

SUMMARY

No correlation has been found between clinical haematological type and protein spectrum. As regards the course, the only consistent finding is the decrease in all the fractions, which may be regarded as a claudication of the protein-producing organs invaded by leukaemia cells.

Of all the fractions, globulin appears to undergo the greatest changes.

From the study of marrow serum it is concluded that the most frequent finding is a parallelism with peripheral serum.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden keine Wechselbeziehungen zwischen dem klinisch hämatologischen Typ und dem Proteinspektrum gefunden.

Bezüglich des Entwicklungsverlaufes konnte als einzige Tatsache stets eine Abnahme bei allen Fraktionen beobachtet werden, eine Tat-

sache, die als Erschlaffung der von den leukämischen Zellen überfluteten proteinbildenden Organe gedeutet wird.

Das Verhalten des Globulins ist anscheinend von allen Fraktionen das unbeständigste.

Wie aus dem Studium des Markserums hervorgeht, ist am häufigsten ein Parallelismus mit dem peripherischen Serum zu finden.

RÉSUMÉ

On n'a pas trouvé de rapport entre le type hématologique clinique et l'aspect protéique. Quant à la marche évolutive, l'unique fait constant c'est la diminution de toutes les fractions, ce que l'on peut interpréter comme une claudication des organes producteurs de protéines qui se voient envahis par les cellules leucémiques. De toutes les fractions, celle qui semble se développer avec plus de volubilité, c'est la globuline. De l'étude du sérum médullaire on déduit que le plus fréquent c'est un parallélisme avec le sérum périphérique.

LESIONES PELAGROSAS PALMOPLANTARES

A. MORANA.

Hospital Provincial de Madrid. Servicio de Medicina de Aparato Digestivo.

Encargado: Doctor F. FERNÁNDEZ PLEYÁN.

Como es sabido, se admite generalmente que en las manos y los pies es el dorso el sitio de localización de las lesiones pelagrosas. Las particularidades de estas alteraciones, tan minuciosamente descritas en los tratados, son bien conocidas.

Ciertamente que esta localización es muy frecuente en los enfermos de pelagra. Pero, a decir verdad, no es el único sitio en que alteraciones de esta naturaleza pueden presentarse en las extremidades. En efecto, muy a menudo los pacientes de pelagra—unas veces con la enfermedad bien manifiesta, otras veces latente—muestran en las palmas y plantas unas modificaciones características bien determinadas, pudiera decirse que específicas, y que en la mayoría de los casos responden rápidamente a un tratamiento con ácido nicotínico. Para su estudio dividiremos el presente trabajo en los siguientes apartados:

1. Las lesiones pelagrosas palmoplantares. Sus características.
2. Las lesiones palmoplantares en relación con el estado general.
3. Algunas sugerencias de estudio.

1. LAS LESIONES PELAGROSAS PALMOPLANTARES. SUS CARACTERÍSTICAS.

Estas lesiones que estudiamos suelen pasar inadvertidas, bien porque no es común examinar estas regiones, sobre todo por parte de los de los dedos, dan a estas regiones un aspecto ca-exploran, porque las modificaciones observadas se atribuyen sencillamente a falta de limpieza. Este es, sin duda, el motivo de que no se las haya tomado en consideración.

Dichas alteraciones se presentan en los más diversos grados de intensidad, pero pueden referirse a tres tipos principales.

1. *Casos intensos.*—En los casos extremos, las lesiones pelagrosas de las palmas y plantas, juntamente con las de la superficie de flexión de los dedos, dan a estas regiones un aspecto característico. La primera impresión es que se trata de unas manos y unos pies extraordinariamente sucios. Son, como si dijéramos, verdaderas "manos y pies de vagabundo", idea que se refuerza mucho por la circunstancia de verse muy a menudo en gentes que llevan una vida miserable (pordioseros, vagabundos, etc.). Pero fijándose detenidamente se verá que esta "suciedad" no es uniforme, sino que se limita a ciertas zonas de la piel, que son precisamente las que hacen más relieve. Así, en las manos se advierte, sobre todo en las eminencias tenar e hipotenar y en los sitios que coinciden con las articulaciones metacarpofalángicas. En los dedos, en las partes más prominentes, y en ocasiones en las mismas yemas. En los pies, los sitios de elección son el talón, el borde externo y la zona

correspondiente a las articulaciones metatarsofalángicas, particularmente la del dedo gordo, así como la parte ventral de éste y su borde interno. Entre las partes afectadas quedan líneas o franjas, coincidiendo con los pliegues, de coloración más clara o completamente normal. Por



Fig. 1 a.—Pelagra. Hiperqueratosis pigmentada (2-II-1949).



Fig. 1 b.—El mismo caso de la figura 1 a después de treinta días de tratamiento antipelagroso (3-III-1949).

supuesto, queda sobreentendido que tal "suciedad" no desaparece con un enérgico lavado. Lo más que se consigue es desprender, y difícilmente, algunas placas o escamas extensas de la piel.

Al mismo tiempo puede comprobarse que dichas zonas de pigmentación oscura asientan sobre partes de piel muy endurecida y engrosadas, con una superficie áspera y rugosa, de la que se desprenden escamas con mayor o menor facilidad. En los pies, en el talón el engrosamiento de la piel forma una especie de cáscara, pigmentada y de bordes bien limitados, alrededor de aquél.

En resumen, y como ya se ha señalado, dichas alteraciones dan a las palmas y las plantas un aspecto sucio, pigmentado y rugoso.

Como es fácil presumir, las características de las alteraciones corresponden a una hiperquera-

tosis pigmentada. Y los dos elementos fundamentales de la misma—y esto es aplicable a todos los grupos, cualquiera que sea la intensidad de las lesiones—, la pigmentación y la hiperqueratosis, toman una participación muy diferente en cada caso.

2. *Casos de intensidad media.*—Lo forman las lesiones que se ven muy a menudo en los campesinos. En éstos, en los que tan frecuentes son los estados pelagrosos, las alteraciones palmo-plantares son algo diferentes de las señaladas en el grupo anterior. La pigmentación no es tan acentuada por lo general, sino que tiene un color ocre más o menos pronunciado. En cambio, el componente hiperqueratósico suele ser muy intenso, formando fuertes callosidades. Esa mano áspera y llena de callosidades mas o menos pigmentadas y localizadas en los sitios antes indicados, y que se atribuyen exclusivamente al roce de las herramientas de trabajo, se debe, tanto como a esta circunstancia, a la existencia de un estado pelagroso, cuyos síntomas clásicos se



Fig. 2 a.—Absceso de pulmón, Pelagra. Hiperqueratosis pigmentada. Antes del tratamiento (12-IV-1953).

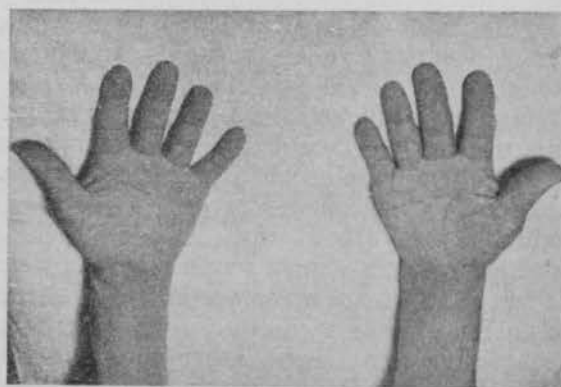


Fig. 2 b.—El mismo caso de la figura 2 a. Después del tratamiento (27-VII-1953).

pueden comprobar a menudo. Sin tal estado de déficit, el empleo de las herramientas no produce, ni con mucho, unas alteraciones tan marcadas.

A veces, las lesiones hiperqueratósicas toman un aspecto, sobre todo en las manos, y más es-

pecialmente en las regiones tenar e hipotenar, que recuerda mucho al "crêpe" que se usa en el piso del calzado.

3. *Casos ligeros.*—Este grupo lo constituyen aquellas alteraciones consistentes en zonas o placas de una tenue coloración amarillenta u ocre pálido sobre una piel discretamente engrosada por encima de lo normal, en placas de tamaño variable y de superficie también áspera. A veces, el factor hiperqueratósico domina francamente sobre la pigmentación; otras, sucede lo contrario.

Dentro de este grupo pueden incluirse asimismo unos casos que no presentan alteración alguna visible en las palmas ni en las plantas —como tampoco en el dorso—, pero, en cambio, se comprueba la citada hiperqueratosis pigmentada, en forma generalmente discreta, en los bordes de las manos y los pies, en el mismo límite de separación entre la piel del dorso y la de las palmas y plantas. Especialmente en las manos, se manifiesta sobre todo en el borde externo del dedo índice. Este sitio parece ser una de las partes más sensibles al déficit del factor PP.

A este mismo grupo debe adscribirse una forma de alteración que tal vez pueda considerarse como la más ligera de todas, y que se aparta bastante de los otros tipos. En ella, las regiones tenar e hipotenar aparecen con los surcos y las crestas papilares muy señalados, con una coloración completamente normal. El aspecto recuerda mucho—prescindiendo del color—al de la "piel de perche" (esta acertada comparación se debe a nuestro amigo el doctor LARIOS). Podría decirse que la alteración consiste en una "hipertrofia epidérmica".

Entre estos grupos señalados se encuentran todas las gradaciones de intensidad que se puedan imaginar. Y cualquiera que sea el grupo de que se trate, en cada caso suele predominar uno de los factores fundamentales de la alteración, sea la pigmentación, sea la hiperqueratosis.

Las lesiones palmoplantares son bilaterales y se presentan en cada enfermo bajo el mismo tipo y con análoga intensidad en ambos lados. En cuanto a su frecuencia, cabe asegurar, sin temor de exageración, que es igual o acaso mayor que la de las alteraciones clásicas del dorso.

* * *

La naturaleza pelagrosa de estas lesiones se comprueba por los siguientes hechos:

1.º En primer lugar, estas lesiones pueden verse, aunque ello no es constante, en enfermos típicos de pelagra, y por tanto con los síntomas clásicos de esta afección, como diarrea, el conocido eritema, el collar de Casal, trastornos mentales, etc. Además, en muchos enfermos la orina tiene el aspecto que tan frecuentemente se ve en los pacientes de pelagra, esto es, muestra una coloración ambarina oscura o de coñac, con fuerte reacción ácida y densidad elevada. En

suma, la orina tiene la apariencia de las orinas ricas en porfirinas. Sin embargo, la investigación de estas sustancias no se ha podido realizar.

Por otra parte, y al igual que en los sujetos pelagrosos, en los casos de alteraciones palmo-plantares es muy corriente comprobar una glositis más o menos intensa, pero siempre evidente, a veces con surcos o grietas pronunciados.

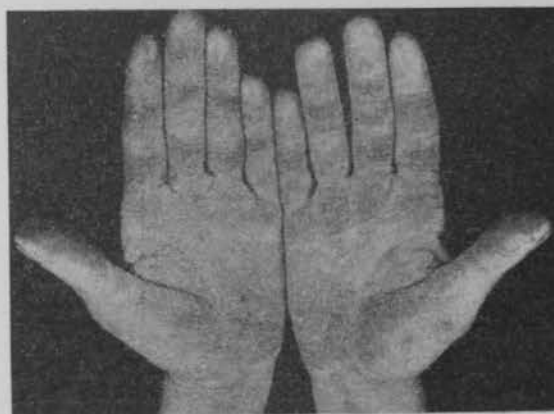


Fig. 3 a.—Pelagra con diarrea, hipoalgesia, etc. Hiperqueratosis pigmentada (19-X-1955).

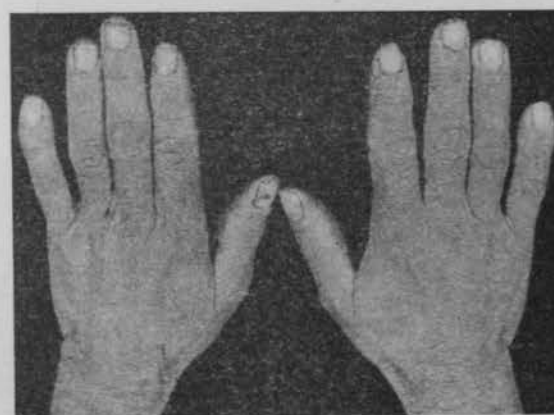


Fig. 3 b.—Pelagra con diarrea, hipoalgesia, etc. Dorso en las manos. No hay eritema. Sólo existen pequeñas zonas de hiperqueratosis en la piel de los nudillos.

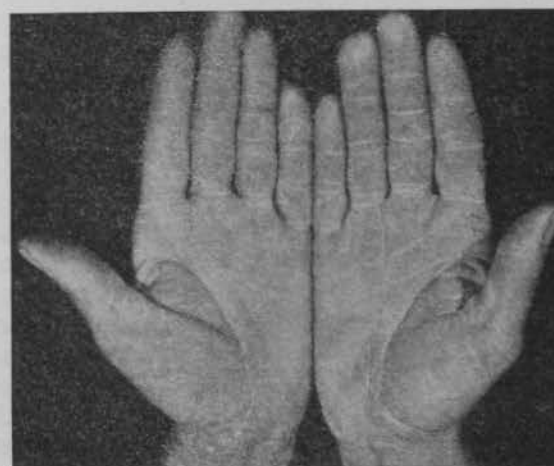


Fig. 3 c.—Pelagra con diarrea, hipoalgesia, etc. Después del tratamiento antipelagroso (7-XI-1956).

2.º La respuesta al tratamiento con ácido nicotínico es muy demostrativa. En pocos días, en la mayoría de los casos, regresan y desaparecen las alteraciones. En el transcurso de esta mejora puede verse cómo las partes afectadas se van limitando cada día más y más por los bordes, al mismo tiempo que se produce una fácil descamación (esto se comprueba aunque el enfermo no se lave por espacio de varios días). De

2.º Si bien estas alteraciones pueden aparecer al mismo tiempo que las clásicas del dorso de las manos y los pies, lo más corriente es que estas últimas falten por completo. Es más, hasta parece que hubiera cierto antagonismo entre las alteraciones del dorso de manos y pies y las de las regiones palmoplantares. A menudo, cuando existen las lesiones del dorso, no se ven en las palmas ni en las plantas; en cambio, cuando

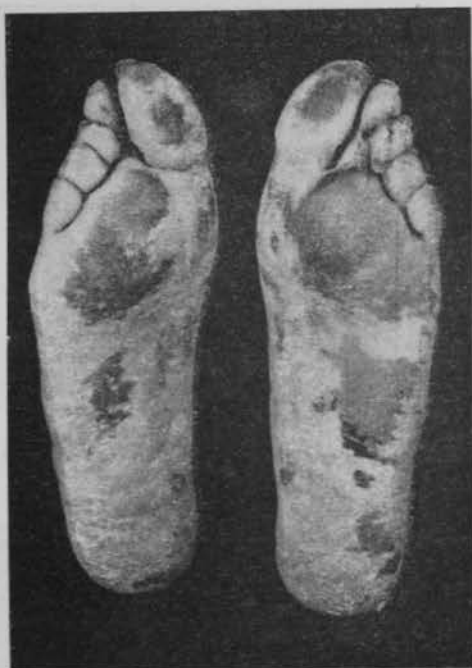


Fig. 4 a. —Ulcus gástrico. Pelagra secundaria. Hiperqueratosis pigmentada (10-X-1954).



Fig. 4 b. —El mismo caso de la figura 4 a después del tratamiento general y antipelagroso (8-XII-1954).

los sitios en que mejor se aprecia esta nítida separación es el talón, cuya casqueta pronto empieza a delimitarse con toda claridad de la piel sana circundante. Simultáneamente el enfermo mejora de su estado general si estaba afectado, recupera energías y en poco tiempo adquiere un aspecto normal.

* * *

Admitida la naturaleza pelagrosa de esta hiperqueratosis pigmentada, conviene hacer unas observaciones sobre ciertas particularidades de dichas lesiones.

1.º Aunque estas alteraciones se pueden ver, y de hecho se comprueban, en enfermos típicos de pelagra, en la mayoría de los casos no ocurre así, al menos clínicamente. Muchas veces, acaso las más, las lesiones palmoplantares se presentan en individuos sin otros síntomas aparentes de pelagra que una glositis. Aquellas alteraciones dérmicas, que no suelen molestar al enfermo más que cuando se forman grietas, se descubren sobre todo con motivo de alguna otra afección que lleva al paciente a la consulta. Así, las lesiones de las palmas y plantas, juntamente con alguna alteración de la lengua, son frecuentemente los únicos signos que denuncian un estado de déficit en factor PP.

se aprecian en estas últimas regiones, a veces en su grado máximo de intensidad, no se encuentran en el dorso de las manos ni en el de los pies.

3.º Esta hiperqueratosis pigmentada afecta en ocasiones al mismo tiempo a las manos y los pies. Pero lo frecuente es que no ocurra así, sino que dicha alteración se compruebe sólo en las palmas o sólo en las plantas, aunque siempre en ambos lados. Por esto conviene explorar tanto las manos como los pies.

4.º Es de señalar también la gran diferencia que existe entre el tipo de lesión que se produce en las regiones palmoplantares y el que se observa, en los ejemplos clásicos de pelagra, en el dorso de manos y pies. La piel apergaminada, laminar, quebradiza, que es la típica en las localizaciones en el dorso, rara vez se encuentra en las palmas y plantas. Entre cientos de casos sólo se comprueba en alguna que otra ocasión, y casi siempre en vagabundos. Las posibles causas de tal diferencia se comentan más adelante.

Las particularidades indicadas, así como los sitios de localización, imprimen un sello muy característico a estas lesiones, cuyo diagnóstico puede hacerse muy fácilmente.

* * *

Una de las cuestiones que plantean las lesiones palmoplantares es el porqué del distinto tipo que presentan con relación a las que son comunes en el dorso de manos y pies. A primera vista parece que, como causadas por el mismo trastorno metabólico, las alteraciones de la piel deberían ser iguales las del dorso y las de las palmas y plantas. Sin embargo, no es así. La razón de tal diferencia habrá que buscarla, pues, en los distintos factores que concurren en unos y otros casos.

La influencia de la luz es evidente en la aparición de las lesiones que se presentan en las partes descubiertas de piel, que se muestra excesivamente sensible a aquella influencia. Pero la acción de las radiaciones luminosas y del sol es muchísimo menor en las regiones palmoplantares a causa de la posición de las mismas en la vida corriente. Y, no obstante, aparecen en ellas lesiones pelagrosas aun cuando no existan en el dorso de las extremidades.

Estas particularidades tal vez pudieran explicarse si se considera el problema desde un punto de vista general. En el estado pelagroso, y merced probablemente al aumento de porfirinas circulantes, la piel se hace muy sensible frente a los irritantes externos. Ahora bien, esta hipersensibilidad ocurre no sólo frente a las radiaciones luminosas, como parece desprenderse de las descripciones de los libros, sino que, por el contrario, se extiende a toda clase de irritantes en general. Y cada sitio, como es lógico, reaccionará de una manera peculiar frente a su irritante dominante. Así, en el caso particular de las manos, la piel del dorso se mostrará hipersensible frente a su irritante más constante, la luz, el sol; y las palmas y plantas, análogamente, frente a los roces, que son sus irritantes "específicos". Recuérdese, como se dijo anteriormente, que las lesiones pelagrosas palmoplantares aparecen en aquellos sitios de la piel que hacen más relieve, es decir, los que están más expuestos a las influencias de los roces, de las presiones. Una prueba de esto es que alteraciones del mismo tipo hiperqueratósico pueden encontrarse también en otros sitios sometidos igualmente a roces, como en los codos, las rodillas, etc., según está señalado en la literatura.

De otra parte, las lesiones resultantes deben ser también diferentes, a causa, primero, de que los irritantes no son iguales, y en segundo lugar, debido a que las estructuras sobre las que actúan aquéllos son asimismo distintas. En el dorso de las extremidades la piel es delgada, fina, con un tejido subcutáneo que contiene muy poca grasa y, además, con amplias redes venosas. En las palmas y las plantas, por el contrario, la piel tiene un espesor considerable, unas masas epidérmicas gruesas, sobre todo en determinados sitios; la capa adiposa está bastante desarrollada y las redes venosas son relativamente escasas. Y cosa análoga ocurre en los pies. Por estas causas, las lesiones en el dorso y en las regiones palmoplantares habrán de ser

también distintas: en el dorso se produce el conocido eritema seguido de formación de ampollas, etc.; en las palmas y plantas, la hiperqueratosis pigmentada.



Fig. 5 a. — Enfermedad de Raynaud. Hiperqueratosis pigmentada.



Fig. 5 b. — El mismo caso de la figura 5 a después del tratamiento antipelagroso.

2. LAS LESIONES PALMOPLANTARES EN RELACIÓN CON EL ESTADO GENERAL.

Las lesiones pelagrosas que se acaban de exponer tienen suficiente interés por sí mismas para que sean conocidas, máxime si se tiene en cuenta la gran frecuencia con que se presentan y muchas veces en ausencia de otros síntomas pelagrosos. Pero su mayor interés reside, sin duda, en la enorme importancia que tienen en relación con el estado general de los pacientes.

Es frecuente que individuos evidentemente pelagrosos, y en particular los que presentan estas alteraciones palmoplantares, puedan vivir mucho tiempo sin presentar molestias achacables al déficit en factor nicotínico y haciendo una vida normal. Pero a menudo, de pronto, caen con una afección, acaso grave, al parecer sin relación alguna con la pelagra. Y, sin embargo, dicha afección en realidad no es ni más ni menos que una complicación del estado de déficit en factor PP.

A base de la experiencia adquirida podemos afirmar que un estado pelagroso es una enfermedad "de fondo" que facilita y agrava enormemente la aparición y la evolución de ciertas dolencias. De los estados carenciales, éste es seguramente uno de los de mayor importancia, sobre todo en algunas enfermedades agudas. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la pelagra y los estados pelagrosos son enfermedades extraordinariamente polimorfas. Sin temor a exagerar, puede decirse que la pelagra es, dentro de las enfermedades de la nutrición, lo que la fiebre de Malta dentro de las enfermedades infecciosas. De tal manera son variables los cuadros clínicos: en ocasiones, con multitud de síntomas; otras, con sólo un síntoma. En este último caso, no rara vez la hiperqueratosis pigmentada es el único signo de pelagra, sin ningún otro de esta enfermedad. Sin embargo, la significación de este síntoma es la misma que si se encontrara el clásico eritema con diarrea, etcétera: descubre, en efecto, un estado de déficit en factor PP.

Ante cuadros confusos, particularmente de apariencia nerviosa, pero sin señales de lesión orgánica, el descubrimiento de un síntoma de clara significación pelagrosa como la hiperqueratosis pigmentada de las regiones palmoplantares, puede conducir de manera sencilla al diagnóstico de la enfermedad. Todas las fotografías que se reproducen corresponden a enfermos, algunos de extrema gravedad, con las más diversas afecciones, vistos en un Servicio de medicina interna. Uno de estos ejemplos es el de la fotografía de la figura 1. Era un hombre de cuarenta y dos años, soplador de vidrio, al que por su mal estado no se pudieron obtener datos de la historia. Fundamentalmente presentaba un cuadro de intensa astenia, sin apenas fuerzas para hablar, con voz muy débil y sin poder levantar siquiera un brazo. Salvo una glositis y una hipoalgesia en las extremidades, no se encontraba ningún otro síntoma de significación. Frente a este cuadro confuso, el hallazgo de una hiperqueratosis pigmentada de las palmas puso con seguridad sobre la pista de la enfermedad. Un intenso tratamiento antipelagroso, comenzado inmediatamente, con nicotinamida, etc., cambió pronto el cuadro. A las veinticuatro horas el aspecto del enfermo se había transformado de manera teatral. Se sentía mucho mejor, hablaba más fuerte, pudiéndose entenderle sin dificultad, y movía brazos y piernas sin aparente esfuerzo. En los días siguientes la mejoría continuó rápidamente, al mismo tiempo que mejoraban paralelamente las lesiones palmoplantares, las cuales desaparecieron por completo en pocos días. Tratábase, en efecto, de una forma paratésica de pelagra sin ninguno de los síntomas clásicos de esta enfermedad.

De las enfermedades generales hay algunas en las cuales el déficit de ácido nicotínico tiene una importancia de primera magnitud. Son, sobre todo, las enfermedades supuradas internas

(colecciones purulentas, abscesos), donde quiera que sea la localización, en el tórax, en el abdomen, etc. Y es curioso que en estos casos el estado pelagroso se suele manifestar clínicamente por la hiperqueratosis pigmentada de las palmas o de las plantas y muy rara vez por los síntomas clásicos. Por esta razón se comprende la gran importancia que tiene para el médico general aprender a reconocer estas lesiones palmoplantares.

Quien en estos casos de extrema gravedad acierte a descubrir un síntoma tan visible como la hiperqueratosis pigmentada de las palmas y las plantas y a prescribir en consecuencia el tratamiento indicado, con ácido nicotínico o nicotinamida, entre otras medidas, no olvidará fácilmente los teatrales resultados obtenidos. Y todo gracias al "pequeño" síntoma de la hiperqueratosis pigmentada.

3. ALGUNAS SUGESTIONES DE ESTUDIO.

La evidente relación que existe, según se acaba de exponer, y según se puede comprobar a diario, entre la hiperqueratosis pigmentada y el déficit nicotínico, parece sugerir la conveniencia de estudiar el posible papel del ácido nicotínico en otras afecciones dermatológicas en las cuales existe una alteración de la queratinización (queratodermias, ictiosis, etc.). Igualmente también parece aconsejable un estudio análogo en aquellos estados conocidos de intoxicación por sustancias que, como se sabe desde hace mucho, pueden producir hiperqueratosis como un síntoma frecuente (sustancias carcinogénicas, arsénico, brea, etc.).

RESUMEN.

Se describen unas lesiones palmoplantares de hiperqueratosis pigmentada que se ven con gran frecuencia en individuos con déficit nicotínico. Suelen responder rápidamente al tratamiento con ácido nicotínico o con nicotinamida, desapareciendo las lesiones en algunos días.

Se señalan ciertas particularidades de estas lesiones y se estudia la relación de las mismas con el estado general, haciendo resaltar la gran importancia que tienen como síntoma único, a menudo, de un estado pelagroso que acaso ha determinado la aparición de una grave enfermedad.

SUMMARY

Palm and sole lesions are described in hyperkeratosis pigmentata; they are frequently seen in patients with nicotinic deficit. They usually respond well to treatment with nicotinic acid or nicotinamide and disappear in a few days.

Certain peculiarities of those lesions are pointed out and their relationship to the general condition is studied; stress is laid on the im-

portance of these as the only symptom in many instances of a pellagral condition that may have conditioned the occurrence of severe disease.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die bei Menschen mit Nikotinmangel sehr häufig vorkommenden Läsionen von pigmentierter Hyperkeratose an Handflächen und Fusssohlen beschrieben. Eine Behandlung mit Nikotinsäure oder Nikotinamid bringt rasche Erfolge und die Läsionen verschwinden in wenigen Tagen.

Es wird auf gewisse Eigentümlichkeiten dieser Störungen hingewiesen und ihre Beziehung zum Allgemeinzustand des Kranken studiert; ihre grosse Bedeutung besteht darin, dass sie oft das einzige Symptom eines Pellagrazustan-

des darstellen, welcher seinerseits vielleicht das Auftreten einer schweren Krankheit veranlasst hat.

RÉSUMÉ

On décrit des lésions palmo-plantaires de l'hyper-kératose pigmentée que l'on voit fréquemment chez des individus avec déficit nicotinique. Généralement, elles répondent facilement au traitement avec acide nicotinique ou avec nicotinamide; les lésions disparaissent en quelques jours.

On signale quelques particularités de ces lésions et on étudie leur rapport avec l'état général, faisant ressortir la grande importance qu'elles ont comme unique symptôme, bien souvent, d'un état pellagrique qui parfois détermine la présentation d'une grave maladie.

NOTAS CLÍNICAS

ADENOPATIAS DE FILIACION DIFÍCIL (*)

J. CARRERAS PICÓ.

Clínica de Medicina Interna del Hospital Civil de Vitoria.

Son ya frecuentes las alusiones a la indeterminación histológica de muchas linfopatías o de las reticulopatías en general. Y también a la extraña falta de paralelismo existente muchas veces entre lo que cabe esperar según el carácter histológico del ganglio extirpado para biopsia y el curso ulterior seguido por el enfermo, abiertamente discordante en ocasiones con aquel carácter. Esto revela—como ocurre en bastantes capítulos de la Patología—lo poco consistentes que son las fronteras de separación entre las diferentes clases de adenopatías admitidas, especialmente si excluimos el grupo amplio de las adenopatías de clara etiología infecciosa (lúes, las formas de la tuberculosis ganglionar, las micosis ganglionares, las adenopatías que acompañan a las enfermedades virásicas o simplemente las satélites a cualquier afecto infeccioso primario), y nos referimos a la adenopatía reveladora de un proceso que afecta a las intrínsecas estructuras de los ganglios linfáticos, cuya etiología desconocemos y donde frecuentemente sorprendemos formas de interferencia y de posible transformación de una forma en otra (reticulosis, sarcoidosis, paragranuloma de Parker, angiorreticulosis, Hodgkin genuino, Hodgkin-

sarcoma, enfermedad de Brill-Symmers, incluso leucosis, etc.). En las sesiones clínicas del profesor JIMÉNEZ DÍAZ del 30-III-57 se exponen varios casos elocuentes de ello.

Hemos estimado de interés comentar brevemente algunos ejemplos de ello, de adenopatías que pudiéramos estimar "de filiación difícil", extraídas de nuestro archivo.

Señalamos, en primer lugar, el progresivo aumento apreciado en estos años últimos en el número de reticulopatías que se ven en la clínica, aumento exhibido paralelamente al de dos afecciones de significado bastante semejante: las leucemias y las neoplasias en general. Pensamos si, además de otras circunstancias y factores no bien aclarados todavía, juega cierto papel en ello el predominio reinante de los virus-proteína sobre las formas bacterianas clásicas en patología infecciosa, en una mutación quizá de una forma en otra, provocada por esa terapéutica antibiótica administrada con tan indiscriminada prodigalidad, de cuyos riesgos remotos aún no estamos prevenidos.

— Es evidente que se ven casos de linfogranulomatosis de Hodgkin concordantes con las descripciones clásicas, pero otros casos no lo son y suscitan dudas.

— Hace poco tiempo vimos en nuestra consulta del Seguro Obligatorio de Enfermedad una linfomatosis difusa con bazo grande, fiebre y afectación general y un hemograma que apenas difería de los que suelen verse en los casos de Hodgkin genuino. La biopsia ganglionar, realizada con todo cuidado por el histopatólogo doctor AGUIRRE ZABAL, reveló sólo "caracteres inflamatorios banales". No obstante, la muerte linfogranulomatosa, esto

(*) Extr. comun. Congr. Nac. Med. Int. Madrid, junio 1958.