

Revista de Revistas

Congreso Internacional de la Litiasis biliar

Resumen de las comunicaciones

(Continuación)

La litiasis biliar en el viejo.

ROUSSY-ROUSSEFF (Sofía).

Las investigaciones emprendidas en la clínica propedéutica de Sofía, tienden a confirmar la existencia de ictericias disociadas.

Investigaciones personales han podido demostrar que la disociación puede llegar, no solamente hasta la eliminación de los pigmentos y sales biliares, sino igualmente hasta la del hierro.

En ciertos casos, la ictericia es debida a la bilirrubina de la sangre. Según las investigaciones del Profesor KIRKOVITCH y las mías, esta bilirrubina es elaborada en los grandes vasos arteriales y en el corazón y destruída en los capilares.

La determinación del origen de la ictericia subhepática, hepática o suprahepática, según la terminología del Profesor KIRKOVICH, es, pues, de una importancia considerable para la comprensión del estado patológico en la litiasis biliar.

Hígado gripal y litiasis biliar: CHARNAUX (Vichy).

Entre las enfermedades infecciosas, la *gripe*, bajo todas sus formas, pero sobre todo "intestinal", que sería mejor llamada *hepatodigestiva*, juega el primer papel en la etiología de la litiasis biliar, teniendo en cuenta, sobre todo, la formidable expansión de sus epidemias.

La infección hepática gripal, raramente muy aparente, lo más a menudo larvada, disimulada, se caracteriza sobre todo por una convalecencia

rastrera—por el cuadro de la intoxicación generalizada con todas sus variantes—y muy especialmente por la fiebre, atípica, irregular, que puede durar hasta varios meses.

Descubrir y combatir la infección hepática gripal, constituye uno de los puntos más importantes de la profilaxia de la litiasis biliar.

La prueba de la santonina e insuficiencia hepática: AKIL MOUKHTAR (Istanbul).

El autor expone la técnica y los resultados de la prueba de la santonina, gracias al estudio de la curva de eliminación urinaria.

La acción de las inyecciones intramusculares de pepsina sobre la hipercolesterolemia: MAURICIO DEBRAY, CODOUNIS Y HATZIGEORGE (París).

Los autores han comprobado que las inyecciones intramusculares de pepsina acarrear una disminución del colesterol sanguíneo, pero solamente en los sujetos portadores inicialmente de una hipercolesterolemia. Lo mismo en los ateromatosos, en los gotosos, que en los biliares, la cifra del coeeterol sanguíneo fué a menudo reintegrada a una tasa próxima a la normal. La mejora clínica obtenida en los biliares es siempre más tardía que con las medicaciones colagogas habituales. Sólo una experiencia suficientemente prolongada, es capaz de precisar el interés práctico de este método que merecerá posiblemente venir a concretar la acción de los tratamientos clásicos y de las curas termales, cuya eficacia está desde largo tiempo demostrada.

Sobre la colecistografía en la diabetes: HATZIEGANU y HANGANUTZ (Cluj).

En la diabetes, la colecistografía debe ser practicada, no como se hace habitualmente, ocho o doce horas después de la ingestión, sino a las dos o tres horas. En este caso, en la diabetes, la colecistografía no es negativa como lo han sostenido ciertos autores norteamericanos. En lo que concierne al mecanismo de eliminación rápida del tetrayodo, los autores creen poder explicarlo por el hecho de que el hígado de los diabéticos presenta una hiperpermeabilidad evidente para los colorantes y probablemente para todos los elementos que se eliminan por el hígado.

Algunas consideraciones sobre la litiasis biliar en la Isla de la Trinidad: SEHEULT (Pont of Spain).

A pesar de las influencias favorables al desarrollo de los cálculos en los habitantes de esta isla (hábitos sedentarios, alimentación rica en farináceos, etc.), la litiasis biliar es poco frecuente.

Resumen de las investigaciones practicadas en mi clínica acerca la colelitiasis: Iwao MATSUO (Japón).

La colelitiasis en el Japón se distingue por los hechos siguientes:

Los cálculos pigmentarios son cuatro veces más frecuentes que los cálculos colesterínicos.

Los cálculos del colédoco son tan frecuentes como los de la vesícula.

En un 18 % de los casos, se observa la litiasis intrahepática.

Presenta el autor un cuadro anatómo-clínico completo de la litiasis intrahepática: lo más saliente del mismo es la escasez de dolores—salvo un caso de asiento cortical—, subictericia seguida de fiebre, invisibilidad a los rayos X, ausencia del signo de MACKENZIE.

Da un resumen de sus trabajos experimentales sobre la producción en el conejo, por avitaminosis A, de cálculos intrahepáticos, en ausencia de toda estasis y de toda infección, con hipercolesterinemia e hipercalcemia.

El color verde de la bilis sustraída por son-

daje, es debida a la presencia de oxidasas de origen inflamatorio.

Las soluciones acuosas de colesterol y de bilirrubina, tienden a precipitarse cuando el pH se hace ácido, por adición de calcio y magnesio, o por agregación de proteínas; las sales cólicas impiden esta precipitación. Se encuentra, en efecto, en caso de colelitiasis, una bilis ácida, pobre en sales cólicas; la bilis de los conejos con carencia, se hace ácida y contiene un exceso de cal.

Acerca el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar: JACOBOVICI (Cluj).

El autor deduce de su experiencia sobre la cirugía de las vías biliares, las conclusiones siguientes:

1.º Ensanchar el cuadro de las indicaciones operatorias.

2.º Intervenir lo más pronto posible en los casos complicados.

3.º Simplificar la técnica por incisión media o paramedia; mucoclasia de PRIBRAM; drenaje tan reducido como sea posible.

4.º La actitud expectante en las complicaciones sépticas u obstructivas.

Colecistostomía o colecistectomía en las afecciones hepato-pancreático-biliares: B. DESPLAS y J. MEILLIÈRE (París).

Muy a menudo la colecistostomía es preferible a la colecistectomía en la litiasis biliar, habitualmente acompañada de lesiones de las vías biliares principales y de la célula hepática. La colecistostomía trata a la vez estas diferentes lesiones, haciendo cesar la estasis biliar y realizando un drenaje biliar y hepático; además conserva un órgano, pudiendo permitir el restablecimiento del ciclo hepato-intestinal de la bilis, en caso de estrechamiento ulterior de las vías biliares. Asimismo permite el tratamiento de los estados de dishepatía (bilis negra), de la angiolitiasis, de las pancreatitis crónicas.

Los autores preconizan su procedimiento de colecistostomía de derivación por invaginación sobre sonda, que evita las ulceraciones de la piel, y puede ser mantenida muy largo tiempo sin alterar el estado general.

Indicación operatoria y perfeccionamiento del tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar:
B. O. PRIBRAM (Berlín).

Para evitar las dificultades de la reperitonización del lecho vesicular en los casos en que la colecistectomía subserosa es imposible, el autor aconseja una intervención (mucoclasia), cuyos tiempos sucesivos son los siguientes: aspiración del contenido vesicular, lavado con Rivanol, abertura del colecisto y extracción de los cálculos, ligadura del cístico, cauterización de la mucosa con la sonda eléctrica, sutura de los tejidos. Con este procedimiento no es obligado drenar.

Es preciso extender la indicación del drenaje del colédoco a todos los casos en los que exista una hepatitis o una pancreatitis.

El autor aporta finalmente observaciones con documentos radiológicos, demostrando cómo cálculos enclavados en la papila han podido ser expulsados por la instilación en el colédoco, mediante una sonda introducida por el orificio de la colecistostomía, de una mezcla de éter y parafina.

Perigastritis grave después de colecistectomía por litiasis vesicular. Gastroenterostomía:
JUAN VILLAR (Burdeos).

A propósito de una observación personal, el autor discute el mejor tratamiento a emplear en estas parigastitis. Cree él que son causadas por el estado infeccioso coledociano persistente y que el drenaje prolongado del colédoco debe permitir curarlas mejor que la gastro-enterostomía.

Estudio clínico y experimental de las anastómosis entero-biliares, teniendo particularmente en cuenta la infección ascendente: V. DAVID (Praga).

Basándose en la observación de antiguos operados y en experiencias practicadas en animales, el autor demuestra los excelentes resultados de las anastómosis entero-biliares, y cree que su anchura, que facilita el curso de la bilis, no predispone a su infección ascendente.

Las falsas litiasis biliares: Armando NARCISO (Lisbonne).

Cuando un enfermo se presenta en consulta al médico con síntomas de litiasis biliar, no solamente es preciso saber si, en verdad, existe o no litiasis biliar; es preciso también informarse de si se trata o no de colecistitis o de angiolitiasis crónicas.

Pero si exceptuamos la obstrucción de los canales, lo que hay de más importante en la clínica hidrológica y quirúrgica, es evaluar la agudeza y la cronicidad de la afección biliar, su grado de benignidad o de malignidad y la intensidad de la insuficiencia hepática. La presencia de cálculos, no es indispensable para que el síndrome biliar aparezca con todos sus síntomas. Está hoy demostrado que muy a menudo el cólico no depende solamente del cálculo. Es preciso, pues, fijar nuestra atención en muchos otros factores de patología biliar, tanto o más importantes que el cálculo, desde el punto de vista clínico y terapéutico.

Un caso interesante de litiasis biliar que produce un pseudo-quiste pancreático:

Se trata de un enfermo que, después de muchas crisis de colecistitis, es operado de urgencia de colecistectomía; cuando la fiebre y la ictericia hubieron desaparecido, se hizo colecistostomía con colédocotomía, para extraer un cálculo del colédoco. Se observa entonces un tumor retrogástrico; análisis de orinas, determinación de las unidades diastásicas; diagnóstico pseudo-quiste del páncreas, a marsupializar a través del epiplón gastroepático; 2 días más tarde, crisis aguda de apendicitis gangrenosa; apendicectomía. La boca de marsupialización se cierra al cabo de 13 meses, siguiendo un régimen anti-diabético, y tomando durante toda la enfermedad agua de Vichy.

Indicaciones en el tratamiento de la litiasis biliar: Et. CUKOR (Budapest).

El autor precisa las indicaciones del tratamiento quirúrgico y del tratamiento médico en la litiasis biliar.

Para las colecistitis no litiasicas, insiste en

la necesidad de tratar el foco de origen.

Las recidivas dolorosas, se observan en caso de intervención demasiado tardía.

Indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico de la litiasis de la vía biliar principal: VILLARD (Lyon).

Existen dos variedades de litiasis de la vía biliar principal: *los cálculos de tránsito*, constituidos por piedras evacuadas de la vesícula y emigrando hacia el duodeno, que no dan más que accidentes coledocianos pasajeros; y *los cálculos sedentarios*, que permanecen instalados en el hepato-colédoco, ya sea emigrados mucho tiempo antes de la vesícula, ya autóctonos, formados en los conductos biliares. Los cálculos sedentarios realizan la verdadera litiasis del colédoco. Constituyen un peligro vital grave y son tributarios de la intervención por razón de los dolores, de la fiebre y de la ictericia. La operación es grave, por el estado de depresión de los enfermos. Llevo practicadas 252 colédocotomías por litiasis, con drenaje del hepático y colecistectomías lo más a menudo. El porcentaje de curas que, hasta 1925, era solamente del 67 %, ha ascendido en estos últimos años a 75 % y aun a 78 % en mis operados de la ciudad. En los casos muy graves, no he asociado la colecistectomía con la colédocotomía; las curaciones han sido de un 80 %, con todo y tratarse de las formas más severas. A pesar de una mortalidad todavía elevada, los resultados obtenidos son dignos de tenerlos en consideración, pues la mayor parte de los operados estaban, en el momento de la intervención, en una situación desesperada. En cuanto el diagnóstico de cálculo sedentario queda establecido, es preciso operar lo más pronto posible.

Algunas reservas a propósito de las indicaciones operatorias en la litiasis biliar: MOURIQUAND (Vichy).

Cree el autor que la litiasis biliar es particularmente dolorosa en las enfermas que hayan sufrido precedentemente una histerectomía.

Los resultados operatorios, son especialmente mediocres en estos casos. Las recidivas dolorosas son quizá la consecuencia de la celulitis. He aquí por qué el autor aconseja reducir las intervenciones al *minimum*.

Acerca dos síntomas de las colecistitis crónicas: Carlos BUIZARD (París).

El diagnóstico de las colecistitis crónicas, sobre todo no calculosas, es a menudo difícil.

El autor insiste sobre dos síntomas, que tienen para él una gran importancia:

1.º Estado subfebril continuo, siendo la temperatura de la mañana por encima de 37,5°, 37,8° y aun 38°; ofreciendo una curva según los diferentes tipos que el autor describe.

2.º Dolores lumbares, y, en la mayoría de los casos, únicamente dolor lumbar derecho. Es éste un signo que debe atraer la atención hacia la vesícula biliar, aparte todo otro síntoma claro. Se localiza en la masa muscular sacro-lumbar (que está contracturada), en dos puntos precisos: uno superior, sobre las costillas; otro inferior, más frecuentemente hacia el borde externo de los músculos lumbo-sacros, a uno o dos traveses de dedo por encima de la cresta ilíaca. Este dolor puede presentar paroxismo en el momento de la digestión, o en el curso de un acceso agudo de colecistitis. El autor ha visto a menudo desaparecer este dolor lumbar desde la noche misma de la colecistectomía.

A propósito de algunas observaciones de cirugía de las vías biliares accesorias.—Drenaje y colecistectomía.—Técnica operatoria.—Discusión y deducciones: V. PAUCHET y HIRSHBERG (París).

El drenaje quirúrgico vesicular es una operación digna de ser tenida muy en cuenta, que desintoxica al enfermo rápidamente, pone en reposo su estómago, las vías biliares y el páncreas, deteniendo las hemorragias gástricas no ulcerosas.

Es una operación simple, benigna, a ensayar antes de la resección, si esta última no está inmediatamente indicada.

En todo servicio quirúrgico especializado, presta diariamente los más grandes servicios. Pero el drenaje debe ser practicado solamente bajo una indicación precisa, por lo que nos hemos detenida adrede largo tiempo en el capítulo de las generalidades.

Drenar una vesícula porque sea gruesa o blanca, sin haber agotado previamente todos los recursos del tratamiento médico (drenaje en particular), sin estar seguros de que los trastornos

son de origen vesicular, es ir quizá inútilmente al encuentro de complicaciones biliares.

Esto demuestra la importancia de las lesiones asociadas y la necesidad de comenzar el tratamiento por ellas, si la vesícula no aparece clínicamente al primer plano.

Lo mismo diremos respecto a la resección, cuando quiere practicarse, sea d'emblée, sea secundariamente después del drenaje.

Solamente las vesículas que por su presencia constituyen un peligro para las vías biliares, deben ser extirpadas.

Dilatación de la ampolla de Vater, por las sondas olivares, según el método de Bakes: B. HEYDUK.

La intervención tiene por objeto evitar las recidivas de los cálculos en el colédoco; consiste en una dilatación de la ampolla, mediante olivas cada vez más gruesas. Se evitan así las recaídas de cólicos hepáticos, relacionadas con el paso secundario de hepatolitos.

III.—TERAPEUTICA E HIDROLOGIA

¿Cuáles son los colecistectomizados que se ven actualmente en Vichy?: Pablo VAUTHEY y Max VAUTEY (Vichy).

Desde un cierto número de años, los colecistectomizados son cada día más numerosos en Vichy. Unos son enviados precozmente, a partir de la primera temporada termal que sigue a la operación, otros tardíamente, después de muchos años.

Entre los primeros, se distinguen los que tienen prescrita su cura para combatir los estados patológicos secundarios a la litiasis (insuficiencia hepática, trastornos gastrointestinales, hepatitis de la litiasis demostrada recientemente por FIESSINGER, GARNIER, CAROLI)—los que siguen sufriendo y que vienen a Vichy para tratar la angiocolitis, la pericolecistitis, la peritonitis subhepática consecutivas—; aquellos, en fin, que son enviados a título preventivo, para impedir el retorno de los accidentes pasados.

Entre los segundos, se observan aquellos que han obtenido, por la operación, una mejora local y general tan importante, que se consideran ya como curados y que, por diversas razones, han rechazado toda cura termal, han negligido todas las precauciones más elementales de hi-

giene general, todo régimen alimenticio, todos los cuidados medicamentosos. Han dejado evolucionar de nuevo las afecciones que originaban su síndrome hepato-biliar y han visto reaparecer más o menos rápidamente toda la serie de manifestaciones anteriores. Son por ello útilmente enviados a Vichy numerosos colecistectomizados ya desde la primera temporada termal que sigue a la operación, para obtener una cura definitiva y ponerse al abrigo del retorno posible de los anteriores trastornos.

El tratamiento de la litiasis biliar y de las angiocolecistitis por el ayuno: Luciano-Regmunt SOBIESZANSKY (Varsovia).

Como cura en la litiasis biliar y las angiocolecistitis, ha empleado el autor una alimentación restringida hidrecarbonada, con cortos períodos de ayuno acompañado de purga, basándose en trabajos experimentales. El ayuno fué prescrito bajo la forma de cura hídrica: 1,2 litros, 1,5 de líquido (agua, te, tisana, etc.) por día en 5 a 6 veces, durante 1, 2, 3 días consecutivos. El ayuno obra como colagogo y colerético.

El autor presenta 12 casos de enfermos (5 hombres y 7 mujeres) que fueron tratados por este método con mejora; en 2 casos se obtiene la evacuación de los cálculos. Resumiendo, las pequeñas concreciones de las vías biliares pueden desaparecer gracias a la cura de ayuno repetido.

El tratamiento de la litiasis biliar en Vittel: Enrique PAILLARD y Roberto CASTERAN (Vittel).

Las aguas de Vittel tienen una acción electiva sobre la función biliar del hígado. Experimental y clínicamente, se comprueba, bajo su acción, un verdadero flujo biliar. Obran, por otra parte, sobre el terreno mismo de la colelitiasis. Modificando la colesterinemia, previenen o retardan las litopexias colesterínicas y obran igualmente sobre la plétora a menudo asociada.

Están particularmente indicadas, pues, en los litiásicos pletóricos, en los bilitiásicos, en los sujetos a la vez gotosos y litiásicos y en todos aquellos, en fin, que por efecto de su gran irritabilidad vesicular, soportan mal las aguas bicarbonatadas sódicas.

son de origen vesicular, es ir quizá inútilmente al encuentro de complicaciones biliares.

Esto demuestra la importancia de las lesiones asociadas y la necesidad de comenzar el tratamiento por ellas, si la vesícula no aparece clínicamente al primer plano.

Lo mismo diremos respecto a la resección, cuando quiere practicarse, sea d'emblée, sea secundariamente después del drenaje.

Solamente las vesículas que por su presencia constituyen un peligro para las vías biliares, deben ser extirpadas.

Dilatación de la ampolla de Vater, por las sondas olivares, según el método de Bakes: B. HEYDUK.

La intervención tiene por objeto evitar las recidivas de los cálculos en el colédoco; consiste en una dilatación de la ampolla, mediante olivas cada vez más gruesas. Se evitan así las recaídas de cólicos hepáticos, relacionadas con el paso secundario de hepatolitos.

III.—TERAPEUTICA E HIDROLOGIA

¿Cuáles son los colecistectomizados que se ven actualmente en Vichy?: Pablo VAUTHEY y Max VAUTEY (Vichy).

Desde un cierto número de años, los colecistectomizados son cada día más numerosos en Vichy. Unos son enviados precozmente, a partir de la primera temporada termal que sigue a la operación, otros tardíamente, después de muchos años.

Entre los primeros, se distinguen los que tienen prescrita su cura para combatir los estados patológicos secundarios a la litiasis (insuficiencia hepática, trastornos gastrointestinales, hepatitis de la litiasis demostrada recientemente por FIESSINGER, GARNIER, CAROLI)—los que siguen sufriendo y que vienen a Vichy para tratar la angiocolitis, la pericolecistitis, la peritonitis subhepática consecutivas—; aquellos, en fin, que son enviados a título preventivo, para impedir el retorno de los accidentes pasados.

Entre los segundos, se observan aquellos que han obtenido, por la operación, una mejora local y general tan importante, que se consideran ya como curados y que, por diversas razones, han rechazado toda cura termal, han negligido todas las precauciones más elementales de hi-

giene general, todo régimen alimenticio, todos los cuidados medicamentosos. Han dejado evolucionar de nuevo las afecciones que originaban su síndrome hepato-biliar y han visto reaparecer más o menos rápidamente toda la serie de manifestaciones anteriores. Son por ello útilmente enviados a Vichy numerosos colecistectomizados ya desde la primera temporada termal que sigue a la operación, para obtener una cura definitiva y ponerse al abrigo del retorno posible de los anteriores trastornos.

El tratamiento de la litiasis biliar y de las angiocolecistitis por el ayuno: Luciano-Regmunt SOBIESZANSKY (Varsovia).

Como cura en la litiasis biliar y las angiocolecistitis, ha empleado el autor una alimentación restringida hidrecarbonada, con cortos períodos de ayuno acompañado de purga, basándose en trabajos experimentales. El ayuno fué prescrito bajo la forma de cura hídrica: 1,2 litros, 1,5 de líquido (agua, te, tisana, etc.) por día en 5 a 6 veces, durante 1, 2, 3 días consecutivos. El ayuno obra como colagogo y colerético.

El autor presenta 12 casos de enfermos (5 hombres y 7 mujeres) que fueron tratados por este método con mejora; en 2 casos se obtiene la evacuación de los cálculos. Resumiendo, las pequeñas concreciones de las vías biliares pueden desaparecer gracias a la cura de ayuno repetido.

El tratamiento de la litiasis biliar en Vittel: Enrique PAILLARD y Roberto CASTERAN (Vittel).

Las aguas de Vittel tienen una acción electiva sobre la función biliar del hígado. Experimental y clínicamente, se comprueba, bajo su acción, un verdadero flujo biliar. Obran, por otra parte, sobre el terreno mismo de la colelitiasis. Modificando la colesterinemia, previenen o retardan las litopexias colesterínicas y obran igualmente sobre la plétora a menudo asociada.

Están particularmente indicadas, pues, en los litiásicos pletóricos, en los bilitiásicos, en los sujetos a la vez gotosos y litiásicos y en todos aquellos, en fin, que por efecto de su gran irritabilidad vesicular, soportan mal las aguas bicarbonatadas sódicas.

Acción de la cura de Vichy sobre la fórmula de Arnet en los litíasicos biliares: MAX VAUTHEY (Vichy).

Durante la cura de Vichy, en los litíasicos que la han soportado bien y han sacado de ella un gran provecho, la fórmula de Arnet (porcentaje en la sangre de los leucocitos neutrófilos de 1, 2, 3, 4, 5 núcleos y más), ha presentado modificaciones según un ritmo y fases alternantes características.

La relación gránulocitaria

$$\frac{\text{poli 1 - 2 núcleos} \times 100}{\text{poli 4 - 5 núcleos}}$$

traduce fielmente el comportamiento de la fórmula de Arnet: aumenta cuando la fórmula es desviada hacia la izquierda; disminuye cuando es desviada hacia la derecha. Según esto, esta relación aumenta del 1.º al 5.º día de la cura, disminuye del 5.º al 10.º, aumenta de nuevo algo del 10.º al 15.º y disminuye definitivamente del 15.º al 20.º día de la cura.

Así, pues, evolución final de la fórmula de Arnet hacia la derecha, después de dos fases temporales de desviación hacia la izquierda al 5.º y al 15.º día de tratamiento.

Parece existir paralelismo y concordancia entre el estado clínico del enfermo y la modificación de la fórmula de Arnet, revelando o anunciando las desviaciones hacia la izquierda, en los casos observados, una fase de ligero malestar, y las variaciones hacia la derecha una fase de bienestar o de mejora.

Los cataplasmas de iodo hidromineral de Chatelguyon en el tratamiento de la litiasis biliar:

BALME (Chatelguyon).

Las cataplasmas de lodo, calentadas entre 40 y 50 grados, según prescripción, y aplicadas húmedas sobre la región hepática, durante 20 a 30 minutos, responden a tres indicaciones especiales de la litiasis hepato-vesicular, fuera de las crisis expulsivas.

Es directamente sedante. Es, además, antiespasmódica y corrige la primera hipertonicidad, que es la primera reacción motriz del tratamiento desinfectante y colagogo de Chatelguyon.

Acción de algunas aguas minerales de Rumania sobre la vesícula biliar: G. TUDORAUN, D. HERESCU, M. VENESCU y T. VARZARU (Rumania).

Las investigaciones se refieren a algunas aguas minerales rumanas (Slanic, Boresec, Valcele, Bodoc y Malnas), reputadas para el tratamiento de la *litiasis biliar*.

1.º Resulta de estas investigaciones que las aguas de Slanic, Boresec y Valcele, tienen una acción colecistoquinética, mientras que las aguas de Bodoc y de Malnas tienen una acción sedante sobre el colecisto.

2.º Además, las aguas de Slanic aumentan el volumen de la bilis, mejoran la función de concentración del colecisto y disminuyen la viscosidad biliar.

Acción del agua de Vichy sobre las secreciones biliares: E. M. COCIASU (Rumania).

Los análisis practicados, demuestran que el agua mineral de Vichy-Célestins exportada, se modifica en su composición, solamente por la pérdida de la mitad de su ácido carbónico. Conserva, no obstante, sus virtudes terapéuticas (acción colerética y bilis más flúida). Los autores aportan de ello demostración experimental.

Sobre el tratamiento hidro-mineral de la litiasis biliar: G. BALTAČEANO (Rumania).

Exceptuando algunas aguas minerales alcalinas, tomadas en el manantial, y algunas otras cloro-magnésicas, las aguas minerales en general pueden contarse entre los agentes terapéuticos que ejercen una acción sedativa sobre las vías biliares, y mejoran los trastornos funcionales del hígado. La propiedad colagoga de algunos manantiales, puesta en evidencia sobre todo por la experimentación, será utilizada en los casos en que precise una excitación de esta función. En la mayoría de los demás casos, la indicación principal para esta cura hidromineral, será dada por el estado del estómago, del duodeno, del intestino grueso y también por el estado general del organismo.

Estudio experimental de la acción colagoga de las aguas sulfatadas sódicas: HANS SCHMID (Tarasp).

Las aguas sulfatadas sódicas de Karlsbad y de Tarasp (Suiza) inyectadas en el duodeno, provocan una reacción colagoga evidente, repetida a

menudo una o hasta dos veces. La bilis recogida no es jamás una verdadera bilis vesicular, como la que se obtiene por la introducción de aceite de olivas. La acción colagoga de las aguas sulfatadas, se limita pues más o menos a los conductos biliares, con excepción de la vesícula. Por contra, parece probable que se combina con un cierto efecto colerético.

Prueba clínica con el agua mineral de Vreji en la litiasis biliar: ANTICH y RUBENOVITCH (Beograd).

Los autores exponen sus experiencias clínicas con un agua mineral de Yugoslavia (Vreji), del tipo del agua de Vichy. De estas experiencias sacan las conclusiones siguientes: mejoría de la infección de los conductos biliares, variaciones irregulares de la tasa de la colestereina y de la bilirrubinemia, disminución inconstante de la reserva alcalina de la sangre, aumento cuantitativo de las diferentes bilis obtenidas por el tubo de Einhorn, variación de las tasas de la bilirrubina y de la colestereina contenidas en la bilis, mejoramiento de la función glicogénica del hígado, demostrada por la prueba de la hiperglucemia alimenticia provocada, disminución del volumen del hígado y de la vesícula biliar, observada clínicamente.

El tratamiento de la litiasis biliar en Rumania por las aguas minerales de Slanic (Moldova): Eugenio SPIRT (Bucarest).

1.º La litiasis biliar es tratada con éxito en Rumania por las fuentes minerales Slanic-Moldova.

2.º Las fuentes curativas son: la n.º 3 y la n.º 1 bis.

3.º La acción bienhechora de estas aguas es debida a la disminución de la cantidad de bilis y a la propiedad que poseen de volverla más flúida; ejercen pues una acción de descanso del hígado y de las vías biliares.

4.º Hay que tener presente siempre el estado renal para indicar el tratamiento favorable.

El autor demuestra la acción fluidificante sobre la bilis de la fuente hidromineral de Slanic (Moldova).

El tratamiento de la litiasis biliar en la estación hidromineral de Olanesti (Rumania): BUZAGIU (Bucarest).

En el transcurso de 10 años, he tenido en consulta, en la estación de Olanesti, 291 casos de litiasis biliar. En algunos de estos enfermos, se ha descubierto que antes de la litiasis biliar, habían tenido una colibacilosis; no habiendo sido cuidada, había dado lugar más tarde a una litiasis biliar.

Mis enfermos con litiasis biliar, han sido tratados con las siguientes aguas minerales de Olanesti: n.º 14, bicarbonatada-sulfatada-cálcica; n.º 5, clorurada-alcalina-sulfurada, y la n.º 24, oligometálica, con un gran poder diurético, clorurada-alcalina-sulfurada.

Estas aguas disminuyen el colesterol en la sangre de los enfermos; ejercen influencia sobre el proceso inflamatorio de la vesícula, aumentan el calcio de la sangre, ayudan al equilibrio vago-simpático, y, mediante una cura de diuresis, permiten un lavado y una depuración.

La litiasis úrica, oxálica y biliar y el citrato de sodio: FRANCISCO BAIGORRI (Larioja).

Observaciones de laboratorio parecen indicar que la litiasis úrica, oxálica y biliar, tendría por causa un defecto del metabolismo de los albuminoides, caracterizado por la acidez de los humores.

El citrato de sodio en el tratamiento preventivo de estas litiasis.

Newer synthetic drugs in the medical treatment of cholecystitis and cholelithiasis: Samuel WEISS (Nueva York).

En el tratamiento de la colecistitis y de la colelitiasis, es necesario disponer de medicamentos que sean a la vez antisépticos y colagogos. Entre los numerosos medicamentos propuestos, el Prof. WEISS de Nueva York, ha obtenido los mejores resultados con la boldina, choleval, cholotonon, cytotropin, décholin, décholin sódico, gallestol, gallophysin, icterosan, trypaflavin, etc.

Las observaciones clínicas aportadas demuestran una mejoría de los enfermos después del empleo del choleval, constatándose una dismi-

nución de la leucocitosis, concomitante con la mejoría clínica.

Acerca un nuevo antiséptico sintético. Su acción bactericida en el terreno entero-hepático: Luis GAUCHER.

Presenta el autor un nuevo compuesto sintético: El clorhidrato de metil-oxiquinoleína (sal α), que asocia al clorhidrato de orto-oxiquinoleína (sal β). El primero es menos soluble que el segundo, se elimina también menos rápidamente y va destinado a obrar muy particularmente sobre el colecisto, mientras que la sal β es conducida rápidamente al árbol urinario.

Los resultados del tratamiento *per os* serían los más concluyentes. Los fenómenos vesicales o colecísticos se atienden a menudo de manera muy rápida. Los orines se aclaran y la piuria desaparece, mientras que el estado general mejora, gracias a la atenuación microbiana.

Acción favorable del curcuma: KOCH (Frankfort).

El autor propone el *curcuma* contra la litiasis biliar. Es una droga empleada contra las afecciones del hígado por los indígenas de las Indias Neerlandesas.

Nota terapéutica: Constantino D. RADULESCO (Bucarest, Rumania).

El autor, según experiencias personales practicadas en un número muy importante de afectos de ictericia, preconiza contra las afecciones hepáticas el empleo de un extracto vegetal especializado.

Tratamiento de los cálculos de la vesícula biliar: Luis BIGNON (Vichy).

El autor presenta una comunicación acerca la acción disolvente y bactericida del complejo oleolado de sodio y bilis dicoilesterinada y despigmentada.

El aceite de oliva y el ácido oleico en la litiasis biliar: Pedro GIRARD (París).

El autor considera el ácido oleico como el principio activo del aceite de olivas; y encontrándose este ácido en cantidad muy débil en el

aceite (3 %), aconseja utilizarlo aislado a la dosis de 1,50 gramos por día, la primera semana; dos veces esta dosis las semanas siguientes.

Atribuye a la acción disolvente del ácido oleico sobre el cálculo de coilesterina, los resultados clínicos que ha obtenido en 54 litiasis con vesícula engrosada. Aconseja practicar el tratamiento hasta el resultado completo; pudiendo éste no lograrse hasta un mes o dos de tratamiento.

La cura de Vichy en la litiasis biliar: Roger GLENARD (Vichy).

La cura de Vichy ocupa un lugar importante en el tratamiento de la litiasis biliar.

En principio, muchos casos de cólicos hepáticos no provienen de esta enfermedad. Un cuadro clínico análogo puede encontrarse en la angio-colitis, la ecolelstitis, las ptosis viscerales, ciertas afecciones proteínicas o gastrintestinales, y la cura encuentra en estas falsas litiasis preciosas indicaciones.

Otras veces se trata solamente de prelitiasis, con arenilla o barro biliar en la vesícula. El agua de Vichy aumenta la secreción de la bilis, la fluidifica, la esteriliza; calma la irritabilidad vesicular y mejora el funcionamiento del hígado. Así y todo puede conducir al más franco éxito.

Si se trata de un cálculo verdadero, una cura de prueba suave, y renovada según sea conveniente, conseguirá a menudo hacer más tolerante la vesícula y detener la evolución de la litiasis; caso de que la intervención se juzgara, no obstante, necesaria, el aparato hepato-biliar estará mejor preparado para soportar la toxicidad de la anestesia.

Después de la operación, la cura sigue indicada para impedir ciertas secuelas y obtener la curación del hígado, constantemente afecto.

La cura hidromineral precoz de los trastornos funcionales del hígado, es el mejor tratamiento preventivo de la litiasis biliar.

Investigaciones acerca la curva de neutralización del agua de Vichy (Manantial Hôpital).

Aplicaciones terapéuticas: Pablo BLUM (Estrasburgo).

Pablo BLUM expone las investigaciones practicadas en el Instituto terapéutico de la Facultad de Medicina de Estrasburgo sobre la curva

de neutralización del agua de Vichy (Manantial Hôpital) e indica las aplicaciones terapéuticas que son corolario de este trabajo, cuyo objeto es prever las modificaciones que sufre el agua mineral durante su paso por el aparato digestivo.

Las modificaciones de Ph que le imponen el jugo gástrico, la bilis, el jugo pancreático, etc., llevan consigo desplazamientos de fase que es necesario conocer. Pero el agua mineral del manantial Hôpital se defiende bien contra la variación de Ph y se revela como poseedora de potentes tampones hacia Ph 6,5, Ph 7,75 y Ph 9,3. Los coeficientes tampones, no son los mismos para el agua tomada en el manantial y el agua embotellada. Por otra parte, resulta de estas investigaciones que es mejor tomar el agua mineral en ayunas, pues, en este momento, 100 gramos de agua de Vichy llevan el contenido gástrico a un Ph vecino de Ph 6, que corresponde a una fase de potente poder tampon.

Al margen de la terapéutica de la litiasis biliar:

Luis F. CALDERÓN (Bogotá).

El autor aconseja la asociación de la ipeca y del calomel (dosis débiles) en el tratamiento de las hepatitis tropicales con o sin litiasis asociada. Este tratamiento obra igualmente cuando no es la amibiosis la causa.

Acción de las aguas de Plombières en las afecciones hepato-biliares: TRUELLE (Plombières).

El "rapport" de DESGEORGES nos demuestra el origen microbiano intestinal frecuente de la colelitiasis, síndrome entero-hepático de DESGEORGES. Las lesiones vesiculares se acompañan a menudo de perivisceritis antes o después de la intervención. Anteriores "rapports" han subrayado la importancia de las secuelas dolorosas de la colecistectomía.

El Prof. LOEPER ha recordado la acción bienhechora de ciertos cuerpos radioactivos y de ciertas aguas termales radioactivas en estas perivisceritis.

Plombières, por su acción ortotrófica patente sobre el sistema neuro-endocrino, por su acción sedante sobre el intestino y el simpático abdominal, actuará en el origen mismo del mal; siendo a menudo la dominante etiológica la lesión intestinal. Serán, con frecuencia,, emprendidas

curas asociadas Plombières-Vichy, Vichy-Plombières para el mayor beneficio de los enfermos.

Algunos resultados diagnósticos y terapéuticos en las enfermedades biliares: M. STERN (Karlsbad).

Las aguas de Karlsbad son un colerético fuerte, pero un colagogo débil.

Efecto de las aguas de Karlsbad, de las compresas de lodo: un medio para la expulsión mecánica de la bilis.

La cura de agua en combinación con las compresas de barro, según NAUNYNUMBER; simultáneamente posición elevada de la pelvis, ejercicios de respiración, obrando como irrigación sobre los conductos biliares y sobre la vesícula biliar.

La diatermia con la pelvis en posición elevada, con fuerte carga del electrodo del vientre, un equivalente de los lavados del duodeno.

Las "reacciones de la cura" están ligadas a éstasis de la vesícula biliar sin posibilidad de expulsión.

La acción colagoga del Kinkilibah: Félix RAHOND, P. ZIZINI y Dimitresco POPOVICI (París).

El "Kinkilibah", planta vulgar de la familia de las Combretáceas, así llamada por los indígenas del Senegal y del Sudán, goza de gran predicamento entre estos últimos para el tratamiento de la mayor parte de las afecciones tropicales. Los autores han estudiado su acción experimental sobre el hombre y el perro, sirviéndose del cocimiento concentrado de hojas, administrado por la boca, en el hombre, y por vía endovenosa en el perro. Han obtenido los resultados siguientes:

Acción positiva pero poco marcada sobre la evacuación de la bilis B vesicular.

Acción muy neta sobre las bilis A y C, cuya cantidad aumenta considerablemente.

Descongestión rápida del hígado y aumento del volumen de las orinas.

IV. — SECCION DE RADIOLOGIA

Técnica y valor de los diferentes métodos de opacificación de la vesícula biliar. G. MAINGOT (París).

Entre los bromuros y los derivados yodados de la fenoltaleína, es a estos últimos a los que corresponden las ventajas para la colecistogra-

fia. La cuestión más importante es saber cuál de estos dos métodos, oral o venoso, es el mejor. Por ingestión, lo esencial es la pureza y la facilidad de absorción del producto. No parece que las precauciones en el momento de la ingestión, tengan un gran valor, pero la frugalidad y la abstención de colagogos son de rigor entre la ingestión y la radiografía. Es bueno beber agua de Vichy-Célestins entre la última comida y el primer cliché. En ciertos enfermos una píldora de opio es útil para calmar las reacciones intestinales. El reposo y la ausencia de todo traumatismo abdominal, son factores para el buen relleno de la vesícula.

Pero la vía venosa es superior a la vía digestiva. Confiere un cierto valor interpretativo a las colecistografías negativas. Limita al estricto minimum la cantidad de producto opacificante puesto en presencia del organismo. No provoca en el tubo digestivo el traumatismo determinado por la absorción oral. El valor interpretativo de la colecistografía es función del número de clichés impresionados y de la variedad de las posiciones y de los incidentes del examen; hay que hacer muchos clichés espaciados con largo intervalo y tomados en diversas posiciones.

Técnica del examen radiológico de la vesícula biliar: R. LEDOUX-LEBARD y J. GRACIA-CALDERÓN (París).

Consideran los autores que solamente un examen radiológico largo, minucioso y relativamente complejo, es susceptible de asegurar un maximum de rendimiento, es decir, un diagnóstico verdaderamente *completo* y cuyo grado de probabilidad se aproxima lo más posible a la certeza.

Estiman que son necesarios cinco tiempos para una exploración completa, que comprenderá:

- 1.º La radiografía previa de la región vesicular, antes de la administración del tetrayodo.
- 2.º La colecistografía, *por vía oral*, precedida de un examen radioscópio.
- 3.º El estudio de la evacuación vesicular, y, si es posible, la cisticocolédocografía.
- 4.º El examen del estómago y del duodeno.
- 5.º El examen del colon derecho y de la terminación del fleon.

Sólo excepcionalmente — y a título de control — habrá que echar mano de la inyección endovenosa, toda vez que la vía oral da prácti-

camente muy cerca del 100 % de éxitos, a condición de emplear no píldoras o cápsulas, sino un producto líquido.

Insisten acerca la *necesidad* de observar minuciosamente todas las prescripciones exigidas si se quiere contar verdaderamente con resultados perfectos.

Técnica y valor de los diferentes métodos de opacificación de la vesícula según una estadística de 1.174 colecistografías: J. GARCIN (Marsella).

Técnica. — La vía bucal, de valor igual a la vía intravenosa, es la más simple y la más anódina en caso de intolerancia.

Nos da un 87 % de resultados positivos.

Valor. — Las causas de error provienen casi siempre de un defecto de técnica o de un examen incompleto, aun cuando las posibilidades de error existen: impregnación normal de una vesícula en estado de colecistitis, aun calculosa; defecto de impregnación de una vesícula normal, consecuencia de una insuficiencia hepática.

Estas posibilidades de error se reducen al minimum mediante el control del sondaje duodenal; por el estudio de los signos deducidos del examen de la encrucijada; por la prueba del valor funcional de la vesícula. (La prueba de GRAHAM y COLE es un examen de precisión que debe ser confiado a laboratorios especializados, si quieren prevenirse las causas de error.)

Método de opacificación de la vesícula: SANDSTRÖM (Estocolmo).

El autor da cuenta de su método de colecistografía *per os*, método que ha sido ideado con vistas a aumentar la fidelidad del procedimiento de administración *per os*. La sal de contraste es administrada en forma de emulsión, obtenida por precipitación de esta sal en un agua mineral carbogaseosa. La sal es prescrita a dosis fraccionadas, es decir, a dosis débiles y repetidas durante dos días. El autor insiste por otra parte en la necesidad de una técnica radiológica rigurosa, en la que la radioscopia juega un papel importante. Estima que la fidelidad de este método es por lo menos equivalente a la del método endovenoso.

Colecistografía oral según el método de Sandstrom: S. KADRŇKA y L. SECHERAY.

La administración por la boca del tetrayodo bajo la forma coloidal, por dosis fraccionadas (3 veces 1.5 a 2 g. con 12 horas de intervalo), permite una buena reabsorción de la sal opaca en el intestino. La bilis yodada, siendo eliminada por el hígado muy lentamente, y siendo prolongado el aporte de tetrayodo, las probabilidades de repleción opaca y de repleción máxima del colecisto, están aumentadas. Los autores estudian los resultados en 60 exámenes: comprueban que el inconveniente de la duración del examen es compensado por la simplicidad de la preparación del enfermo; las perturbaciones intestinales son muy reducidas y el temor a los accidentes observados con las inyecciones endovenosas es eliminado; la repleción opaca es más constante y superior a la que se obtiene por la administración de la dosis única *per os*, e igual o mejor que la obtenida por inyección endovenosa. Proyección de diapositivos.

Estudio de la colecistografía rápida: R. GILBERT y M. DEMOLE (Génova).

Analiza la colecistografía acelerada, en 19 casos personales, mediante una hiperglucemia provocada. Se obtienen *colecistografías positivas* dos horas después de la inyección intravenosa de tetrayodo; imágenes limpias, pero menos opacas que con el método oral fraccionado. Si la *colecistografía es negativa*, y se supone una alteración hepática, está indicado repetir los clichés: la sombra vesicular aparece a veces solamente después de 6 a 9 horas (*colecistografía "tardía"*).

Este procedimiento permitiría por consiguiente apreciar la intensidad de los trastornos funcionales hepáticos, tan a menudo asociados a las colecistopatías.

Importancia del estudio de la evacuación de la vesícula biliar: Augusto NEMOURS (París).

Insiste el autor en la necesidad de estudiar la evacuación de la vesícula biliar después de la absorción de la comida de BOYDEN.

Este estudio debe hacerse mediante clichés múltiples de este órgano.

Permite no considerar como normales vesículas

las cuyo tiempo de evacuación es considerablemente alargado.

NEMOURS Augusto, después de verificaciones operatorias, considera este aumento del tiempo de vaciado como un signo de colecistitis crónica.

El estudio de la evacuación permite descubrir cálculos que no son visibles cuando el tetrayodo tiene un gran espesor en la vesícula.

Este autor no interpreta como contracciones las modificaciones de la vesícula mientras se reduce, tal cual se ve en los clichés en serie.

Este estudio es finalmente importante para darse cuenta del estado del cístico y de las vías biliares.

Radiodiagnóstico de la colecistitis no litiasica y de la pericolecistitis: R. LEDOUX-LEBARD y J. GARCÍA-CALDERÓN (París).

En la colecistitis no litiasica y en la pericolecistitis, el examen radiológico, no podría, en general—en razón de la naturaleza misma de los procesos—procurarnos la visualización directa de la lesión, que constituye por sí sola un signo de certeza absoluta, certeza que por otra parte no se obtiene a menudo más que con el examen microscópico.

Cuando menos, nos aporta muy numerosas presunciones, entre las cuales consideramos como las más importantes: 1.º La visibilidad anormal de la vesícula; 2.º La ausencia de opacificación (debidamente controlada) por el tetrayodo o, cuando la prueba es, por el contrario, positiva, ciertas deformaciones de la sombra, trastornos de la contracción y de la evacuación vesicular; 3.º Las modificaciones de la imagen del cístico y del colédoco; 4.º, finalmente, ciertos signos gastro-duodenales.

Pero estos datos no pueden ser recogidos y no podrían adquirir un valor *real* más que con la ayuda de una exploración larga, minuciosa y compleja desde el punto de vista técnico.

Su valor es desigual y a veces incierto. Conviene atribuir una importancia sólo muy relativa a los datos puramente morfológicas o topográficos. Un examen estrecho y una gran experiencia son indispensables a quien quiera evitar groseros errores.

Con todo, estos indicios nos permitirán lo más a menudo, por su agrupamiento, por su acoplamiento con los que proporcionan otros métodos de exploración y, sobre todo, por su confronta-

ción con los datos de la clínica, una apreciación exacta de las lesiones.

Estudio de la motricidad de las vesículas litíasicas: P. PORCHER y LAMY (París).

Ante la notable tolerancia de ciertas litiasis vesiculares, los autores han indagado si estas vesículas descubiertas como litíasicas por la radiografía, sin signos clínicos, conservaban una motricidad normal o vecina de la normal.

Sobre 17 casos examinados, en 2 casos solamente la colecistografía ha podido ser positiva y, en 1 caso, la evacuación de la bilis opaca se ha efectuado de modo normal.

Los autores recuerdan a este objeto las estadísticas de GRAHAM, COLE, CIPHER y MOORE que son completamente falaces en cuanto a la obtención de la colecistografía positiva en los casos de litiasis.

Insisten sobre el hecho de que los enfermos estudiados eran más bien sujetos que presentaban cálculos insospechados clínicamente, entrando en el cuadro de las colelitiasis "mudas" de BÉRARD y MALLET-GUY.

La investigación de la función motriz de la vesícula litíásica es, pues, en el estado actual de las cosas, bastante difícil de realizar, por el hecho de la inconstancia de la opacificación vesicular, aun en las vesículas que fisiológicamente no son excluidas.

El estudio radiológico del cólico hepático es evidentemente mucho más simple, pero no entra en el cuadro de este trabajo.

Posibilidades, evolución y limitaciones del radiodiagnóstico vesicular: R. LEDOUX-LEBEARD (París).

Los progresos del radiodiagnóstico clínico están bajo la dependencia estrecha de los progresos de la técnica radiológica. Sin insistir sobre los detalles de ésta, reglada por numerosas e interesantes comunicaciones, recordamos solamente que el radiólogo debe recurrir a una técnica minuciosa y relativamente compleja si quiere poder dar al médico y al cirujano signos que ofrezcan el máximo de seguridad, es decir, si quiere—en fin de cuentas—prestar a los enfermos todos los servicios que tienen derecho a esperar de él.

Son estas condiciones físicas y, esencialmente,

de "contrastes", debidos a la permeabilidad o a la no permeabilidad de los cuerpos a los rayos Roentgen, las que determinan las posibilidades del radiodiagnóstico biliar. Pero mientras que ciertas imágenes, como las de una sombra calcúlosa indiscutible, por ejemplo, constituyen una *visualización directa* de la lesión, análoga, por ejemplo, a la del nicho de una úlcera de la pequeña curvadura, y permiten, previa eliminación de las causas de error posible, un *diagnóstico de casi certeza*, existen muchos otros que no podrían ser más que signos *absolutamente indirectos* y que comportan casi siempre una *probabilidad de duda* bastante considerable.

A pesar de los progresos de la técnica, a pesar del advenimiento de la colecistografía, que nos permite hoy visualizar con certeza la vesícula (siempre que no sea excluida), después de una simple ingestión oral de tetrayodo, no ocurre lo propio para la mayor parte de las afecciones *no litíasicas*.

El autor ilustra estos datos con una serie de proyecciones y recuerda que si la perfección técnica es indispensable, el examen minucioso y reflexivo, la *interpretación razonada* de las imágenes examinadas con detenimiento no lo es menos, si queremos aproximarnos gradualmente a un radiodiagnóstico vesicular "100 por 100", y no dejar subsistir más que un mínimo factor—por lo demás inevitable—de causas de error casi imposibles de prever.

Valor de los procedimientos radiológicos de localización de los cálculos subhepáticos: G. MAIGNOT (París).

El eje de la cuestión es el diagnóstico diferencial de los cálculos biliares y de los cálculos urinarios. Los métodos de localización en profundidad, no son seguros ya que operan una determinación geométrica y no una determinación anatómica. La estereoscopia es muy elegante, pero sin precisión. El estudio del desplazamiento de las sombras sobre el área renal, durante el ciclo respiratorio, ha hecho tomar cálculos urinarios por cálculos biliares y *viceversa*. La localización de los cálculos del colédoco relacionándolos con el duodeno inyectado de substancia opaca o de gas, no da resultado más que de tiempo en tiempo. Las insuflaciones abdominales comportan peligros y no consiguen siempre el objeto. La ureteropielografía líquida o gaseosa

y la colecistografía son los mejores auxiliares del diagnóstico. La simplicidad de la colecistografía, la impone en todos los casos dudosos.

Con ayuda de estos medios, es generalmente posible llegar a la localización anatómica de los cálculos subhepáticos, pero existen casos excepcionales para los cuales el diagnóstico es imposible.

Del diagnóstico de las manchas y particularmente de las sombras calcúlosas de la región subhepática: F. LEPENNETIER y R. NADAL, Hospital Saint-Louis (París).

Estudian los autores los diversos medios actualmente empleados para poner en evidencia e identificar las sombras calcúlosas de la región subhepática. Empiezan primeramente pasando revista de las indicaciones respectivas de la radioscopía, de la radiografía simple sin preparación opacificante y de la radiografía previa preparación especial de contraste: por inyección de aire o por opacificación (vías intravenosa, *per os*, por lavado, por pielografía retrógrada, etc.). Describen seguidamente las sombras calcúlosas según su forma, su sitio y los caracteres patognómicos que provocan a menudo el diagnóstico "d'emblée". Finalmente los autores indican, por una serie de casos clínicos típicos, la marcha a seguir para precisar el sitio de un cálculo, sirviéndose sucesivamente de la colecistografía, de la pielografía; estudio crítico de los métodos radiográficos dando las indicaciones del diagnóstico diferencial con los quistes calcificados, hepáticos y pancreáticos, cálculos pancreáticos, concreciones mesentéricas, calcificaciones ganglionares, costales, suprarrenales, etc., etc.

Contribución a la localización de las imágenes calcúlosas de la región subhepática: CARNOT y DIOCLÉS.

Los autores exponen el método que utilizan en la clínica médica del Hôtel Dieu de París para establecer la discriminación entre los cálculos

biliares, renales y las falsas imágenes calcúlosas.

Por el empleo simultáneo del método de GRAHAM con la ingestión de diagnotorine realizan una duodeno-colecistografía estereoscópica, mostrando a la vez las relaciones anatómicas entre los cálculos de la vesícula y del duodeno.

Numerosas observaciones clínicas y verificaciones operatorias demuestran la precisión de este método.

Litiasis biliar y perforación de la vesícula comprobada por radiografía: CAMBIES (Chatelguyon).

El autor proyecta radiografías de un caso interesante de perforación de la vesícula: se trataba de un litiasico con tres cálculos en el fondo de la vesícula, y 2, más pequeños, en las adherencias desarrolladas entre el ángulo cólico derecho y el fondo de la vesícula.

La operación permite comprobar la existencia de esta perforación; un fragmento de cálculo estaba enclavado en la pared vesicular.

Visualisation of the biliary system by fluorescence, following the intravenous injection of mercurochrome, or the direct injection of the dye into the gall bladder itself. An. Animal Study: CHAS. J. SUTRO, M. D. and MICHAEL S. BURMAN, M. D.

La tintura de eosina o de mercurocromo, cuando se inyectan en la vena, son vertidas rápidamente por el sistema biliar, fuerte y prontamente concentradas. Estas tinturas se hacen fluorescentes y de un tinte amarillo de oro, cuando se exponen a las acciones de la luz filtrada de los rayos violeta, cuya intensidad espectral mayor es de 366 milmicras. En el abdomen abierto, después de la inyección de una de las tinturas, sea endovenosa, sea directamente en la vesícula biliar, y exposición a las acciones de la luz filtrada, la vesícula biliar y los conductos aparecen de color amarillo de oro. El sistema aparece como disecado anatómicamente.

(Concluirá)