

el seno de esta ilustrada Asamblea, sin pretensiones de ninguna clase, con objeto de oír las autorizadas opiniones de todos y cada uno de sus miembros, y con ellas aumentar el exiguo caudal de conocimientos que poseo en una de las ramas de nuestra noble y humanitaria ciencia, así como para apreciar si mis opiniones están en lo justo ó equivocadas, y por consiguiente, poder normar la conducta que debo seguir cuando en mi práctica se me presente un caso análogo al que acabo de referir.

DR. MANUEL S. IGLESIAS.

Socio correspondiente:

H. Veracruz, Julio de 1897.

PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS

La ictericia en los abscesos hepáticos.

Es un hecho averiguado desde hace tiempo en México, que falta generalmente la ictericia cuando hay abscesos en el hígado, y todos recordamos que Jiménez llamó la atención acerca de este punto, agregando que, cuando se la observa á menudo, es á principio de la hepatitis, siendo entonces poco marcada y con poca duración. Sin embargo, hay casos en que no acontece así, y en las lecciones publicadas por el propio Jiménez puede leerse la historia de un paciente cuyo absceso estaba abierto en los bronquios hacía algún tiempo y en quien existía ictericia. Cuando se halla uno en presencia de un enfermo en quien diagnostica absceso hepático, tiene que procurar darse cuenta de por qué se presentan los pigmentos biliares en la sangre de un modo tan manifiesto. He oído decir que se debe pensar en tal caso que los abscesos son múltiples; pero es preciso no olvidar jamás que muchas veces existe más de un foco supurado en el hígado sin que haya ictericia, y ésta existe varias veces siendo uno solo el foco.

Yo creo que haciendo abstracción de los abscesos traumáticos, los otros de la glándula hepática pueden clasificarse en tres grupos, según que el agente patógeno llegue á ella por las vías arterial, biliar ó venosa.

Por la vía arterial llega el agente que ocasiona abscesos en los casos de pyohemia, y en tales circunstancias no es raro encontrar subictericia, y los absce-

sos son de ordinario múltiples, aunque por lo común de poco volumen; pero como no se comprimen los conductos hepáticos gruesos de cualquiera otra manera ni se dificulta el escurrimiento de la bilis en ellos, la ictericia no es muy intensa y aun puede faltar.

Cuando el agente pyógeno invade el parenquima glandular después de haber radicado en los conductos biliares, es decir, cuando los abscesos son consecutivos á angiocolitis, son múltiples y acompañados de ictericia marcada y persistente.

Queda el último grupo de hechos, el que en México es mucho más frecuente, el que corresponde á la llegada del agente pyógeno al parenquima hepático por la vena porta. En estos casos, ya que el punto de partida de dicho agente esté en el intestino ó el apéndice, ya que esté en el estómago, ora que corresponda á una ulceración, ó que ésta no exista, los abscesos no son comunmente múltiples y la ictericia persistente no es muy frecuente, sin ser tampoco excepcional.

Pueden ser varias las causas de esta ictericia. No es la obstrucción de gran cantidad de canalículos, como acontece en los casos de angiocolitis, acompañada de abscesos, lo que la ocasiona; y, excepto la subictericia del principio de la hepatitis, tampoco es la congestión quien la origina; pero el absceso puede oprimir directamente un conducto biliar grueso si queda situado cerca de él, pues su fuerza de expansión es bastante grande, como lo prueban los abovedamientos que se forman en la pared del hipocondrio y lo mucho que á veces se levanta el diafragma. Además, el absceso es en algunas ocasiones acompañado de peri-hepatitis, y las neo-membranas y pseudomembranas de ella suelen dificultar el escurrimiento de la bilis en los conductos hepáticos en el momento en que salen de la glándula. El propio resultado puede ser debido á la compresión de uno ó varios conductos biliares gruesos, en el interior de la glándula, por tejido fibroso, en el contorno del foco.

Para esto, como se ve, no se requiere que los abscesos sean numerosos, pues basta con uno solo, siendo su situación más importante que su multiplicidad.

En mi concepto, y por lo que antes he expuesto, cuando hay abscesos múltiples en el hígado y también ictericia marcada y persistente, es más probable que aquellos sean de origen angiocolítico, y es raro que sean de origen porta aunque esto suele acontecer.

Creo que es importante insistir sobre este asunto porque si en un icterico se reconoce la existencia de supuración en el hígado, no se debe inclinar desde luego el clínico á un pronóstico gravísimo, sino que inmediatamente se empeñará en asegurarse de la existencia ó falta de angiocolitis infecciosa y de

la existencia ó falta de padecimiento previo del tubo digestivo. Si se encuentran síntomas precedentes de angiocolitis será muy grave el pronóstico; lo será mucho menos si la causa de la supuración del hígado está en el tubo digestivo, ya que se trate de colitis ulcerosas, ó de envenenamientos agudos debidos á un exceso de comida ó bebida, que, como se sabe, son las más frecuentes causas de hepatitis supuratoria en México; ya que se trate de una apendicitis ú otra lesión gastro-intestinal.

México, Julio de 1897.

JOSÉ TERRÉS.

REVISTA EXTRANJERA.

UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE ARTROTOMIA Y DE RESECCION DEL HOMBRO

M. S. DUPLAY (DE PARIS).

Para abordar ampliamente la articulación del hombro en el caso de osteoartritis, empleo desde hace más de cuatro años el procedimiento siguiente, que me ha dado constantemente los mejores resultados. Practico desde luego la incisión anterior clásica que partiendo de la mitad del espacio situado entre el apófisis coracoide y el acromio, desciende oblicuamente hacia abajo y un poco hacia atrás siguiendo la dirección de las fibras del deltoide sobre una extensión de 8 á 10 centímetros. De la extremidad superior de esta incisión se hace partir una segunda que contornea y sigue exactamente los bordes anterior y externo del acromio hasta su límite posterior. Disecando entonces el labio superior de esta segunda incisión, se pone á descubierto toda la cara superior del acromio hasta el nivel de la articulación acromio-clavicular.

Se asierra entonces el acromio oblicuamente de atrás hacia adelante y de fuera adentro, y se acaba de movilizar el fragmento huesoso así desprendido y al cual se insertan las fibras del deltoide, seccionando algunas bridas fibrosas que le retienen á su cara profunda. La primera incisión habiendo seccionado todo el espesor de las partes blandas, se tiene entonces constituido un gran colgajo triangular cuyo vértice móvil corresponde al ángulo de reunión de las dos incisiones. Invirtiendo este colgajo hacia afuera y abajo se pone ampliamente á descubierto toda la articulación, y la cápsula articular, estando á descubierto, se aborda entonces tan fácilmente la cavidad glenoidea como la cabeza humeral, y se hace lo que convenga según la extensión de las lesiones que se tengan á la vista. La operación terminada, se levanta el colgajo y se