

8. HIPÓCRATES.—Hippocrates 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. KOHLBRUEGGE.—Cit. Vogt en 21.
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.^a, N. York, 1949.
16. MCLEAN and ROWLANDS.—Nature, 150, 627, 1942.
18. POPPA et MARZA.—Cit. Stemmer en 21.
19. 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, 1, 529, 1940.
22. STIASNY und GENERALES.—Erbkrankheit und Sterilität, Stuttgart, 1937.
23. TAFEL, TITUS and WIGHTMANN.—Am. J. Obst. & Gynec., 55, 1, 023, 1948.
24. THOMPSON.—Cit. Vogt en 25.
25. VOGT.—Monatschrift Geburtshilfe und Gynaekologie, 62, 317, 1823.
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 révise 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 CLÍNICAS

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 escalofrios, que llegaban a 40-41°; la fiebre se hizo continua en esa altura, con escalofrios 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 fossa 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 África 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 fossa 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 África, 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

opacidad pleural y sínfisis en la base, pero no se veía aumentada la sombra hepática ni elevado el hemidiaphragma. El tacto rectal es doloroso, y la rectoscopia asimismo, pero se puede introducir bien el tubo, viéndose una mucosa simplemente hiperémica con algo de moco, sin nada de aspecto ulcerativo. Se le ordenaron unos análisis y estudio radiológico digestivo. En éste se aprecia un estómago con irregularidad y falla en el antro y duodeno filiforme y desplegado; se retiene la papilla aún a las varias horas (diez); el intestino delgado está dilatado y meteorizado; el ciego parece amputado en su fondo (v. figs. 1 y 2).

El examen del jugo gástrico demostró aquilia histaminaresistente, con sangre macroscópica en todas las extracciones; en los espulos, nada anormal, ni en la orina; la investigación de amebas en fresco y por fija-

tumoral, que ocupando los ganglios de la raíz del mesenterio y englobando también los del hilio hepático forma bloque con el estómago, toda cuya pared es a ese nivel tumoración, la cual en el antro, pared posterior y borde inferior lo ocupa todo, infiltrando además y corriéndose por todo el duodeno; el aspecto total de la pieza se ve en la figura 3. La tumoración llega también al lóbulo izquierdo del hígado, que se encuentra invadido, sin verse ninguna metástasis en el resto. El bazo aparece algo aumentado y congestivo. En los riñones no se ve nada, pero el izquierdo está rechazado por

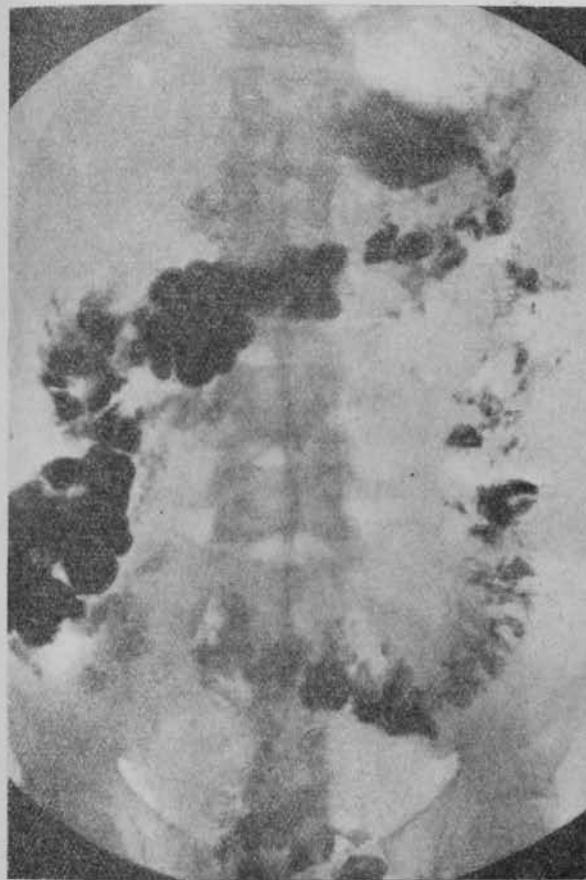


Fig. 1.



Fig. 2.

ción fué negativa, y el examen citológico de la sangre dió: 4.300.000 g. r., 9.850 leucocitos; v. g., 1.0; velocidad de sedimentación, 32/58 = 28, y la fórmula leucocitaria, 82 p. neutr. (26 en cayado), 0 eosinófilos, 12 linfocitos y 6 monocitos. Las temperaturas siguieron oscilando de 39-39.5°.

Con estos datos, naturalmente, la primera impresión se esfumó inmediatamente, apareciendo claro que el enfermo tenía una tumoración gástrica maligna con fuerte infiltración que invadía el epíplón, enmarcaba el duodeno y posiblemente invadía o se pegaba al hígado. A pesar de todo, dada la situación del enfermo, creímos conveniente que se hiciera una laparotomía exploradora, para ver si podía hacerse alguna intervención paliativa. La intervención se limitó a ver una tumoración dura e irregular muy infiltrante en la que nada cabía hacer. En los días siguientes murió.

En la autopsia (Prof. ARTETA) se apreciaron en el tórax adherencias cordónales, que se despegan sin verse ninguna afectación pulmonar o mediastínica. En el abdomen, una gran masa

la misma gran masa tumoral que invade la fosa perirrenal.

El estudio histológico se hizo sobre dos trozos (fig. 4), uno de ellos de tumoración de la pared gástrica misma y el otro del duodeno, cuya relación con la luz puede verse en la figura 5 (panorámica). En la tumoración gástrica se aprecia lo siguiente: a pequeño aumento se observa una imagen discontinua por la existencia de múltiples focos de necrobiosis, irregulares en tamaño y forma, muchas veces angulosos, que alternan con zonas de tejido bien conservado. Las áreas desvitalizadas (fig. 6) constan en sus partes centrales de grumos acidófilos anhistos—que es lo único que se ve de las células que allí había—, mientras que en las porciones marginales se observan aún algunos núcleos picnóticos y polvillo cromatinico pro-

cedente de cariorrexis. En general no existen alrededor de estas zonas ni congestión ni fenómenos de neoformación ni reacción celular que tienda a aislarlas. Existen en los focos necro-



Fig. 3.

bióticos haces colágenos gruesos, formaciones ovoideas o redondas o alargadas, que son vasos sanguíneos bastante abundantes, congestivos, en los que las paredes y hematíes se distinguen

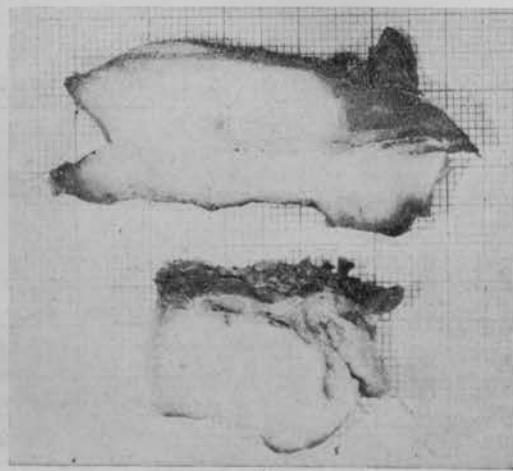


Fig. 4.

con dificultad, y otras formaciones (que también se encuentran en las partes vivaces) algo mayores, redondeadas o alargadas, de estructura uniforme en general y menos veces grumosa, acidófilas, casi siempre sin núcleos, pero que pueden tener alguno, periférico más bien, y

a veces varios en corona, que corresponden a fibras musculares estriadas en degeneración, como se comprueba porque muy rara vez cabe descubrir, a gran aumento, la estriación que las caracteriza.

Las partes vivaces (fig. 7), de riqueza celular no excesiva, están constituidas por células que varían en forma y tamaño. Hay pocas de aspecto linfoide. Otras, en bastante número, se parecen a los linfocitos por su núcleo, redondo, bien teñido y pequeño, pero presentan un protoplasma mayor que el que a éstos corresponde, poliédrico, que claramente se percibe mediante

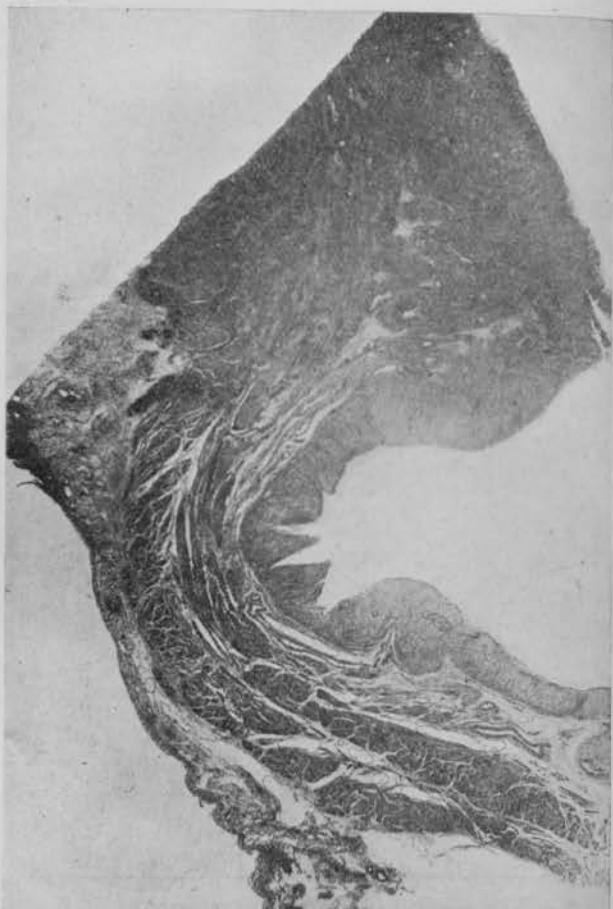


Fig. 5.

la impregnación con el método argéntico, que DEL RÍO denominó panóptico. Hay otras células, menos numerosas, de aspecto claramente reticular, más bien sueltas, rara vez agrupadas en alguna plaquita perivascular, y por último, rompiendo la uniformidad relativa de los elementos hasta ahora descritos, se encuentran, con transiciones con las células reticulares, elementos monstruosos (figs. 8, 9 y 10), de núcleo más bien único, redondo o alargado, muy grande, de cromatina ya clara, con grumos y filamentos cromáticos separados por un nucleoplasmabundante—y entonces se ve claramente un nucleolo central bien desarrollado—, ya oscura y densa, percibiendo pocos detalles estructurales. Algunas de las células monstruosas presentan varios núcleos, o apelotonados o aislados unos

de otros. El protoplasma de estas células atípicas, poliédrico y desarrollado, se distingue mejor en unas que en otras.

Sin métodos especiales de coloración no se ve más conectivo fibrilar que los grandes haces colágenos que se encuentran en las zonas necró-

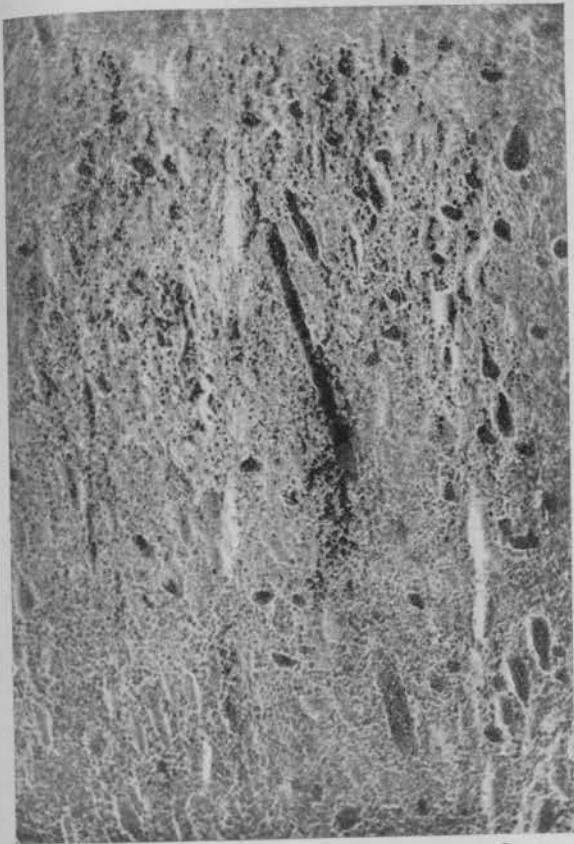


Fig. 6.

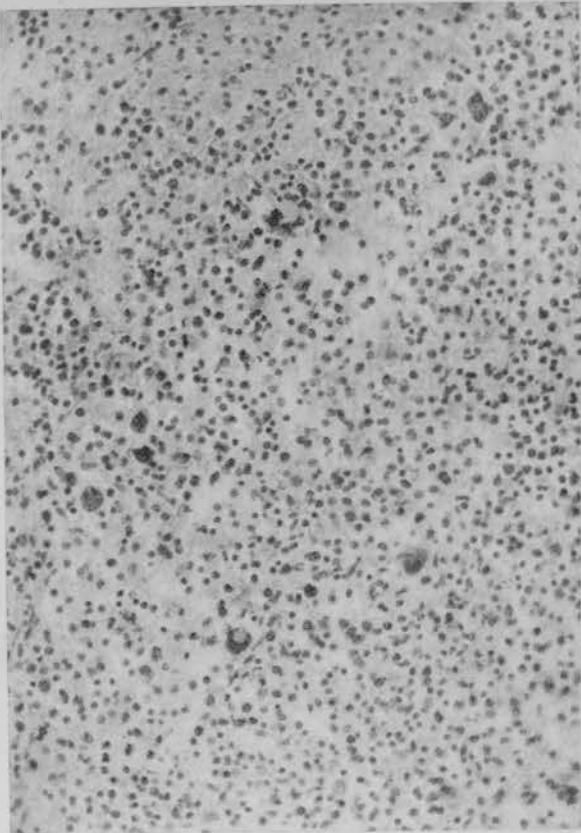


Fig. 8.

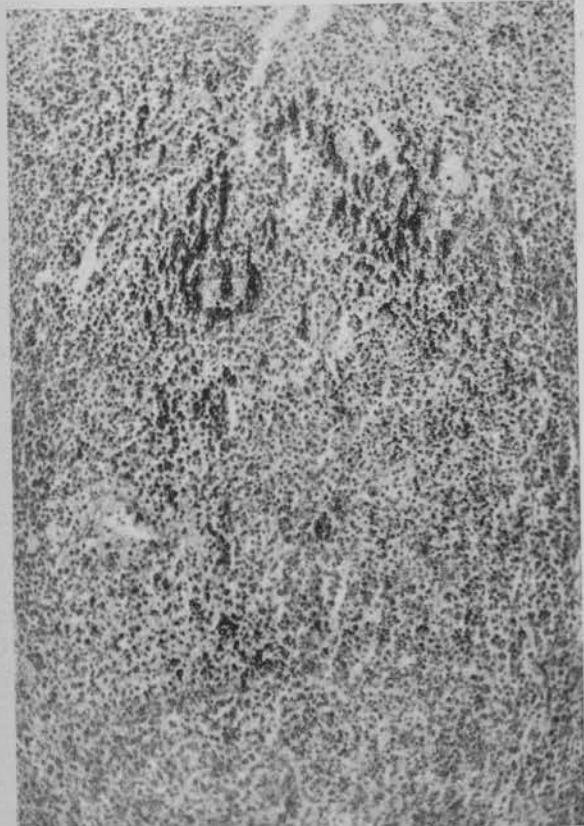


Fig. 7.



Fig. 9.

bióticas y de los que ya se ha hecho mención; pero con la doble impregnación argéntica se observa cómo existe por todas partes abundante reticulina, en mayor cantidad aún donde se observan haces conectivos (fig. 11). En las zonas vivaces la reticulina está separando las células sin circunscribir aglomerados o cordones libres de ella. Llama la atención en el seno de este cuadro, que recuerda principalmente a la linfogranulomatosis maligna, la ausencia de células plasmáticas o granulocitos. En el trozo tomado del intestino, el aspecto es más monomorfo, sin células monstruosas ni zonas necróticas, sino simplemente una proliferación mo-

necrosis; sin embargo, falta sin duda otro carácter habitual, que es la reacción inflamatoria celular, con células plasmáticas, eosinófilos, etcétera. Es cierto que no es indispensable su existencia para el diagnóstico, y que al lado de las formas que pueden considerarse histológicamente completas o típicas hay que tener en cuenta las "atípicas" de la enfermedad de Hodgkin, que se aproximan por sus caracteres a las de una verdadera tumoración, un reticuloma o reticulosis neoplásica. En otros casos de localización ganglionar hemos encontrado, como otros autores, tales formas, que marcan una cierta transición entre linfogranuloma, reticu-

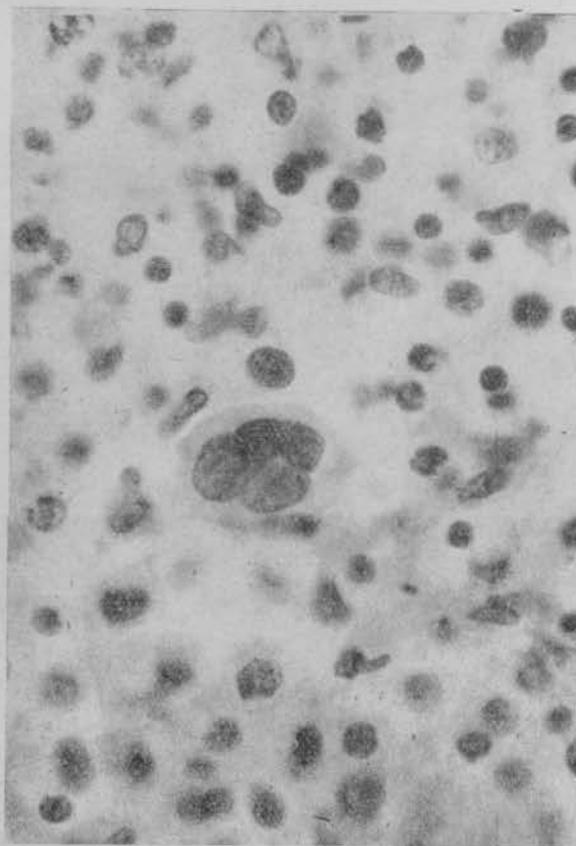


Fig. 10.

nótona de células reticulares que infiltran todo y disocian la musculatura lisa, con acentuada hiperplasia de la reticulina.

En las restantes vísceras no se encuentra nada llamativo; en los pulmones aparecieron algunos nodulitos microscópicos, constituidos por acúmulos de polinucleares; el bazo está congestivo, con folículos pequeños; los riñones, simplemente congestivos; en el hígado, adiposis de grado medio, y en todos los trozos examinados solamente un nódulo bien recortado reticulomatoso; en los ganglios la estructura aparece borrada, viéndose masas de células neoplásicas de tamaño mediano con algunas atipias y mitosis poco abundantes.

El diagnóstico histológico en este caso podría ser el de una linfogranulomatosis, teniendo de este proceso algunos caracteres evidentes, tales como la hiperplasia reticular, atipias, fibrosis y



Fig. 11.

loma o linfosarcoma. Incluso hemos podido ver alguna vez la asociación de los dos tipos, como también ha sido en ocasiones señalado por otros, del tipo más clásicamente correspondiente al Hodgkin y del tipo del reticuloma. La tumoración de la zona intestinal por sí tiene todos los caracteres del reticuloma, y sin necrosis ni monstruosidades celulares, si hubiera estado sola, no habríamos vacilado en hacer el diagnóstico de linfosarcoma o reticuloma delgado, como otros que hemos publicado anteriormente.

Demuestra este caso cómo estas formas que quedan más acantonadas en órganos, ofreciendo el cuadro clínico de un tumor maligno de otro tipo, en este caso todo hacía ir al diagnóstico de carcinoma gástrico, con gran infiltración perigástrica, son linfogranulomatosis más tumorales, es decir, más aproximadas también en

sus caracteres histológicos al reticuloma. Es posible que con el tiempo se borren los límites entre el reticuloma y la linfogranulomatosis, como enfermedades ambas originadas por virus que determinan una reacción neoplásica cuyos caracteres pueden variar.

RESUMEN.

Se comunica un caso de tumor maligno gasto-oduodenal, en cuyo estudio histológico se demuestra tratarse de una linfogranulomatosis de forma tumoral reticulomatosa.

CASOS SUELTOS DE UROLOGIA

(Congenitalismo y litiasis renal. Anuria calcu-
losa y riñón único congénito.)

A. TORRA HUBERTI

Instituto Policlínico de Barcelona. Sección Urología.

A. TORRA HUBERTI.

CONGENITALISMO Y LITIASIS RENAL.

Sabida es la frecuencia con que los riñones que presentan anomalías congénitas, en sus diferentes variedades de posición, forma y volumen, enferman de hidronefrosis y litiasis, sobreanadiéndose al final diferentes grados de infección que conducen a la destrucción del órgano. Este mismo concepto puede aplicarse a las anomalías congénitas de la pelvis renal y uréter.

El caso que a continuación presentamos es de congenitalismo y de litiasis infectada para ambos riñones, y en él, para su curación, nos vimos precisados a la extirpación total de un riñón y a la resección del polo superior del otro. Por presentar ciertas particularidades, especialmente relacionadas con el defecto de desarrollo, añadiremos algunos comentarios.

Enferma L. D., de la provincia de Tarragona, casada, de cuarenta y siete años y ocupada preferentemente en labores del campo.

En su infancia, y con relativa frecuencia, se hallaba afectada de dolores abdominales, a veces bastante intensos, que se resolvían espontáneamente o con simples remedios caseros.

A los veintidós años ingresó en un hospital para ser tratada de una afección ginecológica, que curó sin necesidad de intervención quirúrgica.

Desde entonces venía padeciendo una serie de cólicos nefríticos del lado derecho, a veces intensos, de tres días o más de duración, acompañados casi siempre de vómitos. En un lapsus de veinticinco años aquejó 20 o más.

En los últimos tres o cuatro años cedieron por completo los cólicos nefríticos, pero en el vacío derecho apareció una tumoración indolora.

La enfermedad no le causaba trastornos urinarios,

pero sí molestias, sobre todo diurnas, en relación con el duro trabajo cotidiano. La empeoraban los traqueteos.

El aspecto y color de la orina experimentaba variaciones y en ocasiones se manifestaba francamente sanguinolenta.

En los últimos meses acusaba la pérdida de tres a cinco kilos; no obstante, se presentaba a la consulta con aspecto general bastante bueno, pero con colores faciales apagados dentro de la rudeza de sus facciones.

A la simple inspección se observaba una gran tumoración del tamaño de una cabeza de niño, prominente a la superficie abdominal, de forma no esférica, pero algo irregular, con su mayor diámetro en sentido transversal, ocupando con preferencia la zona umbilical, parte del vacío derecho y sobre pasando la línea media para invadir parte del vacío izquierdo en menor proporción. La tumoración era indolora a la palpación, de consistencia sólida, pero no dura, algo móvil a la respiración y poco desplazable a la presión manual.

La orina era turbia, purulenta.

La exploración ginecológica era normal, salvando una moderada anteflexión uterina.

Normal era la vejiga al examen cistoscópico, pero eran visibles eyaculaciones purulentas partiendo del meato ureteral derecho. Se cateterizaba éste con una sonda opaca que pasaba fácilmente, pero se detenía antes de llegar a la profundidad acostumbrada y no se lograba obtener nada de su luz.

En estas condiciones se practicó una radiografía general del aparato urinario, que reveló la presencia de dos presuntas y grandes sombras calculosas, una en plena zona renal normal izquierda y la otra en una zona normalmente no renal, pues estaba situada al nivel y a la derecha del disco intervertebral que separa la tercera de la cuarta vértebra lumbar, próxima a la columna vertebral. A la vez se apreciaba cómo la sonda ureteral opaca, previamente introducida, se dirigía de la derecha hacia la izquierda para perderse en la fuerte opacidad de la citada columna (fig. 1). Inyectada sustancia opaca por la sonda y practicada una nueva pero más limitada radiografía, era de observar cómo el líquido opaco subía por el ureter de localización prevertebral y marcaba una dirección franca hacia la sombra calculosa yuxtavertebral derecha. El líquido, sin penetrar en la pelvis renal, refluyó hacia la vejiga (fig. 2).

Con esta exploración se ponía en claro que nos hallábamos ante un riñón pionefrótico calculoso en distopia lumbar baja.

La otra sombra calculosa, la del lado izquierdo, era también grande, pero más irregular de forma y densidades, situada al nivel de la XII vértebra dorsal y separada de la línea media.

Asimismo se practicó el cateterismo ureteral izquierdo con sonda opaca, que permitió recoger orina ligeramente turbia y a continuación pielografía ascendente. El sedimento de esta orina demostraba, al microscopio, una franca piuria con abundante flora bacteriana colibacilar y de fermentación.

La imagen pielográfica, lograda con 25 c. c. de líquido opaco, nos reveló una pelvis hidronefrótica de tipo ampular, con un uréter que, estrechándose en su tercio superior y especialmente en el cuello, partía de un punto más alto al que le pertenecía de haberlo hecho en la parte más declive. La sombra calculosa correspondía exactamente al cáliz superior, que estaba unido al resto de la imagen por un cuello bien destacado (figura 3). La imagen pielográfica, recogida en una incidencia de perfil, acusaba su proyección por delante de la cara lateral de la columna lumbar y se manifestaba por una pelvis muy amplia, que presentaba excéntricamente varios de sus dilatados cálices en forma de bolas. En esta radiografía (fig. 4) se observaba, en cambio, muy delgado el cuello del cáliz superior, representado éste exclusivamente por la sombra calculosa mencionada, que en esta proyección se plasmaba en forma de gancho, tal como se puede observar en la fotografía de los cálculos que se presenta después de su extracción (fig. 5). Interesante resultaba esta última radiografía al hacer patente la localización prevertebral de