

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA INSEMINACION EN LA MUJER (*)

C. COLMEIRO-LAFORET

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Municipal de Vigo. Jefe: Dr. COLMEIRO-LAFORET.

Cualquiera que sea el valor que haya de concederse en las sociedades civilizadas actuales a las viejas creencias que se refieren de una manera más o menos directa al coito y a los tabús de valor sexual con él relacionados, ha de reconocerse que sobre todas ellas flota el concepto general de que el tránsito que experimenta la mujer que pasa de ser virgen a tener relaciones sexuales normales se traduce en una serie de modificaciones, subjetivas y objetivas, bien perceptibles. Estas creencias populares, secularmente conocidas por los profanos en todas las civilizaciones, han sido admitidas en todos los tiempos por muchos médicos, aunque no todos puedan aceptar, con HIPÓCRATES², que "las mujeres son más sanas cuando tienen relación con los hombres, y cuando no, son menos sanas".

Seguramente no es difícil determinar cuáles son los fundamentos objetivos en los que se basa la idea general de que hay diferencias aparentes, en la misma mujer, por el hecho de que sus genitales pasen del estado de reposo y relativa inactividad, propio de la virginidad, a hacer una vida sexual activa. Aparte de las modificaciones anatómicas de la vulva, que quizá por ser tan aparentes se han valorado siempre de una manera excesiva, habría que considerar la influencia que puedan ejercer sobre el sujeto de la experiencia las modificaciones de la actividad de su sistema vegetativo y de sus glándulas incretoras, ineludiblemente ligados a la consumación del coito; la influencia de los factores psíquicos relacionados con él, los cambios de ambiente, alimentación, régimen de vida, etc., que siguen generalmente a las nupcias, y una serie de circunstancias semejantes que no han de ser consideradas aquí en detalle, ya que hemos de referirnos solamente a la influencia que el coito, por su acción local sobre los genitales, pueda tener como factor que contribuya fragmentariamente, pero de una manera decisiva, a dar lugar a las modificaciones generales que acabamos de citar. Al estudiar este único aspecto de la cuestión sólo pretendemos, como es natural, recordar algunos hechos y observaciones a los que generalmente se ha concedido poca atención, no porque carezcan de interés, sino más bien porque no han sido reunidos más que raramente en estudios sistemáticos de conjunto, de los que las consideraciones que siguen sólo podrían ser un esbozo.

La iniciación de las relaciones heterosexuales en la mujer normal de nuestras sociedades civilizadas, que llega al primer coito después de

un período de duración variable de preparación, sólo interesan muy relativamente para el objeto que importa considerar aquí, ya que tanto los actos sexuales incompletos y los coitos frustrados que preceden generalmente a la desfloración, como los primeros subsiguientes, no pueden considerarse, más que en casos excepcionales, como cópulas estrictamente normales. A éstas se llega solamente después de la total curación de las lesiones de la desfloración y tras un período de aprendizaje más o menos largo.

Los autores que han estudiado con algún detalle los problemas relacionados con las modificaciones que experimentan los genitales de la mujer a partir de la época en que están sometidos a los estímulos que se derivan de la cópula normal conceden especial importancia a lo que STEMMER²¹ ha llamado, con gráfica expresión, quizá no del todo exacta, "efectos vegetativos del esperma sobre el organismo femenino". Estos estudios se basan, por una parte, en ciertas observaciones clínicas, y por otra, en algunos ensayos experimentales; unas y otros han servido para establecer una serie de hipótesis e interpretaciones que hemos de considerar sumariamente.

Es creencia general que cualquier clínico con alguna experiencia puede fácilmente comprobar que la instauración de las relaciones sexuales normales tienen la virtud de producir en la mujer manifestos cambios en su estado general, que incluso muchas veces se traducen en aparente mejoría de algunas alteraciones que no habían sido corregidas por las más diversas terapéuticas. En efecto, hay que reconocer que en algunas mujeres, sanas o enfermas, se notan, a partir del matrimonio, claras mejorías en su estado general, manifestadas por una mayor vitalidad y capacidad de trabajo, aumento de peso, etc., modificación muy aparente de diversos síntomas de inestabilidad vegetativa, especialmente eritrofobia, mejoría y frecuentemente curación de algunas dermatosis, tales como el acné juvenil, ciertas formas de acrocianosis e incluso del complejo sintomático, que MARAÑÓN¹³, que tan prolijamente lo estudió, denomina "mano hipogenital", y otras semejantes.

La relación de causa a efecto entre actividad sexual normal y estas modificaciones parece clara, tanto por lo menos como aparenta ser oscura la interpretación del mecanismo por el que se producen. Puede seguramente admitirse que las modificaciones genitales que dependen de la cópula tengan alguna influencia sobre el estado general de la mujer, mas según pensamos habría que concederles solamente un valor muy secundario, ya que, sin considerar la cuestión con detalle, nos parece discreto admitir que los cambios mentados no debieran de atribuirse a los efectos locales, es decir, genitales, del coito, sino más bien a la compleja constelación de factores psicológicos, vegetativos, hormonales, etc., ligados de una manera más o

(*) Comunicación a la "Sociedade Brasileira de Esterilidade" en agosto 1950.

menos directa a él. Importa advertirlo así, en primer lugar, porque si no lo hiciéramos podría pensarse que valorábamos excesivamente los efectos locales de la cópula, y, en segundo término, para llamar la atención una vez más sobre el hecho de que el coito es sólo una fase, todo lo importante que se quiera, pero nada más, de un complejo proceso en el que de diferentes formas participa todo el organismo.

Es un hecho de observación cotidiana, harto conocido por médicos y profanos, que muchas vírgenes que padecían trastornos menstruales se curan, a veces muy rápidamente, al dejar de serlo. Se trata de un fenómeno particularmente frecuente en casos de trastornos de la cronología del ciclo, que se observan preferentemente en mujeres con hipoplasia genital. Esta, que en muchos casos ha de atribuirse a una deficiente actividad endocrina de los ovarios, mejora quizá por el estímulo que sobre ellos ejerce el incremento de la secreción de hormonas hipofisarias que muchos autores suponen que produce el coito, que, como es sabido, en algunas especies animales es la causa determinante de la ovulación, que depende en ellas de una brusca descarga de hormonas hipofisarias. Esta hipótesis, verosímil pero discutible, podría admitirse si se acepta que los posibles efectos estimulantes sobre la hipófisis dependen del acto sexual total y no de los factores puramente locales o genitales del coito, pues éstos tienen una significación muy escasa, aun en los animales en los que por él se provoca la ovulación.

De más compleja interpretación, porque seguramente depende de mecanismos diversos, es la mejoría tan frecuente de la dismenorrea en casos semejantes. Las dos posiciones extremas que se admiten para el estudio de este síntoma, atribuirlo exclusivamente a causas psicógenas o a factores locales, nos parecen igualmente exageradas, y aun sin extremar el eclecticismo ante ellas podría admitirse que la instauración de relaciones sexuales normales actuando sobre los dos posibles grupos de motivos de la dismenorrea justifican perfectamente que estas enfermas mejoren, unas veces porque la práctica del coito presupone generalmente la desaparición de los factores psicógenos a los que la dismenorrea se podría atribuir y otras porque las modificaciones locales que se producen en los genitales varían algunas de las características anatómicas que serían su base en ciertos casos.

Desde HIPÓCRATES⁸ a nuestros días se exponen, de cuando en cuando, diferentes hipótesis e interpretaciones sobre la posibilidad de que el semen eyaculado en la vagina pueda tener una acción beneficiosa para los genitales de la mujer. En cada época se ha planteado la cuestión de una manera distinta, de acuerdo con los conocimientos del momento, pero en todas hay algunos factores comunes, de los que se deduce la impresión general de que, demuéstrese o no, es aventurado rechazar las afirmaciones de los que creen que el aporte de semen ejerce una

acción manifiesta sobre los genitales de la mujer. Durante los últimos años ha sido suscitada la cuestión desde diversos puntos de vista, y hemos de referirnos seguidamente a algunas de las opiniones expuestas, relacionándolas con investigaciones ya antiguas que al parecer no tienen en cuenta la mayoría de los observadores que publicaron estudios sobre ello recientemente.

Con motivo de estudiar algunos problemas relacionados con la esterilidad y las técnicas anticoncepcionales, GREEN-ARMYTAGE y otros autores británicos⁷ investigaron las modificaciones morfológicas que se podían comprobar por la exploración ginecológica en dos grupos de veinte mujeres; las del primero practicaban el coito normal y las del segundo recurrían a diversos medios anticoncepcionales que impedían el contacto del esperma con los genitales. De quince pacientes del primer grupo que tenían úteros y ovarios manifiestamente pequeños e inmaduros, nueve alcanzaron características normales en un plazo inferior a seis meses, mientras que en las del segundo grupo, examinadas regularmente durante un plazo de uno a dos años, diez seguían teniendo iguales características morfológicas en sus genitales y cinco presentaban además cervicitis. Estas observaciones les llevaron a suponer que la absorción del semen por los genitales de la mujer pudiera ayudar a su maduración y desarrollo completo y que esta acción podría depender del contenido en testosterona o alguna hormona semejante que contuviera el esperma. Para tratar de esclarecerlo, se inyectó semen humano a una serie de ratas inmaduras ovariectomizadas, en las que según parece pudieron comprobar una hipertrofia de los úteros después del tratamiento. Sin embargo, poco tiempo después otros autores, también británicos, BACSICH, SHARMAN and WYBURN², en experiencias particularmente metódicas en ratas y otros animales, llegan a la conclusión de que la inyección de semen humano no da lugar a modificaciones demostrables por el estudio anatómico o histológico de los genitales, y que a base de esas experiencias no hay motivo para afirmar que el semen humano contenga hormonas masculinas. Es razonable admitir, pues, que las conclusiones de GREEN-ARMYTAGE y sus colaboradores⁷ eran exageradas en lo que se refiere a la comprobación experimental de su manera de pensar, pero evidentemente ciertas en sus constataciones clínicas, en las que han venido a redescubrir el fenómeno de la "maduración del útero hipoplásico por el matrimonio", tan minuciosamente estudiado por los autores alemanes, especialmente por A. MAYER¹⁴, treinta años antes y tan reiteradamente comprobado por la práctica de todos los ginecólogos de alguna experiencia.

Hay algunas otras observaciones clínicas que nos inclinan también a admitir una acción trófica del esperma sobre los genitales de la mujer. Por una parte, el hecho de que, especialmente en mujeres que amamantan, los casos de invo-

lución uterina excesiva sean mucho menos frecuentes en las que, pasado el puerperio, reanudan una vida sexual normal que en aquellas otras que, tratando de eludir un nuevo embarazo, recurren a técnicas anticoncepcionales que impiden la inseminación. Por otra parte, habría que recordar también la comprobación, relativamente frecuente en matrimonios estériles, de deficiencias espermáticas en los maridos de las pacientes con hábito genital infantil, que no se modifica aparentemente después de un año de coito normal. La relación de dependencia entre inseminación deficiente o nula y falta de neutralización de la inhibición a que están sometidos los genitales de la mujer que amamanta es muy verosímil y parecen confirmarlo las repetidas series de observaciones clínicas que han dado motivo para establecer esta hipótesis. En lo que se refiere a la persistencia de la hipoplasia en pacientes casadas con hombres infecundos por deficiencias de esperma, la situación parece ser semejante a la de aquellas que por emplear técnicas anticoncepcionales mantienen su hábito genital infantil a pesar del matrimonio; en éstas la falta de maduración de los genitales dependería de los factores extrínsecos, voluntarios, que impiden la inseminación, mientras que en aquéllas la causa sería dependiente de factores intrínsecos, casi siempre ignorados, de la deficiencia del esperma, cuyo contacto con los genitales no tendría utilidad por carecer de los elementos esenciales que serían precisos para que su acción pudiera ejercerse plenamente.

Las observaciones que acabamos de exponer someramente hacen que importe conocer, en lo posible, los efectos inmediatos del esperma sobre los genitales de la mujer y eventualmente los procesos de su absorción y de su eliminación. Se trata, como es sabido, de problemas que han sido estudiados bien en algunos aspectos y que son aún muy mal conocidos en otros, por lo que el pretender llegar a cualquier conclusión sobre ellos sería, cuando menos, aventurado.

La eyaculación del esperma, coincidente con el orgasmo masculino, que en el coito estrictamente normal debe de coincidir con el de la mujer, tiene lugar en el tercio superior de la vagina, cuyas paredes están manifiestamente congestionadas en este momento, tanto por el aumento de su irrigación, que es propio de la tumescencia, como por los efectos mecánicos del coito sobre su mucosa. El esperma se mantiene por algún tiempo en el fondo de saco vaginal posterior, con el que el cuello uterino está en inmediata relación, lo que favorecería la succión del licor espermático por el útero en el momento del orgasmo e inmediatamente después, fenómeno que algunos autores pretenden que es constante y otros excepciones, pero que en todo caso no es indispensable para la penetración del esperma en el útero ni para la fecundación.

Las características físicas, químicas y bioló-

gicas del esperma humano han sido estudiadas desde los más variados puntos de vista, tomando como punto de partida las experiencias hechas en los animales, en los que como es sabido la fecundación artificial ha hecho notables progresos, sobre los que puede verse un resumen en el libro de BARLETT y colaboradores¹. La bibliografía sobre estas cuestiones, reunida generalmente en trabajos sobre esterilidad matrimonial, es muy copiosa y sólo hemos de referirnos a ella aquí para hacer destacar el hecho de que así como hasta hace diez años se concedía especial atención al estudio de las características y la morfología de los espermatozoides en el hombre, MOENCH¹⁷, STIASNY und GENERALES²², WEISSMANN²⁶, etc., desde hace poco tiempo se investigan preferentemente otras peculiaridades del semen humano, especialmente sus características químicas y su metabolismo, que tan detalladamente han estudiado MANN y sus colaboradores¹⁵, y la presencia en él de algunas sustancias cuya existencia en el esperma no era conocida hasta hace poco o había pasado desapercibida y a la que actualmente se concede una importancia capital. Entre ellas destaca la hialurodinasa, enzima que CHAIN and DUTHIE⁴ identifican con el llamado factor de difusión, "spreading factor" de la literatura de lengua inglesa, cuya presencia sería necesaria en el semen, según McCLEAN and ROWLANDS¹⁶, FEKETE and DURAN-REYNOLDS⁶, etc., para dispersar las células de la corona radiata que envuelven al óvulo de los mamíferos y hacerle así accesible a la penetración del espermatozoide que ha de fecundarlo. De esta cuestión, cuyos pormenores no pueden ser considerados aquí, sólo interesa destacar que la aplicación de la hialurodinasa al tratamiento de la esterilidad humana no ha salido aún de la fase puramente experimental, pues si bien KURZROCK, LEONARD and CONRAD¹² han obtenido resultados favorables en algunos casos, no ha sucedido lo mismo en los de SIEGLER²⁰ ni en los de TAFEL, TITUS and WIGHTMAN²³. Por otra parte ha de ser tenida en cuenta la posibilidad, sobre la que llamaron la atención CRIEP and TAFEL⁵, de que se produzcan reacciones alérgicas empleando preparados de ese enzima.

Admitimos que los posibles efectos tróficos del esperma sobre los genitales de la mujer dependen de la absorción por ellos de los espermatozoides y de los demás elementos que contiene el semen, y es verosímil pensar que estos procesos tienen lugar preferentemente en el útero. En efecto, dadas las características histológicas de la vagina, parece probable que la absorción a través de ella sea nula, VOGT²⁵, o que, cuando menos, quede limitada a los componentes lipóideos del eyaculado, pues la absorción de albúminas coincide generalmente con intensas leucocitosis locales, fenómeno que no se puede comprobar en el examen del contenido de la vagina a poco del coito, en el que sólo se encuentran los elementos de descamación habituales, algún raro leucocito, elementos del se-

men como células y cristales y pocos espermatozoides. La rápida desaparición de éstos, que a las ocho horas es casi total, no se ha explicado todavía satisfactoriamente y debe de depender de un proceso activo de los genitales, ya que en el espermatozoide conservado simplemente en un tubo de ensayo, a la temperatura ambiente o en termostato, se encuentran abundantes espermatozoides durante un plazo de tiempo mucho más largo.

La penetración de los espermios en el útero, a través del que han de pasar para alcanzar las trompas en las que normalmente debe de tener lugar la fecundación del óvulo, puede ser pasiva cuando es favorecida por el orgasmo en la mujer, según pretenden los que aceptan los puntos de vista expuestos por KEHRER¹⁰, y también activa, por la movilidad propia de los espermatozoides. Según BELONOSKIN³, éstos se encuentran en la secreción mucosa del canal cervical mucho más pronto cuando hay orgasmo que cuando no lo hay, pero en todo caso el examen del moco cervical post-coito, tal como se le practica habitualmente en el estudio de ciertas formas de esterilidad, de acuerdo con la llamada generalmente prueba de HÜNER⁹, demuestra que la presencia de espermatozoides en el cuello coincide con una manifiesta leucocitosis, que se incrementa a medida que el tiempo que pasa desde el coito es mayor.

Más tanto si el espermatozoide penetra en el útero por aspiración activa de éste como si lo hacen los espermatozoides en virtud de su propia movilidad, se admite que a la cavidad del útero llegan no sólo los espermatozoides, sino también algunos de los demás elementos constitutivos del semen; entre ellos hay varios, el más destacado la hialurodinasa, que se supone que tienen por objeto facilitar la progresión de los espermatozoides hacia su destino a través de los obstáculos que representan el tapón mucoso del cuello, el movimiento ciliar de los epitelios del cuerpo y de las trompas, las células de la corona radiata, etc.

La penetración del espermatozoide en la cavidad del útero ocasiona una rápida reacción de su mucosa, que depende de la destrucción y reabsorción de los elementos que le componen que han llegado allí, entre los que hay una elevada proporción de espermatozoides que en su mayoría son destruidos rápidamente. Este proceso da lugar a una notable infiltración linfocitaria de la mucosa uterina, muy manifiesta a las ocho horas del coito, y ocasiona una imagen histológica que justificó que algunos autores, POPPA et MARZA¹⁸ entre ellos, hayan admitido en la mujer la existencia de una "endometritis por coito" semejante a la que puede observarse en las hembras de algunos animales después de ser cubiertas por el macho. Este fenómeno ha sido bien estudiado por VOGT²⁵, que hace notar que cuando se introduce el espermatozoide en el útero de la ratona inmediatamente después del apareamiento se nota una leucocitosis tan intensa que su epitelio parece una tonsila, lo que coincide

con las experiencias de KOHLBRUEGGE¹¹, que ha observado que en la hembra del murciélago en trance semejante se observa que los espermatozoides penetran incluso en las glándulas del cuerpo uterino, ocasionando en toda la mucosa una infiltración leucocitaria considerable.

La posibilidad de que la mucosa uterina de la mujer pueda absorber ciertas sustancias que lleguen a ella está harto demostrada por una multitud de experiencias hechas en casos de aborto criminal, a las que no hemos de referirnos. Su capacidad de destruir los elementos componentes del espermatozoide y de absorber los productos de su desintegración ha sido atribuida, por THOMPSON²⁴, a las células del epitelio de los espacios interglandulares, y por VOGT²⁵ a todas las células cilíndricas de la mucosa. El mecanismo íntimo por el que estos procesos puedan tener lugar y las transformaciones que los elementos espermáticos puedan sufrir antes de ser absorbidos no los conocemos, si bien no es inverosímil atribuir a la mucosa uterina semejantes actividades desde que se conoce la particular actuación que tiene en el metabolismo de las foliculinas en la rata, según resulta de los estudios y las experiencias de SIEGERT¹⁹ y sus colaboradores.

Los efectos locales que se derivan de la penetración del espermatozoide en la cavidad del útero y la inmediata reacción de su mucosa ante los estímulos mecánicos, químicos, etc., que de ello se derivan, pueden ocasionar, sobre todo cuando son repetidos como es habitual en un matrimonio normal, modificaciones en las características del útero que justifiquen los cambios que se producen en la morfología de éste a partir de la época en la que se inician relaciones sexuales normales. Sin embargo, creemos que, sin subestimar la acción local del espermatozoide, ha de concedérsele sólo una importancia relativa y desde luego menor que la que tienen los efectos generales que se derivan de la absorción de los productos de desintegración del mismo.

RESUMEN.

Se revisan en este trabajo algunas series de observaciones clínicas y ciertos hechos experimentales, llegándose a la conclusión de que el semen depositado en los genitales femeninos con ocasión del coito tiene, además de su función primordial de lograr la fecundación, otros efectos secundarios específicos, entre los que destacan el estímulo para el desarrollo de los genitales, especialmente del útero, y una acción trófica general sobre todo el organismo de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

1. BARTLETT y colaboradores.—La inseminación artificial en animales de granja. Buenos Aires, 1946.
2. BACSICH, SHARMANN and WYBURN.—Journ. Obst. Gyn. Brit. Empire, 52, 334, 1945.
3. BELONOSKIN.—Ref. Zblatt. für Gynaek., 64, 2,042, 1940.
4. CHAIN and DUTHIE.—Brit. J. Exp. Pathol., 21, 324, 1940.
5. CRIEP and TAFEL.—Am. J. Obst. Gyn., 58, 188, 1949.
6. FEKETE and DURAN-REYNOLDS.—Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 52, 119, 1943.
7. GREEN-ARMYtage y colaboradores.—Proc. Royal Soc. Med., 36, 105, 1943.

8. HIPÓCRATES.—Hippokrates Werke, von Kapferer, Stuttgart, 1936.
9. HUHNER.—The Diagnosis and Treatment of Sexual Disorders in the Male and Female, including Sterility and Impotence, 3.^a Ed., N. York, 1946.
10. KEHRER.—Ursache und Behandlung der Unfruchtbarkeit, etc., Leipzig, 1922.
11. KOHLBRÜGGE.—Cit. Vogt en 25.
12. KURZROCK, LEONARD and CONRAD.—Am. Journ. Med., 1, 491, 1946.
13. MARAÑÓN.—Estudios de fisiopatología sexual, Barcelona, 1931.
14. A. MAYER.—Cit. Stemmer en 21.
15. MANN y colaboradores.—En Advances in Enzymology, Vol. 9.^o, N. York, 1949.
16. MCLEAN and ROWLANDS.—Nature, 150, 627, 1942.
17. POPPA et MARZA.—Cit. Stemmer en 21.
18. SIEGERT.—Zblatt. für Gynaek., 63, 1938, 1939.
20. SIGLER.—Trans. of Amer. Soc. for the Study of Sterility, 1947, pág. 98.
21. STEMMER.—Zblatt. für Gynaek., 64, 1529, 1940.
22. STIASNY und GENERALES.—Erbkrankheit und Sterilität, Stuttgart, 1937.
23. TAFEL, TITUS and WIGHTMANN.—Am. J. Obst. & Gynec., 55, 1023, 1948.
24. THOMPSON.—Cit. Vogt en 25.
25. VOGT.—Monatschrift Geburtshilfe und Gynaekologie, 62, 317, 1923.
26. WEISSMANN.—Spermatozoa and Sterility, N. York, 1941.

SUMMARY

Certain experimental facts and some series of clinical observation are revised in this paper. It is inferred that the semen deposited in the female genitals during coition posses, besides the essential function of fecundation, other secondary specific effects. Among others, stimuli tending to develop the sexual organism of the woman are outstanding.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht in dieser Arbeit eine Serie von klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, wobei man zu dem Schluss kommt, dass der beim Koitus in die weiblichen Genitalien deponierte männliche Samen neben der Hauptfunktion, eine Befruchtung zu erzielen, noch andere spezifische sekundäre Wirkungen hat. Unter diesen ist besonders der Reiz für die Entwicklung der Genitalorgane, insbesondere des Uterus zu nennen, sowie eine allgemeine trophische Wirkung auf den ganzen weiblichen Organismus.

RÉSUMÉ

Dans ce travail on révisé quelques séries d'observations cliniques et certains faits expérimentaux, arrivant à la conclusion que le sperme déposé dans les génitaux féminins au moment du coït a, en plus de sa fonction principale d'obtenir la fécondation, d'autres effets secondaires spécifiques, parmi lesquels se détachent le stimulus pour le développement des génitaux, particulièrement de l'utérus, et une action trophique générale sur tout l'organisme de la femme.

NOTAS CLINICAS

LINFOGRANULOMATOSIS PRIMITIVA
GASTRO-DUODENAL

C. JIMÉNEZ DÍAZ, M. MORALES PLEGUEZUELO
y J. M.^a ROMEO

Clinica Médica de la Facultad de Madrid e Instituto de Investigaciones Médicas.

Aunque existen en la literatura comunicados algunos casos de linfogranulomatosis digestiva como primera localización de la enfermedad de Hodgkin, sin embargo no son muy frecuentes, y consideramos, por tanto, de cierto interés relatar el siguiente caso de nuestra observación:

A. A. S., labrador, de la provincia de Badajoz, de veintiocho años, vino a la clínica con una historia de tres años antes, época en la que se le presentaron unas fiebres, precedidas de escalofríos, que llegaban a 40-41°; la fiebre se hizo continua en esa altura, con escalofríos por las mañanas y diarreas de olor pútrido, cinco-seis deposiciones en el curso del día; a los pocos días se estableció un dolor en el hipocondrio derecho que se irradiaba por la línea axilar anterior y se acentuaba con la tos o las respiraciones profundas. Ingresó en un hospital provincial, donde le hicieron punción pleural, diagnosticándose un empiema, por cuyo diagnóstico le

hicieron drenaje con resección costal y mejoró, si bien la fiebre permaneció alrededor de 38° durante dos meses. Por fin la fiebre se quitó, dejó de supurar, le suprimieron el drenaje y retornó a una vida normal, si bien seguía con diarreas, haciendo deposiciones espumosas, fétidas y con moco, sin sangre. Dos años después se le acentuaron las diarreas, se presentó febrícula y aparecieron dolores difusos abdominales, que ulteriormente se concretaron más en el hipogastrio y fosa iliaca derecha y más tarde principalmente al epigastrio, con náuseas y vómitos, así como acentuación de las fiebres por las tardes. En interrogatorios posteriores obtuvimos el dato de que había servido en Africa y allí tuvo diarreas, que habían persistido luego a temporadas hasta el comienzo de la actual enfermedad. Sus antecedentes no ofrecían especial interés.

En la exploración aparecía delgado y pálido con rosetas malares; en el examen del tórax se percibía opacidad a la percusión en la base derecha, con algunas sibilancias difusas y roce pleural en dicha base. Nada a la exploración circulatoria. Dolor muy acentuado, con fuerte defensa en el abdomen que impide la palpación, siendo más fuerte en el epigastrio, zona hepática y fosa iliaca derecha. No se aprecia aumento de bazo ni ascitis; pequeñas adenopatías triviales en ambas ingles. Pres. art., 11/7.

En virtud de su historia anterior, diarreas contraídas en Africa, accidente pleural supurado y del dolor, fiebre y diarreas actuales, unido a la defensa local, pensamos de primera intención que se trataría de una disenteria amebiana con accidentes evolutivos, últimamente con hepatitis. La exploración radiológica de tórax demostró