peligros que se **encontrarán** son la contaminación de la piel y ropa e inhalación del polvo radioactivo. Por esta razón el personal de amonestación, así como los bomberos que penetraran tales áreas deberán estar bien familiarizados con el uso de ropas disponibles protectoras así como máscaras de polvo. Naturalmente, deberán ser provistos los depósitos de almacenamientos adecuados con **instrumentos**, ropa y máscaras. Parecerán razonables el almacenamiento en refugios en la periferia del centro urbano, similar a esos usados para abastecimientos médicos. Quizás los mismos depósitos podrían usarse para ambos tipos de abastecimientos.

ASPECTO DE LA SALUD PUBLICA

Juntamente aliada a otros aspectos de cuidado médico en un desastre atómico están esos relacionados con la organización de

Salubridad Pública. En tal emergencia muchos de los problemas de salud pública serán esos prevalecentes en otras catástrofes, pero quizás en una escala mayor.

El porcentaje de muertes será alto en cualquier área urbana donde el sistema de depósitos de cloacas, abastecimientos de agua así como las áreas enteras residenciales son puestas fuera de la comisión. Es posible se presente después del bombardero atómico el problema de **contaminación** de los abastecimientos del agua de tomar. Sin embargo, tanto más como esta contaminación radioactiva es relativamente insoluble y tiene una afinidad para las materias orgánicas, la mayor parte de la evidencia en el presente indica que cualquier contaminación significativa radioactiva puede ser removida por medio de un proceso ordinario de floculación y filtración como es empleado en muchas de nuestras ciudades. Es, en vez de la contaminación bacterial de las aguas que, en nuestra creencia, probará después el problema más serio. Este problema deberá ser llenamente realizado y tomar de antemano un planeamiento adecuado. El porcentaje de muertes será indudablemente alto entre una población de los cuales muchos estarán sin casa aún después de todas las prevenciones tomadas y procedimientos de inmunización y aislamiento serán extremadamente importantes.

Deberá hacerse alguna prevención para la disposición de cadáveres. En el caso de una explosión terrestre, es bastante dudoso que cualquiera de **los** cadáveres sea suficientemente radioactivo para ser considerado como peligro de radiación. Disposición rápida de los muertos como en cualquier otro desastre en masa, tenderá a reducir el porcentaje de muertes.

El cuadro de destrucción y contingencia pintado aquí, puede bien parecer a muchos, horrendo. La cantidad de organización necesaria para confrontar los problemas, puede sonar casi abrumador. Esto es verdad. Sin embargo, deberá recordarse que sin la condición de preparación adecuada de antemano después de un bombardeo atómico será **aún** más serio.

Discurso Pronunciado por el Dr. Humberto Díaz en la Inauguración del Hogar Infantil

El día 25 de Septiembre de 1947, la Asociación Médica Hondureña, en una memorable sesión, celebrada en este mismo lugar, declaró solemnemente inaugurado este edificio del Hogar Infantil.

Dicho acto que significó la culminación de uno de los más nobles esfuerzos de nuestra agrupación, significó también el homenaje conmemorativo que ella misma ofreciera, al celebrarse el primer siglo de existencia de nuestra Universidad Nacional. Creímos entonces, y seguimos creyendo ahora, que ese era el más digno y preciado aporte que podíamos brindar en tan magna fecha.

Tres años han pasado, y hoy asistimos a la segunda etapa en el desarrollo de esta institución asistencial, consagrada a la niñez desamparada de Honduras. Hoy venimos a la inauguración definitiva de su funcionamiento, conmemorando de esa manera el XXI aniversario de la fundación de la Asociación Médica Hondureña.

Ya en otra oportunidad me ha correspondido el honoramiento de estos últimos años en los que parece que su camino, además de ser recorrido con pie más firme., se halla iluminado por un sol acogedor, resplandeciente y victorioso.

La Asociación Médica Hondureña, según lo establece su carta fundameque deben ligar a sus miembros.

Sin embargo, el progreso mismo de su evolución, la influencia que sobre ella ha ejercido quizás, el panorama social que le ha rodeado, es seguro que despertaron en ella —desde sus primeros días— un alto sentido de responsabilidad tan auténticamente humano, que la ha llevado a desenvolverse no sólo dentro de las actividades de orden hipocrático, no sólo dentro de las disciplinas que establece la ciencia médica, sino que también —y de un modo plausible a mi entender— dentro de aquellas que requieren la ofrenda de un altruismo legítimo, de aquellas que exigen actitudes que están muy lejos de la mezquindad y del egoísmo, y obligan a quien las sustenta a ofrecerse en destellos de sacrificio o en regueros luminosos de bondad, fue fundada con fines puramente de orden científico y, además, para cultivar los nexos de amistad y compañerismo que deben ligar a sus miembros.

Sin embargo, el progreso mismo de su evolución, la influencia que sobre ella ha ejercido quizás, el panorama social que le ha rodeado, es seguro que despertaron en ella —desde sus primeros días— un alto sentido de responsabilidad tan auténticamente humano, que la ha llevado a desenvolverse no sólo dentro de las actividades de orden hipocrático, no sólo dentro de las disciplinas que establece la ciencia médica, sino que también —y de un modo plausible a mi entender— dentro de aquellas que requieren la ofrenda de un altruismo legítimo, de aquellas que exigen actitudes que están muy lejos de la mezquindad y del egoísmo, y obligan a quien las sustenta a ofrecerse en destellos de sacrificio o en regueros luminosos de bondad.

Por esa es que, en días ya lejanos, nuestra agrupación acudió en auxilio de la hermana República de Nicaragua, cuando un espantoso terremoto redujo a escombros su ciudad capital. Tomó bajo su absoluta responsabilidad el manejo del Hospital San Felipe durante varios meses en el año de 1932. Cooperó eficientemente en pro de los damnificados de la ciudad de Ocotepeque, cuando las aguas desbordadas del Marchala destruyeron aquella población; y así, una serie de actos más, de carácter similar, que pueden aparecer muy bien ante los ojos de los egoístas o ante la sonrisa burlona de los escépticos, como manifestaciones de género meramente quijotesco o romántico; pero que, a pesar de todo, no pierden por ello ni un ápice de su carácter eminentemente patriótico, de su innegable virtud bienhechora y de su grandeza esencialmente constructiva.

Y así, por la aplicación práctica de tal ideología, ha nacido esta obra de asistencia social, que se enfrenta; desde hoy al destino de nuestro país, porque se enfrenta desde hoy también al destino y al porvenir de nuestros niños; a quienes dará no sólo pan y abrigo, sino además todos los atributos espirituales indispensables, que pueden darse, para forjar generaciones útiles a la humanidad.

Por todo ello es que asistimos a esta fiesta en la que debe celebrarse, ante todo, el hecho de que una agrupación universitaria arroje la semilla en el surco del futuro, con la plena esperanza de que más tarde, en vez de la persistencia en el léxico de la sociedad de los gastados vocablos: Caridad, misericordia y otros más, advenga una sola, una definitiva palabra: JUSTICIA.

Señores:

En nombre de la Junta Directiva de la Asociación Médica Hondureña, cumpla con el honroso encargo de declarar inaugurado definitivamente el funcionamiento de esta obra asistencial, y quiero hacerlo repitiendo, más o menos, este concepto que aquí expresé hace tres años: "Queda inaugurado definitivamente este Hogar Infantil. Que la niñez desamparada de Honduras encuentre en él todo el calor, todo el amor, y toda la dulzura que no pudieron darle sus progenitores; y que —superándose cada días más— sea también un bello taller, un incomparable taller, en el cual principia a modelarse en los troqueles del bien, del estudio, del trabajo y de un sentido más humano de la vida, la personalidad de los futuros ciudadanos de Honduras".

Programa de Sangre de la Cruz Roja Norteamericana

Donaciones Voluntarias de Sangre Salvan Miles de Vidas en los Estados Unidos

Un escritor científico norteamericano ha dicho que cuando los historiadores revisen las conquistas de la medicina desde 19.00, pueden llegar a la decisión que la droga milagrosa del Siglo XX, fue uno de los fluidos más viejos conocidos por el hombre, la sangre humana.

La sangre y sus derivados salvan centenares de vidas cada día en los hospitales de Estados Unidos.

A un niño nacido con una anemia peligrosa se le da una completa provisión de sangre para proporcionarle las células de sangre roja que necesita su cuerpo.

A un niño con fiebre reumática que no tiene ninguna defensa contra un ataque de viruela, se le pone una inyección de un producto de sangre conocido como suero inmune de globulina, la cual le proporciona provisión de antídotos para inmunizarse contra la viruela.

Un muchacho de 12 años que no tiene más que un arañazo pero que se está desangrando, tiene hemofilia, la rara enfermedad de desangrarse que se encuentra solamente en los hombres. Después de una inyección de otro producto sanguíneo, la propia sangre del muchacho principia a coagularse y se le salva la vida.

Un hombre de 75 años debe sufrir una operación abdominal. La pérdida de sangre será inevitable. En dos días recibe por transfusión 12 pintas de sangre, tanta como una persona común lleva en todo su sistema circulatorio. El sobrevive a la operación y sale del hospital dos semanas después.

Una madre de cinco niños está sufriendo una operación delicada en el cerebro. El cirujano se alarma por el desangre dentro de la incisión. El la tapa con una masa suave, blanca y esponjosa, y la sangre principia a coagularse. Un momento después cubre la sección expuesta del cerebro con una membrana que parece celofán. Tanto la masa esponjosa y la membrana sen productos de sangre que pueden dejarse dentro del cerebro después de la operación. La corriente de la sangre los absorberá.

Hace diez años antes que estos pacientes podrían haber muerto. Ahora se recuperarán después de ser tratados con sangre dadas por otros seres humanos. Y cuando salen del hospital se pueden sorprender por un párrafo en su despacho que dice:

"Cuatro pintas de sangre donadas por el programa de la Cruz Roja de Estados Unidos. Gratis".

La sangre que salvó sus vidas puede haber venido de las venas de un agricultor, una sirvienta, del presidente de una gran cor-

poración industrial o del policía de la esquina. Fue la contribución sin costo alguno al programa voluntario de la Cruz Roja Norteamericana para coleccionar sangre y distribuirla en cualquier parte que se necesite para salvar vidas o apresurar el restablecimiento de enfermos o heridos.

El Presidente Truman ha pronosticado que este programa puede llegar a ser "uno de los más grandes programas individuales de salud que el mundo alguna vez haya conocido".

El programa se lleva a cabo por 30 centros de sangre, donde se obtiene la sangre de voluntarios y por más de 1.600 hospitales que reciben la sangre de los centros y la hacen disponible para los pacientes.

Desde que el programa se principió el 12 de enero de 1948, aproximadamente 456.000 norteamericanos han llegado a estos centros en las grandes ciudades por todo el país para donar 613.000 pintas de sangre (una pinta, 47 centilitros). Camiones conocidos como bloodmobiles, equipados para coleccionar sangre en el campo y transportarla al centro más cercano, son accesibles para los agricultores y otros que viven en zonas rurales que quieren ser donadores. Un donador de sangre puede ir a un centro solo, en un grupo pequeño o como uno de una delegación de una oficina comercial, fábrica, club o iglesia. Llena un formulario sencillo y pasa a un cuarto pequeño donde se acuesta en un catre o cama. Una enfermera le introduce una aguja en un brazo y la sangre fluye fuera al través de un tubo y en un bote de vidrio. El tiempo que se tarda en sacar la sangre es de 7 a 15 minutos. Solamente una pinta se toma una vez, excepto en casos de emergencia. Para la protección de la salud del donador no se le permite contribuir otra vez durante por lo menos 8 semanas. No puede donar sangre más de cinco veces en un año.

Después que se le saca la pinta de sangre, al voluntario se le invita a una cantina cercana de la Cruz Roja o a un cuarto-comedor para tomar café, leche, doughnuts o sandwiches. No se cobra por el alimento que le ayuda a restaurar su energía. Aunque no se hace pago alguno por su contribución de sangre, se va con la satisfacción de saber que su donación puede salvar la vida de otra persona.

La pinta de sangre del voluntario se envía a un laboratorio para probarla y clasificarla. La prueba determina si está libre de enfermedades. La clasificación determina en cuál de los cuatro grupos principales de sangre hay que ponerla, según varias sustancias en sus células rojas. Cerca del 47 por ciento de los donadores clasificarán en el tipo de sangre O; 40 por ciento en el tipo A; 10 por ciento en el tipo B y 3 por ciento en el tipo AB. La sangre también es clasificada de acuerdo con un factor de sangre hereditario en las células rojas, conocido como el factor Rh porque primeramente fue descubierto en los monos Rhesus.

Después de probada y clasificada, la sangre es sellada en un recipiente de vidrio con la etiqueta "whole blood". Esta etiqueta

la designa como sangre fresca a la cual se le ha agregado un preservativo de ácido cítrico, citrato de sodio y cierta glucosa. Después se le envía al centro de la Cruz Roja que más necesite, y de allí, a uno de los hospitales que mantienen provisiones en reserva de sangre proporcionada por el programa de la Cruz Roja.

Una vez que la pinta de sangre entra en la refrigeradora del hospital, la Cruz Roja no tiene control ulterior de cómo será usada. Los médicos o empleados del hospital la distribuyen de acuerdo con la necesidad. Ellos generalmente le piden a un paciente que reponga la sangre con una pinta de la propia después de que se haya recuperado, o con una pinta contribuida por un amigo o pariente. Algunos hospitales que mantienen bancos de sangre independientemente de la Cruz Roja cobran \$ 25 o \$ 30 por una pinta, de sangre usada. Pero estos hospitales siempre rehusan el pago si el paciente conviene en devolver dos pintas de sangre por cada pinta que necesitó durante su enfermedad.

La sangre así preparada principia a descomponerse **después** de unos 21 días aun cuando esté en refrigeración. Si no ha sido usada en este tiempo, se regresa al centro de sangre de la Cruz Roja O¹ a un laboratorio comercial bajo contrato con la Cruz Roja. En el laboratorio se coloca en un aparato centrífugo similar al separador de crema, y se agita alrededor a gran velocidad. Las células de sangre roja se asientan en el fondo del aparato centrífugo. Después se trasiegan, se empaacan y se mandan a hospitales **donde es** usada dándole prioridad para combatir la anemia, enfermedad debida a la falta de glóbulos rojos.

Un fluido amarillento que sale arriba durante el proceso de separación es conocido con el nombre de **plasma**. El plasma se convierte en polvo o sólido refrigerado y se envía nuevamente a los hospitales, donde es especialmente efectivo en transfusiones para el tratamiento de shock. Sin embargo, un gran porcentaje en aumento de plasma es ahora remitido a otro hospital do "de se le somete a proceso para convertirlo en uno de los cuatro derivados de la sangre que están realizando milagros en la salvación de vidas. Estos cuatro son:

1).—Suero de albúmina, un polvo blanco disuelto en un líquido claro que produce un efecto curativo cinco veces mayor que el plasma y que también ayuda al tratamiento de ciertas enfermedades del hígado y los riñones.

2).—Suero inmunizador de globulina qu³ lleva los antídotos que forman la inmunidad contra la viruela.

3).—Globulina antihemofílica, una proteína de plasma que apresura la coagulación de la sangre y por consiguiente es especialmente útil en el tratamiento de la hemofilia.

4).—Membrana fibrosa, espuma de fibrina y trombina para uso en la cirugía. La membrana fibrosa es transparente como el celofán y el cirujano la coloca sobre la parte expuesta del cerebro. La espuma es una sustancia esponjosa que sirve como un hemostático. La trombina es un polvo blanco que controla la filtración

de la sangre. Con frecuencia se extiende sobre la carne desnuda, antes de una operación de injertar piel y sirve como una especie de pegamento para mantener la piel en su lugar.

Ya sea que la pinta de sangre se use como sangre preparada, como plasma o uno de los derivados del plasma, no se desperdicia una gota. Diez años atrás, una pinta de sangre podía servir solamente para ocho personas. Actualmente la misma cantidad, podría beneficiar a 30 pacientes.

La sangre puede ser usada sin tomar en cuenta la edad, el sexo o la nacionalidad del donante. Es especialmente útil en la escena de grandes desastres para el tratamiento de shock y otras lesiones. Durante la guerra en Palestina, la Cruz Roja Norteamericana envió provisiones de plasma al Cercano Oriente donde fue distribuido por la Cruz Roja Internacional entre árabes y judíos. Las víctimas del terremoto en el Ecuador en agosto de 1949 fueron tratadas con plasma de sangre donada por la Cruz Roja Norteamericana. Durante la Segunda Guerra Mundial la sangre fue usada tan efectivamente por el cuerpo médico de servicios de la Armada que se le tuvo por grandemente responsable por el restablecimiento del 97 por ciento de los soldados y marinos que fueron heridos. El ejército y la Marina habían pedido a la Cruz Roja Norteamericana, recoger sangre para uso de las fuerzas armadas, porque en 1942 había solamente 24 bancos de sangre comerciales en operación en los Estados Unidos y no había sistema voluntario para recoger sangre.

Más 13.000.000 de pintas fueron recogidas por la Cruz Roja. Los norteamericanos estuvieron ofreciendo sangre en una proporción de una pinta cada 2 segundos poco tiempo después de la invasión de Normandía por las Fuerzas Aliadas. El tipo promedio de voluntarios dio sangre por lo menos en dos ocasiones. Por lo menos 150.000 norteamericanos dieron tanto como un galón de sangre cada uno antes de que terminará la guerra. Fotografías de un bote de sangre suspendido sobre un soldado caído con el líquido salvador de la vida trasegándosele en el cuerpo por medio de un tubo de hule, llegaron a ser familiares a los lectores de periódicos.

Un mes después de la terminación de la guerra, el programa de sangre de tiempo de guerra de la Cruz Roja, fue discontinuado y los doctores y cirujanos, con sentimiento lo echaron de menos, pues se había acostumbrado ya a la abundante provisión que habían tenido para tratar enfermedades y heridos durante la guerra. Ellos sintieron la necesidad de un programa de sangre para salvar vidas en casa, como las habían salvado en los campos de batalla, pues solamente los grandes hospitales podían adquirirla para mantener sus bancos de sangre particulares. Científicos investigadores que sintieron que estaban en el umbral de nuevos descubrimientos en el campo de la sangre humana, también reclamaron por un continuo aprovisionamiento para sus laboratorios.

A principios de 1947 se le pidió a la Cruz Roja Norteamericana por segunda vez, coleccionar sangre en una amplia escala nacional.

Un comité particular de médicos investigó la necesidad y encontró que solamente el 20 por ciento de todos los hospitales en los Estados Unidos, mantenían reserva de provisiones de sangre. Grandes partes del país no pudieron obtener suficiente sangre preparada, plasma y sus derivados para aprovisionar las necesidades normales de los hospitales, mucho menos llenar las necesidades que podrían surgir en caso de incendios u otros desastres.

Así que, la Cruz Roja hizo una apelación para donaciones de sangre. Desde enero de 1948 se han donado medio millón de pintas y 30 centros de sangre pueden ahora servir directamente más de un cuarto de la población de los Estados Unidos. Durante 1950 y 1951 se abrirán 17 centros y otros seguirán como la necesidad que de ellos surja. Además de los que han contribuido con sangre para el programa, otros millares sostienen el programa por medio de contribuciones en efectivo para hacer posible que la Cruz Roja administre el programa.

Miembros de la Cruz Roja del Perú, Chile, Suiza, los Países Bajos, Italia, Austria y el Japón han llegado a interesarse en el programa de sangre y han enviado observadores a los Estados Unidos para estudiar la técnica empleada para llevarlo a cabo, por la Cruz Reja Norteamericana. (USIS).

Una joven, en Washington, D. C. dona una pinta de sangre al programa nacional de sangre de la Cruz Roja Norteamericana. El proceso no es doloroso y toma solamente de 7 a 8 minutos. Más de 500.000 pintas de sangre se han escogido ya.

El General George C. Marshall, que durante la guerra fue Jefe del Estado Mayor del Ejército y ex-Secretario de Estado de Estados Unidos, ahora es presidente de la Cruz Roja Norteamericana. Aquí está escuchando a Charles LaBrozzi, de 8 años de edad, de Filadelfia, en el Estado de Pensylvania y quien le cuenta cómo la sangre proporcionada por el programa nacional de sangre de la Cruz Roja le ayudó a dominar un raro tipo de anemia. Charles ha estado siendo inyectado con plasma de sangre desde que tenía 2 años.

Sharon Lee Wats, de 13 meses de edad, recibió serias quemaduras en los brazos y piernas cuando se cayó contra una estufa caliente en Washington, D. C. En esta fotografía está recibiendo una transfusión de sangre donada por medio del programa nacional de sangre de la Cruz Roja Norteamericana, la cual apresurará su restablecimiento.

Cajas refrigeradas conteniendo botes de pintas de sangre humana, son cargadas en carros de ferrocarril para enviarlas a hospitales como parte del programa nacional de sangre de la Cruz Reja Norteamericana. Si la sangre no se usa dentro de 21 días, se regresa a un laboratorio donde se le convierte en valiosos derivados. No se desperdicia una gota.

Página Oftálmica

Sobre la Cirugía del Pterigión

Por el Dr. J. Gómez-Márquez Gironés

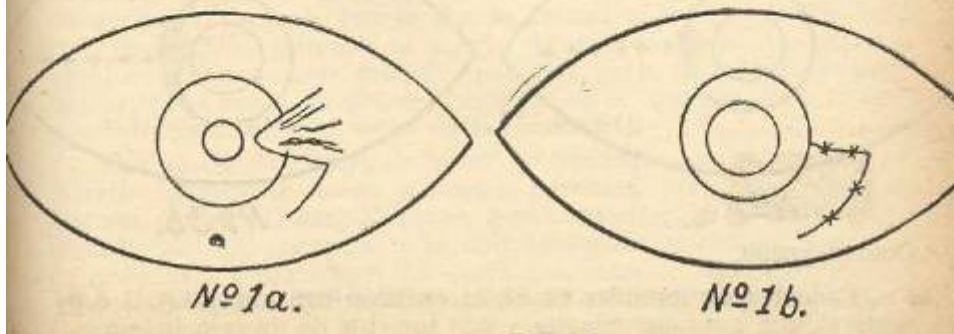
El tratamiento del pterigión crea en el campo oftalmológico un problema que bien puede decirse, no ha sido aún resuelto en su totalidad. Prueba de esta afirmación es la confirmación de la existencia de un número crecido de procedimientos al respecto, como suele pasar en todos aquellos casos, en que cada una de las técnicas empleadas tiene sus ventajas, pero también una serie de inconvenientes que dejan el problema sin una solución totalmente satisfactoria. Hemos querido por ello, pasar revista, aunque sea en una forma somera a las principales técnicas seguidas en el tratamiento del pterigión.

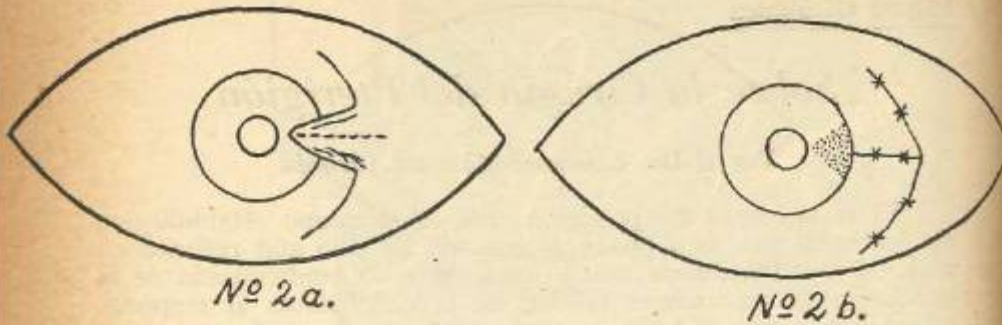
Primer grupo.

Operaciones encaminadas a la destrucción del pterigión como son: el simple raspado, las cauterizaciones ígneas, la electrolisis y la diatermo-coagulación. Todos estos son procedimientos en franco desuso hoy en día.

Segundo grupo.

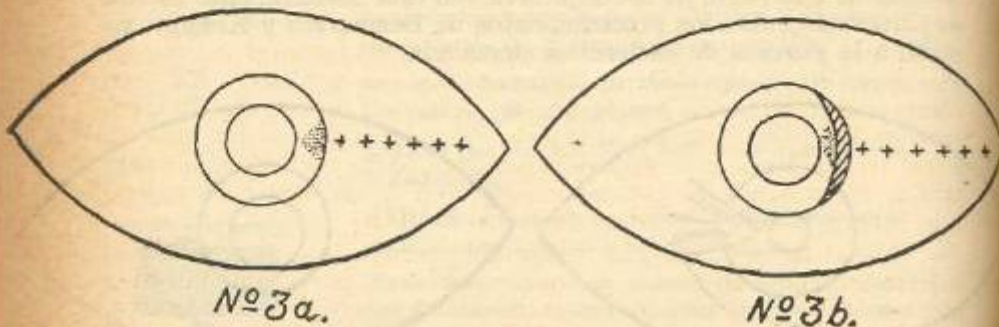
Pertenece a este las técnicas que persiguen como fin el enterramiento de la cabeza del pterigión, sin llevar a cabo su extirpación propiamente; están entre ellas las de Desmares (fig. N° 1 a y b) y la de Knapp (fig. N° 2 a y b). Ambas, muy semejantes por cierto, despegan, la cabeza del pterigión de la córnea, continúan después el desprendimiento hasta más allá del limbo y entierran la cabeza debajo de la conjuntiva. Posteriormente, mediante el deslizamiento de una parte de la conjuntiva (en este deslizamiento estriba la diferencia entre los procedimientos de Desmares y Knapp), recubren la porción de esclerótica desnuda.





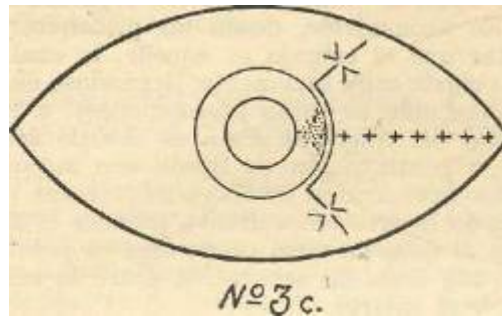
Tercer grupo.

Comprendemos en él, las técnicas que efectúan una extirpación simple del pterigión. El desprendimiento de la superficie corneal se efectúa como en todos los demás procedimientos. Se corta en seguida por su base el pterigión y se sutura la conjuntiva, quedando una línea de puntos horizontales (fig. N° 3 a). Este procedimiento, que es suficiente en muchas ocasiones, tiene sin embargo un serio inconveniente: si la porción de conjuntiva extirpada es considerable, la sutura de los dos bordes conjuntivales, lleva consigo un acabalgamiento de ésta sobre la cornea que ha perdido su epitelio en la porción que ocupaba el pterigión (fig. N° 4 b). La consecuencia de esto, puede ser como se comprende, una adherencia conjuntivocorneal, que puede llevar a la formación de un pseudo-pterigión. Para evitar este inconveniente, seguimos la maniobra del Prof. Gómez-Márquez, que consiste en unos puntos, que pasan, por una parte por el borde del colgajo conjuntival que acabalga sobre la córnea y por el otro por uno de los fondos de saco conjuntivales (fig. N° 5 c). Gracias a estos puntos de repliegue, la conjuntiva, deja de estar en contacto con la superficie cruenta de la córnea y permite la cicatrización aislada de la misma.



Cuarto grupo.

Podemos comprender en él, la excisión con autoplastia, conjuntival, con autoqueroplastia y con injertos de diversa índole.

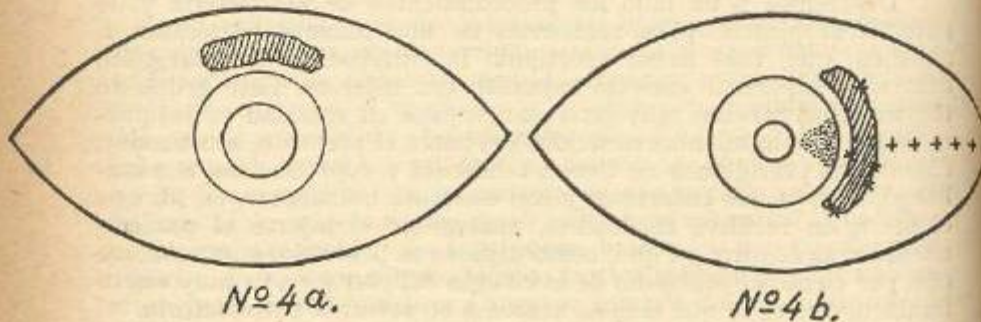


Dejaremos a un lado los procedimientos de autoplastia y de autoqueratoplastia, para referirnos de una manera particular, a aquellos, que, tras haber efectuado la extirpación del pterigión, cubren la superficie escleral expuesta con injertos. Este grupo de técnicas nos parecen muy interesante, pues en realidad cualesquiera de los procedimientos mencionados hasta el presente, son buenos, cuando los pterigiones no tienen tendencia a reproducirse. Sin embargo, en aquellos enfermos, y son bastante numerosos, en los que el pterigión recidiva fácilmente, parece ser el injerto el procedimiento más seguro, ya que, como dijimos al principio, sino resuelve cien por ciento el problema de la cirugía del pterigión es muy cierto también, que es lo que más se acerca a su solución satisfactoria.

Los injertos más practicados son por una parte el de Tiersch y el otro el de mucosa bucal. En el procedimiento de Hotz, se emplea un diminuto injerto de Tiersch para recubrir la pérdida de substancia conjuntival; en el segundo, en lugar de ello, el injerto proviene de mucosa bucal. Uno y otro se fijan a la conjuntiva vecina, y si es necesario al limbo esclerocorneal mediante finos puntos. Cualquiera de los dos procedimientos, puede considerarse un éxito, si se considera, la facilidad con que prenden los injertos o también el tanto por ciento muy bajo de recidivas que se observan. Tienen empero, un gran inconveniente desde el punto de vista estético; tanto uno como otro (si bien es cierto que más aún el injerto de Tiersch), dejan un plastrón francamente desagradable. Esto se comprende fácilmente por lo que se refiere al injerto de Tiersch, pero es también aplicable al injerto de mucosa bucal. La mucosa bucal es excesivamente gruesa y por otra parte su coloración particular, es la causa de que deje siempre en el ojo, una zona rojiza, que contrasta sobre el resto de la conjuntiva.

Con el fin de conseguir todas las ventajas que suministra el injerto de mucosa bucal, y obviar por otra parte sus inconvenientes, el Prof. Gómez-Márquez, inició los injertos de conjuntiva, tomado del ojo contrario y la descripción de su técnica apareció en *Annales d'Œculistique*. La operación, consiste en la extirpación del pterigión en la forma ya descrita para técnicas anteriores. Posteriormente se lleva a cabo, la resección de un colgajo con-

juntival del ojo opuesto (bien sea de los segmentos supra o infracorneales). Es aconsejable, desde un principio, tener mucho cuidado en evitar que el colgajo se enrolle, lo cual dada su delicadeza, puede ocurrir muy fácilmente, llegándose en muchas ocasiones (si se prescinde de estas precauciones), a no saber cuál es la cara esceral del colgajito. Este es llevado sobre la superficie cruenta y a continuación es fijado con suturas a la conjuntiva, y en caso necesario al limbo esclerocorneal (fig. N° 6 a y b). La tendencia del injerto conjuntival a prender es algo realmente extraordinario y al cabo de unos pocos días es prácticamente imposible percibir una línea de separación entre la conjuntiva propiamente dicha y el injerto.



En resumen, creemos que en los pterigiones no muy extensos debe intentarse primero los procedimientos más sencillos, como son los de Desmarres y Knapp o la simple extirpación, debiéndose reservar los injertos para los pterigiones muy amplios en los que la excisión vá a ser muy extensa o para aquellos otros en los que se ha comprobado la tendencia recidivante después de una primera intervención. Para estos últimos casos, creemos, que el procedimiento del injerto conjuntival del ojo contrario del Prof. Gómez-Márquez, es el más conveniente por las razones ya apuntadas.

BIBLIOGRAFIA

- Tratamiento del pterigión por medio de injerto conjuntival.
 Prof. Gómez-Márquez. Annales d' Oculistique.
 Traité d' Ophtalmologie (P. Baillart, Ch. Coutela, R. Onfray E.
 Reoslob y E. Vetter). Tomo VII.
 Clínica de Oftalmológica. Carlos Charlin.
 Manual de Oftalmología. Arriagaraz.
 Tratado de Of'almología. Charles May.

Crónica de Sesiones

SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA POR LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA EL DÍA 5 DE AGOSTO DE 1950

Presidió el Dr. Marcial Cáceres Vijil y actuó en la Secretaría el Dr. José Gómez Márquez Girones. Asistieron además los siguientes socios: Dres. Humberto Díaz, Juan Montoya, J. Ramón Pereira, Roberto Gómez Róbelo, Napoleón Alcerro, Alejandro Zúniga, Rigoberto Alvarado, Martín A. Bulnes B., Virgilio Banegas M. y José Ramón Durón.

Después de quedar aprobada el acta de la **sesión** anterior, el Presidente dio la palabra al *Dr. Marcial Cáceres Vijil*, conferencista de turno quien disertó sobre sus experiencias con el ácido Paramidosalicílico en cuatro pacientes. Esta conferencia será publicada en nuestro próximo número.

Tomaron parte en la discusión de este trabajo los Dres.: Gómez Róbelo, Montoya, Pereira y Napoleón Alcerro. Todos ellos estimaron muy interesante la aportación del Dr. Cáceres Vijil, especialmente por tratarse de una droga que ha sido usada con relativa poca frecuencia entre nosotros. El Dr. **Montoya** refirió un caso de empiema pleural tratado por él con franco éxito por medio del Aminacyl. El Dr. Pereira preguntó acerca de la utilidad de la droga en los complejos primarios, a lo cual el Dr. Cáceres Vijil, respondió que él no tenía ninguna experiencia al respecto y que consideraba muy del caso investigarlo'. El Dr. Napoleón Alcerro preguntó acerca del uso del ácido paramidosalicílico en las tuberculosis quirúrgicas y recuerda un caso de ocena de etiología probablemente tuberculosa que había tenido ocasión de observar, cuyos síntomas habían mejorado sensiblemente con tratamiento estreptomocínico. El conferencista respondió que según la literatura está indicada la droga en los casos de tuberculosis **quirúrgica** y que él ha tenido ocasión de observar dos, un Mal de Pott y una Epididimitis.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. J. Ramón Pereira, quien se refirió a un caso de probable Síndrome de Meniere de etiología palúdica. Este trabajo procuraremos asimismo que aparezca en nuestro próximo número. Al ser puesto a discusión el mismo, tomaron parte en ella los socios Dres.: Gómez Kobelo, Napoleón Alcerro, Humberto Díaz y Cáceres Vijil. El Dr. Gómez Róbelo estuvo de acuerdo con el conferencista en la posible etiología palúdica y relató un caso similar observado por él. El Dr. Humberto Díaz hizo ver la etiología tan variada del Síndrome de Meniere y explica cómo él tuvo ocasión de leer en una Revista uno producido por leucemia. Tal caso no tendría por qué extrañar ya que las embolias de glóbulos blancos son susceptibles de provocar obstrucciones de los vasos del laberinto y el paludismo podría muy

Revisando el Canje

Por Joaquín Reyes Soto

La Evolución de **las llamadas** "Tuberculosis Mínimas" en el ambiente de elevado índice de infección

Dres. Affonse Mac-Dowell, Ercides Arrunda Nascimento y Adel Cerqueira Alvin.

Los autores consideran como lesiones mínimas, aquellas que por lo meaos en un intervalo de 6 meses a un año, se mantienen con el mismo aspecto, el mismo sitio y extensión, sin que sobrevengan modificaciones fugaces o no, retrocediendo a la primitiva imagen radiográfica con aparente curación del enfermo; en este concepto es asimilada a la lesión inicial o incipiente. Consideran que la evolución de estas lesiones es difícil de predecir, ya que existen multitud de factores que pueden influir en ella, tales como factor genotipo y fenotipo; factor psico-somático, señalando las influencias perniciosas de ciertos "psiquismos ensombrecidos" en enfermos con lesiones mínimas que se agravan por el estado de angustia o desesperación en que se hallan al saberse tuberculosos, etc.

Existen además otros factores que contribuyen a la agravación de las lesiones mínimas: edad, sexo, color y sobre todo naturaleza en la lesión. Sin embargo, los autores no tienen muy en cuenta estos factores, según sus propias observaciones, y si dan importancia en lo que a la evolución de las lesiones mínimas se refiere, al aspecto exudativo, fibrosos o fibro-calcificado, tendiendo las primeras a agravarse en una proporción de 41 a 50 por ciento y las otras tienden a estabilizarse, encenrándose inestabilidad sólo en un 5 a 14 por ciento. Como factor aislado más importante que influye en la evolución mala de la lesión mínima, los autores consideran la edad siendo el mayor riesgo alrededor de los 25 años.

bien actuar por embolias de hematozoarios. El Doctor Napoleón Alcerro se mostró de acuerdo con el diagnóstico del Doctor Pereira e hizo referencia a las investigaciones modernas sobre el Síndrome de Meniere, recordando el papel desempeñado por la alegría y la hidropesía del saco endolinfático; cree que en el caso que nos ocupa pudiera tratarse muy bien de una alergia palúdica. Asimismo hizo referencia- a la indicación del Bromihidrato de Quinina en el tratamiento del Síndrome.

A continuación la Secretaría dio lectura a la correspondencia recibida, tratándose finalmente asuntos administrativos.

Los autores presentan 16 observaciones, correspondiendo todas a personas que viven en íntimas condiciones higiénicas y en medies favorables al contagio; de éstos, 8 son exudativas puras, de las cuales dos murieron, tres regresaron a la limpieza radiológica, una se transformó en fibrosa moderadamente avanzada; 4 son fibroexudativas, de las cuales 3 continúan mínimas o mejoradas y sólo una se acentuó pareciendo tener principio de rarefacción. Los anteriores casos no fueron sometidos a ninguna clase de tratamiento. En dos casos exudativos mínimos tratados con neumotorax, hubo transformación a fibroso mínimo. En dos casos exudativos mínimos sometidos a condiciones higiénicas buenas, uno de ellos presentó imagen radiológica normal a los dos años, y el otro, regresión parcial de las sombras y transformación a fibrosa mínima también en dos años.

Tomado de la Revista Panamericana de Medicina y Cirugía del Tórax. Vol. II, Número 10.

DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra, Suiza, en Septiembre de 1948.

"En el momento de ser admitido como Miembro de la Profesión Médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen.

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia.

Guardar y respetar los secretos a mi confiados.

Mantener incólume, por todos conceptos y medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Considerar como hermanos a mis colegas.

Hacer caso omiso de credos políticos o religiosos, nacionalidades, razas rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis servicios profesionales y mis pacientes.

Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción, y, aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir con lo antedicho".

Tomado de la Revista Médica Peruana. Año XX. N 252.

Informaciones

MENDOZA, 1 de agosto de 1950

Señor Director de la Revista Médica Hondureña. **Tegucigalpa**, Honduras.

Distinguido Colega:

Tenemos el agrado de **dirigirnos** a Ud. con el objeto de comunicarle que la Sociedad Argentina de Pediatría, ha resuelto realizar las próximas Segundas **Jornadas** Argentinas de Pediatría en esta Ciudad, habiéndose fijado para las mismas los días 22 al 25 de abril del año próximo.

Si bien es cierto que se trata de un Congreso que no trasciende los límites de la República Argentina creemos que es ésta una buena oportunidad para hacer conocer a Ud. el ritmo en que se desarrolla nuestra **labor** pediátrica, que aspiramos mantener en **constante** vinculación con la vuestra.

Nos sentiremos muy reconocidos si por intermedio de la Revista de su digna dirección se hiciera conocer a los demás colegas de ese País la noticia que le transmitimos, así como alguna otra que oportunamente les haríamos llegar.

Deséamos expresar también a Ud. y por EU intermedie a los demás pediatras de ese País, que sería muy grata y honrosa para **nosotros** vuestra presencia en esa oportunidad.

Con tal motivo nos complacemos en saludarle con nuestra mayor consideración.

Dr. Ernesto V. Bustelo
Secretario General

Dr. Humberto J. Notti
Presidente del Comité Ejecutivo

MAS PSICOLOGÍA PARA LOS MÉDICOS

El Dr. F. G. Ebaugh, del Hospital Psicopático, Centra Médico ; de la Universidad de Colorado, ha escrito un **jugoso** artículo en reciente edificación del Michigan. State Medical **Society JOURNAL**, en que analiza los trastornos **involuntariamente** causados por el -medico en sus pacientes, trastornos que él llama "**enfermedades** iatrogénicas".

He aquí un resumen de su pensamiento:

(1) No haberse reconocido la existencia de factores emocionales en las enfermedades; (2) no- haberse tratado los trastornos emocionales de tipo leve, en caso de haberse diagnosticado su existencia; (3) por no percatarse el **médico** del papel que sus sentimientos, actitudes y conducta desempeñan en la causa y curación de una enfermedad.

El pensamiento médico tiene una **orientación** fundamentalmente **mecanicista**, y esta filosofía se refleja **claramente** en el **cuestionario** tradicionalmente empleado para hacer una historia clínica. En dicho cuestionario se le informa al médico sobre el estado *i* del cuerpo y de sus diversos órganos, sin decirle nada sobre el

individuo en sí, sus interrelaciones ambientales, y sus sentimientos.

Uno de cada tres de los pacientes que visitan al médico en su despacho, sufre primordialmente de un trastorno emocional, que en algunos pacientes alcanza una importancia análoga a la de los trastornos orgánicos.

La búsqueda persistente por parte del médico del "órgano defectuoso", hace creer al paciente que, basándose en sus quejas, el médico está convencido¹ que realmente existe un órgano lesionado. En consecuencia, además de la preocupación original, el médico crea otra fuente de ansiedad, que es la amenaza existente para su integridad orgánica. El paciente "disfruta" desde entonces del hipotético placer que produce la ansiedad iatrogénica, la cual, bajo la guía del médico, en poco tiempo se fija en un órgano determinado. La tendencia a los trastornos emocionales, erróneamente diagnosticados y mal tratados, como si fueran enfermedades orgánicas, no es hacia el restablecimiento sino hacia la cronicidad. El diagnóstico y tratamiento erróneos son causas frecuentes de las enfermedades iatrogénicas, cuando el factor etiológico no identificado ni tratado es de naturaleza psicológica. El médico que se siente perdido cuando se enfrenta con un trastorno psicológico, con frecuencia cree cumplir con su responsabilidad hacia el paciente, resumiéndole el diagnóstico en la frase de costumbre: "Son sus nervios... usted es un neurótico... etc.," sin definirle al paciente su trastorno emocional usando una terminología más corriente y familiar para el enfermo, que éste pueda comprender y aceptar.

El temor y la ansiedad son fruto de lo desconocido. Colgarle a un paciente una etiqueta diagnóstica, sin interpretársela para que le sea comprensible, puede tener un efecto devastador sobre el enfermo. El médico que oculta su ignorancia tras la máscara de una verbosidad científica, con la mayor frecuencia en vez de impresionar, deprime al paciente. Una encuesta recientemente realizada entre el público profano ha revelado que su queja más común de la clase médica es la que los médicos no les explicaban sus enfermedades. Esta crítica revela, claramente la ansiedad y hostilidad resultantes, causadas por lo desconocido, es decir, por dejar "a oscuras" al paciente.

Con frecuencia, el médico se olvida de evaluar, y desde luego, no se da cuenta del efecto que su persona tienen sobre el paciente. La ansiedad que exista en el médico se transfiere casi inmediatamente al paciente. El carácter de la voz, los gestos, etc., o sea todo el repertorio pantomínico de la expresión del médico, con frecuencia habla con mayor sonoridad y convicción que sus propias palabras. (USIS).
^ - ^ -

El 31 de Agosto recién pasado, falleció en esta capital el distinguido Dr. Trinidad E. Mendoza, padre de nuestro estimado colega y consocio Dr. José T. Mendoza. La Revista Médica Hondureña hace presente al consocio Dr. Mendoza, su profundo pesar por la muerte de su querido padre.

Apuntes de Patología Médica para Enfermeras

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

Lección III EXAMEN

EXTERIOR DE LOS ENFERMOS

Basta en ocasiones una simple mirada para abarcar con ella cuantos caracteres son necesarios al conocimiento de la enfermedad. La postura de los enfermos, su mirada, la expresión de su rostro, el color de su piel, síntomas que se reconocen aun a distancia del lecho del dolor, han bastado en ocasiones para descubrir estados morbosos. Nada es tan útil para la práctica médica como las enseñanzas obtenidas por la inspección del enfermo; estudie que, por otra parte, se hace mejor en las salas de los hospitales que en los libros.

F A C I E S

El examen exterior comprende en primer lugar la fisonomía de los enfermos, que se denomina facies, es decir, aspecto de la cara, determinado por **las** modificaciones que en ella imprime la enfermedad. Los antiguos, con justo **motivo**, le concedían gran **importancia**. No cabe duda que es la cara, más que la marcha y el decúbito, lo que en ocasiones nos hace exclamar esas expresiones espontáneas y frecuentes: "Tal Sujeto no refleja por su cara estar enfermo, o por el contrario, **ésta** persona tiene cara de **enfermo**". Existen numerosas descripciones de facies, apuntaremos aquellas que con más frecuencia se observan en nuestros hospitales con el objeto de que se tenga un concepto claro de ellas.

FACIES HIPOCRATICA

Tiene **por** característica los rasgos siguientes: nariz afilada, ojos hundidos, sienas cóncavas, orejas separadas de las apófisis mastoideas y como retraídas; al propio tiempo los ojos están tristes, la piel fría, el ala de la nariz casi inmóvil, y toda la fisonomía cubierta de un sudor viscoso. La cara toma el aspecto cadavérico. Se le observa en muchas **afecciones** abdominales acompañadas de dolores y de irritación peritoneal, por ejemplo: en los cólicos intestinales, hepáticos y nefríticos, en la **apendicitis**, oclusión intestinal, hernia estrangulada, peritonitis aguda.

FACIES TIFOIBXCA

Sus características son la expresión de sopor o somnolencia, permaneciendo el sujeto indiferente a cuanto le rodea. -Manifiesta postración con los ojos cerrados c ligeramente abiertos, la lengua está seca, fuliginosa, los labios secos y agrietados.

FACIES NEUMÓNICA

El enfermo presenta migada **brillante**, pómulos rojizos, aleteo constante de la nariz, por la intensa disnea, así como algunas vesículas de herpes en las comisuras labiales. El cabello presenta el aspecto del recién bañado

FACIES ADENOIDEA

Característica de los niños portadores de inflamación de las glándulas adenoideas, u obstrucciones de las fosas nasales. En estos niños la boca está entreabierta, la nariz generalmente adelgazada, el labio inferior colgante, el labio superior engrosado, la cara aplastada a causa del escaso desarrollo de los maxiliares superiores y la expresión del semblante de persona escasa intelectualmente. Abierta la boca, se comprueba que la bóveda palatina está muy excavada, ojival, y los dientes están mal implantados.

FACIES RENAL

Llamada también de muñeco chino, es aquella que toman los enfermos renales por causa del edema de los párpados y la cara, que la hace aparecer redondeada y con los ojos oblicuos y escasamente abiertos: reciben **el nombre** de "Cara de Muñeco **Chino**", por su parecido con muchas figuras que se observan en pinturas asiáticas.

FACIES DEL BOCIO TOXICO

En el bocio **exoftálmico**, **la** eminencia de los ojos o exoftalmía, da a la mirada una expresión trágica, de asustada, es decir, en ella observamos los párpados abiertos de manera exagerada, los ojos salientes y ausencia **la pestaña**

FACIES BE LA PARÁLISIS FACIAL

Está caracterizada por la desviación de la boca hacia el lado sano, en donde los músculos han conservado su tonicidad, de suerte que el lado enfermo parece más ancho; la mejilla paralizada se levanta a cada respiración, lo que hace decir que el enfermo "**Fuma en Pipa**", la boca es asimétrica, porque la comisura labial se

eleva del lado sano. Si las ramas superiores del facial están afectadas, el párpado superior no puede descender y el ojo abierto tiene el aspecto del ojo de conejo cuando está dormido (Lagoftalmía).

FACIES CAQUÉCTICA

Se observa en todos los estados crónicos de desnutrición. Se caracteriza, principalmente por el enflaquecimiento general de la cara, la acentuación de las arrugas y, generalmente la palidez. Esta es la facies de la mayoría de los casos avanzados de tuberculosis, de cáncer, y diabetes. En los niños de pecho, el trastorno de nutrición general, da a la cara el aspecto de "Pequeño Viejo", es decir, **Atrepsia**.

COLORACIÓN DE LA PIEL

Prescindiendo de las variedades fisiológicas que a la coloración de la piel imprime el clima, las razas, el género de vida, etc.; hay otras que son propias del estado morbosos, a las cuales únicamente vamos a referirnos.

RUBICUNDEZ

La rubicundez de los pómulos se observa principalmente en la tuberculosis. En los neumónicos se manifiesta en una sola mejilla, habitualmente del lado del pulmón enfermo, y puede servir para revelar la enfermedad en las formas latentes de los ancianos. Lo mismo ocurre en el lupus eritematoso, el cual se caracteriza por placas de color rojo vinoso, que se extienden simétricamente sobre el dorso de la nariz y las mejillas, dibujando un murciélago, de donde el nombre de Vespertilio. Las fiebres eruptivas se manifiestan en la cara por exantemas propios; el sarampión, por sus manchas rosadas, a menudo confluentes en esta parte del cuerpo; la varicela, por sus manchitas rojas, redondeadas que se transforman muy pronto en vesículas y vesicu-pústulas de forma oval.

P A L I D E Z

La palidez de la cara se observa en el síncope, en las afecciones de la aorta. Es resultado también de la anemia propiamente dicha, es decir, de la disminución del número de glóbulos rojos de la sangre. Muchas enfermedades crónicas motivan la anemia. Entre las enfermedades agudas, el reumatismo la produce con rapidez particular.

C I A N O S I S

Se entiende por cianosis, la coloración azulada de los tegumentos. Esta coloración se observa perfectamente en los labios, lengua,

párpados, alas de la nariz y al través de las uñas. Es uno de los principales síntomas de las afecciones del aparato circulatorio y respiratorio. La cianosis o tinte azul de los tegumentos y de las mucosas es el síntoma principal de la **Enfermedad Azul**.

El tinte violáceo puede limitarse a los pómulos y a la nariz cuando es debido a la dilatación varicosa de las pequeñas venas; este fenómeno se observa con alguna frecuencia en los Alcohólicos Crónicos y en la Cirrosis del Hígado.

TINTE ÍCIERICO

El tinte icterico, está caracterizado por la coloración **amarillo-verdosa**; se manifiesta, en los casos de débil intensidad, en la esclerótica y mucosa de la boca. Se explica por la absorción y penetración de los pigmentos biliares en la sangre que los deposita en las células epidérmicas. Las mucosas y todos los tejidos participan en este caso de la **Ictericia**, Esta coloración la observamos en las afecciones del hígado. No deba confundirse con el tinte amarillento que produce la atebrina.

LA CARA PUEDE DEFORMARSE POR CIERTAS ENFERMEDADES

En ella se pueden observar ciertos vicios de conformación, entre otros el labio leporino o fisuras verticales de los labios, principalmente en el labio superior, por fuera de la línea media, de un lado o de ambos lados. El edema produce en la cara el abotagamiento general, principalmente en los párpados, en donde el tejido conjuntivo es más laxo y permite la acumulación de la serosidad.

EXAMEN DE LA CABEZA

El cráneo tiene sus deformidades propias. Las fracturas pueden dejar, después de su curación, el hundimiento de la bóveda craneal. El cráneo se presenta aumentado de volumen en los casos de Hidrocefalia Las orejas aparecen frías, pálidas y azuladas durante el estadio del frío de las calenturas intermitentes, en algunas enfermedades del corazón, en la asfixia, y durante la **agonía**. Las sienas se encuentran hundidas en las enfermedades crónicas. La caída de los cabellos o alopecia, es sintomática unas veces de afecciones del cuero cabelludo, como las tinas, y en otras aparece durante la convalecencia de las afecciones febriles.

C U E L L O

En el cuello se pueden ver deformidades, inclinaciones viciosas producidas por Torticoles de diversas causas. La rigidez de la nuca es un signo importante del principio de la meningitis aguda;

se observa también en el tétanos. El grosor y la cortedad del cuello, el cual parece como introducido en el tórax, se observa en el Enfisema Pulmonar. La eminencia del cuerpo tiroides, simétrica o asimétrica, caracteriza los Bocios. Los ganglios del cuello son afectados frecuentemente por adenitis agudas o crónicas, que aumentan su volumen- la tuberculosis es una causa particularmente común de Adenitis Cervicales, las que a menudo supuran durante mucho tiempo y dejan cicatrices deprimidas y desagradables.

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Patología General, por el Dr. Landa Bacallao. Patología General, por el Dr. García Sola. **Patología** General, por el Dr. Achard. Diagnóstico Médico, por el Dr. H. Eichhorst. Aparato circulatorio, por el Dr. Pedro Cossio. Diccionario Médico, por el Dr. León Cardenal.



Dr. Selman A. Waksman, microbiólogo de 61 años de edad y descubridor de la estreptomina, un antibiótico que produce tratamiento para formas de meningitis, tularemia y otras enfermedades anteriormente consideradas como incurables. El Dr. Waksman es Profesor de Microbiología en la Universidad de Rutgers, una importante institución de estudios superiores de los Estados Unidos, situada en New Brunswick, en el Estado de New Jersey. Se graduó en Rutgers en 1915.

Las utilidades de la manufactura de la estreptomina están ayudando a financiar la construcción del Instituto de Microbiología de Rutgers en el campo de la Universidad. El Centro de Investigaciones del Virus, primera unidad del Instituto para ser terminada, fué dedicada recientemente. (USIS)

LA OMS PRESTA RAPIDO SOCORRO CONTRA LA PESTE A UN PUEBLO DE THAILANDIA

GINEBRA, agosto 18.—Cuando la peste amenazó hace poco a los habitantes de Korat, pueblo situado en la zona oriental de Thailandia, la Organización Mundial de la Salud prestó rápidos servicios de socorro, por producto de su grupo para el control de la malaria, el cual desenvuelve sus actividades en la sección norte del país, según informaciones de la OMS.

El entomólogo del grupo de la malaria que radica en Chieng-mai, fué encomendado para organizar el programa de medidas contra la peste, inclusive la inoculación de toda la población de Korat; arreglos para las notificaciones, segregaciones, diagnóstico y tratamiento de los casos; observación subsiguiente de contactos; uso de DDT contra las pulgas; observaciones sistemáticas de la evolución de la infección en las ratas portadoras de la peste.

Al expresar su agradecimiento por la ayuda prestada por el grupo de la OMS, el Director General de Salubridad de Thailandia informó que la población de Korat quedó tan bien impresionada con los beneficios de la aplicación del DDT en el control de mosquitos, pulgas y otros insectos caseros, hasta tal punto que contribuyó a la compra de DDT y aplicadores para ser usados en su propio pueblo.