

CANO HEVIA.—Rev. Clin. Esp., 44, 188, 1952.
CANO HEVIA.—Ensayos breves Academia Nueva, vol. II, 1954.
GRÜHLE.—"Psychologie der Schizophrenie" (con BERZE).
Springer, 1930.
GRÜHLE.—"Verstehende Psychologie". Thieme, 1948.
MAYER-GROSS.—Klin. Wschr., 3, 175, 1924.
MAYER-GROSS.—Arch. f. Psychiatr., 87, 30, 1929.
MAYER-GROSS.—J. Of. Met. Science, 90, 378, 1944.
ZUCKER.—K. Arch. Psychiatr., 110, 456, 1939.

SUMMARY

After stating the importance of the phenomenological method in nosologic investigation and clinical assessment of mental diseases, the structure of psychic phenomena and dynamics of their production as well as the aspects defining the participation of the individual in the occurrence of his experiences are studied. The various changes in patients' experiences seen in clinical medicine are reported; they are divided into disturbances in the structure and disturbances in the dynamics of experiences. Reference is made to the phenomenological peculiarities manifested in the various clinical pictures, pointing out the significance that the finding of such disturbances has in relation to the clinical attitudes and, particularly, to therapeutic guidance. The article ends with a description of the results attained in the study of manic-depressive psychoses with this method.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bestätigt die Wichtigkeit der phänomenologischen Methode bei der nosologischen Untersuchung und klinischen Festlegung der Geisteskrankheiten. Dann untersucht man die Struktur des psychischen Phänomens und die Dynamik seiner Entstehung sowie die Facetten

der Beteiligung der Person selbst bei dem Auftreten seiner Erlebnisse. Zum Schluss beschreibt man die verschiedenen Veränderungen der Erlebnisse, die in der Klinik beobachtet werden und teilt diese in Strukturstörungen und Dynamikstörungen der Erlebnisse ein. Man bespricht dabei die phänomenologischen Eigenarten, die bei den verschiedenen klinischen Bildern auftreten und macht darauf aufmerksam, wie wichtig ihr auftreten zur klinischen Behandlung ist, insbesondere zur therapeutischen Orientierung. Man endet mit der Aufstellung der Resultate, die man mit Hilfe dieser Methode beim Studium des Manisch-Depressiven Irreseins erzielte.

RÉSUMÉ

Après l'affirmation de l'importance de la méthode phénoménologique dans l'investigation nosologique et détermination clinique des maladies mentales, on étudie la structure du phénomène psychique et la dynamique de leur production, ainsi que les facettes qui définissent la participation du sujet dans l'apparition de leurs vivances. Enfin on décrit les différentes altérations vivanciales observables dans la clinique; on les divise en troubles de la structure et trouble de la dynamique des vivances, en mentionnant les particularités phénoménologiques qui se manifestent dans les différents tableaux cliniques, en signalant la transcendance de trouver ces altérations pour pouvoir agir cliniquement et surtout pour l'orientation thérapeutique.

On finit en exposant les résultats obtenus avec cette méthode dans l'étude de la psychose maniaco-dépressive.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE COLECISTOPATIA CON BILIS CALCAREA

E. DOMÍNGUEZ RODIÑO y E. DOMÍNGUEZ
D.-ADAME.

Sevilla.

En un trabajo nuestro¹, publicado hace muy poco tiempo, decíamos que la visualización roentgenológica de la vesícula biliar sin medio de contraste era sumamente rara y que en dos circunstancias distintas podía darse esta eventualidad: una, en la que las paredes de la vesícula se infiltraban de cal, dando lugar a la

vesícula de porcelana; otra, en la que lo que se alteraba era el contenido vesicular, originándose la colecistopatía con bilis calcárea, siendo factor común en ambos casos el que se podía objetivar radiológicamente el colecisto sin emplear ningún medio de contraste.

El haber observado un caso de bilis calcárea nos mueve a publicarle, ya que, como la vesícula de porcelana, es un proceso muy raro a juzgar por la escasez de casos observados, tratándose, indudablemente, de procesos nada frecuentes y que, en la mayoría de las veces, por no decir en todas, son exclusivamente hallazgos radiológicos.

Fué CHURCHMANN² quien la describió por

primera vez el año 1911; llamándola con dicho nombre de "bilis calcárea" KNUTSSON³; si bien en 1926 VOLKMANN⁴ la había descrito como la "Kalkmilchgalle" o bilis en lechada de cal. Entre nosotros, GARCÍA BARÓN⁵, hace unos años (1942 y 1943), con motivo de la publicación de sus tres observaciones, hizo un estudio muy completo de la afección, encontrando en su busca bibliográfica, desde 1911 a 1943, unos 50 casos. Como podemos ver, es un proceso extraordinariamente raro, y la característica principal de su anatomía patológica es el contenido de la vesícula. Se trata de vesículas más o menos inflamadas, pero conteniendo mayor o menor cantidad de una masa blanquecina formada casi exclusivamente por carbonato de cal. Con gran frecuencia existen cálculos de diversos tamaños—su visualización, según BOCKUS⁶, permite establecer el diagnóstico con absoluta seguridad—y la mayoría de las veces—es un dato de extraordinario interés por su significación patogénica—uno de ellos bloquea el cuello vesicular dejando excluida a la vesícula. Esta oclusión del cístico—calculosa unas veces y otras no, como después veremos—se considera como uno de los factores esenciales en la determinación del cuadro. El carbonato cálcico precipitado forma una mezcla más o menos homogénea con la bilis; se deposita en el fondo vesicular, pudiéndose llenar parcial o totalmente la vesícula. Su consistencia es la de un líquido muy espeso, de color blanco yeso, o amarillento si contiene pigmentos biliares en demasía. Su composición es de carbonato cálcico en el 95 por 100 y el resto pequeñas cantidades de colesterolina, pigmentos biliares y fosfato potásico. La sustancia calcárea no constituye sólo el contenido de la vesícula, pues por encima—en los casos parciales—puede existir bilis clara de tipo hidrópico y con menor peso específico que la calcárea. Es frecuentísima la existencia de cálculos. Normalmente son de colesterolina y, como dijimos anteriormente, uno de ellos puede estar enclavado en el cístico. Generalmente se trata de vesículas pequeñas y retraídas con alteraciones de tipo inflamatorio.

Clínicamente—como la vesícula de porcelana—no tienen sintomatología propia. Estos enfermos pueden exhibir la historia banal de unos cólicos hepáticos que nos hagan sospechar una litiasis corriente. Es frecuente que falten los accesos febriles y que nunca hayan tenido ictericia. E incluso a veces (caso LUCHERINI⁷) puede descubrirse sólo por la radiografía. Es decir, sin historia de enfermedad biliar anterior. Sin embargo, así como en la vesícula de porcelana lo corriente era la negatividad de datos de colecistopatía precedente, en la bilis calcárea lo normal es que exista una historia biliar anterior muy recargada de cólicos hepáticos, si bien con el dato interesante de no ir acompañados de fiebre, vómitos e ictericia. Es decir, dolor únicamente.

Tanto en un caso como en otro lo decisivo es la exploración radiológica. La presencia de una opacidad densa en la zona vesicular, con un nivel horizontal inalterable y sólo influenciado por los cambios de posición del enfermo, nos pueden poner sobre la pista. Se dan como característicos los dos datos siguientes: la negatividad a la colecistografía con contraste y el negativo a la prueba de Boyden. Es decir, la regla es que la vesícula no se llene con las sustancias de contraste usuales y que, además, falte la acción evacuadora de los medios colecistoquinéticos. Hay escasísimas excepciones a esta regla (casos de BERG, KNUTSSON y SCIACCA⁸). Este hecho se basa en la oclusión del cístico, que como hacíamos resaltar anteriormente puede ser por enclavamiento calculoso o por otro mecanismo (estenosis, edema inflamatorio cierre por acodamiento e incluso por cáncer vesicular en último extremo).

En el diagnóstico radiológico diferencial hay que contar con las siguientes eventualidades. Si por previa radioscopía o por radiografía en vacío se descubre una sombra con las características que hemos dado anteriormente, hay motivos para sospechar que se está delante de una bilis calcárea. Pero puede pasar que se haya practicado una colecistografía con contraste, sin radiografía en vacío primeramente, y entonces se puede interpretar, erróneamente, como una colecistografía positiva con opacidad muy densa. De todos modos, esta última nunca es tan acentuada. Y si a esto unimos el negativo del Boyden, puede ser motivo de más que sospechas. La duda queda desvanecida haciendo una radiografía en vacío al pasar algún tiempo.

Con la vesícula de porcelana puede también establecerse diagnóstico diferencial y no resulta demasiado difícil¹. Puede también ser motivo de confusión con un gran cálculo solitario de vesícula. Sin embargo, el nivel horizontal a que antes hemos aludido, y el cambio de forma que éste puede experimentar en los decúbitos, son datos decisivos diferenciales. Por último—siguiendo a BARÓN—, se puede plantear el problema en el caso de fistula biliar que permita el paso de papilla baritada a la vesícula. Creemos, como él, que esta posibilidad es totalmente excepcional. En todas las presuntas fistulas biliares que hemos explorado, sólo en un caso—ya publicado⁸—la papilla rellenó las vías biliares. Tan sólo en alguna observación se ha planteado el problema de si el contenido vesicular era sulfato de bario. Naturalmente que el análisis químico elimina fácilmente la incógnita.

La historia clínica es la siguiente:

Enfermo de treinta y cuatro años, casado, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Desde hace cuatro años sufre de molestias epigástricas a temporadas con intervalos de absoluto bienestar. Tenía períodos de diez a doce días en que le aparecía dolor epigástrico

a las dos horas de haber comido e incluso a veces le despertaba de madrugada. Nunca vómitos. Pirosis postprandial frecuentemente. En junio de 1953 se le observó por primera vez con motivo de haber sufrido una fuerte crisis de epigastralgia irradiada a hipocondrio dere-



Fig. 1.—Decúbito supino.

cho, habiendo necesitado morfina para calmarla. Después había seguido con el cuadro de molestias relatadas anteriormente. Se hizo un examen radiológico que puso de relieve, entre otras alteraciones gastrointestinales —de momento no nos vamos a ocupar más que del as-



Fig. 2.—Decúbito en O. I. A.

pecto vesicular—, la presencia de una opacidad, situada a la derecha, que hizo pensar en la posibilidad de una bilis calcárea. Se le hizo colecistografía con Priodax, por vía oral, y el resultado fué negativo. Se llegó a la conclusión que el enfermo tenía un úlcus duodenal y una colecistopatía muy probablemente "kalkmilchgalle".

Se le dejó de ver durante año y medio y en enero de 1955 aparece de nuevo en la consulta. Durante todo este tiempo ha sufrido cinco crisis de dolor fortísimo en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, necesitando en todas Dolantina. En ninguna, vómitos. En ninguna, ictericia. En ninguna, fiebre.

A las veinticuatro horas de la crisis se encuentra muy bien. Conserva muy buen estado general (hace dos años pesó 85 y ahora pesa 87). Un examen de sangre ha sido normal. Otro de orina sólo pone de relieve una urobilina de dos cruces. Se le han hecho diversas radiografías (ver radiografías) en distintas incidencias y por el doctor RODRÍGUEZ DE QUESADA se le ha practicado exploración radiológica con Biligrafín. Como puede verse, en todas ellas se aprecia la presencia de un cálculo que por el sitio en que está situado puede corresponder al cístico. En las radiografías de diferentes años se aprecia bastante bien que en la última el contenido de la vesícula es mayor. En los decúbitos puede observarse



Fig. 3.—A. P. Bipedestación.

perfectamente el cambio que experimenta el nivel. El Biligrafín ha repleccionado (a los 30 y 60') las vías biliares. La vesícula no se ha conseguido visualizar. Al terminar dichas exploraciones se ha practicado de nuevo radiografía en bipedestación, apreciándose perfectamente la vuelta a su nivel de la bilis calcárea.

Se trata, pues, de una colecistopatía con bilis calcárea en la que la exploración radiológica ha sido lo único capaz de ponerla de relieve, ya que por la sintomatología y exploraciones no exhibía ningún signo especial que pudiera distinguirla de otro tipo de litiasis vesicular.

BIBLIOGRAFÍA

1. DOMÍNGUEZ RODRÍGO, E. y DOMÍNGUEZ D.-ADAME, E.—Rev. Clín. Esp., 45, 367, 1954.
2. CHURCHMAN, J. W.—Bull. Johns Hopk. Hosp., 22, 223, 1911.
3. KNUTSSON.—Acta Radiol., 453, 1933.
4. VOLCKMANN, J.—Munch. Med. Wschr., 73, 2.014, 1926.
5. GARCÍA BARÓN, A.—Rev. Clín. Esp., 6, 390, 1942 y 10, 414, 1943.
6. BOCKUS, H. L.—Gastroenterología, pág. 649, tomo III. Edit. Salvat, 1948.
7. LUCHERINI.—Policlinico, 1.339, 1940.
8. DOMÍNGUEZ RODRÍGO, E.—Med. Clín., 4, 399, 1945.