

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

MEDICINA LEGAL Y ANATOMIA PATOLÓGICA.

HERIDA POR ARMA DE FUEGO.

HOY á referir á los honorables miembros de esta sabia corporación un hecho singularísimo, pues se trata de una herida por arma de fuego en que el proyectil siguió un trayecto desusado, atravesó regiones ricas en órganos delicadísimos, respetando á muchos de ellos y permitiendo por esto la supervivencia del enfermo ocho días después de que este infeliz recibió la herida.

Siento muchísimo no poder referir esta historia bajo el aspecto clínico y limitarme á hacer la descripción anatomo-patológica de la herida. Procedo así, porque el individuo que motiva estas líneas murió á las pocas horas de haber ocupado la cama número 12, en la sala número 6, del Hospital "Juárez" que es á mi cargo. No habiendo tenido ocasión de examinar personalmente los síntomas de lesión tan curiosa, no habiendo reconocido por mí mismo más que las lesiones cadavéricas, voy á limitarme, lamentándolo yo el primero, á narrar lo que tuve oportunidad de ver por mis propios ojos.

El herido de quien hablo se llamó en vida Joaquín García, era de 40 años de edad, fué herido por arma de fuego el día 28 de Diciembre próximo pasado, hízosele la primera curación en la sección médica de la 6.ª Inspección de Policía, luego fué trasladado al Hospital "Juárez," endon de ocupó la cama núm. 1, de la sala núm. 5, permaneció tres días en dicha sala, luego pasó á la sala núm. 2, cuya cama núm. 16, ocupó durante cinco días; por último, el día 4 del presente pasó á la sala de mi cargo, falleciendo pocas horas después de haber entrado á ella.

La herida que le causó la muerte, presentaba dos aberturas: una de ellas, que probablemente fué la de entrada, estaba situada en la región dorsal al nivel de la sexta vértebra, y como cuatro centímetros á la derecha de la línea media; esta herida era de forma circular, de contornos bastante regulares, tenía dos centímetros de diámetro, supuraba, y sus bordes estaban cubiertos de botones carnosos; la segunda abertura, que fué probablemente la de salida, estaba situada en la región supra-hioidea, tocando por sus bordes la línea media y como á tres centímetros detrás del borde de la barba; esta herida era irregular, de bordes desgarrados y como invertidos, supuraba francamente, y al parecer daba más pus que la anterior; sus dimensiones eran también un poco mayores.

Tales eran las aberturas de esta herida singular: describamos ahora con la mayor precisión que nos sea dable el trayecto que las unía. Partiendo de la abertura de entrada y siguiendo una dirección muy oblicua hacia arriba y un poco hacia adelante, atravesó las masas musculares de la región, é hirió el esqueleto al nivel del cuello de la cuarta costilla y del vértice del apófisis transversa de la cuarta vértebra, siguiendo en la dirección indicada, fracturó el proyectil el cuello de las tres primeras costillas y las apófisis transversas de las vértebras dorsales con ellas articuladas; hendió de abajo arriba la cavidad de la pleura y trazó un surco en el borde posterior del pulmón derecho en toda la extensión correspondiente al trayecto, quiere decir, desde la cuarta costilla, hasta el vértice del pulmón; en seguida, siguiendo la dirección indicada, el trayecto atravesaba la región lateral profunda del cuello, entre el esterno-cleido-mastoideo y los grandes vasos situados hacia fuera de él, los cuales no fueron interesados, y el esófago y faringe, la tráquea y la laringe situados hacia adentro, fracturó los cartílagos cricoide y tiroide, así como el gran cuerno derecho del hueso hioides. En este punto el trayecto ocupaba la región supra-hioidea, era completamente subcutáneo y, dirigiéndose hacia adelante y hacia adentro, se terminaba en la abertura de salida.

Como lesiones concomitantes, se encontraron las siguientes: hepaticización roja en el lóbulo superior del pulmón derecho, en el fondo del surco que el proyectil trazó en él, estaba incrustada una esquirla huesosa de un centímetro de largo; en la cavidad pleural derecha, había un escaso derrame puriforme y la serosa, impregnada de natas fibrinosas y ofreciendo por aquí y por allí adherencias recientes, denotaba ser el sitio de una flegmasía aguda; al nivel del hueso hioides, el trayecto se ampliaba un poco, existiendo allí un pequeño depósito de pus loable, la cavidad de la laringe no había sido abierta y su mucosa no ofrecía nada de particular.

Tal fué el trayecto, tales fueron las lesiones inmediatas y consecutivas determinadas por esta herida, que sin vacilar apellidamos curiosísima. No hay, en verdad, en estas lesiones nada que forme una excepción muy notable á las reglas de esa traumatología que es tan especial á las heridas por armas de fuego. Las lesiones múltiples causadas por el proyectil en la parte torácica de su trayecto, y que consistieron como se recordará en fracturas de las costillas y de las apófisis transversas, en larga hendedura de la pleura y en una herida en surco del borde posterior del pulmón, se explican rigurosamente atendiendo á la dirección del proyectil, que en toda esta parte coincidía bastante exactamente con la dirección que en la porción interesada tiene el contorno de la cavidad torácica, que presenta en efecto en esa parte, una ligera curva de concavidad antero-inferior, cuya cuerda está dirigida hacia arriba y hacia adelante. Se puede admitir sin esfuerzo que el centro del proyectil concidía con esa cuerda, y que mientras la mitad posterior de su masa se abría paso á través de la pared torácica, la mitad anterior trazaba en el pulmón el surco que ya hemos descrito.

También se puede inferir que la hemorragia primitiva no ha de haber sido muy considerable, á pesar de la larga herida en surco que había sobre el pulmón, pues se sabe que los grandes vasos pulmonares se encuentran cerca del pedículo, y que hacia la superficie se han reducido á capilares los vasos de la importante viscera respiratoria. También es muy fácil explicarnos porqué el trayecto en su parte cervical no interesó ya las apófisis transversas, ni hirió los grandes vasos. Dependió lo primero del cambio de dirección del raquis al pasar de la región dorsal á la región cervical, pues siendo cóncavo hacia adelante en su parte dorsal es convexo en el mismo sentido en su porción cervical, de modo que en esta última región, la línea de las apófisis transversas no coincidía ya con la trayectoria de la bala, sino que formaba con ella un ángulo agudo abierto hacia arriba. Muy fácil es explicar satisfactoriamente que los vasos del cuello saliesen ilesos: en esto el caso que refiero, no hace excepción, sino que confirma aquella ley referente á la poca vulnerabilidad de los grandes vasos, que resbalando dentro de sus vainas celulares, eluden frecuentemente los agentes traumáticos, verificándose así sobre todo en las heridas por armas de fuego.

Las lesiones anatómicas que descubrió la autopsia en este caso, explican sobrado la muerte del que la sufrió, y autorizan á que en la clasificación médico-legal, se califique de mortal la herida que causara estragos ta-

les. Mas no es obvia la cuestión si, como lo requiere el perfecto conocimiento de este caso, se quiere dilucidar cuál ó cuáles de las lesiones comprobadas en el cadáver fueron la causa inmediata de la muerte. Existía una neumonía traumática, mas ni por su extensión, ni por el período á que había llegado era suficiente para explicar el término fatal; existía una pleuritis con derrame puriforme, mas este, ni por su cantidad, ni por su calidad, podía comprometer la vida: no por su cantidad porque como ya lo apuntamos era menos que mediano, no comprimía el pulmón y, por ende, no ponía obstáculos á la hematosiis; no por su calidad porque no estando descompuesto no podía ser el punto de partida de fenómenos sépticos violentos. Las dos lesiones reunidas tampoco bastan para explicar la muerte; pues cansados estamos de ver pleuro-neumonías traumáticas, análogas á la que describo que se terminan por la curación. La constitución del herido era más bien fuerte que débil, de modo que no se puede invocar la escasa resistencia del enfermo para explicar el funesto término de la enfermedad; no consta que hubiese habido hemorragias de consideración, ni primitivas ni secundarias.

Eliminando pues todas las lesiones y accidentes enumerados, que no pudieron en nuestro concepto ser la causa inmediata de la muerte, ¿porqué fué determinada ésta? No creemos descaminado admitir que se debiera á las lesiones laringeas. Existían, en efecto, graves lesiones en los cartilagos y en el hueso hioides: había una colección de pus al nivel de este último y, por otra parte, se sabe cuán común es que afecciones situadas cerca de la mucosa de la laringe determinen, ya un edema colateral en los repliegues aritenos-epiglóticos, ya un espasmo reflejo de la glotis. Es cierto que la autopsia no indicó lesión alguna en la mucosa laringea, pero es sabido que el espasmo no deja huellas, y que el edema es muchas veces transitorio y no se puede comprobar después de la muerte.

Voy á entrar ahora en algunas consideraciones sobre el punto que me parece más importante en el caso que refiero, aludo á las deducciones de carácter médico-legal que permite establecer. Planteo la cuestión en estos términos: dado el trayecto de la herida, en qué posición es probable que se encontrasen, al ser inferida, el agredido y el agresor.

Suponiendo al herido en pie, con la cabeza en equilibrio sobre el cuello, quiere decir, con la mirada dirigida hacia el horizonte y sin volver la cara hacia ningún lado; el trayecto resulta tan inverosímil que se ve uno obligado á desechar esta postura de la cabeza en el agredido. En efecto, desde la abertura de entrada hasta el hueso hioides el trayecto es mani-

fiestamente rectilíneo, y está representado por una recta dirigida hacia arriba y hacia adelante, y que forma con la vertical un ángulo como de diez grados; pues bien, si suponemos la cabeza en estado de equilibrio, ni extendida ni doblada, y dirigida la cara hacia adelante, tendremos que admitir que al nivel del hueso hioides el proyectil siguió una dirección horizontal, desviándose de su primitivo trayecto más de cuarenta grados, y que además sufrió otra desviación lo menos de quince grados que separándole del plano antero-posterior en que había caminado, lo inclinó á la izquierda, permitiéndole llegar desde el cuerno derecho del hueso hioides hasta la sínfisis de la barba.

Salta á la vista lo insostenible de esta suposición; no hay al nivel del hueso hioides ningún plano huesoso bastante resistente y situado de un modo á propósito para desviar en el sentido dicho á un proyectil, que tiene todavía bastante impulso para salir hasta el exterior. No, si la cabeza hubiera estado en la postura que desechamos, el proyectil hubiera seguido su dirección oblicuamente ascendente hasta la base del cráneo, contra la cual hubiera venido á detenerse agotada su fuerza de impulsión, tocándola en un punto próximo á la sutura petro-occipital.

¿Qué postura debe suponerse á la cabeza para que el plano de la región supra-hioidea se dirija oblicuamente hacia arriba y hacia adelante, formando con la vertical un ángulo de diez grados próximamente? Es fácil la respuesta: póngase la cabeza en la extensión, y se verá que la línea del perfil supra-hioideo, prolongada idealmente, cruza como una diagonal la región lateral del cuello, y atravesando el tórax viene á terminarse hacia su parte posterior en un punto que coincide ó poco menos con la situación de la abertura de entrada del proyectil; quiere decir, que en esta postura la parte supra-hioidea del trayecto, si era la prolongación rectilínea de sus partes cervical y torácica.

A lo menos, por lo que toca á la aparente desviación del trayecto en el plano horizontal hay que admitir, ya que no puede suponerse que la bala se desvió á la izquierda, que la cara del herido fué la que giró hacia la derecha. En resumen, se puede fundadamente suponer que el agredido en el momento de serlo tenía la cabeza en extensión completa y volvía un poco la cara hacia el lado derecho.

Resuelta ya la cuestión de la posición de la cabeza respecto al tronco del herido, ¿en qué postura estaba este último con respecto al espacio? es decir, ¿su tronco estaba vertical ú horizontalmente situado? si se opta por lo primero, debe admitirse que el herido estaba algunos pasos delante del

heridor, dándole la espalda y á mucha altura encima de él, que estuviera, por ejemplo, de pie en una azotea ó encaramado en un poste telefónico, suposiciones poco probables ambas: la primera por la posición de la cabeza, y la segunda porque es casi seguro que al ser herido hubiese caído al suelo presentando otras lesiones que el sujeto de esta historia no presentaba.

Si se acepta la segunda hipótesis, es decir, si se supone que el herido en el momento de serlo estaba en situación horizontal, habrá que admitir que se hallaba acostado boca abajo, á alguna distancia delante del que le hirió; supuesto que nada repugna, sino que antes bien conviene con las circunstancias de esta herida. En efecto, en el decúbitus ventral, estando despierto el que se halla en esta postura, la cabeza propende á colocarse en la extensión completa. Ahora bien, son muchos los casos en que se puede realizar la eventualidad que suponemos. Finjamos tan sólo este. Huye un individuo acosado por otro que le persigue pistola en mano, y para salvarse cree más oportuno echarse en tierra, en tal postura le dispara su perseguidor: ¿no es admisible que en casos así el trayecto de la herida tenga los caracteres que he descrito?

En resumen: del caso que imperfectamente he sometido á la consideración de mis sabios colegas, se puede inferir con muchas probabilidades esta conclusión: El herido estaba en el decúbitus ventral, postura que tomó intencionalmente para evitar la agresión, tenía los pies vueltos hacia el agresor y éste estando de pie disparó sobre él.

PORFIRIO PARRA.

FISIOLOGIA Y CLINICA INTERNA.

Las Inyecciones Brown Séquard. Informes oficiales.

La leucomaina aislada. Acción fisiológica. Indicaciones terapéuticas.

NOVEDAD extraordinaria causó en el mundo á mediados del año pasado, la comunicación verbal del ilustre fisiologista francés en la Sociedad de Biología de París. Dicha relación, comentada, corregida y aumentada por el *Figaro* y otros periódicos políticos de aquel país, comentada al igual por la prensa de otras naciones, sin exclusión de la nuestra, llegó á nosotros los médicos, adornada con las galas ridículas del charlatanismo, haciéndose motivo de agrias discusiones, que lejos de ilustrar el punto le oscurecían más y más.