

Director: Dr. GABRIEL TORO VILLA  
Rector de la Facultad de Medicina.

---

---

# BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Fundada en 1932 por los Dres. Elkin Rodríguez y Alfredo Correa Henao.

Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la  
Universidad de Antioquia.--Medellín

REGISTRADO PARA CURSO LIBRE DE PORTE EN EL SERVICIO  
POSTAL INTERIOR. LICENCIA NO. 183 DE 28 DE JUNIO DE 1935

## REDACTORES

DRES. EMILIO ROBLEDO, ALONSO RESTREPO, JUAN B. CALLEJAS.

---

---

Editado por los Laboratorios URIBE ANGEL

---

---

AÑO II No. 9.

MAYO de 1936. No. 21

---

---

## CORRESPONDENCIA Y CANJES:

Oficina de Boletín Clínico  
Edificio de la Escuela de Medicina  
Avenida Juan del Corral

Medellín - Antioquia  
República de Colombia.  
Apartado postal 205.

---

---

## CONTENIDO:

Homenaje al Profesor Jesús YEPES CADAVID.

FABIO.—Doctor Jesús Yepes Cadavid.

YEPES CADAVID J.—Fisiopatología del diencéfalo o cerebro vegetativo.

TORO VILLA Gabriel—Fiebres de causa sifilítica.

RESTREPO José Miguel—Breves apuntes clínicos. Tiroiditis de origen gripal.

ORTIZ VELASQUEZ Julio—Muerte por desnucamiento.

Cómo fue aprobado el proyecto sobre medicina.

OSORIO ISAZA Antonio—Una interesante anomalía arterial.

La nueva legislación sobre narcóticos.

TIRAJE 2500 EJEMPLARES

# A los señores médicos

Medellín, abril de 1936.

Señor doctor:

Tenemos el mayor interés en que todos los señores médicos del país reciban oportunamente el BOLETIN CLINICO, órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de que somos editores autorizados y que distribuye por todo el mundo nuestra Casa de Medellín.

Pero ocurre con demasiada frecuencia que los señores médicos cambian de domicilio o de residencia y olvidan hacerlo saber a los publicistas y a los laboratorios farmacéuticos con quienes tienen relaciones.

Le rogamos pues encarecidamente darnos su dirección actual lo más completa que sea posible y hacernos saber todo cambio de domicilio permanente o transitorio.

*LABORATORIOS URIBE ANGEL*  
*Medellín.*

## ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.01 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

# Variedades médicas

(De la "Revista Moderna de Medicina y Cirugía".

## NUESTROS POLITICOS Y EL JUEGO

Entre nuestros parlamentarios acusados de concusión, algunos se han defendido diciendo: "Yo soy pobre", y eso era verdad. Esa razón ha parecido convincente, pero en ningún modo era suficiente para probar su probidad, porque eran *jugadores*.

El juego es una enfermedad mental de la misma manera que las toxicomanías y a mí me extraña que el estudio de ese síntoma esté ausente de nuestros tratados de psiquiatría. El jugador no tiene voluntad para resistir a su pasión. En cuanto tiene algún dinero corre a arriesgarlo y en cuanto lo ha perdido se halla en el mismo estado que el morfinómano que no vacila en acudir a los medios más viles y más deshonorosos.

Y este mal parece incurable; hasta tal punto se arraiga el vicio en los hombres.

El jugador es más peligroso que el toxicómano, porque este

## CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de  $\frac{1}{2}$  gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

### INDICACIONES:

HEMOSTATICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILACTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla  
C o l o m b i a

último no puede ocultar la pasión que modifica su estado normal, mientras que el jugador conserva un trato agradable en la sociedad, no pierde sus facultades y siempre es capaz de seduciros.

Del mismo modo que el toxicómano, tiene el espíritu de la camaradería para aquellos que tienen su mismo vicio.

El juego crea simpatías entre el católico y el libre pensador, entre el monárquico y el socialista y entre el patriota y el internacionalista. Yo he visto reunidas en la mesa de un jugador las personalidades más diversas: marqueses, parlamentarios, gobernadores, banqueros y extranjeros cuya moralidad no era bien conocida... y todos se entendían muy bien.

De ahí a las colaboraciones y a las conclusiones sólo hay un paso.

Existen asilos de temperancia, sanatorios para tuberculosos. Pues ¿por qué no existirán también establecimientos especializados en la curación del juego?

*¿EXCUSA LA ALCOHOLOMANIA UN DELITO?*

El conde de Segur, conduciendo de madrugada su automó-

## **FERROL**

### **Poderoso antianémico**

El Ferrol es una solución neutra que contiene 5% de hierro absolutamente asimilable, tolerado aun por los organismos más delicados.

Cada cucharadita contiene 25 centigramos de hierro puro.

No produce estreñimiento, ni tiene efecto alguno irritante sobre las paredes del estómago.

Con Ferrol se puede activar el tratamiento ferruginoso sin miedo a trastornos digestivos y en pocos días se pueden obtener efectos sorprendentes.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

vil, lo dirigía tan mal e iba tan de prisa que arrolló a una mujer. Sin detenerse para socorrer a su víctima aceleró su velocidad. Fue, sin embargo, detenido más tarde y su abogado invocó el estado de embriaguez en que entónces se hallaba su cliente y aún más: afirmó que era un alcoholómano. En seguida se ve el medio de defensa adoptado: dicho conde era irresponsable por ser un enfermo.

Por consiguiente, si los jueces lo declarasen así, hubieran tenido que absolverlo por ordenarlo entonces la ley.

Ahora bien, sabemos que las crisis de alcoholomanía no pueden ser impedidas por la voluntad, porque el sujeto bebe fatalmente. Así, pues, la sociedad estará expuesta a un nuevo accidente de la parte del conde.

Esto se evitaría si nuestra legislación instituyera la averiguación de la causa del delito y castigase según esa causa.

El gobierno de Hitler, que, sin embargo, yo no admiro corrientemente, promulgó una ley dando al juez el derecho de in-

## TONIKOLA

### Kola granulada

En la Tonikola se encuentran todos los principios activos de la Nuez de Kola.

Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

ternar en un asilo al que teniendo la costumbre de beber exageradamente o que se intoxica de otro modo cualquiera, cometió un delito o un crimen en estado de embriaguez. Del mismo modo, todo individuo condenado por embriaguez completa podrá ser enviado al asilo correspondiente por dicho juez con el fin de corregirlo. La detención durará el tiempo necesario aunque nunca más de dos años. En el intervalo, se acordarán libertades de ensayo, bajo la vigilancia del juez, quien habrá de dictar las medidas convenientes.

En caso de reincidencia se consultará a un psiquiatra para decidir si es preciso encerrarle en un manicomio o enviarle a una colonia de trabajo.

La ley sueca de 12 de junio de 1931 es preventiva. El alcohólico peligroso, que en el transcurso de los dos últimos años hubiera sido condenado 3 veces por lo menos por embriaguez, será tratado según la decisión adoptada por una comisión de temperancia, la cual podrá pedir al gobierno que dicho alcohólico sea encerrado en un establecimiento especial.

## **PALEHOL**

### **Tónico-Reconstituyente**

Preparado a base de Fosfato de Hierro, Creosota de Haya y los compuestos iodados y fosfatados que integran el Aceite de Hígado de Bacalao. El Palehol es un tónico nutritivo de sabor agradable y de gran valor en los desórdenes respiratorios de carácter crónico.

Indicado en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, los resfriados y las afecciones catarrales de las vías respiratorias. Neurastenia, Debilidad General.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
**Medellín — Barranquilla**  
**Colombia**

En Noruega una Junta de temperancia funciona en todos los pueblos. Aconseja al alcohólico, le dirige... y, si es preciso, propone que sea encerrado en un asilo.

El médico experto declaró al conde responsable, los jueces lo condenaron, pero la prisión no corregirá su pasión.

*Dr. Félix REGNAULT*

NOTA.—Entre nosotros es una cédula de impunidad.

---

---

## MUY DISTINGUIDO SEÑOR DOCTOR:

Gracias a las diversas pruebas a que se somete cada lote de Ampollas, con un costoso y moderno equipo para controles físico-químicos y bacteriológicos, podemos ofrecer a Ud. una seguridad absoluta en el empleo de nuestros medicamentos inyectables.

*LABORATORIOS URIBE ANGEL*

*Medellín-Barranquilla.*

**SAL DE FRUTAS**

**Uribe Angel**

Digestiva, antibiliosa, efervescente. Obra como laxante y purgante, según las dosis.

**No se altera.**

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

# TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarzaparrilla, Opio y Belladona.

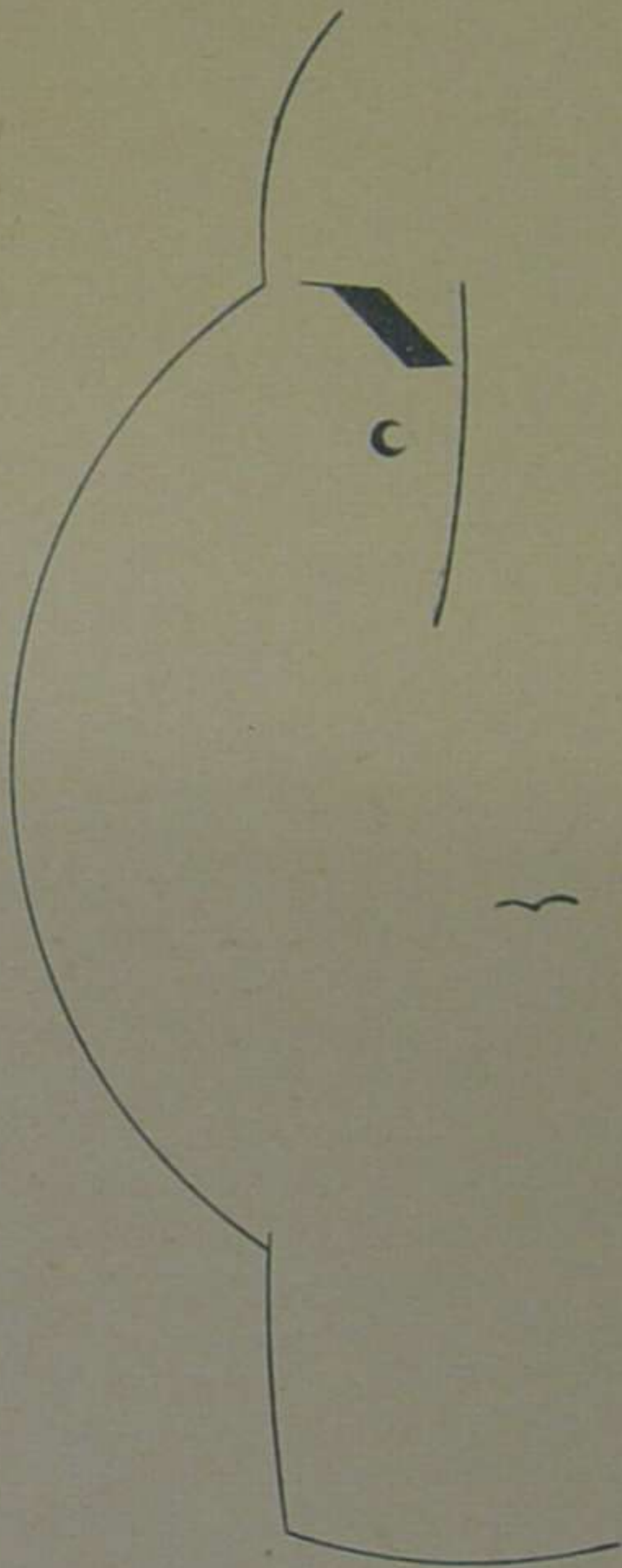
El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia





POBADA  
← CHEV →

PROFESOR JESUS YEPES CADAVID

# Doctor Jesús Yepes Cadavid

Presentan hoy las páginas de BOLETIN CLINICO al brillante profesor de nuestra floreciente Escuela de Medicina Dr. JESUS YEPES CADAVID, quien ejerce con acierto y honorabilidad su profesión en esta ciudad de Medellín.

Alta inteligencia, grande intuición y firme voluntad para observar e investigar son las características de este joven médico que en pocos años ha alcanzado adonde muchos llegan tarde o no llegan.

YEPES CADAVID es dueño de un ojo y de un espíritu eminentemente analíticos. Guiado por aquel impulso misterioso e interno que conduce a la verdad, sabe que, antes que los libros, está la naturaleza, cuyas páginas de oro no se cierran a los pesquisadores de la ciencia. Por eso él mira la erudición como complemento y comprobación de lo que ha percibido por la observación clínica. Para este profesional cada caso en patología revisa el mayor interés, sin pensar en lo que comercialmente pueda darle. Es esa la noble abnegación de quienes, como el leucocito, viven laborando callada y eficazmente. Porque jamás el excelso ideal hizo cálculos aritméticos ni consultó mezquinos intereses.

FISIOPATOLOGIA DEL DIENCEFALO se titula el estudio que comenzamos a publicar en la presente edición del BOLETIN. Relaciónase este trabajo con problemas de la más encumbrada y sutil fisiología de los centros vegetativos, a cuya actividad se da actualmente trascendencia máxima en la personalidad afectiva, nutritiva e instintiva del individuo humano.

Cierta inquietud, que es madre de sabios, ha llevado a YEPES CADAVID a intrincarse gallardamente en los iluminados dominios de la psicología aplicada, arduo tema que preocupa a los dirigentes de la sociedad, pues de su justa solución recibirán los individuos, y por ende el Estado, benéficos frutos. El ensayo que, sobre este punto, escribió hace algún tiempo, luce por la precisión de la doctrina y por la sencillez didáctica de la exposi-

ción. Ojalá que estas ideas iluminaran y guiaran a los encargados del gobierno de los pueblos.

En el año pasado dictó con singular provecho dos cursos paralelos, sobre Biotipología humana en el Curso de Información pedagógica para varones y a un grupo selecto de institutoras en la ESCUELA CALDAS. Esta clase de enseñanza dará seguramente un giro saludable a nuestra educación.

Como profesor de Patología General en la Escuela de Medicina ha demostrado YEPES CADAVID su afanoso empeño por impulsar a los estudiantes hacia una perenne y consciente renovación. En esa aula se han expuesto las tesis nuevas de conspicuos maestros como N. Pende, Nóvoa Santos, Leschke y otros luminares de la Medicina moderna, que alzan como primera columna de tan ilustres disciplinas el ya clásico concepto de que la constitución y las disposiciones individuales han de tenerse como principios básicos para seguir con éxito feliz la evolución de las enfermedades. Ante el alud bolshevista, formador de multitudes autómatas, se irgue la ciencia diciendo: *estudiad ante todo a cada individuo.*

Quien, como el Dr. YEPES CADAVID, trabaja con desinterés e inteligencia, tiene derecho al triunfo definitivo, por más que la rama ceñidora sea en estas democracias un tanto esquiva para los sembradores silenciosos.

FABIO

Abril 21 de 1936.

# Fisiopatología del diencéfalo o cerebro vegetativo.

DR. JESUS YEPES CADAVID

Profesor de Patología General.

Como enseña la embriología, después que la primera vesícula encefálica o prosencéfalo emite al nivel del piso las dos vesículas ópticas primitivas, aparecen en su superficie sendos repliegues transversales, derecho e izquierdo, que la dividen en dos mitades, una anterior, cerebro anterior propiamente dicho o cerebro terminal (telencéfalo) y otra posterior, cerebro intermedio o diencéfalo, que se continúa hacia atrás con la segunda vesícula o mesencéfalo.

De modo que el cerebro intermedio o diencéfalo está constituido por el ventrículo medio y las formaciones que integran sus paredes. Por consiguiente, además de la pared inferior o vértice de esta cavidad, que estudiaremos con mayor detalle, consta lateralmente de los tálamos ópticos y la comisura gris que las une. Debemos agregarle dos órganos glandulares: uno en la parte inferior, la *hipófisis*; el otro en la parte postero-superior: la *epífisis*.

Pero la parte del cerebro intermedio cuya trascendencia desde el punto de vista vegetativo, han demostrado las investigaciones recientes de fisio-patología, es el diencéfalo medio (o mesodiencéfalo) que comprende las formaciones que se extienden entre el pico del cuerpo calloso y el borde anterior de la protuberancia anular o mejor entre el quiasma óptico y la protuberancia, porque algunos autores sostienen que la comisura blanca anterior y la lámina supra-óptica no poseen el mismo carácter anatómo-fisiológico que los órganos contenidos en el rombo optopeduncular.

La concepción del diencéfalo medianeo no es muy exacta des-

de el punto de vista morfológico pero tiene la ventaja de agrupar los componentes vegetativos que residen en toda la altura de la pared del ventrículo, encima y debajo del surco de Monro, elementos cuya solidaridad anatómica es indiscutible.

También se llama aquella porción interhemisférica *diencéfalo vegetativo* para diferenciarla de otros núcleos y centros del cerebro medio que pertenecen al sistema nervioso de relación y constituyen el *diencéfalo motor*. Teniendo en cuenta su posición subyacente a los tálamos ópticos se le designa *hipotálamo vegetativo* y se subdivide en anterior y posterior, porciones que corresponden respectivamente a la parte óptica y a la parte mamilar de los antiguos autores. Tanto el hipotálamo anterior como el posterior presentan caracteres histo-fisiológicos especiales. En efecto, el primero constituye un verdadero órgano endocrino-nervioso porque de una parte, a la vez que contiene los núcleos excito-secretorios de la hipófisis se impregna del coloide hipofisiario (mediante un sistema porta) y por otra parte, de sus núcleos surgen ramificaciones que terminan en los centros vegetativos subyacentes.

Entre los complejos neuro-glandulares el más importante es el *hipotálamo-hipofisiario*, porque el hipotálamo representa el centro superior del sistema vegetativo y la hipófisis tiene bajo su dependencia el funcionamiento de todas las otras glándulas endocrinas (*glándula maestra*). (Roussy y Mosinger) —

El hipotálamo posterior dibuja una salida irregular llamada por Retzius *eminencia sacular* y comprende para Roussy y Mosinger, dos segmentos: el mamilar de funciones olfato-vegetativas y el peri-mamilar de funciones vegetativas.

Una riquísima red vascular establece al nivel de los núcleos *tuberianos* un régimen circulatorio especial en relación quizás con la respiración celular, el trofismo y otras peculiaridades fisiológicas de los altos centros vegetativos.

Tanto los estudios anatómicos e histológicos como los fisiológicos y patológicos nos llevan a considerar el piso del tercer ventrículo como una subestación o encrucijada nerviosa de primera importancia adonde llegarían las exigencias del organismo; algunas verdaderas necesidades conscientes porque reclamarían la intervención de la voluntad y del sistema cerebro-espinal; otras inconscientes como las relativas a la nutrición, al metabolismo de las diversas sustancias y a la regulación térmica.

Las perturbaciones vegetativas por lesiones infundibulares resultan sea por privación, insuficiencia o exageración de los es-

tímulos aferentes a tales centros, o por supresión, exaltación o modificación cualitativa de los impulsos eferentes destinados a las vísceras.

El sistema cerebro-espinal entra en íntimas conexiones con el neuro-vegetativo al nivel del hipotálamo, que constituye así el centro principal de los reflejos sensitivo y sensorio-vegetativos. Pero tales reflejos son muy diferentes de los comunes o absolutos porque los estímulos aferentes son además de los nerviosos, físicos (por variaciones térmicas de la sangre, locales y provocados de la región tuberiana, o por influencia de las variaciones de presión del líquido céfalo-raquídeo sobre el piso del ventrículo medio) o químicos (hormonales: secreciones hipofisiaria, tiroidea, suprarrenal etc.; tóxicos y toxinas hiper o hipotérmicas etc.). Asimismo los impulsos eferentes pueden determinar reacciones del lado de los músculos estriados (cuyo papel es tan importante en la termo-regulación) de la musculatura lisa o de las glándulas endocrinas, el hígado, el bazo etc. La experimentación ha demostrado la existencia de vías conductoras entre los centros vegetativos del diencéfalo y la periferia (sistema muscular, vaso-motor, sudoral, glandular etc.) mediante centros secundarios del bulbo y de la medula espinal.

Cuanto a sus relaciones con las esferas sensoriales dominan en el hipotálamo las conexiones con las vías olfativas, circunstancia que concuerda admirablemente con aquellas nociones de fisiología general según las cuales dichas sensaciones constituyen los excitantes principales de las funciones vegetativas y de los instintos indispensables para la conservación del individuo (alimentación, atracción sexual, etc.)

A compás con el perfeccionamiento progresivo de las especies zoológicas; del predominio de la vida de relación sobre la vegetativa por superposición de los hemisferios al tronco cerebral primitivo y de la reducción de los centros olfativos (rinencéfalo), los núcleos del meso-diencéfalo disminuyen de número. Si los roedores poseen en tal región treinta núcleos, el perro sólo tiene cerca de quince y el hombre poco más de una docena. Conviene anotar sin embargo que tal reducción anatómica, está funcionalmente compensada, por una notable diferenciación de los elementos constitutivos de aquellas aglomeraciones celulares.

El hipotálamo, que es al decir de Roussy y Mosinger la parte más antigua de los núcleos centrales del cerebro (*arqueotálamo*) aparece como el verdadero rector de los metabolismos generales y especiales, en tanto que las masas grises del *neo-tálamo* o

*epitálamo* (tálamos ópticos etc) y del *neo-pallium*, desempeñan únicamente en el orden filogenético el papel de centros asociados.

El meso-diencéfalo regula nuestro sér instintivo. Sus funciones, asociadas a las del tálamo y a las de las glándulas endocrinas desempeñan sin duda, bajo la dirección de la corteza cerebral, un papel preponderante en la vida vegetativa y afectiva.

Siguiendo el orden de las comunicaciones presentadas a la XIV Reunión Neurológica Internacional verificada en París durante el mes de junio de 1934, podemos dividir este estudio en tres partes:

1<sup>ª</sup>—*Consideraciones anatómicas.*

2<sup>ª</sup>—*Síndromos anatomo-clínicos dependientes del aparato vegetativo hipotalámico.*

3<sup>ª</sup>—*La regulación térmica y la región infundíbulo-tuberiana.*

### CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Decíamos que desde el punto de vista vegetativo la porción diencefálica más importante era el rombo opto-peduncular, que como su nombre lo dice, está limitado hacia adelante por el quiasma y las cintas ópticas y hacia atrás por los bordes internos de los pedúnculos cerebrales.

Este rombo encierra las partes siguientes: en la mitad anterior el *tuber-cinereum*, el tallo pituitario y la hipófisis; en la otra los tubérculos mamilares y el espacio perforado posterior.

En un corte sagital y mediano se observa claramente que tales formaciones corresponden por su cara superior al vértice del ventrículo medio cuya cavidad envía a este nivel dos prolongaciones de las cuales una (*el recessus opticus*) poco profunda se insinúa entre el quiasma y la lámina supra-óptica (lámina casi vertical que une el quiasma con la parte inferior de la comisura blanca anterior); la otra (*el infundibulum*) avanza un poco en el espesor del tallo pituitario.

Como son bien conocidos el cuerpo pituitario y su pedúnculo, sólo describiremos ligeramente y siguiendo a Testut: *el tuber cinereum*, los tubérculos mamilares y el espacio perforado posterior.

*Tuber cinereum.*—“*El tuber cinereum* o cuerpo ceniciento es una lámina de sustancia gris que ocupa todo el espacio comprendido entre el quiasma, las cintas ópticas y los tubérculos mamilares. Vista por su cara inferior esta lámina es convexa. Se presenta bajo la forma de una prominencia mamelonada o conoidea, lo que le ha valido el nombre latino de *tuber*, que significa prominencia redondeada. Su cara superior, por el contrario, es cón-

cava y forma parte del ventrículo medio. El *tuber cinereum* no es una estructura aislada, sino que se continúa hacia adelante, por encima del quiasma, de un lado con la lámina u hoja supra-óptica y del otro con la sustancia gris que forma el espacio perforado anterior; hacia atrás se continúa así mismo, por encima de los tubérculos mamilares, con la sustancia gris del espacio perforado posterior. La parte más prominente del *tuber* da inserción al tallo pituitario”.

*Tubérculos mamilares.*—“Los tubérculos mamilares o *corpora candicantia*, en número de dos, uno derecho y otro izquierdo, están situados inmediatamente por detrás del *tuber cinereum*, entre éste y el espacio perforado posterior.

*Configuración exterior.* Se presentan a simple vista bajo la forma de dos prominencias blancas, hemisféricas, de cuatro a seis milímetros de diámetro, situadas en el lado interno de los pedúnculos cerebrales. Un surco, unas veces profundo y otras poco acentuado, separa al uno del otro en la línea media.

*Constitución anatómica.* Al cortar estos tubérculos se comprueba a simple vista que están constituidos por sustancia gris en el centro y sustancia blanca en la periferia.

La sustancia gris central que constituye el ganglio mamilar se continúa hacia arriba con la que forma el fondo del ventrículo medio, de la cual parece ser una simple dependencia. Cada ganglio consta de dos núcleos, uno interno y otro externo, formado el primero por células pequeñas y el segundo por elementos más voluminosos.

Las fibras nerviosas de la sustancia blanca periférica que proceden de los pilares anteriores del trigono, penetran por la parte póstero-externa de dichos tubérculos y salen por la parte superior e interna, describiendo una especie de ocho, para terminar al fin en la parte anterior del tálamo óptico. Esta última porción es el haz de Vicq-d'Azyr.”

*Espacio perforado posterior.*—Esta región, llamada también *espacio interpeduncular*, tiene la forma de un pequeño triángulo isósceles cuya base dirigida hacia delante está unida a los tubérculos mamilares y cuyo vértice corresponde al ángulo de separación de los pedúnculos cerebrales. Lateralmente este espacio está limitado por el borde interno de los pedúnculos, donde aparecen los haces radiculares del nervio motor ocular común. Un surco medio, continuación del que separa uno de otro los tubérculos mamilares, divide el espacio perforado posterior en dos mitades simétricas.



El espacio interpeduncular consta de una hoja de sustancia gris (*lámina gris interpeduncular*), que se continúa, por delante, con el *tuber cinereum* y que, como esta última formación, es una dependencia de la sustancia gris del tercer ventrículo. Se caracteriza por gran número de agujeros que le dan el nombre y por los que pasan numerosos vasos destinados en su mayoría a los tálamos ópticos.

La hoja interpeduncular contiene en la proximidad de los tubérculos mamilares, numerosas fibras de dirección transversal, que se entrecruzan sobre la línea media con fibras homólogas procedentes del lado opuesto: su conjunto constituye lo que se llama el *entrecruzamiento de Forel*. Van Gehuchten incluye entre las formaciones diencefálicas los *cuerpos geniculados*, que como nos enseña la anatomía son en número de dos a cada lado: interno y externo según su situación respectiva.

*El cuerpo geniculado interno*, el más pequeño, está en relación directa con la parte lateral del istmo del encéfalo. Es de color grisáceo y ovalado, con su eje principal transversal; mide, por término medio, siete milímetros de anchura por cuatro de altura. De su parte anterior nace la raíz interna de la cinta óptica. De su brazo posterior se desprende un cordoncito que lo enlaza con el tubérculo cuadrigémino posterior: es el brazo posterior de los tubérculos cuadrigéminos o *brazo conjuntivo posterior*.

Además de sus conexiones con la cinta óptica, el cuerpo geniculado interno es el ganglio terminal de las fibras de la vía acústico-bulbo-diencefálica y el origen de las vías diencéfalo-corticales que se dirigen a la esfera auditiva de la corteza, situada, como se sabe, en la parte media de la primera circunvolución temporal.

*El cuerpo geniculado externo* está situado por fuera y por delante del precedente inmediatamente debajo del *pulvinar* que lo rebasa y lo cubre por encima.

Difiere del cuerpo geniculado interno por su forma, que recuerda la de un corazón (con la base superior), por su volumen, que es más considerable y por su color, que más bien que grisáceo es blanco grisáceo. De él se desprenden asimismo dos prolongaciones: una anterior, que no es otra cosa que la raíz externa de la cinta óptica y la otra posterior que la une al tubérculo cuadrigémino anterior y se denomina *brazo anterior* de los tubérculos cuadrigéminos o *brazo conjuntivo anterior*.

Se ha descrito entre los dos cuerpos geniculados un *hacecillo* blanco que los une entre sí: este *hacecillo* más visible en el feto

que en el adulto, es *el haz intergeniculado de Rauber*.

Un gran número de fibras retino-diencefálicas terminan en el cuerpo geniculado externo, que constituye a la vez el núcleo de origen de las fibras diencéfalo-corticales que van a ramificarse en la esfera visual de la corteza situada sobre la cara interna del lóbulo occipital al rededor de la fisura calcarina.

Si sumamos a estas nociones el hecho de que los tálamos ópticos son las masas grises en las que terminan las fibras de las vías ascendentes medulo y bulbo-talámicas y de que éstas incluyen los haces cilindro-axiles procedentes de los núcleos del ala gris y del haz solitario, centros bulbares terminales de las fibras sensitivas y sensoriales del glosofaríngeo y del nervio intermediario de Wrisberg, nervios que como sabemos tienen a su cargo la sensibilidad gustativa de la mucosa lingual, comprenderemos muy bien por qué el diencéfalo en conjunto constituye una gran estación sub-cortical, un verdadero cerebro de la nutrición y de los instintos, donde se elaboraran los reflejos sensitivo y sensorio-vegetativos, gracias a las ricas conexiones con todos los conductores sensoriales (táctiles, olfativos, visuales, auditivos, gustativos) y con las vías eferentes diencéfalo-ponto-bulbo-medulares que establecen las conexiones a la vez con los núcleos de origen de los nervios motores craneanos, raquídeos y del sistema vago-simpático.

Tales relaciones anatómicas nos explican por ejemplo:

a) Los diversos movimientos reflejos de los músculos de la nariz o de la cabeza según el carácter de los efluvios odoríferos que actúan sobre las terminaciones libres de las células olfatorias residentes en el espesor de la mucosa nasal;

b) La secreción salivar refleja a la vista de un alimento agradable;

c) Las reacciones vaso y pilo-motoras al oír o ver algo que nos infunde miedo o espanto, bien sea que tales reflejos sean directos o se hagan por intermedio de las glándulas endocrinas (suprarrenal, hipófisis, etc.);

d) En cuanto al instinto de reproducción las reacciones y exaltación del apetito sexual a la vista de un bello ejemplar del sexo opuesto.

#### *CENTROS Y VIAS DE CONDUCCION EN EL DIENCEFALO*

Laruelle de Bruselas describe los siguientes núcleos en el hipotálamo vegetativo: *sustancia gris central*; núcleos: *supra-óptico, para-ventricular, fundamentales del tuber* (generalmente en número de 3), *tubero-mamilo-trigonal, de los tubérculos ma-*

*milares, intercalado, de la sustancia reticular hipotalámica, retiniano, paramediano, pálido-infundibular, interfornicatus y cuerpo sub-talámico de Luys.*

Las vías conductoras se distinguen según su función:

1° Vías puramente somáticas, constituídas en su mayor parte por las radiaciones olfativas profundas;

2° Vías somato-vegetativas, que conectan el rinencéfalo al diencéfalo mediano. Comprenden un haz antero-posterior o *haz olfativo básico* de Edinger (que se divide en dos haces: *fronto-supra-óptico* y *fronto-tuberiano*); fibras que van de la corteza olfativa temporal al cuerpo mamilar, del *striatum* al hipotálamo y de los diferentes núcleos vegetativos de éste a los del tálamo;

3° *Vías puramente vegetativas* entre las que se citan como más importantes las existentes entre el núcleo supra-óptico y la hipófisis, el *tractus-para-ventrículo-cinereus* de Greving y fibras que van de los núcleos básicos a la pituitaria. Mención especial merecen el sistema de fibras *pálidas o de zona* y el sistema *tangencial peri-ventricular*. Las primeras reúnen los elementos escalonados sobre toda la altura del ventrículo y forman la parte amielínica del haz retro-reflejo de Meynert. Las segundas conectan los núcleos diencefálicos con los centros vegetativos inferiores del neuroeje. Salen de una red de fibrillas sub-ependimarias que se agrupan en haces más y más netos a medida que se acercan del acueducto de Silvio y terminan en la columna del núcleo dorsal del vago y del glossofaríngeo. Este sistema, que prosigue en la medula, representa probablemente la mayor parte de las vías eferentes de los centros vegetativos meso-diencefálicos. Para algunos autores contendría también fibras centripetas.

En cuanto a la fisiología de los diversos núcleos del hipotálamo, Laruelle asigna gran interés a la sustancia gris central la que sería el lugar de elaboración y de propagación de las excitaciones percibidas al nivel del epéndimo ventricular (que es como la cara interna del cerebro); podría intervenir en diversos mecanismos y sobre todo en el del sueño. Las reacciones consecutivas a la elaboración resultante de los estímulos por movimientos, variaciones de la presión o de la composición química u hormonal del líquido céfalo-raquídeo serían transmitidas hacia los tálamos ópticos, el *pallium* y centros bulbares inferiores. El grupo anterior de núcleos (*supra-ópticos* y *paraventriculares*) y los propios del *tuber* son funcionalmente solidarios con la hipófisis. Realizan un sistema vegetativo acoplado, de acción rever-

sible. El cuerpo mamilar puede considerarse como una conexión de las vías rinencefálicas para que actúen las excitaciones vegetativas en el mecanismo de idénticos reflejos. El núcleo *túbero-mamilo-trigonal* quizás establece relaciones con las vías y centros mesencéfalo-ponto-bulbares. En fin las células gigantes de la sustancia reticular indudablemente intervienen en la función del sueño.

### DIENCEFALO Y METABOLISMO

Decíamos arriba que el diencéfalo mediano constituye como una encrucijada o sub-estación a donde llegarían las necesidades conscientes e inconscientes del organismo y de donde saldrían las reacciones vegetativas correspondientes a cada momento fisiológico.

Tournay, a propósito de la acción del diencéfalo sobre el recambio del oxígeno y del agua dice:

1º "*La necesidad del oxígeno.*—A la noción de un centro respiratorio único como lo describe la fisiología clásica, se substituye hoy, después de los experimentos de Lumsdem y de Taylor, la de una serie de centros escalonados. Y parece que estos núcleos respiratorios en conjunto tengan un funcionamiento autóctono.

El anhídrido carbónico y el oxígeno de la sangre son los excitantes normales de los elementos nerviosos encargados de regular la función respiratoria. Además de estos estímulos locales y endogéneos, las influencias exteriores actúan también notablemente sobre el dispositivo regulador de la hematosi. Por otra parte la ventilación pulmonar es función sinérgica del equilibrio térmico porque contribuye a su mantenimiento aumentando las pérdidas de calor. Es lógico por consiguiente buscar un centro regulador de la respiración al nivel del meso-diencéfalo, donde reside también el centro térmico.

Experimentalmente se verifican efectos respiratorios por acción sobre el hipotálamo".

2º "*La necesidad de agua.*—"La constancia en agua de los diversos tejidos es igualmente notable. Depende en gran parte de fenómenos físico-químicos. Pero la manera como el sistema nervioso interviene para regular el equilibrio hídrico es un problema muy complejo que requiere conocer por una parte el papel de los plejos de Meissner en las adquisiciones de agua y de otra las salidas por el riñón, los pulmones, la piel etc.

Numerosos hechos experimentales hablan en favor de relaciones muy importantes entre el sistema nervioso y el ciclo del agua en el organismo: la poliuria experimental, la dilución de la

sangre después de recalentamiento (fenómeno que no se verifica en caso de anestesia o descerebración), la variación artificial de las entradas de agua, la sed que puede venir por una excitación de las altas regiones vegetativas, experimentalmente en el animal, o en el hombre durante las intervenciones de cirugía nerviosa.

En este último caso se crea en algunos instantes una necesidad o al menos una apariencia de ella explicable sólo por acción nerviosa, toda vez que se manifiesta sin gran pérdida o un desalojamiento importante del agua en el organismo.

A. Mayer demostró que en el individuo sediento la sangre circulante es un excitante permanente del sistema nervioso; resulta así un encadenamiento de fenómenos de orden general: modificación molecular consecutiva de los líquidos del medio interno y principalmente de la sangre, acción estimulante de esta sangre modificada sobre las paredes vasculares y transmisión de tal excitación a los centros con repercusión sobre la cenestesia. Por otra parte y según una topografía circunscrita se produce otra serie de fenómenos: modificaciones de la secreción salival y del estado de las mucosas buco-faríngea, lingual etc. Es evidente la existencia de un dispositivo nervioso central indispensable para correlacionar aquellas dos categorías de sensaciones generales y locales y que sirve de mediador para que los reflejos absolutos o condicionales impriman todas sus modalidades a la necesidad de agua que se traduce por la sed".

#### LOS SINDROMOS ANATOMO-CLINICOS DEPENDIENTES DEL APARATO VEGETATIVO HIPOTALAMICO;

Como dice Lhermitte al iniciar este estudio conviene tener muy presente las conexiones de los núcleos vegetativos hipotalámicos con la hipófisis y también las interacciones fisiológicas hipofiso-diencefálicas.

Prescindiendo de los síndromos cuyo origen hipofisiario es indiscutible: gigantismo, acromegalia, nanismo y el basofilismo hipofisiario, estudiaremos únicamente los síndromos *infundibulo-tuberianos*. Son: la *diabetes insípida*, la *narcolepsia* y sus derivados, la *hiperorexia*, la *bulimia*, la *polidipsia*, la *glucosuria*, la *obesidad diencefálica*, el *síndrome adiposo-genital*, la *lipodistrofia*, la *macrogenitosomía precoz*, la *epilepsia diencefálica de Wilder Penfiel* y la *enfermedad de Simmonds* o *caquexia hipofisiaria*, cuya causa reside en el diencéfalo para la mayoría de los autores.

I.—*Diabetes insípida* o *poliúrica*.—Para Leschke la diabe-

betes insípida puede provenir tanto de una enfermedad orgánica como de una perturbación funcional de la región tuberiana. Esta, por su acción normativa del régimen de agua y de los minerales produce entonces un aumento de la diuresis acuosa con limitación correlativa de la diuresis molecular.

Se observa la diabetes insípida a consecuencia de: traumatismos, tumores de la hipófisis, del infundíbulo, de la epífisis, de la base del cráneo o del diencéfalo, de hemorragias o focos de reblandecimiento en el hipotálamo, de meningitis de la base craneana especialmente cuando actúa la sífilis, de tubérculos, de hidrocefalia interna o encefalitis letárgica.

Poliurias pasajeras se observan a menudo después de accesos de epilepsia, de jaqueca, de aplopejía.

Como objeciones a la patogénesis diencefálica de la hidruria se han formulado las siguientes: a) frecuencia de los casos con lesión hipofisiaria; b) acción antidiurética de los extractos hipofisiarios; c) imposibilidad de extirpar en caso de ablación de la hipófisis los elementos de esta glándula incluidos en la región tuberiana.

Leschke refuta como sigue tales objeciones:

1° La frecuencia de la diabetes insípida en los casos de afecciones (sobre todo de tumores) hipofisiarias se explica fácilmente por la existencia de una vía nerviosa que conduce del lóbulo posterior al núcleo para-hipofisiario y al núcleo supra-óptico. Una afección de la hipófisis, puede por consiguiente producir una perturbación funcional o aun una degeneración retrógrada de los núcleos diencefálicos y ocasionar perturbaciones de la regulación del agua y de los minerales.

2° La acción anti-diurética de la pitresina del lóbulo posterior no desempeña papel decisivo en la patogenia de la diabetes insípida por las siguientes razones:

a) Aun después de una inyección de fuerte dosis, hasta 20 c. c., sólo se llega, al menos en los casos graves, a elevar el peso específico de la orina de más de 1.015 ó 1.020, pero jamás a 1.030 ó 1.035, como ocurre en individuos normales, porque tal acción depende de la función de los centros nerviosos. Leschke observó cierto número de casos no solamente de diabetes insípida sino también de otras afecciones del tronco cerebral sin poliuria (parkinsonismo) que no reaccionaban a la pitresina. Además en el perro normal o poliúrico después de lesión tuberiana la pitresina **aumenta** la diuresis contrariamente a su efecto en el hombre.

b) En la mayoría de los casos de diabetes insípida (sobre todo después de una aplicación de teofilina) Leschke demostró la presencia de la hormona hipofisiaria en el líquido cefalo-raquídeo extraído por la punción occipital.

c) La importancia del tejido hipofisiario incluido en la zona tuberiana no parece muy notable porque en algunos casos de enfermedad de Simmonds con atrofia hipofisiaria estudiados por Leschke y en los cuales tiende a crecer, se componía únicamente de algunas células epiteliales en la base del *tuber*. En el perro y en el gato se produce después de extirpación de la hipófisis, cierta hipertrofia más o menos pronunciada de éstas células. Tal hecho explica el efecto antidiurético de los extractos tuberianos después de eliminar la hipófisis. Sin embargo no puede imaginarse que estas pocas células sean capaces de reemplazar toda la función del lóbulo posterior. Además en la rana la parte tuberiana no existe y se puede obtener en este animal una poliuria por picadura diencefálica después de ablación completa de la hipófisis. Ultimamente Helen Borquin ha logrado destruir completamente la hipófisis y la parte tuberiana en quince perros sin obtener poliuria consecutiva, mientras que las lesiones del *tuber cinereum* producían una poliuria, aún después de resección completa de la glándula pituitaria.

Al lado de casos evidentes de diabetes insípida existen formas larvales que no pueden descubrirse sino por experiencias de sobrecarga.

En efecto, Leschke, verificando, en todos los casos de lesiones craneanas traumáticas o de enfermedades probables del diencefalo (meningitis sífilítica, encefalitis epidémica, obesidad, distrofia adiposo-genital, acromegalia, jaqueca, epilepsia y otras) las pruebas de dilución y concentración según Volhard y de la sobrecarga de sal, observó en ciertos casos no excepcionales, ligeras alteraciones del régimen del agua y de las sustancias minerales que escapan al examen ordinario. Tales comprobaciones abren una perspectiva sobre la importancia y la frecuencia de las perturbaciones íntimas de la regulación central vegetativa de la asimilación del agua y de las sustancias minerales.

Es lo mismo en numerosos casos de neurosis vegetativas (asma, neurosis del corazón y del estómago) donde se encuentran estas perturbaciones íntimas del equilibrio acuoso-mineral, que no aparecen sino a la prueba de la sobrecarga.

Tales hechos autorizan a F. Krauss para decir que la poliuria y la taquiuria representan una manifestación muy frecuente

de la porosidad vital normalizable de los tejidos, que no logran realizar sino en ciertos casos el síndrome crónico de la diabetes insípida.

Las combinaciones de la diabetes insípida con otras perturbaciones diencefálicas, de la asimilación de los hidratos de carbono, de la regulación del calor, de la afectividad etc., se encuentran en los casos que denomina Leschke alteraciones plurivegetativas.

II.—*La narcolepsia y sus derivados.*—Lhermitte define las narcolepsias como manifestaciones morbosas comunes a los estados patológicos más variados que tienen por elemento fundamental una necesidad imperiosa, irresistible de dormir que vence al paciente por fuerte que sea su voluntad para no ceder o según la expresión de Launois y Clerét "una verdadera pasión de sueño". Hé aquí precisamente la inversa del insomnio.

Cuando el acceso narcoléptico sobreviene súbitamente se llama cataplexia, estado que se caracteriza por la pérdida de la inhibición o disolución del tono de actitud. Muy vecina de la cataplexia es la picnolepsia que consiste en una inhibición súbita de los procesos psíquicos durante varios segundos.

Divídense las narcolepsias en esenciales y sintomáticas. Entre éstas la mayoría de los casos resulta por tumores encefálicos cualquiera que sea su localización. Pero en opinión de Tournay y Justin-Besanzon, la verdadera narcolepsia aparece frecuentemente en el curso de los tumores que lesionan directa o indirectamente la región inferior del tercer ventrículo. Por esta razón la narcolepsia hace parte del síndrome infundibular de Lhermitte.

III.—*La hiperorexia y la bulimia.*—"L. Levi consideraba, dice Pi Suñer, que el hambre es la impresión consciente de una exigencia del organismo al centro bulbar cuando carece de sustancias nutritivas, centro ése que en tal caso regularía la actividad diastásica general. Ulteriormente, por la identidad del sentimiento del hambre con la sed, para la cual se ha señalado un centro hipotalámico en la vecindad del *tuber cinereum*, próximo o aun confundido con los ganglios reguladores de la diuresis y por ciertas observaciones clínicas, se ha pensado que en estos mismos dominios del sistema nervioso podría encontrarse también una localización en relación con los sentimientos de la sed y del hambre y con la inervación vegetativa en general; tendríase así un centro director de la nutrición y de la temperatura en comunicación con los ganglios bulbares; que obraría como estación de



reflejos viscerales complejos y también, por vía escendente, sobre los ganglios de la corteza cerebral, donde habría de despertar los sentimientos internos que regulan, con estos reflejos, la vida vegetativa”.

En patología humana se sabe que numerosos procesos de etiología variada, localizados en el hipotálamo, se acompañan de un hambre excesivo.

IV.—*La polidipsia*.—“Basándose en la polidipsia que se registra en las lesiones del bulbo, Nothnagel admitía que, de una manera general la sed procede de un centro especial situado en aquella porción del encéfalo.

Las investigaciones de A. Mayer comprobaron la existencia de un centro bulbar en relación con la necesidad de beber; pero no como localización nerviosa de este requerimiento, sino como foco regulador de la presión osmótica de la sangre.

Estudios practicados estos últimos años por Camus y Roussy sitúan al nivel del *tuber cinereum* el centro regulador del metabolismo del agua, cuya lesión determina una poliuria considerable con polidipsia, verdadera diabetes insípida. Quedan por discutir las relaciones entre la poliuria y la polidipsia. Los autores antedichos observaron que esos dos fenómenos podían presentarse aislados.

Las lesiones del *tuber cinereum* dan (quizás según su extensión) poliuria con polidipsia paralela o poliuria sin polidipsia consecutiva. Considerados en su fecha de aparición estos fenómenos evolucionan de la manera siguiente: la hidruria es el fenómeno primitivo, la polidipsia es solamente consecuencia de ella. Entonces para Camus y Roussy, la sed es secundaria y el *tuber cinereum* parece regir sobre todo la diuresis. En experimentos instituidos con el fin de precisar el momento exacto en que el riñón entra en la hipersecreción por una picadura de la región tuberiana, se comprueba una poliuria veinte minutos después de esta lesión, mientras que el animal no había absorbido agua desde el principio del experimento.

Percival Bartey y Frederic Bremer, por el contrario, observaron lesiones experimentales del *tuber cinereum* en las cuales la polidipsia precedió a la poliuria: “la sed, una sed ardiente, puede ser el primer síntoma de una diabetes insípida experimental y preceder a la poliuria, o estar en completa desproporción con ella, durante los primeros días”.

Sin embargo el hecho es inconstante y es indudable que la

hidruria puede notarse en ausencia de toda ingestión de agua.  
¿Cómo interpretar estos hechos?

Hay que admitir en el hipotálamo vegetativo dos centros vecinos, uno de la sed y otro de la poliuria?; o al contrario no conviene considerar el *tuber* como un ganglio regulador del movimiento del agua, que obraría a la vez sobre las aportaciones y las salidas?

En suma la sed es una necesidad que se desencadena por causas diferentes:

- a) Por simple sequedad de la boca (locución prolongada etc.);
- b) Por pérdidas hídricas (diuresis o diarreas abundantes, transpiración cutánea excesiva etc.);
- c) Por oscilaciones anormales del equilibrio hídrico (sed por lesiones diencefálicas);
- d) Por causa psíquica.—Escribe L. Binet en el artículo *Los Centros de la Sed* en el Tratado de Fisiología Normal y Patológica publicado bajo la dirección de G. H. Roger y L. Binet.—

Si a estos argumentos sumamos la polidipsia provocada por excitaciones directas del infundíbulo, durante las intervenciones intracraneanas, tendremos definitivamente establecida la importancia del sistema vegetativo diencefálico en el mecanismo de la sed.

*Jesús YEPES CADAVID*

Continuará.

# Fiebres de causa sifilítica

DR. GABRIEL TORO VILLA

I.—Servicio de Clínica Tropical.

R. G. Mestizo. 25 años. Soltero. Procedente de Barranca Bermeja, donde trabaja desde hace cinco años administrando una tienda de víveres, entra al Hospital de San Juan de Dios, Servicio de Clínica Tropical, el 16 de junio de 1932.

Estando en Barranca, dos años y medio antes de venir al Hospital, sufrió por primera vez accesos febriles, precedidos de calofrío fuerte, con cefalalgia intensa y dolor en los hipocondrios que duraron cerca de dos meses al cabo de los cuales mejoró completamente. Más tarde, viajando en el río Magdalena, volvió a sufrir fiebres con los mismos caracteres, que le fueron tratadas como palúdicas en el Hospital de Barranca, donde permaneció diez días.

Cinco meses antes de venir, a causa de un baño frío, según dice, reaparecieron las manifestaciones febriles, las actuales, con los mismos caracteres de las anteriores, calofrío, fiebre alta y sudor profuso.

Merecen especial mención en sus antecedentes personales un zona zoster a los 15 años, del cual le ha quedado dolor intercostal, probablemente por lesiones de neuritis, gonorrea hace tres años y un chancro único, sin bubón, en 1931.

Al examen general nos vemos en presencia de un individuo bien conformado, de color pálido, enflaquecido, aunque no tanto como era de suponerse después de cinco meses de fiebres cuotidianas. Piel húmeda, con cicatrices torácicas, a lo largo del espacio anteriormente afectado por el zona, el séptimo izquierdo, debido a las quemaduras que le hicieron con el tratamiento empírico a que entonces fue sometido, (cauterización con una cuchara de plata llena de brasas de todas las vesículas del zona).

Nada especial encontramos en su aparato digestivo: labios y encías un poco pálidos, buena dentadura, lengua pálida, húme-

da y saburral. Buen apetito, buena digestión gástrica e intestinal; exonera cada 24 horas. Hígado un poco doloroso a la palpación, ligeramente ingurgitado;  $7\frac{1}{2}$  centímetros de altura en la línea paraesternal y  $8\frac{1}{2}$  en la mamilar. Bazo igualmente doloroso a la palpación, aun cuando este dolor puede tomarse por el de la neuralgia intercostal que a ese nivel sufre nuestro enfermo; 9 por 8 centímetros en sus mayores diámetros.

Aparato circulatorio normal. Presión: Mx. 10, Mn. 6. Ritmo variable de 85 a 120 según la temperatura que tenga.

Nada especial en su aparato respiratorio.

Orina absolutamente normal en cantidad y calidad. Testículo izquierdo hipertrofiado y endurecido, consistencia leñosa, indoloro.

Sistema nervioso normal. Reflejo patelar exagerado.

Ganglios inguinales y de la epitróclea infartados, con caracteres sifilíticos.

Nada más natural pensar que en este caso se trataba de manifestaciones agudas de paludismo en un palúdico crónico. Eso era racional y eso es lo común entre nosotros; procedía de una localidad de las orillas del río Magdalena, intensamente infectada de paludismo y entre sus antecedentes hallamos que en dos ocasiones parece haberlo sufrido; el bazo aumentado de volumen (aunque no tanto como era de esperarse en un individuo con antecedentes palúdicos procedente de esa región). En tal virtud se le estableció el tratamiento acostumbrado en el Servicio: dos gramos de sulfato de quinina asociados a treinta de sulfato de soda en solución ácida (la clásica poción Uribe) y luego 0.25 grm. de clorhidrato de quinina cada seis horas, sin interrupción, por espacio de una semana. Una experiencia de muchos años nos ha demostrado que este método es suficiente para tratar de una manera eficaz todo brote de paludismo agudo o toda manifestación aguda de paludismo crónico. Usándolo a diario hemos podido comprobar lo cierto de la aseveración de Osler: "el médico que con quinina sea incapaz de curar un ataque de paludismo agudo que no ejerza la profesión".

En nuestro tendero de Barranca Bermeja el tratamiento quínico fue completamente ineficaz; los accesos febriles aparecían diariamente sin modificarse ni en el tiempo de su iniciación ni en su intensidad y caracteres al terminar el período de tratamiento. Su efecto nulo nos obligó a pensar que el paludismo no estaba en acción. Todavía pudimos excluirlo más en vista de que repetidos exámenes hematológicos hechos en diversos

días y horas del día y aun después de reactivación con adrenalina fueron negativos para el hematozoario.

Su hemograma fue el siguiente:

Glóbulos rojos:	4.400.000
Glóbulos blancos:	9.200
Fórmula leucocitaria:	
Polinucleares:	% 70
Grandes mononucleares:	" 2
Pequeños mononucleares:	" 18
Linfocitos:	" 3
Eosinófilos:	" 5
Basófilos:	" 1
Transición:	" 1

El aumento de leucocitos, pequeño, es cierto, pero apreciable, y el hecho de estar los polinucleares en el límite máximo de lo normal, sugieren la existencia de un proceso supurativo.

El examen clínico de su próstata y las investigaciones de laboratorio en su orina hicieron excluir por su negatividad toda infección latente de origen gonocócico, como bien se pudo sospechar por su antecedente positivo.

Sus amígdalas estaban buenas, sus dientes sin piorrea. El examen de los senos nasales hecho en el Servicio de Organos de los Sentidos fue negativo. De allá se nos informa que hay un poco de rinitis crónica, ozena y costras fétidas con anosmia absoluta.

Este dato positivo, el antecedente del chancro, la induración leñosa del testículo (signo que bajo la pluma maestra de Fournier se vuelve patognomónico de la infección sífilítica) y el Wassermann positivo (++) nos obligan a pensar en la sífilis.

El 3 de julio recibe una primera inyección de bismuto (1 c. c. de casbis) el 5 otra igual; el 4 hubo una modificación apreciable de la temperatura pero en vista de que el 5 y el 6 volvió a su estado anterior el estudiante resolvió inyectarle, de motu proprio, un poco de leche para establecer medicación de choque; el 7, el 9 y el 11 de julio le inyectó leche en dosis crecientes obteniendo una fuerte reacción con la última dosis. Le indiqué suspender esta medicación y volver a la de bismuto, con tan buen resultado que el 12 del mismo mes no volvió a subir la temperatura.

El enfermo salió a fines del mes completamente curado.

Es de anotarse en este caso: la duración de la fiebre, cinco meses, la induración leñosa del testículo, signo al cual presta

Fourier tanta atención y vemos hoy relegado al olvido; la leucocitis y la polinucleosis que bien harían pensar en un proceso supurativo, y la sensibilidad hepática.

## II.

En septiembre de 1934 uno de mis amigos me notifica que está aguardando a uno de sus hermanos que ha de llegar de otra ciudad de la República y que desea que yo le haga un riguroso examen en vista de que viene enfermo y ya sus dolencias van un poco largas sin haber podido conseguir una mejoría estable por ninguno de los tratamientos a que ha sido sometido.

Efectivamente, el 7 del mismo mes viene con su hermano enfermo de quien obtengo los siguientes datos:

Su edad es de treinta años; su salud fue buena hasta que dio libre curso a sus hábitos nómades. En Santa Marta sufrió paludismo en la región bananera y una disentería amibiana que le fue tratada convenientemente; de eso hace cerca de cuatro años. En alguna de sus correrías sufrió chancros y una gonorrea. Ultimamente en Cali, sin causa apreciable, de una manera súbita, tuvo un dolor intenso en la región hepática, diagnosticado como cólico hepático por el médico que lo asistió y como tal tratado. Pasado el efecto de la morfina inyectada el dolor continuó aunque no con tanta intensidad como al principio. La respiración se hizo difícil, por defensa, y su continuidad obligó a sus médicos a buscar otras causas. Con mucha razón por los antecedentes disentéricos y por un ligero aumento de volumen del hígado pensaron en una amibiasis, inyectaron emetina logrando disminuir un poco el dolor y la mayor macicez hepática. Como hubiera elevación de temperatura recordaron su antiguo paludismo y se creyeron autorizados para usar quinina y aun dosis medias de 914 para tratar tanto su malaria como para obrar sobre la presunta amibiasis del hígado.

Entonces empezó el período de incertidumbre para el enfermo y para los médicos, unos días, una semana, mejor, poca fiebre y ningún dolor; otros, vuelta al dolor, a la elevación cotidiana de la temperatura y postración general. Enflaquecía a ojos vistas. Pensó entonces que lo mejor era volver al lado de los suyos.

Al examinarlo encuentro un individuo blanco, enflaquecido, pálido, tinte subictérico de las conjuntivas, extremidades frías, voz apagada. Tomo su temperatura y encuentro 37.5 y su pulso en 120 por minuto.

Al examinar su tórax me parece que el dolor es más baso-torácico que hepático. Nada encuentro a los métodos de examen clínico del aparato respiratorio y ordeno una radiografía de los pulmones. Es negativa.

Aparato digestivo: lengua blanca, húmeda, mal apetito, buena digestión gástrica e intestinal. Bazo no percutible, hígado de tamaño normal, un poco sensible a la palpación, hacia el flanco, la vesícula biliar no es especialmente sensible.

Aparato circulatorio normal, si se exceptúa la taquicardia ya mencionada.

Buena eliminación urinaria, sin nada anormal en la orina.

Tomo sangre para diversas investigaciones y obtengo los siguientes resultados:

Hematozoario: negativo.

Reacción de Henry: negativa; muy fidedigna para el diagnóstico de paludismo.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares:	76%
Grandes mononucleares:	3%
Pequeños mononucleares:	12%
Linfocitos:	2%
Eosinófilos:	5%
Basófilos:	2%

La reacción de Wassermann fuertemente positiva (++++).

Creí al principio poder orientarme hacia una lesión pleuro-pulmonar, probablemente tuberculosa; a ello me inducían el enflaquecimiento, los movimientos febriles irregulares y constantes, el dolor profundo, bajo las falsas costillas que más parecía de la pleura diafragmática que del hígado y la taquicardia. La falta de todo signo estetoacústico y la negatividad de la radiografía me hicieron ver que no era ese el camino recto.

La negatividad del examen para el hematozoario directamente y de la reacción de Henry, que como dije es muy fija para el diagnóstico del paludismo, me hicieron excluir esa enfermedad.

Podía pensar en una hepatitis amibiana a pesar de que faltaba nitidez en sus síntomas hepáticos, estando, como debía estar muy avanzado el proceso supurativo si de ella se tratara, pues llevaba tres meses de enfermedad. La ligera polinucleosis hubiera sido el signo más saliente.

Una angiocolitis daría un cuadro similar al que presentaba

mi enfermo. A ella me incliné como *diagnóstico de trabajo*. Hice una prescripción de urotropina e inyecciones de emetina, proponiéndome observar atentamente la marcha de la enfermedad. Pocos días después vuelve en el mismo estado; vuelta a examinarlo, con el mismo resultado anterior. En vista de sus antecedentes y Wassermann positivos inicio un tratamiento específico.

Desde las primeras tres inyecciones de cianuro de mercurio comienza a ceder la fiebre, desaparece el dolor hepático y se siente de muy buena disposición.

De acuerdo con los suyos, en el afán de una pronta reposición, se ausenta para ir a clima frío cuando apenas se habían puesto doce inyecciones, con tan admirable resultado que ya toda la familia creía en la curación definitivamente obtenida.

En el mes de diciembre viene del campo con los mismos dolores, la misma fiebre y el mismo malestar del principio. Como todavía está ausente de la ciudad pide se le prescriba emetina, que se puede hacer inyectar por un miembro de familia.

Hacia enero vuelve con su hermano a que apruebe el proyecto de viaje que han ideado a Panamá. Los dejo en libertad de obrar como les venga en mientes pero les hablo con toda franqueza manifestándoles que no se ha curado por la impaciencia y porque ha creído que una sola serie de cianuro le iba a curar una sífilis inveterada y en plena actividad. Que consideraba su viaje inútil si se sometía a un tratamiento intenso, ya que el primero había servido para mostrar la naturaleza de la enfermedad.

Se somete a lo que le digo, inicio un tratamiento con Quinby que sustituyo a la doceava inyección por cianuro de mercurio, con tan buen resultado que de nuevo desaparecen la fiebre y el dolor y viene una franca reposición.

Aconsejo nuevos tratamientos, que no sé si el enfermo se ha hecho porque se ausentó de la ciudad.

En este caso son de anotarse: la duración de la fiebre, tres meses, la taquicardia, la polinucleosis y la sensibilidad hepática.

La fiebre sífilítica fue un síntoma muy frecuente en el siglo XVI cuando la enfermedad azotaba a Europa con caracteres epidémicos. Ulrico von Hutten la describe con especialidad en su libro "*De guaiaci*".

Después, con las modificaciones que en su evolución ha tenido la sífilis, las manifestaciones febriles han disminuído, se han relegado a un segundo plano y más tarde poco se ha vuelto a pensar en ellas con la aparición de otras manifestaciones más salientes, probablemente en relación con la evolución de la hu-



manidad, como son, por ejemplo, las manifestaciones vasculares y nerviosas.

Fournier, en su magistral Tratado de Sífilis, donde recogió, ordenó y clasificó las variadas manifestaciones de esta enfermedad, proteica por excelencia, se ocupa de ella, le da nuevamente carta de ciudadanía y describe varias formas.

Tomando como punto de partida la clasificación que de ella hace se describen actualmente diversas variedades, en cuanto a la época de su aparición en relación con el período de la sífilis; en cuanto al tipo febril o en cuanto a su asociación con otras manifestaciones a las cuales se pueda considerar subordinada con relación de causalidad.

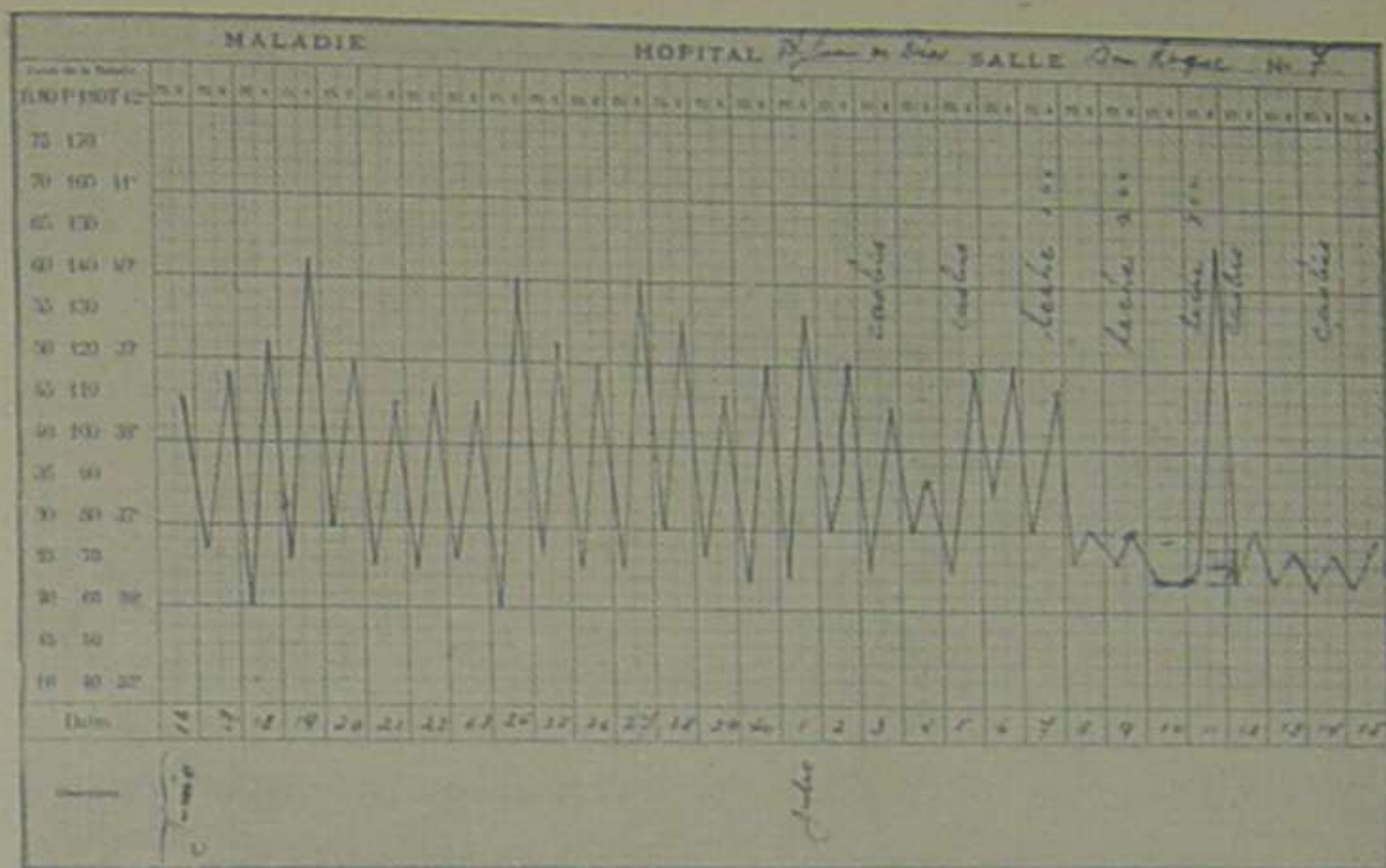
Así podemos considerar: fiebre de invasión, secundaria, fiebre de erupción, fiebre terciaria, fiebre asociada y fiebre esencial. En esta última y en relación con el tipo de la fiebre tenemos la forma intermitente, la tifosis, la continua y la irregular.

No habiendo un límite preciso entre los diversos períodos en que artificialmente se ha dividido la marcha de la infección sífilítica, poca importancia tienen las distinciones cronológicas de la manifestación febril. Basta saber que a todo lo largo de su evolución se pueden observar movimientos febriles a ella imputables.

Osler (*in* D'Arcy Power System of Syphilis) dice que es de sentirse que no se piense con mayor frecuencia en la sífilis en aquellos casos febriles de etiología oscura. En su estudio reproduce el trazado de la temperatura del caso observado por Sydney Phillips sobre el cual podríamos superponer el de nuestro enfermo de la primera observación.

Schulman (*in* Traité de la Syphilis de Jeanselme) cita el célebre caso de Glaser: de una pobre mujer que sufrió varias intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de una fiebre que la obligó a hospitalizarse siete veces, hasta que la aparición de una sífilide lingual y el tratamiento específico consecutivo vino a demostrar la verdadera etiología de la fiebre. Igualmente cita el caso de Gautier, una fiebre que duró treinta meses, tomada erróneamente por tuberculosa, hasta que el arsenobenzol disipó el error.

Con mucha frecuencia las localizaciones hepáticas de la sífilis dan lugar a la aparición de estados febriles de difícil diagnóstico etiológico; lo mismo la fiebre sífilítica se presenta acompañada de hepatalgia como en las observaciones nuestras. Ya Mannaberg había llamado la atención sobre el hecho. En la pri-



mera observación hubiéramos podido pensar en una congestión hepática por el estado saburral de las vías digestivas; en la segunda, la hepatalgia tomaba caracteres de agudeza tan notorios que desde un principio la atención se dirigía hacia ese órgano, pudiendo haberse pensado en un proceso especial en él localizado. Es esto tan corriente que muchas veces se piensa en que pueda haber una lesión del hígado más o menos latente y más o menos encubierta por las manifestaciones generales.

La polinucleosis en ambos casos y la taquicardia en el segundo nos parecen de difícil explicación y no los encontramos mencionados en los autores que hemos leído.

Gabriel TORO VILLA

# Breves apuntes clínicos

## Tiroiditis de origen gripal

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

En una de nuestras comunes epidemias de gripe tuve ocasión de ser sorprendido por el hallazgo inesperado de una complicación que mencionan autores extranjeros pero que nunca había sido observada durante mi ya largo ejercicio profesional: se trata de la TIROIDITIS AGUDA concomitante o consecutiva al ataque gripal.

Y ya que hablamos de este azote social urge tener en cuenta que indudablemente entre las enfermedades epidémicas que más intensamente impregnan el organismo debilitándolo y haciéndolo receptivo para otras dolencias figura la influenza, en cuyas características se halla el hecho de que después de su evolución deja en aquél un estado de alergia que puede favorecer la aparición de otras afecciones y aun la receptividad para recidivas de enfermedades generalmente inmunizantes; así por ejemplo, fiebres eruptivas como el sarampión y las paperas cuando concurren con epidemias de gripa pueden presentarse en sujetos que antes las habían sufrido pero que se habían debilitado con su acceso gripal. El debilitamiento de la inmunidad naturalmente adquirida se reputa hoy como una consecuencia epidemiológica de la alergia gripal, contribuyendo este estado más bien a la hipervirulencia microbiana que a la modificación del terreno.

Todos los autores describen siempre las formas respiratoria, digestiva y nerviosa y la sindicán también como responsable etiológicamente de muchos síndromes viscerales y endocrínicos; autores hay que describen una localización especial en el hígado y explican así las frecuentes recidivas que sin epidemia se presentan en muchos individuos, concepción digna de tenerse en cuenta por el médico ante casos de fiebres continuas criptogénicas que tiene que tratar sin ayuda de laboratorio y que bien

puede tener su origen en la localización hepática de un proceso anterior y tal vez lejano de la gripa.

Me permito transcribir unas dos historias clínicas sobre la complicación tiroidiana, la TIROIDITIS AGUDA.

N. R., joven de 17 años, en el segundo día de su período menstrual, hallándose levemente acatarrada fue sorprendida por la lluvia y al día siguiente fue atacada de intenso escalofrío, cefalalgia tenaz y fiebre de 40 grados; al mismo tiempo empezó a sentir dolor a nivel de la glándula tiroides con irradiaciones al oído y al hombro derecho; dos días después es francamente perceptible la hinchazón de la glándula y el empastamiento de los tejidos vecinos; los movimientos de lateralidad y ascenso son dolorosísimos y si se hacen tienen que ser con suma lentitud y muy limitados, de manera que la posición de la enferma sentada es de cabeza inclinada hacia adelante y mentón apoyado sobre la mano, posición que trata de conservar cuando se acuesta; hay disnea, disfagia y frecuentes accesos de tos seca muy dolorosa. En el aparato respiratorio se comprueban los signos y síntomas de traqueo-bronquitis; la temperatura continúa elevada con leves remisiones matinales para empezar a descender del octavo día en adelante acompañándose de fuertes sudaciones. La inflamación tiroidiana se detiene y los signos locales inician su desaparición, lo que se efectúa con suma lentitud. Diagnostiqué una gripa infecciosa de forma respiratoria y una tiroiditis aguda producida por el mismo proceso gripal. El tratamiento general fue de inyecciones de omnadina cada dos días y aplicaciones locales antiflogísticas.

Segunda. F. G., señora de 43 años, sin hijos, sin antecedentes de importancia, en plena epidemia de gripa, después de haber tenido una fuerte congestión pulmonar que le duró 10 días, es atacada de dolor intenso en la glándula tiroides con alza insignificante de temperatura, pero con malestar general que la compromete a tomar el lecho; solicita mis servicios y en vista de que no encuentro síntomas generales de importancia le prescribo un simple tratamiento local con el cual logro que el proceso de flogosis se detenga. Cinco días más tarde compruebo en un examen general que hay taquicardia que no me explico y un ligero temblor en las manos y lengua que consideré como emotivo sin ser posible descubrir su verdadera causa; con tratamiento meramente sintomático continúan estos trastornos hasta que días después ya fue notoria para la familia misma la modificación de los ojos que se estaban haciendo saltones, llamativos de la atención;

entonces el diagnóstico se esclarece y la hipertiroidía explica tales síntomas. Es pues un caso de tiroiditis aguda con perturbaciones de las células de etiología muy oscura, aunque pudiera considerarse como consecutiva al ataque de influenza. Sería más bien una secuela post-infecciosa.

---

Los tratadistas distinguen entre TIROIDITIS y ESTRUMITIS. Con la primera designan el proceso flogístico por toxi-infección del cuerpo tiroides sano; reservan en cambio el de estrumitis para aquellos casos de evolución inflamatoria ocurridos en la glándula enferma o alterada. No es manifestación clínica común y reconoce como causas determinantes las fiebres entéricas, las fiebres eruptivas, el reumatismo articular agudo, la difteria, la erisipela, la septicemia puerperal, la neumonía y la *gripa infecciosa*. Entre los factores o causas adyuvantes están como de mucha importancia los enfriamientos y los traumatismos físicos y morales; estos últimos sobre todo en las mujeres en época pre o postmenstrual y en las proximidades de la menopausia.

Los síntomas con que se inicia son los generales de escalofrío, fiebre y cefalalgia, quebrantamiento general, adinamia; los locales de dolor al nivel de la glándula con irradiaciones al cuello, al oído, a los hombros o a la nuca. El enfermo para evitar o disminuir el dolor adopta una posición defensiva que consiste en inclinar la cabeza hacia adelante y apoyar el mentón sobre la mano; la zona tiroidiana ofrece hinchazón y empastamiento con a-crohipertermia. En los casos graves hay disnea intensa, modificaciones de la fonación que puede hasta suprimirse, disfagia, síntomas estos últimos que se hacen terriblemente dolorosos cuando concurren con la traqueitis o traqueo-bronquitis. Si el proceso avanza y lo acompañan factores de intoxicación pueden aparecer síntomas de hipertiroidía como la taquicardia, el temblor, los ojos saltones etc. etc., que reconocen como patogenia las perturbaciones de las células glandulares, es decir, la *estrumitis*. La evolución es muy variable pues unas veces la inflamación se resuelve favorablemente como en los casos complicantes de paperas, sarampión y aun de la misma gripa; ésta puede originar basedowismo; otras veces el proceso tiende a supurarse como en los casos consecutivos a neumonías, fiebres entéricas, septicemia puerperal, etc.; el absceso se abre hacia afuera en forma de supuración simple o hacia adentro en la tráquea o el esófago agravando notablemente la enfermedad y prolongando su duración.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con algunas *tu-*

*mefacciones* de la tiroides puberales o catameniales en las cuales no hay ni fiebre ni dolor; para Marañón este bocio o tumefacción genital—que mejor sería llamarla tiroidomegalia—coincide con las crisis puberales femeninas y con los momentos críticos de la mujer como son la menstruación, el embarazo, el climaterio; con *adenitis* y *flegmones* de vecindad que respetan la glándula tiroides; con *sarcomas* y *cánceres leñosos* que no se acompañan de síntomas generales agudos. El diagnóstico positivo se basa en el antecedente de enfermedad infecciosa en la noción de epidemia, en la actitud característica del enfermo la cual es distinta de la que adoptna el torticoliano y el tonsilar.

El tratamiento empleado con buen resultado fue el de anti-flogísticos y revulsivos con tratamiento local; y el de inyecciones de omnadina como general. La salpirina en buena dosis dicen da muy buenos resultados; si hay supuración el tratamiento quirúrgico se impone.

Qué causas influyeron sobre la localización tiroidiana del virus gripógeno? El temor, el choque emocional por la gravedad de la epidemia y las muchas defunciones? O intervino otro factor en el histotropismo del agente o agentes productores de la influenza? Interrogantes son estos que en la actualidad no pueden responderse satisfactoriamente.

*José Miguel RESTREPO*

# Muerte por desnucamiento

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

En mi larga práctica de médico legista sólo conozco un caso de muerte por desnucamiento, ocurrida en esta ciudad en la noche del 18 de mayo de 1935.

Se trata de un individuo bien musculado, de color moreno, talla proporcionada, esqueleto óseo normal y de treinta y cinco años de edad, que respondía al nombre de P. E. C., cuyo cadáver fue hallado en una de las calles de la parte oriental de la ciudad al amanecer del día diez y nueve del citado mes, y al cual se le practicó la necropsia por orden de uno de los funcionarios de instrucción, para averiguar la causa de su muerte.

Informan que P. E. C. estuvo durante el día mencionado con un amigo tomando licor. En las primeras horas de la mañana siguiente iban en dirección a la casa de P. E. C., pero como ya no podía ni siquiera sostenerse en pie, su amigo para ayudarlo a llegar a su casa resolvió—según dicen—llevarlo al hombro. Al efecto creen algunos que lo cogió por la cintura, se lo echó al hombro con la cabeza de P. E. C. dirigida hacia atrás, pero con tan mala suerte que bien sea porque aquél también se hallaba ebrio o por una fuerza mal calculada, el cuerpo de P. E. C. fue a dar contra el pavimento de la calle resbalando por la espalda de su conductor, produciéndose de esta manera, con toda probabilidad, el mecanismo de desnucamiento.

El resultado de los datos de necropsia del cadáver fue el siguiente:

Exteriormente presenta: raspón apergaminado, de un centímetro de extensión por un centímetro y medio de anchura en la parte externa del reborde orbitario izquierdo; dos raspones lineales, de unos ocho milímetros cada uno, en la mejilla de ese lado; raspón de centímetro y medio de extensión por ocho milímetros de anchura encima de la parte externa de la ceja del mismo lado; herida contusiva, de un centímetro, rodeada por un ras-

pón contusivo de unos cuatro milímetros en la mitad externa de la ceja citada.

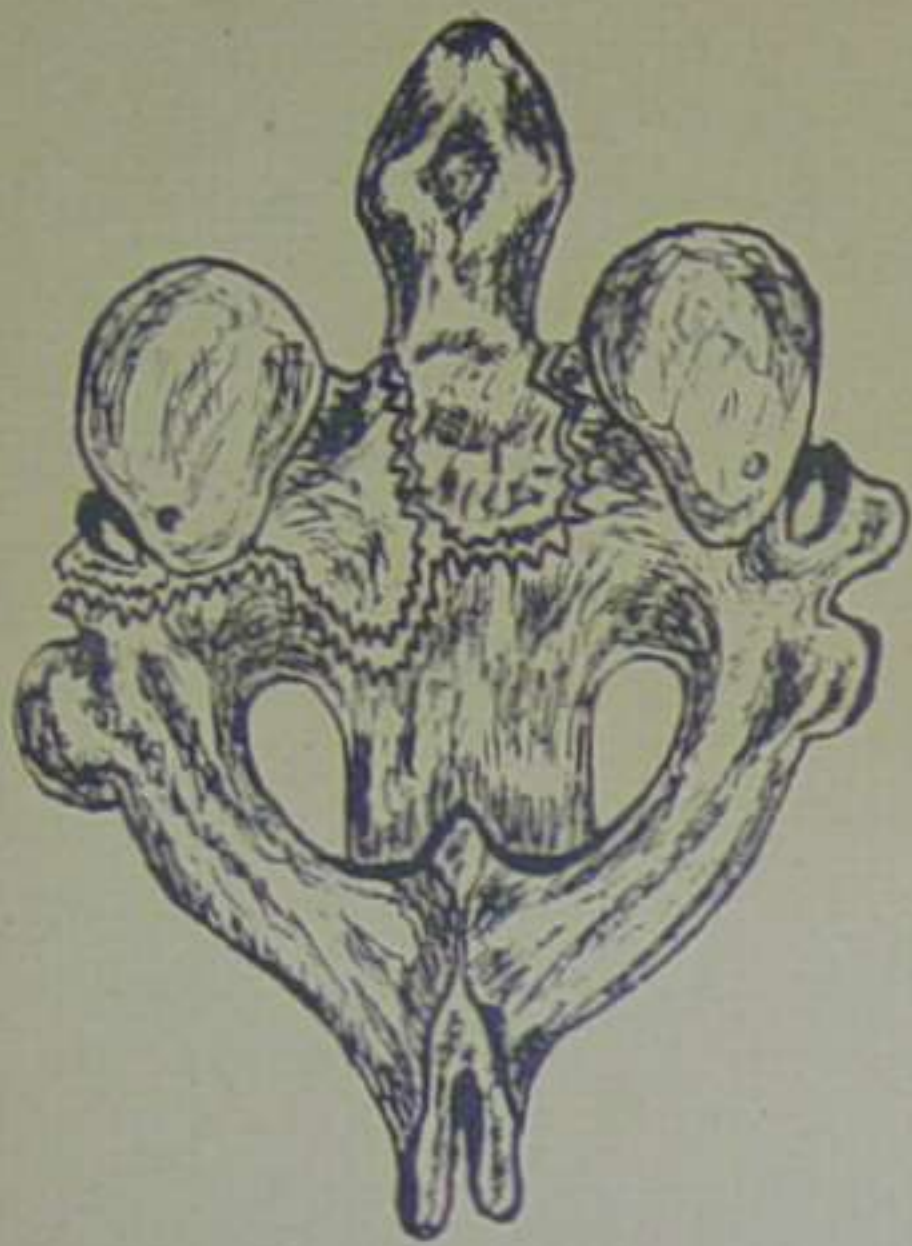
Abierta la cavidad craneana se halló: congestión de los vasos de la superficie cerebral y cerebelosa, más notoria en los lóbulos frontales; y unos mil centímetros cúbicos de sangre que se vertía por los agujeros posteriores, por el agujero occipital y por un pequeño orificio anómalo situado un poco a la izquierda de aquél. En atención a esto se procedió a una minuciosa disección de los músculos de la nuca, donde se encontró una apreciable infiltración sanguínea, discontinua; también se halló infiltración en el tejido celular de la región occipital inferior y no se pudo encontrar equimosis en la piel de la región mencionada. Se continuó la disección hasta llegar al atlas y al axis, los cuales fueron extraídos, y se halló al separar una de otra estas dos vértebras, que la apófisis odontoides del axis quedó aprisionada con el tejido ligamentoso del atlas por fractura que le desprendió desde el espesor del mismo cuerpo del axis. Esta fractura se continúa hacia la izquierda en la cara posterior en línea ondulada, se sigue el borde posterior de la apófisis articular superior izquierda y llega a la base de la apófisis transversal, la cual está desprendida por fractura en este lugar. La fractura del axis causó la ruptura de vasos raquídeos, quizás de las arterias vertebrales y de allí provenía la hemorragia hallada en la cavidad craneana. Ni en la región occipital, ni en la nuca se encontró huellas de traumatismos.

Por lo acabado de anotar se ve que P. E. C. tuvo una congestión cerebral, probablemente de origen alcohólico, agravada por el frío de la noche, y su muerte fue consecuencia y efecto natural de la fractura del axis.

Como causa determinante de esta fractura no creo que pueda invocarse un traumatismo directo sobre la nuca, porque en la minuciosa disección practicada en esa región por los médicos ayudantes de la oficina médico-legal, señores doctor Edmundo Medina M. y Pedro Correa L., no se halló ninguna huella que lo revelara.

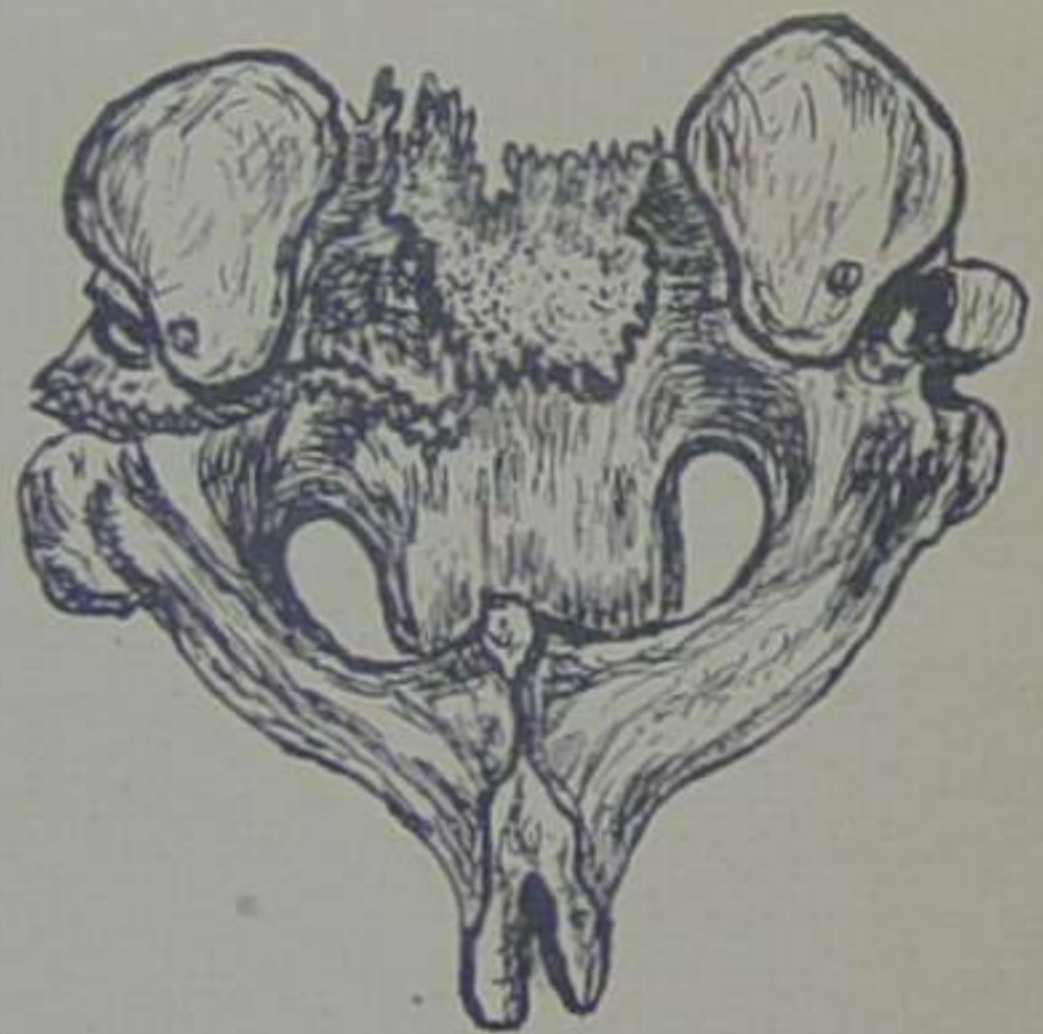
Sólo queda como factor más probable para explicar el mecanismo de este desnucamiento, la caída del cuerpo de P. E. C. sobre su cabeza, de un lugar relativamente elevado, lo cual no pudo comprobarse en el levantamiento del cadáver; o lo que es más admisible, por el deslizamiento de su cuerpo por la espalda de su conductor, tal como se anotó al principio.





El grabado adjunto—fina atención del señor don Aquileo Arango, profesor de dibujo en la Escuela de Medicina—fue tomado de la vértebra cervical mencionada, la cual conservo. En él puede verse la lí-

nea de fractura en el cuerpo del axis, en su apófisis transversa, y el desprendimiento de la apófisis odontoides.



*Julio ORTIZ VELASQUEZ*

## Como fue aprobado el proyecto sobre medicina.

Como por las numerosas modificaciones y adiciones introducidas al proyecto de ley sobre el ejercicio de la medicina y su función social numerosos profesionales no han sabido a ciencia cierta en qué forma regirán las mentadas disposiciones y cuáles son sus artículos pertinentes, publicamos el texto completo de esta providencia, tal como empezará a regir:

LEY . . . . DE 1935

(Diciembre)

“Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía”.

El Congreso de Colombia, DECRETA:

Art. 1°—El ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes, constituye una función social. Los profesionales serán responsables civil y penalmente, no sólo por sus actos sino también por sus omisiones en el ejercicio profesional.

Artículo 2°—A partir de la vigencia de la presente ley, sólo podrán ejercer la medicina y cirugía generales en Colombia, los médicos graduados, entendiéndose por tales, para los efectos de la presente ley, los que a continuación se expresan:

a) Los médicos colombianos o extranjeros que hayan hecho estudios y obtenido el título de doctor en medicina y cirugía en la Facultad Nacional o en una de las facultades oficiales seccionales del país.

b) Los colombianos que hayan cursado estudios de medicina y cirugía y obtenido el título de idoneidad correspondiente en una universidad extranjera, de reconocida fama, a juicio de la Junta Central de Títulos Médicos, previa revisión por la misma junta del diploma y demás documentos que acrediten la nacionalidad y la moral profesional del interesado. En ningún caso la junta de que se habla podrá aceptar diplomas o títulos expedidos por facultades extranjeras cuyos planes de estudios sean inferiores a los de las Facultades colombianas.

c) Los médicos titulados en países que tengan celebrados con Colombia tratados o convenios sobre validez de títulos académicos, en los términos de dichos tratados o convenios; y los médicos titulados en países que permitan a los médicos colombianos el ejercicio de la medicina y la cirugía, en los términos de las respectivas leyes. En uno y otro caso se requiere que los interesados presenten a la Junta Central de Títulos Médicos o a las seccionales el título profesional correspondiente, y los comprobantes que acrediten su moralidad profesional, todo debidamente legalizado.

Parágrafo 1º—Pueden igualmente ejercer la medicina en Colombia los médicos extranjeros graduados en Facultades extranjeras de países que no tengan tratados con Colombia, siempre que presenten en la capital de la república, ante un jurado de examinadores, nombrado por la Facultad Nacional de Medicina, un examen en idioma español compuesto de las siguientes pruebas:

1ª Teórica: desarrollar por escrito, durante una hora, cada uno de los cuatro temas sacados de la suerte entre nueve propuestos por el jurado examinador, sobre patología médica o quirúrgica y terapéutica médica o quirúrgica.

2ª Práctica: ejercicio de anfiteatro, de una hora de duración, sobre anatomía topográfica y medicina operatoria.

3ª Práctica: ejercicio de laboratorio en sus aplicaciones a la clínica.

4ª Práctica: examen en un hospital, de hora y media de duración, sobre clínica médica, clínica quirúrgica y clínica obstétrica; y

5ª Práctica: examen en un hospital, de una hora de duración, sobre dos clínicas de especialidades, escogidas por el candidato entre las siguientes: clínica dermatológica y sifilográfica; clínica de órganos de los sentidos; clínica de las vías urinarias; clínica ginecológica; clínica de enfermedades mentales y nerviosas; clínica de enfermedades tropicales; clínica médica infantil, y clínica quirúrgica infantil y ortopedia.

Parágrafo 2º—El candidato que se presente al examen de que habla el parágrafo anterior, consignará previamente en la Tesorería de la Facultad de Bogotá, la cantidad de quinientos pesos (\$ 500), suma que se distribuirá por partes iguales entre los examinadores que intervinieren, la Facultad de Medicina y el Hospital de San Juan de Dios, en donde se practicará el examen.

Artículo 3°—Podrán ejercer solamente la medicina, no la cirugía, los colombianos que, con arreglo a las leyes preexistentes, estén en uso y goce de licencias debidamente otorgadas por las Juntas Seccionales y aprobadas por la Junta Central, de que trata la Ley 35 de 1929, previa la revisión de tales licencias por la Junta Central y por las seccionales creadas por la presente ley, revisión que debe verificarse en el término de los ciento ochenta (180) días subsiguientes a la vigencia de esta ley. Estas juntas quedan con la facultad de cancelar y suspender las licencias existentes, cuando se compruebe el mal uso que de ellas se haya hecho, ya sea por extralimitación, ya por errores o incompetencia en el ejercicio de la profesión, o cuando se establezca que el respectivo permiso o licencia no se expidió de conformidad con las disposiciones pertinentes.

Parágrafo 1°—Los individuos que obtengan conforme a este artículo la revalidación de sus licencias, podrán ejercer la medicina, pero no la cirugía, únicamente en los lugares donde no ejerza médico diplomado. Establecido allí un médico graduado, cesará la licencia del individuo o individuos que en estas condiciones estén ejerciendo en aquel lugar. La disposición de este parágrafo no se aplicará a aquellos individuos que habiendo hecho estudios de medicina, en una Facultad oficial hasta el quinto año por lo menos, y ejercido la profesión por más de veinte años, todo debidamente comprobado, tiene licencia para ejercer en cualquier lugar de la nación.

Parágrafo 2°—Exceptúanse de lo dispuesto en el parágrafo anterior, los médicos homeópatas diplomados cuyos títulos hayan sido reconocidos por el Ministerio de Educación, y los que al presente estén ejerciendo la medicina homeopática en virtud de licencia expedida de conformidad con las disposiciones legales vigentes al tiempo de expedirse dicha licencia.

La Junta Central de Títulos Médicos resolverá de acuerdo con las leyes preexistentes que regulan la materia, las solicitudes de licencia o de revalidación pendientes, presentadas antes de la vigencia de la presente ley.

Artículo 4°—Las personas que hayan terminado sus estudios en las facultades oficiales podrán ejercer la profesión de medicina por un término improrrogable de dos años.

Artículo 5°—Los médicos extranjeros que actualmente ejerzan su profesión en el territorio del país, y que hayan llenado todos los requisitos exigidos por la legislación actual, continuarán disfrutando de este derecho.

El Ministerio de Educación podrá autorizar el ejercicio profesional de la medicina, sin el requisito previo del examen, a profesores eminentes que vengan al país en misión oficial del gobierno colombiano, o con propósitos de investigación y divulgación científicas.

Artículo 6°—Ni la Junta Central ni las Seccionales, podrán conceder en adelante nuevas licencias para ejercer la profesión médica.

Artículo 7°—Créase una Junta Central de Títulos Médicos, que quedará integrada así: por el Ministro de Educación Nacional, el Director del Departamento Nacional de Higiene, el Rector de la Facultad Nacional de Medicina y por dos miembros de la Federación Médica Nacional. La Junta Central será presidida por el Ministro de Educación, y en su defecto, por el Director del Departamento Nacional de Higiene, y tendrá un Secretario, que debe ser abogado titulado. Tanto los dos miembros de la Federación Médica que integran la Junta, como el secretario, gozarán de una remuneración que será fijada por el Ministerio de Educación Nacional, incluida en su presupuesto.

Artículo 8°—La Junta Central de Títulos Médicos podrá organizar provisionalmente cuatro Juntas Seccionales, fijándoles la correspondiente jurisdicción e integrándola así: por el Director Departamental de Higiene y por dos médicos designados por la Junta Central, que gozarán de una remuneración que fijará el Ministro de Educación Nacional y que incluirá en su presupuesto.

Artículo 9°—Para desempeñar un puesto de Médico Oficial en cualquier ramo de la Administración Pública, se exigirá, además de los requisitos de que trata el artículo 1° de esta ley, la condición de ser médico de nacionalidad colombiana, salvo los casos en que por razón de estipulaciones legales expresas, se contraten técnicos extranjeros.

Parágrafo.—Todo médico que prescriba medicamentos a un enfermo, tiene la obligación de entregarle la respectiva receta o fórmula escrita, siendo prohibido expedir fórmulas en clave o en idioma extranjero.

Artículo 10.—Reconócese oficialmente la Federación Médica Colombiana, y como tal será apoyada por las autoridades de la República.

Artículo 11.—A partir de la vigencia de la presente Ley, no se podrá conceder licencia para el ejercicio de la homeopatía, sino a las personas que obtengan un título en una institución o fa-

cultad cuyo p<sup>é</sup>nsu<sup>m</sup> haya sido aprobado por el Poder Ejecutivo y cuyo funcionamiento esté permanentemente vigilado por representantes del gobierno. El Poder Ejecutivo determinará los elementos que deba tener la institución o facultad y las materias que deban constituir el p<sup>é</sup>nsu<sup>m</sup> a que se refiere este artículo.

Artículo 12.—No podrán establecerse tratamientos antileprosos en el territorio de la república, por individuos o entidades no oficiales sin la previa autorización del Departamento Nacional de Higiene y bajo su control. Los que infringieren esta disposición, serán castigados con multas de \$ 100 a \$ 500, por la primera vez, y con la suspensión del ejercicio de la profesión por seis meses, en caso de reincidencia.

Artículo 13.—Toda persona que ejerza la medicina o la cirugía en el territorio de la república, sin sujeción a los preceptos establecidos por esta ley, incurrirán en una multa de cien pesos (\$ 100) por la primera vez, y en quinientos pesos (\$ 500) por la segunda. Las demás reincidencias serán sancionadas con la pena de prisión de seis meses a un año.

Artículo 14.—Para los efectos de la presente Ley, se entenderá también por ejercicio ilegal de la medicina, la práctica de la alopátia, de la cirugía y de la obstetricia por individuos que hayan recibido licencia o grado para ejercer solamente como homeópatas, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros, dentistas, etc.

Artículo 15.—El Departamento Nacional de Higiene procederá a reglamentar las profesiones de enfermeros, comadronas, practicantes y farmacéuticos, fijando en dicha reglamentación, entre las sanciones, el retiro temporal o definitivo del título, permiso o licencia que se hayan concedido para el ejercicio de la respectiva profesión, cuando se comprobare la práctica de actos de una profesión no autorizada en la respectiva licencia, permiso o diploma.

Parágrafo.—Las personas que por medio de las llamadas ciencias ocultas, se dediquen a tratar enfermedades, trastornos mentales o nerviosos o de otro orden, necesitan para el ejercicio de su profesión el permiso del respectivo Director Departamental de Higiene, quien no concederá sino previa la comprobación, asesorado por médicos competentes, de la eficacia del tratamiento y de la idoneidad y buena conducta del solicitante. La violación de esta disposición será castigada con las sanciones establecidas por la presente ley para los demás casos de infracción. Si se tratare de extranjeros infractores, serán juzgados como extranjeros perniciosos, de acuerdo con lo establecido por el artícu-

lo 5º de la ley 118 de 1928.

Artículo 16.—El que con fines de lucro interprete sueños, haga pronósticos o adivinaciones, o por cualquier otro medio semejante abuse de la credulidad ajena, incurre en multa de veinte a quinientos pesos.

La multa se aumentará hasta mil pesos, si se hiciera uso de hipnotismo o procedimiento similar.

Artículo 17.—Las sanciones de que trata el artículo 13 de la presente ley, serán impuestas por los Directores Departamentales de Higiene, y el gobierno reglamentará el procedimiento que deba séguirse en la tramitación a que dé lugar el cumplimiento de esta disposición, procurando que sea breve y sumario.

Artículo 18.—Los alcaldes y funcionarios de policía quedan obligados a hacer cumplir los preceptos de la presente ley, y los que fueren renuentes serán castigados con multas sucesivas de veinte a cincuenta pesos (\$ 20 a 50), que serán impuestas por el Director del Departamento Nacional de Higiene o por los Directores Departamentales de Higiene, quienes podrán pedir al respectivo Gobernador la destitución de los nombrados funcionarios en caso de reincidencia en el desobedecimiento de esta obligación, petición que deberán atender los gobernadores.

Artículo 19.—Quedan derogadas todas las demás disposiciones legales vigentes que sean contrarias a la presente ley”.

Artículo 20.—Esta ley regirá desde su promulgación.

NOTA.—Las disposiciones anteriores son las que rigen actualmente en relación con la reglamentación de la profesión médica. Como los originales se hallaban en la imprenta desde hace algunos meses, aparece en esta forma.

# Una interesante anomalía arterial

DR. ANTONIO OSORIO ISAZA

Dentro del número de las curiosas anomalías anatómicas que nos ha tocado encontrar en el Anfiteatro de la Facultad, vamos a relatar una de importancia no sólo por lo exótico de su presentación sino por la multiplicidad en las irregularidades encontradas. Sea el momento de agradecer la inteligente colaboración de mis activos compañeros Joaquín Arbeláez y Misael Botero, de cuya encomiable actividad depende el mérito de este trabajo.

## *ANOMALIAS EN LA DISTRIBUCION DE LAS ARTERIAS HUMERAL, RADIAL Y CUBITAL*

Vamos a esbozar primero la anatomía normal del punto en estudio para que se vea mejor la importancia de la irregularidad hallada.

### *Arteria Humeral normal.*

Continuación de la axilar, se extiende desde el borde inferior del pectoral mayor al pliegue del codo donde se divide en radial y cubital. Descansa sobre el vasto interno y el braquial anterior; está cubierta por el coraco-braquial y el biceps; limita por dentro con la aponeurosis y la piel mientras que por fuera está en relación con el coraco-braquial y el intersticio que separa el biceps del braquial anterior.

Durante este trayecto, la arteria humeral da las siguientes ramas en orden decreciente de importancia:

1) —Colateral externa o humeral profunda: se desprende de la humeral 3 ó 4 centímetros por debajo de su origen y llega rápidamente al canal de torsión del húmero, el cual recorre en compañía del nervio radial. Durante este trayecto da varios ramos al tríceps y un poco antes de llegar al epicóndilo se divide en



dos ramas terminales así:

Rama anterior: llega hasta la parte anterior de la articulación humero-radial, acompañada del nervio radial y allí se anastomosa con la recurrente radial anterior, una de las ramas de la arteria radial.

Rama posterior: desciende hasta la cara posterior del epicóndilo donde se anastomosa con la recurrente radial posterior, rama de la interósea posterior y con la colateral interna inferior, otra de las ramas directas de la humeral:

2)—Colateral interna superior: Llamada también arteria superficial del Vasto interno, nace en la parte superior del brazo y en compañía del nervio cubital desciende hasta la parte interna del codo donde se anastomosa con la recurrente cubital posterior.

3)—Colateral interna inferior: Nace dos o tres dedos por encima del pliegue de flexión del codo. Se dirige hacia la epitroclea y un poco por encima de ella se divide en dos ramas, anterior y posterior.

Rama anterior: se anastomosa por delante de la epitroclea con la recurrente cubital anterior, rama de la cubital. Inerva el braquial anterior y los músculos epitrocleares.

Rama posterior: se anastomosa por detrás de la epitroclea con la recurrente cubital posterior, rama de la cubital. A veces se encuentra una anastomosis supra-olecraniana entre la rama de que estamos hablando con la humeral profunda o la recurrente radial posterior.

4) y 5) Ramas musculares y nutricia del Húmero.

#### *Arteria radial normal.*

Rama de bifurcación externa de la humeral, se extiende desde el centro del pliegue del codo hasta la palma de la mano adonde llega después de atravesar la extremidad superior del primer espacio interóseo de atrás hacia adelante. Tiene pues la arteria una porción antibraquial y una porción carpiana. En su primera parte marcha entre el supinador largo, el pronador redondo y el palmar mayor. En la parte media del antebrazo se une a la rama anterior del nervio radial. En la muñeca ocupa la cara dorsal del escafoides y el trapecio y pasa por debajo de los tendones del abductor largo, extensor corto y extensor largo del pulgar.

En su trayecto, la arteria radial da las siguientes ramas:

1)—Recurrente radial anterior. Va hacia arriba y afuera y se anastomosa a nivel del epicóndilo con la rama anterior de la

colateral externa, rama de la Humeral.

2) —Ramos musculares: para los músculos vecinos.

3) —Transversa anterior del carpo: sigue el borde inferior del pronador cuadrado y se anastomosa con una rama análoga de la cubital.

4) —Radio-palmar: se desprende a nivel de la apófisis estiloides, pasa por delante del ligamento anular anterior del carpo y se une en la palma de la mano con la terminación de la cubital para constituir el arco palmar superficial.

5) —Dorsal del pulgar.

6) —Dorsal del carpo: nace a nivel de la tabaquera, sigue la cara dorsal del carpo y se une con una rama de la cubital formando el arco dorsal de la mano. Este arco da ramos ascendentes y descendentes. Estos últimos constituyen las arterias interóseas dorsales que a su vez dan las perforantes que las anastomosan con el arco palmar profundo o con la interósea palmar correspondiente.

7) —Interósea del segundo espacio: no es otra cosa que una interósea dorsal y como aquéllas sigue su misma distribución.

8) —Interósea del primer espacio: se anastomosa en la extremidad inferior con la interósea palmar.

#### *Arteria cubital normal*

Rama de bifurcación interna de la humeral. Está cubierta en su parte superior por los músculos epitrocleares mientras que en su parte inferior se hace superficial.

La arteria cubital da las siguientes ramas:

1) —Tronco de las recurrentes cubitales: se divide en dos ramas: recurrente cubital anterior que se dirige hacia arriba y se anastomosa con el ramo anterior de la colateral interna inferior, y recurrente cubital posterior que sigue el canal epitrocleo-olecraniano y se anastomosa con tres arterias, a saber: ramo posterior de la colateral interna inferior, colateral interna superior y recurrente radial posterior.

2) —Tronco de las interóseas: nace por debajo del precedente y en la extremidad superior del espacio interóseo se divide en dos ramas:

a) Interósea anterior: sigue la cara anterior del ligamento interóseo y por debajo del pronador cuadrado perfora de delante atrás el citado ligamento para anastomosarse en el dorso de la muñeca con ramos ascendentes de la dorsal del carpo, rama de la radial.

b) Interósea posterior: perfora el ligamento interóseo en su parte superior y en la extremidad inferior del antebrazo se anastomosa con la interósea anterior. Entre sus ramos el más importante es la recurrente radial posterior que se anastomosa con el ramo posterior de la colateral externa, rama de la humeral.

3) —Musculares para los músculos vecinos.

4) —Cúbito-dorsal: se anastomosa con la dorsal del carpo para constituir el arco arterial dorsal.

5) —Transversa anterior del carpo: se anastomosa con la rama análoga de la radial.

6) —Cúbito-palmar: pasa a la región interósea por en medio de la eminencia hipotenar y se anastomosa con la terminación de la radial y forma así el arco palmar profundo.

## CASO ANOMALO EN ESTUDIO

### *Arteria humeral.*

1) —La colateral externa nace de la axilar con un calibre igual al de la arteria humeral semejando una división de aquella arteria en dos ramas terminales más bien que una colateral anormalmente desprendida. Se desprende de la parte posterior del vaso de origen, pasa por detrás del tendón del gran dorsal, sigue verticalmente la cara interna del hueso, alcanza muy tardíamente el canal de torsión el cual sigue apenas en una extensión de tres centímetros para salir a la región olecraniana. Desde el momento en que abandona el canal de torsión, se hace subcutánea, colocada sobre la aponeurosis de envoltura del tríceps. En su terminación no presenta anastomosis alguna con las recurrentes radiales.

La distribución de esta curiosa y anormal arteria se hace de la siguiente manera:

a) Dos ramos para los redondos que abordan estos músculos a nivel de su parte media y cerca de su borde inferior.

b) Ramo para la parte superior del coraco-braquial.

c) Rama de implantación posterior que se desprende tres centímetros por debajo del origen de la humeral profunda y que a poco trayecto se divide en varias ramas así:

Para el deltoides en su parte superior.

Para el deltoides en su parte inferior.

Otra rama que por su trayecto corresponde a la circunfleja posterior (a lo menos en parte) y que se anastomosa por inocu-

lación con el ramo acromial de la acromiotorácica.

Como se ve por la descripción que acabamos de hacer, se trata de un vaso anormal por su implantación, punto de origen, trayecto, distribución y anastomosis. Es igualmente anormal no sólo por caracteres negativos (lo que falta y que normalmente existe) sino también por caracteres positivos (lo que presenta y que normalmente no existe).

### *Arteria Radial.*

Su trayecto es normal en tanto que hay varias anomalías en su distribución:

1) —Falta la recurrente radial anterior.

2) —No se encuentra la transversa anterior del carpo.

3) —Falta igualmente la radio-palmar y por consiguiente no hay ni aun esbozos del arco palmar superficial.

4) —La dorsal del dedo gordo no presenta su calibre normal y está notablemente disminuida en cuanto a la extensión que normalmente debe recorrer.

5) —Falta totalmente la dorsal del metacarpo. El arco dorsal de la mano que como se recordará está formado por la anastomosis de esta arteria con una rama de la cubital, falta por consiguiente en este caso en estudio.

6) —La colateral interna del pulgar y la colateral externa del índice están exageradamente desarrolladas como no nos había tocado nunca observarlas, y desarrollo que no se explica ya que les está encomendada una irrigación relativamente pequeña y que no se encuentran anastomosis en su trayecto.

7) —No se encuentra interósea del segundo espacio.

8) —Las interóseas dorsales de los demás espacios nacen del arco palmar profundo y sólo se hacen dorsales después de perforar el espacio correspondiente a nivel de su parte superior.

### *Arteria Cubital.*

En lugar de seguir su trayecto normal, la arteria cubital de este especialísimo caso forma una curva de concavidad interna cuyos dos tercios superiores están en contacto con el borde interno del radio y su tercio inferior corresponde al eje del miembro. En la mayor parte de su trayecto va acompañada de cerca por la interósea anterior que sigue sensiblemente el mismo recorrido.

En cuanto a su modo de distribución encontramos la siguiente **modalidad**:

1) —Tronco de las recurrentes cubitales: se reduce a la recurrente cubital posterior ya que la anterior falta íntegramente. La recurrente que existe presenta un desarrollo exagerado muy explicable por la falta de su congénere anterior y en razón del amplio territorio que debe irrigar. Esta arteria se anastomosa con las dos colaterales internas de la Humeral pero no con la recurrente radial posterior.

2) —Tronco de las interóseas: esta es quizá la más importante de las anomalías encontradas en el caso que estudiamos y que consistía en la colocación de las dos interóseas por delante del tabique.

La interósea anterior, acompañada del nervio mediano (anormal por consiguiente este nervio en su trayecto) va casi adosada al tronco de la cubital e inmediatamente por debajo de los flexores profundos. Falta la arteria del nervio mediano.

La interósea posterior va colocada sobre la cara anterior del tabique casi en contacto con el borde externo del cúbito. En la parte más inferior del espacio interóseo, la arteria perfora el tabique para hacerse posterior. El punto en el cual se hace esta perforación está cubierto por el pronador cuadrado, músculo que es necesario seccionar para seguir el vaso.

Tres centímetros antes de hacerse posterior, esta arteria da una rama que se anastomosa con la interósea anterior. Esta anastomosis representa la que normalmente existe a nivel de la cara posterior entre la interósea posterior y la anterior.

Cómo termina esta anormal arteria interósea?

Una vez perforado el tabique interóseo, la arteria se hace recurrente en una extensión de 4 a 5 cents., lugar donde termina resolviéndose en numerosos ramos de muy poca extensión que en sentido divergente se separan del vaso de origen. La arteria interósea posterior da, dos centímetros después de su origen, dos ramos que van al flexor profundo de los dedos y un tercer ramo bastante desarrollado para el pronador redondo.

#### *Arcos palmares.*

1) —Arco palmar superficial: formado normalmente por la radio-palmar que se anastomosa con la cubital. En el caso a que estamos haciendo referencia este arco faltaba totalmente.

2) —Arco palmar profundo: formado por la cubito-palmar con la terminación de la radial. En el cadáver que estudiamos respecto a estas anomalías arteriales, este arco alcanzaba un calibre superior al normal muy explicable por lo demás si se re-

cuerda, como ya dijimos atrás, que algunas interóseas dorsales se desprenden de este arco profundo para, una vez perforado el espacio correspondiente en su parte superior, hacerse dorsales. Por consiguiente, este aumento en el calibre depende de un mayor territorio para irrigar.

#### *Arco dorsal.*

Como lo dijimos atrás, este arco no existe.

### *IMPORTANCIA DE ESTAS ANOMALIAS*

Por la rápida descripción que acabamos de hacer fácil será ver la importancia del caso que estudiamos. Porque no se trata de una anomalía arterial única, caso que se presenta muy frecuentemente, sino de un conjunto de 37 anormalidades que visto en el miembro superior izquierdo de un solo cadáver trastornan por completo la anatomía normal, hasta el punto de no encajar su estudio en ninguna de las descripciones que se encuentran en los diversos autores.

*Antonio OSORIO ISAZA*

# La nueva legislación sobre narcóticos y sus principales inconvenientes

RESOLUCION Nº 3 DE 1936  
(Enero 9)

por la cual se reglamenta el despacho de fórmulas que contengan drogas heroicas en dosis terapéuticas.

El Director del Departamento Nacional de Higiene, en uso de sus atribuciones conferidas por el art. 2º del Decreto Ejecutivo Nº 1377 de 1930, y

## CONSIDERANDO:

Que el despacho de fórmulas que contengan sustancias de las mencionadas en el art. 1º del Decreto ejecutivo Nº 1.377 de 1930, así como las referentes a especialidades farmacéuticas que contengan las mismas sustancias, o de las que trata el art. 1º de la Ley 11 de 1920, en dosis terapéuticas, se ha prestado a abusos, que permiten adquirir el vicio público,

## RESUELVE:

Art. 1º—No podrán venderse las siguientes sustancias, por mayor ni al detal, sino por orden escrita de médico graduado o que haya terminado estudios en las Facultades oficiales, conforme al art. 4º de la Ley 67 de 1935, o de veterinario o dentistas diplomados: como cocaína pura y sus sales. Preparaciones que contengan más de un diez por ciento de cocaína. Eucaina Alfa, o Beta, sean solas o combinadas con otras sustancias, y sea cual fuere el nombre con que se las distinga. Ecgonina y sus derivados. Opio y preparaciones que contengan más de un dos por ciento de morfina, como gotas blancas de Gallard, gotas de Magendie. Morfina y las sales de ésta y derivados: Heroína. Benzoilmorfina y los demás esteres de la morfina, dilaudine, dicodine, aucodal, pantocaína, cáñamo indio y sus derivados, dionina.

Art. 2º—Las especialidades farmacéuticas que contengan en cualquier dosis alguna o algunas de las sustancias de que trata el artículo anterior, están sometidas para su venta a la misma formalidad de que trata el artículo anterior.

Art. 3º—Las sustancias y especialidades farmacéuticas de que trata, no podrán venderse sino en farmacias y droguerías que tengan la respectiva autorización de la Dirección de Higiene Departamental o intencional, en cuya jurisdicción funciones, y siempre que reúnan los requisitos

indicados en el artículo 17 del Decreto ejecutivo N° 1.377 de 1930.

Art. 4º—La orden o prescripción escrita que se exige para la venta de estas sustancias y especialidades, no podrá despacharse sino una vez; no valdrá después de tres días de expedida, y quedará original en el establecimiento en donde se despacha.

En tal orden o prescripción, que debe darse en papel timbrado con el membrete del facultativo, éste hará constar el nombre y dirección del domicilio de la persona para quien se prescriba, y el número de la cédula de ciudadanía o de identidad de la misma. No podrán despacharse fórmulas que carezcan de esta formalidad, bajo pena de aplicación de las sanciones de que se trata.

Art. 5º—Es prohibido a los veterinarios prescribir las sustancias o especialidades a que se refiere esta Resolución para uso de los seres humanos.

En las fórmulas suscritas por un veterinario para esta clase de productos, se indicará la especie animal a que está destinado el medicamento, y el nombre y dirección de su propietario.

Art. 6º—Prohíbese despachar sin autorización escrita del Médico Director de Higiene Departamental correspondiente las prescripciones o fórmulas que contengan cualquiera de las sustancias enumeradas en los arts.

## O V A R I O G E N

### enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestiones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla

Colombia



1º y 2º, cuando la cantidad exceda de dosis terapéuticas para tres días. Se aceptará como dosis terapéutica la que señala el Codez.

Art. 7º—Las fórmulas que se despachen de las sustancias y especialidades a que se refiere esta Resolución deben copiarse en el libro anotador respectivo, debidamente registrado y foliado, en tinta roja, y con la anotación del nombre y dirección de la persona para quien fueron despachadas y el número de la cédula de ciudadanía de la tarjeta de identidad.

Art. 8º—Cuando en un establecimiento se despachen para una misma persona más de dos fórmulas con las sustancias o especialidades de que trata esta Resolución, expedidas en períodos menores de diez días, por el mismo facultativo, y se presentaren como nuevas fórmulas, éstas no podrán ser despachadas. Se recogerán por el director de la farmacia, que dará aviso a la autoridad sanitaria respectiva, adonde enviará la fórmula correspondiente.

Art. 9º—Los facultativos que expidan alguna o algunas fórmulas o prescripciones para el despacho de las sustancias o especialidades de que trata esta Resolución, con nombre que no corresponda al verdadero de aquél a quien se entrega la fórmula o con la dirección del domicilio inexacta, incurrirán en las sanciones de que trata el art. 5º de la Ley 118 de 1928.

Art. 10º—Las infracciones a las demás disposiciones de esta Reso-

## JARABE PARA

## NIÑOS DEBILES

Preparado a base de tónicos generales, Acido Láctico y Sales de Cal.

Especialmente indicado en las convalecencias de las enfermedades bronco-pulmonares agudas (Gripas, Bronquitis, Pneumonías, Bronco-Pneumonías, etc.)

**Recalcificante.**

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

lución, serán castigadas con multas de diez a doscientos pesos por la primera vez; de doscientos a mil por la segunda, y en caso de nueva reincidencia se cerrará el establecimiento por seis meses.

Art. 11º—Estas sanciones serán impuestas en Bogotá, por la Junta de la Policía Sanitaria Nacional; en las demás capitales por los Directores Departamentales de Higiene; en los lugares donde haya Unidad Sanitaria, por los Directores Municipales o Inspectores de Sanidad, y en defecto de éstos, por los Alcaldes o Funcionarios de Policía.

Art. 12.—Esta Resolución se fijará en las farmacias y droguerías, en lugar visible, y regirá desde su publicación en el Diario Oficial.

Dada en Bogotá, a 9 de enero de 1936.

**ARTURO ROBLEDO**, Director Nacional de Higiene.

**Manuel Roca Castellanos**, Secretario General.

Algunos profesionales y droguistas de Medellín dirigieron a la Dirección de Higiene, el siguiente memorial:

Señor Director Nacional de Higiene.  
Bogotá.

## LIMO-LAX

Purgante que se toma  
como si fuere una de-  
liciosa limonada

Solución de Citrato  
de Magnesia en agua  
carbonatada, de ac-  
ción purgativa ideal.  
No estriñe. Descon-  
gestiona el hígado.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

Medellín — Barranquilla

Colombia

Los suscritos, médicos los unos y farmacéuticos los otros ó dedicados al comercio de drogas, nos dirigimos muy respetuosamente a usted para pedirle la modificación de la Resolución N° 3 de 9 de enero del año en curso, sobre el comercio de productos heroicos.

Ante todo reconocemos la necesidad de una severa legislación que impida la difusión ilícita de esos productos y sirva de garantía social; pero creemos que esa restricción debe ser de tal naturaleza que conserve a los enfermos la posibilidad de adquirir esas drogas cuando realmente las requieren, ya que si el abuso de los heroicos es funesto, su recto uso es una conquista inapreciable de la medicina.

La parte de la Resolución que creemos debe ser modificada es la que exige poner en cada fórmula el número de la cédula de ciudadanía o de identidad del destinatario, su nombre y su domicilio y dirección.

En muchos casos, señor Director, es imposible y lo ha sido

## ELECTROGENO

### Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

llenar estos requisitos por las razones siguientes: a) Es un hecho que gran parte de la población colombiana no está cedulada todavía; b) Hay otra que no es cedulable, por no ser ciudadanos quienes la componen, y muchos no pueden tener tarjeta de identidad, tal como sucede con los niños menores; c) Entre la población que pudiera o debiera tener cédula de identidad, existe un grupo muy numeroso que no la posee, porque se trata de mujeres del pueblo sin comercio ni correspondencia de ninguna clase, que precisamente por eso no se han preocupado nunca por conseguir un documento cuya expedición exige varios requisitos y que para ellos es absolutamente inútil.

Qué puede hacer un médico, cuando se le presenta la necesidad de formular de urgencia para un cólico o una angina, o habitualmente para un cáncer, unas inyecciones de morfina a una pobre anciana del pueblo que no tiene ni puede conseguir ya la cédula de identidad? Cómo podrá ese mismo médico formular en los casos ya enumerados de accidentes en que un individuo, aun-

## **VITAEMULSION**

### **Alimento-Medicina**

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

#### **INDICACIONES:**

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

que posiblemente cedulao, pierda el conocimiento y no se puedan tomar de él los datos necesarios para llenar ese requisito?

No se compromete el mismo sigilo profesional, base de la moralidad médica, con la disposición que obliga a poner en cada fórmula el nombre, número y domicilio de la persona para la cual se receta?

Qué control pueden tener las autoridades de higiene si el número de las cédulas que se citan puede ser falso y esas autoridades no tendrán nunca a la vista tales cédulas?

Además, la Resolución incluye las especialidades farmacéuticas que contengan algún producto heroico, cualquiera que sea la dosis. No será ésto exagerar las restricciones cuando en algunos casos la dosis es tan insignificante que no pueda formar hábito?

Hemos visto ya en la práctica la enorme dificultad de algunos profesionales para poder atender a su clientela cumpliendo al mismo tiempo los requisitos de la disposición y sus deberes de

## UROSALINA

Sal Hepática efervescente de  
solubilidad completa y rápida

### FORMULA:

Cada cucharada contiene:	
Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Soda	1.500
Benzoato de Sodio	0.1875
Carbonato de Litina	0.075
Fosfolactato de Cal	0.0357
Uroformina	0.375
Sal efervescente	8.100
Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.	

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

médicos.

Por todo lo expuesto pedimos muy atentamente al señor Director, se sirva reformar la Resolución citada en aquello que tiene de cumplimiento imposible o supremamente difícil, pues estamos seguros de que la intención de la Dirección Nacional de Higiene es la de cooperar eficazmente a la lucha contra los narcóticos, pero no la de poner trabas imposibles al ejercicio de las profesiones médica y farmacéutica.

Señor Director,

Medellín, marzo 24 de 1936.

Cuando obtuvimos la copia del memorial, llevaba ya las firmas siguientes:

Dr. Alonso Restrepo, Laboratorio Clínico; Dr. Eduardo Escobar M.; Dr. Gabriel Uribe Misas, Laboratorio Biológico y Clínico; Dr. J. Gaviria Ochoa; Dr. Rafael Villegas Arango; Dr. A. Palacio Arango; Dr. Rubén Uribe; Dr. Ernesto Rodríguez; Dr. Francisco Bernal; Dr. Jesús Yepes Cadavid; Dr. Antonio Osorio

## CEFALINA

### Contra dolores en general

Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

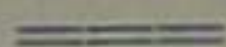
Cefalina asegura al médico el empleo de una asociación medicamentosa (muy socorrida por lo útil en la terapéutica diaria) en la cual se ha puesto todo el cuidado humanamente posible para proveer una droga que pueda formularse con absoluta confianza, tanto en su calidad como en su dosificación.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Isaza; Dr. Salvador Jaramillo B.; Dr. Valentín Garcés Mejía; Dr. Carlos Alfredo Uribe; Dr. Jaime Bernal Moreno; Dr. Bernardo Ramírez; Dr. Maximiliano Jaramillo; Dr. Daniel Correa; Dr. C. Tobón Z.; Dr. Gil J. Gil; Dr. Carlos E. Vélez S.; Dr. David Velásquez; Dr. Cipriano Mejía; Dr. Samuel Uribe Escobar; Dr. M. S. Arango Mejía; Dr. Hernán Pérez R.; Dr. Emilio Robledo.—Droguerías Aliadas S. A. (Gonzalo Restrepo); Farmacia Madrid (Carlos E. Jaillier); Droguería Gutiérrez (Antonio M. Gutiérrez); Farmacia Internacional (Manuel Mejía); Botica Junín (Alberto López V.); Farmacia Blanca (A. Díez Estrada); Farmacia Oriental (Alberto Gómez T.); Farmacia La Luz (L. A. Moreno); Palacio Isaza & Cía.; Farmacia Moderna (Gabriel Isaza M.); Droguería Continental (Alfonso Tobón O.); Droguería Americana (Pineda Restrepo y Cía.); Farmacia Humanitaria; Farmacia San Roque (Alberto Yepes); Farmacia Palacio Arango; Lauribe (Alfredo Pérez B.); Farmacia Santa Cruz (Eduardo Arboleda); Farmacia Roma (Alejandro Torres); Farmacia Unión (Jorge Montoya Restrepo); Farmacia Infantil (J. Mejía Uribe).



República de Colombia.—Departamento Nacional de Higiene.—Sección. Secretaría General.—Número 1033.—Bogotá, abril 7 de 1936.

Señores EDUARDO ESCOBAR, ALONSO RESTREPO, GONZALO RESTREPO y demás firmantes.—Medellín.

Me refiero al memorial de ustedes sobre interpretación de la Resolución número 3 del corriente año en la parte referente a la exigencia de colocar en cada fórmula el número de la cédula de ciudadanía o de identidad del destinatario.

Mientras se dicta la correspondiente Resolución aclaratoria de los artículos que tal caso ordena, puede procederse a aceptar tales fórmulas siempre que el médico que las prescriba certifique que el enfermo carece de la cédula o de la tarjeta de identidad y que el despacho de la fórmula se considera urgente.

Por lo demás esta Dirección estudiará los otros puntos de su memorial y tendrá el gusto de informar a ustedes sobre lo que resuelva.

Con sentimientos de distinguida consideración quedo de ustedes atento servidor y amigo,

*Arturo ROBLEDO, Director.*