

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña



Director

DR. ANTONIO VIDAL



Septiembre

y

Octubre

de

1 9 4 5

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDURENA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Vicente Mejía Colindres San José, Costa Rica
Dr. José María Ochoa Velásquez Comayagua
Dr. Oswald S. Lowsley New York

SOCIOS ACTIVOS EN TEGUCICALPA

Dr. Ramón Valladares Dr. Marcial Cáceres Vijil
Dr. Antonio Vidal Dr. Manuel Cáceres Vijil
Dr. Héctor Valenzuela Dr. Henry D. Guilbert
Dr. Trinidad E. Mendoza Dr. José R. Durón
Dr. Manuel Larios C. Dr. José María Sandoval h.
Dr. Manuel Castillo Barahona Dr. Martín A. Bulnes
Dr. José Manuel Dávila Dr. J. Gómez Márquez
Dr. Abelardo Pineda U. Dr. Carlos M. Gálvez
Dr. Isidoro Mejía h. Dr. Gustavo Adolfo Zuñida
Dr. Humberto Díaz Dr. Ramón Pereira
Dr. Roberto Gómez Rovelo Dr. Ramón Aleerro h.
Dr. Juan A. Mejía Dr. Armando Bardales
Dr. Juan Montoya

SOCIOS FUERA DE TEGUCICALPA

Dr. Guillermo Pineda Trinidad, Santa Bárbara
Dr. L. R. Fletcher. Quiriguá, Guatemala
Dr. Emilio Gómez Rovelo México
Dr. Roberto Lázarus Limón, Costa Rica
Dr. Salomón Paredes R. Trinidad, Santa Bárbara
Dr. Luis Munguía Costa Rica
Dr. Gabriel R. Aguñar Progreso
Dr. Eugenio Matute San Pedro Sula
Dr. José Mendoza. La Ceiba
Dr. Plutarco E. Castellanos Comayagua
Dr. Trinidad Boquín México
Dr. Juan Lara Puerto Cortés EE. UU.
Dr. Mario Díaz AA. Guatemala,
Dr. Raúl Enrique Zúñiga Tiquizate Santa Bárbara
Dr. Auge D. Vargas Dr. San José, Costa Rica. La
Gabriel Izaguirre Lima
Dr. Ramiro H. Lozano San Salvador
Dr. Blas Cantizano M.

SOCIOS

Dr. Rubén Andino Aguilar Dr.
Alfredo Sagastume Dr.
Francisco A. Matute Dr.
Lorenzo Cervantes pr. Marco
Antonio Rodríguez Dr.
Domingo Rosa Dr. Virgilio
Rodezno Dr. Juan Jesús
Casco Dr. Cornelio Moneada
Dr. Francisco Sánchez U. Dr.
Miguel Paz Baraño Dr.
Manuel L. Aguilar Dr. Marco
DeUo Morales Dr. Pastor
Gómez h. Dr. Salvador
Paredes

FALLECIDOS

Tegucigalpa
Tegucigalpa
La Ceiba La
Paz
Santa Rosa de Copaján
Ocotepeque
Ocotepeque
' Tela
San Pedro Sula
Tegucigalpa
San Pedro Sula
Choluteca
Tegucigalpa
Tegucigalpa
Tegucigalpa

SUMARIO

| | Pag. |
|---|-------------|
| Dr. Antonio Vidal. —Página de luto..... | 245 |
| Dr. Antonio Vidal. —La autopsia y el Diagnóstico | 247 |
| ¡Palabras del Dr. Humberto' Díaz B.—An tes de ser inhumado el cadáver -del Dr. Paredes | 251 |
| Frases del Dr. José Kamón Duron. —En el momento de inhumación de los restos del Dr. Paredes..... | 252 |
| Dr. Antonio Vidal. —Progresos de la medi cina durante los últimos veinticinco años '..... | 253 |
| Dr. Antonio Vidal. —Historias clínicas del Servicio de niños del Hospital General | 261 |
| Dr. Antonio Vidal. —Diversas notas sobre aedinos | 271 |
| Dr. Antonio Vidal. —Diversas notas sobre cutidnos | 286 |
| Notas..... | 286 |

Revista Médica Hondureña

OrganodelaAsociaciónMédicaHondureña

Director: DK.
ANTONIO VIDAL

Redactores:

DH. MANUEL CACERES VIJIL

DR. CARLOS M. GALVEZ

DR. JUANA. MEJIA

Secretario:

DR. HUMBERTO DÍAZ

Administrador:

DR. MARTIN A. BULNES B.

Año XV | Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A., Sep. y Octubre de 1945 1 No. 120

Editorial

La Autopsia y el Diagnóstico

Hace algún tiempo sostuvimos una discusión sobre el presente tema, con un distinguido colega, quien nos aseguraba que él hacía en su servicio de Cirugía 100% de diagnósticos ciertos. Nosotros sosteníamos la tesis que ni en los Estados Unidos con los mejores métodos de exploración se pueden obtener semejantes cifras, pues habíamos leído mucho al respecto, pero no teniendo datos concretos a la mano, para probar la verdad de nuestras palabras, dispusimos escribir a un amigo a Washington, solicitándole datos al respecto. Del trabajo que este amigo nos ha enviado extractamos las notas del presente Editorial, con las cuales contestamos a nuestro colega. Reconocemos que el diagnóstico quirúrgico es más fácil que el diagnóstico médico, pero aun así debe existir un regular margen de diagnósticos clínicos falsos. Lo que sucede es que a menudo nos ilusionamos y creemos hacer un diagnóstico clínico cierto, porque el enfermo se mejora o se cura con nuestro tratamiento, sin recordar que estos mismos resultados podrían haberse obtenido aun sin tratamiento alguno. Queda por saber qué tanto por ciento de diagnóstico falso nos corresponde, el cual debe ser conforme mi opinión de un 40 a un 50%.

Desde hace tiempo se ha hecho hincapié en la medicina en el hecho de que la victoria contra la enfermedad se fundará, en gran parte, en mejorar la exactitud del diagnóstico, en lo cual pueden ayudar considerablemente los datos aportados por la autopsia.

La importancia del asunto en relación con la enseñanza de la medicina fue recalcada en los estudios de hospitales que realizó el Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana, en 1913, 1915 y 1918. La primera **nómina** de principios esenciales del internado, publicada por dicho Consejo en 1919, ya exigía que hubiera en los hospitales medios

para autopsias y que los internos recibieran instrucciones en esa rama, bajo la dirección del patólogo del hospital. Después, el Consejo decidió que, a partir del 1° de enero de 1928, no aceptarían para el adiestramiento de internos, hospitales que no realizaran autopsias por lo menos en 10% de los fallecidos en la institución respectiva, estipulando que la proporción se elevaría a 15% el 1° de enero de 1929. El efecto de esa disposición se hizo sentir dentro de un poco, y para 1932, 93% de los hospitales aprobados ejecutaban más del 15% requerido, en comparación con 6.4% antes. El coeficiente siguió mejorando desde entonces hasta 1941, representando 38% en el quinquenio 1938-42. La guerra actual interrumpió la curva ascendente, de modo que en 1943, 100 y en 1944, 74 hospitales no pudieron cumplir el mínimo de 15%. Esa cifra, desde luego, es inferior a la que rige en muchas partes de Europa y varios de los principales hospitales de Estados Unidos, situados en los centros médicos más importantes, aún en 1944 verificaron de 70 a 95% de autopsias en sus casos. El adelanto logrado puede juzgarse por el hecho de que en la ciudad de Chicago, en 1943, en 65 hospitales con un total de 22.020 camas y con 20.864 defunciones, practicaron 5,984 autopsias. En ciertas instituciones particulares de Nueva Orleans las autopsias representan 60% de las muertes, pero las públicas no pueden mantener esas cifras y muchas veces en ellas la proporción no pasa de 5 a 6%.

Sin embargo, es un hecho general que todavía las autopsias se reservan para casos dudosos y muy difíciles, creyendo la mayoría de los médicos que esa clase de pesquisas es función de los hospitales universitarios que sólo vienen a constituir unos pocos centenares de entre los miles que hay en el país. El costo y trabajo también interviene no habiendo calculado hace un decenio el Director del Hospital de Mount Sinai, de Nueva York, que cada autopsia costaba \$ 92.40, sin contar el tiempo y esfuerzo de los individuos que intervenían para conseguir el permiso necesario y considerando que para ejecutarla debidamente se necesitaban unas 5 horas.

Una serie de estudios memorables acerca de las discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatómico fue publicada por Cabot de 1906 a 1915, mencionando acuerdo en 70% de los casos entre ambos, en una serie considerable de autopsias, subdividida así:

| | |
|-------------------------------|-------|
| Cabeza y cerebro | 70.0% |
| Pulmones y pleura | 55.3% |
| Hígado y aparato biliar | 29.5% |
| Corazón y pericardio | 55.1% |
| Aparato digestivo | 68.5% |
| Aparato urinario | 45.3% |

Wilson, en 1925, declaró: "El diagnóstico clínico en el cáncer **sólo** es certero en tres cuartas partes de los casos y en **la tuberculosis**

sis en menos de 50%, mientras que en las afecciones cardiovasculares el 68% actual es todavía muy superior a las cifras de 1915 en que menos de 40% eran diagnosticados acertadamente antes de la muerte".

Kartmer, Rothschild y Crump encontraron (1919) 8% de error en 600 casos. Hellwin, en 1935, encontró acuerdo entre el diagnóstico clínico y anatómico en 60.7% de 550 casos, subdivididos así:

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Cabeza y cerebro | 65.5% |
| Cuello | 41.7% |
| Tórax | 45.8% |
| Abdomen | 64.8% |
| Infecciones generales..... | 59.7% |
| Enfermedades constitucionales | 81.8% |

En una serie de 27 autopsias postoperatorias de Hellwig que correspondían a casos dudosos, la proporción de factores desconocidos fue mayor: 74.1%¹

Friedrichs, al repasar una considerable porción de protocolos de unas 1,350 autopsias, declaró que 'sólo se había verificado el diagnóstico clínico certero en 40% de los casos y parcialmente certero en 50%. Bean (1941) menciona que en 500 enfermos, el hospital encontró 18% de errores en el diagnóstico privado. Soper (1937), en los protocolos de 224 autopsias de los Angeles, observó que en 18 no coincidía el diagnóstico patológico con el clínico, y que había coincidencia exacta en menos del 60% de los casos. En lo que se refiere al diagnóstico previo de cáncer, son ya pocas las sorpresas que aportan el anfiteatro, aun cuando parece existir alguna discrepancia en cuanto a la localización exacta. Dorn y Horn (1941), analizaron 13,524 casos de cáncer, encontrando que en 84.5% el diagnóstico del médico correspondía con el del certificado de defunción. La mayor concordancia se observó en el cáncer del tubo digestivo, 92.6%, y la menor en los de la piel, 42.6%, cerebro 46.3% y huesos 51.5%. En 4.8% de los casos la causa de muerte no era cáncer y en 3.390 casos el examen histopatológico confirmó el diagnóstico. Lampert (1936-37) entre 309 autopsias de casos quirúrgicos en el Charity Hospital de Nueva Orleans, señaló que en 141 se había dado como causa previa de muerte, embolia, revelando la autopsia 119 estados cancerosos. (No deja de ser interesante señalar que en un hospital de Australia, Cleland (1942) en 2,500 casos, encontró: 1,697 (67.8%) correctamente diagnosticados antes de la muerte; 310 (12.4%) parcialmente correctos; 262 (14.6%) errores; y 131 (5.2% en que no se hizo diagnóstico o en que permaneció incierto aun después de la autopsia). En ciertas enfermedades específicas, dichas discrepancias arrojan este resultado: Tumores malignos, correctamente diagnosticados en 156 casos, más en 10 *en* que no se localizaron, exactamente, es decir, 86% en total; en 27(1%) de los 2,500 casos se encontró neoplasia sospechada anteriormente y en 22 se. sospechó o diagnosticó,

sin existir. **Infarto** cardíaco: diagnóstico exacto en 48 casos más dos rotulados "síncopa cardíaco congestivo", o sean 50 casos correctamente diagnosticados; 9 diagnosticados erróneamente; 9 no diagnosticados y entre 21 casos sin diagnóstico alguno, resultó 1 positivo. Excluyendo casos de afección coronaria asociada con trombosis, hubo 60 casos de infarto; en 48 (80%) el diagnóstico fue correcto.

Accidentes vasculocerebrales: 84 casos de hemorragia cerebral con diagnóstico correcto; en 4 presente, pero no diagnosticada; y 11 de diagnóstico erróneo. Se encontraron además 52 casos de reblandecimiento cerebral con diagnóstico correcto, 7 con diagnóstico erróneo y en 9 no existía diagnóstico previo. En resumen, de 2,500 autopsias, el diagnóstico previo había sido correcto en 67.8%; parcialmente correcto en 12.4%; equivocado en 14.6% y no se había hecho en 5.2%.

Los errores de diagnóstico constituyen un tema que ha recibido mucha atención en la literatura americana, y la cual, en años pasados, se le dedicaron libros en Alemania, como son los siguientes: Erb, K.: "Die rechtliche Bedeutung der Fehldiagnose", (Heidelber), 15 p., 8°, Kaiserslautern, 1935. Schwalbe, J.: "Irrtumer der allgemeinen Diagnostik und Therapie sowie deren Verhütung", Leipzig, Heft, 1 1923 "Diagnostische und Therapeutische Irrtumer und deren Verhütung" 5 tomos, -Leipzig, 1920-28

CON USTED LECTOR:

Le recomendamos con toda confianza, **que** consuma los bien reputados productos del

Laboratorio "IDEAL"

con su distintivo

"LA HERRADURA"



pues son de alta calidad, y sus efectos, para lo que están recomendados, efectivos.

Palabras del Dr. Humberto Díaz B. antes de ser inhumado el cadáver del Dr. Paredes

"Señores:

Desciende en estos momentos a la tumba, un Médico y Cirujano prominente y un ciudadano de esclarecidas virtudes. La sociedad de Tegucigalpa, y el país en general, han sido conmovidos dolorosamente el día de ayer, con la tuda noticia de su inesperado deceso.

Es costumbre muy arraigada entre nosotros, ante el desaparecimiento de la escena de la vida, de alguien con quien nos ligo el afecto, hacer de éste los panegíricos más injustos, puesto que se confeccionan a menudo a base de la ejecutoria y de los méritos puramente ficticios. Pero ante el cadáver de Salvador Paredes, nadie pecará de injusto, ni faltará jamás a la verdad—que él tanto amó—al afirmar que a su paso por la vida, dejó surcos profundos de bien en la conciencia de la sociedad en que le tocó actuar. Que su claro talento, su amor al estudio y su infatigable dinamismo le llevaron a ocupar un puesto brillante en la cirugía centroamericana. Que su actuación en la cátedra fue rico filón que aprovecharon muchas generaciones del estudiantado universitario hondureño al adentrarse por el camino de las disciplinas hipocraticas. Que fue un vigoroso propulsor del mejoramiento y del progreso; y que ejemplarizó, en fin, siempre y noblemente, a través de las diáfanas facetas de su vida ciudadana.

Graduado en la hermana República de El Salvador, en el año de 1921, efectuó después varios viajes de estudio a Europa y a los Estados Unidos, con lo cual consolidó, de un modo plausible, sus magnificas aptitudes para el ejercicio de la cirugía y de las labores docentes: acrecentando, además, el acervo de su cultura general, de la que cuidó siempre con esmero; porque Salvador Paredes fue un convencido de que sin ella, el médico tendrá que ser, indefectiblemente una personalidad aniquilada en el medio social en que se desenvuelva. Así, en los anaqueles de su biblioteca, figuran en profusión, al lado de las obras médicas, los libros plenos de humanismo, con los cuales los grandes pensadores han iluminado e iluminan el camino del mundo, y tienden a suavizar las asperezas que aún existen, desgraciadamente, en el ejercicio profesional. Su espíritu renovador le hizo presentir, sin duda alguna, el rumbo que en el mar social deberá seguir el médico del futuro.

Muere el Dr. Paredes en la plenitud de su vigor mental, cuando la ciencia hondureña y la sociedad en general esperaban aún mucho de él; y he allí una razón más para que su partida definitiva sea dolorosamente sentida. Una cruel enfermedad, de esas ante cuyo avance los recursos científicos no son sino un valldar deleznable, minó profundamente su salud, pera sin doblegar nunca su acerado espíritu; y así le vimos, ya en los días en que la muerte le hacía sus señas misteriosas, pronunciando un her-

Frases del Dr. José Ramón Durón en el momento de la inhumación de los restos del Dr. Paredes

Señores:

Víctima de la muerte ha desaparecido quien fuera Artífice de la Vida

El Dr. Salvador Paredes, Cirujano eminente, Médico humanitario y apóstol de su profesión, baja hoy al sepulcro cumpliendo la ineludible ley del Supremo Hacedor.

Fugaz fue su paso por el Mundo. Cruzó como un meteoro, dejando la estela luminosa de su obra.

El pueblo de Honduras está de duelo. Lloro y por mucho tiempo llorará la partida del Dr. Paredes, porque, al perderlo, se ha perdido uno de los profesionales más brillantes que ha tenido.

Su dinamismo hizo posible la realización de varias obras: "La Policlínica", "El Country Club", "Asociación Médica", y otras que fueron el resultado directo de su enorme espíritu de organizador.

El Dr. Paredes consagró los mejores años de su existencia al estudio y práctica de su profesión.

Con la eficiencia de los Santos—que todo lo dan sin pedir nada— sirvió diferentes cátedras en nuestra Escuela de Medicina, de donde —obra suya— egresaron muchos jóvenes que hoy honran al gremio y al país.

El Capítulo Hondureño del Colegio Internacional de Cirujanos, me ha encomendado el doloroso encargo de dar el último adiós al ilustre compañero y amigo.

Obediente: yo os digo: Víctima de la Muerte ha desaparecido quien fuera Artífice de la Vida

meso discurso con motivo de la colocación de la primera piedra del Hospital Materno—Infantil, que en esta capital construirá la "Asociación Médica Hondureña"; le vimos ejerciendo con entusiasmo su profesión y disertando brillantemente, en el Instituto Hondureño de Cultura Interamericana, sobre "El Progreso de la Cirugía". La intrusa, pues, para aniquilarlo, debió acertarle arteramente un solo golpe, rudo y definitivo.

Es en nombre de la "Asociación Médica Hondureña" y de la Facultad de Medicina, Cirugía y Dentistería, en despedida suprema, que mi palabra se eleva en este sagrado recinto y en este momento doloroso.

En las dos entidades mencionadas deja el Dr. Paredes un enorme vacío, muy difícil de llenar. Con la desaparición de hombres como él, se hace más tangible el serafico filosófico del bello pensamiento de John Donne, y que sirve de pórtico a ese libro admirable de Hemingway; por eso, desde ayer, yo no he mandado a preguntar "por quien doblan las campanas"; porque yo sé por quien doblan

Progreso de la medicina durante los últimos veinticinco años

—Por el Dr. Antonio Vidal

Preámbulo

Todo en este mundo pasa muy rápido, y 25 años son apenas unos segundos en la inmensidad del tiempo; sin embargo, de manera relativa, un cuarto de siglo es ya suficiente para que muchas cosas en Medicina hayan pasado al olvido o desaparecido en el torbellino incesante del progreso.

Pronto cumpliré 25 años de haber recibido mi diploma de Médico y Cirujano, para ser más exacto, el 9 de Noviembre de 1946. Me doy cuenta de que estoy envejeciendo, y que juntamente conmigo, están sometidos al mismo fenómeno, todos aquellos ilusionados compañeros que me acompañaron durante mis luchas de estudiante, y con los cuales compartí emociones, sinsabores y triunfos estudiantiles. Algunos de estos compañeros eran salvadoreños, otros nicaragüenses y algunos, mis compatriotas.

Creo que 25 años de lucha profesional me dan el derecho de echar un vistazo a lo que hice y pensé realizar, así como al progreso de la Ciencia Médica, tomando este vocablo en su más amplia acepción.

Mis estudios de Medicina los realicé en El Salvador, y fueron mis compañeros del último curso: Samuel Molina Gómez, Salvador Paredes P., Blas Cantisano, Carlos Llerena, Emigdio Mena, Germán Castillo, Rubén Alonso Rochí, David Luna, Joaquín Jule Gálvez, Ranulfo Castro y Guillermo Santos.

El tiempo de estudios se deslizó sin ningún contratiempo mayor, si se exceptúan dos pequeñas interrupciones debidas a los terremotos de 1917 y 1918, que asolaren San Salvador, destruyendo gran parte de dicha ciudad.

Mis queridos maestros supieron apreciarme, especialmente los doctores Luis V. Velasco, Tomás G. Palomo, Liberado Dávila y Salvador Peralta Lagos, para quienes guardo en lo más profundo de mi corazón, gratitud y cariño imperecederos, que sólo podrán desaparecer con mi propio ser. De estos ilustres maestros vive aún el Dr. Velasco, decano de maestros, clínico eminente y gloria de la ciencia médica salvadoreña, ante cuya sublime vejez me inclino respetuosamente. Los demás, ya desaparecieron, inclusive otros de mis Jefes de Servicio y Profesores, tales como los doctores Rafael Víctor Castro, alma generosa, mano tendida a todos los estudiantes pobres, Guillermo González, Max Olano y

las campanas: es por el gremio médico de Honduras, es por la sociedad en general, es por el país.

Maestro, compañero y amigo: "HASTA LUEGO"

Tegucigalpa, D. C, 27 de Septiembre de 1945.

Rafael Villacorta. Para todos ellos, materia transformada, polvo de eternidad, estas pocas frases de admiración sobre la lápida que guarda sus mortales despojos.

Ellos fueron grandes e insignes luchadores, recorrieron tierras lejanas, abrevaron su sed de saber en las luminarias de su tiempo: Pean, Guyon, Farabeuf, Potain, Charcot, Albarran, Pimard, Tarnier, Landouzy, Pamas, Morax, Dielafoy y Tilla u entre otros.

Así fue cómo nosotros recibimos al través de ellos, un resplandor de aquellos grandes maestros de Francia, cuyas figuras llenan un siglo de la Historia de la Medicina, y cuyos nombres pronunciados y citados por aquellos maestros salvadoreños, estremecían mi corazón con una emoción inefable.

Para todas estas altas cumbres que ya no existen, para aquellos hombres que debieron haber sido eternos y que también desaparecieron como simples mortales que eran, devorados por el tiempo que no perdona a nadie; para ellos también: Para Pean, gran señor de la Cirugía, creador de métodos nuevos y de instrumentos; para el orgulloso e inmenso Doyen, su antagonista y cuya gloria sobrepasó a la de Pean; para Dielafoy, clínico eminente, médico, literato y creador; y para todos los demás, figuras inmensas en la Medicina Universal, el homenaje de mi alma angustiada ante su grandeza.

Para Palomo, Velasco y Llerena, Médicos y Cirujanos cuyo altísimo concepto de la honradez profesional me ha guiado como un faro luminoso durante los 25 años de mi ejercicio profesional, también el Homenaje sincero de mi corazón.

Durante el tiempo a que me "refiero, he hecho cuanto me ha sido posible por superarme, no teniendo otro objeto más que ser honrado en mi profesión, y ejercerla como un sacerdocio, sin esperar otra recompensa que la satisfacción del deber cumplido. No he pensado en la riqueza ni en la gloria. ¿Cómo podría haber pensado en estos objetivos con tan pocas fuerzas? ¿Cómo podría haber realizado mis anhelos en un medio tan pequeño como este que el destino me deparó, y donde hasta cierto punto he luchado y vivido, lleno de ilusiones y optimismo, no obstante los golpes recibidos, los amigos indiferentes, la calumnia e incompreensión de los ineptos? Para todos aquellos que se opusieron torpemente a mis anhelos de superación para bien de mi patria, mi admonición y mi desprecio.

Un sino un tanto adverso ha querido también que en muchas ocasiones no me pueda dedicar a aquello para lo cual estaba preparado y que me parecía mi destino mejor, más en armonía con mi modo de ser, con mis facultades y con mis aspiraciones.

Desde estudiante amé y me hice el propósito de: dedicarme exclusivamente a estudios de Anatomía, Técnica Quirúrgica y Cirugía General, dedicando más horas y más práctica a estas disciplinas que a cualquiera otra de aquellas que abarcara nuestro plan de estudios. Frescas están en mi mente las largas horas dedicadas a la Anatomía con mi compañero Carlos Llerena, las de algunas prácticas de Técnica Quirúrgica con mi compatriota

Salvador Paredes. Estos compañeros y otros más como Jule Gálvez, Ranulfo Castro, deben recordar cuan apasionado y con cuanta dedicación me aplicaba a mis estudios profesionales. En el 2º año obtuve las notas más altas de la Escuela, juntamente con Carlos Llerena, con el cual me disputé la medalla de oro, premio que había sido creado para estos casos. Huelga decir en este lugar por qué circunstancias no me fue adjudicado dicho premio.

Mi práctica de Cirugía en el Hospital Rosales la hice en los Servicios de Cirugía de los doctores Guevara y Palomo, dedicando dos años a cada uno de dichos Servicios, lo que significa que hice cuatro años de práctica quirúrgica por dos años de práctica en medicina y otros servicios especiales.

Antes de seguir adelante, quiero hacer un breve recuerdo de mis compañeros. En primer lugar el compañero desaparecido, David Luna, espíritu sincero, alma candida y bondadosa que tuvo para mí una amistad desinteresada durante los fatigantes y pobres años de lucha que precedieron a la terminación de mis estudios.

Luego para mis compañeros en pleno triunfo: Dr. Carlos Llerena, con el cual sostuvimos el compañerismo y la más larga amistad. Con el Dr. Jule Gálvez, alma generosa, dispuesta siempre al servicio y a la bondad. Con el Dr. Alfredo Reina Guerra, el mejor y el más sincero de mis amigos. Con el Dr. Salvador Paredes, compatriota que ha logrado triunfar, haciendo que las circunstancias se adapten a él, lo cual constituye el mejor de mis elogios, y con el cual me ha ligado una larga amistad por la circunstancia de luchar ambos en el mismo medio y bajo las mismas circunstancias. Creo que nos hemos apreciado mutuamente, no obstante de haber disentido en muchas ocasiones por no estar nuestros puntos de vista en el mismo plano. Actualmente nuestra amistad boga en el esquivo de los años que nos acercan inevitablemente a lo desconocido, y por consiguiente, tiene ésta que ser más amable, más suave y más tolerante.

Finalmente, mis recuerdos de amistad sincera para los doctores Ranulfo Castro, Blas Cantisano, Germán Castillo, Rubén A. Rochi, Emigdio Mena, Pedro Menéndez, Salvador Aguilar y demás compañeros de Escuela.

He dicho ya bastante sobre mis primeros maestros en el arte de Esculapio, y deseo ahora referirme a mis otros maestros, a los de países y lenguas diferentes, cuya cultura ha influido tan poderosamente en la mía, y en mi vida, y cuya admiración perdurará en mi memoria durante lo poco o lo mucho que me reste de vida.

Como no puedo hablar en especial de cada uno de ellos, lo haré siquiera mencionando sus nombres en forma de lista, aunque hubiera sido mi deseo hacerlo extensamente.

En los Estados Unidos, frescos están los recuerdos de mis maestros de John Hopkins: Frost, Root, Hegner, Lewis, Stone, Holland, McCollun y otros más en diferentes lugares, como Kahn, Fark y Dochez, Carrel y los hermanos Mayo.

En Francia los Profesores y Jefes de Servicio Brumpt, Langeon, Neveu-Lemaire, Calmette, Gosset, Sergent, Marfan, Nobecourt, Ombredanne, Roussy, Legue, Lenormant, Faure, Duval, Achard, Leriche, Labbe, Lian, Gregoire, Chevasu, y Valery Radot. En España, Italia, Dinamarca y Suiza; Sadi de Buen, Gustavo Pitaluga, Gil Collado, Missiroli, Dicsaici, Madsen, Finsen y tantos otros que sería inútil mencionar.

Muchos de estos maestros traspasaron ya los umbrales de la eternidad, pero otros viven y siguen irradiando su luz y enseñando al que no sabe, como predicó Jesús, esperando aquella hora en que volverán convertidos en polvo luminoso al fondo de la nada.

Abandonada mi lucha en San Salvador a fines de 1924, cuando el triunfo comenzaba a sonreírme, me trasladé a mi país, ein donde mi labor se ha desarrollado de manera casi interrumpida y múltiple por más de 20 años.

En primer lugar, el resplandor de la Medicina Preventiva con sus grandes posibilidades, cegó mis ojos, apartándome del camino que me había trazado al principio. Me parecía más grande y humanitario luchar por la redención de un pueblo enfermo y miserable como el nuestro, salvando decenas de miles de mis conciudadanos con aquellas prácticas de que esta ciencia dispone, que salvar a unos cuantos millares de personas por medio de la Cirugía, verdaderamente en sus albores en este país. Así fue como me dediqué con todas las potencias de mi alma a estudios de Sanidad, en la Escuela de Higiene de John Hopkins University en Baltimore, Estados Unidos, gozando de una beca de la Institución Rockefeller, hasta obtener mi diploma de Doctor en Sanidad de dicha Universidad. Luego fui a perfeccionarme en los mismos asuntos a Francia, España, Italia, Suiza, Holanda y Dinamarca, esta vez gozando de otra beca del Comité de Higiene de la extinta Liga de las Naciones. Tanto durante mi estadía en los Esitados Unidos como en Europa, por mi propia cuenta, prolongué mi permanencia en aquellos países, para perfeccionarme en algunas materias de mi elección,

A mi regreso al país, durante algún tiempo me dediqué a Sanidad; desgraciadamente después de algunas extensas campañas sanitarias y trabajos sobre organización de Sanidad sobre más de 100.000 personas que fueron tratadas por uncinaria y paludismo, se presentaron circunstancias que vinieron a echar por tierra mis propósitos y mis deseos de colaborar en más amplia escala en Medicina Preventiva. De aquel tiempo son mis trabajos sobre Zancudos anofeles de Honduras, Historia de la Sanidad, Cartillas Sanitarias y varios artículos de Propaganda Sanitaria.

Habiendo terminado mis tareas en la Sanidad en 1932, tuve que adaptarme a las circunstancias, dedicando todos mis afanes al Servicio de Niños del Hospital General y a la Escuela de Medicina, donde me dediqué a la docencia. Ambos puestos he venido desempeñando desde entonces con ligeras interrupciones

En mi servicio, cuando la **intriga**, y la mala fe se han ensañado en mí. Durante más de **diez** años he luchado bravamente por abrirme campo en un medio tan estrecho, tan hostil, a veces apreciado y otras, incomprendido y hasta vilipendiado por aquellos a quienes generosamente ayudé a formarse, o a quienes brindé mis conocimientos o mi afecto.

Con los pocos elementos a mi alcance he logrado realizar mi pequeña obra en Pediatría y especialmente en Cirugía Infantil, la cual es mi afición hoy 'día, asignaturas que cursé en París bajo la dirección de los Profesores Nobecourt y Ombredanne. Así, pues, si me vi imposibilitado de dedicarme a la Cirugía General, como era mi deseo, lo hice a la Cirugía Infantil como una válvula de escape para mis anhelos y mis energías.

En los diez años que *llevo* en mi Servicio de Niños, he **visto** más de 10.000 enfermos, y he realizado más de 600 operaciones de Cirugía Infantil y Ortopedia; desgraciadamente el número de casos que se presentan es tan reducido que necesitaría vivir por lo menos 100 años más, para llegar a poder practicar unas 6.000 o más operacicaes, como hubiera deseado realizar.

Durante dos breves períodos en el Hospital General y durante todo el tiempo en mi práctica privada, me he dedicado a practicar análisis Clínicos de Laboratorio, no tanto por afición, sino para poder subsistir, habiendo realizado en conjunto, y personalmente, más de 30.000 de estos exámenes.

En la docencia tampoco he realizado una labor uniforme desde el principio, pues principié en 1924 en la Cátedra de Anatomía y Patología Externa, después en las de Fisiología, Química Biológica, Patología Tropical y Anatomía Patológica, para terminar actualmente en las de Bacteriología y Pediatría.

Algunas de estas cátedras las he desempeñado por disciplina y necesidad más que por afición.

De mi paso por la Química Biológica es mi libro titulado "Manual Técnico de Química-Clínica".

Tema

Después de tan largo preámbulo, que más parece una autobiografía, pasaré revista brevemente a los progresos realizados por la Medicina en. La más amplia acepción del vocablo, progresos que me ha sido dable contemplar durante los últimos 25 años.

En el campo de la Medicina me parece que el progreso ha sido más amplio y maravilloso que en el de la Cirugía, decide el progreso actual, según frase del Profesor argentino Osear Ivanesevich, es más aparente que real.

Cuando realicé mis estudios médicos era ya prácticas corrientes en el Hospital Rosales de San Salvador, los dos grandes pilares sobre los cuales se ha erigido el edificio de la Moderna Cirugía: es decir, la anestesia general y la antisepsia y asepsia, en otras palabras, Morton y Lister con sus dos fechas, 1846 y 1867, o sean 20 años entre los dos más grandes y revolucionarios descubrimientos que han beneficiado a la Cirugía de todos **los** tiempos.

Al final de mis estudios, (1921), eran ya bastante corrientes los guantes de hule estériles, los que al principio eran bastante escasos, sictido así como pude ayudar a operaciones sobre el abdomen con la simple antisepsia manual, rigurosamente practicada.

La anestesia ha progresado hoy día en cuanto a nuevos gases, como el ciclopropano, el bióxido de nitrógeno, el anhídrido de carbono y oxígeno, etc., y a nuevos aparatos para aplicarlos.

En cuanto a la anestesia local se usaba entonces la Cocaína, cantan lo ahora con mejores anestésicos locales tales como la novocaína, procaína, etc. En cuanto a la anestesia intraraquídea se practicaba escasamente, siendo hoy casi la preferida para Cirugía General- con anestésicos tan maravillosos como la pantocaína, piocaína, novocaína y meticaína. La anestesia intravenosa por Evipán Sódico es otro Me los grandes progresos alcanzados en este ramo así como la anestesia caudal continua. Estos progresos en Anestesia les fueron vedados a nuestros primeros maestros, los cuales conocieron nada más que el éter, el cloroformo, el cloretilo y la cocaína.

EN cuanto a los métodos de asepsia, siguen siendo sensiblemente iguales si exceptuamos mejor desinfección de hilos de sutura y uso ilimitado, de guantes de hule.

En cuanto a aparatos e instrumentos, todavía usamos muchos de aquellos ideados por Pean, Doyen, Dielafoy, y que los Cirujanos modernos han perfeccionado llamándolos pinzas de Halsted, mosquitos, etc., pero que en principio son los mismos, como a su vez aquellos cirujanos famosos no hicieron más que perfeccionar los instrumentos quirúrgicos usados por los antiguos egipcios, los griegos y los romanos.

En el campo de la Medicina, como antiinfecciosos generales, nosotros usábamos en aquel tiempo las sales coloidales de plata, es decir, el colargol y electrargol, la vacuna Propidón del Profesor Delbet, y posteriormente el carbón coloidal y el mercuriocromo intravenosamente.

En esta rama el progreso ha sido total, habiendo sido sustituidos todos estos remedios con la gama maravillosa de las Sulfas y con la eficaz y fantástica droga llamada Penicilina.

En el tratamiento de la Sífilis usábamos en aquel tiempo¹ el 606 y después el 911-, con bastantes precauciones, pero de lo que hacíamos derroche era del cianuro y biyoduro de mercurio, y aun del aceite gris, durando los tratamientos hasta 5 años, conforme lo aconsejaba Pournier. En 25 años el tratamiento de la Sífilis se ha modificado profundamente, pudiéndose curar hasta en pocos días por medio de la penicilina. El mercurio casi no se usa actualmente, habiéndolo sustituido el bismuto y arsenicales menos tóxicos, tales como el Mafarside, etc. Con este tratamiento combinado, el tiempo se ha reducido normalmente a 52 semanas y de manera intensiva a 6 semanas, conforme el método aconsejado por el Departamento de Sanidad Pública de los Estados Unidos.

Los aparatos de Rayos X, que nos fue dado a conocer en 1921, están hoy día muy perfeccionado, así como los nuevos aparatos

de Radioterapia profunda, que han venido a rivalizar con ventaja con el radium en el tratamiento de cánceres del cuello uterino. Hoy día casi no se operan los cánceres del cuello uterino como lo vi practicar tantas veces a mi maestro Palomo, para reproducirse desgraciadamente algunos meses después. Contamos también con técnicas mejores para vesícula biliar, pielografías y gastroscopias.

Los progresos en el Laboratorio han sido enormes. Nuevas y más simples técnicas serológicas, tales como la Reacción de Kahn, la de Muller, Eagle, Kline, etc., han venido a sustituir las complicadas técnicas de la vieja Reacción de Wasserman, que todavía se practica en algunos Laboratorios.

La química de la sangre ha realizado maravillosos progresos. La determinación de grupos sanguíneos se ha perfeccionado y numerosas otras técnicas como la eritr o sedimentación, Reacción de Welch-Stuart, etc., que sería prolijo enumerar.

La cardiología ha sufrido un gran avance con el empleo de la telerradiografía y el electrocardiógrafo como medios de diagnóstico.

La Psiquiatría y la Neurología son otras de las ciencias más progresivas de la época presente.

Pero la Medicina Preventiva es la maravilla de todas, pues hasta cierto punto haría innecesarios otros muchos métodos y prácticas médicas y quirúrgicas, realizando aquel apotegma de que la Medicina es la única profesión que lucha constantemente para destruirse.

Las Salas de Operaciones no son las mismas que antes, siendo hoy día más luminosas, más limpias, con aire acondicionado y con todas las innovaciones y confort que brinda el progreso incesante de la industria moderna.

En resumen, me permitiría asegurar que los grandes progresos de la Ciencia Médica que me ha sido dable presenciar, son los siguientes:

1. Diagnóstico más acertado gracias a una cooperación más amplia de los métodos de investigación modernos, especialmente Laboratorio y Rayos X.
2. Progresos en el pre y post-operatorio, gracias a la transfusión, sueros hipertónicos, pitresín, plasma para evitar el shock, la vado salino para evitar el estancamiento de líquidos en el intestino por medio del Wangesteen y los tubos de Miller-Abbot.
3. Mejores y más modernas salas de operaciones, provistas de todo lo que puede imaginarse en aparatos modernos de anestesia, instrumentos cromados o de acero inoxidable, transfusores, aire acondicionado, luz, etc.
4. Aparatos, reacciones y nuevas técnicas de Laboratorio más precisas y mejor interpretadas.
5. Interpretación más amplia de las enfermedades del metabolismo, tales como la diabetes, la obesidad, las insuficiencias de las glándulas internas, etc. Perfeccionamiento y uso corriente de aparatos para el metabolismo basal.
6. Grandes avances en ciertas especialidades como la Oftalmología con su trasplante de córneas, Cirugía Torácica con el neu-

motorax, toracoplastía, extirpación de pulmones, Cirugía Plástica con sus refacciones milagrosas en quemaduras, en defectos congénitos, etc. Neurocirugía con sus Bancos de nervios, lobotomías, pneumoencefalogramas, etc. Psiquiatría con sus choques eléctricos y medicamentosos.

7. El Medicina general son dignos de mención los adelantos de las Sulfas, Penicilina, Vitaminas, Hormonas, Extracto Hepático, Globulinas, Fibrinas, plasma, transfusiones, Epamin y clorhidrato de ácido glutámico en el tratamiento de la epilepsia, Bancos de Sangre y Plasma, transfusiones de sangre de cadáveres, vacunas y sinnúmero de grandes descubrimientos que se bosquejan para el futuro, tales como las experiencias actualmente en marcha para descubrir una nueva vacuna para la tuberculosis, suero para el cáncer y drogas para curar estas mismas enfermedades, las nuevas ideas que tienden a demostrar según experiencias realizadas en el Instituto Rockefeller de New York, que los virus en realidad son moléculas gigantes de proteínas que se producen y alimentan como parásitos. Y por último, quizá en el futuro la aplicación de la energía atómica al tratamiento de diversas enfermedades.

Excitativa

Muy gentilmente excito a mis compañeros del último curso de Medicina de la Universidad de El Salvador del año 1921, a reunirse en esta ciudad, en San Salvador o en cualquiera otra ciudad de Centro América, para celebrar nuestros veinticinco años de vida profesional a fines de 1946 o a principios de 1947. Me permito recordarles a todos los compañeros, lo breve de la vida y que dentro de meses, años, a lo más dos décadas para los más afortunados, muchos de nosotros habremos desaparecido, siendo ésta una oportunidad magnífica y única, pues las bodas de oro de los 50 años dudo que puedan celebrarla dos o tres de nosotros.

Es necesario que nos reunamos para contarnos lo que hemos hecho y lo que pensamos aún realizar, y para recordar, sobre todo, aquellos alegres y felices días de estudiantes, en que la amistad era una flor sincera, el compañerismo y cooperación entre todos algo necesario, tangible y cierto.

Tegucigalpa, D. C, Septiembre. 1945

Nota: El presente artículo fue escrito antes de la muerte del compañero Paredes, y no he querido modificarlo, dejándolo tal como él lo hubiese leído.

Historias clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

—Por el Dr. Antonio 6D Vidal -

Meningitis aguda a neumococos, curada por Penicilina intrarraquídea

Miguel Ángel Rodríguez, de 9 años, ingresó al Servicio de Niños el 12 de febrero de 1945.

Anamnesia Próxima: Refiere la madre del niño que la enfermedad se inició a fines del mes de enero pasado, por fiebres bruscas precedidas de escalofríos y acompañadas de violenta cefalalgia, náuseas, malestar general e inapetencia, terminando todo por escasa diaforesis. Por espacio de quince días estas fiebres se presentaron con un día de intervalo, acusando idéntico cuadro sintomático y habiendo sido tratadas con tabletas de metoquina en número de tres diarias durante una semana. El 4 de febrero, de una manera brusca y a continuación de una copiosa comida, se le instaló fuerte elevación térmica, que a partir de entonces observó un carácter continuo, acompañándose de intensa cefalalgia de carácter permanente, vómitos acuosos abundantes y repetidos, al propio tiempo que el estado general se volvía sumamente grave. Después de un período de delirio de acción, y de palabra, que duró dos días, todo el cuerpo del niño se encogió, tomando una posición en gatillo de escopeta, entrando finalmente en un período de inconsciencia que apenas le permitía moverse y articular palabra, asegurando también la madre del enfermo que cualquier movimiento, y a veces un simple contacto, lo hacía dar gritos de dolor. En estas condiciones fue trasladado al Servicio de Niños del Hospital General.

Anamnesia Lejana. Niño nacido a término, de padres sanos, de edad media, sin malformaciones. Parto normal. Peso aproximado al nacer 6 libras. Fué alimentado al seno materno hasta los diez meses. Ha padecido de sarampión, viruela, parotiditis, disentería amibiana y fiebres de carácter palúdico.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. Sus padres viven y son sanos. Solamente tiene un hermano de trece' meses de edad y es sano. La madre **no** ha tenido abortos.

Funciones orgánicas generales: Apetito nulo; sed escasa; sueño caprichoso; evacuaciones normales. Aparato respiratorio, circulatorio y digestivo, normales. Temperatura oscilando entre 38 y 40" C.

Estado presente. Niño de talla regular, con arquitectura ósea normal, musculatura y panículo adiposo regularmente desarrollados y distribuidos; actitud en gatillo de escopeta; sensorio y psiquismo embotado; piel morena pálida y seca. Llama la atención el estado general grave.

Sistema nervioso: Actitud en gatillo de fusil. Contractura de la nuca. Hay Kernig y Bruwinsky bien marcados. Masas musculares dolorosas. Motilidad activa disminuida. Reflejos tendinosos exagerados, con evidentes signos de piramidalismo, tales como clonus de la rótula y del pie, fácilmente comprobables. Reflejos cutáneos normales. Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa conservadas y un poco exagerada esta última. Estación de pie y marcha imposibles. Pupilas dilatadas.

Exámenes complementarios: Orina: Densidad 1015, ácida, ligeras trazas de albúmina, células epiteliales y leucocitos, células de pus, hematíes y bacterias. Heces: Tricomonas. Recuento G. R. 3.850.000, G. B. 22.500; Neutrófilos 80%, E—1%, L—15%, G.M. 4%.

Líquido cefalorraquídeo: Aspecto purulento, fibrinoso. Al examen bacteriológico abundantes neumococos.

Diagnóstico: Meningitis aguda a neumococos, forma grave

Tratamiento: 700.000 unidades de penicilina, de las cuales 500.000 fueron inyectadas intrarraquídeamente a razón de 20 a 40.000 unidades diarias, según las fluctuaciones de la temperatura y las alternativas de mejoría y agravación de síntomas obtenido en el curso de la enfermedad. Se le practicaban dos inyecciones diarias, mañana y tarde, retirando la misma cantidad de líquido purulento que la cantidad de penicilina inyectada. Algunos días se inyectaron de 15 a 25.000 unidades intramuscularmente. Al cabo de diez días de tratamiento la enfermedad empezó a ceder, el líquido cefalorraquídeo se volvió claro, la temperatura bajo a lo normal, y todos los demás síntomas desaparecieron. Al cabo de un mes se le dio el alta completamente curado.

Comentarios

1°—Las meningitis agudas a neumococos han sido hasta el presente las meningitis más difíciles de tratar con éxito.

2°—La mortalidad señalada por los autores han variado del 56 al 90%, dependiendo naturalmente del tipo y tratamiento recibidos.

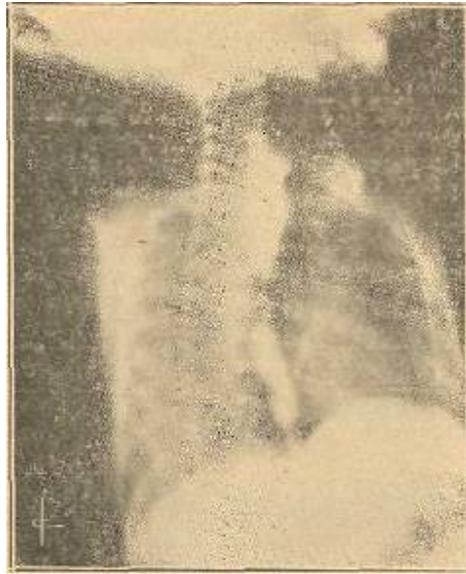
3°—La penicilina ha sido empleada en el extranjero en casos similares a razón de 5 a 10.000 unidades mañana y tarde intrarraquídea. Esta dosis nos resultó a nosotros inadecuada, por lo cual tuvimos que usar de 20 a 40.000 unidades por día.

4°—No fue necesario usar sulfas, ni ninguna otra droga.

II

Estenosis Esofágica por ingestión de cáustico.

Wilfredo Carranza, de 20 meses, nacido en San Pedro Sula, vecindado en Comayagüela, ingresó al Servicio de Niños el 10 de Julio del corriente año.



Radiografía que muestra las estenosis -esofágicas mencionadas en la presente observación.

Historia clínica. El 29 de enero de 1945 ingresó en una Casa de Salud, padeciendo de sarampión, en la convalecencia del mismo observaron que presentaba una disfagia; ligera para los sólidos, la cual mejoró con la belladona. Fue dado de alta el 31 del mismo mes. Reingresó el 29 de mayo con una disfagia total, tanto para sólidos como para líquidos; se averiguó entonces por una tía del paciente, que en casa de ella y en el mes de enero, ingirió una pajuela de soda cáustica que encentró en el suelo. A los Rayos X se descubrió una estrechez esofágica, por la cual se le practicó una gastrostomía, el 4 de junio, dejándole una sonda para alimentarlo; fue reclamado por su madre el 9 del mismo mes, se le entregó y se le dieron las indicaciones del caso para sus cuidados y alimentación. El 4 de julio volvió al mismo centro, quejándose la madre de que su hijo comía toda clase de alimentos, pero que éstos volvían a salir por el agujero de la gastrostomía, que se presentaba entonces sin sonda y de un tamaño aproximado al de un lempira; se le hizo entonces una gastrorrafia, el mismo día, no siendo posible observarlo ulteriormente porque la madre volvió a llevarselo al día siguiente; el 6 del mismo mes de julio ingresó a la 2^a S. de M. de este Hospital General, con un cuadro claro de bronquitis aguda

y con una fístula gástrica por esfacelo de la operación recién practicada; a pesar de su estado general tan desfavorable, se le hizo nuevamente una gastrografía por planos, que posiblemente por las condiciones especiales del paciente dejó una fístula gástrica del tamaño de un centavo. El 10 de este mismo mes ingresó al Servicio de Niños de este mismo Hospital, en pésimas condiciones, con una marcadísima desnutrición, una muy avanzada distrofia y su bronquitis en regresión. Pudo observarse disfagia para los sólidos. Se inició entonces un tratamiento reconstituyente energético, pero a pesar de todo, su estado general empeoró, y su desnutrición avanzó tanto, que desapareció hasta la bolsa adiposa de Bichat, y el enfermito presentó la característica "cara de viejo" de la atrofia. La fístula gástrica curó.

La radiografía, tomada con comida baritada como medio de contraste, permitió encontrar una marcada estenosis (no total) a nivel del estrechamiento ártico-bronquial, de 3 centímetros de longitud, y otra en la proximidad del cardias, mucho más pequeña.

Se intentó hacer pasar una sonda de hule de 5 mm. de diámetro, pero fue de todo punto imposible, además, el grave estado general del paciente, no permitió intentar ninguna otra intervención; la distrofia continuó avanzando. El 15 de agosto fue reclamado por su madre, saliendo en este estado de suma gravedad. Investigaciones hechas más tarde nos revelaron que el niño falleció algunas horas después de su salida de este Centro.

Comentarios

1°—El niño llegó a nuestro Servicio en estado de completa inanición y con su fístula gástrica cerrada recientemente por aquellos que le practicaron su gastrostomía.

2°—Creo que la gastrostomía en este caso tenía dos objetos: 1. Alimentar al niño, y 2. Practicar dilataciones esofágicas por vía retrógrada con sondas de hule, para lo cual hubiera sido necesario pasar, un cordón insinuándolo al través del esófago y dejarlo en permanencia, para guiar por este medio las sondas dilatadoras, que bien pudieron haber sido simples sondas de hule, pues la dilatación por vía bucal, como nosotros la intentamos, es muy difícil y requiere entrenamiento especial, equipos apropiado de esófagos copio y dilatadores, y aun así es fácil producir perforaciones del esófago, al mediastino y a los pulmones.

3°—El método de dilatación retrógrada es el que mejores resultados ha dado en, el tratamiento de 6 casos similares al que ahora presento y que fueron tratados adecuadamente en el Hospital Infantil de México durante el año de 1944, y cuyo relato lo hace el Dr. Eduardo Echeverría, en, el Boletín N° 1, Vol. % órgano de publicación de dicho Hospital.

4^U—Creo que fue un error haber cerrado la fístula gástrica antes de haber estado seguros de que se habían obtenido los resultados que se buscaron al practicarla.

—ni—

Pneumonía tuberculosa curada

Doris Andino, de 5 años, nacida en El Hatillo. Ingresó el 27 de diciembre de 1944.

Anamnesia Próxima: Refiere la madre de la niña que su enfermedad se le inició hace dos meses, por tos seca al principio, acompañada de fiebres cotidianas intermitentes. Al cabo de unos diez días la tos tomó un carácter convulsivo, presentándose en forma de accesos más frecuentes durante la noche y que se repetían cada dos horas aproximadamente y se acompañaban de lípido inspira torio, terminando el acceso por fuertes espiraciones que en no pocas ocasiones se acompañaban de vómitos alimenticios. Paso a paso sus trastornos fueron aumentando hasta el día de su ingreso en este centro,

Anamnesia Lejana: Niña nacida después de nueve meses de gestación, hija de padres sanos y de edad media, sin malformaciones. Parto normal, destete a los diez meses, En esta misma ocasión dio los primeros pasos.

Ha padecido de frecuentes y repetidos catarros nasales acompañados de tos seca. A los diez meses proceso flegmático agudo en el tercio medio de la pierna izquierda que se abrió espontáneamente dando salida a un pus cremoso, espeso y amarillento.

Antecedentes colaterales: Su madre ha estado embarazada cuatro veces del último de los cuales es Doris. No ha tenido abortos y ha sido relativamente sana. Ignora condiciones de salud de su padre.

Funciones Orgánicas Generales: Apetito y sed escasos; sueño caprichoso, evacuaciones normales. Aparato respiratorio lo apuntado. Circulatorio, Digestivo, Nervioso y Organos de los sentidos, normales.

Estado presente: Niña de talla regular, con arquitectura ósea, musculatura y panículo adiposo regularmente desarrollados y distribuidos; piel blanca pálida y seca.

Curso y Evolución.—A su ingreso se hizo diagnóstico de tosferina y fue tratada como tal con poción antiespasmódica y Vacuna Pertusis. A los seis días brote febril precedido de catarro óculonasobucal y tos con escasa expectoración, seguido todo de aparición de una erupción de pequeñas máculas rojizas, particularmente distribuidas en la cara y tórax. Se hace diagnóstico de Sarampión y se trata. Estando en pleno período de descamación se instala diarrea intensa con estado general grave y fuerte elevación térmica y a la auscultación pulmonar se encuentran varios focos de bronconeumonía. Se instituye el tratamiento debido y a pesar de esto, al cabo de quince días se encontró un foco claro de

neumonía en el pulmón derecho, con todos los signos clásicos, como ser estertores crepitantes, soplo tubario, macidez, etc. Se insiste en el tratamiento sulfanilamídico, y al catx de quince días mejora el estado general, desaparece el estado febril y diarréico y la enferma entra en un período de franca convalecencia. Al hacer un nuevo estudio del estado del parénquima pulmonar, se encuentran estertores y roces pleurales bilaterales acompañados de fiebres moderadas vespertinas y tos con escasa expectoración que hacen sospechar un proceso tuberculoso, el cual fue comprobado por los Rayos X, instituyéndose a partir de entonces un tratamiento a base de calcio. Gaduzán, aceite de hígado de bacalao, etc. con' el cual se obtuvo la curación de la neumonía tuberculosa.

Rayos X. —Infiltración parte media del campo pulmonar derecho. Infiltración perihiliar y del campo infraclavicular izquierdo de tipo bronconeumónico. Sombra de densidad mediana que prolonga la punta del corazón sin llegar a la periferia de tipo neumónico.

Tratamiento.—Gaduzán, calcio, aceite de hígado de bacalao, alimentación especial, extracto de hígado y vitamina C.

Salió curada el 12 de marzo de 1945.

Disentería Amibiana?

«GARCOL» le ofrece el producto de largas investigaciones farmacológicas: la **Casta margina**.

Posee la acción específica destructiva para la amiba disentérica y está exenta de toxicidad, lo que la convierte en un agente terapéutico superior, que no se acumula ni irrita.

CASTAMARGINA "GARCOL"

Frascos de 12 y 50 c. c. (con gotero) Cajas de 10 y 100 ampolletas para uso hipodérmico

Laboratorio Químico Central, S. A. —México, D. F.

Muestras y literatura a la orden de los señores médicos.

RIVERA & COMPAÑÍA

Tegucigalpa D. C.
Apartado 27

San Pedro Sula.
Apartado 84

—IV—

Diabetes Insípida

Julia Flores, de 5 años, nacida en Sulaco, Depto. de Yoro, procedente de este Distrito Central, ingresa a la Sala de Niños del Hospital General el 12 de abril de 1945 a curarse de sed insaciable y deseos frecuentes de orinar.

A. Próxima.—Refiere la encargada de la niña que su enfermedad data desde hace más de 6 meses, iniciándosele por anorexia, a la vez que sentía deseos frecuentes de tomar agua, al mismo tiempo que sus micciones se hacen más a menudo; poco tiempo después le aparecen náuseas, acompañadas de dolor sobre el epigastrio, presentándose con más insistencia en las primeras horas de la mañana; las evacuaciones en un principio se hacían cada 3 o 4 días, y últimamente era necesario laxantes para tener al corriente el intestino; por las noches diaforesis abundantes.—A medida que el curso, de la enfermedad progresa, el síntoma polidipsia se acentúa y las micciones se hacen cada vez más abundantes y más frecuentes.—Tratamiento que, ha tenido durante su enfermedad, ninguno.—En resumen, ingresa la paciente por polidipsia y poliuria. La cantidad de orinal oscila entre 3 a 4 litros por día.

A. Lejana.—Hace dos años, sarampión, poco tiempo después coqueluche; amigdalitis agudas frecuentes.

Funciones orgánica® generales: Anorexia, polidipsia, in-somnio, estreñimiento pertinaz; aparato digestivo: náuseas, gas-tralgias; respiratorio, nervioso y órganos de los sentidos normales; urinario: poliuria.

Género de vida: regular.

Anamnesia familiar: Por estar en poder del Asilo Santa Te-resita, la encargada de la paciente no da ningún, dato al respecto—**Estado presente:** Talla regular, arquitectura ósea bien constituida, tejido muscular y panículo adiposo regularmente repartido, piel blanca marmórea, seca, actitud a voluntad.

Examen de Aparatos: Respiratorio, Normal, Circulatorio: ruidos cardíacos normales, pulso 100 por minuto regular y rítmico; Digestivo: faltan algunas piezas dentarias, mucosas pálidas, amígdalas congestionadas; Urinario: Normal, Sistema nervioso: Normal, Sistema ganglionar: inguinales bilaterales y submaxilares.

Exámenes del Laboratorio: Heces: positivo por quistes de histolítica y tricomonas; Sangre Kahn: 0; Rojos 2.780.000, Blancos: 23.350, N. 70%—E O—L 24%—G M—6% B 0, Hemoglobina 60% Hematozoario: 0; Orina: amarilla clara, olor suigéneris, sedimentos: 0, reacción acida, Densidad 1003, glucosa: 0, albúmina: 0, fosfatos, sangre, oculta, y pigmentos biliares: 0, microscópico 0. Diagnóstico: **DIABETES INSÍPIDA**

— V —

Mielorradiculitis tipo Guillian-Barré i

Juan Guillermo Mémbreño, de 9 años de edad, nacido en Joacaytique (Rep. de El Salvador) y avecindado en Choluteca, regresó el 22, de mayo de 1945 a curarse de parálisis.

Anamnesia Próxima. En el mes de enero de 1945-, bronquitis y afonía, **curando** con medicamentos caseros; pocos días después, inflamación de la región lateral del cuello a ambos lados. En marzo del cuarenta y cinco, inflamación de las extremidades inferiores y temperatura, lo que le obligó guardar **cama**. Algunos días después de la aparición de estos síntomas, las extremidades superiores e inferiores se le adelgazaron considerablemente, no pudiendo levantarse; los movimientos activos disminuyeron, al grado de impedirle el desplazamiento del cuerpo en cualquier dirección. Como tratamiento: poción expectorante para la bronquitis.

Anamnesia Lejana. No da historia de haber padecido en fermedad alguna. En los meses que precedieron a la enfermedad, cierto cansancio en verificar las tareas que le estaban encomendadas.

Anamnesia Familiar. La madre murió tres días después de un parto prematuro de ocho meses. Un mes antes de ocurrir el parto y a consecuencia de un enfriamiento, le apareció afonía, tos y dificultad para deglutir los sólidos, alimentándose únicamente con líquidos; **según** expresión, el enfermo sentía una herida en la garganta. El padre fue alcohólico, muriendo accidentalmente.

Funciones Orgánicas Generales. Anorexia, polidipsia, sueño tranquilo, evacuaciones **cada** 24 horas; **micciones** normales.

Parte Especial. Niño de talla mediana, panículo adiposo nulo, piel moreno pálida, no hay edemas; presenta tres escaras por decúbito, localizadas, una en la región glútea y las otras dos en las crestas ilíacas. Actitud del cuerpo, decúbito dorsal forzado, Atrofias musculares era. los miembros superiores, inferiores, músculos intercostales y de los canales vertebrales.

Género de vida. Escaso, alimentación deficiente y sometido a trabajos impropios de su edad, tales como acarreo de agua, etc.

Examen de Aparatos. **Aparato digestivo:** boca con dentadura incompleta y en pésimo estado, hubo necesidad de extraerle algunas piezas cariadas, el resto normal. Hígado y bazo, normales. **Aparato respiratorio:** tórax adelgazado, notándose la impresión de las costillas y el esternón. Tipo respiratorio tóraco-abdominal, con una frecuencia de 26 respiraciones por minuto. Percusión, ligera, macices en ambos vértices. Auscultación: respiración ruda; algunos estertores gruesos en ambos campos pulmonares. Circulatorio: punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo, por fuera y debajo de la tetilla. Ruidos cardíacos normales. Pulso **pequeño regular, con una frecuencia de, 120 pulsaciones por minuto.**

Examen del Sistema Nervioso. Inspección: atrofas musculares de los miembros superiores, tórax, columna vertebral, cadera y miembros inferiores. Escara sacra e ilíaca, consecutivas al decúbito. Palpación: se comprueban los datos suministrados por la inspección; los músculos anteriormente citados están nacidos, blandos, como de trapo. **Trastorno de la motilidad: motilidad activa:** dificultad de los movimientos de lateralidad de la mandíbula inferior, conservándose el de descenso. La lengua conserva su movilidad normal. Dificultad en la articulación de las palabras; la voz es apagada. Los movimientos activos de todas las articulaciones están ■disminuidos, sobre todo en la mitad derecha del cuerpo. Hay rigidez de los músculos de la columna vertebral, que se encuentra como envarada, lo mismo sucede con los de la nuca, impidiendo todos los movimientos de la cabeza. Incoordinación en los movimientos de los miembros superiores, más marcada en el lado derecho. En los miembros inferiores, dificultad para los movimientos de flexión de la pierna sobre el muslo y éste sobre la pelvis. En el lado derecho estos movimientos son imposibles. La marcha es imposible. **Motilidad Pasiva:** limitación de los movimientos pasivos y resistencia para lograrlo. La ejecución de estos movimientos produce dolor al enfermo. **Trastornos de la sensibilidad:** la sensibilidad al tacto está abolida en los miembros inferiores y mitad distal de los superiores; en el resto del cuerpo, disminuida. La sensibilidad dolorosa está disminuida en todo el cuerpo. **Reflejos:** cutáneos; Babinsky, abolido en ambos miembros; cremasterianos, exagerados, abdominales, abolidos. **Tendinosos:** rotulianos exagerados, los demás abolidos.

Al ingresar a este centro, se pensó en unas meningitis debido al aspecto envarado que presentaba el enfermo; practicada la punción lumbar y el examen del líquido cefalorraquídeo, éste resultó normal por lo cual se descartó dicha afección. Después, y debido a las atrofas musculares se pensó en una poliomielitis anterior aguda. Llamando a consulta al especialista en enfermedades nerviosas, concluyó en, que se trataba de una mielorradiculitis o Síndrome de Guillian-Barre, dependiente de una polineuritis. Como tratamiento: complejo vitamínico B; alimentación nutritiva y suficiente, corrientes galvánicas para las atrofas musculares y entablillamiento de ambos miembros para prevenir el equinismo que ya comienza a marcarse.

El pronóstico de la mielorradiculitis es benigno, con el tratamiento adecuado mejora el estado general. Las corrientes eléctricas regeneran los músculos atrofiados y, en fin, todos los síntomas mejoran.

En el presente caso, se observó gran mejoría al principio, pero más tarde el enfermo sucumbió por infección grave de las escaras.

Diversas Notas Sobre Andinos

Por el Dr. Antonio Vidal.

Especies de *Aedes* encontrado,* en Centro América y Panamá y **que** bien pueden encontrarse en Honduras

- 1 *Aedes fulvus*
- 2 *Aedes nubilus*
- 3 *Aedes serratus*
- 4 *Aedes hastatus*
- 5 *Aedes augustivittatus*
- 6 *Aedes Euplocanus*
- 7 *Aedes taeniorhynchus*
- 8 *Aedes lithoeetor*
- 9 *Aedes perinharis*
- 10 *Aedes thornstoni*
- 11 *Aedes mediovitatus*
- 12 *Aedes quadrivittatus*
- 13 *AedesJ egypti*

En Honduras han podido ser identificados solamente:

- 1 *Aedes egypti*
- 2 *Aedes augustivittatus*

BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ESPECIES ENCONTRADAS EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

Aedes fulvus, Wiedemann?

1º Descripción de la hembra adulta

Trompa moderada, palpo un cuarto tan largo como ella, ambos de color amarillo naranja; occipucio y lóbulos protorácicos, ce si pequeñas escamas amarillas. Mesonótum con la mitad anterior amarillo, la mitad posterior oscura, algunas veces confinada a dos lunares posteriores, pero lo negro puede ser más extenso; escamas muy finas, amarillas en los lugares amarillos, oscuras o ausentes en las áreas blancuzcas; pleura y coxa amarilla, más o menos manchada de negro, las escamas finas, con colores e inconspicuas. Abdomen amarillo en el integumento, segmentos con lunares triangulares **apicales** negruzcos. Patas amarillas; extremo del fémur, tibia y todas las articulaciones tarsales negras. Alas amarillas a lo largo del borde costal, la costa y la primera vena con escamas amarillas cerca del ápice, otras escamas oscuras, todas angostas.

2º Descripción de la larva:

Cabeza redonda, los lados combados. Antenas pequeñas, **delgadas, con un mechón en la parte media. Pelo superior de la**

cabeza sencillo, el inferior doble, penacho ante-antenal múltiple. Peine lateral con 8 segmentos como con 30 escamas en una mancha triangular. Tubo aéreo dos y media veces tan largo como ancho, el peine alcanza más allá del medio con diente desprendida exteriormente, excediendo mucho al mechón grande y múltiple. Segmento anal anillado por la placa, la brocha ventral posterior. El mechón dorsal tiene un pelo largo y una brocha grande sobre cada lado. Agallas anales **más** largas que el segmento, puntudas. Este *Aedes* ha sido encontrado en Guatemala y Nicaragua. **Por qué no en Honduras?**

2° *AEDES NUBILUS*, THEOBALD

Ha sido encontrado en Antillas, Panamá, Costa Rica y Nicaragua.

1° Descripción de la hembra adulta

Trompa moderada, castaño oscuro. Occipucio y lóbulos protorácicos con escamas castaño oscuras. Mesonótum castaño oscuro; pleura y coxa con cerdas pálidas. Abdomen oscuro arriba, con segmentos laterales triangulares con manchas blancas; vientre blancuzco, un poco teñido con negro en los ápices de los segmentos. Patas con reflejo de latón. Alas con escamas angostas y oscuras.

2° Descripción de la larva *

Cabeza redondeada, antena pequeña con un mechón en el medio. Pelos de la cabeza sencillos, penacho ante-antenal de cinco. Peine lateral del octavo segmento como con nueve escamas en una línea recta. Tubos aéreos cortos, dos veces más largos que anchos; peine llegando hasta la parte media, seguido de cerca por un mechón múltiple. Segmento anal anillado por la placa, la brocha ventral posterior; pelo lateral dorsal sencillo. Agallas anales tres veces tan largas como el segmento, aguzadas y delgadas, el par superior más largo.

3° *AEDES SERRATOS*, THEOBALD

1° Descripción de la hembra adulta:

Trompa moderada, castaño oscura. Occipucio y lóbulos protorácicos con escamas castaño oscuras, el fémur con escamas centrales plateadas. Mesonótum castaño, con una línea recta media de color plateado; pleura y coxa con cerdas pálidas. Abdomen negro arriba, con manchas blancas triangulares en los segmentos basales laterales; vientre blancuzco, los segmentos, estrechamente oscuros en las puntas. Patas negras con reflejos de bronce. Alas con escamas angostas, oscuras.

2ª Descripción de la larva:

Cabeza redondeada, lados protuberantes; pelos de la cabeza sencillos, mechón ante-antenal múltiple. Antena moderada, delgada.

con espinas esparcidas. Peine lateral en el octavo segmento de diez o doce escamas en línea recta. Tubo aéreo, dos y media veces tan largo como ancho, el peine alcanzando el medio, seguido de cerca por un mechón múltiple. Segmento anal más largo que ancho, circundado por la placa, la brocha ventral, posterior. Mechón dorsal de un pelo largo y una brocha sobre cada lado; pelo lateral sencillo, pequeño. Agallas anales muy largas, aguzadas y puntudas. Distribución geográfica: México, Costa Rica, Panamá, etc.

4 AEADES HASTATUS, DVAK 1°

Descripción de la hembra adulta:

Trompa moderada, castaño oscuro. Occipucio y lóbulos protorácicos, con escamas castaño oscuras, la primera con una área grande de escamas plateadas en el vértice. Mesonótum castaño oscuro con una línea ancha y medio color plateado en toda su extensión; pleura y coxa con cerdas pálidas. Abdomen negro arriba con manchas triangulares blancas en los segmentos basales laterales; vientre blancuzco, los extremos de los segmentos más o menos blancuzcos. Patas con reflejos bronceados. Alas con escamas angostas y oscuras.

2° Descripción de la larva: -Desconocida-

5° AEADES AUGUSTIVITTATUS,

Dyar y Hnab.

Distribución geográfica: México, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Panamá, Colombia, Venezuela.

Hembra Adulta: Trompa más bien larga y delgada, negra. Occipucio con escamas blancuzcas con una área castaña sobre un lado. Lóbulos protorácicos con cerdas pálidas.

Mesonótum con escamas castañas sobre los lados; una área ancha de escamas blanco de plata al través de la parte media, correspondiendo el área incluida por las líneas amarillas del *augustivittatus*. Pleura y coxa con escamas blancuzcas. Abdomen negro arriba, con bandas segmentales angostas de escamas blancuzcas, ensanchándose en los lados en manchas triangulares, las bandas mismas algunas veces faltan los segmentos posteriores, vientre con escamas blancas. Patas negras con ligeros reflejos bronceados. Alas con escamas semejantes a pelos oscuros.

2° Descripción de la larva:

Cabeza redondeada, protuberancias en los lados; pelos de la cabeza sencillos, mechón pre-antenal múltiple. Antenas moderadas, escasamente espinadas, un mechón pequeño en la parte media. Peine lateral del octavo segmento CCBI un lunar de espinas en dos hileras hondas en algunos lugares. Tubos aéreos dos y media veces tan largos como anchos; peine alcanzando la parte media, seguido de cerca por un mechón de pelos. Segmento anal circundado por

la placa, la brocha ventral posterior, un mechón dorsal de pelos largos/y una brocha ventral sobre cada lado; pelo lateral sencillo, pequeño. Agallas anales moderadas, puntiagudas.

6° AEDES EUPLOCANUS

Pyar y Knab.

1° Descripción de la Hembra Adulta:

Trompa moderada, delgada y negra. Occipucio con escamas plateadas sobre el vértice, algunas de color castaño sobre los lados. Lóbulos protorácicos con cerdas pálidas. Mesocóxum con escamas castañas; un lunar grande de escamas plateadas enfrente, alcanzando la parte media, dejando un área estrecha de escamas castañas sobre cada lado y pocas enfrente; pleura y coxa con escamas blanco plateadas. Abdomen negro arriba, con una banda longitudinal color castaño, desarrollada y mostrándose más posteriormente; lados con manchas basales blancas, triangulares en los segmentos, **vientre** cubierto de escamas blancas.

Patas castaño oscuras, tibias algo blancuzcas debajo. Alas con escamas oscuras semejantes a pelos.

2° Descripción de la Larva:

Cabeza redondeada, abombamiento a los lados; antena más bien larga, más delgada, escasamente especular. Pelos de la cabeza sencillos, penacho pre-antenal múltiple. Peine lateral del octavo segmento con numerosas escamas en una doble hilera. Tubos aéreos casi tres veces largos que anchos, el peine alcanzando un poco más allá del medio, seguido por un mechón de pelos. Segmento anal más bien más largo que ancho, ^circulado por una placa, la brocha ventral posterior. Mechón dorsal con un pelo largo y una brocha sobre cada lado; pelo lateral sencillo y pequeño. Agallas anales son más largas que el segmento, puntiagudas.

Distribución geográfica: México, Costa Rica, Panamá, Ecuador y Perú.

7° AEDES TAENIORHYNCHUS

1° Descripción de la hembra adulta:

Trompa más bien larga y delgada, negra con un anillo blanco en el medio. Occipucio con escamas castaño oscuro, una mancha blanca, pequeña sobre el lado, abajo blancuzca. Mesonótum castaño oscuro, con unas pocas escama blancas posteriormente. Abdomen negro, con bandas basales blancas en los segmentos, y manchas cuadradas laterales, las que se desprenden de las bandas y algo posterior a ellas; vientre con escamas pálidas, los segmentos con anchas bandas negruzcas en las puntas. Patas negras, las articu-

laciones tarsales con anillos blancos en sus bases, variando su extensión; cuando grandes, el quinto segmento tarsal es todo blanco. Alas con escamas angostas, todas oscuras.

2° Descripción de la Larva:

Cabeza redondeada, ligeramente combada sobre los lados; antena moderada, espinada, con UBI mechón cerca del medio. Pelos de la cabeza sencillos, penacho antenal múltiple. Peine lateral del octavo segmento como con veinte escamas en una pequeña mancha triangular, escamas sencillas semejantes a espínulas terminales. Tubos aéreos menos de la mitad de largos que anchos, el peine alcanzando el medio, seguido por un mechón de pelos. Segmento anal más ancho que largo, circulado, por la placa, brocha posterior ventral. Mechón de pelos dorsales y brocha sobre cada lado, pelo lateral sencillo, pequeño. Agallas anales, muy cortas.

8 AEDES LITHOCETOE, DYAR Y KNAB

1" Descripción de la hembra adulta;

Trompa moderada, uniforme, negra. Occipucio con escamas densas de color oro pálido, angostamente negras abajo de los lados. Mesonótum con escamas oro pálido o con escamas en parte blancuzcas anteriormente, las angostas y detrás anchamente negras, más o menos cortadas distintamente por dos líneas castañas o sombreadas de castaño centralmente; pleura y coxa con escamas blanco amarillento. Abdomen negro, con una banda blanca, truncada en el medio, los lados con manchas blancas basales segmentales; vientre con escamas blancuzcas. Patas negras, el tarso con anillos blancos, pequeños en la base de las articulaciones, muy ligeramente envolviendo los ápices también sobre algunas articulaciones. Alas con escamas angostas y negras.

2° Descripción de la larva:

Cabeza redonda, ligeramente combada en los lados; antena man bien delgada, con espinitas esparcidas, un mechón pequeño cerca del medio. Pelos de la cabeza, superiores tres, inferiores dos, penacho pre-antenal de seis. Peine lateral del octavo segmento con una mancha grande de muchas escamas de unas 15 líneas de profundidad. Tubos aéreos tres veces más largos que anchos, el peine llegando cerca del medio, seguido de cerca por un mechón grande de pelos. Segmento anal más largo que ancho, la placa pequeña alcanzando la parte media del lado de atrás; brocha ventral con pequeños mechones precedentes, pero no basalmente en el medio del segmento. Penacho dorsal de un pelo y una brocha sobre cada lado; pelo lateral sencillo, pequeño. Agallas anales tan largas como el segmento, aguzadas.

Distribución geográfica: México, Panamá, Costa Rica,

9° AEDES PERICHARIS, DYAR**V Hembra adulta:**

Trompa más bien larga y delgada, uniforme, negra. Occipucio con escamas blanca amarillentas, una mancha negra sobre el lado. Mesonótum con escamas castaño oscuras, una banda plateada a lo largo de cada lado, la cual forma un diente anterior, la parte anterior de la banda con el diente formando una marcada curva lateral, pleura y coxa con escamas blanco amarillentas. Abdomen negro, con pequeñas bandas blancas basales segmentales, más pálidas centralmente y algunas veces dejando solamente manchas laterales; vientre con valvas basales de los segmentos con escamas blancas, las valvas apicales negras. Patas negras, el tarso con pequeños anillos blancos en las bases de las articulaciones, más o menos abarcando también los ápices; fémur y tibia con los extremos blancos. Alas con escamas negras y angostas.

2° **Larva:** Desconocida.

Distribución geográfica: Costa Rica y Nicaragua.

10 AEDES THORNTONI, DYAR Y KNAB**1' Hembra adulta:**

Trompa moderada, uniforme, negra. Occipucio con escamas erectas, pálidas, sobre el vértice, blancas detrás de los ojos y negras abajo. Mesonótum con escamas castaño oscuras, la mitad anterior plateadas al través, el margen pequeñamente indentadas y algunas escamas plateadas como en el espacio antescutelar; pleura y coxa con escamas blancas plateadas. Abdomen negro, los segmentos con manchas blancas angulares en las bases; vientre con los segmentos blanco plateados en la base, negros en el extremo. Patas negras; pata delantera con una pequeña mancha blanca en la base de la primera y segunda articulación torzal; fémur medio y trasero can blanco en la punta; patas media y trasera con la primera articulación torzal blanca en la base y extremo ancho, la segunda articulación blanca en la base, con dos anchos anillos blancos; alas con escamas angostas y negras.

Descripción de la larva:

Cabeza redondeada, combada a los lados; antena más bien larga, delgada con un pelo en el medio. Pelos de la cabeza sencillos, penacho preantenal de tres. Peine lateral del octavo segmento con un lunar de 4 hileras profundas de muchas escamas. Tubos aéreos más de tres veces largos que anchos, aguzados sobre la mitad externa; peine no alcanzando el medio, seguido a distancia por un mechón de 4 pelos. Segmento anal más largo que ancho, la placa alcanzan-

do abajo del medio del lado; brocha, ventral con pequeños mechones precedentes no antes de la mitad del segmento. Penacho dorsal con un pelo largo y brocha sobre cada lado; penacho lateral de 5, distintos. Agallas anales tan largas como el segmento, puntiagudas.

Distribución geográfica: Nicaragua, Panamá, Costa Rica.

11 AEDES MEDIOVITATUS, COQUIXET

Descripción de la hembra adulta:

Trompa delgada, negra. Palpos con la punta blanca y un anillo blanco. Occipucio con una línea recta de escamas plateadas en el medio, negro sobre cualquier lado, moteado de blanco abajo. Lobos protorácicos con una línea de escamas plateadas. Mesonótum con el integumento amarillo, cubierto con escamas castaño oscuras; una línea media, angosta, plateada al espacio antescutelar, y una doble línea rodeando el espacio; una angosta línea subdorsal de color de oro sobre su longitud; una línea quebrada lateral plateada; pleura y coxa con lunares de escamas plateadas. Abdomen negro con bandas lunares blanco amarillentos en los segmentos basales y manchas laterales plateadas; vientre amarillo paja con manchas negras esparcidas. Patas negras, fémur con una línea blanca en toda su longitud y extremo blancos; tibia con una manchita blanca en el medio, más grande en las patas traseras; tarso con manchas blancas en la base de las primeras dos articulaciones sobre el frente y la pata media, sobre las patas traseras todas las articulaciones están marcadas de blanco en la base, el cuarto y quinto, excepto en las puntas. Alas con escamas angostas color castaño oscuro.

Larva: Cabeza **redondeada**, no hay combamiento de los lados; antena más bien larga, delgada, lisa, con un mechón cerca del medio. Pelos de la cabeza sencillos, el par inferior hacia abajo sobre la cara (como en Howardina), el mechón intermedio múltiple, pero corto, mechón preantenal en dos. Peine lateral del octavo segmento con seis grandes escamas. Tubos aéreos dos y medial veces tan largos como anchos, el peine, largo, alcanzando, el medio del lado, con espinas detrás; brocha ventral posterior, sobre cualquier lado **de** una quitinización triangular (como en Howardina); mechón dorsal con seis pelos, y una brocha de 4 pelos sobre cada lado; mechón lateral grande, en tres o cinco. Agallas anales más cortas que el segmento, puntiagudas.

Distribución geográfica: Antillas, Islas Vírgenes, Venezuela y Honduras.

W AEADES QUADRIVITATUS, COQUILLET I°**Descripción de la Hembra Adulta:**

Trompa moderada, uniforme, negra. Occipucio con 3 líneas doradas, separadas por negro, oscuro de oro abajo. Lóbulos protorácicos con una línea dorada. Mesonótum con escamas negras, con cuatro líneas algo curvas, estrechas, doradas sobre toda su longitud; la línea subdorsal sombreada anteriormente, y allá se encuentra una, sombra dorada en la base del ala; pleura y coxa con manchas de escamas amarillo plateadas. Abdomen negro, con manchas plateadas medianas en los segmentos laterales; vientre con los segmentos amarillentos en la base, anchamente negro en los ápices, el segmento posterior proyectándose ventralmente. Patas negras, fémur con los extremos plateados; primeras dos articulaciones tarsales sobre las patas delanteras y primeros tres sobre la media y pata trasera con anillos basales blancos, más anchos sobre el último par. Alas con escamas angostas y negras.

2° **Larva:** Desconocida.

Distribución geográfica: Guatemala, Costa Rica, Panamá, Colombia y Venezuela.

13° AEADES AEGYPTY, LINNEO**I° Descripción de la Hembra Adulta:**

Trompa más bien larga, delgada, uniforme, negra. Occipucio con escamas negras, una banda blanca sobre el vértice y dos manchas blancas sobre cada lado, un margen blanco en los ojos; clipeo, toro y puntas del palpo con escamas blancas. Mesonótum con escamas castañas; dos líneas angostas doradas en el medio; una banda ancha, plateada y lateral, formando un arco redondo; escamas plateadas como en el espacio antescutelar y sobre el escótel; pleura, coxa con manchas de escamas plateadas. Abdomen negro, con el segmento basal dorsal lunado con manchas; las laterales más plateadas; vientre con escamas blancas, el segmento posterior anchamente con bandas negras apicalmente. Patas negras, fémur con las puntas plateadas; articulaciones tarsales con; anillos anchos en la base, sobre la punta trasera también anchamente, la quinta articulación, toda blanca. Alas con escamas angostas, todas negras.

2" **Larva:**

Cabeza redondeada, ligeramente combada en los lados; antenas bien pequeñas, delgadas. Pelos de la cabeza todos sencillos. Peine lateral del octavo segmento de ocho a doce escamas separadas, cada una con una espina central y dos más, cortas a los lados. Tubo aéreo como dos y media veces tan largo como ancho, el pei-

Diversas Notas sobre Culicinos

—Por el Dr. Antonio Vidal

Especies de *Culex* especialmente señalados en Honduras:

- | | | | |
|---|---|----|-------------------------------|
| 1 | <i>Culex pilosus</i> | 6 | <i>Culex stigmatosoma</i> |
| 2 | <i>Culex opisthopus</i> (Dr. Komp en Puerto Castilla) | 7 | <i>Culex declarator</i> |
| 3 | <i>Culex conspirator</i> | 8 | <i>Culex pipiens</i> |
| 4 | <i>Culex inhibitor</i> | 9 | <i>Culex coronator</i> |
| 5 | <i>Culex corniger</i> | 10 | <i>Culex quinquefasciatus</i> |

Especies de *Culex* encontradas en Centro América y Panamá y que bien podrían encontrarse en Honduras:

- | | | | |
|----|-----------------------------------|----|----------------------------|
| 1 | <i>Culex secundus</i> | 27 | <i>Culex ruffinis</i> |
| 2 | <i>Culex metempsychus</i> | 28 | <i>Culex conservator</i> |
| 3 | <i>Culex trifidus</i> | 29 | <i>Culex restrictor</i> |
| 4 | <i>Culex menytes</i> | 30 | <i>Culex daumostocompa</i> |
| 5 | <i>Culex hesitator</i> | 31 | <i>Culex jenningsi</i> |
| 6 | <i>Culex pilosus</i> | 32 | <i>Culex imitator</i> |
| 7 | <i>Culex teniopus</i> | 33 | <i>Culex ehidesteri</i> |
| 8 | <i>Culex opisthopus michceide</i> | 34 | <i>Culex lepostemis</i> |
| 10 | <i>psatharus</i> | 35 | <i>Culex corniger</i> |
| 11 | <i>epanastasis</i> | 36 | <i>Culex stigmatosoma</i> |
| 12 | <i>holoneus</i> | 37 | <i>Culex mollis</i> |
| 13 | <i>distinguendus</i> | 38 | <i>Culex declarator</i> |
| 14 | <i>conspirator</i> | 39 | <i>Culex interrogator</i> |
| 15 | <i>fatuator</i> | 40 | <i>Culex pipiens</i> |
| 16 | <i>elevator</i> | 41 | <i>Culex coronator</i> |
| 17 | <i>domarum</i> | 42 | <i>Culex inflictus</i> |
| 18 | <i>tecmanis</i> | 43 | <i>Culex derivator</i> |
| 19 | <i>mutator</i> | 44 | <i>Culex allostigma</i> |
| 20 | <i>inhibitor</i> | 45 | <i>Culex hastatorius</i> |
| 21 | <i>curryi</i> | 46 | <i>Culex chvsonotum</i> |
| 9 | <i>Culex</i> | | |
| 10 | <i>Culex</i> | | |
| 11 | <i>Culex</i> | | |
| 12 | <i>Culex</i> | | |
| 13 | <i>Culex</i> | | |
| 14 | <i>Culex</i> | | |
| 15 | <i>Culex</i> | | |
| 16 | <i>Culex</i> | | |
| 17 | <i>Culex</i> | | |
| 18 | <i>Culex</i> | | |
| 19 | <i>Culex</i> | | |
| 20 | <i>Culex</i> | | |
| 21 | <i>Culex</i> | | |

ne alcanzando el medio, seguido por un mechón de tres pelos. Segmento anal más ancho que largo, la placa alcanzando cerca de la línea ventral; brocha posterior ligera, mechón dorsal de un pelo largo, y un mechón de dos pelos sobre cada lado; pelo lateral doble, ligero. Agallas anales tres veces tan largas como el segmento, infladas, redondeadas, oscuramente traqueadas.

En Costa Rica, además, se han encontrado:

- 1^o *Aedes scapularis* 2^o
Aedes allotenon 3^o
Aedes terrans

| | |
|----------------------------------|---|
| 22 <i>Culex</i> <i>educator</i> | 47 <i>Culex</i> |
| 23 <i>Culex</i> <i>xivilis</i> | x |
| 24 <i>Culex</i> <i>latisquam</i> | fatigans |
| 25 <i>Culex</i> <i>aikenii</i> | 48 <i>Culex</i> |
| 26 <i>Culex</i> <i>dunni</i> | x |
| | nigripalpus |
| | 49 <i>Culex</i> <i>stenolepsis</i> |
| | 50 <i>Culex</i> <i>quinquefasciatus</i> |

Breve descripción de las especies encontradas en Honduras

1° *Culex pilosus*, Dyar y Knab

Hembra. Trompa moderada, hinchada en el extremo, negra. Occipucio con escamas planas y negras, que toman reflexión blanca con ciertas luces. Mesonótum negruzco, con escamas bronceadas; pleura negruzca o mezclada con verde, cosa no, muy pálida. Abdomen negro, con reflexión bronceada; segmento lateral basal con manchas blancas; vientre con los segmentos blancos en la base, negro en el extremo, la parte blanca juntándose con lo blanco de los lados para formar bandas distintas. Patas negras con ligera reflexión bronceada, el fémur pálido abajo. Alas con escamas lineales, sobre la segunda y cuarta vena hacia afuera ovadas.

Larva. Cabeza transversa, cuadrada; antenas más largas que la cabeza, con un gran mechón sobre el tercio externo, más allá del cual el tallo es más delgado; parte basal espinulada, espinas terminales largas. Pelos superiores de la cabeza en número de dos, el inferior sencillo, el piar mediano sencillo, mechón preantenal corto y de cuatro pelos. Peine lateral del octavo segmento con ocho o doce escamas puntiagudas y elípticas en forma de arco. Tubos aéreos como tres veces de largos que anchos, aguzados, ligeramente curvos más allá; peine alcanzando sobre el tercio basal; con mechones de ocho pelos sobre el margen posterior, largo en la base, propiamente más corto adelante; dos pequeños mechones sobre el lado. Segmento anal más largo que ancho, circulado por la placa, broche ventral posterior; mechón dorsal de UBI pelo largo y otro corto sobre cada lado; pelo lateral pequeño, doble. Agallas anales más largas que el segmento, delgadas, puntiagudas.

2° *Culex opisthopus*, Komp

(Encontradas en Puerto Castilla, Honduras)

Hembra adulta: Trompa moderada, abultada adelante, negra, los labelos pálidos. Occipucio ancho, con escamas angostas, negras y curvas, algunas escamas negras y otras blancas sobre el lado, abajo. Mesonótum negruzco, con escamas castaño oscuras, pleura casi negra. Abdomen negro con bandas desvanecientes indistintas sobre los segmentos basales, los lados con manchas blancas; vientre blancuzco en la base de los segmentos, negro en los ápices, formando más bien bandas transversas, angostas y blancas. Patas negras fémur pálido abajo; tarso trasero con anillos

blancos en las bases y ápices de los segmentos, más bien angostos, pero la última articulación es toda blanca. Alas con escamas más bien anchas y elípticas, sin embargo algunas basales en la célula. Son lineales, todas oscuras. Larva: Desconocida.

3° Culex conspirador, Dyar y Knab

Hembra adulta. Trompa moderada, ligeramente inchada en el extremo* negra. Occipucio con escamas planas y negras, algunas pocas blancas en el margen de los ojos y abajo. Mesonótum negruzco, con escamas castaño oscuras, angostas y curvas; pleura castaño, la coxa más o menos verdosa. Abdomen negro, los lados con manchas blancas en la base de los segmentos; vientre con los segmentos blancos en la base, negro en la punta. Patas negras con reflejos bronceados, el fémur blancuzco abajo. Alas con escamas lineales, volviéndose ovadas afuera sobre la segunda a la cuarta vena.

Larva. Cabeza transversa, encombada a los lados; antenas grandes, un mechón grande más allá del tercio, más allá delgado, parte basal espinulada, espinas terminales largas. Peine lateral del octavo segmento con muchas espinas en una mancha más bien pequeña y triangular. Tubos aéreos como seis veces tan largos como anchos, ligeramente aguzados, el pectén sobre el tercio basal; cinco pares de mechones posteriormente, decreciendo en longitud hacia afuera, el último no más largo que la mitad del primero. Segmento anal más largo que ancho, circulado por la placa, brocha ventral posterior; mechón dorsal con un pelo, uno largo y otro corto sobre cada lado; mechón lateral pequeño. Agallas anales tan largas como el segmento, puntiagudas.

4° Culex inhibitor, Dyar y Knab

Hembra. Trompa moderada, ligeramente inchada en los extremos, negra. Occipucio con el vértice con escamas curvas y angostas, negras con algunas blancuzcas, los lados abajo con escamas apachadas, negras y blancas, estas últimas, especialmente a lo largo de los ojos. Mesonótum castaño oscuro, marcado con negro. Abdomen negro, los lados con grandes manchas blancas en la base de los segmentos, el par posterior, el más largo; vientre con los segmentos blancos antes, con bandas negras detrás. Patas negras con reflexión bronceada, el fémur anchamente pálido abajo, ambos, fémur y tibia, más o menos distintamente con el extremo blanco. Escamas de las alas angostas, aquéllas sobre las venas segunda y cuarta, afuera angostamente ovadas.

Larva. Cabeza transversa, combada a los lados; antenas largas, un mechón en el tercio externo, la parte siguiente más delgada, parte basal espinulada; pelos de la cabeza, superiores pequeños, 4 ó 6, inferior largo, sencillo, pelos medios sencillos, penacho pre-antenal múltiple. Cuerpo densamente piloso, sin embar-

go, algunas veces el pelo es pálido y oscuro. Peine lateral del octavo segmento con un número de espinas en un lunar más bien pequeño. Tubos aéreos seis veces más largos que anchos, peine alcanzando un tercio, seguido por seis pelos, aproximadamente igual longitud, el basal es el más largo, pero el occimicio es más que la mitad en longitud; dos pequeños mechones laterales sobre cada lado. Segmento anal más largo que ancho, circulado por la placa, brocha ventral posterior; mechón dorsal con un pelo largo y un pelo largo y otro corto sobre cada lado. Agallas anales pequeñas, aguzadas.

5 *Culex corniger*, Thqobald,

Hembra adulta. Trompa moderada, negra, con un anillo blanco más allá del medio. Occipucio negro, con escamas curvas angostas y blancuzcas. Mesonótum castaño, con escamas angostas, curvas, castaño oscuras en el medio, blanco a los lados y con una proyección lateral o una mancha destacada de escamas blancas mesentéricas; pleura pálida con manchas negruzcas. Abdomen negro, los segmentos con manchas medias basales y laterales blancas; vientre la mayor parte pálido. Patas negras, fémur blancuzco abajo; fémur y tibia con ápices blancuzcos; tarso con anillos blancos y angostos, en ambos extremos de las articulaciones. Alas con escamas angostas. Ocasionalmente sujeto a variaciones respecto a la pérdida de las marcas blancas.

Larva. Cabeza redonda, combada a los lados; antena pequeña, uniforme, un pelo sencillo en el medio; pelos de la cabeza todos en una hilera curva y transversa, superior e inferior de tres, preantenal de seis, pelo medio pequeño y doble. Peine lateral del octavo segmento con una mancha de muchas escamas. Tubo aéreo corto, como dosis media» veces tan largo como ancho, el pectén alcanzando el medio; tres a cuatro mechones de pelos sobre el margen

"FARMACIA UNION"

Fundada en 1900 J.

M. Agurcia, Sucesores

El más completo surtido de Vacunas, Sueros, Serobacterinas y ampollas de toda clase. Aparatos de cirugía y productos químicos de las marcas más acreditadas. CUALQUIER PATENTADO AMERICANO O EUROPEO.

Señor Médico: cuando necesite algún producto raro llame al Teléfono 11-08.

CUARENTA Y CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA HONRADA Y DE MEJORAMIENTO. *Esquina Nor-Este del Parque Central. Tegucigalpa, Honduras,*

posterior, el subapical colocado lateralmente fuera de línea; dos mechones sobre el aspecto dorsal. Segmento anal más bien largo que ancho, encirculado por la placa; brocha ventral sobre la mitad posterior; mechón dorsal de dos largos pelos sobre cada lado. Agallas anales grandes, más largas que el segmento, ensiformes.

6° *Oulex stigmatosoma*, Dyar

Hembra adulta. Trompa moderada, negra, con un pequeño anillo blanco cerca del medio. Occipucio negro, con angostas, curvas y blancuzcas escamas sobre el vértice. Mesonótum castaño coai escamas angostas, curvas, castaño-bronceadas, más o menos mezcladas con algunas escamas blancuzcas, no formando ningún determinado modelo; pleura pálida, con bandas café. Abdomen negro, los segmentos con bandas basales angostas y blancas ensanchándose a los lados; vientre pálido, con más o menos manchas redondas, distintas y negras en los segmentos. Patas negras, fémur blancuzco abajo, fémur y tibia blanca en los extremos; tarso con anillos blancos abarcando ambos extremos de las articulaciones, anchas en las patas traseras. Alas con escamas angostas.

Larva. Cabeza elíptica, más ancha que larga, combada a los lados; antenas largas, con un mechón en el tercio externo, más allá más delgadas, base espinulada; pelos de la cabeza todos múltiples. Peine lateral del octavo segmento con unas pocas escamas en una mancha. Tubos aéreos cuatro veces tan largos como anchos, un poco aguzados afuera, pectén sobre en tercio basal; cuatro mechones grandes posteriormente, el basal dentro del pectén y un mechón doble lateral, situado abajo y dentro del último mechón. Segmento anal tan largo como ancho, encirculado por la placa, brocha ventral sobre la mitad posterior; mechón dorsal tan largo como el pelo y uno largo y otro corto sobre cada lado; un pelo pequeño y triple lateral. Agallas anales tan largas como el segmento, anchas.

T Culex declarator, Dyar y Knab

Hembra adulta. Trompa moderada, negra. Occipucio negro, con escamas curvas, angostas y cerdas densas, erectas y oscuras. Mesonótum castaño oscuro, con escamas angostas, curvas y bronceadas; pleura pálida o verdosa a menudo con manchas café. Abdomen negro, los segmentos con manchas laterales pálidas; vientre pálido sórdido con más o menos marcas blancas medianas. Patas negras, con reflejos bronceados, fémur blancuzco abajo; fémur y tibia con los extremos blancuzcos; articulaciones tarsales muy angostamente anillados de blanco, raramente con marcas blancas ausentes. Alas con escamas angostas.

Larva. Cabeza redondeada, más ancha que larga, los lados ligeramente combados; antenas grandes, un mechón en el tercio externo, más allá más delgado, parte basal espinulada; pelos de la cabeza en tres, mechón preantenal múltiple. Peine lateral del oc-

tavo segmento con muchas escamas pequeñas en una mancha. Tubos aéreos como cuatro veces tan largos como anchos, la mitad apical aguzada, pectén alcanzando el medio en forma espiralada afuera, seguida por tres mechones, con uno lateral afuera de línea; primeros dos mechones dobles o sencillos, último mechón con tres pelos. Segmento anal más largo que ancho, circundado por la placa, brocha ventral posterior; mechón dorsal con un pelo largo y uno corto a cada lado; un pelo lateral sencillo o triple. Agallas anales más largas que el segmento, aguzadas.

8" *Oulex pipiens*, Linneo

Hembra adulta. Trompa moderada, negra. Occipucio negro con escamas angostas, curvas, ligeramente castañas, un arco de blanco detrás de los ojos. Mesonótum¹ castaño con escamas densas, apretadas, castaño bronceadas, angostas y curvas; pleura castaño pálido. Abdomen negro con bandas basales en los segmentos blancos, angostadas a los lados pero no truncadas, estrechamente uniéndose a las manchas laterales; vientre muy pálido. Patas negras con reflejos bronceados, fémur pálido abajo; fémur y tibia con indistintos extremos blancuzcos. Alas con escamas angostas.

Larva. Cabeza redondeada, más ancha que larga, combada a los lados; antenas grandes, un mechón en el tercio externo más allá más delgadas, parte basal con espinitas; pelos de la cabeza múltiples. Peine lateral del octavo segmento con muchas espinas angostas en una mancha de cinco hileras profundas. Tubos aéreos cinco veces tan largos como anchos, ligeramente fusiformes, pectén sobre el tercero basal, seguido por cuatro mechones, el sub-apical desplazándose lateralmente afuera de línea, dos mechones basales de cuatro, afuera dos dobles. Segmento anal tan largo como ancho, circulado por la placa, brocha ventral posterior; mechón dorsal de un pelo largo y uno casi tan largo y otro corto sobre cada lado. Agallas anales más largas que el segmento, más bien redondeadas y romas.

LA POLICLÍNICA

Comayagüela.

Transfusión de sangre, Rayos X, Laboratorio, Neumotorax Artificial
y Metabolismo Basal

9° *Culex coronator*, Dyar y Knab

Hembra adulta. Trompa moderada, negra, anchamente blanca centralmente abajo. Occipucio negro, con escamas angostas, curvas, de bronce pálido sobre el vértice, algunas blancas detrás y abajo de los ojos. Mesonótum castaño, con escamas angostas, curvas y castaño bronceadas algunas veces variadas con escamas blancas, especialmente en dos puntos medios; pleura castaño oscuro. Abdomen negro, los segmentos con bandas angostas, basales y blancas, ensanchándose sobre los lados, vientre ampliamente blancuzco. Patas negras, fémur blanco abajo; fémur y tibia con pequeños extremos blancos; tarso con anillos blancos abarcando ambos extremos de las articulaciones, variando en anchura, generalmente más bien angostos. Alas con escamas angostas.

Larva. Cabeza redondeada, más ancha que larga, combada sobre los lados; antena larga, un mechón en el tercio externo, más allá delgada, parte basal espinulada; pelos de la cabeza, superiores, siete, inferiores, cinco, penacho pre-antenal múltiple. Peine lateral del octavo segmento de muchas escamas en una mancha. Tubos aéreos como ocho, veces más largos que anchos, delgados, rectos, con una corona de clavos subapicales; pectén sobre el cuarto basal, seguido por cuatro mechones de dos pelos, los dos de la parte media colocados fuera de línea. Segmento anal tan largo como ancho, circundado por la placa, brocha ventral sobre la mitad posterior, mechón dorsal con un pelo largo y uno largo y dos cortos sobre cada lado o mechón lateral pequeño, doble. Agallas anales más cortas que el segmento, puntiagudas.

10° *Culex fatigan*», Say

Hembra adulta. Trompa moderada, negra. Occipucio castaño oscuro, con escamas angostas, curvas y blancas. Mesonótum castaño, con escamas apretadas angostas, curvas, claras y de color castaño crema; pleura castaño pálido. Abdomen negro, los segmentos con bandas basales blancas, constreñidas hacia los lados y separado de las manchas laterales; vientre bastante pálido. Patas negras, fémur pálido abajo; fémur y tibia con los extremos ligeramente blancos. Ajas con escamas angostas.

Larva. Cabeza redondeada, combada a los lados; antenas grandes, un mechón en el tercio externo, la parte más allá delgada, la parte basal espinulada; pelos de la cabeza múltiples. Peine lateral del octavo segmento con muchas escamas formando una mancha. Tubos aéreos cuatro veces más largos que anchos, aguzados afuera; pectén alcanzando más allá del tercio basal, seguido por cuatro mechones de pelos, el subapical desviado lateralmente de la línea, dos basales con cinco pelos, dos externos de dos pelos. Segmento anal tan largo como ancho, enmarcado por la placa, brocha ventral posterior; mechón dorsal con un pelo largo y uno largo y otro corto sobre cada lado; un pelo lateral pequeño y sencillo. Agallas anales dos veces más largas que el segmento, ensiformes.

Notas

Nueva Junta Directiva- de la "Asociación Médica Hondureña"

En sesión ordinaria celebrada el día 6 de Octubre recién pasado, la "Asociación Médica Hondureña" eligió la Junta Directiva que regirá sus destinos, en el periodo administrativo de 1945 a 1946.

La Junta quedó integrada de la manera siguiente:

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Presidente | Dr. Juan A. Mejía |
| Vice-Presidente | Dr. Humberto Díaz |
| Vocal 1º | Dr. Abelardo Pineda U. |
| Vocal 2º | Dr. Juan Ramón Durón |
| Vocal 3º | Dr. Carlos M. Gálvez |
| Secretario | Dr. Ramón Pereira |
| Pro-Secretario | Dr. Armando Bardales |
| Tesorero | Dr. Martín A. Bulnes B. |
| Fiscal | Dr. Henry D. Guilbert |

Personal de la Revista

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Director | Dr. Ramón Alcerro Castro h. |
| Redactor 1º | Dr. Marcial Cáceres Vijil |
| Redactor 2º | Dr. Carlos M. Gálvez |
| Redactor 3º | Dr. Gustavo Adolfo Zúniga |
| Srio. de Redacción .. | Dr. Ramón Pereira |
| Administrador | Dr. Martín A. Bulnes B. |

Este nuevo personal tomará posesión de sus respectivos cargos en la sesión que será celebrada el día 3 de Noviembre del corriente año.

Ha regresado de México, adonde fuera en viaje de descanso, nuestro consocio Dr. José María Sandoval h.

Partió para Nueva Orleans. La., nuestro amigo Dr. Ramón Alcerro Castro h., acompañado de su padre, quien va a someterse a tratamiento médico en aquella urbe.

Ha sido nombrado Jefe del Servicio de Tisiología del Hospital General y Profesor de Medicina Legal y Toxicología, en la Escuela de Medicina, nuestro consocio Dr. Martín A. Bulnes B.

Ha regresado de los Estados Unidos, después de tomar un curso de especialización, el consocio Dr. Juan Lara Zepeda.

Ha entrado a formar parte de la Asociación Médica Hondureña el Dr. Juan Montoya. Lo felicitamos,

índice del Tomo XV

| | |
|--|-----------------------|
| Absceso cerebral de origen traumático, por el Dr. Salvador Paredes P..... | 70 |
| Absceso del Bazo, por el Dr. Salvador Paredes P..... | 109 |
| Autopsias, más autopsias, por el Dr. Antonio Vidal | 53 |
| Consideraciones sobre el estudio microbiológico del rino-esclerosa en El Salvador, por el Dr. Alfredo Guerra | Reina 582 |
| Consideraciones sobre mortalidad infantil en Honduras, por el Dr. Armando Bardales | 200 |
| Diversas notas sobre andinos, por el Dr. Antonio Vidal... | 271 |
| Diversas notas sobre culícidos, por el Dr. Antonio Vidal. | 286 |
| Estiomena de la vulva, por el Dr. Juan A, Mejía..... | 104 |
| Frases del Dr. José Ramón Durón en el momento de inhumación de los restos del Dr. Paredes..... | 252 |
| Gran Campaña Nacional Pro- Infancia por el Dr. Antonio Vidal | 581 |
| Gran Campaña Nacional Pro-Infancia, por el Dr. Salvador Paredes P..... | 197 |
| Historias Clínicas del Servicio de Niños del Hospital General por el Dr. Antonio Vidal..... | 596, 66, 112 y 155 |
| Historias clínicas del Servicio de niños del Hospital General, por el Dr. Antonio Vidal | 261 |
| Informe de la Comisión Hondurena al VI Congreso Panamericano de Tuberculosis Pulmonar | 118 |
| La Radioterapia Menor, por el Dr. Ramón Pereira | 55 |
| La Medicina y los Trópicos, por el Dr. Antonio Vidal,... | 149 |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| La autopsia y el diagnóstico, por el Dr. Antonio Vidal | " | 247 |
| Neumotórax Espontáneo en la tuberculosis, por el Dr. Martín A. Bulnes B | \ | I 218 |
| Medicina Psicosoratica, por el Dr. R. Alcerro Castro, h. . . | r | 151 |
| Meningitis infecciosa mejorada por la penicilina, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil | | 65 |
| Observaciones clínicas del Primer Servicio de Mujeres del Hospital General, por el Dr. Manuel Cáceres Vijil | l | i 161 |
| Página de luto, por el Dr. Antonio Vidal..... | í | 245 |
| Palabras del Dr. Humberto Díaz B., antes de ser inhumado el cadáver del Dr. Paredes | | 251 |
| Progresos de la medicina durante los últimos veinticinco años, por el Dr. Antonio Vidal | | 253 |
| Socialicemos la Medicina-Despedida, por el Dr. Antonio Vidal..... | | 101 |
| Síndromes neurológicos, por el Dr. R. Alcerro Castro h. | | 72 |
| Síndromes de suboclusión ileocecal en 'el adulto, por el Dr. Gustavo Adolfo Zúniga | | 61 |
| Un caso de pleuresía purulenta de la gran cavidad pleural a micrococus catarralis, por el Dr. Ramiro H. Lozano | | 591 |
| Una nota acerca de la enfermedad de Heine-Medina, por el Dr. Humberto Díaz | | 115 |
| Y qué de la Psiquiatría por el Dr. R. Alcerro Castro h. | | 210 |
| Zancudos Anofeles de Honduras (III parte) por el Dr. Antonio Vidal | | 599, 76, 122, 164 y 221, |