

## ALGUNAS ANOMALIAS OBSERVADAS EN EL ANFITEATRO DE ANATOMIA DE LA FACULTAD NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTA

*Por el doctor Néstor Santacoloma, Profesor Agregado de Anatomía,  
1er. Curso, de la Facultad.*

He creido de interés reunir en este trabajo, algunas observaciones recogidas en el Anfiteatro de Anatomía de la Facultad de Medicina de Bogotá, durante mi Jefatura de Trabajos prácticos.

Sabido es que en Medicina nada es absoluto, y lo propio podemos decir de la Anatomía. Hay un tipo de disposición de los órganos que se describe por los autores clásicos como normal y constante, y en realidad es el que se observa en la generalidad de los individuos; pero con frecuencia existen disposiciones que difieren notablemente de esta descripción clásica, sin que ello repercuta sensiblemente sobre la salud del individuo y sin que puedan sospecharse por el operador.

Considero que el conocimiento de estas anomalías tiene cierto interés distinto de la simple curiosidad científica, ya que algunas de ellas pueden presentar serios tropiezos al Cirujano. Este, en efecto, al intervenir, espera que la región esté ajustada a la disposición normal; pero suele suceder que encuentre otra cosa distinta, que puede, si no impedir la intervención, sí desorientarlo y quizá hacerle perder un tiempo precioso. Esto no sucederá si la anomalía está ya descrita y prevista por consiguiente en la mente del operador.

Indudablemente, los órganos que presentan mayores anomalías y que con mayor frecuencia se separan del tipo clásico son los vasos, especialmente los del miembro superior. De ahí que mis observaciones se refieran en primer término a las anomalías de las arterias del miembro superior: axilar, humeral, radial, cubital y areadas palmares.

Para mayor orden y claridad, describiré al principio de cada parágrafo la disposición clásica de cada uno de estos vasos.

### 1—*Arteria Axilar.*

Como distribución clásica se acepta la siguiente: La axilar suministra siete (7) ramas colaterales, así: 1. *Torácica superior*, po-

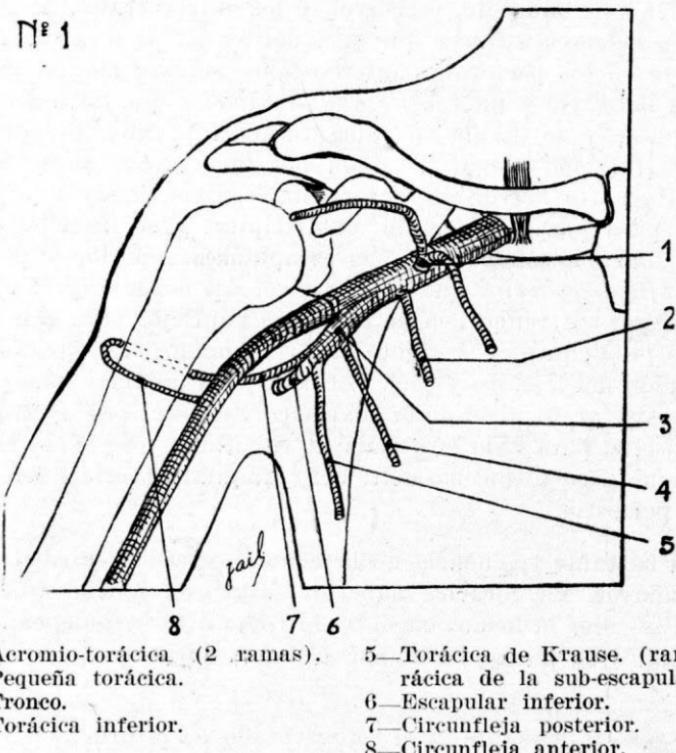
co voluminosa, que nace inmediatamente debajo del subclavio (a veces por un tronco común con la acromio-torácica) y se distribuye a los pectorales y la piel de la región mamaria. 2. *Acromio-torácica* que nace de la cara anterior de la axilar a nivel del borde superior del pectoral menor y se divide en dos ramas: una externa o acromial que se distribuye en el subclavio, pectoral menor, deltoides, ligamentos coraco-claviculares, cápsula articular del hombro y piel deltoidiana, y otra interna o torácica que se distribuye principalmente en el pectoral mayor hasta la vecindad del esternón. 3. *Pequeña torácica* (a veces doble) que nace detrás del pectoral menor, irriga este músculo, el mayor y los intercostales. 4. *Torácica inferior o mamaria externa* que nace detrás del pectoral menor y se distribuye en los pectorales, intercostales, serrato mayor, ganglios, glándula mamaria y piel. 5. *Escapular inferior* que nace a nivel del subescapular y se divide en rama torácica y rama escapular; la primera (torácica dorsal de Krause o torácica larga de Meckel) irriga el serrato mayor, los intercostales, dorsal mayor y piel; la segunda pasa por el triángulo omotricipital y se distribuye en el hombro anastomosándose con las escapulares superior y posterior. 6. *Circunfleja posterior* que nace a nivel del borde superior del redondo mayor, se reúne con el nervio circunflejo, pasa por el cuadríptero de Velpeau y se agota en los redondos, triceps, deltoides, articulación del hombro y piel. 7. *Circunfleja anterior* más pequeña que la posterior, al nivel de la cual nace y a veces por un tronco común con ella, pasa bajo la arcada de Struthers y se agota en el coraco-braquial, corto biceps, deltoides, braquial anterior, serosa capsular y periostio.

Con bastante frecuencia no hemos encontrado esta distribución en el cadáver. La torácica superior falta con mucha frecuencia; muy pocas veces la hemos encontrado como arteria independiente, y casi siempre es reemplazada por la rama torácica de la acromio-torácica.

Un caso interesante es el representado en el grabado N° 1. En el cadáver disecado por los alumnos Naranjo y Ochoa la axilar daba la acromio-torácica y la pequeña torácica según el tipo normal, pero detrás del pectoral menor daba nacimiento a un grueso tronco que pudiéramos llamar "bitóraco-escápulo-circunflejo", del cual nacían de arriba abajo: la mamaria externa con su distribución normal, la rama torácica de Krause también normal (acompañando al nervio de Bell), la escapular inferior constituida únicamente por la rama escapular; el tronco terminaba formando la circunfleja posterior de distribución normal. La circunfleja anterior nacía normalmente de la axilar. Este mismo cadáver presentaba la torácica alaris o cuarta torácica de Soemmering, arteria muy larga y

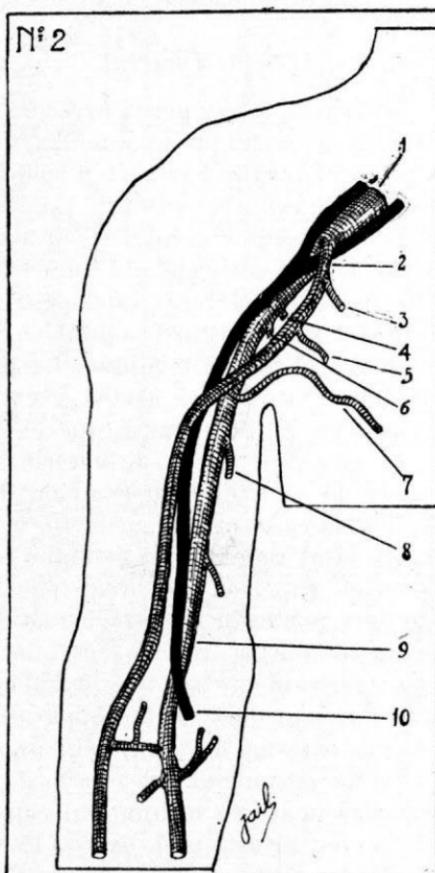
voluminosa que se distribuye en los ganglios y piel de la axila. Nacía de la humeral.

En el grabado N° 2 he representado la más interesante de las anomalías de esta colección, ya que se trata de una reducción excesiva de la axilar en extensión, por bifurcación muy alta en radial y cubital. Este cadáver fue disecado por los alumnos Castaño y Alvarez. La arteria axilar era normal en su porción clavipectoral donde suministraba la acromiotorácica. A nivel del borde superior del pectoral menor, y un poco por encima de la V formada por las raíces del mediano, nacía de su cara interna un grueso tronco arte-



rial que por su trayecto, distribución y terminación correspondía a la radial. Inmediatamente después de su origen, este tronco pasaba por entre las dos raíces del nervio mediano cruzando la cara anterior de la raíz interna; se hacía luego descendente a lo largo del borde interno del biceps, para cruzar después de dentro afuera y de arriba abajo la cara anterior de la humeral y del nervio mediano; al llegar al pliegue del codo y ya muy superficial, cruzaba la cara posterior de la expansión aponeurótica del biceps, llegando a la región antebracial anterior y superior; ya a esta altura (3

centímetros aproximadamente de la interlínea articular) recibía un grueso tronco anastomótico procedente de la cubital, de trayecto ligeramente ascendente y rodeado de una verdadera red de arteriolas. De la cara superior de este tronco anastomótico se desprendía la arteria recurrente radial anterior. En el resto de su trayecto esta arteria radial extraordinariamente larga se ceñía a la descripción clásica. Poco después de su origen esta arteria radial



- 1—Axilar.
- 2—Radial.
- 3—Pequeña torácica.
- 4—Sub-escapular.
- 5—Mamaria externa.
- 6—Tronco de las circunflejas.

- 7—Torácica alaris o 4<sup>a</sup> de Soemmering.
- 8—Colateral externa.
- 9—Cubital.
- 10—Mediano.

daba nacimiento a la pequeña torácica; un poco más abajo a la mamaria externa, y más abajo aún, y ya en la región braquial, daba nacimiento a una arteria voluminosa, muy flexuosa, que por un trayecto recurrente se dirigía hacia arriba y adentro para agotarse

en los ganglios axilares y en la piel de la axila y de la región mamaria. En todos sus detalles esta arteria correspondía la descripción de la cuarta torácica o torácica alaris de Soemmering, que ya habíamos encontrado en otro cadáver y que mencionamos atrás. El tronco que continuaba la axilar daba la escapular inferior muy reducida, un tronco común de las circunflejas, y ya convertida en humeral, todas las colaterales de este vaso; del pliegue del codo hacia abajo se convertía en cubital, ciñéndose en un todo a la descripción clásica.

## 2—Arteria Humeral.

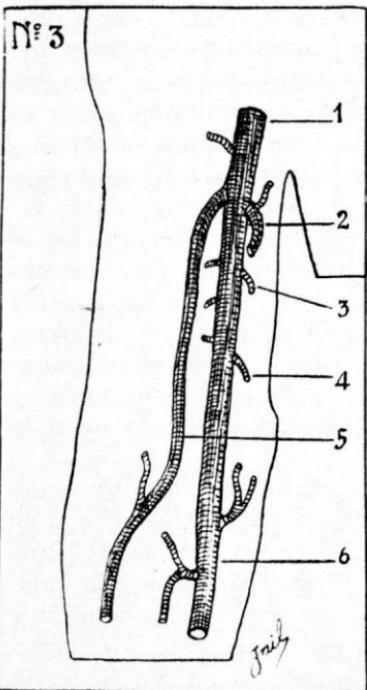
La descripción clásica de la humeral presenta esta arteria como continuación directa de la axilar, extendida desde el borde inferior del músculo pectoral mayor hasta el pliegue del codo, donde termina por bifurcación en radial y cubital. En su trayecto da ramos musculares para los músculos deltoides, biceps, coraco-braquial y braquial anterior, la arteria nutricia del húmero, la colateral externa o humeral profunda, la colateral interna superior y la colateral interna inferior. En su trayecto braquial va acompañada por las venas humerales y por el nervio mediano. La posición de la arteria respecto del mediano es interna arriba y externa abajo, cruzándose los dos órganos en X, de manera que el mediano pasa de fuera adentro sobre la cara anterior de la arteria. Esta relación es constante. Sólo una vez he visto una disposición distinta sobre un número aproximado de 200 cadáveres. En efecto, la arteria humeral en este caso, se enrollaba al rededor del mediano en dos vueltas de espira así: en la porción superior del brazo pasaba la arteria de dentro afuera por la cara posterior del nervio; se dirigía luego adelante y adentro, cruzaba la cara anterior del nervio para contornear su cara interna; nuevamente se dirigía hacia afuera y abajo pasando por la cara posterior del mediano para llegar al pliegue del codo en su posición externa normal. Esta anomalía era unilateral (lado derecho) y fue encontrada en el año de 1937.

La anomalía más frecuente de la humeral consiste en su bifurcación precoz a diferentes alturas del brazo. Esta bifurcación la hemos encontrado con bastante frecuencia, y en todos los casos las colaterales de la humeral eran suministradas por el tronco que se continuaba con la cubital.

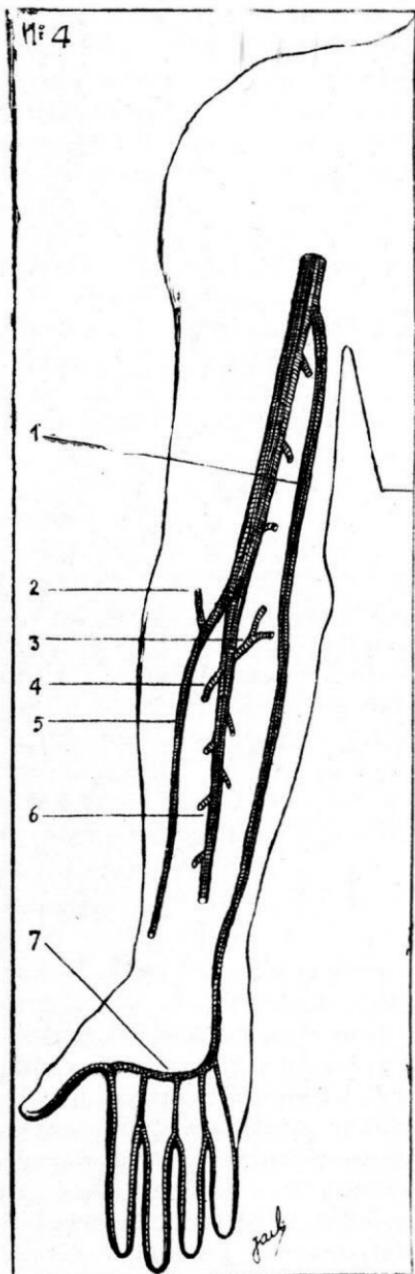
En el grabado N° 3 he representado una disposición especial que fue encontrada en el mes de marzo de este año en el cadáver que correspondió al alumno Bedoya. La arteria humeral, muy corta como tronco único, daba el ramal deltoidiano de calibre normal y se dividía luego en tres ramas de desigual calibre: una externa que penetraba en la gotera radial (humeral profunda) y de cuyo origen se desprendía la nutricia del húmero; una media, más voluminosa, que continuaba el trayecto de la humeral para hacerse cubital.

tal en el pliegue del codo, y otra anterior más superficial y de calibre intermedio a las otras dos que iba a constituir la radial. Las colaterales de la humeral eran suministradas por el tronco medio que se convertía en cubital en el pliegue del codo.

En el grabado N° 4 he representado una disposición que sólo



- 1—Humeral.
- 2—Humeral profunda.
- 3—Colateral interna superior.
- 4—Colateral interna inferior.
- 5—Radial.
- 6—Cubital.



- 1—Cubital.
- 2—Recurrente radial anterior.
- 3—Recurrentes cubitales.
- 4—Interósea posterior.
- 5—Radial.
- 6—Interósea anterior.
- 7—Arco palmar superficial, íntegramente cubital.

una vez he visto en mi práctica de anfiteatro. En el cadáver que correspondió al alumno Saavedra la arteria cubital nacía de la humeral a dos centímetros aproximadamente por debajo del borde inferior del pectoral mayor; inmediatamente después de su nacimiento se hacía superficial caminando sobre el borde interno del biceps, inmediatamente por debajo de la aponeurosis braquial; en el pliegue del codo pasaba por detrás de la expansión aponeurótica del biceps y descendía por el antebrazo colocándose sobre la cara anterior del plano muscular superficial entre el palmar menor y el cubital anterior, inmediatamente debajo de la aponeurosis antebraquial; en el puño daba la cúbito-palmar, y terminaba formando ella sola la arcada palmar superficial sin anastomosarse con la radial. La arteria humeral descendía por el brazo suministrando todas sus colaterales y en el pliegue del codo se bifurcaba en dos troncos: uno externo que era la radial normal y otro interno del cual nacía a nivel de la tuberosidad bicipital el tronco de las recurrentes cubitales, casi inmediatamente después la interósea posterior y por último se terminaba formando la interósea anterior muy voluminosa y que irrigaba todo el territorio correspondiente a la cubital.

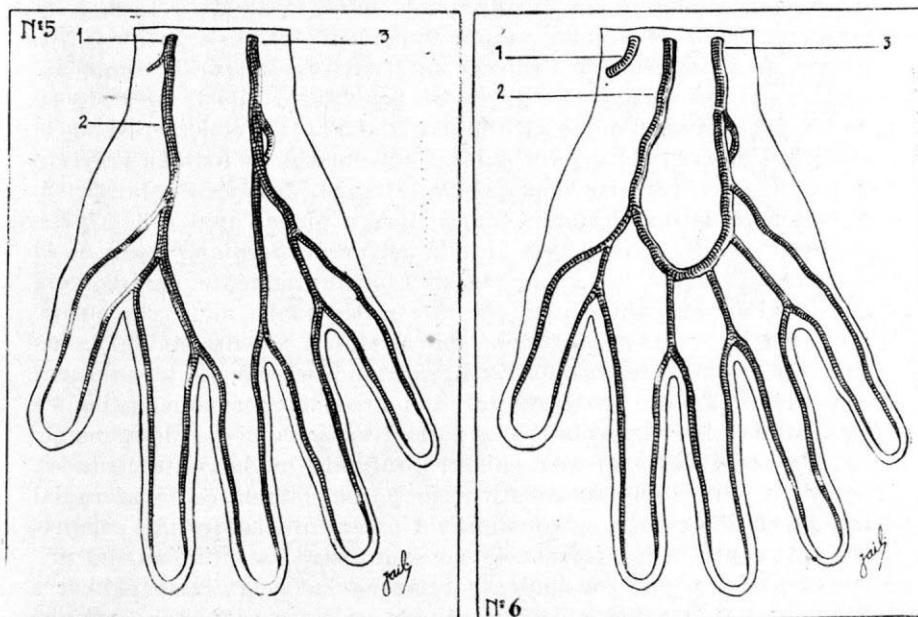
Con relativa frecuencia al disecar el brazo se encuentra una disposición que aparenta corresponder a una bifurcación precoz de la humeral a alturas diferentes; pero al seguir los troncos de bifurcación en el antebrazo se encuentra que la que parecía ser la cubital se divide un poco por debajo del codo en dos arterias (radial y cubital). En la radial, y a una distancia que varía de dos a cuatro centímetros debajo de su origen, desemboca el vaso que se creía fuera la radial, quedando la anomalía reducida a un simple vaso aberrante que une la humeral a la radial por una vía muy larga. Es el tipo de los "vasa aberranta" de Haller, vasos de la red inicial circulatoria que adquieren un considerable desarrollo, supplantando a los que normalmente constituirán los vasos de los miembros.

### 3—Arterias de la mano.

Afirma Testut, y con él muchos autores, que la arcada palmar superficial resulta de la anastomosis entre la cubital y la radiopalmar, de donde nacen las cuatro arterias digitales. Muy cuidadosamente hemos estudiado la constitución de esta arcada palmar superficial en los cadáveres que llegan a nuestro anfiteatro (aproximadamente 200 en el transcurso de los años 1934, 1937, 1938 y lo que va corrido de 1939), y podemos afirmar que entre nosotros la descripción de Testut constituye una rareza. En efecto, en el mayor número de veces, la arcada está constituida por la arteria cubital sola, así: La cubital, después de suministrar la cúbito-palmar,

se oblicua afuera y abajo para continuarse directamente con la quinta digital (la correspondiente al primer espacio interóseo), recibiendo por su lado externo, a veces, la radiopalmar de la radial; existe, pues, anastomosis por inosculación entre la cubital y la radiopalmar, ya que el calibre de esta última es casi siempre muchísimo menor que el de la cubital, por consiguiente la arcada palmar superficial es íntegramente de origen cubital. En los cuarenta cadáveres que se han disecado en el presente año, solamente dos veces se ha encontrado una disposición como la descrita por Testut.

En el grabado Nº 5 he representado un caso de ausencia de arcada palmar superficial, encontrado una vez sobre 40 cadáveres.



1—Radial.  
2—Radio-palmar.  
3—Cubital.

1—Radial.  
2—Arteria del Nervio Mediano.  
3—Cubital.

Se trataba del cadáver que correspondió disecar al alumno Romeo y en el cual las arterias de la mano se disponían de la siguiente manera: La cubital después de dar la cúbito-palmar, se dividía en la palma de la mano en dos troncos; uno interno que a poco trayecto daba la colateral interna del dedo meñique y terminaba en el cuarto espacio interóseo bifurcándose en colateral externa del meñique y colateral interna del anular; y otro externo que terminaba bifurcándose en el tercer espacio interóseo para dar la colateral externa del anular y la colateral interna del dedo medio. La radio-palmar, extraordinariamente voluminosa, suministraba por su lado

externo la colateral externa del dedo pulgar y en el primer espacio interóseo terminaba dividiéndose en dos troncos: el externo que se bifurcaba en colateral interna del pulgar y colateral externa del índice; y el interno que se bifurcaba en el segundo espacio interóseo suministrando la colateral interna del índice y la colateral externa del dedo medio. No se encontraron anastomosis entre estos dos territorios que parecían depender aisladamente de las dos arterias principales del antebrazo, por partes iguales (cinco colaterales de la radio-palmar y cinco colaterales de la cubital).

En el grabado N° 6 he representado una variedad de arcada palmar superficial de la cual dice Fort que es muy frecuente, y que sin embargo en nuestro anfiteatro es muy rara. Me refiero a la constitución de la arcada palmar superficial exclusivamente a expensas de la cubital. El Profesor L. M. Rivas Merizalde anotó haberla visto, pero nada dice de su frecuencia. Yo sólo la he visto en un cadáver (disecado por el alumno Restrepo), y constituida de la siguiente manera: la arteria cubital era normal en todo su trayecto y distribución, pero en la palma de la mano, después de dar la cúbito-palmar, terminaba anastomosándose a pleno canal con la arteria del nervio mediano. Esta arteria del nervio mediano nacía de la interósea anterior, pero era tan extraordinariamente desarrollada que igualaba en calibre a la cubital; acompañaba al nervio mediano hasta la mano pasando por detrás del ligamento anular anterior del carpo y se anastomosaba por inosculación a pleno canal con la terminación de la cubital. Del arco, así formado nacían en su totalidad las diez colaterales palmares de los dedos de la mano.

Respecto de la arcada palmar profunda no he visto nada especial, y parece que su constitución por anastomosis de la radial con la cúbito-palmar es constante. Unicamente he podido comprobar que con relativa frecuencia no suministra la interósea del primer espacio, y por consiguiente tampoco las colaterales palmares del pulgar y la externa del índice, que en estos casos son suministradas por la arcada palmar superficial.

#### ANOMALIAS MUSCULARES

##### *A—Brazo.*

Anotaré algunas encontradas en nuestros cadáveres de anfiteatro. En el brazo solamente he podido observar con relativa frecuencia un tercer haz del biceps braquial, que, cuando existe, nace inmediatamente adelante y afuera de la superficie de inserción humeral del córaco-braquial, para fusionarse con las porciones larga y corta del músculo en el ángulo formado por ellas; recibe irrigación de la humeral e inervación del músculo-cutáneo. Más rara es

la existencia de un cuarto haz muscular del biceps. Yo sólo una vez lo he visto en Bogotá en un cadáver disecado en el año 1934. Este haz nacía del tendón del pectoral mayor, formaba un cuerpo más voluminoso que el humeral y era el último en fusionarse al cuerpo del músculo. El biceps en este caso era, pues, un verdadero cuadriceps.

El Profesor L. M. Rivas Merizalde anotó en 1922 la existencia de un tercer haz en cada biceps de dos indígenas de tierra caliente, pero sin describir la inserción de este tercer haz. Esta anomalía es admitida por Poirier en un 10% de los individuos, pero entre nosotros no parece ser tan elevado el porcentaje, pues sobre 200 cadáveres sólo la he comprobado 12 veces.

En un cadáver disecado este año por los alumnos Baruque y Bohórquez se encontró una inserción anormal del braquial anterior. Además de su tendón coronoidiano había un fuerte tendón externo que era perforado por el tendón del biceps a nivel de la tuberosidad bicipital y que iba a tomar inserción parte en el borde interno del radio debajo de la tuberosidad, parte, en la membrana interósea y parte en el borde externo del cúbito debajo del supinador corto.

#### *B—Mano.*

Existe a veces un músculo supernumerario en el dorso de la mano que Poirier ha descrito con el nombre de manio o manioso, y que sería en la mano el homólogo del pedio que existe constantemente en el pie. A pesar de que en otros países y razas parece ser bastante frecuente, entre nosotros es muy raro. Yo sólo una vez lo he visto en un cadáver que disecó el alumno Jacinto Caycedo en 1934. Se trataba de un haz muscular delgado, fusiforme que se extendía del ligamento anular posterior del carpo a la parte posterior e interna de la extremidad superior de la primera falange del dedo anular y al tendón del extensor correspondiente al mismo dedo anular. Dice Poirier que es precisamente este haz del anular el menos frecuente y que sólo se conocía el caso de Kelly. En nuestro cadáver este haz supernumerario estaba inervado por un filete del nervio cubital. Es curioso anotar que este mismo cadáver presentaba otras dos anomalías musculares, una en el pie y otra en la nuca.

#### *C—Pie.*

El músculo pedio tenía un haz supernumerario profundo que nacía en la cara dorsal de la tercera cuña y terminaba confundiéndose con el haz o digitación correspondiente al cuarto dedo. Recibía su inervación por un filete del nervio tibial anterior.

*D—Nuca.*

El angular del omoplato presentaba el haz descrito por Souligoux. Era un pequeño haz carnoso que tomaba nacimiento en la parte posterior del vértice de la apófisis transversa del atlas, se dirigía hacia abajo y hacia adentro para terminar en el vértice de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, confundiéndo sus inserciones en este punto con las del pequeño dentelado posterior y superior.

*E—Tórax.*

En este año de 1939 tuve ocasión de comprobar en el cadáver disecado por el alumno Lara una anomalía muscular muy interesante en la región pectoral, que fue estudiada muy detenidamente, y cuya descripción doy a continuación. Se trataba de un músculo supernumerario que por sus inserciones bien podría denominarse "*costo-dorso-coracoideo*", y de la existencia del músculo *preesternal*. (Fig. 7).

Este músculo "*costo-dorso-coracoideo*" estaba constituido por tres haces carnosos de cuya reunión resultaba la formación de un triángulo: un haz costal, un haz dorsal y un haz extendido entre los dos anteriores.

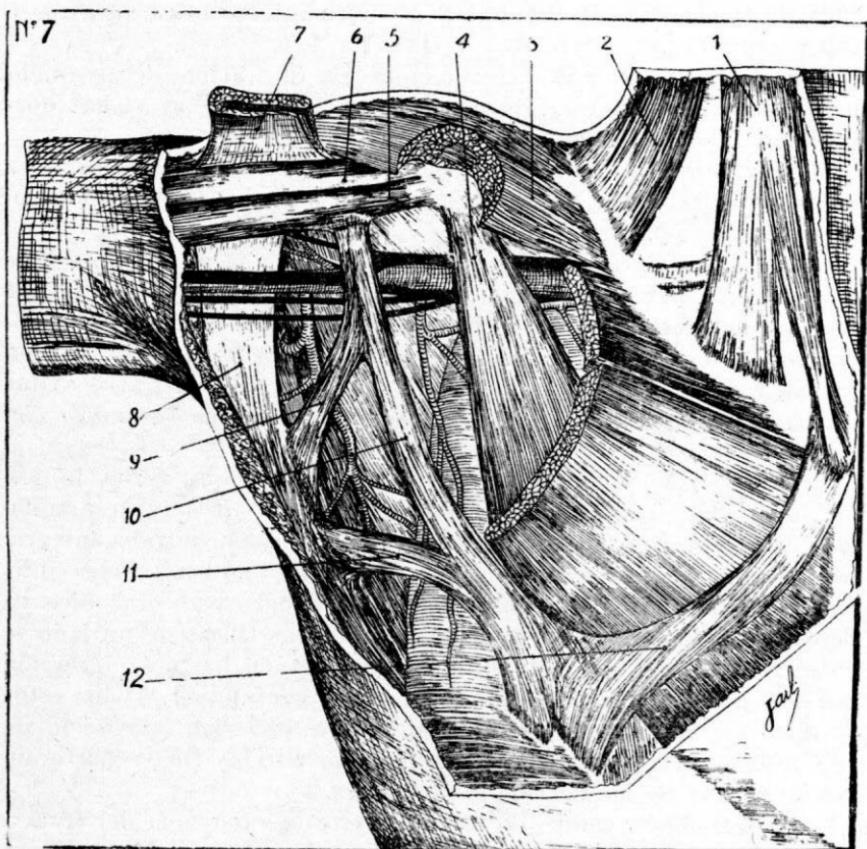
A) *El haz costal*, de situación antero-superior, tomaba su origen: 1º En la porción ósea de las sexta, séptima y octava costillas, adentro del ángulo anterior, en una extensión de 3 a 4 centímetros, por medio de tres lengüetas aponeuróticas entremezcladas con algunas fibras carnosas; 2º En los espacios intercostales sexto y séptimo por fibras aponeuróticas que se confundían con la aponeurosis de los intercostales. A partir de este origen, las fibras musculares se reunían en un grueso cuerpo muscular que se dirigía oblicuamente hacia arriba y afuera a fusionarse con el haz dorsal.

B) *El haz dorsal*, de situación postero-externa, tomaba su origen en las fibras del borde anterior del dorsal ancho; de allí el cuerpo muscular se dirigía oblicuamente hacia arriba, adentro y adelante, para fusionarse con el haz costal. Los haces fusionados continuaban su dirección hacia la axila y se resolvían en un fuerte tendón que terminaba fusionándose con la cara interna del tendón de córaco-braquial, a una distancia aproximada de cinco centímetros por debajo de la inserción de este último músculo en la apófisis coracoide del omoplato.

C) *El tercer haz* constituía un puente carnoso extendido entre el haz costal a nivel de la sexta costilla y el haz dorsal a nivel de su origen en el dorsal ancho.

*Relaciones.* Las relaciones de este músculo necesariamente eran distintas para cada uno de sus haces constitutivos. A) Haz costal.

Por su cara anterior estaba en relación hacia adentro con la aponeurosis, el tejido celular subcutáneo y la piel; a partir de su tercio medio se ocultaba detrás del pectoral mayor, poniéndose por consiguiente en relación con la cara profunda de este músculo, relación que conservaba hasta su terminación. Por la cara posterior



- 1—Esterno-eleido-mastoideo.  
 2—Trapecio.  
 3—Deltoides.  
 4—Pectoral menor.  
 5—Coraco-braquial.  
 6—Corto biceps.  
 7—Pectoral mayor. (Inserción externa).

- 8—Dorsal ancho.  
 9—Haz dorsal.  
 10—Haz costal.  
 11—Haz anastomótico.  
 12—Pre-esternal.  
 9-10-11 — Músculo: Costo-dorso-Coracoideo.

se hallaba en relación hacia adentro con las sexta y séptima costillas, el intercostal externo del sexto espacio y la parte más inferior y externa del pectoral menor. B) Haz dorsal. Por su cara su-

perifcial se encontraba en relación con la aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel de la región. Por su cara profunda se aplicaba directamente sobre el serrato mayor. Ya fusionados estos haces cruzaban todo el paquete vásculo-nervioso de la axila. C) El tercer haz o haz anastomótico estaba en relación por su cara superficial con la aponeurosis, el tejido celular subcutáneo y la piel, y por su cara profunda con las costillas y espacios intercostales adentro, y con el serrato mayor afuera.

*Inervación.* El haz costal recibía su inervación del segundo nervio intercostal por medio de un ramo perforante, y el haz dorsal estaba inervado por el nervio del dorsal ancho.

*Irrigación.* La irrigación estaba suministrada por la arteria mamaria externa por medio de arteriolas que abordaban el músculo por su cara profunda.

De la descripción que precede se deduce que el haz costal de este músculo parece ser una variedad del músculo descrito por Wood como costo o condro-coracoideo. También el haz dorsal corresponde al costo coracoideo pero sin llegar a la apófisis coracoides. En cuanto al tercer haz parece ser una variedad del arco axilar de Langer, que en lugar de ir al pectoral mayor se fusionaba con el haz costal ya descrito.

En el mismo cadáver que tenía la anomalía que acabo de describir se encontró también el músculo *preesternal* muy desarrollado y bilateral, de tal manera que el esternón se encontraba íntegramente cubierto por formaciones musculares. Las inserciones inferiores se confundían con las del haz costal del costo-coracoideo ya descrito. En el tercio superior del esternón las fibras de un lado se entrecruzaban con las del lado opuesto llegando hasta la inserción del esterno- cleido-mastoideo con el cual se confundían. Todos estos detalles pueden observarse en el grabado N° 7. La inervación de este músculo *preesternal* era suministrada por los filetes perforantes anteriores de los nervios intercostales.

Para finalizar estas observaciones cito la existencia del córaco-braquial largo de Wood, que fue encontrado en un cadáver disecado en el año 1938. Era un haz muscular muy largo y delgado de aspecto fusiforme que se extendía desde la apófisis coracoides, donde confundía sus inserciones con las del córaco-braquial, hasta la epitróclea, donde se implantaba por un tendón redondeado bastante fuerte.

Las observaciones que quedan consignadas en este trabajo se refieren a disecciones estudiadas hasta julio de 1939. De esta fecha en adelante he continuado reuniendo datos que permiten sentar porcentajes de frecuencia y que espero poder ofrecer a los lectores de esta Revista en próximas publicaciones.

## SUMARIO

- I El autor, como Jefe de Trabajos Prácticos, observa interesantes anomalías anatómicas, y hace resaltar la importancia de conocerlas —aunque su presencia “no repercuta sensiblemente sobre la salud del individuo— especialmente para el cirujano ya que éste, al intervenir, espera que la región esté ajustada a la disposición normal”.
- II Señala que los vasos son los órganos que “presentan mayores anomalías”, especialmente los del miembro superior.
- III Describe algunas anomalías de las arterias axilar, humeral, radial, cubital y arcadas palmares, acompañándolas al principio de la disposición clásica y completándolas con nítidos dibujos.
- IV Transcribe sus observaciones sobre anomalías musculares del brazo, mano, pie, nuca y tórax, en este último grupo, de un músculo rarísimo, el **pre-esternal**.  
Presenta dibujos hechos por el **Preparador** Isaza. Aclara que estos datos hacen relación a disecciones practicadas hasta el año de 1939.

## SUMMARY

- I The author, Head of the Practical Work Department, surveys some interesting anatomical anomalies and emphasizes the importance of knowing about them —even though their presence “may not greatly affect the health of the individual”— especially for a surgeon, who, when about to operate, expects to find the region normally adjusted”.
- II He points out that the blood and circulatory vessels are the organs which “present greater anomalies, especially those of the upper limb”.
- III He describes some anomalies of the axilar, humoral, radial and cubital arteries and palmar arches, commencing with the classical arrangement and finishing up with illustrative sketches.
- IV He reproduces his observations on muscular anomalies of the arm, hand foot, neck and thorax and in this last group includes those of the “pre-sterno” which is a very exceptional muscle.  
He also gives sketches drawn by Isaza, one of his assistants, and points out that these data relate to dissections conducted in 1939.

Translation by Rafael Muñoz D. del C.