

CLINICA EXTERNA.

Herida por arma de fuego situada en la región maseterina izquierda, entrando el proyectil á la cavidad de la faringe.—Breves consideraciones sobre las heridas por arma de fuego.

SEÑORES:

El día 24 de Octubre del año próximo pasado entró al Hospital Juárez y fué colocado en la Sala de Clínica, G. A., como de 50 años de edad y de buena constitución.

Este individuo nos refirió: que en una riña que tuvo con otra persona, ésta le había disparado los cinco tiros de su revólver, de los cuales uno le había tocado en la cara, pues él procuraba ocultarse detrás de un árbol cada vez que le disparaba para evitar el ser herido.

Examinado el paciente, le encontramos con un vendaje que sostenía unas piezas de curación que cubrían una herida situada en la región maseterina izquierda. Esta herida que parecía ser la abertura de entrada de un proyectil, presentaba un escara de forma casi circular, medía como un centímetro de diámetro y parecía haber interesado la piel, el músculo cutáneo, el tejido céluo-adiposo subcutáneo, la aponeurosis maseterina, la prolongación anterior de la glándula parótida, el músculo masetero y haber fracturado incompletamente la rama ascendente izquierda de la mandíbula inferior, cerca de su borde.

Esta herida aun no estaba en período de supuración, saliendo solamente al través de la solución de continuidad, que se veía en el centro de la escara, mas gotas de sangre. En la piel de las regiones parótida y mastoidea y en la de la parte inferior de esta última región ó lateral del cuello, se veían sugilaciones ó equimosis, así como una ligera hinchazón y alguna sensibilidad á la presión. El enfermo decía que sentía dolor en la herida, dolor que se extendía á las regiones mencionadas.

Este individuo apenas podía hablar, pues no podía abatir su mandíbula inferior, teniendo la abertura bucal unos tres ó cinco milímetros. Tanto el dolor como la contractura del músculo masetero izquierdo impedían el abatimiento de la mandíbula.

No pudiendo tener la seguridad de que esta herida estuviera infectada, pues la hinchazón y la sensibilidad que despertaba la presión, no eran signos bastantes para diagnosticarla y bien podían referirse á otra causa, me pareció con-

veniente limitarme á practicar exteriormente la desinfección, sin atreverme á sondear la herida, aplicando después de las prácticas de desinfección una curación antiséptica. Como único alimento se le prescribió leche, cuatro tazas.

Los días 25 y 26, el herido permaneció en el mismo estado, quejándose solamente de que sentía dolor en la herida y de tener muy sensible la región mastoidea y la parte lateral izquierda del cuello. En estos dos días no se le cambió curación, dejándole el mismo alimento. El día 27, el estado del paciente era el mismo, salvo el dolor de la herida, que decía el enfermo le había aumentado bastante, pero no tenía reacción febril. Se descubrió la herida, encontrándola en pleno período de supuración, pues á través del trayecto formado por el proyectil, salía un pus sanguinolento en corta cantidad. Las equimosis ó sugilaciones se habían extendido más, y la sensibilidad á la presión de las regiones ya señaladas era más marcada, así como la hinchazón. La mandíbula inferior estaba como antes, aplicada al maxilar superior, separándose apenas los arcos dentarios.

En vista de este estado de la herida, nos creimos autorizados á sondearla para ver si podíamos confirmar el diagnóstico, hecho el primer día por sólo la inspección y la palpación, y aun precisar lo más. En efecto, después de desinfectar lo mejor que pudimos la herida, así como el estilete explorador, lo introdujimos por la herida, encontrando que la rama ascendente de la mandíbula inferior estaba fracturada, sintiendo en el que parecía ser el fondo del trayecto reconocido por medio del estilete, un cuerpo extraño que el paciente decía ser el proyectil, al moverlo con el estilete. Después de esta exploración, juzgamos conveniente lavar el trayecto explorado, con una solución de ácido fénico al cinco por ciento, y aplicar una curación que consistió en polvorear con yodoformo la herida, aplicando después unas capas de gasa yodoformada y algodón absorbente humedecido con la solución de ácido fénico; aplicamos después una tela de salud, como impermeable, que cubría perfectamente las capas anteriores, y por último se aplicó algodón y un vendaje contentivo. Se le prescribió leche, cuatro tazas. Como este individuo tenía una hiperestesia bien marcada, atribuyéndola, como debíamos, al alcoholismo, se le prescribió una poción que acostumbro dar á los alcohólicos.¹

	Graus.	Cent.
1 Agua de lechuga.....	180,	
Cognac.....	80,	0.
Bromuro de potasio.....	2,	0.
Tintura tebaica.....	0,	50.
Jarabe de hydrato de cloral.....	30,	0.

Disolver para *Poción*.

Esta poción se administra á los alcohólicos en tres tomas.

Desde el día 28 de Octubre hasta el día 12 de Noviembre que se le practicó una operación para extraer el cuerpo extraño que se sentía con la sonda, el paciente no presentó accidente alguno que complicara su herida. Ésta seguía supurando poco, y cada día se fué estrechando más y más hasta quedar convertida en un trayecto fistuloso; las curaciones se le hacían cada tercer día. Las equímosis habían disminuído bastante, así como la hinchazón, y el paciente decía que ya sentía poco dolor.

Reacción febril no la ha tenido el enfermo desde que entró al hospital; los primeros días se quejaba de no poder dormir; el insomnio se dominó á la vez que la hiperestesia con la poción que acostumbro prescribir á los alcohólicos. Durante este tiempo se volvió á explorar la herida, sin obtener más datos que los alcanzados en la primera exploración que se practicó con el estilete.

El día 12 de Noviembre se practicó la operación que consistió en desbridar el trayecto fistuloso, para poder hacer la extracción del cuerpo extraño. Como he dicho, la exploración practicada antes de la operación, solamente reveló la existencia de un cuerpo extraño, pero sin poderse decir si éste era el proyectil ó una esquirla. Con el estilete de Nelaton se hubiera podido hacer esta aclaración; pero esta herida se estrechó tan pronto, que á los pocos días ya no cabía la esfera de este estilete. Esta duda sobre la naturaleza del cuerpo extraño absolutamente tenía que preocuparnos, puesto que teníamos la seguridad de que tenía que ser ó un fragmento de la mandíbula inferior, desprendido completamente, ó una porción del proyectil, inclinándonos más bien á lo primero, tanto por los datos que sobre su tamaño y forma nos daba el estilete, como por la seguridad que teníamos de la fractura de la rama ascendente de la mandíbula. Estando este cuerpo extraño completamente movable, su extracción estaba indicada, con tanta más razón, cuanto que este cuerpo parecía estar impidiendo la cicatrización definitiva de la herida.

Antes de emprender la operación se tuvieron muy en cuenta los principales órganos, nervios y vasos importantes de esta región, así como su posición exacta con relación á la herida, para hacer las incisiones sin temor de interesarlos. En esta región ó *porción maseterina*, como la llama Tillaux, tenemos de dentro afuera: la piel, algunas fibras del músculo cutáneo, el tejido célula-adiposo subcutáneo, la aponeurosis maseterina, la prolongación anterior de la glándula parótida, y el canal de Stenon; las ramas del nervio facial, la arteria transversal de la cara, el músculo masetero, la rama ascendente de la mandíbula inferior, el nervio y la arteria dentarios inferiores, el ramo miloideo del nervio dentario y el músculo pterigoideo interno.

Ahora bien; esta herida situada como á unos dos centímetros abajo del con-

ducto auditivo externo, se encontraba inmediatamente abajo del nervio facial y por consiguiente, de la arteria transversal de la cara y un poco abajo y atras del origen del canal de Stenon y de la rama cérvico-facial del nervio facial; por consiguiente, este hombre no presentó la parálisis de este lado de la cara, que sigue á la lesión del nervio facial; pero sí hubo temores y muy fundados, teniendo en cuenta la anatomía de la región, de que la glándula parótida forzosamente hubiera sido interesada, temores que más tarde se confirmaron como se verá más adelante.

Recordada bien la anatomía de la región, las incisiones que practicáramos para desbridar el trayecto fistuloso en que estaba convertida la herida, tenían que ser llevadas hacia abajo. En efecto, después de someter al paciente á la influencia del cloroformo, de desinfectar previamente la herida y toda la mejilla izquierda, así como los instrumentos, manos del operador y de los ayudantes, etc., practiqué en la piel una incisión como de dos centímetros y seguí dividiendo los demás planos hasta llegar á la profundidad en que sentía el cuerpo extraño que estaba cerca de la rama de la mandíbula. Con el estilete, primero, y después con el dedo pequeño, iba yo sondeando la herida ó practicando el tacto á medida que iba interesando los planos profundos, hasta que llegué á tocar el cuerpo extraño, el cual fué extraído, siendo este cuerpo una esquirla que desprendió el proyectil al fracturar la rama de la mandíbula.

Después de extraída esta esquirla, sondeé esta herida con el estilete y ya no sentí otro cuerpo extraño, ni hueso desnudo, sorprendiéndome al no encontrar el proyectil, pues no existiendo más que una abertura de entrada, suponía que el proyectil debía encontrarse detrás de la rama ascendente de la mandíbula inferior.

Preocupado, y con razón, al no encontrar el proyectil, y deseando aprovechar el estado de anestesia en que se encontraba el paciente, para extraerlo, por temor de que si el proyectil estaba allí, la herida tal vez no cicatrizara y más tarde se tendría que volver á emprender otra operación, que cuando menos tendría el inconveniente de dejar una cicatriz notable en la cara, casualmente me vino la idea de abatir la mandíbula inferior con el objeto de examinar la cavidad bucal, que no había podido ser examinada antes, por la contractura tetánica del músculo masetero lesionado, así como por el dolor que le ocasionaba al herido este movimiento. Aprovechando, pues, el estado de anestesia en que aun estaba el paciente, con el tornillo de marfil logré abatir la mandíbula inferior, con un abatidor deprimí la lengua para examinar la cavidad bucal y las fauces, y con gran sorpresa á la vez que satisfacción pude ver con la mayor claridad la abertura hecha por el proyectil en la pared lateral de

la faringe al penetrar á la cavidad de las fauces. Desde este momento ya no nos quedó la menor duda de que el proyectil había salido, pues indudablemente que el proyectil fué escupido ó fué tragado por el herido, siendo la primera suposición la más probable.

El paciente no nos pudo dar dato alguno sobre esto, debido al estado de embriaguez en que se encontraba cuando lo hirieron.

Una vez extraído el cuerpo extraño, que parecía ser el que mantenía este trayecto fistuloso en el que se había convertido la herida, y precisando nuestro diagnóstico sobre la salida del proyectil, la única indicación que teníamos que llenar para obtener la cicatrización definitiva de esta herida era el practicar una antisepsia rigurosa en cada curación, y ésta fué nuestra única preocupación en las curaciones diarias que se le hacían. A pesar de esto la herida hecha al operar cicatrizó casi en toda su extensión, pero quedaba aún un trayecto que no cicatrizó en el tiempo que se esperaba, y entonces pudimos ver claramente, puesto que la salida del pus se había reducido á unas cuantas gotas, que salía saliva por la fistula, lo que nos vino á confirmar la sospecha fundada que teníamos de que la glándula parótida había sido interesada. Se me pasaba decir que durante este tiempo con la supuración salieron otras pequeñas esquirlas.

Por último, después de unas cuantas curaciones, en las que se había puesto en práctica una antisepsia rigurosa y haciendo la compresión y la oclusión de este trayecto, logramos que la herida cicatrizara definitivamente en los primeros días de Enero del presente año, teniendo aún en observación á este individuo hasta el día 22 del mismo mes en que se le dió su alta, por estar seguros de que su herida estaba enteramente cicatrizada.

El certificado de esencia y clasificación que se expidió es el siguiente: "Los Médicos Cirujanos del Hospital Juárez que subscriben certifican: que Genaro Aguilar ingresó á este Hospital el día veinticinco de Octubre del año pasado, á curarse de una herida hecha al parecer por arma de fuego, situada en la región maseterina izquierda, á cuatro centímetros arriba y un poco adelante del ángulo del maxilar inferior correspondiente; regular, casi circular, de un centímetro de diámetro é interesó las partes blandas fracturando el maxilar, perforando la pared lateral de la faringe é interesando muy probablemente la glándula parótida. Durante la marcha de esta lesión se practicó una operación para extraer unas esquirlas del hueso fracturado por el proyectil. Actualmente el trayecto fistuloso que quedaba parece estar cicatrizado, no siendo remoto que más tarde tal vez se vuelva á abrir si aun se desprendiese alguna otra esquirla. Actualmente se le da de alta por estar sano. Esta lesión queda comprendida entre las que ordinariamente ponen en peligro la vida, no habiéndola puesto en el presente caso

por circunstancias especiales; le queda como consecuencia de dicha herida una simple cicatriz en la cara, perpetua, pero no notable.—México, Enero veintidós de mil ochocientos noventa y siete.—*T. Niñez.—A. López Hermosa.*

Referida la historia de este enfermo, paso á hacer algunas consideraciones sobre este caso, que me ha parecido interesante, para entrar después en algunas otras importantes sobre algo que se refiere á esta variedad de heridas.

Desde luego llama la atención que el proyectil, habiendo penetrado en una región tan delicada y teniendo en cuenta la trayectoria que siguió, no haya interesado la arteria carótida externa, así como la vena yugular externa y más profundamente la arteria carótida interna, así como la yugular interna. La salida del proyectil atravesando la pared lateral de la faringe para caer en la cavidad bucal es otro hecho curioso en esta lesión, y esta salida del proyectil no se hubiera podido reconocer si no nos hubiera venido la idea de abatir la mandíbula inferior aprovechando el sueño producido por el cloroformo. Por último, llama la atención el que á pesar de haber sido interesada la glándula parotida, la cicatrización definitiva de la herida se haya obtenido sin tener necesidad de emprender operación alguna. Esto, á mi juicio, fué debido á que el trayecto fistuloso, que era muy estrecho, fué obstruido por el contacto del tejido de granulaciones formado en sus paredes, y como el canal de Stenon no fué interesado, teniendo libre paso la saliva por su conducto natural, se pudo fácilmente evitar su derivación por este canal accidental formado por el trayecto fistuloso.

Para terminar este deficiente trabajo permítaseme decir algo aún sobre la importancia que tiene la forma de la abertura de entrada hecha por el proyectil,¹ bajo el punto de vista del diagnóstico, así como de la medicina legal, teniendo también la *escara* desde este último punto de vista un grande interés.

Me ha llamado, y mucho, la atención que todos los autores que se ocupan de las heridas hechas por armas de fuego (armas cortas), se fijen en las dimensiones que tiene la abertura de entrada, que dicen son en general menos extensas que las de la abertura de salida del proyectil. Pocas horas después de hecha la herida, en realidad no se ve abertura alguna, salvo que el proyectil haya penetrado bajo un ángulo de incidencia muy pronunciado y el proyectil no haya estado animado de una fuerza de penetración grande. En el mayor número de casos, en estas heridas no se ve abertura en el lugar en que penetra el proyectil, y sí se ve una *escara* de un color negruzco, que es circular ó más ó menos elíptica según que el proyectil haya penetrado perpendicularmen-

¹ Me refiero á los proyectiles de armas de fuego cortas, tales como revólvers, pistolas, etc.

te á la región lesionada ó más ó menos oblicuamente. En el centro de esta escara es en el que se ve una pequeña solución de continuidad de la piel mortificada, saliendo unas cuantas gotas de sangre al través de esta herida. La escara, á mi juicio, tiene un valor importantísimo, tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como desde el punto de vista de la medicina legal, pues cuando ésta existe es, podríamos decir, un signo unívoco, patognomónico, de la abertura de entrada del proyectil, y este signo rara vez falta.

Los autores que yo he consultado no se ocupan de este signo tan importante, mientras que se ocupan extensamente en estudiar las dimensiones de la abertura, el aspecto de sus bordes, etc., para caracterizar la abertura de entrada del proyectil. Cuando existe la escara, repito, es el signo único que puede caracterizar á la abertura de entrada de un proyectil, salvo que cuando por la incrustación en la piel de los granos de carbón de la pólvora, de una manera indirecta se diagnostique esta abertura de entrada, aun cuando no hubiera la escara, lo que es raro. La forma de esta escara, más bien que de la abertura, (pues esta última, repito, no se ve sino más tarde, cuando se ha eliminado la escara) tiene también una grande importancia, tanto desde el punto de vista de la medicina legal, como del diagnóstico.

En general, cuando la escara tiene una forma circular ó se aproxima á esta forma geométrica, esto indica que el proyectil ha penetrado perpendicularmente á la región interesada, y cuando la escara presenta una forma más ó menos elíptica indica que el proyectil ha penetrado más ó menos oblicuamente á la superficie de la región interesada; en ambos casos ya se puede decir muy aproximadamente cuál es la trayectoria que ha seguido el proyectil en el espesor de los tejidos para buscarlo, y desde luego formarse un juicio aproximado sobre los órganos que puedan haber sido interesados; y si se presenta la indicación de sondear esta herida, ya puede uno saber en qué dirección se debe introducir la tintera.²

² La práctica me ha hecho utilizar para sondear esta clase de heridas, las candelillas francesas que se emplean para la dilatación progresiva de los estrechamientos uretrales. Las razones que tengo para preferirlas al estilete común, en el mayor número de casos son las siguientes: 1^ª La candelilla es flexible y se adapta por sí sola á la forma del trayecto hecho por el proyectil. 2^ª Teniendo mayor longitud que el estilete ó tintera común, puede llevarse hasta el fondo de saco en que termina el trayecto, y si hay dos aberturas puede la candelilla pasar por ambas heridas, reconociéndose bien todo el trayecto, y si se necesita canalizar la herida, con la misma candelilla se puede introducir el tubo de canalización al sacarla; y 3^ª Siendo la candelilla muy flexible, no traumatiza ni hay temor de que ella desprenda algún coágulo que esté tapando algún vaso interesado y se reproduzca una hemorragia, como puede suceder usando el estilete común.

La forma regular de la herida, aproximándose á una forma geométrica iudica también que ésta es la abertura de entrada del proyectil, y por consiguiente, bajo el punto de vista de la medicina legal tiene su importancia, pues la abertura de salida (y aquí sí se ve una verdadera abertura) es muy irregular y de bordes semejantes á los de las heridas hechas por desgarradura.

Aquí termino este imperfecto trabajo que acabo de tener la honra de leer ante esta Academia, cumpliendo así con uno de los artículos de nuestro reglamento. Espero que mis honorables compañeros lo juzgarán con benevolencia y le harán las observaciones que estimen convenientes.

México, Marzo 3 de 1897.

TOBIÁS NÚÑEZ.

OFTALMOLOGÍA.

Algunas consideraciones sobre las perturbaciones de motilidad de los ojos y sobre el tratamiento quirúrgico de las heteroforias y heterotropias.

Desde tiempo inmemorial se sabe el papel importante que los músculos extrínsecos del ojo desempeñan en la fisonomía y la expresión de diversos estados del espíritu. Así, por ejemplo, la convergencia indica la reflexión, la divergencia señala un estado de vaguedad, de indecisión; la mirada oblicua es inquisitorial ó desdeñosa; los ojos elevados marcan el éxtasis, etc, etc.

Fuera de estos estados, por decirlo así, accidentales y variables á cada momento, hay otros tipos más constantes de expresión que dependen del estado de la motilidad ocular y que interesan particularmente al oculista. Estos tipos han sido señalados recientemente por Stevens, y son los siguientes: La ortoforia, ó sea el equilibrio perfecto de los músculos del ojo, se traduce por el aspecto tranquilo y reposado del individuo, las cejas normales, el reposo de los músculos frontales. La exoforia ó tendencia á la divergencia, se manifiesta por un aire de sorpresa ó admiración en el que las cejas se alargan en el sentido horizontal y sus extremos se alejan entre sí. La esoforia ó tendencia á la convergencia, da á la fisonomía un aspecto triste, de meditación; las cejas se fruncen, sus extremos se dirigen hacia abajo, la frente presenta arrugas verticales y medianas. La hiperforia ó desviaciones latentes en el sentido vertical se traducen por una tendencia á llevar hacia adelante la frente y la barba hacia atrás en los casos de