

sous-arachnoïdiennes, intracérébrales et méningo-encéphalitiques.

On fait des considérations sur la symptômatologie, radiologie, diagnostic différentiel et traitement. On insiste sur le fait que l'hémorragie sous-arachnoïdienne se doit à la rupture d'un anévrisme dans le 100 % des cas; sur l'importance de l'artériographie, de la ponction lombaire et de l'électroencéphalographie pour le diagnostic; et sur la grande valeur thérapeutique de la ligature de la carotide interne. S'il y a hématome cérébral il doit être évacué.

la certeza de un determinado proceso. Resulta curioso el ver cómo en los distintos trabajos de tipo estadístico que se vienen publicando el tanto por ciento de errores varía mucho, según los procesos y según la frecuencia de los mismos en cada zona. Es decir, que la experiencia personal en cada caso es factor decisivo en los diagnósticos. Por lo tanto, es conveniente que cada patólogo, en su ambiente, recopile sus datos y los dé a conocer para, de este modo, hacer el verdadero mapa de las ventajas e inconvenientes de la punción ganglionar.

MATERIAL Y MÉTODO.

Los casos estudiados figuran en la tabla I. Se ha empleado una aguja gruesa, sin fiador, y una jeringa de 20 c. c., que adapte bien, aspirando fuertemente mientras la aguja está en el seno del parénquima y cesando totalmente la presión en el momento en que, al extraerla, sale la aguja de la cápsula ganglionar. De este modo se evita que una aspiración brusca pulvérice materialmente el producto de la punción, proyectándolo violentamente al interior de la jeringa. Las extensiones se han teñido en la mayoría de los casos con May-Grunwald Giemsa y sólo ocasionalmente con el método de Papanicolaou. La fijación se ha hecho rapidísimamente, después de practicada la extensión, y si ha sido posible cuando aún la preparación está sin desecarse.

CASOS DEMOSTRATIVOS.

Linfogranuloma de Hodgkin.—J. H., de treinta y un años, casado, de profesión oficinista. Se le recibe en el hospital el 25 de febrero de 1953. Hace aproximadamente un año le aparecieron ganglios en el cuello y en las ingles. Presenta fiebre de 39 grados, mucha tos que a veces le hace vomitar, intensa anorexia e insomnio.

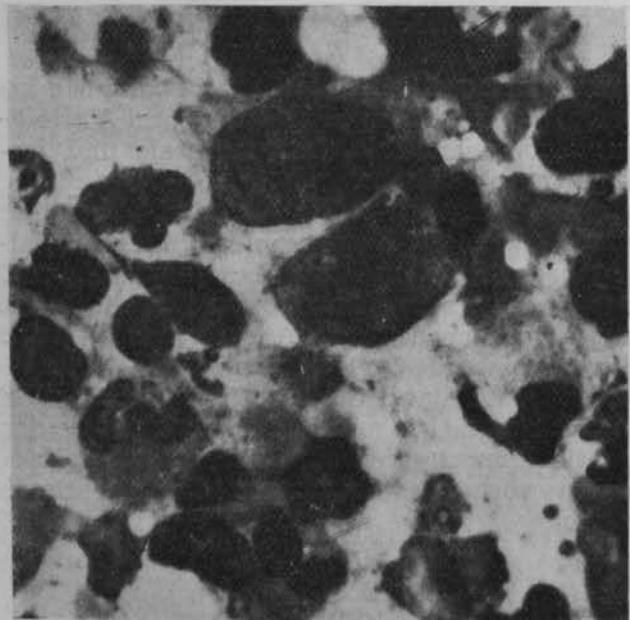


Fig. 1.—Linfogranuloma de Hodgkin. Célula de Sternberg binucleada.

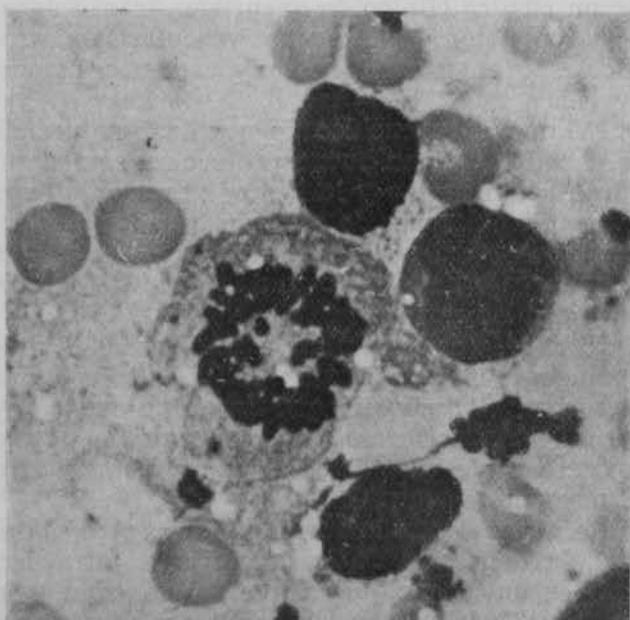


Fig. 2.—Linfogranuloma de Hodgkin. Mitosis en una célula de Sternberg.

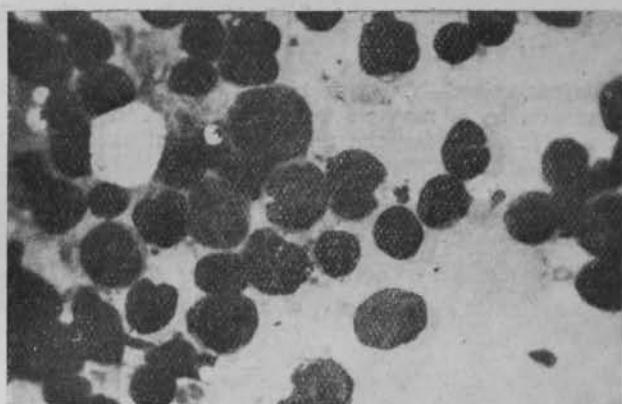


Fig. 3.—Tuberculosis ganglionar. Células epitelioides y reticulares.

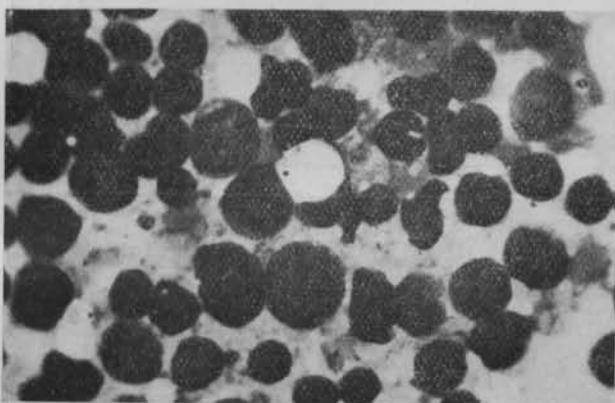


Fig. 4.—Tuberculosis ganglionar. Células epitelioides y reticulares.

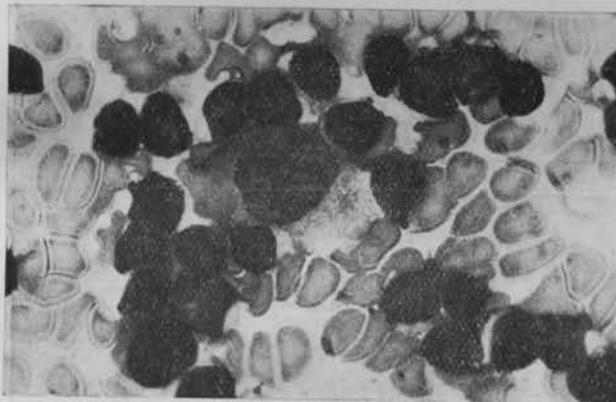


Fig. 5.—Tuberculosis ganglionar. Célula semejante a la de Sternberg.

En las ingles y en el testículo izquierdo, irradiando hacia el vacío izquierdo, padece dolor de tipo continuo que se le quita con aspirina. También se queja de unos dolores en forma de punzadas en la región lumbar e irradiando hacia el testículo. A los diez o doce días de un tratamiento de 1.200.000 unidades de penicilina le desaparecieron los ganglios, volviendo a aparecer a los veinte o veinticinco días. Desde entonces ya no se le han quitado. Hace unos días notó, extendida por toda la piel, una erupción de pequeños granos que se le quitó en poco tiempo con polvos de talco.

En la exploración clínica nos encontramos con un enfermo muy adelgazado, pálido, de conjuntivas ligeramente ictéricas. En el cuello (ángulo maxilar izquierdo) se encuentra una adenopatía del tamaño de una nuez,

dura, no adherida, consistente e indolora. La cadena yugular del otro lado está infartada. Los ganglios, del tamaño de avellanas, tienen las mismas características que el anterior. En el tórax, la matidez hepática se limita en el séptimo espacio intercostal. El resto de la exploración es absolutamente negativo.

El diagnóstico, por punción ganglionar, de linfogranuloma de Hodgkin, se comprueba posteriormente por biopsia. El enfermo fallece en abril de 1954 (figs. 1 y 2).

Tuberculosis ganglionar.—J. L., de veinte años, de profesión mecánico, presenta en la región supraclavicular-

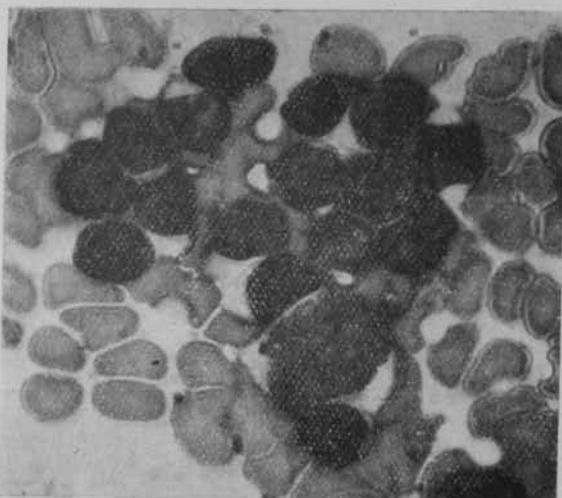


Fig. 6.—Tuberculosis ganglionar. Célula de tipo pre-Sternberg.

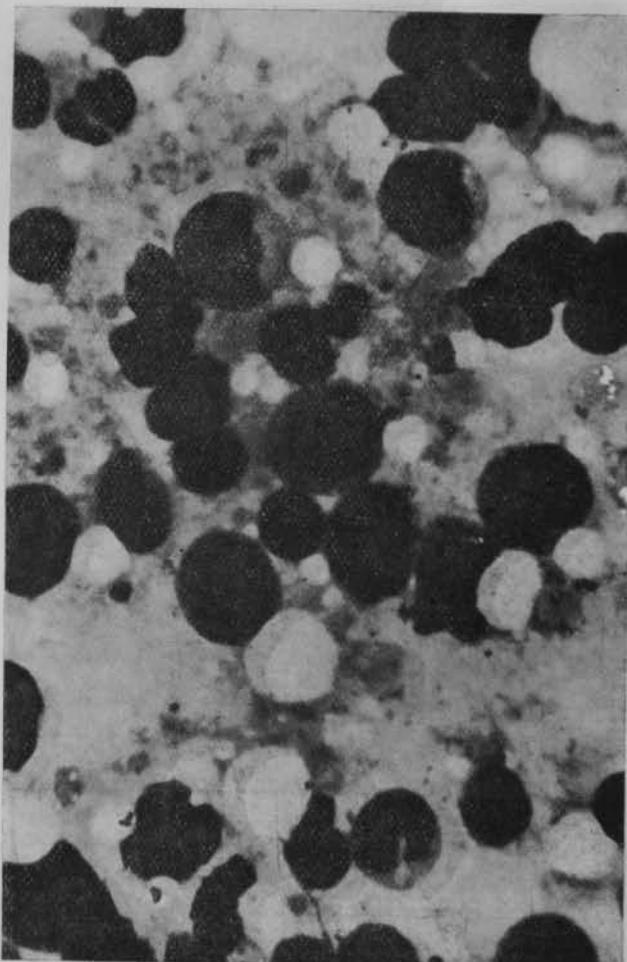


Fig. 7.—Linfosarcoma.

lar una adenopatía del tamaño de una nuez, que le apareció hace un mes y que le supura de vez en cuando. Tiene mucha tos de tipo seco quintoso. En la exploración clínica se encuentra, en la región supraclavicular derecha, una adenopatía del tamaño de un huevo de gallina, exudando materia caseosa por una pequeña fis-

mente curado, así como de su lesión pulmonar (figs. 3, 4, 5 y 6).

Linfosarcoma.—J. U., de treinta y dos años, casada. Ingresada en el Servicio de Cirugía. Se encuentra detrás de la oreja derecha una tumoración, causando un

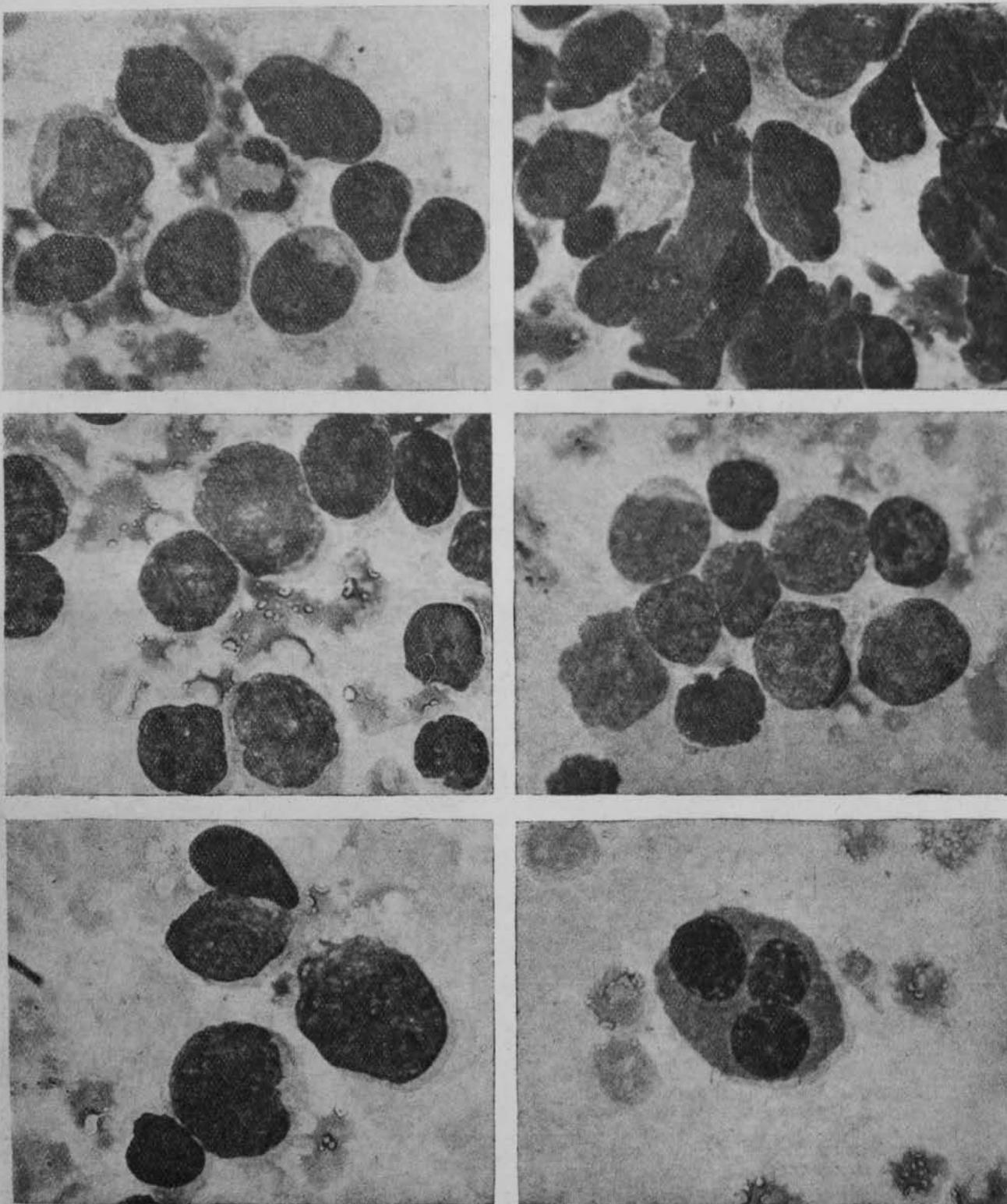


Fig. 8.—Leucemia monocítica: 1, 2, 3, 4 y 5, distintas formas de células leucémicas; 6. Proeritroblasto polinucleado.

tula. No se encuentra ningún otro dato de interés. Radiológicamente se observa una lesión ulcerosa de pequeño tamaño en el vértice derecho.

Por punción ganglionar se hizo el diagnóstico de tuberculosis ganglionar, de la cual se encuentra actual-

dolor ligero, pero continuo, localizado y resistente a los analgésicos. Vuelve a la consulta después de dos meses y se le diagnostica de una adenopatía, probablemente tuberculosa, sin manifestaciones pulmonares. Se le pone un tratamiento, que mejora el dolor, sin influir sobre la

tumoración. Cinco meses después acude de nuevo a la consulta, presentando la tumoración aumentada de tamaño, más dura y adherida a planos profundos. Un dolor con las mismas características que el anterior, irradia a la región parietal del mismo lado. La enferma se queja de haber perdido oído. La exploración clínica revela buen estado de nutrición y una discreta palidez de piel y mucosas. El examen, sistematizado por aparatos, es absolutamente negativo, así como el interrogatorio. Una punción ganglionar descubre un linfosarcoma que se comprueba posteriormente por biopsia del mismo ganglio. La enferma evoluciona en unos meses con alternativas debidas al tratamiento por mostazas nitrogenadas, falleciendo a los dos años de haber comenzado su proceso (fig. 7).

Leucemia monocítica.—G. E. de cuarenta y ocho años, natural de Lumbier, de profesión albañil. Hace dos meses le salió en el lado izquierdo del cuello un bulto, no doloroso, duro, del tamaño de una nuez, que no ha variado desde entonces. Hace un mes, en el lado derecho del cuello, un tumor semejante apareció, doliente desde el principio en forma de latidos y sin variar de tamaño. Durante esos días tenía una diarrea que le duró una semana y fué particularmente intensa en un espacio de cuarenta y ocho horas, en el que el número de deposiciones fué enorme. Hace quince días que padeció dolor de garganta poco intenso. Desde hace mucho tiempo no oye del lado izquierdo. Ha perdido tres kilos en dos meses y últimamente tiene anorexia. Apirético.

A la exploración muestra buen estado de nutrición con palidez mate y conjuntivas ligeramente ictericas. Tiene telangiectasias en ambos párpados. A los dos lados del cuello se encuentran ganglios. Los situados a la altura de ambos ángulos maxilares son del tamaño de una nuez, duros, no adheridos a piel ni a planos profundos. El del lado derecho es doloroso a la punción. Siguiendo la cadena yugular hasta la fossa supraclavicular, hay ganglios de las mismas características que las señaladas, cuyos tamaños oscilan entre el de una alubia y una avellana. La amígdala derecha, que es indolora, tiene el tamaño de una nuez y un tinte cianótico. Hay apagamiento del murmullo vesicular de ambos pulmones. La situación, dimensiones y tonos del corazón son normales. En el abdomen son negativos los puntos dolorosos y el hígado no se palpa. El bazo se percute en una extensión algo mayor que la palma de la mano. Hay ganglios pequeños, duros, rodaderos, no dolorosos, en ambas ingles. Se diagnostica por punción ganglionar de leucemia monocítica que se comprueba por punción esternal. El enfermo fallece a los cinco meses de su ingreso (fig. 8).

Metástasis de un epiteloma.—F. M., de cincuenta y tres años, ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología en mayo de 1953. Ha padecido disfonía desde principios de año. Presenta una tumoración de la laringe y practicada una biopsia se diagnostica de epiteloma. La laringe es extirpada y se le hace después un tratamiento radioterápico. Vuelve a los seis meses con dos tumoraciones en la periferia del orificio traqueal. Una punción biopsia de los dos tumores da el siguiente resultado: el inmediato a la cicatriz está totalmente reblandecido, extrayéndose unos 20 c. c. de líquido sanguinolento, en el que se encuentran abundantes células tumorales. El tumor submaxilar es muy duro y macizo. De él se extraen gran número de células neoplásicas con caracteres de gran malignidad (fig. 9).

DISCUSIÓN.

Hay que tener en cuenta que la punción ganglionar se debe de orientar en el sentido de sacar el máximo partido del producto que se consiga. No se debe limitar el estudio a lo puramente citológico, sino a la bacteriología, bien por examen directo, por cultivo o por inoculación al cobaya, y en algunos casos inoculando en cámara anterior del ojo de conejo o cobaya, técnica que algunas veces nos ha resuelto problemas.

El diagnóstico por la punción ganglionar es en ocasiones seguro y luego veremos en qué casos nos ha sido más fácil esta seguridad. Otras veces orienta mucho, y lo que da a la técnica

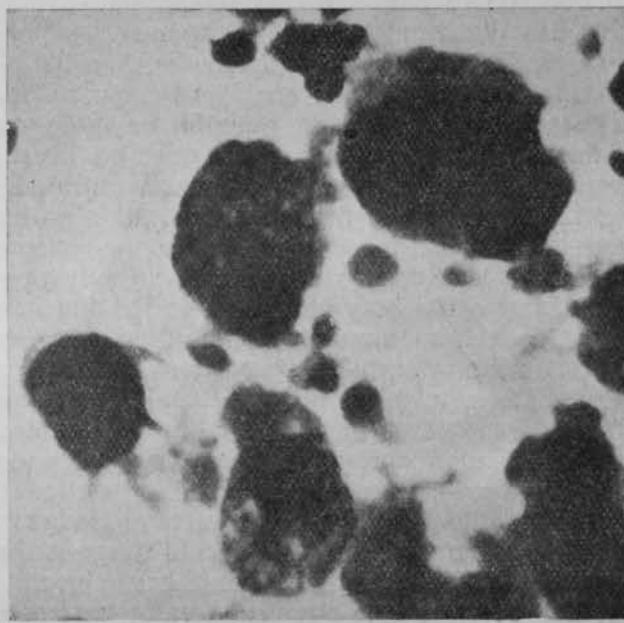


Fig. 9.—Células neoplásicas.

una gran eficacia es la posibilidad de repetición, ya que el enfermo se presta de buen grado a una intervención que le proporciona muy pocas molestias.

Las técnicas de coloración que se emplean en citología, por ser muy selectivas, permiten un estudio celular mucho más fino que las histológicas, y esto permite el que la punción ganglionar ayude mucho en el estudio y clasificación de las distintas adenopatías. Además, el poder repetir la punción proporciona interesantes datos a lo largo del curso de una de dichas afecciones, así como del efecto que sobre las distintas células tiene el tratamiento.

Entre los inconvenientes del adenograma figura en primer término la falta del dato topográfico, que en algunos procesos, como en los granulomatosos, es de gran importancia para emitir juicio diagnóstico. También es un fallo de la técnica la pequeña cantidad de tejido ganglionar que se explora. Aunque se hagan varios trayectos con la aguja, técnica que recomendamos, a veces la pequeñez de la lesión o la desigualdad de su distribución hacen que no se extraigan las células que podrían aclarar el cuadro. Otro inconveniente serio es la imposibilidad de estudiar el armazón fibrilar del ganglio.

Por muy experimentado que sea el citólogo, no tendrá más remedio que conocer la gran di-

ficultad del diagnóstico citológico, sobre todo en las formas atípicas de los diversos procesos y en las intermedias. El archivo de preparaciones, junto con la ficha de la historia clínica, es un procedimiento de tener siempre en la mano la experiencia vivida sin los riesgos que representa el fiar todo a la memoria. En muchas ocasiones este sistema nos ha proporcionado seguridad, sobre todo en aquellos casos atípicos de tuberculosis, que fueron comprobados en biopsia, o en aquellas formas de Hodgkin que lindan con el retículo-sarcoma.

En las distintas tablas se exponen los porcentajes de los procesos estudiados, los distintos tipos de células que en ellos hemos encontrado y las veces que la punción ha dado un producto inutilizable para el diagnóstico. La diferenciación entre células reticulares, epitelioides, pre-Sternberg y Sternberg ha sido algunas veces punto menos que imposible. Nos hemos encontrado con casos de tuberculosis muy productivas, y otras muy celulares, en los que han aparecido células en un todo semejantes a las de Sternberg, y también hiperplasias reticulares de grandes células en las que resultaba imposible para nosotros el poder hallar diferencias con las células epitelioides. En los casos de duda, siempre se ha hecho biopsia ganglionar y se ha podido comprobar que entre el Hodgkin y ciertas formas de tuberculosis el diagnóstico citológico diferencial no se puede basar en ningún detalle citológico que tenga valor patognomónico.

CONCLUSIÓN.

Hemos encontrado el máximo de facilidad diagnóstica en las neoplasias, en las leucemias, el linfosarcoma y el retículo-sarcoma. De este último proceso fué diagnosticado un enfermo que por presentar unas células no muy convincentes se practicó una inoculación en la cámara anterior del ojo de un conejo, resultando ser una tuberculosis de forma extraordinaria y desarrollándose en el animal un enorme tuberculoma sin generalización. Las dificultades mayores las hemos encontrado en la tuberculosis y en el linfogranuloma de Hodgkin. En todos los casos en que ha sido posible se ha practicado biopsia ganglionar y se han hecho impresiones

ganglionares. Basándose en los datos obtenidos, podemos decir que la punción ganglionar es una técnica con un buen margen de seguridad, pero que a nuestro modo de ver no tiene la solidez del estudio histológico en lo que respecta al diagnóstico. Siempre que se pueda se combinará la punción ganglionar con la impresión y el estudio de los cortes.

TABLA I
DIAGNÓSTICOS EN 80 ENFERMOS (PUNCION GANGLIONAR)

Tuberculosis	26
Linfogranuloma de Hodgkin	23
Metástasis de diversas neoplasias	18
Linosarcoma	1
Sarcoma polimorfo	1
Leucemia monocítica	1
Adenitis crónica inespecífica	2
Adenitis subaguda	1
Producto inutilizable	7

TABLA II
CELULAS CARACTERISTICAS DEL TEJIDO ASPIRADO

1. Linfogranuloma de Hodgkin.
 - A. Células de Sternberg. La mayor parte de las veces mononucleadas y otras binucleadas.
 - B. Monocitos.
 - C. Eosinófilos.
 - D. Neutrófilos.
 - E. Linfocitos de distintos tipos.
2. Tuberculosis.
 - A. Linfocitos.
 - B. Células reticulares.
 - C. Células epitelioides.
3. Metástasis.
 - A. Células neoplásicas.
 - B. Algunos neutrófilos.
 - C. Linfocitos.
4. Linfosarcoma.
 - A. Células tumorales y frecuentes mitosis.
5. Sarcoma polimorfo.
 - A. Células neoplásicas de gran tamaño.
 - B. Otras células neoplásicas de formas y tamaños muy variables.
 - C. Linfocitos.
 - D. Linfoblastos.
 - E. Neutrófilos.
6. Leucemia monocítica.
 - A. Células típicas.

TABLA III
FRECUENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS CELULARES CONSIGNANDO LA CIFRA MEDIA DE LOS RECUENTOS

TIPO CELULAR	Hodgkin Por 100	Tuberc. Por 100	Metástasis Por 100	Linfosare. Por 100	Sarc. p. Por 100
Neutrófilos	9,5	—	8	2	21
Linfocitos	54	50	15	4	56
Células reticulares	29	15	—	4	—
Células epitelioides	—	35	—	—	—
Pre-Sternberg	1	—	—	—	—
Sternberg	1	—	—	—	—
Eosinófilos	4	—	—	—	—
Plasmáticas	0,5	—	—	—	—
Monocitos	1	—	—	—	2
Células neoplásicas	—	—	77	90	17
Linfoblastos	—	—	—	—	4

SUMMARY

Puncture of the lymph nodes was of greatest diagnostic aid in neoplasms, leukaemias, lymphosarcoma and reticulum cell sarcoma in 80 cases studied.

This technique gives a certain margin of safety, but it should be completed, when possible, with impression preparations and histologic examination of sections.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Ganglienpunktion hat den grössten diagnostischen Wert bei Neubildungen, Leukämien, Lymphosarkomen und Reticulosarkomen bei den 80 vom Verfasser untersuchten Fällen.

Das Technik gewährt sie eine gewisse Sicherheit; doch ist man der Ansicht, dass sie nach Möglichkeit mit den Impressionen und dem histologischen Studium der Schnitte verbunden werden sollte.

RÉSUMÉ

Parmi les 80 cas étudiés de néoplasies, leucémies, lymphosarcome et réticulo-sarcome c'est la ponction ganglionnaire celle qui a présenté une plus grande valeur diagnostique.

L'auteur donne à cette technique une certaine sécurité, mais en croyant qu'on doit la compléter autant que possible par les impressions et l'étude histologique des coupures.

entre sí, siendo las más pequeñas las escandinavas (octavo menor) y algo mayores las de la U. R. S. S., Portugal, etc. (octavo mayor). La forma es, pues, muy acertada (24 por 17 cm.), viniendo a corresponder a la de los Códigos de medicamentos vigentes de Francia¹⁷, Gran Bretaña¹⁸, Estados Unidos¹⁹, etc., así como también al Internacional²⁰.

Durante los siglos XVI, XVII y XVIII se imprimieron Farmacopeas, generalmente regionales, en folio, destinadas casi siempre a los farmacéuticos. Tales son, por ejemplo, el "Dispensatorio" de VALERIO CORDO (Nurenberg, 1598²¹); la Farmacopea de Colonia (Colonia, 1627²²), la Augustana (Viena, 1613²³), el Dispensatorium Brandenburgicum (Berlín, 1698²⁴), el Borusso-Brandenburgicum (Berlín, 1713²⁵), Erfurt, 1734²⁶ y 1758²⁷, y Bratislava, 1744²⁸; las clásicas Farmacopeas de Wutemberg (Stuttgart, 1741²⁹, 1750³⁰, 1754³¹, 1760³², 1771³³, 1786³⁴ y 1798³⁵), el Dispensatorium Austriaco-Vienense (Viena, 1729³⁶, 1744³⁷ y 1765³⁸), la Farmacopea helvética (Basilea, 1771³⁹), etc.; pero, en cambio, hubo otras de reducido tamaño, en doceavo, como la clásica Farmacopea de VALERIO CORDO (Venecia, 1554⁴⁰; Amberes, 1580⁴¹; Nápoles, 1622⁴², y Leyden, 1651⁴³); la Amstelredamensis (Amsterdam, 1636⁴⁴; Leyden, 1701⁴⁵ y Amsterdam, 1726⁴⁶), la Dordacena (Dordrecht, 1708⁴⁷), la Leovardiensis (Lovaina, 1687⁴⁸), la Roterodamensis (Amsterdam, 1735⁴⁹), la Ultrajectina (Utrecht, 1664⁵⁰), la Londinensis (Londres, 1824⁵¹), etc., y hasta en dieciseisavo, cual la Pharmacopoeia Edimburgensis (Edimburgo, 1841⁵²). Estas ediciones de tan pequeñas dimensiones debieron estar destinadas a los médicos para que, con comodidad, las llevasen en el bolsillo, a manera de los recetarios, pues en ellas no se describen las drogas, sino las preparaciones por entonces de mayor uso.

2.^o Papel.—El papel que ha servido para la impresión de la obra que nos ocupa es amarillento y sin cola, pudiéndose clasificar como francamente malo, si le comparamos con el empleado en las demás Farmacopeas vigentes o en otras ediciones de la propia española.

Hay que tener en cuenta que esta clase de libros son de frecuentísimo manejo, por lo que su papel debe ser, ante todo, resistente. Por otra parte, como es corriente que en ellos se escriban, con tinta, diversas anotaciones, para subsanar errores y omisiones, que algunas veces suelen contener, la calidad del papel es de gran trascendencia, ya que si es malo y carente de cola, como en el caso de la obra comentada, al escribir se correrá la tinta, extendiéndose, lo que no sucedía con la edición anterior, cuyo papel era satinado y de buena calidad.

Hay Farmacopeas, cual la argentina vigente¹⁸, etc., que al principio y al final llevan varias hojas en blanco, quizá para escribir en ellas las aludidas anotaciones, aunque casi siempre se prefiere hacerlo en las páginas co-

COMENTARIOS FARMACOLOGICOS A LA NUEVA FARMACOPEA ESPAÑOLA

Segunda comunicación: Estudio general de la obra.

T. ALDAY REDONNET.

Catedrático de Farmacología experimental, Terapéutica general y Materia médica. Jefe de la Sección de Farmacología del Instituto de Biología y Sueroterapia (Madrid).

La IX edición de nuestra Farmacopea es una obra en octavo, encuadrada en dos volúmenes, haciendo entre ambos un total de 684 hojas e indicándose en su colofón que se terminó de escribir el día 24 de julio de 1954. La estudiaremos comparativamente con otros libros similares, antiguos y modernos.

1.^o Formato.—Como hemos advertido, está editada en octavo, formato de todas las Farmacopeas vigentes, aunque se diferencien algo