REPUBLICA DE COLOMBIA— DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO IV. { Medellín, Septiembre de 1892. } NUM. 9

TRATAMIENTO DEL ANTRAX Y DEL FORUNCULO

El gran factor de las innovaciones, la experiencia, ha dado un poderoso impulso y hecho caminar la Medicina á grandes y apresurados pasos en el último cuarto del presente siglo, produciendo una revolución fundamental en la terapéutica con los últimos descubrimientos microbianos. Desde el cólera de las gallinas, descubierto, producido y tratado por Pasteur, hasta la tuberculina de Koch, límites de la actual época bacteriana, cuántos grandes descubrimientos patogénicos se han hecho; cuántas enfermedades incurables han desaparecido; cuántas epidemias se hacen abortar día por día, y cuántas agrupaciones han sido borradas del cuadro nosológico! Yá han desaparecido de la clínica los tratamientos magistrales que aprendidos de memoria contrarrestaban á un grupo determinado de síntomas y aun de afecciones; y muchos de los pretendidos remedios, destinados siempre para un mismo mal, han tenido qué ceder el puesto á nuevos agentes que combaten casi á ojos vistas y de una manera fija el elemento mórbido antiguo, el mundo de lo pequeño actual. Si á este paso gigantesco agregamos el dado por Dujardin Beaumetz, desterrando las enfermedades y dejando sólo los enfermos, vemos el grande adelanto actual y nos explicamos la rapidez del andar de la clínica moderna, separándose, alejándose más y más de las antiguas vías galénicas.

A duras penas se había modificado el primitivo antiguo tratamiento del ántrax; se quería siempre, se ordenaba, la incisión crucial y las aterradoras cauterizaciones con fierro rojo, á despecho del dolor de la enfermedad, del dolor producido por el tratamiento y de los dolores post-operatorios, para lograr tan sólo que la enfermedad no pasara de su ordinario ciclo de 30 y 50 días cuando menos, cuando Verneuil presentó á la Academia de Medicina de París, en Enero de 1888, su notable comunicación sobre las pulverizaciones fenicadas, que todos conocemos. Conocidas por demás nos son también las impresiones distintas producidas en la Academia, al oír la comunicación y las sesiones que en su discusión se emplearon. El profesor Verneuil, apoyándose en su experiencia desde 1883, había empleado, *siempre con buen éxito*, y exclusivamente, las pulverizaciones fenicadas en los ántrax grandes y pequeños, diabéticos ó no diabéticos, dolorosos ó indolentes, cerrados todavía ó empezando á abrir, ó ya anchamente abiertos por las acciones esfacelante ó quirúrgica. Y este modo de tratamiento ha sido en sus manos superior á todos los demás empleados antes, por la rapidez para la desaparición del dolor y por la pronta limitación de la enfermedad.

"El tratamiento de hoy, decía Verneuil, debe ser lo inverso del antiguo. La intervención operativa se hace de día en día menos necesaria y se ha reservado para casos enteramente excepcionales. Y al contrario, los tópicos antisépticos, en el primer rango de los cuales debemos colocar las soluciones fenicadas y boricadas empleadas de cierta manera y particularmente en forma de pulverizaciones prolongadas y reiteradas, gozan de una eficacia notable, al mismo tiempo que son de una benignidad absoluta y de una maniobra sencilla."

Como se ve, es el profesor Verneuil exclusivista en este caso, y su tratamiento es propuesto para todos los ántrax, en todos los períodos y cualquiera que sea su estado general. Podemos agregar con el autor de la innovación: no creemos que no venga un día en que aparezca un ántrax de tales condiciones que no pueda ser curado por este medio; pero hasta ahora todas las clases conocidas de ántrax han sido curadas con la pulverización fenicada.

Desde que se conoció este método halló numerosos partidarios, y yá, en lo general, no se trata el ántrax sino con la medicación indicada. Hay que tener entendido que esta medicación excluye la de las inyecciones fenicadas, porque ésta expone al enfermo á grandes é inútiles dolores y porque con la pulverización sola se obtiene el buen resultado siempre, lo que no sucede con las inyecciones.

En esta medicación encontramos de notable, no sólo el alivio inmediato del dolor, sinò la rápida resolución cuando se instituye el tratamiento desde el principio; esto lo han hallado todos los que la han empleado, sin excepción, en la generalidad de los casos. ¿Tendremos en este tratamiento una doble acción, la producida por la pulverización y la acción propia del elemento antiséptico? Hay que tener en cuenta que el ácido fénico es constrictor de los pequeños vasos y aun de algunos medios, al mismo tiempo que es antitérmico. Indudablemente la acción constrictiva es aquí de las más importantes, unida sobre todo á la antiséptica; pero ¿cómo hace desaparecer el dolor? Sabemos también que es un poco anestésico. Es suficiente esta acción anestésica para calmar el dolor producido por un ántrax?

—

Ahora bien ¿es suficiente esta medicación? podrá

AUTORES ANTIOQUEÑOS
HEMEROTECA

el cirujano someter á su enfermo á la pulverización sola y constante y no hacer caso de los inquietantes síntomas que muchas veces se presentan en los enormes ántrax del cuello ó de la espalda; cuando la alta temperatura se sostiene, que sobrevienen los escalofríos y que el dolor, punzante, ardiente y constante, atormenta al enfermo? Podrá mirarse con calma la lenta abertura de tantos focos que lentamente van buscando salida y dejan ver aquellas colecciones de masa concreta, dura y adherida á las superficies, concreciones que parecen aponeuróticas en sus consistencia y tensión? ¿Podrán mirarse con calma, repito, esas mil entradas y salidas de los bordes, de la piel mortificada, cuando la tensión del inflamiento y la poca nutrición producen la gangrena y los desprendimientos de pequeños colgajos mortificados? ¿O podrá, como lo insinuaba Marcos Sée, dejarse este tratamiento para los timoratos, para los que tienen horror á la cuchilla ó para cuando se trata de ántrax de pequeño volumen, sin tendencia bien marcada á la extensión? Estas objeciones se hicieron también al institutor del tratamiento y respondía siempre en la Academia: "*Servíos emplear mi tratamiento, y después hablaremos; tal vez os convenceréis de su eficacia, como han sido convencidos tántos otros colegas.*"

Atraídos por la bondad del método, por la seguridad de su autor al recomendarlo, lo mismo que por los encomios y los buenos éxitos obtenidos tanto en Europa como en América, y por las observaciones publidas por el Dr. E. García de Cali y otros distinguidos profesores del Cauca, hemos aplicado también el tratamiento de Verneuil, en pulverización reiterada, en la siguiente observación por la primera vez, y luégo otras muchas veces, convencidos yá por su eficacia, en án-

trax más pequeños, y en forúnculos. Empezando desde temprano, en éstos últimos se obtiene un rápido efecto abortivo y la desaparición casi repentina del dolor. Como casos de esto último podríamos citar las observaciones del Dr. Hardy, de París, en casos en que él, que no cree en la patogenia microbiana de estas enfermedades, ha hecho desaparecer en tres ó cuatro días, con la pulverización fenicada, forúnculos grandes de los labios.

OBSERVACIÓN

El Sr. R. V. fue afectado en 1890, en Buenaventura, de un ántrax enorme de la nuca, el cual ocupaba toda la región posterior desde las apófisis mastoides hasta las primeras vértebras dorsales, llenando toda la región posterior y adelantándose un poco hacia las laterales.

El tumor, muy duro, muy saliente, renitente, cálido y sumamente doloroso sin interrupción, á la presión y espontáneamente, había empezado hacía seis días por tres ó cuatro forúnculos que pudo sentir el enfermo y que se le unieron después. Hacía tres días que no desaparecía la fiebre; por el contrario, habían aparecido últimamente pequeños escalofríos cortos y repetidos y el dolor era agudísimo, como el producido por una plancha al rojo, aplicada á la piel continuamente. La piel afectada, adherida al fondo, tiene color rojo; en algunos puntos, por pequeños espacios es violácea. Antes de llamarnos habían hecho una incisión vertical, la que, sin producir pus, quedó abierta dejando bordes duros formados por la piel y por una materia dura, blanquecina y perfectamente adherida á los bordes y al fondo. Respiración anhelante, fatigosa. Temperatura 40° centígrados. Escalofríos, constipa-

ción, inmovilidad por temor de exasperar el dolor. Insomnio.

Tratamiento. Purgativo salino. Pulverización fenicada al 2 por 100 lo más constantemente posible. Esto fue el 4 de Abril.

Día 5. Por falta de pulverizador no se hizo la pulverización; en su lugar se empleó una jeringuilla de vidrio de pico delgado haciendo sesiones de media hora, con media hora de reposo. Durante este último tiempo se aplica un paquete de hilas empapado en la solución fenicada. Temperatura sostenida; dolor menos intenso; pero calma casi completamente durante la sesión de inyecciones sobre el tumor.

Días 6, 7, 8, 9 y 10. El mismo tratamiento; hay dolor continuo, pero muy ligero comparativamente al primer día. Desaparece con las inyecciones ó lavados externos. Fiebre, sólo por la noche, baja. Se han abierto algunos orificios dejando ver en el fondo una masa blanca, adherida como formando parte de los tejidos, y muy dura. Poco pus salió por las aberturas. La vertical hecha con bisturí se ha ensanchado y profundizado, y los bordes, tanto de ésta como de las aberturas patológicas, son desiguales y mortificados, violáceos.

De esta manera continua, formándose más orificios día por día, ensanchándose los yá formados y saliendo algo de pus concreto, por capas, sobre todo cuando varias aberturas se unen. La fiebre desapareció al cabo de ocho días de tratamiento. El dolor es pequeño. Buen sueño. No hay necesidad de mucha frecuencia en las inyecciones. Constantemente tiene su paquete de hilas aplicado.

Al cabo de 13 días de tratamiento el pus ha salido todo y queda la herida abierta, roja, dejando ver en el fondo tejido muscular y en las paredes botones carnu-

dos, los cuales se multiplican más y más, hasta que á los 30 días la herida está yá con costa cicatricial.

Los dolores habían desaparecido por completo, pero se notaba que si se dejaba pasar un tiempo largo sin aplicar las inyecciones, aunque tuviera las hilas, reaparecían y poco á poco se exacerbaban, calmándose rápidamente con las inyecciones.

La cicatriz formada no es de aspecto tan desagradable como pudiera uno figurárselo. No se queda en peór estado con éste que con el tratamiento por las anchas incisiones y las cauterizaciones.

Medellín, Agosto 12 de 1892.

EMILIANO HENAO M.

GINECOLOGIA

Mole hidática.

N. N., de 30 años de edad, casada y madre de cuatro hijos bien constituidos, sin antecedente hereditario, robusta y bien de salud, hizo en días pasados una excursión á un campo lejano, sin precauciones de ninguna clase, á pie y con mes y medio de embarazo. Cuando volvió de su paseo se sintió mal y á los dos ó tres días apareció una metrorragia y algunos síntomas anunciadores de un aborto. Don Delfín Cano, que era el médico del pueblo, fue llamado á visitar la enferma, y según me refiere, ordenó todo lo conveniente para evitarlo. La metrorragia calmó, pero el malestar, la sensación de cansancio y ligeros calofríos por las tardes revelaban algo grave. En la región hipogástrica apareció un tumor redondeado, algo duro, movible, indolente y cuyo crecimiento se hacía con rapidez. Pasado un mes, el tumor ocupaba todo el vientre, había dispnea y mucho malestar. En este tiempo llegué yo de Antioquia é inmediatamente fui llamado en con-

sulta. Cuando llegué á la alcoba encontré á la enferma acostada en decúbito dorsal, demacrada, anémica; el vientre desarrollado como si hubiera llegado al último mes de embarazo normal; la piel estaba lisa y sólo se notaban las cicatrices de las grietas antiguas; había verdadera simetría en el tumor, de forma ovóidea, daba la sensación al palparlo de un cuerpo gelatinoso aprisionado por paredes blandas y distendidas; no se encontraba cuerpo duro ninguno. La percusión no daba sensación de ola ni ruido timpánico. La auscultación nada revelaba. Por el tacto vaginal supe que el cuello estaba muy retirado y dirigido hacia atrás; en el fondo del saco anterior se palpaba un cuerpo duro, pero que se dejaba deprimir con el dedo; por la abertura del cuello se podía introducir la extremidad de la tercera falange del índice y se notaban al rededor del hocico, rugosidades y escoriaciones. Coloqué el espéculum de Férgusson y vi el cuello amoratado y rodeado de un círculo de vegetaciones que seguían la mucosa interna.

En vista de todos estos síntomas y después de haber consultado algunos textos sobre las enfermedades de las mujeres y de haber excluído una por una las que daban lugar á confusión, llegué á persuadirme que lo que tenía de frente era una enorme mole hidática y que era necesario obrar pronto porque la disnea era notable. Todavía para persuadirme mejor y estar más seguro en el diagnóstico, introduje una sonda de mujer por el cuello de la matriz con el fin de explorar mejor la cavidad é ir sobre seguro con el tratamiento. Al retirar la sonda, observé que en los bordes del orificio de la extremidad salieron adheridas unas pequeñas hidátides, con lo que quedaba confirmado el diagnóstico.

Para empezar el tratamiento hice estas consideraciones: una matriz distendida, si pudiéramos decir inflada, como un globo de caucho por una producción anómala, sin haberle dado tiempo á la naturaleza de amurallarse con la proliferación de la fibra muscular para poder expulsar aquel producto extraño, y dado caso que tenga la fuerza suficiente, la hemorragia consecutiva agotará á la enferma. No vacilé, aunque el caso era grave porque la dispnea y el malestar aumentaban por grados. Puse un espéculum y ayudado de D. Delfín Cano, introduje una esponja preparada por la cavidad del cuello con todas las precauciones del caso y la dejé en su lugar hasta el día siguiente. A las siete de la mañana retiré la esponja que había funcionado bien. Di en seguida para ayuda de la contracción y como preventivo de la hemorragia, un gramo de centeno en polvo dividido en dos papeles y con media hora de intervalo. Desde el mismo momento que se retiró la esponja, principiaron los dolores á manifestarse, con poca intensidad y como muy profundos. Pasáronse así diez horas, y cuando la tarde llegaba los dolores se repetían con visos de algo productivo; como á las siete de la noche me anunciaron que la enferma se estaba muriendo, llegué pronto y con gran sorpresa me dijeron los dolientes que durante un esfuerzo repentino, la paciente había arrojado una producción extraña para ellos. Era la mole hidática que pesaba como seis kilogramos y que presentaba el aspecto de un montón de granizo entremezclado de una substancia glutinosa y de coágulos de sangre. No encontré vestigios de embrión.

La hemorragia fue enorme, la enferma tuvo un síncope, el pulso casi desapareció, y en vista de la gravedad, apliqué una inyección de ergotina y varias de

éter y de brandy, con lo que pude detener la hemorragia. La posición de la enferma, las fricciones excitantes, el alimento reparador y el asiduo cuidado durante toda la noche volvieron á la vida á la que estaba yá para morir.

Los dos primeros días todo pasó bien porque la fiebre era poca y el estado general no era malo, pero del tercer día para adelante todo cambió de un modo adverso: por la tarde de ese día sobrevino un fuerte calofrío á tal punto que la enferma me anunció que si le repetía otro con la misma intensidad no era capaz de resistirlo. La fiebre ascendió á 41½°, fuerte dolor de cabeza y sequedad en la boca y mucha sed. Aplicamos quinina y antipirina, 0,50 cents. de la primera y 0,60 cents. de la segunda en un solo papel, con lo que provocámos sudores copiosos; la fiebre disminuyó un poco pero los loquios principiaban á disminuir y á tomar un olor fétido; hicimos lavados uterinos de ácido bórico, á tarde y á mañana y aplicamos quinina y antipirina, aunque en menos cantidad esta última. Al quinto día volvió á presentarse el calofrío y un dolor contusivo y de tenesmo anal y vesical, al punto que hubo necesidad de aplicar una sonda para extraer la orina. Aquí aparecieron todos los síntomas de una metritis con caracteres inflamatorios violentos; se prescribió para esto opio y calomel; lavados con licor de Van Swieten en solución, y pomada mercurial en el hipogastrio. Este tratamiento produjo casi un envenenamiento mercurial, vino la salivación, el gusto metálico, diarrea verdosa y gastroenteritis marcada. Suspendimos el tratamiento mercurial y continuámos el opio. Hubo síntomas de mercurialismo, pero la afección cedió al tratamiento enérgico.

Cuando apareció la metritis, suspendimos los la-

vados uterinos y solamente practicámos lavados vaginales emolientes y prescribímos cataplasmas de harina de trigo con leche y láudano, en la región hipogástrica, y lavativas calmantes. Por alimento leche, caldo y agua vinada y quietud en su lecho. Cuando la metritis desapareció, se presentó una ovaritis izquierda, el ovario creció como una naranja, muy doloroso á la palpación y bastante endurecido; los revulsivos, tintura de yodo y vejigatorios volantes nos sirvieron de recurso en esta vez.

Con dificultad fue recobrando la paciente la fuerza y la salud, y hoy, merced al buen cuidado, á los vinos de quina y de San Rafael, al hierro en buenas preparaciones y demás cuidados dietéticos y curativos, está completamente restablecida y entregada á sus ocupaciones domésticas.

Llama la atención en esta historia, no á los prácticos pero sí á los principiantes, el rápido desarrollo de las hidátides que en un mes alcanzaron al volumen de dos fetos llegados al período de madurez, la evolución de la matriz que sin haber tenido el tiempo necesario la fibra muscular para su completo desarrollo, se contrajo produciendo dolores expulsivos capaces de arrojar un feto y de volver sobre sí misma en pocos días.

Se han omitido en esta observación muchos pormenores, por no fatigar á los lectores de los *Anales*, tal vez con cosas pueriles y de poco mérito.

Pereira, 1892, Agosto 16.

JAIME MEJIA M.

REUMATISMO ESPINAL

Las pocas observaciones que posee la literatura médica de esta forma de reumatismo, hacen que su estudio merezca alguna importancia, por ofrecer su diagnóstico dificultades y comportar un pronóstico en apariencia grave. Un caso de esta enfermedad hemos observado nosotros, por lo cual vamos á describirlo.

El 18 de Enero de 1892 fuimos á casa de nuestro enfermo, quien habita á orilla del río Palo, cerca de sus orígenes, á más de 7,000 pies de altura sobre el nivel del mar, en un clima de 15° de temperatura media, frío y húmedo. Más de diez días hacia que le había empezado la enfermedad por un dolor fuerte extendido de uno á otro lado de los ángulos inferiores de los omoplatos, dolor en la región lumbar, como dolor de cabeza, cansancio general, sed, escalofríos repetidos, fiebre y sudores; insomnio, apretamiento ligero de las mandíbulas y trabajo para mover las extremidades inferiores. Todo esto apareció después de haber sido mojado por una fuerte llovizna, al llegar á su habitación, en viaje de clima cálido. Nosotros encontrámos al enfermo en este estado: sentado sobre un alto parapeto, siéndole imposible cualquiera posición horizontal, porque la respiración no podía efectuarse con regularidad; sentía un dolor fuerte en la región lumbar, y lento al nivel de los ángulos inferiores de los omoplatos, dolor de cabeza, en la parte interna de los muslos y en las articulaciones de los artejos; tenía un trismus considerable hasta el punto de imposibilitarle, en gran parte, tomar líquido alguno; los pies, las piernas y parte de los muslos un poco hinchados, la nuca rígida formando una barra inflexible con el resto de la columna vertebral, de tal suerte que no sólo le eran imposibles los movimientos de flexión sino los de lateralidad de la

cabeza; al hablar, al hacer algún movimiento, por insignificante que fuera, al tomar un líquido frío, experimentaba una sacudida convulsiva general y única de todo el organismo, quedando en ese momento su cuerpo como de una sola pieza; estos ataques se repetían con bastante frecuencia y lo mortificaban considerablemente, tanto por su brusquedad cuanto por sentir fenómenos asfíxicos y palpitaciones fuertes al corazón durante ellos. Pasado un ataque, en el que no perdía el conocimiento, todo volvía á quedar en el mismo estado, excepto la respiración que decía sentirla más anhelosa, á medida que los accesos se sucedían, los cuales, sea dicho de paso, eran de cortísima duración y como producidos por una descarga eléctrica. Le era imposible hacer ningún movimiento voluntario, exceptuando las extremidades superiores, que estaban completamente indemnes, por lo cual no le era dable variar de posición. Los reflejos rotuliano y plantar estaban exagerados. La temperatura era de 39° 4, el pulso irregular, fuerte á veces, débil otras, latía de 100 á 110 veces por minuto. Sudaba abundantemente, pero no de una manera constante. Sus funciones naturales se hacían con relativa regularidad, aunque es de notar que la orina era escasa, de color obscuro y dejaba depositar bastantes uratos. No había, pues, alteración en los pulmones, el hígado, los riñones, la vejiga; ni sentía fenómenos subjetivos tales como picoteos, hormigueos, anestesia, hiperestesia, perversiones de la sensibilidad.

Lo que dominaba todo el cuadro sintomatológico eran la paraplegia ó *paresia* de las extremidades inferiores, el dolor lumbar, de los omoplatos, de la parte interna de los muslos y de los artejos, la rigidez de la columna vertebral, el trismus, el ataque tetaniforme,

la hinchazón de los miembros abdominales, y la exageración de los reflejos rotuliano y plantar.

El enfermo sentía además una constricción fuerte y penosa en las articulaciones coxales y de la rodilla con paroxismos, dolores de tipo lancinante. En la región lumbar el dolor era profundo, fijo, y lo comparaba á una presión continua sobre la columna vertebral, con irradiaciones hacia las ingles y los muslos. En esta región era casi nulo (el dolor) al comprimirla, mientras que en las rodillas y en la garganta del pie al nivel de los maléolos era fuerte, bastante vivo y á veces insoportable, porque las interlíneas articulares eran dolorosas por considerable sensibilidad de la sinovial, aunque las articulaciones no estaban rojas, ni distendidas por líquido alguno, lo que hácia presumir que no existían artritis.

El enfermo nunca ha sufrido enfermedad ninguna de esta clase, y entre las que ha padecido cita sólo fiebres intermitentes contraídas en Córdoba en los tiempos en que él viajaba á esta población. Es joven, de constitución fuerte, bien musculado, de temperamento sanguíneo, mestizo de raza y sin antecedentes entre sus ascendientes ó colaterales que indiquen herencia morbosa de ninguna clase.

Nuestro diagnóstico, por el momento, fue el de una afección medular, sin caracterizarla precisamente, porque, francamente, no teníamos plena conciencia de tener exacto conocimiento de la enfermedad que observábamos.

Por estar á una distancia considerable (ocho leguas) de una población donde hubiera medicamentos propios para nuestro cliente, prescribímos una poción con bromuro de potasio é hidrato de cloral, á alta dosis, medicamentos que llevábamos casualmente; y atendien-

do también á los síntomas dolorosos, convulsivos y asfíxicos que lo atormentaban pusimos una inyección de morfina.

Al día siguiente el enfermo había podido acostarse, pero la mayor parte de los síntomas habían aumentado considerablemente, exceptuando las convulsiones y las alteraciones respiratorias que habían casi desaparecido; conservaba el decúbitus dorsal; al moverle alguno de los miembros inferiores sentía dolores atroces, violentos, que se extendían desde la región lumbar hasta dichos miembros; debajo de la rótula se notaba algo de derrame así como en las articulaciones tibiotarsianas, pues las cápsulas articulares estaban distendidas. Los reflejos continuaban en el mismo estado.

El diagnóstico aun no se hacia claro, porque tanto podía sostenerse una congestión medular como una mielitis aguda de foco ó un reumatismo agudo de forma insólita, pues la única causa etiológica que poseíamos, la humedecida estando acalorado y pasando de un clima cálido á uno frío, lo mismo podía haber producido esta ó aquella afección. Algunos síntomas nos hacían más bien sospechar un reumatismo espinal que una mielitis, tales como la rapidez de la fluxión en las articulaciones de los miembros inferiores, el dolor vivo á la presión, los caracteres de la misma fluxión que aparecía sin calor y enrojecimiento, ni aun tumefacción inicial; los de las orinas, raras, ligeramente hemafeicas y cargadas de uratos, y por último la ausencia de alteraciones de la vejiga, de escara en la región sacra y de fenómenos subjetivos de la sensibilidad, por lo cual prescribímos salicilato de soda á alta dosis, de cuatro á ocho gramos diarios, tratamiento que sostuvimos por espacio de doce días, hasta que em-

pezaran los primeros fenómenos de salicilismo, disminuyendo entonces la dosis, pero continuando siempre la medicación prescrita hasta la completa curación del paciente.

Nuestro diagnóstico no fue preciso hasta después de tres días, en que las localizaciones articulares se hicieron manifiestas, pues en contra teníamos la singularidad de este reumatismo que, como en la más completa paraplegia, afectaba los dos miembros inferiores de una manera simétrica; el dolor lumbar profundo, fijo, intenso al menor movimiento y con irradiaciones á las extremidades inferiores; la forma paraplégica tomada por el mal desde un principio, indicando su propagación del centro á la periferia en lugar de presentarse por manifestaciones periféricas, superficial, es como sucede en el reumatismo; la falta de invasión á los miembros superiores; la desproporción entre el dolor central y los articulares, siendo mayor aquél que éstos; la imposibilidad del paciente para tenerse en pie por paresia absoluta; todo lo cual inclinaba á favor de una mielitis aguda, pero singularísima por ausencia completa de alteraciones vesicales y por la aparición de dolores articulares á la presión. Mas sabemos que en esta enfermedad los enfermos experimentan hormigueos en las extremidades inferiores, anestesia que empieza generalmente por la planta de los pies para extenderse á veces rápidamente, sensación de un colchón de plumas al andar, inversión de la sensibilidad térmica, pareciendo los cuerpos fríos calientes y viceversa; perturbaciones de la motilidad y alteraciones de la micción y defecación, caracterizadas por retención al principio é incontinencia después; excitación pasajera de los organos genitales, seguida de impotencia; desórdenes tróficos de mucha gravedad, co-

mo el *decúbitus acutus*, las mielitis intersticiales y alteraciones musculares profundas de diverso género, síntomas que no presentó nuestro enfermo.

La discriminación sintomática con otras entidades patológicas nos presentó menos dificultades. En la "paraplegia por compresión de la medula" los desórdenes tróficos no se presentan sino en un período avanzado de la enfermedad, pero las parálisis son más acentuadas de un lado que de otro: en la "congestión medular activa", y en la "irritación espinal" hay vértigos, zumbidos de oídos, dolores por la presión de las apófisis espinosas, desórdenes de la visión y convulsiones debidas á anemia bulbar, según Hammond; en la "meningitis espinal aguda" se presentan alteraciones de la sensibilidad y de la micción, y opistótonos considerables semejantes á los del tétano; además casi siempre se complica con mielitis aguda, lo que hace que el cuadro sintomatológico de estas dos entidades morbosas sea muy semejante; en la "parálisis espinal atrófica", el período paraplégico es seguido en corto tiempo del atrófico, y aunque no presenta alteraciones de la vejiga, de la sensibilidad &c., es rara en el adulto. Con el "tétano" la confusión era apenas posible, pues nuestro cliente, aparte del trismus y de los accesos convulsivos, no tenía herida ni había causa que pudiera hacer sospechar la existencia de tal enfermedad.

Hecho, pues, nuestro diagnóstico y decidido en favor de un reumatismo espinal, seguimos su marcha aunque de lejos y por referencias, pues no podamos asistir personalmente nuestro enfermo, la cual no fue interrumpida por ningun accidente que la complicara, por lo que todos los síntomas cedieron poco á poco hasta que curó radicalmente.

II

Esta forma clínica de reumatismo es considerada por los autores que en ella se han ocupado, como rara, y aun muchos no la aceptan por no creerla perfectamente demostrada. Besnier, en su artículo sobre el "Reumatismo", la admite con reservas, porque los casos hasta hoy observados no son suficientes para establecerla de un modo innegable. H. Rendu refiere un caso y dice: "Estos hechos de reumatismo medular son raros, y sobre todo no se les ha prestado la atención suficiente. Se encuentran, sin embargo, algunos ejemplos esparcidos en la literatura, á título de curiosidad patológica, sin que de ellos se haya tratado de sacar partido desde el punto de vista de la naturaleza del reumatismo." (*Leçons de clinique médicale*, 1890, *página* 106.)

Entre las observaciones más notables de esta entidad patológica hemos encontrado: un caso citado por Trousseau, referente á una joven en quien la enfermedad empezó con los síntomas de una verdadera mielitis, evolucionó como tal, por espacio de algunos días, hasta que las localizaciones articulares la caracterizaron perfectamente. (*Clinique médicale de l' Hotel Dieu de París, cinquieme edition*, 1877.)

En la observación de Rendu, el enfermo es un joven robusto, que después de haber estado sentado sobre un césped húmedo, siente dolor en la región lumbar, *paresia* de los miembros inferiores, escalofríos, fiebre, sed viva, y luégo, en el curso de la enfermedad, aparecen fluxiones en las articulaciones de todos los miembros, con dolores en ellas y en los muslos, irradiados de la región sacrolumbar, todo lo cual caracteriza un completo reumatismo, que cede al salicilato de soda.

Vallin, en una comunicación á la Sociedad médica de los hospitales, refiere dos casos: el primero es el de un hombre de 43 años, quien, á consecuencia de un brusco enfriamiento, siente fiebre, escalofríos y una parálisis rápida de las extremidades inferiores. Al séptimo día de la parálisis ataca el miembro superior derecho dejando libre el inferior izquierdo, y luégo el superior izquierdo es atacado dejando indemne el inferior derecho. Poco después aparecen fluxiones articulares dolorosas, que ceden al tratamiento apropiado, para dar lugar después á una pericarditis de evolución clásica. El segundo caso se refiere á un soldado que, después de haber estado expuesto al frío, siente cansancio, raquialgia, *paresia* muscular, y una semana después sobrevienen escalofríos que antes había sentido, hiperestesia de la región lumbar é impotencia de los miembros inferiores, seguidos de tumefacción de las articulaciones de los puños y de otras manifestaciones de reumatismo. Todo entra en calma á favor de un tratamiento adecuado.

En todos los casos relatados sucintamente encontramos como causa etiológica un enfriamiento más ó menos brusco. Probablemente la predisposición también entra por mucho en el desarrollo de la enfermedad localizada en la medula desde un principio.

Los síntomas que la caracterizan empiezan siempre por escalofríos, fiebre, sudores, sed viva, dolor lumbar ó en la columna vertebral con irradiaciones hacia las ingles y hacia la parte interna de los muslos, verdadera paraplegia ó paresia de las extremidades inferiores, rigidez de la nuca, exageración de los reflejos rotuliano y plantar, seguida, quizá, de su desaparición completa; apareciendo después de algún tiempo tumefacción de las articulaciones, dolor á la pre-

sión y al movimiento, derrames articulares, orinas escasas, cargadas de uratos y hemafeicas. La ausencia completa de alteraciones de la micción, de la defecación, de fenómenos subjetivos tales como picoteos, anestesias, entorpecimientos, hormigueos, de alteraciones tróficas, de perversiones de la sensibilidad &c., son signos negativos de verdadera importancia diagnóstica.

Si examinamos esta forma de reumatismo y la comparamos con las habituales y comunes, tal vez no encontramos diferencia de naturaleza, y más bien notamos la parte importante que en uno y otro caso toma la medula para la producción de las alteraciones que en esta enfermedad se observan. Las fluxiones reumatismales son móviles, súbitas, y aun cuando en algunas se ha encontrado fibrina y leucocitos, no son verdaderas inflamaciones, pues así como que se resuelven sin dejar rastro ninguno, aparecen por la más pequeña causa. Estas artropatías, que se presentan en muchas ocasiones de una manera simétrica, demuestran que esta concordancia tan completa en la aparición simultánea de todas ellas depende de un punto céntrico. (Rendu.)

Las mismas alteraciones de nutrición que se notan en los reumatismos crónicos hacen suponer su origen central. Su analogía es completa con muchas afecciones nerviosas que producen alteraciones de las falanges, y hay algunas, como la parálisis agitante, en donde las atrofias musculares, la apariencia escamosa y seca de la piel, las alteraciones de nutrición cutánea, no difieren en nada de las que se observan en aquella enfermedad. (Rendu.)

El tratamiento mismo puede servir de base para admitir el origen espinal de todo reumatismo, pues

sabemos la influencia marcada que sobre la medula y sus enfermedades tiene el salicilato de soda.

Cuanto á la exageración de los reflejos rotuliano y plantar en un principio y su desaparición después, dice Rendu al referirse á su caso: "Llamo especialmente vuestra atención sobre las modificaciones interesantes que han presentado el reflejo rotuliano y el reflejo plantar. Muy exagerados al principio de la enfermedad, los hemos visto, desde el segundo día, disminuir de intensidad, después suprimirse: hoy están totalmente abolidos. Este hecho, que podría hacer creer en una agravación del mal, y que yo había mirado al principio como un mal síntoma, no tiene el valor pronóstico que me había supuesto.

"La desaparición de los reflejos no indica necesariamente la invasión más profunda del eje gris, ni la desorganización de la medula: ella simplemente quiere decir que la reflexibilidad de los centros nerviosos es menor, y que la medicación hace el efecto de un analgésico. Yo he podido comprobar varias veces que el empleo del salicilato de soda disminuye el reflejo rotuliano hasta el punto de suprimirlo completamente. No se debe dar á este hecho significación grave, pero no es menos interesante el comprobarlo, desde el punto de vista de la acción fisiológica del salicilato de soda y también de la teoría medular del reumatismo." (*Loc. cit.*, *pág.* 109.)

La marcha de la enfermedad es generalmente rápida, durando próximamente de dos á cuatro semanas.

El pronóstico no es muy grave, pues en los casos que dejamos relatados, los enfermos han terminado por la curación. Síntomas de mal augurio serían la aceleración de los latidos del corazón sin elevación de la temperatura (especie de taquicardia por una altera-

ción funcional del neumogástrico, según Rendu), la tendencia á las escaras, la persistencia de la rigidez de la nuca con impedimento de la deglución, porque esto indicaría la invasión del bulbo, y la aparición de endocarditis ó pericarditis.

Cuanto al tratamiento, tal vez, no hay medicamento de más valor que el salicilato de soda en altas dosis: disminuye la reflexibilidad espinal, descongestiona los centros nerviosos, y hace desaparecer rápidamente los dolores y las fluxiones articulares.

Hammond, de New York, ha preconizado últimamente el cornezuelo de centeno disuelto en café, á sus enfermos atacados de mielitis; y por su parte, Rendu cree la aplicación de la ergotina bien indicada por los efectos que ha obtenido en las mielitis crónicas.

En los casos en que el diagnóstico no sea claro debe recurrirse á la reacción eléctrica para establecerlo, pues en el reumatismo espinal, la contractilidad farádica no está abolida como sucede en las afecciones medulares inflamatorias, y sobre todo en aquellas en que los nervios periféricos toman parte, como en las polineuritis infecciosas, según lo ha observado Rendu, y hemos tenido ocasión de comprobarlo más de una vez. En estos casos conviene una medicación antiflogística sobre la medula misma: ventosas escarificadas, secas, ligeros revulsivos &c., y para calmar los dolores, inyecciones de morfina.

III

De lo expuesto en este ligero estudio podemos concluir:

1.° Que hay casos semejantes á las mielitis agudas, que no lo son;

2.° Que tales casos pertenecen á una forma de reu-

matismo muy raro, que ha sido llamado reumatismo espinal;

3.° Que todos los reumatismos pueden considerarse como de origen espinal, y que si á la forma que hemos descrito se le conserva su nombre es por la diferencia clínica que tiene con el reumatismo clásico;

4.° Que el diagnóstico no es siempre claro y que tiene gran importancia para el pronóstico y el tratamiento; y

5.° Que el salicilato de soda en altas dosis obra como específico para esta enfermedad.

D. Gutiérrez y Arango.

Santander (Cauca), Julio 10 de 1892.

LA CUESTION LAZARETOS

Cuando se discutía en la Academia de Medicina de Medellín, el año antepasado, la cuestión relativa al establecimiento del Lazareto de San Pedro Claver, no asistí yo á las sesiones ni tomé, por consiguiente, parte alguna en el debate. Hasta ahora he guardado silencio, observado completa prescindencia ó neutralidad en el asunto; mas hoy que la cuestión ha revivido y tomado mayor importancia, por ventilársela en los centros científicos de la Capital y aun en el Congreso, quiero, ya que se presenta oportunidad para ello, exponer también mis opiniones sobre el particular.

Pero se me hace preciso, ante todo, advertir que mis ideas en esta materia no son de ahora, no emanan de la lectura de recientes publicaciones, pues yá desde aquélla época las había manifestado, en conversación privada, á algunos de mis colegas de esta ciudad, entre ellos á mis distinguidos amigos los doctores Rafael Pérez y Tomás Quevedo.

Se reducen, en substancia, á lo siguiente:

Yo no concibo ó no acepto los lazaretos-ciudades ó lazaretos-colonias, con sus plazas, calles, teatros, templos y paseos, y menos aún con comercio de importación y exportación: todo eso me parece fantástico, ilusorio, irrealizable. Para mí un lazareto, ó en lenguaje más preciso, una *leprosería*, no es ó no debe ser otra cosa que un simple hospital, es decir, un espacio de terreno más ó menos amplio, según el número de individuos que deba contener, pero perfectamente circunvalado por muros de suficiente elevación y con una sola entrada, donde haya un portero ó, si quiere, un cuerpo de guardia, que impida la salida á los enfermos y el acceso no permitido á los sanos; recinto en que habrá jardines, baños, huertos y arboledas, que lo hagan ameno, y los edificios necesarios para la habitación y el servicio, con la debida separación, sobre todo si ha de haber ahí enfermos de uno y otro sexo, aunque lo mejor sería construir un lazareto para hombres y otro para mujeres, á conveniente distancia uno de otro.

Puesto que es un hospital, puesto que se trata de enfermos ó de inválidos, que poco ó nada podrán hacer (si se exceptúan la preparación de sus alimentos, la confección de algunas piezas de vestido, cigarros, ú otros objetos para su propio uso), todo ó casi todo tendrá que aportárseles del exterior. Se necesita, pues, que no estén á mucha distancia de los centros de población, para que sea fácil el atenderlos.

Juzgo que un establecimiento así constituído, puede hacerse en cualquiera parte, junto á cualquiera población, sin inconveniente ó perjuicio apreciable. Por el contrario, ése será, á mi modo de ver, para las poblaciones que lo tengan cercano, como una especie de

pararrayo que las preservará del contagio, porque la facilidad de recoger y de recluir ahí los leprosos y la posibilidad de vigilarlos, las librará del mal, pues no siendo la lepra transmisible sino por contacto directo ó inmediato, el contagio se hará imposible.

Sucederá entonces lo mismo que en el orden social, que hay más seguridad en habitar un pueblo donde hay cárcel y policía, que otro donde aquello falte.

Yo, por mi parte, como habitante de Medellín, no me inquietaría en lo mínimo si en vez del manicomio del Bermejal, tuviéramos ahí una leprosería.

Pienso que los lazaretos de esta clase, como cualquiera otro hospital, como los cementerios, deberían hacerse donde estén los enfermos ó los muertos, donde se necesiten, junto á cualquiera población que los haya menester y pueda costearlos y administrarlos.

Si para el tratamiento de esta enfermedad fueran necesarios un clima especial ó ciertas aguas minerales ó termales, preciso sería establecer las leproserías en determinadas localidades; pero no siendo esto así, no hay ventajas, y sí serios inconvenientes, en hacer viajar los enfermos desde puntos distantes, multiplicándo con eso las ocasiones y facilidades de transmitir ó comunicar el mal á otros.

Yo pienso, además, que en varias leproserías pequeñas es más fácil aislar los enfermos, son más eficaces todas las medidas que se adopten para impedir la propagación de la enfermedad y aun para combatirla ó destruirla, que no en un lazareto monstruo, en un pueblo ó ciudad de leprosos, que nadie alcanzaría á reglamentar ni vigilar, y en que como en un foco de toda otra especie, el mal no podría menos que acrecentarse, por aquello de que *la unión hace la fuerza*, tanto para lo bueno como para lo malo.

Y aquí conviene recordar que en otra época y en otros países se ha logrado extinguir la lepra aun sin necesidad de secuestración, con sólo evitar, por medio de prohibiciones severas, el contacto de los enfermos con los sanos. Para esto se obligaba á los primeros á usar un hábito particular, que los hiciera reconocer de todos; á anunciarse por medio de una campanilla; á no pisar el suelo con los pies descalzos y á no tocar nada sino con guantes ó señalando con un largo bordón; á no beber ni tomar alimento alguno sino en su propio vaso, con prohibición expresa de entrar á las tabernas, á los templos, de concurrir á las ferias y á cualquiera otra reunión.

No creo, pues, que convenga en manera alguna hacer un solo lazareto en el país, reunir, concentrar en un solo punto los muchos miles de leprosos que, según las estadísticas, diz que existen en Colombia; y respecto á su establecimiento en una isla remota, como la de Coiba, creo que los inconvenientes serían mucho mayores, porque en razón á su distancia de las principales poblaciones de la República y á nuestros actuales medios de transporte, sería muy demorado, muy difícil y muy costoso el conducir allá tan crecido número de enfermos y más aún el sostenerlos ó atenderlos, sobre todo en épocas de guerra, como yá otros lo han hecho notar. Baste considerar que la isla de Coiba dista de Panamá, aunque por mar, 80 leguas; 362 de Medellín, 380 de Bogotá, y como 420 de Neiva. Puede, pues, asegurarse, sin exageración, que con los gastos de transporte habría para construir en otro punto, en el interior, un buen lazareto. Además, ¿quién daría alojamiento, á su paso, á los leprosos? ¡Cuántos de ellos no morirían en ruta! ¡A cuántos no podrían contagiar durante el viaje!

Pero aun suponiéndolos instalados allá, ¡de cuántas cosas no carecerían! Siempre he creído que un lazareto debe ser un hospital donde los enfermos encuentren, ya que no la curación, sí alivio y consuelo, y no un destierro donde se hallen expuestos á morir desamparados.

Yo no vacilo en afirmar que el proyectado lazareto de Coiba es irrealizable, y que jamás se hará. ¿Sucederá lo mismo con los de los Departamentos? No lo pienso, y de seguro que Antioquia, por lo menos, podría hacer el suyo, que, á Dios gracias, no lo necesita muy espacioso, en poco tiempo. Y para que esto suceda, no se necesita que el Congreso Nacional arbitre medios, dé nuevas leyes sobre la materia: basta que deje á cada Departamento la parte que le corresponde del impuesto sobre las mortuorias; eso será suficiente. Pero oigo decir por ahí que con eso nos atraeríamos los leprosos de otros Departamentos, que se nos vendrían todos encima. Mas para evitarlo está ahí la policía. Que se establezcan en nuestra frontera verdaderos cordones sanitarios, que se impida aquella inmigración, y el inconveniente está remediado.

No terminaré sin consignar aquí una última opinión. Aunque dije que la lepra no requiere para su tratamiento climas particulares, no quise significar con eso que para mí todos sean iguales ó que el asunto me parezca indiferente. Hay, sin duda, unos mejores que otros; y en esto mi opinión es contraria á la de varios de mis colegas de aquí y de Bogotá. Creo que los climas muy calientes son más malos, y que no deben elegirse para establecer las leproserías. Bastantes penalidades tienen que sufrir los infelices leprosos, para que vengamos á aumentárselas obligándolos á residir en sitios ardientes, expuestos á las fiebres y al incesante

aguijón de los mosquitos, que á más de atormentarlos, pueden ser agente activo de transmisión del mal, como sucede con el carbunco y con otras varias enfermedades. Los climas muy fríos son también desfavorables, por lo cual yo preferiría los medios ó templados.

Esta mi manera de pensar está de acuerdo con lo observado por Guyón y Brassac. Ellos han visto, en efecto, que individuos predispuestos á la lepra, por venirles de herencia, y con manifiestos principios del mal, se han librado de ella por haber cambiado de residencia, yéndose de climas tropicales á otros más benignos.

Septiembre de 1892.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

NOTAS VARIAS

LA CULEBRA DE PELO

La *Crónica Médica* de Lima reprodujo, hace algunos meses, el artículo que sobre el Parásito del grillo y la Culebra de pelo escribí yo en el número 7.° de los *Anales*. Los redactores de aquella revista, correspondiendo á la excitación que hice, advierten que esa misma creencia, de que los cabellos se convierten en serpientes, existe en el Perú. Según ellos dicen, los indígenas de ese país entierran siempre sus cabellos, cuando se los cortan, tanto para evitar esa *metamorfosis*, como porque creen que sus almas vendrían después de muertos *á penar*, si así no lo hicieran.

El padre Juan de Velasco, en su *Historia del Reino de Quito*, escrita en 1789 (obra que yo no conocía cuando publiqué mi citado artículo), habla también de eso, dándole al asunto, por supuesto, entero

crédito, y cita á un misionero que, en 1744, había tenido en sus manos una culebra de esa especie. Dice que si se parte la raíz del cabello, sale la culebra con otras tantas cabezas.

Tenemos, pues, hasta ahora, bien averiguado que en Colombia, en el Perú y el Ecuador ha existido, desde época remota, la preocupación que yo combatí. Es probable que exista también en otros muchos países de origen español.

—

EL CARATE

De la citada obra del padre Velasco copio el pasaje siguiente, que me parece importante para la historia, aún tan deficiente, de esta dermatosis: "En ninguna parte del Cauca hay tanto carate como en el Patía. Fue llevado por unos negros de Angola. Los de esta raza lo adquieren fácilmente, como también algunos blancos y mestizos, mientras que los indios difícilmente. Es hereditario y contagioso, incurable en el primer caso, y sólo por milagro en el segundo. Es enfermedad sólo cutánea; saca manchas de diversos colores al cuerpo, y hace que éste despida pestíferos efluvios. Nunca hace pústulas ni costras, ni arroja humor alguno. No causa comezones, ni ardores, ni incomodidad ninguna; no debilita las fuerzas ni impide la generación."

Dejando para otra ocasión, para cuando tenga tiempo, el tratar con algún detenimiento de esta enfermedad, me permito consignar aquí la opinión que desde hace bastante tiempo profeso acerca de su naturaleza. La tengo por *parasitaria*, y la creo transmisible por medio de las picaduras de los mosquitos.

¿ELEFANTIASIS Ó LÁZARO?

Hace algunos años que el *Boletín Industrial* de esta ciudad publicó el artículo que sigue, escrito por el venerable Dr. J. M. Martínez Pardo.

"CURACIÓN DEL LÁZARO POR LAS VIRUELAS.—En el año de 1816 había en el Hospital de San Juan de Dios de Antioquia, un negro que servía en esa casa de caridad; su nombre Crisóstomo, de edad como de 32 á 34 años: era esclavo del Hospital por haberlo cedido su señora para que sirviera á los pobres; padecía de lepra elefantina: las piernas y los pies figuraban exactamente bien los del elefante; tenía hondas ulceraciones con pérdida de substancia. En ese año de 1816 fue atacado por la viruela de un modo horrible: cuando se hizo la descamación de esas pústulas, que habían cubierto todo el cuerpo, se encontró completamente curado de la enfermedad que lo afligía: la cara y piernas limpias del todo y en su estado natural: éste, de negro que era, se puso blanco de leche; pudiéramos decir hubo un albinismo parcial. Este negro continuó sirviendo en el Hospital hasta el año de 1831, en que murió, sin que el mal primitivo hubiera vuelto á presentarse."

A pesar del respeto que me merece el autor de esta observación, me atrevo á poner un interrogante á su diagnóstico, ó más claramente, á manifestar que juzgo se trataba aquí de un caso de elefantiasis de los árabes, y no de lepra ó lázaro; lo que dice del aspecto de las piernas, autoriza para creerlo así. No obstante eso, el hecho me pareció digno de ser conocido.

ASCITIS CURADA CON EL USO DE LA LECHE.—El mismo Dr. Martínez Pardo envió al citado *Boletín* la

observación siguiente, que aunque no es nueva ni muy completa, no deja de ser interesante:

"Con el Dr. Fabricio Villa recetábamos en el Hospital de San Juan de Dios de Antioquia á un hombre que padecía una hidropesía ascitis, yá en estado muy avanzado cuando entró al Hospital. Yá en el último período creíamos de necesidad la punción del vientre, siquiera fuera como un medio paliativo que prolongara unos días más la vida del enfermo. En tal situación, obrando de acuerdo con el Dr. Villa, propusimos al enfermo que se sometiera al régimen exclusivo de la leche, y convenido que fue en hacerlo así, se dio principio al día siguiente, administrándosele diariamente, y en tres porciones, tres botellas de leche (algo más de dos litros). Desde el tercero día el paciente manifestó gran repugnancia para tomar la leche: la vomitaba; pero el Dr. Villa, á quien tocaba en turno en esos días la asistencia al Hospital, se manifestó inflexible, insistió en que se continuara el uso de la leche. Antes de ocho días se estableció la tolerancia, se suspendió el vómito, y el enfermo tomaba la leche con agrado. Desde entonces hubo aumento de orina, el que continuó en progreso hasta la desaparición completa del volumen enorme del vientre é hinchazones del resto del cuerpo. El tratamiento con la leche duró veinticuatro días, entrando el enfermo en convalecencia, permitiéndosele tomar bizcocho con leche, la que continuó dándosele. La edad del individuo de esta observación era de cuarenta y ocho años: se encuentra sano y robusto después de cuatro años que hace salió del Hospital, en su oficio, que es perseguir á los cerdos en las plazas y calles de la ciudad."

ANDRÉS POSADA ARANGO.

VARIEDADES

ANTIGÜEDADES INDÍGENAS

Hemos visto el Catálogo, impreso en Bogotá, de la rica colección de objetos enviados por el Gobierno de Colombia á la Exposición histórico-americana de Madrid.

Al enumerar, en su introducción, las publicaciones hechas hasta ahora sobre esa materia, menciona el *Ensayo* del Dr. Andrés Posada Arango, relativo á los aborígenes de Antioquia, como un *opúsculo sin láminas.* Creemos conveniente rectificar ó complementar este dato con la siguiente explicación. Ese folleto es traducción de un trabajo presentado por el Dr. Posada, en francés, á la Sociedad de Antropología de París, en 1871, el cual está publicado en el tomo primero de las *Memorias* de aquella Sociedad, con dos láminas que representan 36 objetos, de arcilla, piedra y oro, escogidos por el Consejo de Redacción en un atlas de 131 figuras, hechas á pluma por el autor de la Memoria, que acompañaba el original y que se conserva en los archivos ó biblioteca de dicha Sociedad. También está publicado ahí el catálogo explicativo de todo el atlas.

Muchas de las figuras publicadas más tarde en la *Geografía de Antioquia*, del Dr. Uribe Angel, y en *El Dorado*, del Dr. Zerda, eran yá conocidas de la Sociedad de Antropología, por los dibujos hechos por el Dr. Posada Arango y por las notas que los acompañaban.

La Sociedad le discernió al Dr. Posada, por ese trabajo, una hermosa medalla, grabada con su nombre y con el busto del ilustre Buffon, y una mención honorífica en el concurso al premio Godard.

(De *El Progreso.*)

ACADEMIA INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA BOTANICA

Se ha fundado en Francia este instituto científico, compuesto de profesores de varios países.

Nuestro colega el Dr. Andrés Posada Arango ha sido elegido miembro en Colombia, y sabemos que ha aceptado la designación.