

post-oratoria, no aconteciendo lo mismo cuando los ayudantes son inteligentes y están bien penetrados de su papel.

El Sr. Dr. Vértiz replicó diciendo: que en ciertos casos sí puede haber una auto-infección, cosa que no parece haber pasado en el primero de los que relató, pues los médico-legistas no encontraron, durante la autopsia, ningún órgano infectado, excepto la boca, y es más creíble que la contaminación fuese debida á que la enferma se tocó la herida con su mano, levantando la curación. No hubo tampoco síntomas de flebitis; sí se encontraron natas purulentas en la pleura, El líquido icoroso que se halló en la herida, al quitar el primer aposito, no persistió, fué reemplazado por verdadera supuración, que coincidió con la modificación de dicha herida; esta se cubrió de yemas carnosas de buen aspecto. En cuanto al segundo caso, convino en que no fué de infección quirúrgica; las de este género, á su juicio, pueden evitarse, previniéndolas por medio de los cuidados de asepsia, matando á los microbios cuando ya pulularon ó tonificando el organismo para que soporte la lucha.

L. TROCÓNIS ALCALÁ.

—❁❁❁—

CLÍNICA EXTERNA.

Breves consideraciones sobre el tratamiento de la necrosis del maxilar inferior.

SEÑORES.

Uno de los padecimientos que con más frecuencia tiene que tratar el cirujano es la necrosis del maxilar inferior; de la conducta que se siga dependerá, no solamente la curación más ó menos pronta de esta lesión, con ó sin una deformidad bien marcada, pero aun la vida del paciente puede ser puesta en peligro si la lesión no es atendida convenientemente.

La causa inmediata de la necrosis de la mandíbula inferior es la osteo-periostitis, y lo más frecuente es que comience por una periostitis alveolo dentaria, pues es la caries dentaria la que la produce con más frecuencia ya sea cuando se abandona el diente cariado ó bien cuando se hace una extracción de una manera torpe, fracturando las paredes del alveolo. Una vez desarrollada la osteo-periostitis alveolo-dentaria, la supuración se presenta entre el alveolo y su periostio, extendiéndose después entre el periostio y el cuerpo del hueso del maxilar,

ya sea de un sólo lado ó de ambos, encontrándose en este último caso más comprometida la nutrición del hueso.

Una vez formado el pus, como este no puede salir con facilidad al través de las partes blandas por ser el periostio bastante resistente, la supuración, entre tanto, destruye el periostio para abrirse paso al exterior, va separando esta membrana hasta que perforadas las partes blandas, comienza á salir el pus por trayectos fistulosos que, se abren en la encía ó bien en la piel de la barba, cerca del borde inferior del maxilar. Como estos trayectos fistulosos, por su estrechez, apenas permiten el paso de la supuración, ésta sigue separando el periostio de hueso, las más veces por ambos lados, á la vez que va haciendo nuevas perforaciones de las partes blandas saliendo el pus por las fístulas bucales, así como las que perforan la piel de la barba. Desde este momento comienza á revelarse, sobre todo por el aspecto que toma el semblante del enfermo, la infección general que más tarde se va haciendo más marcada, acompañándose del cuadro de síntomas que le es propio, predominando las perturbaciones digestivas y entre ellas la diarrea. La palidez del semblante y la hinchazón de la mitad de la cara, correspondiente al sitio de la necrosis son las alteraciones que, principalmente, se revelan á la inspección, así como las aberturas de estos trayectos fistulosos intra y extrabucales. Por las aberturas de estos trayectos se ve salir la supuración en cantidad variable, pero cuando la necrosis es extensa el pus que sale por las fístulas intrabucales es abundante, mezclado con la saliva, dando al aliento un olor muy desagradable; la supuración que sale por las fístulas extrabucales es en cantidad poco considerable. Si se introduce una tintera por estos trayectos se toca desde luego el hueso desnudo resistente y si el principio de la enfermedad no data de largo tiempo el hueso necrosado aún no se siente movable, pues el sequestro está aún unido al resto del hueso sano: no es sino más tarde, cuando transcurridos cuatro ó seis meses, desde el principio de la lesión huesosa, cuando el hueso necrosado se desprende del hueso sano y es cuándo, por medio de la exploración con el estilete, se le imprimen movimientos al sequestro ó sequestros que allí se encuentran, encontrándose en estos casos el paciente en las condiciones más favorables para obtener su curación y es cuando se debe intervenir, como voy á tratar de demostrarlo más adelante.

Antes de ocuparme de la conducta que creo debe seguir el ciru-

jano en las necrosis del maxilar inferior que es el punto objetivo de este trabajo, voy á referir aunque sea brevemente la historia de dos enfermos que traté el año próximo pasado, para que se vea que lo que voy á exponer está fundado en hechos perfectamente comprobados. Otros varios hechos análogos á estos dos últimos, he tratado en mi practica habiendo obtenido en todos ellos el mismo éxito que en estos dos últimos casos; los dos hechos que voy á referir son los siguientes:

A principios del año de 1899 entró á la sala n° 11 del Hospital Juárez, que es á mi cargo, una joven de 22 años de edad llevando á su hijo, niño como de tres meses, al que estaba criando. La madre que vivía en un pueblo cercano á San Angel (Tizapán) nos dijo: que hacía como tres meses que, á consecuencia de un diente que tenía picado, se le hinchó la cara, saliéndole una postemilla y que esta hinchazón le fué aumentando sintiendo dolores muy fuertes al principio, que le quitaban el sueño; que se le formó un tumor en la encía y que reventó, saliéndole bastante podre y que más tarde se le hinchó la barba, se puso muy colorada y dolorosa, hasta que se abrió esta, inchazón, saliéndole alguna podre por el lugar abierto y que más tarde se le abrió la piel en otro lugar de la misma barba saliéndole también una poca de podre. Que durante este tiempo, se sentía acalenturada aumentándole cada vez más la cantidad de podre que le salía por la boca, hasta que últimamente le habían venido deposiciones y había perdido el apetito, teniendo mucha sed. Que durante todo este tiempo, que sería como de tres meses, desde que comenzó á estar enferma, había visto á varias personas, unos que eran médicos y otros no, sin que hubiera sentido el menor alivio hasta que últimamente vió al Dr. Arroyo de San Angel, y este señor le aconsejó que se viniera al Hospital Juárez diciéndole que allí era donde la podían curar; que siguiendo este consejo vino de su pueblo á pedir una cama á este Hospital, habiendo ingresado la víspera.

Examinada esta enferma pudimos ver que la mitad derecha de su cara estaba muy hinchada, extendiéndose esta hinchazón desde el arco zigomático hasta el borde del maxilar inferior, el color de la piel era muy pálido.

Al nivel del borde del maxilar inferior, inmediatamente adelante del músculo masetero se veía la abertura de un trayecto fistuloso y tres centímetros adelante de esta abertura se veía otra situada inmediatamente abajo del borde del maxilar. Comprimiendo las partes blandas

cerca de estas aberturas se hacía salir un poco de pus de buena calidad.

Haciendo abrir la boca á la enferma se veía que la encía estaba desprendida en varios lugares, al nivel del borde alveolar, saliendo por estos lugares una buena cantidad de pus que se mezclaba con la saliva; el aliento de esta joven presentaba un olor muy desagradable.

Los dos pequeños molares y el primer grueso molar de ese lado estaban muy flojos. Había una contractura del músculo masetero, que impedía que la enferma pudiera abrir completamente la boca, sin embargo la abría lo bastante para poder hacer un examen completo de esta cavidad. Introduciendo un estilete por todas estas aberturas de los trayectos fistulosos se tocaba el hueso desnudo, sintiéndose además desprendida la encía en varios lugares, no solamente de la mitad derecha del cuerpo del maxilar, sino también de la rama derecha del hueso; no se sentía que el hueso se moviera en ningún punto. Los ganglios sub-maxilares del lado derecho estaban aumentados de volumen y dolorosos á la presión. El semblante de la enferma presentaba una palidez notable, sobre todo en las conjuntivas y en las encías, y la cara, como he dicho, se veía muy hinchada en su mitad derecha; la nutrición de esta mujer había sufrido bastante, comprobándose esto con el dicho de la enferma que decía se había enflaquecido mucho.

La enferma había perdido el apetito, tenía sed y estaba con diarrea que databa de unos quince días. Tenía una ligera fiebre, oscilando la temperatura entre $37^{\circ} 3/10$ y $38^{\circ} 5/10$. El hijo de esta joven estaba muy demacrado y pálido.

Una vez hecho el examen de esta enferma se pudo ver que tenía una necrosis del maxilar inferior, que parecía limitada á la mitad derecha del maxilar; nos reservamos fijar este punto de la extensión de la mortificación del hueso, hasta después de haber hecho otras exploraciones. La enferma tenía una anemia profunda, encontrándose bajo la influencia de la septicemia crónica.

Una vez formado este juicio sobre el padecimiento de la enferma, la conducta que debíamos seguir estaba bien trazada, teniendo que llenar las siguientes indicaciones: Primera: limitar la gangrena. Segundo: combatir la infección. Tercera: atender á la nutrición de esta enferma, é indirectamente á la de su hijo, mejorando el estado general de la madre. Ahora bien, para llenar la primera indicación á la vez que la se-

gunda, comenzamos por dividir los puentes de mucosa, que había entre las porciones de esta membrana que estaban ya separados del hueso en su borde alveolar, así como unir los dos trayectos fistulosos que se abrían en la piel de la cara y que estaban separados por la piel sana en una extensión como de 3 centímetros; en la misma sesión hicimos la extracción de dos molares que estaban muy flojos. Por medio de estas incisiones conseguimos, facilitar la salida del pus, evitando así que la supuración siguiera separando el periostio del hueso y siguiera extendiéndose la necrosis, á la vez que por medio de la incisión que hicimos para unir los dos trayectos fistulosos de la cara conseguimos el mismo objeto pero de una manera más eficaz, dando al pus una salida fácil fuera de la cavidad bucal, por estar esta incisión en el punto más bajo, el pus por sólo su propia presión podía salir libremente fuera de dicha cavidad.

Por medio de estas incisiones no solamente limitábamos la necrosis sino que combatíamos muy eficazmente la infección al evitar la retención del pus y su contacto prolongado con el hueso y el periostio; por otra parte estas incisiones á la vez que permitían la fácil salida de la supuración, permitían la fácil entrada de los líquidos antisépticos que empleamos, para desinfectar la cavidad bucal, así como las cavidades accidentales formadas por el pus.

Le recomendamos á esta joven que hiciera con frecuencia buches, con una solución de ácido bórico al 4 por 100, mezclados con una tercera parte de agua hervida, recomendándole, sobre todo, que los hiciera antes y después de tomar sus alimentos. Por último, una alimentación reparadora le fue prescrita, comenzando de una manera gradual á tomar los alimentos que le habíamos prescrito, por las perturbaciones de las vías digestivas que tenía esta enferma. La diarrea no fue combatida directamente por medio de ningún agente terapéutico administrado al interior, pues siendo á nuestro juicio la diarrea sintomática de la infección, pues esta muger se tragaba el pus que en gran cantidad se producía supusimos que al llenar la indicación de combatir la infección, la diarrea cesaría, como, en efecto; cesó tan pronto como se fue haciendo menos intensa la infección. Se me pasaba decir que la incisión que se hizo en la cara para comunicar los dos trayectos fistulosos que se abrían abajo del borde del maxilar fue curada convenientemente.

Este fué el plan de tratamiento que pusimos en práctica con esta enferma y que nos dió un resultado brillante, puesto que á los pocos días habían desaparecido las perturbaciones digestivas, el apetito había vuelto, desapareciendo la diarrea y la fiebre. La supuración á los pocos días era en tan corta cantidad que ya no se veía, estando la saliva enteramente limpia.

Dos meses largos transcurrieron antes de emprender la operacion, durante este tiempo nos limitabamos á curar la incisión que hicimos en la cara y á reconocer el estado del hueso necrosado para ver si ya se había hecho su separación. En algunos de estos varios reconocimientos estrajimos unas tres ó cuatro esquirlas é hicimos la extracción del otro molar que estaba ya muy flojo. La enferma había recobrado su color y gordura, asi como su hijo, y si no hubiera sido por el abultamiento tan notable de la mitad derecha de la cara, se hubiera podido decir que era una mujer sana.

A los dos meses y medio poco más ó menos encontrándose ya la porción del hueso necrosado muy movable me decidí á emprender la secuestromía, la que practiqué haciendo la extracción de los huesos, que acompaño á este trabajo, por la cavidad bucal, sirviéndome de una legra angosta y larga, la que me permitió llegar hasta la articulación temporo-maxilar sin el menor peligro.

Como se vé por los huesos que presentó tanto el cuerpo del maxilar en casi toda su mitad derecha, así como su rama toda, fué quitada á esta joven. Como en las exploraciones que se le hacían se encontraban algunas esquirlas, ya flojas éstas se iban extrayendo; tanto por esto, como por haberse extraído el hueso en fracciones, por esa razón no está completa esta mitad del maxilar, además de que durante todo el tiempo que transcurrió desde que se confirmó la necrosis, hasta que se extrajo la porción del maxilar enfermo; una porción del hueso se fué desprendiendo en fragmentos muy pequeños, mezclados con la supuración, como pasa ordinariamente. Ahora bien, después de esta operacion que se hizo por la cavidad bucal, como he dicho, para no interesar la piel de la cara, evitándose así el causar á esta joven una cicatriz perpetua y notable; la cicatrización definitiva no se hizo esperar, dando de alta á esta mujer al mes poco más ó menos de haber sido operada. Por la cara solamente se sacó uno de estos huesos volviendo á dividir la cicatriz que se había formado entre uno y otro trayectó fistu-

loso que se abrían en la cara, trayectos que fueron divididos desde un principio para dar paso á la supuración que se detenía entre el periosto y el hueso, cerca de su borde inferior; ahora bien, por esta abertura se extrajo la porción de mandíbula que estaba necrosada cerca de estas fistulas externas.

Este caso, así como el que voy á referir, se prestan á consideraciones muy importantes que reservo para entrar en ellas al fin del presente trabajo.

El otro caso que traté como por el mes de Septiembre del año próximo pasado fué el siguiente: Un individuo como de 50 años de edad, radicado fuera de la Capital, vino á esta Ciudad á consultar con un médico que le habían recomendado sobre una enfermedad de la boca. Nos dijo que á consecuencia de haberse sacado una muela picada, le sobrevino una hinchazón de la cara, formándosele después supuración en la encía del lado izquierdo, la que se abrió y que también se le había abierto la piel de la cara abajo del borde de la mandíbula inferior, que por espacio de algunos días más se siguió atendiendo con el médico de su pueblo, pero que viendo que no se aliviaba vino á la Capital á ver á un Doctor que le habían recomendado. Que este Señor le dijo que necesitaba una operación para sacarle el hueso que ya estaba muerto y que solamente así se aliviaría. Que él se decidió á que le hicieran la operación, pero que á pesar de habérsela hecho no lo había curado, pues se encontraba en el mismo estado que antes de la operación. Una persona que lo acompañaba me dijo que un practicante del Hospital Juarez le había dicho que yo acababa de hacer una operación para quitarle un hueso malo á una mujer que tenía la mandíbula como este enfermo y que como les habían dicho que la mujer había curado completamente, que por esa razón me habían venido á ver, para que les hiciera yo el favor de encargarme de la curación de este enfermo. Antes de comprometerme á encargarme de este enfermo, les manifesté que necesitaba reconocerlo, lo que hice desde luego.

Este individuo como he dicho era un hombre como de 50 años de edad, de buena constitución, de carnes enjutas, pero bien musculado, (este hombre se dedicaba en su pueblo á matar reses para el consumo de la población) su color era el de un hombre sano, pues á pesar de haberse dejado crecer un poco la barba, se veía su cara con un buen color.

Su cara presentaba una ligera hinchazón al nivel del ángulo derecho de la mandíbula inferior que se extendía como unos cuatro centímetros al cuerpo del hueso. En el lugar hinchado se veía un trayecto fistuloso, del lado del cuerpo del hueso y como al nivel del segundo grueso molar. Se veía además y era lo más notable una larga cicatriz que se extendía desde la inserción del pabellón de la oreja, hasta el cuerpo de la mandíbula al nivel del primer pequeño molar izquierdo, esta cicatriz seguía el borde de la rama y del cuerpo de la mandíbula inferior. Esta cicatriz muy extensa producía una deformidad muy notable en la cara del enfermo, la que podía ocultarse dejándose la barba siempre crecida. Por el trayecto fistuloso salía muy poco pus que presentaba los caracteres del pus flegmonoso. Examinada la cavidad bucal pudimos ver que cerca del ángulo de la mandíbula y por su cara interna, había otro trayecto fistuloso, por el que salía también muy poco pus, pues la saliva se veía casi limpia. Examinados estos trayectos por medio de la tintera, pudimos sentir que el hueso estaba desnudo y resistente por ambas caras, pero por el examen de la fístula extra-bucal pudimos sentir el hueso que correspondía á la cara externa y abajo del 2.º y 1.º gruesos molares que faltaban, algo movable; la porción del hueso correspondiente á la cara interna, que se sentía desnudo, al examinar la fístula intra-bucal, estaba fijo; la exploración no causó el menor dolor y no se acompañó de escurrimiento de sangre.

Una vez hecho este examen le dije al enfermo algo conducente al objeto, así como á la persona que lo llevó para que me consultara, y como había sentido al examinar el hueso, introduciendo la tintera por la fístula, que se abría en la cara, que estaba movable, le dije al enfermo que tal vez podría desde luego sacarle una porción del hueso que ya estaba sin vida y que era un cuerpo extraño que estaba entreteniéndole la fístula de la cara, cuando menos; que si esa porción del hueso que se movía era la única enferma, podría curar una vez que se hiciera su extracción, que solamente que quedaran otras porciones de hueso mortificado se tardaría la curación hasta que no saliera toda la parte del hueso mortificado. El paciente estuvo conforme con todo lo que le dije, procedí desde luego á introducir una sonda canalada, por el trayecto fistuloso que se abría en la piel de la cara; por medio de un bisturí hice una incisión sobre el tejido de la cicatriz que se había formado en la incisión que hicieron para operar á este enfermo, para no aumentar la de-

formidad que ya le había causado esta cicatriz; la incisión que hice fué como de tres centímetros. Introduje otra vez el estilete para ver hasta donde podía yo darme cuenta de la extensión del secuestro, y del punto más favorable para tomarlo con las pinzas. Una vez que pude formarme un juicio sobre la movilidad y extensión del secuestro, así como del lugar más conveniente para tomarlo con la pinza, introduje ésta, tomé el secuestro por su borde inferior y después de imprimirle algunos movimientos lo desprendí, pero su extracción no pude hacerla, hasta no haber prolongado como un centímetro más la incisión que había hecho. Tan luego como la incisión de las partes blandas fué bastante amplia para dar paso al secuestro, éste salió; medía como cuatro centímetros en su mayor longitud y estaba formado solamente por el tejido compacto de la cara externa del hueso, extendiéndose del borde alveolar al borde inferior del hueso.

Al enseñarle este secuestro al enfermo y á la persona que lo llevó al Hospital se quedaron sorprendidos, pues dijeron que cuando lo habían operado, solamente pedacitos muy pequeñitos les habían enseñado que estaban pegados en la pinza.

Después de hecha esta extracción, se curó la herida que se le había hecho, convenientemente, y se le dijo al enfermo que volviera al tercer día al Hospital para curarlo. Se le volvió á decir que si la porción del hueso extraída, era la única enferma curaría luego, pues se le cerraría la fístula, pero que si había otras porciones del hueso enfermo, como era lo más probable, hasta que no se sacaran todas, no curaría.

Dos meses poco más ó menos, estuvo este enfermo viniendo al Hospital para que se le siguiera atendiendo; durante este tiempo se le hicieron las curaciones convenientes y se le extrajeron varias esquirlas, una por la fístula que se abría al exterior, cicatrizando esta herida que se le hizo y, por consiguiente, la abertura del trayecto fistuloso tan luego como se sacó la esquirla. Por el trayecto fistuloso que se abría en la cavidad bucal se extrajeron unas dos ó tres esquirlas, cicatrizando este trayecto y curando completamente el enfermo, después de haber hecho una incisión en la abertura intra-bucal para dar paso á estas porciones del hueso necrosado. El paciente después de unos dos meses, poco más ó menos quedó, curado, volviéndose á su pueblo para seguir trabajando en sus ocupaciones ordinarias, encontrándose á la fecha perfectamente bien y habiéndose dejado crecer la barba para ocultar la defor-

midad que le ha producido la extensa cicatriz que le causaron al intentar operarlo.

Referidas las historias de estos dos enfermos paso á ocuparme de de la conducta que creo debe seguir el cirujano en los casos de necrosis de la mandíbula inferior.

Los casos de necrosis de los huesos y en particular los de la mandíbula inferior se presentan con alguna frecuencia, razón por la que todo práctico debería estar familiarizado con estos padecimientos, para poderlos tratar convenientemente; pero desgraciadamente pocos prácticos conocen bien estas lesiones y de aquí que en muchos casos perjudiquen á los pacientes que se ponen en sus manos, por no saber tratar estas lesiones. Esto que asiento, lo vienen comprobando no solamente los dos casos que acabo de referir, pero aun otros varios que he tenido ocasión de ver en mi practica.

Todos los cirujanos estan conformes en que toda necrosis de un hueso no cura hasta que ha salido del cuerpo el hueso ó la porción de hueso muerto; en esto todos están conformes y no hay la menor discrepancia en las opiniones, pero en lo que no todos están conformes es en cómo y cuándo se debe hacer esta extracción, sobre todo tratándose de la necrosis de la mandíbula inferior. Desde luego puedo decir que los que solamente conocen en teoría estas lesiones, creen que una vez que se ha diagnosticado la necrosis del hueso se debe proceder inmediatamente á la extracción de las porciones del hueso necrosado, pues para estos prácticos una porción de hueso necrosado debe quitarse inmediatamente lo mismo que si se tratara de una espina, de un clavo ó de cualquier otro cuerpo extraño que se ha introducido al organismo y que da lugar á un poco de supuración. Si por un lado pudiere haber paridad por la infección que produce tanto el secuestro como un cuerpo extraño que se ha introducido al cuerpo, por otro se ve que mientras que el cuerpo extraño anorganico no esta adherido al organismo, y una vez extraído tiene una seguridad de la curación del paciente, el hueso al confirmarse la mortificación está íntimamente adherido al resto del hueso, y si su extracción no se hace en tiempo oportuno, no solamente no se curará al paciente, sino que su vida puede ser puesta en peligro.

La oportunidad en todo, aun en los asuntos más triviales de la vida es lo que dá el éxito, esto mismo tiene que pasar con toda operación que se emprenda, si se practica en tiempo oportuno será indudablemen-

te seguida del éxito, ya se deja entender que las demás indicaciones son llenadas convenientemente, si por el contrario la operación se practica fuera de tiempo el mal resultado no se hará esperar, esto que pasa con toda operación, es más marcado en la secuestrotomía.

Decía yo que hay prácticos que desde luego que diagnostican la necrosis, creen que deben proceder á la extracción de la porción de hueso mortificado, como si se tratara de una espina introducida en las carnes ó de otro cuerpo extraño que ha penetrado en el cuerpo. Debe tenerse presente que un cuerpo extraño que penetra en el cuerpo, si es extraído en su totalidad la curación viene desde luego; y la extracción de todo cuerpo extraño no es difícil. No sucede lo mismo tratándose de una porción de hueso necrosada; esta porción está al principio adherida al hueso sano y el organismo va haciendo lenta, pero seguramente un trabajo de separación que no podría ser igualado por el operador más hábil. Ahora bien, si antes de que el organismo haya terminado este trabajo de separación, se intenta la extracción de la porción del hueso mortificado, tiene que suceder una de dos cosas: ó bien no se extrae toda la porción mortificada, lo que sucede más á menudo, ó bien se extrae toda esta porción, pero al mismo tiempo se quita una porción del hueso sano lo que en uno ó en otro caso trae como consecuencias el que no dé resultado la operación y además se perjudique al paciente, como voy á demostrarlo.

Si no se extrae toda la porción del hueso mortificado, la herida operatoria cicatrizará en su mayor extensión pero quedará uno ó varios trayectos fistulosos entretenidos por la porción ó porciones de hueso necrosado que no se extrajeron; estos trayectos no cicatrizarán hasta que se haya eliminado toda la porción del hueso enfermo; muy poco ó casi nada se ha conseguido con la operación, puesto que el trayecto ó trayectos fistulosos, han vuelto á quedar después de la operación, lo que no hubiera sucedido si se hubiera esperado á que el secuestro ó secuestros ya hubieran sido separados por los esfuerzos del organismo; además esperando á que se haga esta separación espontánea, se simplifica muchísimo la operación y no se hace correr al enfermo el menor peligro. Si se extrae toda la porción de hueso mortificado, forzosamente se tiene que extraer también una porción del hueso sano, puesto que antes de que se haya hecho la separación del hueso enfermo no es fácil decir hasta qué punto se encuentra necrosado el hueso. Además si se fija uno en

los secuestros que son extraídos después de que el organismo los ha separado se verá que es muy común que la mortificación se limite á una sola cara del hueso de la mandíbula inferior, y que son estos secuestros muy irregulares, lo que demuestra que no es posible que el cirujano pueda formarse una idea exacta de la extensión del hueso necrosado, al emprender la operación, si el hueso enfermo no esta ya desprendido. En la enferma que operé, si en vez de haber esperado á que el organismo hiciera la separación de la porción del maxilar mortificado me hubiera precipitado á operar, indudablemente que hubiera cuando menos separado el hueso desde la linea media ó un poco más á la izquierda y hubiera yo tenido que dividir los músculos genio-íoides y los genioglosos, causando los inconvenientes que para el enfermo trae la división de estos músculos y hubiera complicado la operación, teniendo forzosamente que hacer una extensa incisión que hubiera causado una deformidad en lá cara de esta enferma. Por el contrario el haber esperado el momento oportuno para extraer los secuestros que presento hizo que se simplificara muchísimo la operación, puesto que por la incisión que ya se había hecho en la cara para dar paso al pus, ampliándola un poco más se extrajera uno de estos huesos mortificados, extrayendose los demás por una incisión hecha en la encía.

Este caso así como el otro que he referido son muy elocuentes y ambos viene apoyando, á mi juicio la regla de conducta que creo deber recomendar tratándose de la necrosis del maxilar inferior, y es que: *no se debe intentar la extracción de la porción del hueso necrosado hasta que el organismo haya hecho su separación.*

Otras muchas ventajas trae esta regla de conducta, tratándose sobre todo de la necrosis de los huesos largos de los miembros, pero como me he limitado á tratar de la necrosis del maxilar inferior por ser este el hueso que con más frecuencia se necrosa, aquí termino este imperfecto y deficiente trabajo.

México, Marzo 7 de 1900.

T. NÚÑEZ.
