

AÑO I.

1.º DE MARZO DE 1888.

Núm. 3.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUJÍA PRÁCTICA

POR

el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza
Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Resecciones.—Cuadro estadístico de las resecciones.—Osteosarcoma del coronal: extirpación mediante la resección de la lámina externa del hueso. Resección del maxilar superior.—Resección del maxilar inferior.—Necrosis del maxilar inferior: extracción de secuestros del mismo.—Dos resecciones del radio.—Un caso de resección del humero.—Extracción de secuestros del omoplato.—Secuestros invaginados de la tibia y del femur: resección y extracción.—Pseudo-artrosis del muslo á consecuencia de una fractura del cuello del femur.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos
Comercio, 57 y Sillería, 15

Rev 412
1



EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUJÍA PRÁCTICA



De las resecciones



La palabra resección, si se atiende al significado más usual de la preposición *re*, que es el de repetición, no es la apropiada para expresar la idea que en realidad representa, porque fuera de los casos en que después de las amputaciones por sobrevenir conicidad del muñón, hay que hacer una nueva sección del hueso y de aquellos otros, como por ejemplo, en el maxilar superior, en que son varias las secciones óseas en la inmensa mayoría de los demás, sólo se hace una, y buena prueba de ello son las resecciones articulares que constituyen el grupo más numeroso é importante. Nuestro célebre Cirujano Argumosa designaba con el nombre más genérico y apropiado de osteo-secciones á todas aquellas operaciones que recaen sobre los huesos, ya nos propongamos abrir agujeros en ellos, ya separar hojas ó láminas superficiales, ya quitar una porción más ó menos considerable todo un hueso ó toda una extremidad articular; pero en el día todo esto se halla comprendido en la palabra resección, que ha recibido la sanción del uso.

Estas operaciones, si bien se practicaban ya en los tiempos antiguos, no hay duda que hasta el siglo actual no se habían generalizado entre los Cirujanos, marcando nuestros tiempos un período de progreso que honra en extremo á la Cirujía conservadora, siendo los principales mantenedores de él, Ollier, Fourens, Sarghi, Sedillot, Creus y otros muchos.

Esta época de progreso ha traído, como sucede siempre, ideas nuevas á la ciencia y al arte quirúrgico. Tales son las de las resecciones subperiósticas, subcapsuloperiósticas y las excavaciones. Las excavaciones están comprendidas, en nuestro humilde entender, dentro de las resecciones subperiósticas, pues en éstas, como lo indica su nombre, se debe interesar el hueso por debajo del periostio ó conservando el periostio,

y lo mismo puede conseguirse haciendo una excavación, ó sea separando una pequeña porción de hueso, que separando una porción más considerable. Reconocida universalmente y hasta por el mismo Sedillot la utilidad de conservar el periostio, ya como membrana osteogénica, ya por el apoyo que da á los vasos, es preferible la denominación de resección subperióstica á la de excavación, porque aquélla se refiere á un órgano que hay que respetar y conservar siempre que se pueda y ésta tan sólo á la manera de operar.

La oposición que ha existido entre estas dos ideas, es más aparente que real, y su fundamento, tal vez estribe en que generalmente cuando se practica una excavación en un hueso, no hay necesidad de cuidarse del periostio, porque éste, ó no existe por haberse destruído en los puntos del hueso que se atacan, ó está adherido á las partes blandas.

Las resecciones, cuando recaen en huesos planos, como los de la cabeza y de la cara, son graves por los peligros inmediatos que traen consigo, y difíciles por la suma de conocimientos anatómico-quirúrgicos que exigen para emprenderlas. Cuando recaen en las extremidades articulares, no solamente son graves y difíciles por el concepto de las anteriores, sino también porque las heridas que ocasionan además de tener la misma ó mayor extensión que en las amputaciones, exigen ser hechas con una limpieza y precisión extraordinaria para que no sobrevengan complicaciones temibles. Imprime además mucha gravedad á las heridas de las resecciones articulares la circunstancia de ser el campo operatorio sitio en donde abundan vasos y nervios importantes que importa mucho respetar, cápsulas articulares y sinoviales, tendones, etc. Por todo esto nunca nos hemos considerado con fuerzas para emprender ninguna resección articular y hemos dado la preferencia á la amputación en cuantos casos se nos han presentado susceptibles de resección. Tal vez este temor nuestro sea infundado y nos decidamos más adelante á desecharlo; pero no lo haremos sin trabajar antes mucho sobre el cadáver para ponernos en condiciones de que las ventajas que realmente tiene una resección bien hecha sobre la amputación, puedan ser efectivas para el paciente.

Las resecciones sobre la diafisis de los huesos largos para la extracción de secuestros invaginados, que son el mayor número de los que comprende nuestra estadística, ofrecen pocas dificultades en la ejecución, una vez formado el diagnóstico, y otro tanto puede decirse de su gravedad en el acto de la operación y después de él.

Entiéndase, sin embargo, que al decir que ofrece pocas dificultades el acto operatorio, hablamos en general, y suponiendo que se tenga bien conocida prácticamente, y por los ensayos previos que se hayan hecho en el cadáver, la consistencia del hueso y la manera de atacarle con los diferentes instrumentos inventados para ello, según la porción que nos propongamos separar; no perdiendo de vista que en el vivo una precaución esencialísima es sujetar sólidamente las partes sobre que han de obrar los diferentes instrumentos, como el cincel y el mazo de plomo, la gubia, el trepano, la sierra de cadena, etc., para evitar conmociones que podrían afectar á la generalidad del órgano sobre que se opera. La hemorragia no suele ser de consideración cuando se opera en la tibia; pero en el femur, si no se toma la precaución de obrar sobre la parte externa, podría interesarse la femoral ó alguna de sus ramas.

Respecto á la gravedad también debe entenderse lo dicho con algunas restricciones: en general se practican estas resecciones en niños ó adolescentes en que el hueso tiene mucha vitalidad, por encontrarse estos órganos en el período del desarrollo; por esto, aunque lentamente el trabajo de regeneración se hace bien y por completo en más ó menos tiempo; pero cuando recaen en sujetos de edad adulta, siendo lento este trabajo, las consecuencias de una resección pueden ser fatales. En cuanto á la gravedad ó peligro inmediatamente después de la operación, aunque, como veremos después, debería esperarse ó temerse que fuese muy grande, no sucede así sin embargo, á lo menos operando en enfermedades precedidas de un proceso largo de supuración: cuando no, como sucede por ejemplo en los tumores, abrir el conducto medular para su extirpación es gravísimo.

Ya volveremos á ocuparnos de todos estos puntos al hacer consideraciones sobre los casos prácticos comprendidos en el cuadro que insertamos á continuación.

Cuadro de las resecciones

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
1 Matea Montero....	Cebolla.....	50 años..	S.	Osteosarcoma del coronal.....
2 R. M.....	Carmena.....	46.....	C.	Id. del maxilar superior.....
3 N. N.....	»	»	»	Tumor mielopláxico, mandíbula infer.
4 Ezequiel Esteban..	Guadamur...	»	»	Necrosis, mandíbula inferior.....
5 Paula Toledo.....	Toledo.....	23.....	C.	Id. id., rama derecha.....
6 Apolonio Mena....	Bargas.....	63.....	V.	Id. id., rama izquierda.....
7 Pedro Moreno.....	Menasalbas..	16.....	S.	Secuestro invaginado radio.....
8 Lorenzo Arellano..	Olfas.....	30.....	S.	Id. id. id.....
9 Pedro Paredes....	Toledo.....	55.....	C.	Fractura con salida fragmentos humero
10 Manuel Espinosa..	Ecija.....	12.....	»	Osteítis omoplato con varios focos..
11 Valentín Vargueño.	Bargas.....	11.....	»	Secuestro invaginado tibia derecha..
12 Gabino Salinero...	San Pablo....	12.....	»	Secuestros invaginados tibia y femur
13 Justo Martín.....	Sonseca.....	12.....	»	Secuestro invaginado tibia derecha..
14 Marcelino Pérez...	Albarel Tajo.	32.....	S.	Id. id.....
15 Lino Ramos.....	San Pablo....	7.....	V.	Id. id.....
16 Manuel Gómez....	P.ª Montalbán	17.....	S.	Id. id.....
17 Nicasio Rodríguez.	Yébenes....	16.....	S.	Id. id.....
18 N. Sevilla.....	Id.....	16.....	S.	Id. id.....
19 Mariano Castellano.	Mazarambroz.	10.....	»	Secuestros invaginados ambas tibias..
20 Nicolasa Calderón..	Esparraguera.	20.....	S.	Secuestros invaginados tibia.....
21 Una niña.....	Menasalbas..	20 meses.	»	Secuestro tibia derecha.....
22 Angela López.....	Hontanaya (Cuenca)....	27.....	»	Id. id.....
23 Pedro Rodríguez..	Toledo.....	18 años..	»	Id. femur derecho.....
24 María Galán.....	Urda.....	11.....	»	Id. id. izquierdo.....
25 Celestina Aguilera	Toledo.....	34.....	C.	Pseudo-artrosis del femur.....

Operación.--Método.--Procedimiento.	Fecha de ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	TERMINACIÓN.
Extirpación con resección del hueso.....	18 Agost. 84	10 Sbre. 84	22 Junio 85	Defunción.
Resección total del maxilar superior.....	»	15 Obre. 76	10 Nbre. 76	Curación.
Resección rama horizontal...	»	Junio 72	Julio 72.	Defunción por infección purulenta. (En San Carlos).
Extracción de secuestros.....	»	Enero 77	Fbro. 77	Alivio (alta pedida).
Id. id.....	»	4 Mayo 77	23 Mayo 77	Id. id.
Id. id.....	3 Enero 86	29 Marzo 86	19 Junio 86	Id. id.
Resección y extracción del secuestro.....	5 Nbre. 85.	11 Marzo 86	22 Junio 86	Id. id.
Id. id.....	18 Mayo 86	27 Mayo 86	27 Junio 86	Id. id.
Resección fragmento superior.	Mayo 75	Mayo 75	Agost. 75	Curación.
Extrac. secuestros omoplato.	21 Dbre. 85	Enero 86	20 Marzo 86	Id.
Resección y extracción.....	30 Dbre. 77	Enero 78	17 Agost. 78	Id.
Resec. ambos huesos y extrac.	17 Mayo 78	Junio 78	26 Enero 79	Alivio (alta pedida).
Resección y extracción.....	15 Nbre. 80	18 Nbre. 80	3 Marzo 82	Curación.
Id. id.....	9 Obre. 83	11 Obre. 83	4 Enero 84	Alivio (alta pedida).
Id. id.....	10 Julio 83	12 Julio 83	14 Abril 84	Curación.
Id. id.....	26 Fbro. 84	22 Marzo 84	21 Junio 84	Alivio (alta pedida).
Id. id.....	6 Enero 84	12 Enero 84	22 Junio 84	Id. id.
Id. id.....	»	Obre. 80	»	Curación (En Yébenes).
Id. id.....	22 Fbro. 86	23 Fbro. 86	8 Agost. 86	Alivio (alta pedida).
Dos resecciones para la extrac.	8 Obre. 83	4 Junio 84	11 Fbro. 87	Curación.
Extrac. secuestro mediante una incisión.....	»	Marzo 85	»	Id.
Id. id.....	»	7 Fbro. 88	»	En tratamiento.
Resección y extracción.....	19 Junio 82	16 Julio 82	2 Marzo 83	Curación.
Id. id.....	6 Obre. 86	25 Marzo 87	28 Agost. 87	Alivio (alta pedida).
»	7 Enero 78.	»	17 Julio 80.	Curación.

Según se ve por el cuadro que precede, sólo tres resecciones he practicado en los huesos del cráneo y de la cara, pues las demás no han sido otra cosa que extracciones de secuestros más ó menos considerables de la mandíbula inferior.

Principiaré, pues, haciendo la historia de estos tres casos, después me ocuparé á la ligera de las extracciones de secuestros de la mandíbula inferior, y por último de las resecciones de los huesos largos.

Figura en el cuadro un caso de pseudo-artrosis del femur, y no porque se hiciese resección, sino porque siendo su historia interesante y no teniendo otro lugar más adecuado para su exposición, lo he incluido entre las resecciones.

Osteosarcoma del coronal.—Extirpación con resección de la lámina externa de este hueso

El núm. 1 del cuadro ingresó en el hospital con un tumor bastante voluminoso ulcerado, en la parte superior del coronal entre este hueso y los parietales. La enferma era de temperamento linfático, de piel fina, muy inteligente y afectuosa y no había alteración en el estado general. El tumor tenía un aspecto fungoso, sangraba con facilidad y no había infartos en los ganglios del cuello. No había antecedentes hereditarios ni de ninguna otra clase con que poder relacionarlo: había aparecido bajo la forma de un exóstose, y había ido creciendo hasta ulcerarse la piel. No tenía dolores lancinantes ni de ninguna otra clase. Tratado con los cáusticos durante algún tiempo, se había reducido la extensión de la ulceración y hasta llegamos á abrigar la esperanza de que no se tratase de un tumor maligno porque en realidad lo que teníamos á la vista, más bien que tumor, era una úlcera extensa de superficie desigual y formando relieve sobre el resto de la piel. En vista de que el abultamiento y la extensión se reducía con los toques del cloruro de zinc, nos propusimos sustituir esta úlcera con una herida de superficie regular para ver de conseguir en breve tiempo la cicatrización.

Para ello se practicó sobre los tegumentos del cráneo, previamente rasurados, una incisión elíptica, que comprendió todo su espesor: en seguida se incindió el pericráneo, siguiendo la dirección de la herida de los tegumentos y con la sierra crista-galli se señaló un surco superficial en el hueso, quedando la masa que nos proponíamos extirpar

encerrada en un cuadrilátero formado por cuatro líneas ó surcos que se trazaron con la sierra, una á cada extremo de los ejes de la elipse: estos surcos se profundizaron con cuidado con el cincel y el mazo de plomo hasta llegar á la sustancia diplóica del hueso, y cuando nos pareció haberlo conseguido, inclinando el cincel oblicuamente, fuimos desprendiendo lentamente la lámina externa del hueso, que al salir arrastró consigo íntegro el tumor. Tentado estuve de hacer en seguida una autoplastia para restaurar la pérdida de sustancia, pero me abstuve por tratarse de una región tan delicada como la cabeza y por no haber posibilidad de deslizar un colgajo de piel de la frente hasta el sitio de la operación. Después de esto no sobrevino accidente alguno de los que podían temerse como conmoción ó congestión cerebral: levantado el apósito del cuarto al sexto día, el aspecto de la herida era excelente: ulteriormente continuó en buen estado y casi estuvo á punto de ser completa la cicatrización de la gran herida que quedó después de la operación. A pesar de esto, hacia el mes de Marzo del 85, á los seis meses de practicada, se inició la reproducción que evolucionó rápidamente, extendiéndose á la dura madre, á juzgar por los síntomas cerebrales que presentó en el último período y falleció de sus resultas en Julio del mismo año.

Resección del maxilar superior

Es esta una de las operaciones más peligrosas de la Cirujía en el acto de la ejecución, y de tal manera cruenta y dolorosa, que apenas se concibe que haya personas capaces de soportarla. Forma contraste con lo terrible del acto operatorio y los peligros del momento la inocuidad de esta operación, cuya mortalidad es escasa. Para evitar á los pacientes los grandes sufrimientos que ocasiona, se han ideado diversos procedimientos, que hagan posible la administración de los anestésicos, tales como la traqueotomía previa, la colocación de la cabeza inclinada hacia abajo para que la sangre no obstruya la laringe y la traquea, etc.; pero todos estos medios ofrecen inconvenientes y la mayoría de los prácticos operan sin anestesia ó á lo más queda limitada á la primera parte de la operación en que se seccionan las partes blandas.

La cuestión más ardua que se presenta á la deliberación del Cirujano antes de emprender esta operación, es la del diagnóstico de los

tumores que afectan á este hueso, que es la única indicación de la resección total, pues las parciales tienen más ancho campo, sobre todo desde que se ejecutan para la extirpación de los polipos-nasofaríngeos, dejando después colocada en su sitio la porción de hueso que se ha levantado temporalmente y tan sólo como una vía para atacar aquellas producciones morbosas.

Esfuerzos muy laudables se han hecho en todos tiempos para iluminar el oscuro campo del diagnóstico en toda clase de tumores; pero á pesar de las clasificaciones más ó menos ingeniosas que han visto la luz pública, á pesar de los adelantos micrográficos, á pesar de los tratados especiales de oncología, es lo cierto que el práctico se encuentra en muchas ocasiones perplejo y sin poder formular un diagnóstico tan exacto como necesita cuando trata de efectuar la extirpación de un tumor. Aun después de extirpado, es difícil en muchas ocasiones afirmar nada respecto á su reproducción.

Si las dificultades son siempre grandes, son mucho mayores cuando reside en un hueso, pues en general está menos accesible á nuestros sentidos; y si este hueso es el maxilar superior, suben de punto, como voy á demostrar con la siguiente historia de una resección total del maxilar superior, motivada por un tumor desarrollado en este hueso.

R. M., natural de Carmena, 46 años, casado, labrador, de temperamento sanguíneo-nervioso y buena salud habitual, sufrió en Marzo de 1876 una intensa neuralgia, que se fijó en la segunda y tercera muelas superiores del lado derecho, irradiándose á las regiones frontal y temporal del mismo lado. Siguió molestándole hasta mediados de Abril, en cuya fecha apareció un flemón en la encía, con cuyo motivo le extrajeron las dos muelas indicadas, lesionándole los alvéolos, pues salieron algunas esquirlas óseas adheridas á las raíces. Lejos de experimentar alivio alguno siguió molestado atrozmente por los dolores, que le hacían prorrumpir en gritos y que apenas se calmaban con los remedios que sucesivamente le fueron prescritos por diferentes Profesores desde las emisiones sanguíneas y los calmantes de todas clases, hasta las aguas minerales de Alhama de Aragón, y las celebérrimas panaceas del Doctor Garrido. Desde el mes de Mayo aparecieron en los alvéolos de las muelas extraídas fungosidades que fueron gradualmente creciendo en altura y extensión, hasta constituir una úlcera fungosa indolente á la exploración con el dedo, que ocupaba todo el arco alveolar derecho. En este estado le encontró al

tomar posesión de su primer partido como titular de Carmena el joven Profesor D. Tomás Echevarría, que reside actualmente en la Puebla de Montalbán y de quien puedo decir con justicia, á pesar de la íntima amistad que con él me une (lo cual me veda frases más expresivas de elogio) que es uno de los prácticos más ilustrados de la provincia. Se notaba además en esta época aumento de volumen en toda la región del maxilar y los dolores neurálgicos seguían atormentándole con una intensidad tal, que le ahuyentaban el sueño y en ocasiones le perturbaban la razón, tornando su carácter, alegre y jovial de ordinario, en sombrío y taciturno. En Octubre se presentó á mi exploración ofreciendo más pronunciados los síntomas de que queda hecha mención: la tumefacción de la parte afecta era muy pronunciada en el seno maxilar y estaba limitada hacia arriba por el reborde orbitario y hacia afuera por el malar: abierta la boca, aparecía en la mitad derecha del borde alveolar superior y bóveda palatina una úlcera fungosa que presentaba en los puntos correspondientes á los alvéolos de la segunda y tercera muelas, una depresión ó cavidad por donde penetraba el dedo dentro del seno maxilar ocupado por una masa fungosa que sangraba al menor contacto.

Ante estos síntomas era evidente que una producción patológica, un tumor, había invadido el hueso maxilar superior, ocupando por lo menos la cueva de Hyghonoro, cuya pared anterior estaba destruída, y el borde alveolar, sin poderse precisar la extensión que tendría hacia la parte posterior del hueso.

¿Cuál era el origen del tumor? ¿Había principiado en el seno maxilar haciendo su evolución de dentro afuera, ó por el contrario, había comenzado en los alvéolos dentarios y rompiendo la pared anterior había penetrado en el seno maxilar? ¿Se extendería por detrás siguiendo la dirección de la fosa ptérigo-maxilar hasta penetrar por los agujeros de la base del cráneo? ¿Cuál era su naturaleza?

Hé aquí las dificultades del diagnóstico á que hacíamos referencia al comienzo de estas líneas.

El primer fenómeno patológico observado en este enfermo fué la neuralgia dentaria con irradiaciones fronto-temporales, neuralgia que fué considerada como esencial por varios Profesores durante los tres ó cuatro primeros meses de padecimientos, sin notarse abultamiento en la región del maxilar. Después aparecen las fungosidades en los alvéolos de la segunda y tercera muelas que le fueron extraídas

y se pasan otros dos ó tres meses sin abultamiento perceptible; pero en otros dos meses se abulta la región maxilar que crece rápidamente, así como la masa fungosa de las encías. Estos hechos parecen indicar que el tumor principió en la base de los alvéolos, desarrollándose al mismo tiempo hacia afuera y hacia dentro, rompiendo á medida que fué creciendo la parte anterior del seno maxilar y cuando ocupó éste se presentó el abultamiento en la cara.

¿Si tal era su origen, sería un tumor mielopláxico? Por el color, la consistencia y el desarrollo rápido podía pensarse en que el tumor fuese de esta naturaleza, pues que esta clase de tumores, designados antiguamente con los nombres de sarcoma, fungus medular, hematomas; kistes fibrinosos del hueso, etc., (Follín); suelen presentarse en los bordes alveolares y aquí el trahumatismo de la extracción de las dos muelas segunda y tercera, que es el punto del maxilar en que más abunda la sustancia esponjosa, rompiendo las celdillas de ésta dejó en libertad los elementos de la médula, y estimulada su proliferación por el aumento de sensibilidad, pudo dar lugar á la formación del tumor que fué creciendo en el fondo de los alvéolos hasta romper la pared anterior del seno maxilar y penetrar dentro de él. Sin embargo, los tumores mielopláxicos suelen presentarse desde los 15 á los 25 años y este sujeto tenía 46.

¿Sería de naturaleza maligna? Siendo un tumor mielopláxico, según los trabajos de Robín, Nelatón y otros, debía tratarse de un tumor benigno de los que no se reproducen después de extirpados. Por mi parte miro con reserva esta pretendida benignidad; todos los que he tenido ocasión de ver, se han reproducido, aunque, en honor de la verdad, no habiendo hecho el examen micrográfico, no puedo saber si eran mielopláxicos ó de otra naturaleza, pues el aspecto exterior es un dato muy variable y sujeto á error.

De no ser mielopláxico el tumor, no podía menos de ser maligno, principalmente por el desarrollo rápido que había tenido, que es propio de los tumores cancerosos.

En cuanto al dolor, que fué el primer fenómeno patológico observado, no es un signo que dé certeza respecto á la malignidad de los tumores: con frecuencia se observan tumores muy dolorosos que no son malignos, tales como los neuromas y los que tienen su asiento sobre un nervio importante; y otras veces, por el contrario, tumores malignos por su naturaleza son completamente indolentes. Precisa-

mente los tumores de mayor tamaño y malignidad que hemos visto en nuestra vida profesional, han sido dos osteosarcomas enormes completamente indolentes. En este enfermo, el dolor afectaba la forma de neuralgia, que fué considerada y pudo ser esencial en un principio: más tarde no hay duda que estaba ligada á la evolución del tumor que al desarrollarse debía comprimir los nervios dentarios superiores, que era el punto de partida, irradiándose después á las regiones fronto-temporal.

De todas suertes, ya se tratase de un tumor mielopláxico, y como tal benigno, ya de un tumor canceroso, siendo satisfactorio el estado general del paciente, y no habiendo infartos ganglionares en el cuello, la indicación era la ablación del tumor, que no podía realizarse sino con la total del maxilar superior. A satisfacer esta indicación con toda urgencia, obligaba su desarrollo y los terribles sufrimientos del enfermo, á quien después de haber visto fracasar todos los planes terapéuticos que le habían sido prescritos, no podía negársele el supremo recurso de la operación.

Siendo esta la indicación con relación á la enfermedad, que no era de temer por el tiempo en que había hecho su evolución, se hubiese extendido por la parte posterior más allá de las apofisis pterigoides, no faltaba para proceder á la ejecución sino resolver otro punto importante: si podría ó no soportarla. El sujeto era de buena edad, temperamento sanguíneo-nervioso, enjuto de carnes, su constitución no estaba deteriorada y era de ánimo valiente y decidido. En estas circunstancias, quitarle las probabilidades de salvación que la operación ofrecía después de haber visto frustradas las halagüeñas esperanzas que había fundado para su curación en los diversos medicamentos que le habían sido propinados, falta ya de fe en las medicaciones internas, arrebatarle la única esperanza de salvación hubiera sido inhumano; y así, alentados enfermo y operador por un mismo espíritu, el que infunde la fe y la esperanza que por igual los animaba, decidióse proceder á la operación el 15 de Octubre de 1876, la cual consistió en lo siguiente:

1.º Colocado el enfermo sobre una mesa en decúbito dorsal y previamente cloroformizado, practicóse una incisión ligeramente convexa hacia atrás que, comenzando en la comisura de los labios, terminó hacia la parte media del pómulo, y ligados algunos pequeños vasos de la sección de la comisura, levantados los colgajos uno hacia

atrás y otro hacia arriba, se hizo una disección rápida para poner al descubierto el hueso hasta el suelo de la órbita, seccionar el nervio suborbitario y desprender con sumo cuidado el ojo y ala de la nariz. Ligados los vasos arteriales á medida que iban interesándose, hubo un intervalo de descanso para que se pasase la acción del cloroformo.

2.º Sentado el enfermo en una silla, sostenido por los ayudantes en un estado de semianestesia, con una sierra estrecha de lomo móvil, se seccionó la apofisis malar en la dirección de la hendidura pterigo-maxilar, y tan pronto como la sierra hubo atacado la pared externa del seno maxilar con la pinza de Listón, se completó la sección hasta la hendidura.

3.º En seguida, perforando con un trocar la pared interna de la órbita, se pasó por esta abertura la sierra de cadena y sacándola por la fosa nasal, se serró la apofisis ascendente.

4.º Abierta la boca, se practicaron dos incisiones, una en línea media que dividió la mucosa y otra transversal en la parte posterior para seccionar el velo del paladar, y después de hacer la extracción de un incisivo, con la pinza de Listón, introducida una rama por la boca y otra por la nariz, se seccionó por la línea de unión de los dos maxilares (porción palatina).

5.º Introduciendo una de las ramas de la pinza de Listón por la fosa nasal en el seno maxilar, se seccionó por debajo del suelo de la órbita hasta unir este corte con el de sierra sobre la apofisis malar.

6.º Tomando después el hueso con una dentuza, se le hizo vascular hacia abajo y atrás, fracturando así la porción inferior de las apofisis pterigoides.

7.º Desprendido el hueso de las partes blandas con la tijera, se tocó con el cauterio actual la parte posterior, no sólo para cohibir la hemorragia, que no fué muy excesiva, sino también para destruir alguna porción sospechosa que quedara hacia las apofisis pterigoides y acelerar el trabajo de cicatrización del hueso.

8.º Puntos de sutura, etc.

Como se ve por la anterior reseña, se siguió el método de Velpeau sin otras modificaciones que las de emplear, en vez de la sierra de cadena, una sierra estrecha para la sección de la apofisis malar y la pinza de Listón para separar los dos maxilares y la porción horizontal del hueso que forma el suelo de la órbita que estando sana se conservó para sostén y protección del ojo.

La cicatrización siguió un curso regular y á los 20 días era completa exteriormente y más tarde se desprendieron las escaras del cauterio, lográndose también interiormente. En el ojo, que no sufrió durante la operación, no sobrevino inflamación. El enfermo, en fin, se llegó á restablecer completamente, desapareciendo del todo sus dolores.

Por desgracia este satisfactorio estado duró poco tiempo, pues al principiar el año 1877, cuando se disponía á encargar un aparato protésico que remediase la deformidad de la cara y la alteración de la voz, se observaron los primeros indicios de reproducción hacia la base del cráneo, en cuya cavidad no tardó, sin duda, en penetrar el neoplasma, falleciendo el enfermo de sus resultas en Abril de dicho año, á los seis meses próximamente de la operación.

Este caso demuestra una vez más lo infructuosa que es esta operación cuando se trata de tumores malignos, pues que éstos se reproducen siempre en un período más ó menos largo y así sólo sirve, ó para alargar la vida del paciente á costa de grandísimos sacrificios ó para consuelo de la familia y hasta del paciente mismo, que á costa de estos grandes sacrificios no vacila en agarrarse á la última tabla de salvación.

No puedo terminar estas líneas sin hacer público mi reconocimiento por su eficaz cooperación y ayuda en esta operación á mis queridísimos amigos los Profesores D. Tomás Echevarría, D. Ricardo Montero, D. Francisco Ginestal, D. Mariano Bermejo, D. Adolfo Rodríguez Carreño y D. Cándido Cabello. Nunca olvidaré que también me ayudaron en otras muchas ocasiones, ni tampoco que practicaron operaciones en este hospital bajo mi dirección en los primeros años de su práctica; pero es seguro, que ni en ellos ni en mí ninguna otra causó impresión tan honda ni recuerdo tan duradero como la resección del maxilar superior realizada en Carmena.

Resección de rama horizontal del maxilar inferior

Practiqué esta operación en Julio del 72, al encargarme durante las vacaciones de la asistencia de los enfermos de la clínica quirúrgica, primer curso, como Profesor de guardia de las clínicas de la Facultad de Medicina de Madrid, y aunque no conservo ningún apunte acerca de ella, voy á decir lo que en la memoria conservo,

El enfermo era un sujeto bien constituido, de unos 25 á 30 años de edad, que padecía un tumor en una de las ramas horizontales de la mandíbula inferior, tumor bastante voluminoso, como una naranja, y que penetraba en el maxilar por entre las dos láminas de sustancia compacta y que parecía tener su origen en la sustancia esponjosa del hueso, siendo considerado por estos caracteres, por su aspecto fungoso, ser indolente y no haber infartos ganglionares en el cuello como mielopláxico. No inspirándome mucha confianza este diagnóstico y por si el tumor era maligno, para asegurarme de su completa extirpación me propuse la resección de la porción de hueso en que tenía su asiento el tumor, que era una de las mitades de la porción horizontal. Llevé á cabo á resección practicando una incisión horizontal paralela al borde del hueso desde la sinfisis de la barba al ángulo de unión de la rama horizontal con la vertical, en cuyo tiempo hubo que ligar la arteria facial, y practicando en la terminación de esta incisión otras dos verticales se disecaron, rasando el hueso los dos colgajos resultantes que le pusieron al descubierto, y en seguida, pasando de dentro á fuera una aguja con la sierra de cadena por la sinfisis de la barba, se hizo la sección del hueso en este punto y después se seccionó de igual modo cerca del ángulo. Seguidamente, afianzando sólidamente la lengua que cogió un ayudante con una compresa por su punta, se seccionaron la mucosa y partes blandas adherentes al hueso. Luégo se remató felizmente la operación, dando puntos de sutura, dejando en la herida un lechino para salida de los líquidos. El enfermo, que soportó bien la operación y continuó en buen estado durante la primera semana, sucumbió de infección purulenta al mes próximamente.

Reflexionando sobre la disposición en que quedan los extremos del hueso resecado en esta operación, encuentro difícil que pueda la cicatrización hacerse sin que sobrevengan accidentes serios en el curso ulterior de la herida: el trabajo de reparación en los huesos es siempre lento y en una cavidad como la bucal constantemente bañada por líquidos, las heridas no pueden desinfectarse de una manera eficaz, con lo cual y con las dificultades naturales para alimentar de una manera conveniente al enfermo, con la deglución inevitable de sustancias sépticas de la herida, las condiciones son las más abonadas para el desarrollo de la puohemia ó septicemia. En esta resección, son más de temer tales accidentes que en la del maxilar supe-

rior, porque no queda expedito el suelo de la boca y la lengua para desembarazarse por espuición de los líquidos segregados por la herida, y las condiciones de cicatrización son peores, porque la saliva y demás líquidos bañan las superficies cruentas: la fetidez característica de las caries y necrosis de la mandíbula inferior, que todos los prácticos habrán tenido ocasión de notar, es una demostración de lo que venimos diciendo.

En lugar de resecciones que rompan la continuidad del hueso, considero preferibles en los tumores implantados en los bordes alveolares la resección de estos bordes seguida de una ó varias cauterizaciones con el termocauterio para destruir la porción del tumor que pueda quedar entre las dos hojas de sustancia compacta. Así he conseguido varias veces en tumores pequeños la completa curación con los cáusticos ordinarios y sin el termocauterio, que seguramente es más eficaz.

Necrosis del maxilar inferior.—Extracción de secuestros

Este hueso tiene mucha semejanza con los largos: como éstos, tiene cuerpo y extremidades; en el cuerpo se hallan los conductos dentarios inferiores, que con la sustancia esponjosa que los rodea representan el conducto medular; las extremidades son articulares; como en los huesos largos en el maxilar, se insertan poderosos músculos que le imprimen movimientos.

Esta semejanza de estructura y de funciones da cuenta de la semejanza de sus enfermedades. En este hueso, como en los largos, son, con efecto, frecuentes las caries y las necrosis, y bien podemos decir que si hubiéramos anotado todos los casos que hemos observado y tratado en la consulta pública establecida en nuestro hospital, la estadística sería tan numerosa como la de la tibia, que de todos los huesos largos es sin duda el que más veces es afectado por ellas.

La causa de esta frecuencia estriba, en nuestro sentir, en que como órgano que tiene encomendado un trabajo activo, constante y repetido, está expuesto á trahumatismos pequeños en apariencia, pero que en sujetos escrofulosos, sífilíticos, etc., son el punto de partida muchas veces de osteoperiostitis crónicas, que terminan por la caries á la necrosis. Estos trahumatismos proceden, ya de la falta de limpieza de los dientes y muelas que acarrear la caries de los alvéolos y las

raíces, y desde estos puntos se propaga la enfermedad al cuerpo del hueso, ya de esfuerzos violentos para masticar ó partir cuerpos duros. La circunstancia de tener este hueso implantados los dientes en su borde superior, hace que no sólo sufra la influencia de dichos traumatismos por el concepto indicado, sino también porque en dichos bordes se efectúa el trabajo fisiológico de evolución dentaria, trabajo esencialmente fusionario, que cuando es laborioso puede ser un motivo de osteoperiostitis que, extendiéndose al cuerpo del hueso, da lugar á la caries ó la necrosis. También entre las causas de éstas se cita al reumatismo; pero para que realmente lo sea, es preciso que tenga su asiento en el periostio, y aunque no imposible, no es este su sitio predilecto, sino las articulaciones; así, recayendo generalmente la caries y necrosis en el cuerpo del hueso, la influencia del reumatismo es muy dudosa.

Para luchar eficazmente contra todos estos motivos de enfermedad, debe notarse el cuidado con que la naturaleza le ha dotado de un conducto especial, el conducto dentario inferior, destinado al paso de los vasos y nervios por entre las dos hojas de sustancia compacta, recubriéndole al mismo tiempo exteriormente de periostio, para asegurar su nutrición.

A pesar de esto, cuando se desarrolla una osteoperiostitis intensa, la circulación se interrumpe y una parte del hueso muere; pero al mismo tiempo, nuevas capas óseas se forman y recubren más ó menos completamente el hueso antiguo, que queda convertido en uno ó en varios secuestros aprisionados por el hueso de nueva formación dentro del conducto dentario que hace las veces de conducto medular.

Estos son los puntos de vista más culminantes que hay que tener presentes, no solamente al historiar los casos clínicos de necrosis del maxilar inferior, sino también cuando llega el momento de nuestra intervención terapéutica.

Tres casos figuran en nuestra estadística de esta enfermedad, de los cuales es muy poco lo que nos ocurre decir después de las ideas anteriormente expuestas. El más notable es sin duda el segundo, que se refiere á una joven que se presentó en el hospital con un abultamiento extraordinario de la cara y varios trayectos fistulosos, así en la piel de la rama horizontal derecha desde la barba hasta el ángulo del mismo lado, como en la encía derecha muy difícil de explorar, por la dificultad que tenía para abrir la boca. Además del abultamiento

había en la región afecta una dureza extraordinaria, lo cual demostraba que nuevas capas óseas se habían agregado al hueso. Sondados los trayectos fistulosos se encontró inmovilidad en los secuestros, y siendo más perceptible por el lado de la boca se hizo con facilidad la extracción de las muelas, muy movidas por la destrucción del arco alveolar y seguidamente la de varios secuestros considerables. En los otros dos casos, la extracción se hizo por la parte exterior sin más que practicar una incisión que reunió los diferentes orificios fistulosos, pero sin tener necesidad de seccionar el hueso porque las cloacas que ofrecía en los orificios fistulosos permitía el paso de una pinza de curar para la extracción de los secuestros. Los tres enfermos pidieron el alta antes de la completa curación, y no podemos decir nada respecto al curso ulterior de las lesiones, aunque es de inferir que si no quedó ningún secuestro, todas las heridas y trayectos se cicatrizarían, aunque con lentitud, que es la marcha ordinaria que siguen.

Resecciones del radio

El primer enfermo de esta clase es el núm. 7 del cuadro, que en consecuencia de una contusión en la parte inferior del antebrazo sobrevino inflamación que terminó por supuración, presentándose en el hospital con un foco profundo de supuración, que le fué abierto mediante incisión: no se observaba entonces notable abultamiento en ninguno de los huesos del antebrazo y creímos por de pronto que se trataba tan sólo de un flemón profundo de las partes blandas; pero viendo que la supuración no se agotaba y que se hacía cada día menos espesa, comenzamos á sospechar que se trataba de un absceso por congestión. Formado este juicio, transcurrieron cuatro meses sin otra intervención terapéutica que el régimen higiénico y las curas bien hechas. Durante ese tiempo, la herida que se practicó fué estrechándose hasta quedar sólo un orificio, por el cual salía la supuración mediante un tubo de drenaje, y notándose un abultamiento no muy grande en la extremidad inferior del radio, nos propusimos practicar una incisión profunda hasta el hueso para examinarle en debida forma, y realizado con la aplicación previa de la venda de Esmarch, encontramos en su cara posterior á unos cinco centímetros de su extremidad articular inferior una extensa cloaca, por la que penetraba el estilete y tocaba un secuestro movable invaginado en el conducto me-

dular. Agrandada dicha cloaca con el escoplo y martillo, se encontró la extremidad superior del secuestro que, cogido sólidamente con una dentuza, se extrajo sin dificultad. El secuestro tendría una extensión como de unos cuatro centímetros, por lo que la herida exterior debería tener unos 10 de extensión y estaba constituido por una porción de sustancia compacta que miraba hacia la cloaca y de sustancia esponjosa hacia el lado opuesto. El enfermo tomó el alta á los cuatro meses en un estado satisfactorio y muy adelantado el trabajo de reparación de la pérdida de sustancia del hueso.

Al segundo enfermo, núm. 8.º del cuadro, en consecuencia de las rudas faenas de su oficio de herrero, le sobrevino una inflamación en la parte inferior del antebrazo, presentándose en éste y en la cara dorsal de la muñeca, varios focos de supuración, que siguieron un curso lento y crónico que denunciaba una lesión en el periostio ó en el hueso.

Estando infiltrada la mano y seriamente amenazada la articulación de la muñeca, los Profesores de su asistencia propusieron al paciente la amputación del antebrazo, y entonces la familia, alarmada, vino á consultarme. Yo les manifesté que, respetando mucho las opiniones ajenas, no creía urgente la indicación de amputar, que tal vez fuese indispensable más adelante, y que de todas suertes no le amputaría sin observarle antes durante mucho tiempo. Trasladado el paciente á esta capital, me limité á practicar incisiones para dar amplia salida á la supuración, á combatir el edema de la mano mediante la compresión metódica y una posición adecuada y á modificar el estado general con un plan tónico. En dos ó tres meses de tratamiento cedió el edema de la mano, se cicatrizaron los focos de la cara dorsal de la muñeca y cara anterior del antebrazo, y cuando parecía que nada había que temer, un nuevo foco de supuración apareció en la cara posterior localizado en el radio, cuyo hueso en este tiempo había aumentado de volumen. Agotados los escasos recursos de su familia, ingresó en el hospital, en donde procediendo del mismo modo que en el caso anterior, extraje un secuestro de radio de las mismas dimensiones y varias esquilas sueltas de sustancia compacta. Puesto así en condiciones de curación, la cicatrización completa no tardó en verificarse, encontrándose ahora en buen estado, pero conservando el hueso un abultamiento notable, alguna dificultad en los movimientos de la articulación radio-carpiana y una atrofia bastante perceptible á

simple vista en el antebrazo, cuya fuerza dice haber disminuído bastante.

Fractura del tercio superior del humero con salida del fragmento superior á través de una herida de la piel

El núm. 9 del cuadro sufrió una fractura del tercio superior del humero, y al poco tiempo de consolidada volvió á fracturarse por el mismo sitio, saliendo el fragmento superior á través de una herida que se había producido en la piel. Encontrando dificultades para reducirla de manera que los dos fragmentos del hueso quedasen en contacto, se empujó el fragmento superior hacia abajo y fuera, y separadas y protegidas convenientemente las partes blandas, con una sierra estrecha se hizo la sección de un segmento de hueso como de unos dos centímetros, con lo cual pudo ya hacerse la reducción. La herida supuró durante mucho tiempo, pero al fin, y después de haberse desprendido un pequeño secuestro, se cicatrizó completamente consolidándose la fractura.



Osteoperiostitis del omoplato.—Extracción de secuestros

El núm. 10 era un niño de doce años que se vió acometido de dolores intensos en el hombro y la espalda, acompañados de fiebre alta. Después de dos ó tres semanas de sufrimientos ingresó en el hospital con los mismos síntomas y ofreciendo en la región dorsal un abultamiento considerable, con dolor á la presión y á los movimientos, etc. Pocos días después se presentó fluctuación hacia la parte media de la región escapular y mediante una gran incisión se dió salida á la supuración, con lo cual cesaron la fiebre y los dolores. Más tarde aparecieron en el fondo de la herida varios secuestros que fueron extrayéndose á medida que se iban haciendo movibles, componiendo entre todos la porción infraespinosa del hueso, obteniéndose la completa cicatrización. A su salida del hospital ya se notaba formado el ángulo inferior del omoplato y algunos meses más tarde tuve ocasión de ver al enfermo con el hueso completamente regenerado á juzgar por la exploración externa.

Secuestros invaginados de la tibia y el femur.—Resección y extracción

La tibia es un hueso largo, el segundo en tamaño de los de su clase que ofrece la disposición anatómica de no tener en su cara

interna más que la piel para protección y defensa contra los agentes exteriores; ningún otro hueso del esqueleto está más indefenso que éste; ninguno tampoco está más expuesto por sus funciones á la acción de las causas trahumáticas. ¿Se enlazará con esta disposición anatómico-fisiológica la mayor frecuencia de las enfermedades que van á ocuparnos?

Por mi parte no vacilo en dar contestación afirmativa á esta pregunta y se la doy *á posteriori* después de haber examinado las historias de los 12 casos de necrosis invaginadas de la tibia que figuran en mi estadística. En todos los casos, remontándose al origen del mal, se encuentra algún trahumatismo más ó menos lejano á que los pacientes atribuyen su enfermedad.

Cierto es que el testimonio de los interesados y sus familias es muy falaz, porque hay la tendencia á atribuir todas las enfermedades á causas trahumáticas, hasta las internas y que menos pueden explicarse por la acción de estas causas. Pero no puede dudarse que en la enfermedad que me ocupa, los trahumatismos son cuando menos un motivo ocasional, pues de otra suerte no se explica cómo en las extremidades inferiores no se afectan tantas veces como la tibia, el perone y el femur, protegidos por gruesas capas musculares.

Dando esta importancia á los agentes trahumáticos, hay que reconocer, sin embargo, que no son el único factor de la enfermedad. En comprobación clínica tenemos el núm. 29 de nuestra estadística, que es una niña de 27 meses, que actualmente está en tratamiento, la cual refieren sus padres que sufrió un golpe en la pierna izquierda, de cuyas resultas inmediatamente después se le hinchó sobreviniendo una osteoperiostitis y un secuestro de toda la tibia. Pero al poco tiempo la pierna derecha, que nada sufrió con el golpe, empezó á padecer del mismo modo formándose dos focos de supuración, uno por debajo de la tuberosidad de la tibia y otro hacia el maleolo interno, en cuyos puntos existen dos cicatrices no bien consolidadas. No hay duda que es la misma enfermedad, aunque más graduada, en el sitio donde obró una causa trahumática. Este hecho demuestra que si la influencia de las causas trahumáticas es grande, no es por sí sola suficiente para la producción de esta enfermedad.

Si echamos una ojeada al cuadro estadístico, tenemos que la edad de nuestros operados oscila entre 20 meses y 20 años, porque aunque hay uno de 32 años, este caso merece examen aparte.

Es la edad del desarrollo del hueso, que sabemos nace por tres puntos de orificación, uno para la diafisis y dos para las epifisis, cuya soldadura no se verifica hasta los 20 años, á cuya edad el desarrollo es completo. Cualquier alteración en el desarrollo fisiológico del hueso, ya por exceso, ya por defecto, debe ser causa de enfermedades en sus elementos constituyentes, desde el periostio á la médula, desde el osteoplasto hasta los conductos de Havers. Cualquiera de estos elementos que se afecte primitivamente puede dar por resultado la necrosis.

Otro factor importante como causa de esta enfermedad es el escrofulismo. En todos los sujetos sin excepción se observaba temperamento linfático, empobrecimiento de la constitución, abultamiento de los ganglios del cuello y en algunos otras manifestaciones claras de la diatesis escrofulosa.

Afectado el hueso por la influencia de todas estas causas, han llegado al hospital todos nuestros enfermos después de haber pasado en sus casas el período agudo de la inflamación con focos de supuración y trayectos fistulosos en la parte anterior de la pierna.

La operación se ha efectuado tan pronto como se ha llegado á formar juicio de la enfermedad, lo cual no ofrece en general grandes dificultades: preséntase ordinariamente un abultamiento considerable del hueso en su cara interna, que como es superficial se le explora fácilmente: los orificios fistulosos están cubiertos de fungosidades que sangran al tocarlos y penetrando por ellos el estilete se comprueba la existencia de un secuestro profundamente situado. En ocasiones el secuestro ha perforado la piel y se presenta al exterior. Pero como para operar se necesita que esté completamente formado el secuestro, de lo cual se tiene idea por su movilidad, comprobar esto no es tan fácil, sobre todo si las cloacas del hueso de nueva formación son estrechas. En caso de duda vale más abstenerse y aplazar la intervención activa por un tiempo más ó menos largo. En dos casos hemos procedido así, en los números 20 y 23, y á pesar de ello en el núm. 20 tuvimos que abrir nuevamente el hueso para extraer otro secuestro después de estar casi cerrada la herida de la primera operación. En este aplazamiento nada pierde el enfermo, pues así que ha pasado la enfermedad al estado crónico, la soporta bastante mejor de lo que podría pensarse atendiendo á que el pus está bañando constantemente la médula en la mayor parte de su extensión, y además

durante este tiempo está sometido al plan general adecuado y se le coloca en mejores condiciones de resistencia para la operación.

Bajo el punto de vista operatorio, los 12 casos de secuestros invaginados de la tibia y dos del femur, pueden examinarse en tres grupos. En el primero están comprendidos tres, en que hubo que hacer la sección del secuestro en dos porciones para su extracción; en el segundo, el más numeroso (ocho casos) se agrandaron las cloacas, quitando porciones del hueso de nueva formación, y en el tercero (tres casos) sólo hubo que hacer una incisión en la piel.

El procedimiento operatorio en el primer grupo, consistió en lo siguiente: hecha una incisión en la parte anterior de la tibia siguiendo la dirección de los orificios fistulosos más distantes entre sí, el superior dos ó tres centímetros por debajo de la tuberosidad anterior de la tibia y el inferior un poco por encima del nivel de los maleolos, se profundizó hasta el hueso, y haciendo otras dos incisiones perpendiculares á la primera en sus extremidades, resultó una doble T; después se disecaron los dos colgajos resultantes, uno á derecha y otro á izquierda, comprendiendo la piel y el periostio y quedó al descubierto la cara interna del hueso. Esta disección es algo difícil, porque el periostio está íntimamente adherido al hueso de nueva formación y porque los diferentes orificios fistulosos interrumpen á cada paso la continuidad de la piel. En dicha cara aparecieron varias cloacas, una más considerable que puso de manifiesto el secuestro; pero siendo imposible extraerle por estar completamente invaginado, se procedió á practicar una abertura suficiente para el paso de la sierra de cadena que de antemano se tenía preparada y para ello se atacó con el escoplo y mazo de plomo la porción de hueso que separaba las dos cloacas más próximas y con la gubia se agrandó en anchura la solución de continuidad y se regularizaron los cortes. En seguida, pasando la sierra de cadena conducida por su aguja, se dividió el secuestro en dos porciones, y elevando una, y deprimiendo otra, se hizo la extracción sin dificultad. Después de reconocer con el dedo el conducto medular del hueso nuevo y de extraer algunas pequeñas porciones de sustancia compacta que aún quedaban, se procedió á la cura de la gran herida resultante, para lo cual se colocaron los colgajos en su sitio, dando algunos puntos de sutura en las extremidades y en las incisiones cortas de la doble T y rellenando de hilas empapadas en aceite fenicado la cavidad del hueso, con ó sin la colocación

en el fondo de un tubo de drenaje. Las curas ulteriores se han hecho siempre del mismo modo.

En el segundo grupo, hechas las incisiones del mismo modo y puesto el hueso al descubierto, se procedió á agrandar las cloacas, pero no siendo el secuestro único, ni estando constituido por todo el cuerpo de la tibia como en los casos anteriores, bien pronto apareció alguna porción de sustancia compacta que, extraída, permitió el paso de una pinza para ir extrayendo sucesivamente las demás hasta extraer todo lo mortificado y dejar bien limpio el conducto medular. En el caso de resección del femur, comprendido en este grupo, los orificios fistulosos estaban á la parte externa en el tercio inferior, ó mejor, en la unión de éste con los dos superiores, y en este sitio se practicó una sola incisión de unos 10 centímetros de longitud que comprendió hasta el hueso: separados los labios de la incisión con herinas, se disecaron á uno y otro lado todos los tejidos comprendidos en ella, incluso el periostio, para poner al descubierto el hueso, que sólo tenía una cloaca (en la parte interna sin duda había otra, porque á este lado existía otro orificio fistuloso ya cicatrizado); agrandada la cloaca, se hizo la extracción de varios secuestros constituidos por la sustancia compacta en su mayor parte. La cura de la herida se hizo del mismo modo. De otro caso de resección del femur, igual á estos, recordamos en este momento, cuyos datos se extraviaron por haber sido trasladado á la sección de Medicina con motivo de una viruela confluyente que sobrevino, de la que falleció; no figurando por dicho extravío en el cuadro estadístico.

En el tercer grupo sólo hubo que hacer una incisión: las cloacas eran tan grandes como los secuestros por no haberse formado hueso nuevo que los cubriese. De los tres casos que comprende, uno se refiere á un gran secuestro de femur extraído mediante una incisión en la parte externa tercio inferior. Los otros dos á las dos niñas de 20 y 27 meses respectivamente, en las cuales bastó también una incisión para extraer el secuestro. En la última estaba constituido por toda la tibia y casi completamente al descubierto por haberse ulcerado la piel: sólo estaba retenido por unos dos ó tres centímetros de piel sana que había en la parte inferior, y debajo de ella existía en la misma extensión una capa muy delgada de hueso de formación reciente y consistencia cartilaginosa.

En el momento de la ejecución de estas operaciones, ningún acci-

dente desagradable ocurrió y la hemorragia fué de poca consideración, cohibiéndose con agua fría ó á lo más con lavatorios de la disolución normal de percloruro de hierro.

Voy ahora á exponer el curso, duración y terminación de estas heridas.

Empezaré por manifestar que la primera que practiqué la emprendí con mucho temor, no había presenciado ninguna de esta clase con haber visto y ayudado tanto á los Cirujanos más notables de Madrid; en los libros no pude encontrar nada que me sirviese de guía en mi empresa y hasta una memoria del Dr. Creus, sobre resecciones subperiósticas, que yo había hojeado en la biblioteca de mi buen padre político Sr. Martínez (íntimo amigo de aquél), se me extravió por aquella época. Tomé grandes precauciones y me preparé para luchar contra accidentes temibles que esperaba. Pero con gran sorpresa vi que sobrevino después de la operación una reacción moderada, que cesó la fiebre á los cuatro ó seis días, que la supuración se estableció en cantidad proporcionada á la solución de continuidad, y en fin, que no hubo accidente alguno. En los demás casos he visto exactamente lo mismo, excepción hecha de uno del que ya en otro lugar he dicho que merece capítulo aparte. ¿Por qué, quedando abierto en toda su extensión todo el conducto medular de un hueso largo, y estando el pus en contacto con una superficie tan vascular como la existente en este conducto, que si no es la médula es una superficie fungosa tan vascular como ella, no sobreviene la infección purulenta? ¿Por qué sucumben tantos enfermos de infección purulenta en las amputaciones á consecuencia de mielitis, y no sucede otro tanto en las resecciones en que las condiciones parecen más desfavorables? No he podido explicármelo satisfactoriamente; pero como el espíritu no se satisface con hechos brutos, sino que trata siempre de explicárselos por otros hechos, he tratado yo de explicarme de alguna manera la poca gravedad de las heridas de estas resecciones. La explicación que yo me doy es la siguiente: el sujeto, al sobrevenir la osteomielitis ú osteoperiostitis que inicia la serie de padecimientos ulteriores, sufre una enfermedad aguda febril grave, en la que muchos deben sucumbir antes de llegar á establecerse la supuración. Por mi parte no he tenido ocasión de observar en mi práctica más que uno de estos enfermos en el estado agudo, que después de haber estado en peligro, pasó al estado crónico. Todos los que sobreviven y llegan á pre-

sentarse en los hospitales han dado en su primer período una gran prueba de fortaleza: después el proceso sigue una marcha lenta, crónica; hoy se forma un foco, mañana se cierra otro, ya sale una esquirla, ya se exacerba la inflamación y vuelve la fiebre, etc., y lentamente se va acostumbrando á tolerar infecciones purulentas pequeñas y repetidas, y cuando llega la operación, no es extraño que tengan ya una especie de inmunidad. Así puede explicarse también que los amputados por necrosis, por caries, por tumores blancos articulares, etc., soporten mejor las amputaciones que cuando éstas se hacen por accidentes primitivos ó trahumáticos. Esta explicación no es satisfactoria de todo punto, porque cabe que otras sean las causas de resultados tan diferentes. Sin embargo, en este momento viene á mi memoria un hecho (no historiado en las amputaciones por haber sufrido extravío los datos en una ausencia mía) que parece confirmar la explicación que yo me doy del fenómeno que vengo estudiando. Tratábase de un sujeto que pocos meses antes había sufrido una fractura de la pierna ó del muslo (no lo recuerdo bien), y que ingresó en el hospital con un tumor indolente, del tamaño como de una naranja pequeña, que por su aspecto y consistencia parecía un lipoma; estaba situado en el tercio superior de la tibia, cara interna y borde del mismo lado. El sujeto me pidió que le extirpase el tumor, y como la operación era sencilla y al parecer de poca gravedad, accedí á sus deseos encomendando la ejecución á un querido amigo y comprofesor que por entonces solía acompañarme á la visita. Hecha una incisión en la piel, se disecó ésta á uno y otro lado, y al llegar por la cara interna de la tibia á su base para desprender sus inserciones, se encontró con sorpresa que era un tumor medular que penetraba dentro del conducto, y para su eliminación hubo necesidad de reseca el hueso, cuya consistencia estaba alterada, era muy blando en las inmediaciones del tumor. Como consecuencia sobrevino una mielitis intensísima, que se extendió á todo el conducto medular, terminando rápidamente por infección purulenta, de que sucumbió, no sin haberse practicado antes la amputación del muslo con el propósito de salvarle; el resultado probable hubiera sido el mismo. Este hecho comprueba á mi parecer la opinión antes emitida de que si las mielitis, después de estas resecciones, no tienen gravedad, es porque son crónicas y el sujeto goza de la inmunidad que da el hábito, pues cuando son agudas revisten una gravedad extrema.

Respecto á la duración de las heridas hasta la completa regeneración del hueso es larguísima: casi todos los operados han pedido el alta antes de curarse, habiendo permanecido en el hospital el que menos tres meses y el que más dos años y medio: la mayor parte, después de estar algún tiempo en sus casas, volvían á ingresar, habiendo algunos que han repetido las entradas y salidas hasta tres ó cuatro veces, ya voluntariamente, ya por prescripción nuestra, para que variasen de régimen higiénico y respirasen un aire más puro. La curación ha tardado tanto menos en verificarse cuanto menor edad tenía el sujeto. La niña de 20 meses que se operó fuera del hospital, regresó con su madre á Menasalbas á los pocos días, y se presentó de nuevo á los dos ó tres meses completamente curada, con un crecimiento extraordinario en el espesor del hueso y disfrutando de excelente salud.

En cuanto á la terminación, en todos fué buena, excepto en el número 14, de que voy á ocuparme especialmente.

Este sujeto, de 32 años, bien constituido y sin antecedentes escrofulosos ni sifilíticos, contrajo su padecimiento en consecuencia de una contusión, presentándose con la pierna muy hinchada y con diferentes orificios fistulosos en la cara interna de la tibia. Hecha la operación como en los casos del segundo grupo, se extrajeron varios secuestros de sustancia compacta del tercio superior del hueso y después otros varios de sustancia esponjosa de su extremidad superior, quedando en el hueso una pérdida de sustancia muy grande, casi la mitad superior de la cara interna. Tratada la herida como en los casos anteriores, siguió un curso mucho más lento, y habiéndose alterado el estado general por la repugnancia que tenía á los alimentos de la casa, pidió el alta para volver á ingresar á los seis meses de la operación en un estado lamentable: la solución de continuidad del hueso tenía la misma extensión que á su salida del hospital, la supuración exhalaba un olor fétido, el conducto medular y toda la superficie del hueso tenían un color gris sucio. Desinfectada la herida y sometido el enfermo á un plan reconstituyente en siete meses de espera, no pudo conseguirse con este plan ni con el empleo de diferentes cáusticos, como la solución concentrada de percloruro de hierro, el cloruro de zinc, el nitrato de plata, etc., empleados con la idea de activar el trabajo de proliferación celular, que el hueso diese siquiera señales de actividad; antes por el contrario, los mamelones de la herida seguían

presentando un aspecto grisáceo sucio, la supuración era serosa y con tendencia á descomponerse, á pesar de los cuidados antisépticos, y en este estado, amenazando las alteraciones de la parte superior invadir la articulación de la rodilla, no hubo más remedio que la amputación.

Si reflexionamos un momento sobre la historia precedente, encontramos en ella que el sujeto tenía 32 años de edad, edad en que el desarrollo del hueso es completo, y por consiguiente el movimiento nutritivo más lento que en la niñez y la adolescencia: por esta razón, al formar el periostio un hueso nuevo, no lo hizo tan completo como en los casos anteriores y quedó una solución de continuidad más grande. Su restauración debía ser muy lenta, pero segura, colocando al paciente en buenas condiciones de higiene. Pero en el hospital los alimentos le causan repugnancia, y lejos de nutrirse, enflaquece: en su casa, las curas están mal hechas por falta de medios, y aunque tiene mejor apetito, en cambio no tiene suficientes recursos para que la alimentación sea nutritiva. En uno y otro caso, tenía que resultar, no sólo que el hueso no se regenerase, sino que siendo su nutrición pobre, sufriesen degeneración sus elementos constituyentes y las lesiones se extendiesen hacia arriba, amenazando la existencia del enfermo.

Fractura del cuello del femur con defecto de consolidación.—Pseudo-artrosis consecutiva

Aunque el caso á que hace referencia el precedente epígrafe no fué objeto de ninguna operación quirúrgica, lo incluimos en esta sección, como ya queda indicado en otro lugar, por ser su historia muy interesante al práctico que no cuenta con todos los recursos del arte para llenar las indicaciones y se ve precisado á emplear aquellos que tiene á su alcance, siquiera pertenezcan en el orden histórico á los tiempos primitivos.

En honor de la verdad, puede decirse que en las fracturas ordinarias de los miembros puede satisfacerse á conciencia la indicación de mantenerlas reducidas con aparatos muy elementales y primitivos, aunque no sean costosos ni llenen todas las exigencias de la estética y comodidades del paciente. Hablando de este asunto decía yo á un amigo hace poco tiempo: los aparatos son como las escopetas, y así como en el manejo de éstas no acierta más tiros el cazador de escope-

ta de fuego central que el de escopeta negra ó de pistón, si no al contrario por punto general, así también en los aparatos, lo que importa es saber manejarlos, saberse servir de ellos, siendo indiferente para el buen éxito que sean antiguos ó modernos, feos ó bonitos siempre que respondan al objeto de la indicación.

A pesar de esto, cuando no se trata de una fractura ordinaria sino complicada ó especial, como la del cuello del femur, es esencialísimo disponer desde los primeros momentos de un aparato adecuado, sin cuya circunstancia habrá que lamentar consecuencias tan funestas ó más que las del caso que vamos á historiar.

El núm. 25 del cuadro es una mujer de 32 años de edad, casada, de buena constitución y sin antecedentes sifilíticos, escrofulosos, ni de ninguna otra clase. El día 30 de Diciembre de 1877 se cayó de una escalera fracturándose el muslo izquierdo por su extremidad superior, y habiéndole colocado en su casa el Profesor encargado de su asistencia un aparato ordinario de fractura, fué trasladada al hospital el 7 de Enero del 78. En los primeros momentos no pudieron adquirirse datos precisos acerca de la clase de fractura que había sufrido, y nuestra intervención se limitó á rectificar la colocación del aparato algo descompuesto con la traslación, pero no apreciando notable acortamiento en el miembro, ni nada que nos hiciera sospechar una fractura del cuello, le dejamos puesto unos dos meses aproximadamente, sin ocuparnos de la enferma más que para lo relativo al plan general y encargamos el cuidado y vigilancia del aparato. Pero al levantarlo, pasado este tiempo, observamos la inversión pronunciada del pie hacia afuera y el acortamiento del miembro, lo cual demostraba, no sólo que se trataba de una fractura del cuello del femur, sino también que no debía estar consolidada. En vista de esto, imprimiendo movimientos de rotación al muslo, se percibió la crepitación tan claramente como si acabara de romperse y por la extensión en que se percibía formamos el juicio de que la fractura era extracapsular, bastante baja, situada en la base del cuello quirúrgico y con bastante oblicuidad al eje del femur. Ante la gravedad de este hecho, aplazamos hasta el día siguiente toda intervención para tomarnos tiempo de pensar lo que procedía hacer.

La primera cuestión que nos planteamos fué esta: ¿Puede consolidarse en dos meses una fractura de esta clase? Registrando lo que la observación tiene demostrado en la historia de esta fractura, encon-

tramos todos los testimonios conformes en asignar un período de tiempo muy largo al trabajo que se desarrolla en los extremos fracturados, y da por resultado la consolidación, siendo los dos meses el límite inferior de este período de tiempo. No habiendo, por otra parte, en los antecedentes de la enferma ninguna circunstancia de las que suelen retardar dicho trabajo, consideramos que tal vez no hubiera nada de extraordinario en el hecho de no estar consolidada. En su consecuencia, resolvimos proceder á la colocación de otro aparato con el mayor cuidado, aunque no nos fué posible emplear uno especial de los que para este objeto se han inventado que inmovilizase perfectamente la pelvis.

Levantado el nuevo aparato así que transcurrieron otros dos meses, durante los cuales fué vigilada la enferma con la mayor asiduidad y celo, la fractura se encontraba en el mismo estado, y ya entonces no nos quedó duda de que el defecto de consolidación reconocía por causa, alguna alteración constitucional difícil de explicar en el presente caso por la edad y buenos antecedentes de la enferma. El hecho de este defecto de consolidación en las fracturas del cuello del femur no es nuevo: desde muy antiguo viene hablándose de él y los Cirujanos más célebres lo han estudiado con afán para ver de combatirlo. ¿A qué es debido este defecto? Casi todos lo atribuyen (aparte de las alteraciones constitucionales determinadas por la sífilis, la eserófula, la diatesis úrica, las enfermedades graves agudas, etc.) á la disposición en que quedan los fragmentos que hace muy difícil su exacta coaptación é inmovilidad. Por esto, algunos Cirujanos han renunciado en esta fractura á todo tratamiento considerándolo preferible á tener al enfermo en cama durante cuatro ó seis meses por la alteración de las funciones que sobreviene. Otros menos pesimistas, en vez de creer insoluble el problema de coaptar bien los fragmentos y tenerlos completamente inmóviles, han tratado de luchar contra estas dificultades, y de aquí la invención de los diferentes aparatos, más ó menos ingeniosos, de que hoy podemos disponer. A pesar de ellos, es lo cierto que, bien sea porque en la práctica no consigamos hacer que se cumplan aquellas dos condiciones, bien porque la causa sea de origen constitucional ó bien porque realmente sea todavía desconocida, en esta fractura se observa con mayor frecuencia que en las demás este defecto de consolidación que da por resultado la pseudo-artrosis.

En tal situación, siendo nosotros de los que luchan contra las dificultades hasta no poder más, registramos libros y papeles y encontramos en la clínica de Trelat un caso análogo en que, después de muchos meses de tratamientos diversos, se consiguió al fin la consolidación de una fractura antigua del tercio superior del fémur, que, si bien no afectaba al cuello quirúrgico, era de condiciones mucho más desfavorables. A proceder de modo análogo nos impulsaban las circunstancias del caso y además la de que el aparato era sencillo, poco costoso y al alcance de nuestra posibilidad. Hé aquí en qué consiste tal como lo describe su autor: «Vendoletes de diáquilón, de un través de dedo de ancho, pegados sobre la pierna desde la rodilla hasta el pie, al cual contornean formando un estribo para subir por el lado opuesto, así es que disponiendo una serie numerosa y superpuesta y apretándolos con vendas se obtiene una adherencia íntima y se pueden ejercer tracciones muy fuertes, sin que el aparato deje de estar fijo. Al estribo se ata una cuerda que juega sobre una polea fija al montante del pie de la cama y lleva á su extremo pesos que varían á voluntad. Un lazo pasado por el muslo del lado opuesto al de la fractura y atado á la cabeza de la cama, asegura la contraextensión. Es necesario, además, tener cuidado de sostener al enfermo en una posición vertical, fijo por un segundo lazo que pasa por debajo de la axila ó de la ingle del lado donde se hace la tracción».

Como puede comprenderse por la anterior descripción este es un aparato de extensión continua de los muchos que se han ideado para asegurar la coaptación de los fragmentos.

Antes de aplicarlo, procuramos disponer lo necesario para procurar la inmovilidad que ordinariamente es ilusoria en todos los aparatos por los movimientos que tiene que efectuar la pelvis al colocar debajo de las nalgas las vasijas para la defecación. A remediarla en lo posible, hicimos construir el aparato *cama de suspensión*, que también es sencillo en su ejecución y manejo, y presta excelentes servicios, no solamente en los fracturados, sino también en otros enfermos, pues permite atender con desembarazo y comodidad á la renovación de las ropas de la cama, ventilación, deposiciones de vientre y orina, y todo lo demás que se refiere á la higiene. Este aparato consiste en una tela de lona fuerte, fija en un marco de madera de la forma y dimensiones de la cama: la tela de lona lleva un agujero guarnecido de cuero ó badana que corresponde al sitio de las nalgas

y de dimensiones suficientes: en cada ángulo del marco de madera lleva un agujero del diámetro necesario para el paso de una cuerda, en cuyo extremo inferior se hace uno ó varios nudos en términos que éstos no puedan pasar por los agujeros y sujeten la cuerda que ha de ser bastante fuerte: las cuatro cuerdas se atan por su extremo superior á cierta altura en forma de pabellón y de manera que al suspenderse quede el aparato perfectamente horizontal: otra cuerda parte desde el vértice del pabellón á una polea ó sistema de poleas, fija sólidamente en el techo. Tirando de la cuerda, la cama se suspende lo que se quiera durante el acto de la defecación, renovación de ropas, etc., sin que varíe la posición de la pelvis.

Hechos todos los preparativos necesarios, sometimos á nuestra enferma de nuevo al tratamiento para alcanzar la consolidación de su fractura, fundando esperanzas de éxito en estos dos aparatos que teóricamente parecían satisfacer las exigencias del problema planteado; y así fuimos elevando gradualmente el peso que había de efectuar la extensión desde medio kilogramo hasta ocho. Desgraciadamente nuestras esperanzas se vieron desvanecidas, y nuestros esfuerzos resultaron estériles, pues á los cinco meses de tratamiento la enferma se encontraba de su fractura como el primer día. El estado general se hizo al cabo de este tiempo deplorable: se había demacrado extraordinariamente, el empobrecimiento de la sangre dió por resultado unas menstruaciones cada vez más abundantes, de sangre fluida y descolorida, en las piernas se habían formado ulceraciones, las articulaciones tibio-tarsianas y de la rodilla estaban semianquilosadas, y en vista de todo renunciábamos definitivamente al tratamiento local, logrando á duras penas y á fuerza de mucho tiempo restablecer el estado general.

Conseguido esto, no faltaba ya otra cosa que hacer para reintegrar á esta infeliz al seno de su hogar, completamente deshecho con una enfermedad de tan larga duración, sino procurar que adquiriese un buen aparato de pseudo-artrosis del muslo que la permitiese andar y ganarse la subsistencia. Para ello, habiendo ya hecho la Comisión provincial gastos extraordinarios en favor de esta enferma, no nos pareció conveniente demandarla otros nuevos y nos ocurrió la idea de abrir una suscripción entre nuestros amigos; pero comunicada incidentalmente al Emmo. Sr. Cardenal Moreno, con aquella bondad de carácter verdaderamente angelical que le distinguía y de tan grata

memoria para cuantos tuvimos la suerte de acercarnos alguna vez á él, espontáneamente se brindó á costear los gastos.

Trasladada la enferma á Madrid, construyó el aparato el conocido ortopedista Sr. Chevallier, en cuyo elogio es justo decir que lleva usándolo ocho años sin haber precisado otras composturas ó reparaciones que las consiguientes al desgaste de la extremidad inferior.

Con su ayuda, y á medida que todos sus miembros, atrofiados por el reposo prolongado, entraron en ejercicio, se la vió mejorar progresivamente su salud, si bien en su constitución quedará indeleblemente impreso el sello de sus pasados sufrimientos.

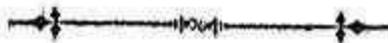


CRÓNICA



Cambio.—A la lista de periódicos profesionales que en el número anterior insertábamos, tenemos que agregar otros que se han dignado también honrarnos con su visita y son los siguientes: *El Siglo Médico*, *La Higiene*, *La Revista bibliográfica internacional*, *Los Archivos de Medicina y Cirujía de los niños*, *Los nuevos remedios*, *Los Archivos de Obstetricia y de Ginecología* y la *Gaceta de enfermedades de los órganos génito-urinarios*, todos los cuales ven la luz pública en Madrid y los tres últimos desde 1.º de Enero; la *Revista de Medicina, Cirujía y Farmacia* y el *Boletín de hidroterapia*, publicaciones también nuevas de Barcelona, y *La Medicina contemporánea*, de Reus. A todos agradecemos mucho el favor que nos dispensan al establecer el cambio con EL BISTURÍ, así como *El Liberal Dinástico*, periódico político de esta capital.

Libros recibidos.—Un ejemplar del *Manual de inyecciones subcutáneas*, que en la sección correspondiente anunciamos. Lo recomendamos á nuestros lectores como una obra de verdadera utilidad práctica, pues se ocupa por orden alfabético de los medicamentos que se han usado hasta el día por la vía hipodérmica, exponiendo los efectos locales y generales, dando á conocer fórmulas de diferentes autores, dosis y resultados terapéuticos.



Suscripción: Por un año..... 6 pesetas

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

Consulta del Doctor Gallardo

sobre enfermedades de Cirujía y especiales de la mujer, todos los días de una á tres, calle de Santa Justa, núm. 1, y para los pobres, de nueve á diez, en el Hospital de la Misericordia.

ANUNCIOS

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

**75 céntimos de peseta la botella de litro con casco
en toda España**

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

MANUAL DE LAS INYECCIONES-SUBCUTÁNEAS

**POR BOURNEVILLE, Médico de Bicetre, y BRICON, Doctor
en Medicina**

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICION FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

Forma un tomo en 8.º de XL-224 páginas esmeradamente impreso en excelente papel con 15 figuras en el texto.

PRECIO: 2,50 pesetas.—Véndese en esta Administración, Maese Rodrigo, 38 (Sevilla) y en las principales librerías.