

CLINICA EXTERNA.

ANOMALIA DE LA ARTERIA SUB-CLAVIA.

EL 28 de Abril del presente año entró en mi servicio del hospital "Béistegui," ocupando la cama núm. 21, Gregoria Miranda, de 38 años de edad, casada, natural de Temascalcingo y molendera de oficio. Es alcohólica y reumática; tuvo tifo hace ocho años. Ha tenido 3 hijos, 5 murieron de neumonía en la primera infancia, uno de meningitis, otro de tuberculosis pulmonar, otro de alcoholismo y los demás viven y están sanos. Hacía diez meses, en Junio del año pasado, sufrió una caída llevando sobre el hombro izquierdo y sostenida por el brazo del mismo lado una batea llena de ropa mojada; al caer hacia adelante, extendió violentamente el brazo y apoyó la mano en el suelo resistiendo sobre ella todo el peso del cuerpo. En el momento de caer sintió un dolor vivo en todo el brazo pero sobre todo en la axila; esta caída le produjo la luxación del primer metacarpiano que la obligó á guardar reposo durante algunos días. Cuando ya pudo entregarse á sus ocupaciones habituales, notó que no podía moler el maíz como antes, sino que se fatigaba pronto y se veía obligada á suspender momentáneamente su trabajo pues sentía un cansancio excesivo en todo el brazo, adormecimiento y hormigueo en los dedos. En el mes de Diciembre, seis meses después de la caída, empezó á sentir dolores en la axila izquierda, y por la primera vez notó un tumor en dicha región, un poco más grande que una nuez y muy doloroso á la presión. A partir de este momento el tumor creció con cierta rapidez y en el momento de la exploración, el 29 de Abril, presentaba el aspecto siguiente: un gran tumor de forma ovóidea y del volumen de la cabeza de un feto á término ocupaba toda la axila é impedía la aproximación del brazo hacia el tronco. Ensanchaba notablemente el diámetro antero-posterior de la axila, levantando el gran pectoral hacia adelante, formando una saliente considerable al nivel de la región subclavicular; llevaba también hacia atrás el homóplato y el borde del gran dorsal. El tumor era perfectamente liso y sin abolladuras, uniformemente duro excepto en dos pequeños puntos bien circunscritos, que correspondían á los extremos superior é inferior de su gran diámetro y donde la sensación de fluctuación era eviden-

te; no se notaban en él pulsaciones, ni movimientos de expansión, ni ruido ninguno á la auscultación; la piel era adherente á la superficie del tumor y éste era muy doloroso á la presión. El dolor era continuo y se extendía á todo el brazo acompañándose de sensación de hormigueo y adormecimiento de los dedos. La circulación venosa era algo difícil y todo el miembro estaba *ligeramente* edematoso. No había enfriamiento y la piel del brazo presentaba su coloración normal y sólo un poco rojiza en el centro del tumor. La arteria radial izquierda latía débilmente y había una disminución notable en su tensión comparada con la del lado derecho. El hueco supra-clavicular estaba libre. La área cardíaca extensa y las modificaciones de los ruidos denotaban una insuficiencia mitral. Los pulmones enteramente sanos.

El juicio que formulé fué el siguiente: aneurisma difuso consecutivo á una desgarradura de la arteria axilar izquierda, en el momento de la caída sobre la mano estando el brazo en la extensión. La indicación era perentoria y la ligadura de la subclavia se imponía.

El 5 de Mayo procedí á la operación con asistencia de los Dres. Vértiz, Icaza y Prieto, y los internos del hospital "Concepción Béistegui." Me proponía hacer la ligadura de la arteria subclavia hacia afuera de los escalenos y en consecuencia á un centímetro encima de la clavícula practiqué una incisión que partiendo del borde externo de la porción externa del músculo externo-cleido-mastóideo, terminaba cerca del borde anterior del trapecio, recorriendo la base de la región supra-clavicular en toda su extensión. Dividí la piel, el tejido celular subcutáneo y el músculo cutáneo, descubriendo la hoja superficial de la aponeurosis cervical; dividí ésta en seguida, así como la porción clavicular del externo-mastóideo. Quedó en el fondo de la herida el tejido celular mezclado de ganglios linfáticos situados sobre la hoja media de la aponeurosis cervical, percibiéndose fácilmente al través de ella, hacia adentro el escaleno anterior recorrido en su cara anterior por el nervio frénico y hacia afuera y cerca de la extremidad externa de la incisión, cruzándola oblicuamente hacia abajo y afuera, el músculo homo-hioideo dando inserción á la hoja media de la aponeurosis cervical. No había habido hemorragia y sólo una pequeña cantidad de sangre suministrada por un ramo arterial de la porción clavicular del externo-mastóideo, que bastó la aplicación de una pinza hemostática para detenerla.

Dividí la hoja media de la aponeurosis cervical y puse á descubierto el borde externo del escaleno anterior. Con el índice derecho pude reco-

rrer de arriba abajo este borde y reconocer la posición exacta del tubérculo de Lisfranc y la cara superior de la primera costilla y sobre la cual no pude sentir la arteria subclavia. Ratifico los datos anatómicos que me servían como puntos de referencia: *borde externo del escaleno, tubérculo y cara superior de la primera costilla*, y no encuentro la arteria. Recorro con la extremidad de mi índice la cara posterior del escaleno, para examinar el vértice del ángulo formado por el escaleno y la cara superior de la primera costilla, vértice que correspondía al tubérculo de Lisfranc, y entonces pude sentir la vena subclavia, pues tenía la evidencia de un canal grueso, que no latía y que era de paredes muy delgadas y depresibles, tan depresibles y tan delgadas, que al través de ellas, sin obstáculo ninguno, había sentido antes y sentía en ese momento, la cara superior de la primera costilla. Retirando el dedo y separando los labios de la incisión por medio de ganchos, pude comprobar con la vista los datos que había adquirido por el tacto. No había duda: la vena subclavia estaba entre los dos escalenos ocupando el lugar habitual de la arteria. ¿Dónde se encontraba ésta?

Durante los años que fui prosector de Anatomía descriptiva y topográfica en la Escuela N. de Medicina, pude comprobar este hecho, tratándose de la arteria subclavia, que cuando la arteria no está sobre la primera costilla, hay generalmente lo que pudiéramos llamar trasposición de vasos, la vena ocupa el lugar de la arteria y ésta se encuentra colocada delante del escaleno anterior, ó bien, y sobre todo, del lado izquierdo, naciendo la arteria directamente del callado de la aorta, sube mucho entre los escalenos alejándose demasiado de la cara superior de la costilla y poniéndose en relación directa con los ramos que forman el plexo braquial. Por último, y es la anomalía más rara, teniendo su origen un poco más profundamente que de ordinario sobre el callado de la aorta, pasa *detrás del escaleno posterior*, ó más bien dicho, al través de las inserciones superiores del escaleno posterior, cerca de la columna vertebral.

Recordando estos hechos busqué la arteria hacia arriba, entre los dos escalenos y hacia adelante entre el escaleno anterior y la clavícula sin encontrarla y entonces me proponía buscarla hacia atrás, profundamente entre los escalenos y el trapecio, aún cuando fuera necesario ampliar más la incisión y aún añadir otra perpendicular á la primera separando dos colgajos laterales. Antes de continuar mis investigaciones quise que las personas que me acompañaban reconocieran la disposición anómala que he señalado; pero al terminar su investigación alguna de ellas desgraciadamente tal vez con la uña ó por medio de alguna fuerte presión ó de alguna

otra manera, lo cierto es que se produjo una desgarradura de la vena subclavia sobre la primera costilla y repentinamente salió una gran cantidad de sangre formando una inmensa oleada amenazando instantáneamente la vida de la enferma ó por la pérdida de la sangre ó por la entrada del aire dentro de la vena. Rápidamente coloqué los dedos de mi mano izquierda sobre el lugar en que la sangre se escapaba, logrando desde luego detenerla y sustituirlos en seguida por dos pinzas hemostáticas que cerraron la desgarradura del vaso.

Aunque todo este incidente fué muy rápido y duró pocos segundos, fué sin embargo suficiente para producir una pérdida considerable de sangre. Además, la cloroformización había sido difícil y delicada á causa de la lesión cardíaca de que he hablado antes y se había prolongado bastante. El estado de la enferma era excesivamente grave en esos momentos para pensar en terminar la operación buscando la arteria profundamente y determinar con esto una nueva pérdida de sangre. Por todas estas razones y atendiendo á que el peligro inminente de la hemorragia se había conjurado del momento, juzgué prudente aplazar la terminación de la operación, dejando las pinzas en la herida y colocando un apósito conveniente. La enferma fué colocada en su cama y una persona quedó encargada de vigilarla durante la noche. Esta fué bastante regular y la temperatura se mantuvo á 36°. Al pasar la visita al día siguiente la encontré bien, con temperatura de 36.3 y cité á mis compañeros para terminar la operación al día siguiente 7 de Mayo. Este día la encontré con calentura, 39.3, disnea, tos y todos los signos físicos de una neumonía extensa que ocupaba el pulmón derecho. Atendiendo al estado de suma gravedad en que se encontraba y á la imposibilidad de administrarle el cloroformo, me limité solamente á colocar unas ligaduras y retirar las pinzas. Tres días después, el 10, sucumbió la enferma con todos los signos de una neumonía doble.

A la autopsia encontré la arteria en la situación que yo me había imaginado. Naciendo del callado de la aorta, se dirigía hacia arriba y un poco hacia atrás penetrando entre la masa muscular del escaleno *posterior*, cerca de las inserciones superiores de dicho músculo al nivel de los apófisis transversos de las vértebras cervicales. Una vez fuera del escaleno se dirigía oblicuamente hacia abajo y afuera, profundamente colocada y describiendo una gran curva de concavidad inferior pasando delante del ángular del omoplato, penetrando después bajo el trapecio y pasando bajo la clavícula al nivel de la unión del tercio externo con su tercio medio.

Pudo comprobarse la existencia del aneurisma, la estratificación de

los coágulos de distintas edades, la falta de ellos y lo delgado de las paredes del tumor, al nivel de los puntos fluctuantes que amenazaban romperse.

Como se ve, un accidente desgraciado y que puso en inminente peligro la vida de la enferma, me impidió terminar felizmente la operación comenzada.

Creo que las anomalías de las arterias no son muy raras; pero sí me parece raro, verdaderamente excepcional, encontrar una anomalía al practicar la ligadura de un vaso.

¿Cuál debe ser la conducta del cirujano en tales circunstancias?

Creo que pueden reducirse á tres los puntos principales:

1º Para asegurar que existe una anomalía arterial es preciso practicar la operación correctamente desde la primera incisión y reconocer y comprobar todos los puntos clásicos de referencia que sirven para encontrar el vaso. Considero este primer punto de una importancia capital, porque recuerdo haber visto una vez á un cirujano querer practicar la ligadura de la arteria femoral al nivel del canal del tercer aductor, extraviarse desde la primera incisión, no cuidando de reconocer los puntos de referencia y tomar el recto anterior del muslo por el tercer aductor, buscar la arteria profundamente entre el fémur y el recto anterior y no encontrándola, declarar que había una anomalía, cuando á dos y medio centímetros hacia adentro del punto en que operaba, se encontraba la lámina aponeurótica que forma la pared anterior del canal, bastando simplemente dividirla para encontrar la arteria.

2º Recordando los puntos hacia donde ordinariamente tienen lugar las anomalías, buscar primero la arteria hacia los que sean más accesibles ó más cercanos.

3º Ampliar y practicar las incisiones convenientes con objeto de descubrirla, teniendo en cuenta las relaciones de los órganos importantes de la región en que se opera.

México, Noviembre 16 de 1892.

FRANCISCO DE P. CHACÓN.

