

ALGUNOS ASPECTOS CLINICOS DE LA COLECISTITIS CALCULOSA

A. ALONSO ALEGRE y P. MARTÍNEZ PRUDENCIO.

Clinica de Aparato Digestivo del Santo Hospital Civil
del Generalísimo Franco (Basurto, Bilbao).

Jefe: Doctor J. L. OBREGÓN.

Basándonos en una serie de casos clínicos, algunos de los cuales presentamos, exponemos esta comunicación, no pretendiendo con ella realizar una revisión de conjunto sobre tema tan estudiado como la litiasis vesicular, sino únicamente llamar la atención sobre esta enfermedad a la que se recurre tanto en el diagnóstico (aunque mucho menos que a la colecistitis no calculosa) sin datos ciertos, y por el contrario, otras veces que existe pasa inadvertida, ya sea por no haber pensado en ella a la hora del interrogatorio o por no haber valorado bien los datos obtenidos por anamnesis, practicando después los exámenes complementarios que nos pueden ayudar a resolver el problema.

Nos apartamos deliberadamente de todo aquello que no sea su estudio clínico, no tocando siquiera todos los aspectos de este último.

Al hablar de colecistitis calculosa viene a la mente de todos la clásica sintomatología del cólico hepático. A éste, ya que cuando se presenta podemos hablar de manifestaciones características de la enfermedad o de una complicación, así como a los enfermos que cuentan en su historia clínica cólicos hepáticos típicos más o menos repetidos, no nos vamos a referir, ya que las dificultades diagnósticas entonces son menores.

Nos referimos a toda esa serie de pacientes con molestias dispépticas o imprecisas, referidas casi totalmente al estómago, y en los que después de un estudio radiológico gastroduodenal sin hallazgos que nos hagan pensar en gastritis, úlcus, neoplasia, etc., les diagnosticamos de trastornos funcionales, neurosis, dispepsia de este o aquel tipo, etc.

Si nosotros en estos casos tenemos presente la colecistitis calculosa y seguimos practicando exámenes complementarios, especialmente colecistografías, veremos que en muchos de ellos se trata de una colecistitis calculosa.

En efecto, la evolución clínica de la colelitiasis es de lo más complejo y su sintomatología de lo más variado. Hay que tener en cuenta ante este tipo de historia clínica que la litiasis biliar es una gran simuladora de afecciones gástricas.

Según las estadísticas de RAMOND, por cada diez dispépticos habría tres litiásicos, e inversamente el 50 por 100 de los litiásicos biliares presentan molestias gástricas.

EPPINGER dice que la litiasis biliar es a me-

nudo latente, existiendo numerosas formas que no se traducen por ningún síntoma y cuya existencia se aclara con ocasión de una exploración radiológica o de una autopsia, pero que si entre los enfermos de litiasis latente buscamos con cuidado en sus antecedentes se descubren casi siempre pequeños síntomas que podíamos llamar "frustrados" como dolores, molestias digestivas de distintos órdenes, manifestaciones febriles inexplicadas, etc., que podrían ser en cierto modo atribuidas a la colecistitis calculosa. Sería más justo, pues, de acuerdo con FIESSINGER, hablar de litiasis sin diagnosticar que de litiasis sin síntomas.

Por algunos se han llegado a fijar cifras de un 50 por 100 para la litiasis latente, cosa que nos parece exagerada. Las observaciones de TRUEDELL (practicando exploración sistemática de la vesícula en 500 laparatomías) dan una frecuencia de un 12 por 100.

De todo esto podemos sacar las siguientes deducciones:

1.º Que no basta la presencia de cálculos para que aparezca el síndrome colecistítico clásico, no siendo nuestro objeto entrar en el estudio de los factores determinantes, y que el colelitiásico puede permanecer asintomático durante mucho tiempo después de la formación de los cálculos y aun después de haber tenido los primeros síntomas.

2.º Que las enfermedades de la vesícula biliar, especialmente la colelitiasis, tienen bajo el punto de vista de los síndromes dolorosos epigástricos una importancia de primer orden.

LOEFER, de una manera un poco esquemática, distingue cuatro síndromes dispépticos como típicos de la afección que nos ocupa, y que son los siguientes:

1.º Caracterizado por dolor antes de las comidas, sensación de "hambre dolorosa". Es una sensación penosa, anormal, que desaparece rápidamente después de una ingestión alimenticia, pudiendo observarse, si el enfermo no ingiere nada, verdaderos mareos y vértigos, así como náuseas y vómitos. Esta sintomatología puede confundirnos con el úlcus y con la hipoglucemia.

2.º Dolores, o más bien un trastorno, durante o inmediatamente después de las comidas, consistente en una sensación de inflazón, de barra transversal, de calor, pesadez y a veces de ligero vértigo. Todas estas molestias se parecen a las de la simple aerofagia.

3.º Más frecuente. Síndrome doloroso tardío. Dolores a las tres o cuatro horas después de las comidas, con dolores marcados de madrugada, siendo por tanto su sintomatología casi idéntica a la de la úlcera duodenal.

A este respecto, CHAUFFARD insiste sobre el carácter gastralógico de ciertos accesos paroxísmicos de la vesícula biliar, pudiendo a veces observarse vómitos. Estas formas corresponden-

rían a reacciones inflamatorias de la mucosa piloro-duodenal.

HARVIER habla del carácter verdaderamente especial a que puede llegar esta crisis dolorosa: dolor tardío, verdadera crisis gástrica, que llega a recordar por su violencia a la de la tabes o a la de la pancreatitis, pudiendo ser necesario el uso de la morfina.

Estas formas gastrálgicas tienen mucha analogía con el cólico hepático, pero es necesario saber que hay casos en que el dolor puede reaparecer diariamente—aun con el mismo carácter de dolor tardío—durante varias semanas. Pero generalmente, en lugar de aparecer regularmente después de las tres comidas, lo hace después de cualquiera de ellas, mas con una preferencia especial después de la cena.

4.º Por último, dolores continuos con exacerbaciones, que aparecen a las horas indicadas en el tipo anterior.

Lo que caracteriza a estos síndromes dolorosos es que por lo general no se presentan de una manera continua y duradera, sino que aparecen por cortos períodos de unos días y raramente de algunas semanas.

Además de estas molestias, ocurre que frecuentemente se observan otros síntomas asociados o aislados. Por ejemplo, náuseas al despertarse, que llegan a veces a tener el carácter de vómito bilioso, vértigos con verdadero estado de mareo, especialmente en caso de viajes, pituitas o vómitos mucosos, pegajosos, que aparecen a las mañanas al despertarse, y, por último, en ciertos casos excepcionales, hemorragias intestinales comparables por sus caracteres e importancia a las hemorragias de la úlcera duodenal (caso núm. 1). Claro es que todos estos síntomas, si se presentan aislados, son aún de menos valor que si se presentan asociados a alguno de los cuatro tipos dispépticos de LOEGER.

Aparte de estas molestias que hemos descrito, hay que tener en cuenta otro tipo de molestias como las intestinales, respiratorias, cardíacas y nerviosas, menos importantes, que conviene mencionárselas, y en las que apenas nos detendremos.

En una litiasis biliar pueden observarse dolores cólicos idénticos a los de una colitis espástica, dolores espontáneos bajo la forma de crisis paroxísticas localizados en fosa ilíaca izquierda (como en nuestro caso núm. 6). Estas colitis espásticas no corresponden más que al llamado "colon irritable", y cuya espina irritativa puede estar en vesícula biliar, pero no son específicas ni mucho menos de la colecistitis, si bien antes de diagnosticar de colon irritable nos hemos de percatar de la existencia o no de colelitiasis.

También se ha insistido sobre la diarrea prandial, a la que se confirió gran valor en el diagnóstico de la litiasis, pero hoy sabemos que

este síndrome de la diarrea prandial no es en modo alguno característico de dicha afección.

En el curso de una colecistitis pueden aparecer dolores cecales y dolores apendiculares sin que existan lesiones de vecindad en estas regiones. Puede existir una colecistitis con dolores apendiculares, como puede existir una apendicitis con dolores vesiculares, pero la alteración concomitante de apendicitis y colecistitis no es tan frecuente como se creyó en un principio.

Las molestias respiratorias (aparición de una tos seca en el momento de la inspiración forzada y disminución del murmullo vesicular en base derecha) son raras, no características, no tienen valor constante y sólo hacemos mención de ellas.

Algo más frecuentes son las molestias cardíacas. Repentinamente, de un modo inesperado, pero más a menudo después de la cena, aparece un dolor angustioso comparable a una crisis retroesternal, acompañado a veces de taquicardia, pudiendo notarse a la auscultación una ligera arritmia extrasistólica. Es la denominada forma anginosa del cólico hepático. No adquieren la intensidad de la angina de pecho, son más fugaces y pasajeros. Se trata de dolores torácicos por efecto de espasmos vesiculares y son manifestaciones reflejas de origen órgano-vegetativo sobre el aparato circulatorio o corazón.

En cuanto a las molestias nerviosas, se han citado las cefalalgias acompañadas de vómitos biliosos y alimenticios. Es difícil asegurar en estos casos la participación de la vesícula biliar en la producción de estas cefalalgias, que generalmente son debidas a una jaqueca. Es corriente ver en nuestras consultas enfermos que aquejan cefalalgias con vómitos biliosos y acuden a ellas por creerse portadores de una afección hepatobiliar, cuando lo que ocurre es que el mismo mecanismo que pone en marcha el trastorno circulatorio del encéfalo provoca una coledisquinesia con mayor aflujo y espesamiento de la bilis, acompañado muchas veces de un antiperistaltismo duodenal que hace refluir gran cantidad de bilis al estómago.

Por lo que respecta a las manifestaciones cutáneas, urticaria y xantelasma, no tienen nada de característico, aunque no dudamos que hay casos de colecistitis que cursan con ellas.

Dado el poliformismo clínico que puede presentar la colecistitis calculosa, insistimos que cuando un enfermo presente una historia más o menos gástrica o intestinal, y explorado radiológicamente tubo digestivo no encontremos signos de lesión orgánica, debemos practicar una colecistografía, y más tarde, si fuera preciso, sondaje duodenal.

La colecistografía por vía oral es hoy fácil de practicar. Antes, con la tetrayodofenoltaleína (Bilicontrast, Oraltetragnost), teníamos el inconveniente de lo desagradable de su toma,

así como la producción en bastantes casos de diarreas y vómitos. El enfermo la rechazaba con relativa frecuencia, y es más, muchas veces, si había que repetir la exploración, se negaba a ello.

Hoy, con los nuevos preparados Priodax, Biliselectan o Biliumbadil [beta-(4-hydroxy-3,5-diiodophenyl) - alfa - fenil - propiónico - ácido] e Isocolefanina (ácido diiodofenil - hidroparacumárico), estos inconvenientes han sido subsanados ya que son cómodos de tomar y no desagradables, siendo la irritabilidad gastrointestinal prácticamente nula. Además tienen la ventaja de que se eliminan por orina, absorbiéndose en el intestino, por lo que no existe colorante en las asas intestinales que dificulte la visualización de la vesícula.

Nosotros hemos empleado la dosis única de 3 gramos, y en 183 colecistografías hemos obtenido un porcentaje de negatividades de un 15 por 100, si bien todos los colecistogramas negativos se refieren a enfermos con historia clínica de cólicos hepáticos típicos y varios con exclusión vesicular comprobada en la intervención quirúrgica.

Estos nuevos colorantes se toman después de una cena exenta de grasas (no exigiendo días previos de preparación) y a las doce o catorce horas practicamos las radiografías. Por tanto, si es más cómodo y menos desagradable el ingerir seis comprimidos de Biliselectan o unos gránulos de Biliumbadil o Isocolefanina que el tomar una papilla de bario, no vemos inconveniente en practicar siempre esta exploración que nos puede solucionar el diagnóstico, máxime teniendo en cuenta que sus resultados son superiores a los obtenidos con los medios de contraste empleados anteriormente y no tienen los peligros de la administración intravenosa.

Después de la primera radiografía practicamos la "prueba de Boyden" por creerla de interés, ya que aparte de orientarnos sobre el funcionalismo vesicular nos puede aclarar imágenes dudosas de la primera radiografía.

Ahora bien, las molestias que hemos descrito anteriormente no son específicas de la colelitiasis, y aunque se presentan con frecuencia en ella todos sabemos que pueden ser debidas también a otros trastornos o afecciones. Por ejemplo, las molestias que describe LOEPER en su tipo segundo, lo mismo que los eructos, pueden ser debidas a degluciones de aire, a comer de prisa, así como a estados de ansiedad, miedo o tensión nerviosa. Pueden ser motivadas por una úlcera péptica o una hernia del hiato, pero estos dos procesos los descartaremos por el estudio radiológico del tubo digestivo.

Aunque BOCKUS y otros autores dicen que en la colelitiasis es raro que existan síntomas dispépticos de importancia entre los cólicos, nuestra experiencia personal habla a favor de que muchas veces estas molestias dispépticas o crisis dolorosas no típicas de cólico hepático

son debidas a la colelitiasis, ya que desaparecen al practicar la colecistectomía.

Claro es que ante molestias dispépticas de estos tipos en un enfermo portador de una litiasis vesicular, el buen juicio crítico del médico valorando—en cada caso—la historia clínica, el temperamento del enfermo, la exploración física, el sondaje duodenal si fuera preciso, etc., es el que ha de decidir si dichas molestias son atribuibles a la colelitiasis y si procede la intervención quirúrgica.

A continuación exponemos algunos de nuestros casos clínicos, así como el criterio que nos ha guiado en cada uno de ellos.

Caso núm. 1. Felipe U., sesenta y un años, 25-II-49. Desde hace dos años aqueja a días sueltos dolor lento en epigastrio a media tarde, que calma con alcalinos y no con la ingesta. El 3-XII-48 tuvo melenas intensas con lipotimia. En la actualidad se encuentra sin molestias. Palpación abdominal y exploración radiológica de tubo digestivo, normales.

23-XII-49. Hasta hace tres meses ha estado bien. Desde esta fecha, dolor de espalda a media tarde, que calma con la ingesta. Ha perdido 10 kilogramos de peso.

A la palpación abdominal se aprecia en hipocondrio derecho una tumoración como una nuez, dura, indolora, desplazable con la respiración y maniobras manuales, que parece corresponder a vesícula biliar.

Radioscopia.—Estómago y duodeno normales, apreciándose una sombra opaca a la derecha del arco duodenal, que corresponde a la tumoración palpable y que comprime ligeramente el arco duodenal (fig. 1).

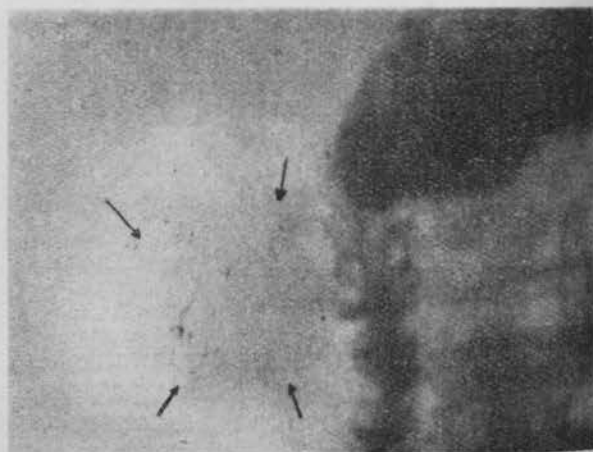


Fig. 1.

Con el diagnóstico de litiasis vesicular es intervenido, encontrándose en la operación cuatro cálculos grandes, habiendo producido uno de ellos una ulceración del lecho vesicular que podría explicar perfectamente las hemorragias. Se practica colecistectomía. El enfermo en la actualidad se encuentra bien.

Caso núm. 2. Teresa A., cincuenta y tres años, 11-X-49. Hace quince años, cólico hepático sin ictericia. Desde entonces ha venido aquejando molestias ligeras en epigastrio e hipocondrio derecho, sin ritmo diario ni estacional, que unas veces calman con la ingesta y otras no. Pesadez y plenitud gástrica recién comida. En este año ha perdido 14 kilogramos de peso. Acude a nuestra consulta con el diagnóstico de neoplasia gástrica, portando la siguiente hematimetría: 3.400.000 hematies; Hb., 94 por 100; V. G., 1.38.

Exploración.—Ligera palidez de piel y mucosas. Por lo demás, negativa.

Radiología gastroduodenal, normal (fig. 2).

4-XI-49. Está mejor, habiendo ganado 2 kilogramos de peso. La radiología gastroduodenal es normal nuevamente. Se le practica colecistografía, que resulta negativa. Ante ello descartamos por completo el cáncer y diagnosticamos litiasis biliar.

En la intervención (16-II-51) se encuentra un cálculo



Fig. 2.

solitario en vesícula, del tamaño de una nuez, con pericolecistitis. Colecistectomía.

La enferma se encuentra perfectamente en la actualidad, habiendo ganado mucho peso.

Caso núm. 3. Benita G., setenta y dos años. 28-II-49. Desde hace dieciocho años padece molestias sin ritmo, consistentes en dolor en epigastrio, que se irradia en cinturón a espalda, de tipo muy tardío, que no ceden con la ingesta y ceden espontáneamente al cabo de unos cuarenta y cinco minutos. Pesadez e inflazón gástrica. Las grasas le sientan mal. Estreñimiento. Desde hace un mes los dolores son más intensos, durando horas en ocasiones.

A mediados del año 1946 tuvo una crisis dolorosa aguda de tipo radicular, siendo diagnosticada (previo



Fig. 3.

examen radiográfico) de espondiloartrosis de sexta y séptima vértebras dorsales.

Exploración.—Palpación normal. Radiología gastroduodenal, normal. Colecistografía: Positiva con muy poca concentración del medio de contraste, apreciándose varias imágenes de cálculos afacetados. Se observaba también su espondiloartrosis (fig. 3). Dada la edad de la enferma, y no estando ella animada a la inter-

vención, no insistimos nosotros por existir dos causas que podrían originarle dolores: su litiasis y su espondiloartrosis. Sometida a tratamiento médico sus molestias son menores.

Caso núm. 4. Isabel V., treinta años. 28-I-52. Desde hace dos años, molestias por épocas cortas, consistentes en pesadez gástrica postprandial, que no cede y es más intensa a las dos horas de la ingesta. Acidez y ardores. Sensación de opresión epigástrica, a las noches, en la cama. El 31-XII-51, dolor fuerte en epigastrio a media tarde, acentuándose a las once de la noche, con escalofríos y durando dos horas más. Desde entonces aqueja dolor epigástrico a media tarde, que no cede con la ingesta; con bicarbonato se alivia momentáneamente. Cefalalgia y mareos.

Insistiendo en el interrogatorio cuenta que hace tres años (cuarenta días después de un parto) tuvo una crisis dolorosa nocturna muy intensa en epigastrio e hipocondrio derecho que le duró una media hora. A los



Fig. 4.

tres días ictericia, con coluria y acolia, que duró unos diez días.

Exploración.—Dolor en punto cístico. Murphy positivo. Colecistografía: Se observan imágenes de cuatro cálculos redondeados y de sombra aérea superpuesta a fondo vesicular (fig. 4).

Se le recomienda intervención quirúrgica, que la enferma—por el momento—rechaza.

Caso núm. 5. Angelina V., treinta y siete años. 8-XI-51. AP. En tres ocasiones ha tenido vómitos biliosos de madrugada, con ligeros dolores de vientre y diarrea, coincidiendo siempre con excesos alimenticios. Al día siguiente solía encontrarse bien. E. A. Hace ocho meses, dolor intenso de madrugada en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho, durándole unas tres horas y calmando con calor. No vómitos, escalofríos, fiebre ni ictericia. Le ha repetido otras cuatro veces. En los intervalos aqueja eructos abundantes y ruidosos, que a veces le producen angustia y disnea. Pesadez gástrica a días sueltos. Palpitaciones. Muy nerviosa y aprensiva.

Exploración.—Palpación abdominal, normal. Examen radiológico gastroduodenal, normal. Colecistografía: Se

aprecia una imagen de cálculo solitario en fondo vesicular (fig. 5).

Se le somete a tratamiento médico, encontrándose aliviada. Ahora bien, en caso de persistir los cólicos cree-



Fig. 5.

mos que la intervención los haría desaparecer; pero sus molestias de eructos, inflazón, disnea, etc., es posible que continuasen, pues tenemos la impresión de que son debidos a crisis de aerofagia.



Fig. 6.

Caso núm. 6. Eduardo Ch., cuarenta y nueve años. 6-VI-51. Desde hace diez años padece molestias por temporadas, consistentes en acidez, ardores y dolor en

hipocondrio derecho a las cuatro horas de la ingesta. Cedían con la misma y con alcalinos. Alternativas de estreñimiento y diarrea. Desde hace ocho días, dolor en fosa iliaca izquierda con diarrea (seis deposiciones diarias diurnas, de color verdoso, sin moco ni sangre).

Exploración.—Dolor en punto cístico. Murphy, débilmente positivo. Radioscopia gastroduodenal y con enema opaco, normales. Colecistografía: Imágenes de dos cálculos bastantes grandes en fondo vesicular (fig. 6).

Creemos que este enfermo, aparte de su litiasis biliar, padece un "colon irritable", cuya espina irritativa podría estar en vesícula. Se le recomienda intervención quirúrgica.

Caso núm. 7. María Pilar V., cuarenta y seis años. 8-I-51. Desde hace dieciséis años padece diarreas con mucha frecuencia, haciendo tres o cuatro deposiciones diarias, pastosas, con bastante mucosidad. En tres oca-



Fig. 7.

siones ha tenido enterorragias de mediana intensidad (la última hace cuatro años). De vez en cuando agudizaciones de su diarrea, haciendo gran número de deposiciones líquidas. Comidas pesadas le sientan bien a veces, y en cambio, en otras ocasiones, le hacen daño comidas ligeras. Náuseas. Mareos. Algún vómito alimenticio de vez en cuando. Flatulencia. A veces dice que se le ponen los ojos amarillos. Disnea de esfuerzo. Palpitaciones. Orina y menstrua bien. Cefalalgias intensas. Duerme muy mal y siempre tomando hipnóticos. Muy nerviosa y sensible. Manifiesta "que está averiada por todos los sitios", "que padece algo de asma bronquial", "que tiene desviada la matriz y una infección urinaria". Se administra inyecciones de pantopón por sus cefalalgias.

Exploración.—Dolorimiento difuso en abdomen, más acentuado en punto cístico. No se observan anomalías dignas de mención en el estudio radiológico de tubo digestivo. Colecistografía: Vesícula biliar plenificada con poca concentración del medio de contraste, apreciándose imágenes de cálculos múltiples (fig. 7). Wassermann y complementarias, negativas. Heces: No se aprecian parásitos, Hematimetría, fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación y orina, normales.

En esta enferma creemos que su litiasis tiene muy poco que ver en su complejo cuadro, pues presenta un marcado fondo psiconeurótico, es reacia a seguir las prescripciones médicas si están en contraposición con sus diagnósticos preestablecidos y en cambio toma hipnóticos "larga manu" e inyecciones de pantopón según sus prescripciones.

Caso núm. 8. Josefa B., sesenta y un años, 15-V-48. Desde hace más de tres años, molestias diarias, excepto en los veranos en que se traslada a Rioja (de donde es natural), pues allí se encuentra muy bien, empezando a notar la mejoría en el tren a medida que se va



Fig. 8.

acercando a su destino. Anorexia, plenitud y pesadez en seguida de la ingesta. Eructos abundantes y ruidosos. "Cree que la comida se le queda detenida en el lado derecho, como si el estómago estuviese inclinado hacia allá." "Tirantez en todo el lado izquierdo, desde la nuca hasta la pierna." "Tengo mala edad para curarme", afirma.

Exploración.—Normal, incluso radiología gastroduodenal, salvo una gran cámara de aire gástrica por aerofagia. Colecistografía: Positiva, apreciándose una imagen de cálculo solitario en fondo vesicular (fig. 8).

En este caso creemos también que su litiasis biliar es inocente, pues después de practicada la colecistografía nos dice que tiene grandes disgustos familiares y nostalgia de su tierra natal, que con toda seguridad son la causa de sus molestias.

Después de exponer estas historias clínicas abundamos en lo indicado anteriormente, es decir, que la colelitiasis puede evolucionar solamente con molestias dispépticas, o con molestias vagas intercaladas entre los cólicos: pero repetimos: Ante una historia de molestias im-

precisas, es el criterio y el buen juicio clínico del médico el que en definitiva debe resolver si procede la intervención, ya que las molestias no debidas a la colelitiasis persistirían y no sería justo achazarlas a "enfermedad post-colecistectomía", sino a una indicación quirúrgica imprecisa.

SUMMARY

The paper consists of eight cases of acute calculous cholecystitis. It is emphasised that some of these cases may develop with vague symptoms of dyspepsia only, which appear between two attacks of colic. This implies that a detailed analysis of the clinical picture should precede diagnosis and indication of surgical treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei Vorstellung von 8 Gallensteinfällen wird darauf aufmerksam gemacht, wie diese ausserhalb der Kolikperioden nur mit ganz vagen, dyspeptischen Beschwerden einhergehen können. Es muss deshalb vor der Diagnosestellung und Indikation zur Operation eine genaue Untersuchung des klinischen Bildes vorgenommen werden.

RÉSUMÉ

On présente 8 cas de cholecystite calculeuse, faisant ressortir que plusieurs de ces cas peuvent évoluer par de simples malaises, dyspeptiques intercalés entre les coliques. Ceci oblige à faire une analyse minutieuse du tableau clinique avant de faire le diagnostic et proposer l'intervention chirurgicale.

EL NARCOANÁLISIS CON BENCEDRINA (*)

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Instituto Neurológico Municipal de Barcelona.
Profesor: B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

El narcoanálisis, como hemos demostrado ya con reiteración, tiene una utilidad creciente en Neurología.

Método exploratorio de fundamento predominantemente psicológico, ensanchó su campo de acción en los dominios de la Psiquiatría a partir de la segunda guerra mundial. Procedimiento curativo de efectos inmediatos y en extremo brillantes, viene imponiéndose en el tratamiento de las psicosis y de las neurosis desde que KLÄSSI dió a conocer su método de la narcosis prolongada. Recurso de excepcional valor cuando se pretende vencer la oposición formal o circunstancial a un interrogatorio in-

(*) Comunicación presentada y discutida en la sesión anual (2 febrero de 1952) de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona.