

La observación de 125 casos de portadores de pie plano o pie relajado doloroso simple, o asociados a otras manifestaciones artropáticas entre la concurrencia de pacientes explorados en el Balneario de Montemayor (Cáceres), justifica las consideraciones clínicas que se señalan y las relaciones que existen del pie plano en ambos sexos, edad y biotipo, junto a los trastornos metabólicos, infecciosos, etc.

En el aspecto terapéutico destaca el autor la acción eficaz de la crenoterapia sulfurosa termal asociada a otros procedimientos.

## BIBLIOGRAFIA

1. PARDO, CONDE GARGOLLO y GÓMEZ ACEBO.—Medicina Ibero, 8, 1, 45, 1933.—Anal. Med. Int., 9, 1934.
2. MARAÑÓN, G.—"Once lecciones sobre Reumatismo". Espasa-Calpe, Madrid, 1933.
3. COSTA BERTANI, G.—Semana Médica, 4, 1935.
4. COSTA BERTANI, G.—Semana Médica, 3, 1936.
5. COSTA BERTANI, G.—"Curso de Reumatología". Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (España), 1958.
6. CONDE GARGOLLO, E.—Rev. Esp. de Reumat. y Enfer. Osteoart., 4, 21, 1951.
7. CONDE GARGOLLO, E.—"Reumatismo". Opúsculo para médicos. Editado por la Dirección General de Sanidad. Volumen núm. 27. Madrid, 1951 (agotado).
8. THOMPSON y GORDON.—"Enfermedades reumáticas crónicas". Edic. Espasa, Barcelona, 1929.
9. ROTÉS QUEROL, J. y ARGANY, A.—Comunicación presentada. Primeras Jornadas Reumatológicas Españolas. Málaga, mayo 1956.
10. ALBASANZ GALLÁN, J. L.—Comunicación al Congreso Hispano Portugués de Hidrología Médica. Madrid, 1950.
11. CASTILLO, M.—Prensa Médica Argent., 30, 24, 1943.
12. CONDE GARGOLLO, E.—"Crenoclimatología en España". Opúsculo para médicos. Editado por la Dirección General de Sanidad. Volumen núm. 61. Madrid, 1959.

## SUMMARY

The writer points out the clinical and social importance of flat foot in the group of static arthropathy.

The observation of 125 subjects with flat foot or simple, painful spread foot sometimes associated with other arthropathic manifestations among the patients examined at the Balneario de Montemayor, Cáceres, warrants the clinical considerations made and the relationship between flat foot in both sexes and age and physique, together with metabolic, infectious and other disturbances.

From the therapeutical point of view the writer points out the effective action of thermal sulfured crenotherapy combined with other procedures.

## ZUSAMMENFASSUNG

Innerhalb des Gebietes des statischen Arthropathien bespricht der Autor den Plattfuss und seine klinisch und soziale Bedeutung.

Die klinischen Betrachtungen, sowie das Verhältnis von Plattfuss und Geschlecht, Altersstufe und Biotyp, zusammen mit Stoffwechseltörungen und Infektionen, stützen sich auf Beobachtungen von Plattfüßen, von einfacher, schmerzhafter Fusserschlaftung, oder in Verbindung mit anderen Arthropathieerscheinungen in 125 Fällen, welche unter den Patienten

im Kurort Montemayor (Cáceres) zur Untersuchung kamen.

Vom therapeutischen Gesichtspunkt aus betrachtet, hebt der Autor besonders die Wirksamkeit der schwefelhaltigen Thermalkrenotherapie zusammen mit anderen Verfahren hervor.

## RÉSUMÉ

Dans le groupe des arthropathies statiques l'importance clinique et sociale du pied plat, est souligné.

L'observation de 125 cas porteurs de pied plat ou pied relaxé douloureux simple ou associés à d'autres manifestations arthropathiques entre la concurrence de malades explorés dans le Balnéaire de Montemayor (Cáceres), justifie les considérations cliniques qui se signalent et les rapports qui existent du pied plat dans les deux sexes, âge et biotype, uni aux troubles métaboliques, infectieux, etc.

Dans l'aspect thérapeutique l'auteur souligne l'action efficace de la crénothérapie sulfureuse thermale associée à d'autres procédés.

## ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE CLÍNICA, MECANISMOS Y TERAPEUTICA DE LAS ENURESIS (\*)

J. SIMARRO-PUIG.

Director de la Escuela Municipal de Niños Deficientes de Barcelona.

Durante los veinte años en que estamos actuando en la Inspección de Servicios Psiquiátricos de la Diputación Provincial de Barcelona, y encargados, entre otros servicios, de la selección, previo reconocimiento, naturalmente, de los niños para los que se solicita la admisión en la escuela de niños mentalmente deficientes de Torremar hemos tenido que ver niños oligofrénicos y psicópatas en gran número; y en los últimos cuatro, años en la Dirección de la escuela de niños deficientes del Ayuntamiento de Barcelona, hemos podido añadir aún un gran número de niños en circunstancias parecidas, así como en otras actividades, niños, adolescentes e incluso adultos, presentando trastornos análogos, parecidos y/o emparentados con las enuresis infantiles. Ello nos ha sugerido cada vez más y con motivos más poderosos ideas y reflexiones sobre estas materias que, llegado este momento, creemos interesante exponer, posiblemente para confrontar, completar y/o discutir. No se trata de hacer un estudio completo, ni menos aún exhaustivo, sino

(\*) Comunicación a la VII Reunión de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, celebrada en Bilbao los días 6 y 7 de mayo de 1959.

de aportar datos que, ya que no en su totalidad, sí que en parte puedan ser de alguna utilidad para el estudioso y para el práctico; datos que exponemos en la forma más resumida posible. Son de experiencia puramente personal, y por ello, así como por la falta de tiempo, y en honor a la brevedad, exponemos sin bibliografía, considerando que, por otra parte, en este género de aportaciones se trata de añadir la experiencia personal a lo publicado.

## I y II

### CLÍNICA Y MECANISMOS (EXPONIENDO NUESTRA MATERIA CONJUNTAMENTE POR CONSIDERARLO ESTRECHAMENTE LIGADO).

No tenemos que insistir en la clínica de las enuresis infantiles, sobradamente conocida, por lo menos por los pediatras y por los psiquiatras de niños.

Observemos sólo que hemos registrado bastantes casos de niños adolescentes, e incluso adultos, que con motivo o en ocasión de estados emocionales, enfermedades agudas banales, convalecencias de éstas y principalmente situaciones de dificultad (en sentido amplio), reanudan sus enuresis que habían llegado a cesar con anterioridad.

También hemos registrado en una gran mayoría de casos la existencia en los familiares de niños enuréticos, de otros casos de niños asimismo enuréticos; y lo que consideramos más interesante, de múltiples trastornos llamados funcionales, y llamados también neuróticos, en familiares, entre ellos jaquecas, distonías diversas (digestivas, circulatorias, etc.), disturbios alérgicos y toda clase de disarmonías en las que interviene la constitución y el sistema neurovegetativo. Y no podemos resistir a la tentación de omitir el hallazgo en innumerables adultos con fenómenos también llamados neuróticos (jaquecas, distonías, parestesias, cenestesias, alteraciones funcionales digestivas, de vías biliares, circulatorias, etc.) de la enuresis nocturna en su infancia con más o menos intensidad y rebeldía.

Incluso estamos tentados de llegar al establecimiento de un cierto parentesco, más o menos estrecho o amplio, y en sentido constitucional, como veremos en seguida más adelante, entre las enuresis y diversos rasgos psicopáticos en la infancia, algunas anorexias mentales y muchas personalidades psicopáticas en la adolescencia, muchas llamadas neurosis sexuales, gran proporción de dismenorreas (mujeres, naturalmente) y anomalías de funcionamiento genitosexual (mujeres y hombres) en adolescentes y adultos, toda clase de las llamadas distonías neurovegetativas, estados obsesivos, fóbicos y otros propios de personalidades psicopáticas en adolescentes y adultos, y entre ellos y con ellos, disturbios endocrinos y metabólicos, y asimismo entre ellos las tan temidas fosfaturias, en las que parecen intervenir alteraciones lesionales o

funcionales de paratiroides y de otras endocrinas. Quizá estas fosfaturias estén ligadas con disturbios de aparato urinario en niños, y llegamos a exponer esta posibilidad sin extendernos en los mecanismos, que serían de una complejidad extrema, y en los que no nos atrevemos a extendernos en esta ocasión, por lo menos en honor a la brevedad.

Todo esto nos lleva a creer con pleno convencimiento que en la mayoría de enuresis nocturnas se puede poner de manifiesto (y existen) factores constitucionales en buena parte de casos, familiares y hereditarios, que tienen una acción decisiva en su aparición y mantenimiento. Y tampoco intentamos desarrollar nuestras ideas sobre este extremo, igualmente en honor a la brevedad. Aunque sí que a continuación exponeremos algunas posibilidades de orientación.

Sin que intentemos negar la existencia de enuresis con causalidad urinaria (lesional, funcional) y con causalidad regional (lesional, espinales bifidas, etc.), así como refiriéndonos a casos con seguridad no epilépticos, aunque en una proporción no establecible de ellos con un parentesco con disposiciones enequéticas (histéricos, con ataques típicos entre los familiares, histerismos, con o sin ataques en su vida ulterior), y refiriéndonos sólo a las enuresis nocturnas que pudiéramos llamar esenciales, criptogenéticas (por no posibilidad de asegurar las causas y factores, pero no por seguridad de su ausencia real), creemos que en estas enuresis nocturnas se tienen que reconocer mecanismos en los que intervienen factores no únicos ni unitarios, con intervención de psiquismo y de sistema nervioso, con disarmonías, excitaciones, inhibiciones, en que interviene, por una parte, el psiquismo (conflictos entre instintos, tendencias, impulsos, anomalías de voluntad, deseos—de cuidado, cariño, atención, mimo, etc.—, deseos insatisfechos, refugio en la enfermedad, regresión, estancamiento, rebeldía, patrones de conducta adquiridos, facilitación, reducción de conciencia y otros que no citamos ya, pero que podrían referirse a todo lo que se estudia en las anomalías de la conducta y de la personalidad, y por otra parte, con una ligazón íntima y estrecha con aquellos mecanismos, se encuentran disfuncionalismos de sistema nervioso en su sentido más amplio (e íntimamente ligado en su funcionalismo con lo psíquico por un lado y con lo somático por otro, siendo el sistema nervioso el intermediario). No creemos que ninguna parte del sistema nervioso tenga que estar necesariamente desligada de este disturbio, aunque tampoco intentamos incriminar a algunas desmesuradamente. En el sistema nervioso tenemos que comprender el central y el periférico (naturalmente en éste más el que se relaciona íntimamente con la micción) y el llamado de la vida de relación y el neurovegetativo; en el de la vida vegetativa hay que tener en cuenta el juego de efectores con los disturbios de excitaciones e in-



hibiciones, de espasmos y atonías, de sistemas adrenérgicos y colinérgicos, de simpático y parasimpático, etc. Por otro lado, y creemos que es por ahí por donde se hace principalmente la conexión con el psiquismo (sin despreciar la intervención endocrina y metabólica), también cuentan las partes "altas" del sistema nervioso central, y entre éstas las formaciones reticulares activadoras e inhibitorias, a las que tanta importancia se da en la actualidad, y cuya extensión aumenta de día en día.

No olvidemos que los estudios electroencefalográficos ponen de manifiesto de manera palmaria, confirmando las ideas asimismo demostradas por las observaciones psiquiátricas, que hay una inmadurez "cerebral" en la inmensa mayoría de psicópatas, y como en ellos en los enuréticos, y estos hallazgos son muy demostrativos, tanto más cuanto que convergen en las mismas conclusiones, en el mismo sentido. Incluso en adultos que con motivo de estados emocionales—tenemos observaciones muy claras—sufren micciones imperiosas y verdaderas enuresis, diurnas y nocturnas, se encuentran rasgos de esta naturaleza clínicos y electroencefalográficos. Y tenemos asimismo observaciones de individuos con micciones imperiosas llegando a la incontinencia no lesional, en que una "distracción" en el momento de la inminencia de la enuresis inhibe bruscamente esta enuresis. Obsérvese que no estamos homologando, sino comparando las enuresis infantiles con otros disturbios funcionales de adultos, que consideramos por razones apuntadas más arriba, y otras que no creemos necesario citar, emparentados con aquéllas. Y que no nos referimos de ninguna manera a las incontinencias de orina que se estudian en ginecología y en urología; todo lo más podríamos sospechar que haya formas de paso entre unas y otras, pero sin ninguna seguridad.

De lo expuesto tan a grandes rasgos se deduce claramente la intervención compleja, mixta, de lo psíquico y lo somático, en las enuresis infantiles, y para lo somático, siempre moviéndonos en el terreno de lo funcional, el sistema nervioso (de la vida de relación y neurovegetativo, central y periférico, ampliamente) y distintos funcionalismos somáticos, entre los que descuellan las conexiones endocrinas y metabólicas, sin especificar más para no alargar desmesuradamente nuestra exposición. De lo expuesto se deduce también fácilmente la índole de conexiones entre unos y otros mecanismos, desde los más psicológicos y psicopatológicos hasta los más somáticos.

### III

#### TRATAMIENTO.

De lo anotado se puede deducir fácilmente bastante de lo que concierne a la terapéutica, y más aún lo que resulta más interesante, lo que se refiere a la profilaxia.

También se comprende, y es ya noción, que

para los que tienen experiencia resulta axioma que cuando se busca afanosamente y se propagan nuevos métodos terapéuticos para trastornos que se sabe ser "crónicos", rebeldes a tratamientos más o menos de acuerdo con explicaciones simplistas, se va directamente al fracaso, y ello tiene su significación en sentido de que no hay que buscar ni preferir demasiado los tratamientos simplistas, sino lo que se basa en la fisiopatología y la psicopatología, sin exclusivismos ni preferencias teóricas ni apriorísticas, y sí con fundamento en tal sentido.

Recordemos, y nos parece interesante anotar lo subrayándolo, que hemos registrado casos de niños en que al administrar reserpina, por inquietudes psicomotrices, los familiares han observado la reaparición de enuresis nocturnas que habían desaparecido con anterioridad, y estos hechos pueden contraponerse a las mejorías obtenidas en otros casos precisamente con la reserpina y con los llamados psicosedantes, tranquilizantes y atarácticos.

Creemos que es imprescindible fundamentar la terapéutica en la fisiopatología y en la psicopatología y no precisamente en interpretaciones teóricas, sino en lo que la práctica demuestra ser sólido. Y por esto hemos insistido en la importancia de lo que antecede.

Es así como la psicoterapia es necesaria, y no sólo con el niño, sino también con su ambiente. Y no tenemos que entrar en la discusión de los métodos de psicoterapia, advirtiendo únicamente que debe ser dirigida por y con sentido común, con arreglo a lo práctico y no primordialmente por teorías no comprobadas y sobre las que se edifican armazones deducidas sin base sólida.

Naturalmente, no se pueden despreciar los medios dirigidos a los factores, lesionales cuando los haya, como los que tiendan a corregir disturbios funcionales, como hemos apuntado, y sobre los que no tenemos que insistir más. La deducción en principio es muy sencilla, aunque a veces la elección no lo sea tanto. Nosotros podemos afirmar que la acción psicoterápica y pedagógica sobre el niño y el ambiente en nuestra experiencia es fundamental. Debiendo ser tenida en cuenta la pugna entre instintos, tendencia, impulsos, conveniencias, gustos, apetencias, deseos, restricciones, frustraciones, etc., por la vertiente psíquica, y por la somática, los desequilibrios, las disarmonías, los espasmos, las atonías, las contracturas, los fallos, etc., sin contar y sin olvidar los desarreglos metabólicos y endocrinos y otros que con frecuencia son más que intermediarios.

Y estamos convencidos de que es aún más importante la profilaxia no sólo de las enuresis nocturnas y otros desarreglos de la micción y esfinterianos, sino de los disturbios que hemos citado como emparentados con aquéllos, y que hemos visto en familiares y en pacientes seguidos con posterioridad con una constancia que raya en la monotonía.

## RESUMEN.

Se analizan los aspectos clínicos y los mecanismos patogénicos, así como la terapéutica profiláctica de la enuresis nocturna.

## SUMMARY

The clinical aspects, pathogenetic mechanisms and prophylactic measures in nocturnal enuresis are analysed.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die nächtliche Enuresis wird von Standpunkt der Klinik, der pathogenischen Mechanismen und der prophylaktischen Therapie aus eingehend überprüft.

## RÉSUMÉ

On analyse les aspects cliniques et les mécanismes pathogéniques, ainsi que la thérapeutique prophylactique de l'énurésie nocturne.

## NOTAS CLINICAS

## SARCOMA DE HODGKIN DE LOCALIZACIÓN GÁSTRICA

E. DE ARZÚA ZULAICA, J. DOMINGO TOLEDO  
y C. DE OTADUY.

Bilbao.

## I

Presentamos el siguiente caso:

H. B. A., de sesenta y cinco años, varón, visto el 21-V-58. Hace doce años, un día, dolor epigástrico durante un rato. Desde hace diez años, molestia en epigastrio espontáneamente y, al tocar, de vez en cuando. Hace dos meses, dolor epigástrico tres horas después de comer, que pasa tomando alimento y con bicarbonato, dos veces durante el día y de noche, irradiando al pecho, sintiendo a veces dolor en flancos. El dolor es diario. Ha perdido tres kilos en dos meses.

*Exploración.*—Normal en todos sus órganos y aparatos, salvo dolorimiento en región lumbar derecha a la percusión. Señala la zona de dolor en epigastrio, circunscrita, sin dolorimiento a la palpación en el momento de la exploración.

*Rayos X* (22-V-58).—Hernia hiatal, visible en bipedestación O. A. D.

En antro, imágenes de defecto semejando pliegues "monstruosos" (figs. 1 y 2).

*Tratamiento.*—Dieta blanda.—Tópicos de mucosa gástrica. Reposo.

*Evolución.*—Le ordenamos vuelva a los quince días y no lo hace hasta el 16-VI-58. El dolor persiste, aunque con menos intensidad. Buen estado general.

*Rayos X* (17-VI-58).—La misma imagen (figs. 3, 4, y 5).

*Laboratorio* (doctor BARTUREN, 18-VI-59).—Leucocitos, 7.325. Segmentados, 41. Cayados, 1. Linfocitos, 51. Monocitos, 6. Eosinófilos, 1. Velocidad de sedimentación, 14-29. Orina, normal.

Ordenamos la intervención quirúrgica.

El enfermo vuelve a las cinco semanas diciendo que no se ha operado, pues se encuentra con menos molestias y ha engordado.

*Rayos X* (24-VII-58).—La imagen ha aumentado de tamaño. El contorno es irregular y rígido (figs. 6, 7, y 8).

Decimos al enfermo que debe operarse urgentemente, sin dilatarlo más.

*Intervención* (doctor OTADUY, 26-VII-58).—Tumora-  
ción antral. Resección muy amplia. Billroth II.

*Evolución.*—Le vemos el 23-VII-58, 1-IX-58, 30-X-58, 18-XII-58, 18-II-59, 11-IV-59 y 13-V-59. En cinco ocasiones por rayos X, apreciándose una imagen normal de estómago reseca en todas ellas, siendo la última el 14-IV-59.

Con esta última fecha ordenamos radioterapia, que practica el doctor ASTORQUI, ante un aumento de las ligeras molestias que ha aquejado el enfermo desde la intervención. El 13-V-59, en pleno tratamiento radioterápico, se encuentra bien, con alguna leve molestia de vez en cuando.

El estado general es bueno. La fórmula leucocitaria es normal y no hay ganglios a la palpación ni imagen radiológica alguna que los sugiera.

## II

*Anatomía patológica* (doctor TOLEDO).—La pieza remitida, correspondiente a antro pilórico, muestra una doble elevación en meseta de su mucosa, de forma ovalada y de disposición concéntrica entre sí, con unos ejes de 6 por 10 cm. la mayor y 3 por 4 la menor, situada en el interior de aquélla, y elevándose sobre la misma. Los bordes tienen un aspecto giriforme. Ya macroscópicamente se advierte, al seccionar la pared gástrica por la zona de la lesión, que ésta tiene un carácter destructivo, pues no se distingue ninguno de los elementos propios de la pared, sustituidos por un tejido blanquecino de aspecto homogéneo: sólo en el borde de la lesión vemos conservada la muscular propia, que se continúa con la correspondiente a la zona sana. Es de notar que la zona de la lesión no tiene una consistencia firme, como pudiera observarse en un carcinoma escirro, sino simplemente carnosa, sin llegar a la flexibilidad de la pared gástrica normal. La serosa peritoneal se halla macroscópicamente sin alteraciones, con una superficie lisa y brillante.

El examen microscópico se practica en la zona marginal y en la central de la lesión: su estructura no muestra variaciones apreciables. El examen a pequeño aumento (fig. 9) revela la presencia de una masa de aspecto tumoral, formada por células de núcleos redondeados, íntimamente opuestas entre sí, sin más estroma que las formaciones vasculares propias, sin diferenciaciones de tejido conjuntivo en el sentido de producción de colágena: en la zona marginal (fig. 10) se ven los elementos tumorales disociados e insinuándose por los haces de fibra muscular lisa de la muscularis propia de