

Revista de Revistas

Congreso Internacional de la Litiasis biliar

Vichy, 19-22 septiembre 1932

Los resúmenes de las comunicaciones que siguen, dan idea de la actividad desarrollada en las diferentes secciones durante el Congreso Internacional de la Litiasis biliar de Vichy (1932), que completa el estudio de los «rapports» y su discusión, publicados anteriormente

I.—SECCIÓN DE MEDICINA (*)

Vigilancia médica de los colecistectomizados:
Santiago CARRO (Madrid).

Siendo la colecistectomía un tratamiento encaminado exclusivamente a suprimir la vesícula biliar inflamada o infectada, y siendo la litiasis biliar una enfermedad que afecta a toda la glándula hepática y que está ligada a un fondo orgánico general no modificable por esta intervención, para evitar las recidivas y complicaciones que se producen con tanta frecuencia en los operados y mitigar las consecuencias más o menos inmediatas de la intervención quirúrgica, los litíasicos colecistectomizados deberán ser vigilados y cuidados médicamente, permaneciendo siempre sometidos a los cuidados necesarios de vida higiénica, régimen alimenticio, medicación colagoga y cura hidro-mineral periódica. Con eso se puede obtener, en la mayoría de los casos, la curación clínica, o la casi desaparición de los síntomas, permitiéndoles una vida social y de trabajo equivalente a la que pueden llevar las personas sanas.

(*) No incluimos en este lugar el resumen de las Comunicaciones de los Dres. GALLART, ROCHA y BARBERÁ, porque ya publicamos íntegras en otro lugar de este mismo número dichas Comunicaciones.

La hiperestesia de los plexos solar y mesentérico en ciertos operados de la vesícula biliar:
Paul DUFOURT y H. G. ROUBEAU (Vichy).

Los autores dedican su atención a una forma particular de reacción dolorosa post-operatoria, caracterizada por su localización en los plexos nerviosos abdominales.

Esta reacción parece independiente de toda complicación en las vías biliares y proviene de la irritación del sistema neuro-vegetativo por excitación de las terminaciones nerviosas, ya sea directa, ya refleja.

Insisten en su evolución habitualmente favorable. No obstante la intensidad de los fenómenos dolorosos, el tratamiento debe ser médico, no pareciendo indicada una nueva intervención.

La zona cutánea abdominal hiperalgésica en las reacciones litíasicas e infecciosas vesiculares: Lucien CORNIL (Marsella).

Insiste el autor en la importancia capital que en semeiología vesicular tiene esta zona que permite traducir objetivamente el sufrimiento visceral.

Situada a la derecha en el 9.º segmento dorsal, en la unión del tercio superior y del tercio medio, y por dentro de la bisectriz del ángulo derecho, formado arriba por la vertical y la horizontal que parten del ombligo, constituye

una zona circular u ovalada de 2 a 5 cm. de diámetro, no coincidiendo con el punto cístico a la presión.

Debe buscarse con una punta roma, practicando punturas sucesivas del tegumento abdominal, de fuera adentro, y marcando con el lápiz dermatográfico esta zona hiperalgésica.

Se completará la exploración buscando en su superficie la hiperestesia táctil (a menudo aumentada), la demarcación de los círculos de Weber (más bien disminuídos), y finalmente la hiperalgnesia térmica.

Se constatará además, a nivel de esta zona y a menudo sobrepasándola, una ligera anemia de la piel, contrastando con una raya dermatográfica intensa y reacciones pilomotoras (horripilación a menudo espontánea).

Volviendo a la importancia semiológica, diagnóstica y terapéutica (inyecciones calmantes subcutáneas en las algias vesiculares) de esta zona, CORNIL insiste finalmente sobre la diferenciación de las vías conductoras de los tres órdenes de trastornos sensitivos (dolores espontáneos, locales o irradiados, dolor a la presión en los puntos de elección, e hiperalgnesia de la zona descrita).

A propósito de la etiología de la litiasis vesicular:

FÉLIX RAMOND, J. DIMITRESCO POPOVICI y H. DANY recuerdan las nuevas nociones de fisiología que parecen regir el relleno y el vaciado de la vesícula biliar e insisten particularmente sobre el factor duodenal en este segundo tiempo.

Se preguntan si la perturbación de uno de los elementos de la fisiología vesicular: en el relleno (elaboración de la bilis, capilaridad, equilibrio isotónico) o en el vaciado (trastornos de la absorción, atonía vesicular y sobre todo atonía duodenal) no facilita la concentración de la bilis vesicular y, por ende, la precipitación de la colesiterina y de los pigmentos biliares.

La atonía duodenal y las perturbaciones de la absorción por la mucosa, serían los dos principales factores. Estos últimos serían particularmente evidentes cada vez que una infección sobreañadida invadiera la vesícula.

Acetilcolina y vesícula biliar:

LOEPER, LEMAIRE y DANY, después de haber establecido que la inyección endovenosa de ace-

tilcolina provoca en el perro una efectiva contracción vesicular, es decir, seguida de un notable aumento de la colerisis han aplicado en condiciones iguales este medicamento a la exploración de las funciones vesiculares y de las afecciones bilio-pancreáticas. La prueba de la acetilcolina, se muestra tan eficaz como la prueba de MELTZER-LYON. Parece abreviar la evolución de la ictericia catarral y ser útil en el tratamiento de la atonía vesicular, aunque está contraindicada en las obstrucciones por cálculo o por acodadura de la vía biliar principal.

A propósito de los cálculos vesiculares de carbonato cálcico: O. WEILL (Bruselas).

El autor está conforme en admitir que los cálculos de carbonato cálcico puro, son extraordinariamente raros. O. WEILL ha tenido ocasión de observar un caso en que el cálculo era absolutamente limpio. La afección se había manifestado por cólicos hepáticos no acompañados de ictericia. Una primera radiografía mostró un cálculo pequeño en el cístico y otro mayor en el fondo de la vesícula. Tres años más tarde una nueva radiografía mostraba que el cálculo del fondo había aumentado y rellenaba toda la cavidad. En los clichés, las manchas calcúlosas presentaban una intensidad verdaderamente desacostumbrada. Después de la colecistectomía, pudo comprobarse que se trataba de un voluminoso cálculo, absolutamente blanco, que el análisis demostró estar constituido por carbonato cálcico casi puro. Como existía también un pequeño cálculo obstruyendo el cístico y excluyendo la vesícula, hay que admitir que este carbonato cálcico resulta de una secreción del epitelio vesicular.

El diagnóstico diferencial entre cólico hepático litiásico y cólico pseudo-litiásico originado por un quiste hidatídico: MARCIALIS (Sassari, Sardaigne).

Este diagnóstico presenta dificultades considerables, incluso en los países en que los médicos y cirujanos tienen de la enfermedad hidatídica una particular experiencia. A falta de signos directos, será preciso tomar como base los resultados de un examen clínico y radiológico muy escrupuloso, y sobre todo los resul-

tados de las pruebas biológicas que, por sí solas, permiten muy a menudo llegar a un diagnóstico exacto.

Sífilis hepática y recidivas biliares: BERGARECHE (San Sebastián)

Relación de 4 casos de sífilis hepática, coexistiendo con litiasis biliar.

En 3 de estos casos, la sífilis hepática ha dejado secuelas post-operatorias, simulando perfectamente recidivas calculosas o accesos de angiolitiasis.

En 2 de estos casos, las recidivas han curado radicalmente, gracias a los tratamientos específicos.

El tercero acabó en un síndrome de esplenomegalia tipo BANTL.

Litiasis biliar y afecciones cardio-vasculares: GOLDSTEIN (Campden, Nueva Jersey, U. S. A.).

Cree el autor en la frecuencia de la repercusión sobre el miocardio y las coronarias de la colecistitis calculosa, y da una interesante nota bibliográfica de las relaciones entre la litiasis biliar y las afecciones cardio-vasculares.

Reacciones cardio-aórticas en el curso de la litiasis biliar: G. HOULBERT (Hospital Termal civil).

A) En presencia de trastornos funcionales cardíacos de los cuales el examen del corazón y de la aorta no da la explicación, investigar la presencia posible de una espina irritativa vesicular.

B) Examinar atentamente el corazón de los litiasis biliares, cuidar la vesícula de los cardíacos calmando de urgencia sus dolores; rebuscar, para tratarlas, las lesiones vesiculares en los cardíacos.

Indicaciones terapéuticas obtenidas del sondaje duodenal y la colecistografía en la litiasis biliar: CHIRAY (París) y MILOCHEVITCH (Belgrado).

El tratamiento clásico de la litiasis biliar lo compone una fórmula standard: régimen alimenticio apropiado, cura hidromineral, medica-

mentos destinados a la expulsión de los cálculos, a la desinfección biliar y al aumento o la modificación de la propia secreción biliar.

Actualmente, las enseñanzas proporcionadas por el sondaje duodenal y la colecistografía combinados, permiten una terapéutica mejor adaptada a los diferentes casos.

1.º En los casos llamados de vesículas bloqueadas o excluidas, sea por cálculo de cólico, sea por relleno total de la vesícula por concreciones, cuando la prueba de excreción vesicular provocada y la colecistografía resultan negativas, es preciso, desde el punto de vista médico, excluir toda terapéutica violenta o expulsiva, por inútil y peligrosa. El fin apetecible, no es eliminar los cálculos, sino hacer que la vesícula pueda tolerarlos, por todos los medios higiénicos, hidrominerales o medicamentosos.

2.º En los otros casos, en los que la prueba de MELTZER-LYON permite obtener la "bilis B", y en los que la visualización de la vesícula biliar se realiza mediante el método de GRAHAM, dos órdenes de hechos pueden considerarse:

Si la vesícula, no excluida, contiene cálculos relativamente voluminosos, será necesario atenerse a la conducta comentada en el caso precedente.

Si, al contrario, existe la impresión radiológica de que los cálculos son pequeños, o que existe solamente arenilla biliar, sobre todo cuando la vesícula aparece radiológicamente grande y atónica, debe ensayarse con precaución una terapéutica más violenta e intentar la expulsión de los cálculos o, en su defecto, la de la bilis vesicular estantada e infectada.

Estudio comparativo del valor diagnóstico del drenaje biliar y de la colecistografía en las colecistitis calculosas: MILANES y P. FARINAS (Cuba).

La colecistografía es el procedimiento de elección para el diagnóstico de las colecistitis calculosas.

Existen no obstante casos en los que la prueba de MELTZER-LYON asegura el diagnóstico, que no ha podido lograrse con la colecistografía.

El autor insiste en la necesidad de los exámenes "standard", y demuestra el valor respectivo de cada uno de los procedimientos, sin olvidar la anamnesis y la exploración.

Estudio del sondaje duodenal en el diagnóstico de la litiasis biliar: Ladislav de FRIEDRICH (Budapest).

El sondaje duodenal debe completar la prueba de GRAHAM. La comprobación roentgenológica de la situación de la punta de la sonda, es indispensable. El sondaje duodenal simple, no basta para el diagnóstico relativo a la litiasis biliar.

Deben examinarse tan minuciosamente los reflejos duodenales, como el contenido microscópico del duodeno. Un reflejo positivo no implica la ausencia de cálculos biliares. Si el contenido en sustancias cristalinas está aumentado, cabrá suponer la presencia de cálculos; el aumento de leucocitos al examen microscópico, no significa siempre la inflamación de las vías biliares.

Determinación clínica de los ácidos biliares en el jugo duodenal: K. GLAESSNER (Viena).

La determinación de los ácidos biliares empleada hasta el presente: estalagmometría, fluorescencia, determinación del nitrógeno, es difícil y poco exacta. La nueva determinación de los ácidos biliares, se basa en el principio de la bilis de PLATTNER.

Modo de operación: El jugo duodenal se coagula por el alcohol y se filtra; el líquido filtrado, se acidifica, se evapora, se lava con éter, se neutraliza, y de nuevo se evapora hasta secarse.

Se extrae el residuo con alcohol, se filtra y se deja en reposo; se diluye luego en series geométricas (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, etc.) y se añade éter, que forma en la superficie un anillo visible; la última solución en que se produzca el anillo, indicará el término.

Por comparación con una solución al 5 % de glicocolato de sosa, se puede determinar el porcentaje en ácidos biliares del jugo duodenal. Demostración del método y ejemplos (casos normales y patológicos). Este método se denomina: *prueba del anillo de los ácidos biliares*.

Las bilis negras: Jacques DALSACE (París).

Las bilis negras recogidas por sondaje duodenal, o por punción operatoria de la vesícula, constituyen un síntoma muy importante. Se acompañan de un síndrome clínico particular,

caracterizado por una asociación de trastornos digestivos, psíquicos y generales. Por la colecistotomía, se constata un paralelismo notable entre las manifestaciones clínicas y las variaciones del color de la bilis.

La bilis negra proviene del hígado y no de la vesícula. La colecistectomía está contraindicada. El tratamiento será médico; en caso de fracasar, se recurre a la colecistostomía. La bilis negra, mejora el pronóstico de un enfermo digestivo o mental por la posibilidad de la curación por el drenaje.

Estudio químico de las bilis evacuadas por cistostomía en los enfermos con "bilis negra": R. GOLFFON.

El color subido de las bilis es debido a un aumento excesivo de la bilirrubina (más de 6 por mil en un caso). Contienen pocas sales biliares (5 gr. % por término medio); una tasa de colesantina variable, quizá más a menudo aumentada; un pH normal. La bilis que fluye por la noche, es más rica en pigmentos que la bilis del día, los otros elementos (sales biliares y colesantina) más abundantes, su volumen mayor.

Después de la curación clínica, las sales biliares aumentan y la bilirrubina disminuye.

Resumen clínico de la bacteriología biliar: H. G. MOGENA, C. DURÁN y J. TAPIA (Madrid).

El examen bacteriológico de la bilis vesicular obtenida por sondaje duodenal, o directamente del colecisto, nos ha demostrado que el tanto por ciento de cultivos positivos, no era mucho más elevado en los enfermos de las vías biliares, que en aquellos en que éstas no estaban afectadas; le concedemos, por consiguiente, escaso valor.

Hemos orientado la bacteriología biliar en el sentido de investigar la participación alérgica en los enfermos de las vías biliares, y hemos constatado que muchos de los casos de migrañas, urticarias, febrículas, eczemas, eran sensibles a sus propios gérmenes.

Obtenemos los más brillantes éxitos con el empleo de autovacunas, juntamente con lavados duodenales a fin de evitar la estasis biliar.

Del papel capital de la bacteriemia de origen intestinal, en la patogenia de la litiasis biliar:
DESGEORGES (Vichy).

La bacteriemia de origen intestinal y, en particular, la colibacilemia crónica o colibacilosis, juega un papel preponderante en la patogenia de la litiasis biliar.

Eliminándose por la bilis, los gérmenes penetran en la vesícula, provocando y entreteniéndola en ella un estado de inflamación crónica que acabará por conducir a la precipitación litiasica.

Pero esto no es todo: la colibacilosis acarrea a la larga la hipercolesterolemia. Es eso una noción susceptible de dar nuevos horizontes al capítulo todavía tan discutido de la génesis de las concreciones biliares. Explica los principales hechos clínicos y experimentales que han servido de base a las diversas teorías propuestas para explicar su formación.

La litiasis biliar y la colecistitis amibiana:
Prof. Tommaso CASONI (Trípoli).

La colecistitis amibiana y la litiasis biliar, evolucionan a menudo con síntomas parecidos y sus síndromes con frecuencia se confunden y, a veces, se superponen.

Ya sea que la vesícula biliar se infecte por las amibas primitivamente, ya sea por vía hemática o secundaria a una hepatitis, el proceso inflamatorio subsiguiente, determina una alteración de las paredes y del contenido que, a veces, a la larga, conduce a la litiasis biliar.

Acontece que un síndrome casi igual, puede ser determinado por una colecistitis amibiana, o por una colecistitis calculosa, o por una colecistitis amibiana y calculosa a la vez. Según los casos, deberá instituirse ya un tratamiento médico específico, ya el tratamiento quirúrgico, o el médico y el quirúrgico combinados.

La vacunoterapia "de la litiasis biliar": G. KREMER (Varsovia).

El autor trata, desde septiembre de 1924, a sus enfermos de litiasis biliar y colecistitis, con vacunas que administra por vía bucal. Apoyándose en un material de 195 casos, y en un tiempo de observación de 8 años, llega a la conclusión de que este método, aplicado sobre todo al

comienzo de la enfermedad, es el método de elección, y da mucho mejores resultados que los demás. Aplicaba a un 72 % de sus casos la vacuna cólica, a un 10 % la vacuna tífica y, en el resto de los casos, la cólica con la enterocócica, estafilocócica, de DELBET, y otras.

Espasmos graves del esófago y afecciones del hígado: Juan GUISEZ (París).

Hoy día parece bien establecido que, gracias a la esofagoscopia, se ha podido estudiar más a fondo la cuestión de los espasmos del esófago, que estos tienen casi siempre una causa local, y que los espasmos graves del cardias en particular, constituyen una verdadera enfermedad con sintomatología propia, los cuales, bajo la influencia de los fenómenos inflamatorios sobreañadidos, no tardan en transformarse a la larga en estenosis verdaderamente orgánicas de forma esclero-cicatricial.

El elemento nervioso al cual se daba antiguamente el primer puesto en la patogenia de esta afección, parece no obrar más que como causa predisponente, y aun, a menudo, falta. La masticación deficiente parece ser la causa principal de estos espasmos, por resistir el cardias a abrirse ante un bolo mal preparado, mal insalivado. Viene, como corolario, éstasis alimenticia, esofagitis, y, consecutivamente, espasmo.

De aquí que nos hayamos visto siempre sorprendidos por la coincidencia de estos espasmos del cardias con las afecciones del hígado: una gran mayoría estaban afectos de litiasis biliar, operada o no, y aun cuando, gracias a un tratamiento local apropiado, puedan engullir normalmente, continúan digiriendo y asimilando mal, su aliento es malo, la lengua se mantiene sucia, gracias al mal funcionamiento del hígado. Hemos observado este hecho, muy acentuado, por lo menos una vez sobre tres, en particular en los casos graves, y todos esos enfermos han sido muy rápidamente mejorados y curados por el tratamiento de Vichy.

La litiasis biliar en el niño: L. DESMAROUX (médico-jefe del Hospital civil de Vichy).

Historia clínica de una pequeña enferma de 7 años, nacida de una madre litiasica, habiendo presentado muchas recidivas de cólicos hepáticos desde la edad de dos años con subictericia

deposiciones decoloradas, accesos febriles, hipercolesterinemia (3 gr.), en la cual parecía imponerse el diagnóstico de litiasis biliar.

El sexo, la herencia materna directa, la tasa anormalmente elevada de la colessterina, pueden, pues, realizar en esta niña las condiciones favorables a la litiasis biliar.

Esta hipercolesterinemia es indicio, como lo ha expuesto el Prof. CHAUFFARD, de una forma especial de insuficiencia hepática, transmitida por la madre litiásica durante la vida intrauterina, y entretenida por una alimentación defec-tuosa. Es posible emprender la cura por un tratamiento y un régimen apropiados, particularmente la cura hidromineral de Vichy, precozmente aplicada.

Contribución al estudio clínico y terapéutico de los síndromes agudos hepatobiliares: A. VALERIO (Río de Janeiro).

El autor critica las intervenciones precoces por exponerse a que sean inútiles, debido a casos de pseudolitiasis que pueden ser reflejos hepatobiliares de infecciones a distancia (constipación, inflamación uro-genital), bastando tratarlas para hacer desaparecer los trastornos hepáticos secundarios.

Litiasis biliar y litopexias asociadas: Enrique PAILLARD.

En 350 casos de litiasis biliar comprobada, el autor ha encontrado:

En el 19 % de los casos, un arco colesternico ocular, parcial o total.

En el 10'5 de los casos, un xantoma palpebral.

En un 3 % de los casos, tofos gotosos.

En un 17 % de los casos, poliartritis seca.

En un 22 % de los casos, celulitis.

En un 4'5 % de los casos, ateroma arterial debidamente comprobado (palpación, radiografía u oscilometría).

El autor insiste en el hecho de que la litiasis biliar es a menudo no solamente una enfermedad local, sino la traducción de una perturbación de la nutrición mucho más extensa.

Algunas condiciones favorables y desfavorables a la producción de los cálculos biliares: Enrique DUFOUR (París).

El autor estudia dos condiciones: una orgánica, favorable a la formación de los cálculos

biliares; otra, humoral, desfavorable. La causa orgánica consiste en la existencia de una cavidad diverticular, radicando en el canal hepático o cístico y resultando de una inflamación o aun de la sífilis. En esta cavidad se deposita la colessterina, hasta el momento en que el cálculo modelado es expulsado y arrastrado por la corriente de la bilis a la vesícula o al colédoco. Esta patogenia permite explicar el cólico hepático con o sin ictericia; ciertas recidivas de cólico hepático después de la colecistectomía y la forma de los cálculos llamados de facetas.

La perturbación humoral, que se opone a la precipitación de la colessterina, se debe al alcoholismo intensivo y prolongado. El alcohol crea la cirrosis, pero parece poner al alcohólico al abrigo de la litiasis.

Sobre algunos signos bioquímicos de la insuficiencia hepática: V. CORDIER y J. ENSELMÉ (Lyon).

Los autores demuestran que en la litiasis biliar, el estudio de la función proteolítica del hígado, seguida durante muchos días, muestra un paralelismo entre los signos clínicos y los signos químicos. Estos se mantienen, desde luego, siempre en los límites de una alteración ligera, sin dar variaciones de gran amplitud.

Relaciones de la litiasis biliar y de la colecistitis con la diabetes: Prof. T. HERNANDO (Madrid).

Es posible que en ciertos casos, en los diabéticos, las alteraciones del hígado constituyan el origen de la diabetes, pero parece que lo más a menudo debe incriminarse sobre todo a una pancreatitis, a su vez consecutiva a una colecistitis.

La diabetes es, pues, secundaria y la pancreatitis aguda puede constituir igualmente su origen.

Los diabéticos colecistíticos no transmiten a veces a sus descendientes más que la enfermedad vesicular.

La frecuencia relativamente pequeña de la diabetes colecística o pancreático-colecística, se explica porque es necesaria la invasión de un gran número de islotes de LANGERHANS, casi siempre refractarios al proceso inflamatorio. En todo caso, es necesaria la existencia de una predisposición a un cierto estado constitucional

(anatómico o humoral) cuyos elementos de momento no conocemos.

Reumatismos crónicos de origen litiásico: Roger GLÉNARD (Vichy).

La litiasis biliar, ultra los síntomas locales que la caracterizan, da lugar a muchos trastornos a distancia, entre los cuales conviene dejar un lugar especial a las manifestaciones reumáticas. Estas pueden variar desde los dolores funcionales fugaces, por los que empiezan tantos reumatismos crónicos, hasta las deformaciones óseo-articulares con impotencia, que señalan las fases más avanzadas de su evolución.

La aparición de estos casos se produce por intermedio, ya sea de la infección vesicular, ya de la insuficiencia hepática concomitante.

El tratamiento será muy especialmente hepático y vesicular en el período inicial de los dolores erráticos, y local articular en la etapa ulterior del reumatismo confirmado.

El metabolismo basal en la litiasis biliar: BABOT (Barcelona).

El autor no cree que el cólico hepático tenga ninguna influencia sobre el metabolismo basal.

El metabolismo basal en la litiasis biliar puede variar en relación con complicaciones sobreañadidas, tales como la obesidad, con tendencia a un descenso del metabolismo, y la hipertensión arterial, con tendencia a aumentarlo.

En los casos complicados, el metabolismo estaba una vez aumentado en un enfermo con localización pulmonar; las otras veces disminuido, en un caso por mixedema (caso n.º 3); en otro por hiponutrición y adelgazamiento (caso n.º 4) y en otros dos por vagotonismo (casos n.º 8 y 19).

Hepatitis angiocolíticas: G. DOMINICI y A. ALLODI (Turín).

Sirviéndose de las numerosas investigaciones practicadas en la sangre, jugo duodenal, excreciones, etc., y de diferentes ensayos de exploración funcional, estudian los autores la génesis de las hepatitis. Dedicar primeramente su atención al hecho de poder comprobar con frecuencia la repercusión sobre las vías biliares, durante el curso de las hepatitis en general.

Hacen notar, no obstante, que en el origen de las hepatitis agudas, subagudas y crónicas, se encuentran a menudo afecciones primitivas de las vías biliares, que producen formas clínicas de diversa gravedad, que van desde el cuadro bien conocido de la "ictericia catarral", hasta las formas más obstinadas de hepatitis de pronóstico muy severo.

Sobre la importancia de las concentraciones urinarias de galactosa, para el diagnóstico y el pronóstico de las hepatitis en general y de las hepatitis litiásicas en particular: F. THIÉBAUT, J. DIERYCK y G. ALBOT.

Recuerdan los autores que con su maestro, el Prof. Noel FIESSINGER, han preconizado la investigación de la concentración galactosúrica para el diagnóstico y el pronóstico de las hepatitis parenquimatosas agudas. Los autores dan cuenta de los resultados obtenidos por este nuevo método de exploración en la litiasis biliar.

Prueba de la galactosa y hepatitis litiásica: H. WALTER (Vichy).

Practicando la prueba de la galactosa en los litiásicos durante su cura en Vichy, no nota el autor la reacción positiva más que en la cuarta parte de los casos, que corresponden desde luego a las formas clínicas más severas. En los colecistectomizados, la proporción es idéntica y los casos positivos corresponden aún a las secuelas dolorosas más intensas. Las cirrosis de origen litiásico, han dado las cifras más elevadas, pero en todos los casos, incluso las cirrosis, la cura ha vuelto la galactosuria a la normal.

La sedimentación de los hematíes en los ictericos: A. RADOSAVLJEVIC y M. SEKULIC (Belgrado).

Una sedimentación de los hematíes, retardada, habla en favor de la naturaleza catarral de una ictericia. Una ictericia acompañada de una sedimentación de hematíes acelerada, o no es una ictericia catarral, aunque de otra naturaleza (litiasis biliar, cáncer, sífilis, cirrosis del hígado, etc.), o bien se trata de una ictericia catarral coexistiendo con otra enfermedad cuya

influencia acelerante sobre la sedimentación de los hematíes es conocida. Las experiencias *in vitro* e *in vivo*, demuestran que es a la retención de las sales biliares a lo que hay que atribuir la sedimentación de los hematíes retardada en el curso de la ictericia catarral. En las otras ictericias con retención de colatos, así como en la ictericia catarral complicada, la influencia inhibidora de las sales biliares sobre la sedimentación de los hematíes es superada por factores acelerantes.

La litiasis biliar por carencia: BOUCHER (Grenoble).

El autor recuerda que por efecto de la desaparición de las vitaminas por los regímenes carentes cuando ésta no es inmediata, los fermentos coagulantes de los leucocitos atraídos por la invasión microbiana, se hacen preponderantes, lo que explica los accidentes tardíos de litiasis biliar en la avitaminosis.

La noción de carencia en la patogenia de la litiasis biliar, se alía muy bien, pues con las causas clásicas de éstasis y de infección microbiana, desde largo tiempo descritas como responsables de la calculosis.

Un caso de xantoma múltiple con forma pseudohigromatosa: Eduardo ANTOINE (París).

Se trata de una joven que, después de un acceso de reumatismo articular agudo, se le desarrolló un xantoma múltiple de forma higromatosa, alrededor de las articulaciones de ambas muñecas, de los dos codos y de los dos empeines. Ulteriormente fué operada de un quiste en el ovario izquierdo, y más tarde, de un quiste del ovario derecho (formado de colasterina). El examen químico de uno de los depósitos xantomatosos del codo izquierdo, demostró que estaba constituido por colesterina, fosfátidos y un poco de ácido úrico. El examen de la sangre dió seis gramos de colesterina. Es de notar que el padre de la joven ha presentado la misma enfermedad. De la discusión de estos hechos se deducen observaciones interesantes que confir-

man las ideas sostenidas por CHAUFFARD, LA ROCHE, GRIGAUT, HARTMANN.

Investigaciones experimentales y clínicas de las relaciones entre el colesterol del organismo y las sales biliares de la bilis. Contribución al estudio del factor hepático en la patogenia de la litiasis biliar: Guy LAROCHE y GRIGAUT (París).

Los autores comunican los resultados de hechos clínicos y experimentales, relacionando el metabolismo asociado del colesterol y de las sales biliares.

Publican las observaciones de dos enfermos afectos de xantomas generalizados, en los cuales, bajo la influencia de la radioterapia del hígado, se ha visto disminuir el colesterol del organismo, al propio tiempo que aumentaban las sales biliares en la bilis.

En las ictericias clínicas sometidas al drenaje, y en las experiencias realizadas con M. Costes en el perro, han encontrado el mismo fenómeno. Estos hechos vienen a confirmar la teoría de GRIGAUT, acerca la transformación del colesterol, en el organismo, en sales biliares, aclaran la patogenia de la litiasis biliar por la disminución del disolvente natural del colesterol de la bilis: las sales biliares.

La litiasis biliar en el viejo: P. BRODIN (París).

Encargado desde muchos años de un servicio de 1.400 viejos, el autor se ha visto sorprendido por la frecuencia entre ellos de accidentes graves de origen litiásico, cuando los cálculos habían sido hasta entonces perfectamente teleados: ictericias crónicas por obstrucción calculosa, angiocolitis o colecistitis supurada, accesoriamente pancreatitis hemorrágicas.

Piensa que en razón de estos hechos, es preciso ampliar el cuadro de las indicaciones quirúrgicas en el curso de la litiasis biliar. La intervención debe practicarse siempre que con ocasión de trastornos aunque sean ligeros, la presencia real de cálculos en las vías biliares, ha sido perfectamente establecida.

Las restantes Comunicaciones se publicarán en el número próximo