

# CONSIDERACIONES SOBRE UNA OBSERVACION DE ULCUS PEPTICO EN EL DIVERTICULO DE MECKEL EN UN NIÑO DE DOS AÑOS DE EDAD

Dres. L. TORRES MARTY, D. FERNANDEZ GUTIERREZ  
y J. CAPDEVILA TORRA \*

CONSTITUYE uno de los motivos de este trabajo el llamar la atención sobre un síntoma, la melena, por tantos aspectos sugestiva e importante. Síntoma que es poco señalado en los índices de nuestros manuales, y que haría presumir escasa frecuencia y relativa poca trascendencia. En realidad, la melena es frecuente en las afecciones del aparato digestivo, pero a menudo es de escaso relieve y en ocasiones tan esperada en afecciones sistematizadas que su aparición no nos sorprende. Sin embargo, en los casos en que la melena es abundante y brusca puede poner en peligro la vida del enfermo y plantear tan serios problemas diagnósticos y terapéuticos, que ponen a prueba la serenidad y juicio crítico de la familia y el médico.

Para ello comenzaremos exponiendo:

- 1.ª La historia clínica.
- 2.ª Comentario clínico y diagnóstico diferencial.

- 3.ª Medios de exploración y su eficacia.
- 4.ª Y, por fin, breve descripción de la enfermedad causal.

## Historia clínica

J. E. Ch. Varón. de 2 años de edad

*Antecedentes hereditarios:* Abuelo paterno de 65 años de edad, padece arritmia cardiaca. Abuela paterna, bronquitis crónica. Abuelo materno de 58 años de edad; hace 4 años padeció úlcera de estómago; actualmente sin molestias. Abuela materna de 57 años de edad con propensión marcada a hemorragias al menor traumatismo. Padre: edad 31 años, con varices y trastornos tróficos de piel en extremidades inferiores. Madre de 30 años de edad, también con varices.

Hermana de 4 años con epistaxis frecuentes.

*Antecedentes personales:* Nada anormal.

*Antecedentes patológicos:* Otitis hasta el 3.º mes. Adenoiditis y amigdalitis frecuentes con repercusión digestiva en forma de vómitos y diarrea.

A los 15 meses, melena de escasa cantidad, a la que no dieron importancia.

Desde los 13 meses, pequeñas hemorragias por el orificio nasal izquierdo.

\* Médico de Guardia por Oposición del Servicio de Urgencia de Cirugía (Prof. D. PULICHS).

*Enfermedad actual:*

Día 12-XII-57.

En plena salud y después de la siesta tiene un vómito alimenticio. A continuación, dolor abdominal brusco y hace una deposición abundante, con mezcla de heces y, sobre todo, de sangre negra con numerosas burbujas rojibrillantes, acompañada de colapso, palidez, frialdad y atonía generalizada; cuadro que comprobamos, así como la melena unos segundos después al ser llamado por la familia.

Recomendamos su inmediato ingreso en el Servicio de Infancia, donde anotamos lo siguiente: a los pocos minutos el cuadro de colapso había desaparecido, y el niño yacía tranquilo, con aspecto de relativo buen estado general, conservando una palidez marcada de piel y mucosas visibles y semblante triste sin sensación de dolor.

A la inspección simple, respiración tranquila, regular estado de nutrición; manchas equimóticas antiguas en extremidades inferiores, especialmente sobre la superficie tibial.

Discretas adenopatías inguinales y en el borde posterior del esternocleidomastoideo de ambos lados.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio. Tonos normales. Taquicardia. Pulso lleno y frecuente.

Aparato digestivo: Abdomen blando y depresible. No hay dolor a la palpación superficial y profunda. No se palpa hígado, ni bazo, ni tumoración alguna. Percusión normal.

Sistemas nervioso y locomotor, normales.

Faringe: Amígdalas hipertróficas sin signos de actividad.

Temperatura rectal: 37° C.

Radioscopia de tórax y abdomen, normales.

Poco después de efectuada la exploración estaba casi recuperado por completo y con buen estado general. Se recomienda tratamiento sintomático, vitaminoterapia, reposo general, reposo digestivo y transfusión si se considera necesaria.

Día 15-XII-57 (domingo).

Durante unas horas reposa tranquilamente hasta las 5 de la mañana, en que hace una nueva melena de escasa cantidad. A las 8 de la mañana, 2.ª melena, abundante,

mezclada con heces y de color negro. Seguidamente se le administra transfusión sanguínea de 150 c. c. de 3-4 días de antigüedad.

Continúa con estado general satisfactorio, y la exploración no aporta ningún dato de interés.

No se puede hacer ningún análisis complementario por ser día festivo.

A las 2 horas de la tarde, 3.ª melena, pero leve.

Día 16-XII-57.

A las 5 y 8 de la mañana, 2 melenas de las mismas características, pero más abundantes que el día anterior.

Los análisis efectuados seguidamente dieron los siguientes resultados:

Hematies, 2.440.000; leucocitos, 12.000; Hb., 50 %; V. G., 1; Baso., Eosi., Mielo., metami., 0; N. en banda, 8; N. segment., 46; Linf., 44; Mono., 2.

Pruebas de coagulación: Tpo. de sangría, 3; tpo. coagulación, 7; retracción del coágulo, normal; tpo. de Quick, 19"=60 % de protrombina. Consumo de protrombina, normal en los 3 tubos.

A continuación transfusión de 150 c. c. de sangre fresca. Nuevamente a las 5 de la tarde otra melena de poca importancia.

Exploración y estado general parecidos al día anterior.

Día 17-XII-57.

A las 5 y 8 de la mañana dos melenas graves con cierta cantidad de sangre roja, lo que obliga a un recuento de hematies con el siguiente valor: 1.920.000.

Inmediatamente transfusión muy lenta de 400 c. c. de sangre fresca.

Se altera su estado general y se acentúan los síntomas de palidez, taquicardia, etc.

Con diagnóstico probable de afección del divertículo de Meckel recomendamos la intervención quirúrgica que efectúan los doctores CAPDEVILA y SAN JUAN en el Servicio de Cirugía de Urgencias.

*Protocolo de la operación:*

*Preanestesia:* Fenergán, 1 inyectable; morfina y atropina, ½ inyectable.

*Anestesia:* Etérea con OMO. Oxígeno a un régimen de 4 l. por minuto; intubación traqueal. Adrenalina antes de la intubación.

*Intervención:* Laparatomía media supra-

intraumbilical, 2/3 de cuya longitud pertenecen al segmento infraumbilical.

Al abrir peritoneo salen unos centímetros cúbicos de exudado seroso cetrino inodoro.

Se aprecia inmediatamente la existencia de sangre en todo el marco cólico, así como en los últimos 20 cm. del ileon. Especialmente a nivel del colon, por el calibre y extensión del mismo, así como por la intensidad del color azulado-negruzco que se aprecia por la translucidez de sus paredes, puede afirmarse que el paciente ha sufrido una hemorragia endodigestiva masiva, relativamente reciente. La topografía descrita del contenido hemático intrainestinal viene

latidos se aprecian perfectamente, y que se extiende hasta aproximadamente  $\frac{1}{2}$  cm. de la punta del divertículo. En las proximidades de dicha arteriola, y muy próximo a la base de implantación en el ileon, se aprecia la existencia de unas pequeñas sufusiones o equimosis subserosas, del tamaño de una cabeza de alfiler, y en número de 8 a 10. Las paredes del divertículo presentan a la inspección una coloración normal, apreciándose, sin embargo, tanto por la inspección como por la exploración digital, la existencia de un evidente edema subseroso, de las capas más superficiales del mismo. Asimismo el tacto revela la existencia de un



Figura 1

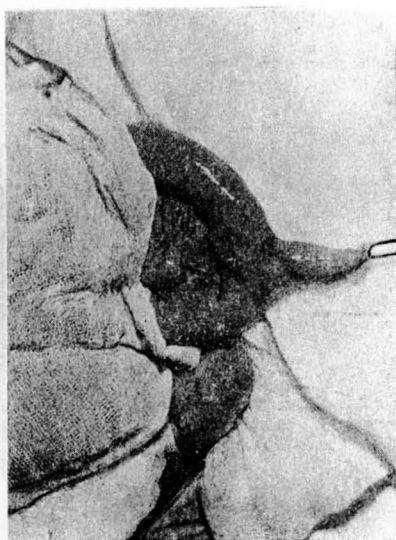


Figura 2

a confirmar la presunción clínica preoperatoria acerca del probable origen diverticular meckeliano de las melenas sufridas por el enfermo, por lo cual se procede inmediatamente a la búsqueda e identificación de un divertículo de Meckel, el cual aparece efectivamente en unos 35 cm. de la válvula ileocecal. Su formación diverticular, de conformación aproximadamente cónica, de unos 4,5 cm. de longitud, por 2,5 cm. de diámetro a nivel de su base de implantación; a nivel del borde libre antimesentérico del ileon, aparece perfectamente libre, con un esbozo de mesenterio diverticular, por el cual discurre una arteriola subserosa, cuyos

engrosamiento, que da la sensación de ocupar toda la luz diverticular en la mitad distal de dicha formación anatómica (figuras 1 y 2).

Dado que dichas alteraciones, así como la ausencia de cualquier otra formación patológica de la cavidad abdominal, susceptible de explicar la alteración patológica objeto del tratamiento, ausencia deducida de la exploración minuciosa y sistemática de todos los órganos abdominales, muy especialmente del estómago y duodeno, dada la posible y ocasional coexistencia de úlceras gástricas o duodenales con las diverticulares, se decide proceder a la extirpación del

divertículo de Meckel, que creemos origen de la hemorragia digestiva del niño.

Dadas las características anatómicas del divertículo antes descritas, se practica una resección cuneiforme, cuyo vértice radica en el borde mesentérico, del segmento del íleon que constituye la base de implantación

introducción de sulfamidas (Marbadal) en la cavidad peritoneal, con cierre a planos de la pared abdominal. Previamente, a la iniciación de la intervención se instaura una transfusión gota a gota de sangre, que se prosigue una vez trasladado el enfermo a su cama.



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

diverticular. Sutura total con catgut en un plano, seguida de dos planos de sutura seromuscular, con puntos sueltos de seda. Adosamiento parcial a modo de operación de Noble, de unos 6 ó 7 cm. de extensión. In-

#### *Pieza operatoria.*

La eversión de la misma pone de manifiesto en la porción más distal del divertículo la existencia de unos pliegues mucosos exuberantes, que se diferencian mani-

fiestamente del resto de la mucosa del tipo ileal que recubre la porción proximal de la cavidad diverticular.

A nivel del límite de separación de dichos tipos de mucosa, pero ya en plena zona de mucosa de tipo ileal, se aprecia la existencia de una ulceración cuyos bordes parecen cortados en sacabocados, de unos 5 mm. de diámetro y 2 de profundidad, en cuyo fondo se aprecia claramente la boca de una arteria parcialmente obturada por un pequeño coágulo filiforme (figura 3).

*Estudio histopatológico:* Realizado por el Prof. Dr. J. G. SÁNCHEZ LUCAS, confirma lo expuesto en el protocolo operatorio y pieza operatoria, como puede observarse en las microfotografías figuras n.º 4 (inicio de la úlcera con trayecto y abocamiento de la arteria sangrante); n.º 5 (mucosa de tipo gástrico), y n.º 6 (fondo de la úlcera con las alteraciones habituales).

#### *Curso postoperatorio.*

A las pocas horas el número de hematies experimentó una subida hasta cifras casi normales. Sometido a los cuidados habituales, en especial su equilibrio hidromineral, varios días después fué dado de alta completamente restablecido.

### COMENTARIO CLINICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Nos hallamos ante un niño de dos años de edad cuyos antecedentes hereditarios más importantes eran los siguientes: su abuelo materno padeció úlcera de estómago; su abuela materna, una especial tendencia hemorrágica; sus padres, varices, y su hermanita, epistaxis frecuentes. El niño mismo desde los 13 meses también padecía pequeños brotes hemorrágicos por el orificio nasal izquierdo. Antecedentes algunos de los cuales hablaban a favor de una labilidad vascular. Sin embargo, no sabía-

mos con seguridad la relación que podrían tener con el proceso del que hablamos.

El primer dato de interés en sus antecedentes personales fué un episodio de melena a los 15 meses, casi inadvertido, y que marcó el comienzo de la enfermedad.

A los 2 años de edad (fecha de nuestro reconocimiento) tiene en plena salud una melena, ante la cual teníamos que formular las siguientes preguntas:

- 1.º Comprobar si efectivamente era sangre, a lo que constataríamos examinando lo que nos enseñaban y los restos que pudiera haber en el ano y sus proximidades.
- 2.º Qué cantidad había expulsado.
- 3.º De qué color.
- 4.º Si estaba o no mezclada con las heces y su cronología respecto a éstas.
- 5.º Si existía algún otro síntoma demostrativo sobreañadido (KOOP).

Contestando a estas preguntas, diremos que la melena era importante por la sintomatología de colapso acompañante. De color negro con algunas burbujas rojas. Que estaba mezclada con las heces. Y que no existía ningún otro síntoma sobreañadido de interés, a no ser unos vómitos simultáneos alimenticios.

El relativo buen estado general

posterior y la exploración abdominal negativa completaban el cuadro.

No pretendemos que la exposición de las causas de las melenas, objeto del trabajo, sea absolutamente completa, ni sobre todo citar todas las razones que nos hicieron desechar la mayoría de aquéllas, por dos motivos: la brevedad y el que muchas veces son tan evidentes por el conjunto de datos de historia y exploración que sobra todo comentario.

*El que la melena fuera negra esencialmente y estuviera íntimamente mezclada con las heces nos proporciona datos aproximados sobre su localización. Podríamos eliminar que tuviera su origen en los últimos tramos del aparato digestivo y poco probable en los comienzos del colon, con lo cual desechábamos los siguientes procesos:*

- Fisuras anales.
- Fístula del ano.
- Hemorroides.
- Prolapso rectal.
- Pólipos del recto y sigma.

La ausencia de moco y pus eliminaba una afección tan frecuente como la *colitis ulcerosa*. Y con menos seguridad:

- Pólipos crónicos y múltiples.
- Divertículos.
- Tumores malignos y benignos.
- Por lo menos los de localización media y baja del intestino grueso.

*La ausencia de hematemesis*

(aparte otras razones) y más teniendo en cuenta que los vómitos simultáneos fueron alimenticios, las afecciones próximas y por encima del píloro. No pudimos tomar seriamente en consideración que su origen fuera:

- Proceso faríngeo.
- Úlceras y divertículos esofágicos.
- Rotura de varices esofágicas.
- Hernias diafragmáticas.
- Úlcus péptico, tumores malignos o benignos gástricos ni pilóricos.

La ausencia de hepato-esplenomegalia, de circulación colateral, de ascitis, de ictericia, etc., eliminaban los procesos:

- Cirrosis hepática.
- Síndrome de Banti.
- Leucemias, etc.

Durante las primeras horas nos interesaba sobre todo descartar aquellas afecciones abdominales agudas que requieren una intervención de urgencia, como:

- Invaginación.
- Vólvulo.
- Trombosis mesentérica.
- Perforación intestinal.

El buen estado general, la ausencia de vómitos repetidos, de dolor continuo y manifiesto, de síntomas peritoneales, de moco en heces y la palpación negativa de masas tumorales y la normalidad radiológica digestiva, hablaban en

contra de aquellas etiologías, especialmente la *invaginación*, uno de los procesos que producen con más frecuencia hemorragias graves en el niño.

Por todo ello adquiriríamos el convencimiento, con las lógicas reservas, de que el origen de aquellas melenas estaba situado aproximadamente entre la válvula ileocecal y el duodeno.

Sin embargo, hasta que se realizaron las pruebas de coagulación, habíamos de pensar en el grupo de las diserasias sanguíneas:

Hipoproteinemia.

Hemofilia.

Trombopenias, etc.,

apoyadas por el hecho de las sufusiones hemorrágicas en extremidades inferiores y las epistaxis repetidas. Sin embargo su localización exclusiva en zonas de mayor traumatismo, frecuente en cualquier niño normal, y el ser la epistaxis unilateral les restaba mucha importancia.

Cada vez pesaba más en nosotros que el origen de las melenas estuviera situado en el intestino delgado y que pudiera ser:

- 1.º Úlcera simple en la primera porción de duodeno y en divertículo, especialmente en la segunda porción de duodeno.
- 2.º Úlceras primarias o diverticulares en yeyuno.
- 3.º Diverticulitis yeyunal hemorrágica.

4.º Úlceras primarias en íleon.

5.º Pólipos únicos, múltiples, poliposis y enfermedad de Jegers-Peutz.

6.º Tumores benignos y malignos.

7.º Duplicaciones.

8.º Afección en divertículo de Meckel (úlcera péptica).

Dentro de esta relación, por orden de frecuencia estadística y por el volumen de la melena, los pólipos y las afecciones diverticulares, concretamente la úlcera péptica en el divertículo de Meckel, eran las etiologías más probables. Y especialmente la última, por la edad, frecuencia, antecedentes y características del cuadro clínico.

Sin embargo, todavía teníamos que pensar en otra eventualidad: la *de melenas de origen desconocido*, que ocupa un tanto por ciento elevado en la mayoría de las estadísticas.

### Medios de exploración y su eficacia

Ante lo expuesto anteriormente surgía el considerar la oportunidad y la necesidad del examen radiológico antes de tomar una decisión quirúrgica.

La conducta clásica en un enfermo de este tipo es:

- 1.º Reposo general y eventualmente sedantes.
- 2.º Reposo en particular del aparato digestivo.

- 3.º Transfusiones según las necesidades y a la luz del examen de hematíes, Hb, etc.
- 4.º Una vez cesadas las hemorragias, examen radiológico en contraste, enema opaco, rectoscopia, etc.

Contra esta costumbre que considera el examen radiológico de urgencia peligroso y poco eficaz, comenzaron hace unos veinte años a levantarse opiniones en contra.

Fué HAMPTON, en América, quien publicó en 1937 los primeros resultados, y opinaba que era muy útil y carecía de peligro si se tomaban las consiguientes medidas de precaución. Desde entonces en dicho país han venido preconizándolo con más o menos entusiasmo varios autores.

Además de BÜCKER, en Alemania, en 1939 han sido los escandinavos los más aficionados a esta exploración de urgencia. DELANOY, en Francia, publicó en 1952 los primeros resultados y expresaba las mismas opiniones que HAMPTON y las precauciones que se han de tomar: realizarlo al lado de la mesa de operaciones, evitar desplazamientos, palpaciones, etc.

Muchas de estas condiciones no podían cumplirse en nuestro enfermo. Además, su corta edad, unido a la falta de colaboración, hacían mayores las dificultades técnicas. Por otra parte, ¿qué podíamos esperar de dicho examen? Habíamos eliminado las afecciones por enci-

ma del píloro, sobre las cuales hay mayor experiencia radiológica y son más fáciles de explorar. Asimismo aquellas otras localizadas en el intestino delgado, que podrían dar cuadros radiológicos fácilmente demostrables. Si suponíamos que se trataba de una afección diverticular meckeliana, el examen era «prácticamente inútil», según frase de GROSS a través de su experiencia sobre 149 casos.

#### Breve descripción de la enfermedad causal

La presunción diagnóstica preoperatoria recibió plena confirmación en la intervención y el estudio histopatológico: *úlceras pépticas sangrantes en el divertículo de Meckel*.

Desde que el anatómico tirolés Johan Friedrich MECKEL diera su primera descripción en 1816 hasta nuestros días las afecciones del divertículo, dentro de su rareza, han sido ampliamente descritas en Norteamérica y en Europa por escandinavos y alemanes. En España, PUIG SUREDA y VILAR BONET publicaron en 1951 una observación perfectamente documentada de úlcera péptica sangrante en divertículo de Meckel de curso crónico en un niño de 13 años de edad.

Es la anomalía más frecuente del aparato digestivo. Se supone que existe en un 1-3 %. Esta es la opinión de HARKINS, que revisó varias series de autopsias, totalizando



24.149. La relación varones a hembras varía de 31 a 51.

Nuestra observación, como el 80 por 100 de los casos, ofrece las características anatómicas descritas por MECKEL en su primera comunicación. Es decir, en cuanto a forma, tamaño, distancia de implantación respecto a la válvula ileocecal y su situación libre en la cavidad peritoneal (protocolo operatorio, fotografía núm. 2).

Las fotografías núms. 3, 4 y 5 muestran otra particularidad anatómica notable, *la implantación de tejido ectópico*, que puede existir en un 25 % de los casos y que puede ser gástrico (en su mayoría), pancreático, cólico y biliar.

La figura núm. 2 completa la descripción anatómica mostrándonos su *particular irrigación por medio de la arteria onfalomesentérica*, rama de la mesentérica superior, a la que podemos considerar rama terminal y que ocasionalmente está alojada en un mesodivertículo (protocolo operatorio). Por ello el divertículo está en general pobremente irrigado.

Las características anatómicas, especialmente: 1.º, deficiente irrigación; 2.º, frecuencia de implantación de tejido ectópico, y 3.º, su situación libre en la cavidad peritoneal, hace al divertículo especialmente susceptible al padecimiento de numerosos y variados procesos. Parece que un 20-50 % sufren algún tipo de alteración.

La patología del divertículo de

Meckel tiene una extraordinaria semejanza en sus manifestaciones con la apendicular, debido a sus parecidas características anatómicas, excepto en lo que se refiere a la implantación de tejido ectópico, sobre todo gástrico. Son las consecuencias de esta implantación las que nos interesan en este lugar.

*La frecuencia* con que el tejido ectópico da lugar a ulceración, así como *la edad* en que habitualmente ocurre, ha sido ampliamente comentado: MATT y TIMPONE, revisando 76 casos probados histológicamente, encuentran 42 (56 %) por debajo de los 10 años. LUND en el 50 % de los casos con hemorragia tenían menos de 10 años. MOSES en su revisión de 1.605 pacientes de divertículo de Meckel halló ulceración en 496 (30 %), de los cuales el 74 % menores de 15 años.

Se han descrito ulceraciones sin mucosa gástrica ectópica. COOB, que recogió 100 casos de úlcera péptica, halló tejido gástrico ectópico sólo en 60. Pero hemos de tener en cuenta que dicha mucosa puede estar en áreas diseminadas y puede haber pasado desapercibida.

La úlcera puede estar situada cerca del tejido ectópico, en áreas de la mucosa normal; en el íleon, cerca de la base de implantación del divertículo, muy rara vez en plena mucosa gástrica.

Las complicaciones derivadas de una úlcera en el divertículo de Meckel son las mismas que las ocasio-

nadas por las gastroduodenales. La infancia parece ser la que ofrece mayor tendencia a padecerlas.

Dichas complicaciones pueden ser:

Fibrosis o estenosis del divertículo o íleon subyacente.

Dispepsia meckeliana de Sibley.

Perforación.

Hemorragia grave.

Esta última ha sido la de nuestro enfermo. Las características y el cuadro clínico ya han sido descritas, por lo que ahorramos aquí su mención.

Sólo queremos insistir en el hecho de que la hemorragia es muy frecuente en la infancia entre las manifestaciones por afección del divertículo de Meckel. GROSS cita 50 casos de sus 149, la mitad de los cuales por debajo de los dos años.

GARCÍA BARÓN, en su trabajo *Estudio comparativo de las afecciones abdominales producidas por el*

*divertículo de Meckel*, dice: «Toda melena que sobrevenga en la infancia y edad juvenil debe despertar la idea sobre la posibilidad de un divertículo de Meckel». Y más tarde añade: «Es la ausencia no supuesta, sino demostrada, de las diferentes causas que en niños o adultos pueden producir melena, la que nos debe hacer pensar en que proceda de un divertículo de Meckel».

La última opinión nos lleva de la mano a considerar brevisísimamente el estudio radiológico de la afección. Desde que PHALER, en 1923, demostró radiológicamente por vez primera un divertículo de Meckel, hasta nuestros días, el número de hallazgos ha sido rarísimo. SLOAN, en 1954, recopiló 20 casos de la literatura. BISCHOFF, posteriormente 30. La mayoría de los textos de radiología y la opinión de los autores es que el examen radiológico es inútil, al menos por lo que a la primera infancia se refiere.

## RESUMEN

Se expone la historia clínica de un niño de 2 años de edad con melenas graves y repetidas, cuyo diagnóstico preoperatorio más probable fué de úlcera del divertículo de Meckel, confirmado en la operación y por el estudio histológico.

A propósito de la observación, se hace resaltar la importancia del estudio de la melena y sus causas

en la infancia, especialmente cuando aquélla puede poner en peligro la vida del enfermo.

De las consideraciones sobre la úlcera del divertículo de Meckel se deduce la frecuencia en que ésta es el origen de melenas graves en el niño, opinión ya expresada por autores de gran experiencia en dicha enfermedad.

### SUMMARY

This is the Clinical History of a two-year old child suffering from serious and repeated attacks of melaenae; and whose likely pre-operational diagnosis was an ulcer of Meckel's Diverticulum, later confirmed in the operation and by a histopathological study.

Observation of the subject brings out the importance of the

study of melaenae and its causes in childhood, especially when it can endanger the patient's life.

From our study of the ulcer of Meckel's Diverticulum we can deduce the frequency with which this is the origin of serious melaenae in children, an opinion already shared by many authorities on this illness.

### ZUSAMMENFASSUNG

Hier wird die Krankengeschichte von einem 2 jährigem Kind mit wiederholter schwerer Meleane (Blutstühle) erörtert, die wahrscheinlichste preoperative Diagnose war ein Meckelesches Divertikelgeschwür, welche durch die Operation und histologisches Studium bestätigt wurde.

Diese Beobachtung zeigt uns wie wichtig das Studium der Meleane

und ihrer Ursachen im Kindesalter ist, hauptsächlich wenn sie das Leben des Kindes in Gefahr bringen kann.

Von den Betrachtungen über dem Meckelschen Divertikelgeschwür folgen wir wie ort dieses die Ursache von schwerer Meleane im Kind ist, dies ist auch die Meinung von Autoren, welche grosse Erfahrung bezüglich dieser Krankheit haben.

### RIASSUNTO

L'autore presenta la storia clinica d'un bambino di due anni di età con emorragie digestive gravi e ripetute; il suo diagnostico preoperatorio più probabile, ulcus del diverticolo di Meckel, fu ratificato all'intervenzione e per lo studio istologico. Si vede con questo l'importanza dello studio delle emorra-

gie digestive e delle sue cause nell'infanzia, principalmente si fanno pericolare la vita del malato. L'ulcera del diverticolo di Meckel può essere l'origine di emorragie digestive gravi nel bambino, opinione già difesa per autori qui hanno una grande esperienza in questa malattia.

## BIBLIOGRAFIA

- ARVEY, N., PICARD, J. D., y BODIGUEL, A.: Jour. D. Radiol. D'Elec. et D. Med. nucl., t. 38, núm. 5-6, 1957, 393.
- BISCHOFF, M. E., y STAMPFLI, W. P.: Radiology, 65, 1955, 572.
- BROOKES, V. S.: The Brit. J. of Surg., 42, 1954, 57.
- GARCÍA BARÓN, A.: Anal. de la C. Salud de Valdecilla, t. 14, núm. 5, 1953, 561.
- GROSS, R. E.: Cirugía infantil, 1.ª edición españ. Salvat Ed., S. A., 1956, 219.
- HARKINS, M. N.: Ann. Surg., 98, 1933, 1.070.
- KOOP, C., EVERETT: Ped. Clin. of North Am., Feb., 1955, 207.
- MATT, J. G., y TINFONE, P. J.: Am. J. Surg., 47, 1940, 612.
- MOSES, W. R.: New England J. Med., 237, 1947, 118.
- PUIG SUREDA, J., y VILAR BONET, J.: Med. Clínica, 16, 1951, 243.
- SLOAN, R. D., y STAFFORD, E. S.: Am. J. Roent., 71, 1954, 64.
- 
-