

tre sus técnicos. Es más unitaria. Lo cual va cercenando, restringiendo, inexorablemente, día a día, aquella secular virtud autónoma, tan alabada, de nuestra profesión. Cuando yo estudiaba Fisiología, cayeron en mis manos dos libros de PI Y SUÑER: "La unidad funcional" y "Los mecanismos de correlación fisiológica". Cobran evidente vigor y actualidad las reiteradas alusiones que el gran fisiólogo hacía a esta unidad que preside todas nuestras funciones y nuestro modo de reaccionar.

Es consolador pensar que nuestras inquietudes actuales habrán de desembocar en nuevas fuentes de progreso. Al parecer se nos han quedado estrechos los moldes clásicos de trabajo. Quizá nuestra época médica sea también época de mutación y esas épocas trascendentes merecen la pena de vivirlas. En todo caso, no tenemos otro remedio sino aceptarlas y extraer de ellas todo su provecho y enseñanza, siquiera nos advierta, de vez en cuando, de lo endeble de nuestras convicciones y de nuestros conocimientos.

## RESUMEN.

Se comentan las características de la patología constitucional y su diferenciación de la patología exógena. Se exponen ejemplos de cómo cada vez más la patología de las enfermedades corresponde a la patología de la totalidad y menos a la patología localicista.

## SUMMARY

The characteristics of constitutional pathology and its differentiation from exogenous pathology are commented upon. Some examples are given to prove that the pathology of diseases approaches holistic pathology as time goes by while it drifts away from the pathology of localisations.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die wesentlichen Kennzeichen der konstitutionellen Pathologie und die Differenzierung dieser von der exogenen Pathologie besprochen. Unter Anführung von Beispielen wird darauf hingewiesen wie die Pathologie der Erkrankungen mehr und mehr der Gesamtpathologie entspricht und von der örtlichen Pathologie abweicht.

## RÉSUMÉ

On commente les caractéristiques de la pathologie constitutionnelle et sa différenciation de la pathologie exogène. On expose des exemples démontrant comment, de plus en plus, la pathologie des malades correspond à la pathologie de la totalité et moins à la pathologie localiste.

## NOTAS CLINICAS

## ULCERA GASTRODUODENAL EN LA INFANCIA

R. DEL VALLE Y ADARO.

J. TAVIRA PARLORIO.

Médico Puericultor, Médico Ayudante del Servicio.

Servicio de Patología Médica del Hospital Provincial de Guadalajara.

Director: Doctor R. DEL VALLE Y ADARO.

Sección especial para el estudio de la Patología Digestiva y de la Nutrición.

El problema de las ulceraciones gastroduodenales en el niño ofrece un primer aspecto digno de atención y es el de su frecuencia ¿Tiene, en efecto, razón GUTTMANN cuando afirma que no son tan raras, sino solamente ignoradas? Por el contrario, están en lo cierto los que, formando una abrumadora mayoría, y de acuerdo con la impresión habitual de los clínicos, incluyen a la

úlcera gastroduodenal entre los fenómenos clínicos excepcionales. Citemos, entre estas opiniones disconformes, la de FINKELSTEIN, que niega la úlcera redonda en niños menores de cinco años, considerándola una rareza en los de mayor edad. También FEER y DELORT consideran inusitada la úlcera en los sujetos muy jóvenes y en el mismo sentido se expresan otros muchos autores que sería prolijo citar.

Creemos que en la relación con este problema es necesario destacar claramente un dato fundamental, y es el siguiente. Es cierto que la facilidad para ulcerarse el aparato digestivo infantil no es, ni mucho menos, excepcional. Estas que acostumbran a designarse como ulceraciones secundarias se localizan sobre todo en el duodeno y suelen ser múltiples, obedeciendo a diversas afecciones agudas o crónicas de naturaleza infecciosa, tóxicas, metabólicas, alérgicas e incluso traumática. Tienen, entre todas ellas, una personalidad peculiar la úlcera duodenal secundaria a los estados de atrofia grave o

úlceras caquéticas de PARROT. Lo típico de todas estas lesiones peculiares de las primeras semanas de la vida es la falta de sintomatología propiamente ulcerosa, que permita intuir las antes de que una hemorragia o una perforación las ponga trágicamente de manifiesto. Una parte no despreciable de melenas neonatorum, sin duda corresponde al desarrollo de estas ulceraciones que comentamos.

Es poco verosímil que, como supone MARFAN, a partir de estas lesiones gastroduodenales erosivas o ulcerosas, secundarias, pueda desarrollarse una úlcera permanente con los caracteres de *ulcus péptico* legítimo.

Junto a este cuadro que acabamos de estudiar con el nombre de ulceración secundaria, debe situarse separadamente, como algo totalmente distinto en su génesis y en su evolución y consecuencias, el auténtico "*ulcus péptico*" superponible al del adulto, el cual es en el niño tan excepcional como lo demuestran los siguientes datos, entre muchos similares: PATERSON, en Inglaterra, entre 1922 y 1944 había encontrado tres casos, y entre 6.056 autopsias realizadas en el Hospital de Glasgow sólo se encontraron nueve úlceras pépticas. PROCTOR, en el material de la Clínica Mayo, compuesto de 8.260 casos de úlceras gástricas, sólo descubrió dos en la infancia. GOLDSBERRY, en un trabajo reciente, recopila la observación existente en la literatura a su alcance (muy extensa por cierto) y encuentra, por lo que a la edad escolar se refiere (entre uno y seis años), cinco casos, a los que añade otro personal.

En España han publicado casos de este tipo BADOSA GASPAS, MARTÍNEZ ALONSO, MORENO DE ORBE y ROVIRALTA en su magistral monografía sobre "Abdomen quirúrgico en el niño".

## II

Las factores etiopatogénicos que intervienen en la úlcera infantil son similares a los del adulto. Sólo comentaremos, por tanto, aquellos aspectos que puedan tener un interés particular.

El valor de la infección es destacado por el ya citado GOLDSBERRY, quien señala las frecuentes infecciones en todos ellos y su mal estado de nutrición.

Los factores psicógenos son también valorables, ya que la mayoría de estos enfermitos corresponde al tipo de los irritables por su nerviosidad, hipersensibilidad, mal humor, difícil educación y sueño irregular. La herencia paterna es también importante, existiendo la úlcera gástrica y duodenal en los antecedentes familiares de muchos de estos niños. Así ocurre en nuestro caso, en tres de los seis recogidos por GOLDSBERRY y en dos de los tres de ROVIRALTA.

El valor del traumatismo como agente etiológico tiene mediano interés y es susceptible como se comprende de interpretaciones muy variadas, y en general las conclusiones tienen una cimen-

tación un tanto deleznable. En algún caso de úlcera infantil, como ocurre también en la del adulto, se recoge el trauma como antecedente próximo al comienzo clínico de los síntomas, pero siempre en la duda de si en realidad actuó como factor desencadenante o simplemente agravante de una lesión existente.

Estudios realizados por ROSSI sobre biotología infantil y disposición a la úlcera han comprobado, como en la estadística de GIOGANI, que una notable proporción de los aquejados de síndrome ulceroso pertenecían al tipo asténico. El mismo criterio emite VIOLA. Por el contrario, STOERK afirma que la úlcera es más frecuente en niños de constitución linfática, pastosa.

La úlcera duodenal predomina en el niño, en relación con la úlcera gástrica, todavía más que en el adulto, ya que la proporción es de 5,2 úlceras duodenales por una úlcera gástrica, contra 2,3 y una, respectivamente, en el sujeto adulto. En cuanto al predominio por uno u otro sexo no se encuentra, al revés que en el adulto, un auge del varón sobre la hembra, ya que la proporción es de 17 a 14 en la estadística de LASSRICH.

## III

Ya hemos dicho antes la grave y dramática evolución que tiene la úlcera gastroduodenal en la primera época de la vida. No insistiremos sobre ello. A medida que la edad del enfermo crece, el cuadro clínico va adquiriendo tipicidad, dominando el dolor y el acidismo, hasta llegar a la pubertad, en que aparece en toda su plenitud el síndrome de dispepsia alternante típico del *ulcus*.

La úlcera infantil puede evolucionar durante años sin ofrecer apenas sintomatología, con una expresión clínica tan descolorida que hace muy difícil identificar a su través el típico y expresivo cuadro de la úlcera del adulto. Contribuye a crear mayores dificultades la falta de colaboración del enfermo. Ausente el relato clínico, imposible en el niño, falta el elemento esencial, casi único, del diagnóstico: la anamnesis y la exploración, por muy detallista que sea, no puede sustituir al relato de las sensaciones del propio enfermo. Por ello es tan difícil identificar la úlcera en estas primeras edades, y a ello contribuye otro factor sobre el que insiste ROVIRALTA, y es lo poco que se prodiga la exploración radiológica en los primeros años de la vida.

Hechas todas estas salvedades, y sin perder de vista la posibilidad de una úlcera asintomática, observamos unas veces la presencia de dolor abdominal continuo, con acentuación, pero sin relación con el horario de la alimentación. En otros casos el síndrome se manifiesta por el dolor aparecido sólo después de las comidas o por la ya más típica hambre dolorosa, que se atenúa con la ingestión de alimentos. Sólo en la pubertad aparece la típica dispepsia alterna evolucionando por temporadas.



Acompañando al síndrome doloroso pueden presentarse vómitos, acuosos o alimenticios, que calman el dolor. El vómito puede dominar por completo la escena clínica y es preciso convenir en que por regla general es ésta una posibilidad diagnóstica poco tenida en cuenta por los clínicos cuando nos enfrentamos con el citado síntoma.

La exploración clínica puede ser poco expresiva aunque pueden existir puntos dolorosos epigástricos, que por lo demás no significan apenas nada, ya que se les observa en otros muchos procesos patológicos del aparato digestivo (GALLART).

La radiografía, tan difícil en el niño, es la única que puede aportar argumentos decisivos para el diagnóstico, pero a condición de que se la practique irreprochablemente y con la reiteración necesaria.

#### Observación 1.ª Historia e informe operatorio:

I. R. H., de doce años de edad, natural de Alcoroches y domiciliada en Guadalajara.

Desde hace ocho años dolores en epigastrio, fuertes, que no guardan relación con las comidas; se calmaban cuando vomitaba. Al principio los vómitos eran de aspecto acuoso y de sabor ácido, pero desde hace unos años son alimenticios y desde hace dos viene observando restos de comidas anteriores. La ingestión de comidas le aumentan los dolores y los vómitos, por lo cual la niña no quiere comer desde hace una temporada nada más que líquidos, y entre los sólidos las patatas y las judías son las que peor tolera. A temporadas tiene acidez y aguas de boca de saber ácido. Algunas veces estreñida. El familiar que la acompaña hace resaltar que desde hace unos años la niña no crece, pues una hermana cuatro años más joven le ha aventajado en estatura. También la notan que no engorda.

Padecimientos anteriores sin interés.

Antecedentes familiares.—Padre, muerto de carcinoma a los 49 años; al parecer, en su juventud (22 años), sufrió molestias de estómago, aparecidas a raíz de un traumatismo por una patada de un caballo, siendo operado de un úlcus. Madre, vive sana. Seis hermanos, cinco sanos y uno muerto de pequeño sin precisar de qué.

El padre tenía cinco hermanos y dos de ellos padecen de estómago, dos de cólicos hepáticos y el que resta, que era hermano gemelar, murió de pequeño.

Exploración clínica.—Enferma delgada y pequeña, que representa unos nueve años de edad en su estatura. Facies progérica. Color pálido de mucosas y piel. No existe el menor atisbo puberal. Pulmón y corazón, normal.

Exploración radiológica.—Sin papilla baritada se aprecia un nivel líquido, que al parecer corresponde a estómago, que se confirma al tomar la papilla, cayendo aquélla al fondo del estómago y llenándose éste de abajo arriba, quedando al final una imagen en media luna o palangana, sobrenadando por encima gran cantidad de líquido. Los movimientos peristálticos se inician muy tardíos y con muy poca intensidad. Por compresión se logra que la papilla entre en antro pilórico, presentando un aspecto filiforme por el cual casi no pasa la papilla en el transcurso de la exploración radiológica.

A las veinticuatro horas de tomada sigue en el estómago gran cantidad de papilla. El resto se encuentra en colon, presentando un aspecto normal.

A las cuarenta y ocho horas ha desaparecido toda la papilla del estómago.

Orina: Normal. Anemia hipocrómica y microcitaria. Diagnóstico.—Estenosis pilórica por probable úlcera gástrica.

Con tal diagnóstico se envía al cirujano (doctor SANZ VÁZQUEZ), que nos remite la siguiente ficha operatoria: Anestesia: General etérea. Intervención: Laparotomía media supraumbilical. Úlcera muy callosa al nivel de

píloro, difícil de liberar. Liberación por debajo de la misma. Amplia resección y anastomosis antecólica. Cierre de la pared por planos.

Abierta la pieza operatoria, úlcera muy grande en curvadura menor cerca de píloro y ulceraciones múltiples en cara anterior y posterior cerca de curvadura menor.

#### Observación 2.ª Historia e informe operatorio:

A. A. L. de dieciséis años de edad, natural de Guadalajara y domiciliada en la misma.

Desde hace seis o siete años tiene molestias de dispepsia ácida por temporadas. Pirosis y algunos vómitos espaciados. Mejorando sus molestias con la ingestión de alimentos. Estreñimiento.

Hace un año tiene una crisis de dolor muy violento en región epigástrica, acompañándose de vómitos muy tenaces, que le duró unos días, desapareciéndole con un tratamiento que le indicaron. A partir de entonces ha tenido varias crisis, del tipo arriba indicado, mejorando a los pocos días.

Antecedentes familiares.—Padre, muerto de cáncer de estómago. Madre, padece de hígado. La abuela materna padecía del estómago. Cinco hermanos sanos; una hermana padece de jaquecas.

Exploración clínica.—Enferma con buen estado de nutrición, buena coloración de piel y mucosas. Pulmón y corazón, normal. Abdomen: Dolor en punto epigástrico.

Informe radioscópico.—Estómago con pliegues gruesos, apreciándose un nicho típico yuxtapilórico. El vaciamiento del estómago es lento.

Informe de laboratorio.—Análisis de jugo gástrico. Prueba de la histamina:

	0 min.	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.
Acidez total.....	0,91	1,60	2,80	1,83	1,09
Acidez libre.....	0,50	1,20	2,19	1,46	0,73
Cantidad de jugo en c. c.....	"	"	"	"	"

Orina: Normal. Anemia hipocrómica y microcitaria.

Diagnóstico.—Úlcera yuxtapilórica.

Con este diagnóstico se le remite al cirujano (doctor SANZ VÁZQUEZ), el cual nos remite la siguiente ficha operatoria: Anestesia: General etérea. Intervención: Laparotomía media supraumbilical. Úlcera pilórica con estenosis. Resección por debajo de la úlcera. Anastomosis antecólica. Cierre por planos.

Abierta la pieza operatoria, gran úlcera yuxtapilórica.

## IV

La hemorragia, la perforación y la estenosis son las tres complicaciones importantes de la úlcera infantil, que en esto se asemeja a la del adulto. La proporción de cada una de ellas puede apreciarse en el siguiente cuadro, que tomamos del trabajo que MORENO DE ORBE publicó en la *Revista Española de Pediatría*.

	Hemorragias	Perforación	Estenosis	Úlcera péptica
	Por 100			
PROCTOR.....	40	25	34	"
ROCHER.....	33	51	31	"
FOSHEC.....	"	61	"	3 casos.
EIRD, LIMPER y MAYER.....	81	30	36	"
THEILE.....	40	12	"	2 casos.
MICHAELSON.....	"	"	"	1 caso.
THORLING.....	"	"	"	1 caso.
TIEGEL.....	"	"	"	1 caso.

La degeneración carcinomatosa, tan discutida en el adulto, es inusitada. Sólo se cita, de libro en libro, un caso de la Clínica Mayo y en un enfermo de dieciocho años.

## V

El tratamiento debe orientarse siempre en sentido médico, salvo en casos de complicación (perforación, hemorragias de repetición o estenosis pilórica), y estará integrado por los recursos bien conocidos del régimen dietético, alcalinos, belladona, etc.

La intervención de elección en los niños es la gastroenterostomía, que da buenos resultados dada la escasa acidez del niño, y en la cual la duración del acto operatorio, tan trascendental en el niño, se reduce al mínimo.

Otros autores, con BEKER, OLPER y PAUS, son partidarios de una gastrectomía económica que no resulta totalmente inocua, ya que se han encontrado casos en los que se desarrollaron anemias secundarias y alteraciones del crecimiento, sin duda ligados a las modificaciones que la mutilación digestiva supone para la digestión y absorción de elementos esenciales para la nutrición y crecimiento infantiles.

## OSTEOCONDROMATOSIS SINOVIOL

E. BALÉN BEJARANO y A. PALMA RODRÍGUEZ.

Médicos Internos.

Casa de Salud Valdecilla.  
Servicio de Huesos y Articulaciones.  
Jefe: Doctor SIERRA CANO.

La osteocondromatosis sinovial o sinovitis hiperplásica osteocondrogenética, como propone denominarla PETTINARI, es una rara afección, benigna, de preferente localización en las grandes articulaciones (rodilla, codo, cadera, etc.), de etiopatogenia poco definida, y que da origen a la formación de cuerpos libres osteocartilaginosos, cuyo punto de partida es la membrana sinovial, no sólo articular, sino también de las bolsas serosas (caso de BARTOLI) y vainas tendinosas.

Es enfermedad, en general, poco conocida, y se conoce también con el nombre de enfermedad de Henderson-Jones, por ser estos autores quienes, en 1923, hicieron un detenido estudio de ella, si bien la afección ya era conocida anteriormente (BIBERGEIL, FISHER y HALSTEAD). Este último autor hizo el primer estudio sistemático de los cuerpos libres articulares. Según BORSOTTI, la enfermedad fué descrita primeramente por REICHEL en 1900. Más recientemente siguen

describiéndose casos como los de BLOOM y PATINSON y el de HAMADA, todos estos últimos localizados en la cadera.

Hemos tenido oportunidad de tratar un caso localizado en la rodilla izquierda que exponemos a continuación:

J. P. C., mujer de veintitrés años, vista en nuestra consulta el 12-IX-55, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Desde hace cuatro o cinco años tiene dolores a temporadas, habiéndole aparecido una tumoración en rodilla izquierda que ha ido creciendo paulatinamente. En los dos últimos meses gran hinchazón.

Exploración.—Gran tumefacción de rodilla izquierda, cuyos fondos de saco están ocupados, atrofia de cuádriceps, choque rotuliano y ligero aumento de calor local. Se nota tumoración dura, del tamaño de una mandarina, redondeada, en fondo de saco subcuádricepal, libre y desplazable, palpándose entonces una crepitación ruda. En la interlínea articular, lado externo, junto a la rótula, se palpa otra tumoración, más pequeña, del tamaño de una uva, desplazándose a uno y otro lado y de igual consistencia. Movilidad de rodilla disminuida (150-80 grados). Análisis de orina y sangre (hemograma, velocidad de sedimentación, Wassermann y complementarias), normales.

Radiográficamente (fig. 1) encontramos una zona



Fig. 1.

(sombra) de aspecto algo lobulado, calcificada de un modo irregular y aparentemente formada por la reunión de varios cuerpos libres. En la parte anterior de la interlínea externa, junto al ligamento rotuliano, otra más pequeña, también calcificada. Signos de artrosis con osteofitos marginales. Las partes blandas están muy aumentadas de tamaño.

El 16-IX-55 es intervenida por nosotros bajo anestesia general (pentotal, éter, oxígeno). Enferma en decúbito supino, hemostasia preventiva con manguito de Esmarch en tercio superior de muslo. Incisión de unos 15 cm. de longitud, siguiendo la parte posterior del vasto interno y prolongada hacia el borde interno de la rótula. Rechazando el vasto interno hacia delante y afuera, se llega a la sinovial, que es extirpada parcialmente, juntamente con la gran tumoración suprarrotuliana, que se encuentra completamente libre y formando un cuerpo único. Al abrir la sinovial sale gran cantidad de líquido sinovial amarillento. Sección de la aleta rotuliana interna. En la parte anterior de la escotadura intercondilea encontramos otro cuerpo, adherido en parte a la sinovial, que es igualmente extirpado. Cierre por planos. Calza de escayola con rodilla en flexión de unos 5-10 grados.

La membrana sinovial estaba, macroscópicamente, hiperémica e hipertrófica, no encontrándose más cuerpos cartilaginosos unidos a ella. Extirpamos, pues, con la