

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

---

## PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

---

#### FRACTURA DIRECTA DE LA CLAVÍCULA IZQUIERDA POR BALA,

*Que penetrando por el borde anterior, atravesó el cuerpo del hueso, viniendo á salir en el borde posterior cerca de su extremidad interna, donde quedó el proyectil incrustado.—Trabajos patológicos en extremo curiosos para dar al hueso la solidez necesaria á fin de poder llenar debidamente sus funciones.*

La anatomía patológica, ha dicho Huel, «es la guía que debe esclarecer al médico ó al cirujano á la cabecera del enfermo; sin ella no puede haber diagnóstico, pronóstico, ni tratamiento posibles. *Los estudios anatomo-patológicos han modificado ya en muchas circunstancias las aplicaciones terapéuticas.*»

Axioma tan verdadero ha venido día á día siendo sancionado por la experiencia; el estudio de una pieza patológica es la enseñanza más palpitante que nos indica las aplicaciones terapéuticas en circunstancias determinadas.

Si, pues, la anatomía patológica, como lo ha dicho Cruveilhier, «es una ciencia que estudia de una manera abstracta las lesiones de los órganos,» tiene por precisión que ser el punto objetivo para sacar de esas lesiones la indicación precisa en circunstancias idénticas, y he aquí por qué hoy el estudio de las piezas patológicas se considera necesario y su conservación indispensable en los gabinetes clínicos, pareciendo increíble que en algunos lugares de Europa, en París por ejemplo, según Bourneville y Bricon, la enseñanza de la anatomía patológica, esté lejos de ocupar el rango, en el que, por su importancia, debe ser colocada.

Las piezas de esta naturaleza que guarda un Museo, son una enseñanza siempre elocuente, que nos pone de manifiesto cuantas veces las miramos, las alteraciones que ha experimentado una parte de la economía, allí donde ha venido una causa cualquiera á perturbar sus funciones, y donde la naturaleza creó medios apropiados para poder el órgano enfermo volver á llenar las funciones á que estaba destinado.

No es la primera vez que distraigo la atención de mis consocios presentándoles

piezas patológicas de un interés notorio; el Museo de la Academia y el de la Escuela de Medicina guardan las que he preparado y cedido para su estudio. La que esta noche pongo á la vista de mis ilustrados consocios, acaso sea la única en su género, pues no recuerdo haber encontrado ninguna en los Museos especiales que he visitado, ni tampoco he leído descripción de alguna parecida siquiera, en los catálogos que he podido consultar.

Los autores que describen las lesiones como la de que me ocupo, no lo hacen sino dando generalidades y apenas bosquejando aquellas que pudieran presentarse.

La pieza que os presento la debemos á nuestro consocio el Dr. Lavista, quien hará un año que la cedió á esta Academia, según recuerdo, el mismo día que hizo su extracción.

\* \* \*

Voy á traer á vuestra memoria los datos que entonces nos dió, y si en alguno yerro, nos lo rectificará su autor.

Se trataba de un individuo vecino de Tlalpam, que hacía cosa de veinte años recibió un balazo de fusil, á corta distancia, en la región clavicular izquierda; cuando lo vió el Sr. Lavista tenía unas pequeñas fistulitas cutáneas que daban paso á la supuración proveniente de la osteitis crónica.

Ignoro los motivos que indujeron á nuestro ilustrado consocio para proponer al paciente la resección del hueso enfermo en una región tan excesivamente peligrosa, y sólo á su hábil y acostumbrada mano podía fiarse el éxito de operación tan arriesgada.

Ésta se verificó, según recuerdo, sin accidente del momento, pero el individuo murió consecutivamente á ella al tercero ó cuarto día, ignorando yo hasta hoy la causa de la muerte.

Después que en esta Academia el Sr. Lavista hizo una reseña histórica de la operación que había practicado, la pieza se me entregó para su preparación, y hoy vengo á cumplir con el encargo que se me ha confiado, devolviéndola á la Academia de manera que pueda guardarla en su Museo.

Voy á estudiarla anatómicamente en las alteraciones patológicas que presenta; después diré algunas de las reflexiones que tan curiosa pieza me ha sugerido.

\* \* \*

Ésta pertenece al cuerpo de una clavícula izquierda; presenta:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1º Una cara superior, <i>A</i> .   | 5º Una extremidad interna, <i>E</i> .         |
| 2º Una cara inferior, <i>B</i> .   | 6º Una extremidad externa, <i>F</i> .         |
| 3º Un borde anterior, <i>C C</i> . | 7º Un ligamento interclavicular, <i>4 4</i> . |
| 4º Un borde posterior, <i>D</i> .  | 8º Un proyectil, <i>P</i> .                   |

1.º Fig. 1.ª *Cara superior, A*.—Tiene una extensión de 8 centímetros; convexa hasta cerca de su extremidad externa, en que es plana, casi lisa, dividida en

dos porciones, una interna de 4 centímetros de longitud, de forma irregularmente triangular, debido á una especie de apófisis anormal que se desprende de su borde anterior; la porción externa es de 5 centímetros de longitud; se dirige de dentro afuera y de atrás adelante. Hay unos 6 pequeños orificios en la parte que menciono.

2.º Fig. 2.ª *Cara inferior*, B.—Podemos considerarla dividida, como la superior, en dos partes: la interna presenta hacia delante la prolongación del apófisis que hemos mencionado, y hacia fuera tres pequeños apófisis 3 3 3 formados, según parece, por verdaderos osteofitos.

La parte externa es la más curiosa é interesante: presenta rugosidades, y cerca del borde posterior, la inserción de tres osteofitos, dos verticales *a* y *b*, uno oblicuo *d e* hacia abajo y afuera, que se desprende de la parte media, sirviendo de sostén á los dos osteofitos *a* y *b*, que parece fueron en su origen esquirolas desprendidas.

3.º Fig. 1.ª *Borde anterior*, C C.—Presenta hacia su parte media una prolongación huesosa que viene á formar con la mitad externa como las dos ramas de una A, de vértice hacia atrás y adentro. Un poco arriba de este vértice se encuentra un pequeño orificio 1 que comunica con otro del borde posterior. Hacia delante y afuera de este orificio, se encuentra incrustada una partícula de plomo *c*.

4.º Fig. 2.ª *Borde posterior*, D.—Presenta cerca de la extremidad interna la bala *P* incrustada en el momento de su salida y á la que le falta sobre la cuarta parte. Hacia fuera dos pequeños orificios, después otro oval 2 cuyo gran diámetro está en el sentido del borde del hueso y comunica con el borde del anterior 1. A medio centímetro hacia fuera comienza la base del gran osteofito oblicuo *d e*, y debajo de esta base se mira una incrustación de plomo *c*. Más hacia fuera los dos osteofitos verticales *a* y *b*, de que ya hemos hablado.

5.º Figs. 1.ª y 2.ª *Extremidad interna* E, formada por el corte de sierra hecho en el hueso, siendo irregularmente circular y de centímetro y medio de diámetro. Se ve predominar el tejido compacto, á causa de la osteitis condensante.

6.º Figs. 1.ª y 2.ª *Extremidad externa*, F.—Formada por el corte del hueso, irregularmente elíptica, de dos centímetros en su mayor diámetro y uno en el menor. Predomina el tejido esponjoso.

7.º Fig. 1.ª *Ligamento interclavicular*, 4 4.—En estado fresco existía este ligamento que preparé cuidadosamente y traté de conservar; pero la maceración prolongada lo destruyó; artificialmente lo he colocado donde mismo existió el natural. Se inserta en el borde externo del apófisis huesoso del borde anterior por una expansión fibrosa de ancha base y se dirige hacia fuera para insertarse en el borde anterior del fragmento externo.

8.º Figs. 1.ª y 2.ª *El proyectil*, P.—Está formado por casi las tres cuartas partes de una bala de plomo de á onza. Está incrustado en el hueso y representa

el momento de la salida. En la parte que falta se notan las incrustaciones de hueso.

\* \*

He procurado hacer la descripción de la pieza, tan pormenorizada como me ha sido posible; véamos ahora las particularidades que á mi juicio presenta, y que la hacen para un Museo una pieza inestimable.

Indudablemente la bala ha penetrado por el borde anterior y hacia la parte media del hueso, según parece, dividiéndola en dos, que por los procesos patológicos se soldaron en su extremidad interna de una y externa de la otra. Esta soldadura se ha hecho con tanta solidez como puede verse, ayudando esta inspección el orificio que se encuentra en el punto atravesado con unos hilos, *h*, figs. 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup>

Si, pues, tenemos que el proyectil ha producido una fractura oblicua adentro y atrás, el fragmento externo debió ser abatido por el peso del miembro superior y por la acción del músculo deltoide; al mismo tiempo que debió ser llevado hácia delante por el gran pectoral, y esta fuerza nos explica por qué la consolidación se ha hecho formando un ángulo entrante con la extremidad externa del fragmento interno. Este mismo fragmento interno debió haber sido llevado hacia arriba por el externo-cleido-mastoideo, y entonces, obrando dos fuerzas en sentido contrario, el resultado final debía ser la separación de los dos fragmentos, dejando un espacio entre las dos extremidades anormales, vacío que debería llenar el callo definitivo.

Pero aquí encontramos que la soldadura se ha hecho sin ningún cabalgamiento en el sentido indicado.

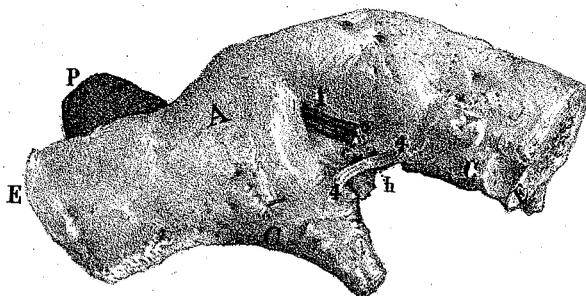
Fijemos nuestra atención en otro fenómeno aún más curioso: como si la naturaleza quisiera contrarrestar la fuerza que tendía á separar el fragmento interno del externo, formó un osteofito que partiendo de la extremidad externa del fragmento interno, parece que ha recogido las esquirlas desprendidas de la cara inferior del fragmento externo, dando con ellas la solidez necesaria para las funciones que tenía que desempeñar esta parte del esqueleto. Ayuda su acción indudablemente el ligamento que hemos descrito en el borde anterior que ata las dos partes del hueso. Fig. 1.<sup>a</sup>, 4 4.

Resulta, pues, que éste estaba puesto en circunstancias tales, que podía perfectamente llenar sus funciones, habiéndose encargado la naturaleza de colocarlo en ellas, ya que una causa fortuita la habia imposibilitado temporalmente para llenar las funciones á que estaba destinado.

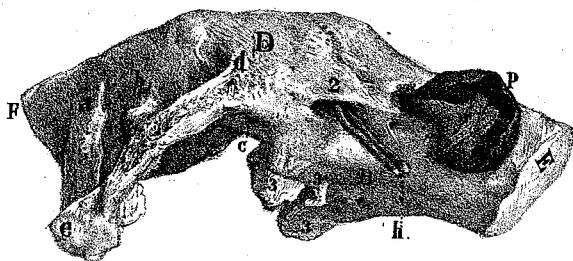
\* \*

Terminemos con las reflexiones que la contemplación de la pieza y el triste fin de su dueño hacen saltar á nuestra mente.

Nº 1.



Nº 2.



1. ¿Se pudo diagnosticar la bala incrustada en el hueso?
2. ¿Era ella la causa de la osteítis supurante cuyo producto salía por las fistulas cutáneas?
3. ¿La muerte por infección purulenta, por ejemplo, era tan próxima ó probable como la que podía sobrevenir á consecuencia del traumatismo de una región esencialmente compuesta de vasos y nervios?
4. ¿La resección de esta parte del esqueleto estaba indicada sólo por la supuración que daban las pequeñas fistulas, signo del padecimiento del hueso?
5. El individuo había vivido veinte años con su bala incrustada en la clavícula y la supuración por las fistulas, sin otro accidente, y con el uso del miembro. Suponiendo que hubiera salvado de las consecuencias de la operación, ¿cómo podría continuar haciendo uso del miembro, faltando por completo el arco-puntal del hombro?

La pieza patológica que va á quedar en el Museo de la Academia y la terminación fatal de la operación, hablarán muy alto siempre de las razones que en pro y en contra deberá pesar el cirujano al emprender otra operación semejante en idénticas circunstancias.

México, miércoles 16 de Marzo de 1887.

MANUEL S. SORIANO.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA.

### FRACTURA DIRECTA DE LA CLAVÍCULA IZQUIERDA POR BALA,

*Que penetrando por el borde anterior, atravesó el cuerpo del hueso, viniendo á salir en el borde posterior, cerca de su extremidad interna, donde quedó el proyectil incrustado.—Trabajos patológicos en extremo curiosos para dar al hueso la solidez necesaria á fin de poder llenar debidamente sus funciones.*

#### EXPLICACIÓN DE LAS FIGURAS DE LA LÁMINA ADJUNTA.

##### TAMAÑO NATURAL.

##### NÚMERO 1.

- |   |  |
|---|--|
| <p>A. Cara superior.<br/> C C. Borde anterior.<br/> E. Extremidad interna.<br/> F. Extremidad externa.<br/> P. Proyectil incrustado.<br/> c. Incrustación de plomo.</p> | <p>h. Hilos que demuestran la permeabilidad del canal antero-posterior.<br/> 1. Orificio anterior del canal antero-posterior.<br/> 4 4. Ligamento interclavicular.</p> |
|---|--|