

7. NEWCOMB, W. D.—Proc. Roy. Soc. Med., 30, 113, 1936.
8. PEÑA, A. DE LA.—Arch. Pediat., 3, 17, 1953.
9. PEÑA, A. DE LA Y PUERTA, R.—Med., Cir. y Gin., 9, 2, 1955.
10. TRINKLE, A.—Amer. J. Cancer, 27, 676, 1936.
11. WILMS, R. A.—Pathology of tumours. Butterworth. London, 1948.
12. SPENCE, M. H.—J. Urology, 74, 6, 1955.

SUMMARY

Two cases are reported of benign cystadenoma of the kidney in children. They are of remarkable clinical and doctrinal interest. The total number of such tumours reported in international literature amounts now to 13 or 14.

Prominent among the features of the cases reported are: age at which they became clinically evidenced; non-pathognomonic symptomatology of the neoplasm; lack of reduction in size after pre-operative radiotherapy, which to some extent differentiates these tumours from renal dysembryomata. Other additional features were histological benignity, simplicity and innocuity of the surgical technique and cures of unlimited duration.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden zwei Fälle von einem gutartigen renalen Zystadenom im Kindesalter besprochen, welche klinisch und doktrinär von ausserordentlichem Interesse sind. Mit diesen beiden kommt es insgesamt in der internationalen Literatur zu 13 oder 14 solcher Fälle.

Bei beiden Fällen ist hervorzuheben: das Alter in welchem die klinischen Anzeichen zum Vorschein kamen; die nicht pathognostische Symptomatologie der Neubildung; das Nichtzustandekommen einer volumetrischen Reduktion durch die präoperative Röntgentherapie, zum Unterschied, im gewissen Masse, mit einem renalen Dysembryom. Es ist auch sonst noch hervorzuheben die histologische Gutartigkeit, die Einfachheit und Harmlosigkeit des chirurgischen Eingriffes, die Abwesenheit von Metastasen und die unbegrenzte Lebensdauer.

RÉSUMÉ

On présente deux cas de cystoadénome rénal bénin dans l'enfance, d'intérêt clinique et doctrinal extraordinaire. Avec ces deux cas, le total des trouvés dans la littérature internationale est de 13 à 14.

On doit souligner l'âge d'apparition clinique dans les deux cas; la symptomatologie non pathognomonique de la néoplasie; la non réduction volumétrique au traitement radiothérapique préopératoire que les différencie, jusqu'à un certain point, des dysembryomes rénaux.

On doit souligner également la bénignité histologique, la simplicité et innocuité de la technique chirurgicale, l'absence de métastase et la survivance illimitée.

QUERATOACANTOMA

(*Molluscum pseudocarcinomatousum* - *Molluscum sebaceum*.)

F. DE DULANTO.

Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina. Granada.

INTRODUCCIÓN.

El importante trabajo de los autores belgas ROOK y WHIMSTER¹, publicado en 1950, despertó el interés hacia un peculiar tumor epidérmico, benigno, frecuente, de crecimiento rápido y curación espontánea en el plazo de unos meses, designado con los nombres de *Molluscum sebaceum*, *Molluscum pseudocarcinomatousum* y preferiblemente *Queratoacantoma*. Es esencial conocerlo bien para distinguirlo del carcinoma espinocelular cutáneo, con el que se ha confundido durante muchísimos años. Y no deja de ser curioso que pasara tanto tiempo sin identificar, pues la revisión bibliográfica efectuada muestra que existe una serie de observaciones anteriores que del todo coinciden. Así, LASSAR², en 1893, refirió tres casos de "epiteliomas" de la cara en adultos curados con arsenito potásico por vía oral; GOUGEROT³ y cols., a partir de 1917, describen sus "Verrugomas", y en época más reciente MAC CORMACK y SCARFF⁴ publican sus observaciones de "Molluscum sebaceum". Con otras designaciones se han identificado algunos más (KLABER⁵ y MUSSO⁶).

En la actualidad, son numerosos los artículos sobre el tema que atestiguan la frecuencia del queratoacantoma. He recopilado un total de 211, junto a los cinco personales, y es incesante la aportación de otros no sólo en la bibliografía dermatológica, sino en la quirúrgica y general (7 a 19).

Considero urgente difundir esta cuestión en España.

CUADRO CLÍNICO.

Descripción general.—El queratoacantoma, en la etapa de máximo desarrollo, es un tumor hemisférico, casi siempre único, prominente, bien limitado, de aspecto verrugoso y del tamaño de un guisante a una avellana (1-1,5 cm. de diámetro), que puede sobrepasar. Acostumbra a presentar el mismo color de la piel normal, o bien es rosado o rojo-violáceo. Indoloro espontáneamente, pero algo sensible a la presión, y de consistencia variable, a veces bastante duro. En su parte más saliente hay un cráter lleno de una masa córnea, bien visible, de las dimensiones de una cabeza de alfiler o algo mayores, que se puede arrancar con facilidad sin originar hemorragia (fig. 1).

Es muy llamativo su rápido crecimiento, alcanzando volumen muy apreciable en un mes

o mes y medio, por lo que causa grave alarma a los enfermos. Tiene, sin duda, un enorme parecido al carcinoma espinocelular en franca progresión. Sin embargo, al cabo de uno o dos meses empieza a reblandecerse, disminuye de tamaño y, por último, desaparece por completo, quedando una cicatriz deprimida, inestética. Muchos casos se resuelven espontáneamente en pocas semanas, existiendo ya una certeza absoluta, sobre este punto, del todo decisiva (^{1, 8, 11, 13 y 19}).



Fig. 1.—Queratoacantoma en el surco nasogeniano y ala nasal izquierdos, una de sus localizaciones más frecuentes. Nótese la gran semejanza clínica con el carcinoma espinocelular incipiente.

Localización.—La cara es asiento preferente del tumor, en especial la nariz (dorso y alas), surcos nasogenianos, mejillas, mentón, zonas infraorbitarias y retroauriculares. En nuestros casos (véase tabla) fué el dorso de la nariz, surco nasogeniano, región cigomática y mejilla. Pero también brota en el cuello, antebrazos, dorso de las manos y dedos ^{6, 8 y 12} e incluso en

la región perianal ^{1 y 13}. Respeta siempre las mucosas.

Excepcionalmente es *múltiple* (50 ó más tumores) y *recidivante* durante años ^{13 y 16}. Estas últimas observaciones plantean su semejanza o quizá identidad con los llamados *Epiteliomas espinocelulares primitivos múltiples espontáneamente curables* tipo FERGUSON - SMITH ²⁰, (FOURACRES y WITHICK ²¹ y WARSHALL y FINDLAY ²²).

Edad y sexo.—El queratoacantoma surge, de preferencia en la edad madura, pero también se ha referido en la juventud (18 años) (ZONN ⁷) e incluso en la primera infancia (16 meses) (LAPIÈRE ¹³). Afecta, sobre todo, al sexo femenino, aunque se hallan estadísticas discordantes. Por ejemplo, ROOK y WHIMSTER ¹ han notado una incidencia doble en el hombre.

Profesión.—BINKLEY ¹⁵ ha visto bastantes casos en obreros que trabajan con aceites lubricantes y alquitranes y señala que en tales circunstancias acostumbra a ser múltiple. En relación con este dato conviene recordar que no todos los tumores que afectan a estos operarios son carcinomas. En los textos de Medicina industrial se expone claramente que "algunos curan de modo espontáneo dejando cicatriz" (HUEPER ²³). Uno de nuestros enfermos, de profesión mecánico-electricista, se ponía en contacto habitual con estas sustancias.

HISTOPATOLOGÍA.

Los estudios histológicos publicados coinciden en sus datos esenciales y con los observados personalmente. Quizá la descripción más elaborada es la de ROOK y WHIMSTER. Se distinguen

TABLA
OBSERVACIONES PERSONALES DE QUERATOACANTOMA

Filiación	Edad	Sexo	Localización	Duración fecha primera visita	Tamaño	Profesión	Tratamiento	Histopatología	Vigilancia ulterior
R. R.	47	V.	Reg. cigomática izquierda.	Tres semanas.	2 cm. diámetro (aprox.).	Mecánico. Contacto aceites minerales y alquitrán.	Extirpación quirúrgica y electrocoagulación base.	Decisiva.	Dos años y medio.
J. L.	69	H.	Surco nasogeniano y ala nasal izq.	Mes y medio.	1 ½ cm. diámetro.	Campo.	Idem.	Idem.	Dos años.
V. G.	66	H.	Dorso nariz.	Un mes.	1 cm. diám.	S. l.	Idem.	Idem.	Cuatro meses.
R. H.	53	V.	Mejilla derecha.	Un mes y medio.	1,5 cm. diámetro.	Campo.	Idem.	Idem.	Ocho meses.
A. V.	62	H.	Dorso nariz.	Cinco semanas.	1 cm. diám.	S. l.	Idem.	Idem.	Un año y tres meses.

cuatro etapas en la evolución del queratoacantoma:

1. *Periodo inicial.*—Alrededor del cráter, que contiene una masa córnea paraqueratósica, existe marcada hiperacantosis (fig. 2).



Fig. 2.—Histopatología del queratoacantoma. Período inicial. Incluir el bloque extirpado en parafina. Corte horizontal, paralelo a la superficie del tumor. Cráter central lleno de masas córneas, en parte paraqueratósicas. Hiperacantosis alrededor. (Hematoxilina-eritrosina-azafrán.)

2. *Madurez.*—La base y paredes del cráter presentan acentuadísima hiperplasia epitelial que penetra hacia la dermis. Las células que la forman son voluminosas, pálidas, con numerosas mitosis. La capa basal es poco perceptible y asimismo el estrato granuloso. Hay paraqueratosis de intensidad variable y formación de globos córneos. Se observa edema de la dermis e infiltrados de linfocitos, polinucleares, neutrófilos, eosinófilos y células cianófilas. En esta etapa el queratoacantoma ofrece un aspecto cercano al de un carcinoma espinocelular de grado I. Sin embargo, la atipia es muy escasa o falta por completo (figs. 3 y 4).

3. *Involución.*—Las prolongaciones epiteliales se redondean y disminuyen, su capa basal destaca otra vez con claridad, los infiltrados se esfuman y se inicia una fibrosis.

4. *Cicatrización.*—La fibrosis es cada vez mayor. Se desarrolla un granuloma de cuerpos extraños. El final es la cicatriz, deprimida, atrófica, ya señalada anteriormente.

En resumen, las proliferaciones epidérmicas penetran en la dermis, extendiéndose no sólo en

profundidad, sino paralelamente a la superficie. Al mismo tiempo se desarrolla para- e hiperqueratosis y el tumor hace prominencia en la superficie. Más adelante cesa la hiperplasia malpighiana, progresando en cambio la cornifi-

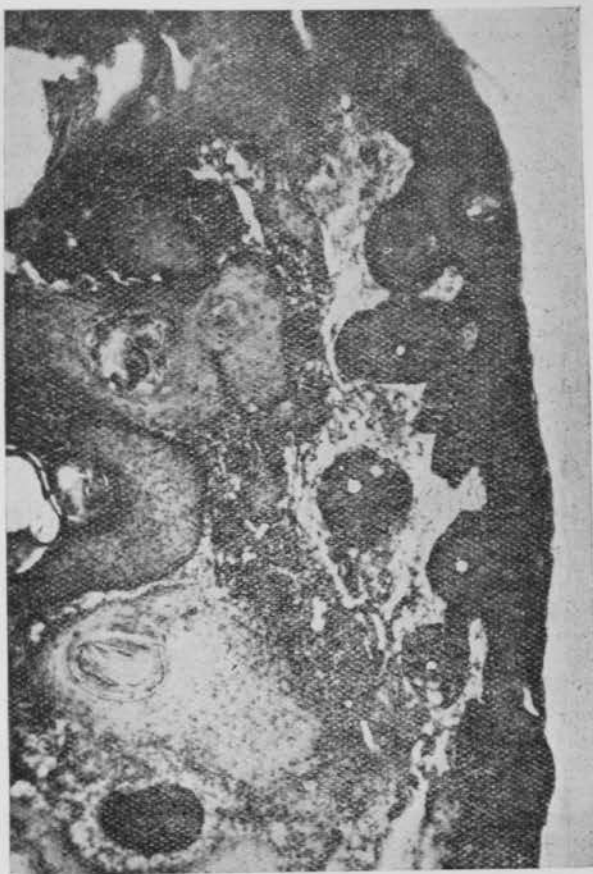


Fig. 3.—Queratoacantoma. Período de madurez. Pared del cráter central. Enorme hiperacantosis, aunque de límites bien perceptibles. Capa basal y estrato granuloso muy poco evidentes, no observándose en algunas zonas. Paraqueratosis de intensidad variable y disposición irregular. Formación de globos córneos. Nótese el infiltrado, muy denso, alrededor de las prolongaciones hiperplásicas epiteliales. (Inclusión en parafina. Coloración: hematoxilina-eritrosina-azafrán.)

cación, formándose el cráter central, lleno de queratina. La epidermis se atrofia y la queratina provoca la formación del granuloma de cuerpos extraños, cuya consecuencia es la fibrosis (HAMPERL y KALKOFF¹⁰).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

1. Es de la mayor trascendencia con el *carcinoma espinocelular incipiente*. Y el problema es doble, pues hay casos muy sugestivos clínicamente de queratoacantoma cuyo examen histológico reveló indudables cánceres (BEARE y ZOON⁷ y⁸).

a) El queratoacantoma brota en piel sana y no va precedido de lesión precancerosa. Su crecimiento es extraordinariamente rápido.

b) Al microscopio, y en el período de estado del tumor—en el que la confusión es más fácil—, vemos una masa córnea central, en parte paraqueratósica, inclinada en todas direcciones

y que forma una cúpula más o menos elevada y amplia, según el momento evolutivo. La epidermis circundante es normal y sólo prolifera con intensidad en sus límites laterales y base. Las células malpighianas tumorales poseen caracte-

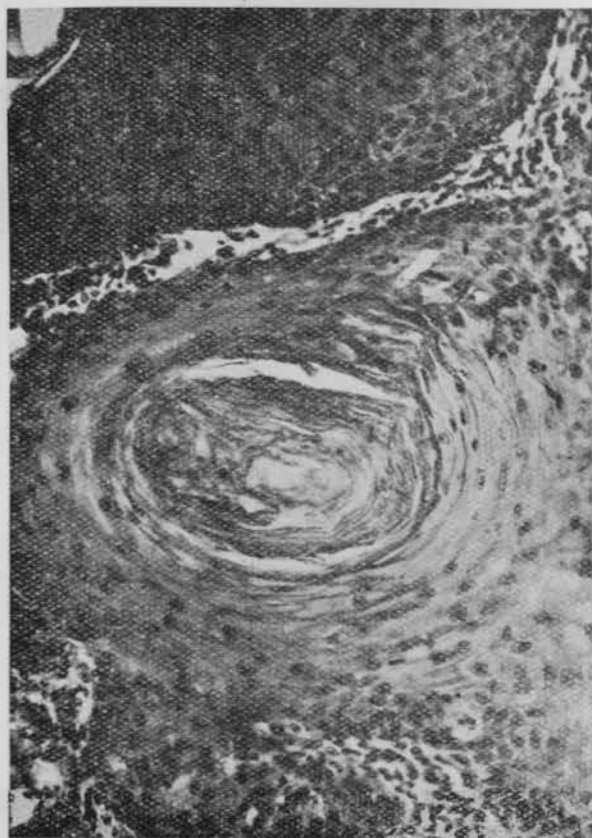


Fig. 4.—Queratoacantoma. Período de madurez. Zona de hiperplasia epitelial de la preparación anterior a mayor aumento. Las células que la constituyen son voluminosas y pálidas (compárense con las que forman la pared de un folículo en la parte superior de la microfotografía). En el centro hay un globo córneo paraqueratósico. Basal y estrato granuloso, no bien perceptibles. Se observan algunos polinucleares invadiendo la formación tumoral. Edema de la dermis, e infiltrado de linfocitos, polinucleares, neutrófilos y eosinófilos y algunas células cyanófilas. Falta por completo atipia celular en la hiperplasia epitelial.

res muy semejantes a las observadas normalmente y se aplanan por presión entre el infiltrado dérmico y las masas córneas (fig. 5). La hiperplasia epitelial no sobrepasa jamás el nivel de las glándulas sudoríparas y faltan totalmente los signos de necrosis e infiltración en profundidad. Es indispensable extirpar la totalidad de la lesión y efectuar cortes seriados. De lo contrario, si no se incluye el cráter central las dificultades pueden ser considerables. Y precisa insistir en que, si hasta hace poco, se han diagnosticado de carcinomas espinocelulares la casi totalidad de los queratoacantomas, nos encontramos ante el peligro, sin duda mayor, de caer en el error inverso. Las investigaciones citológicas y citoquímicas, en especial del contenido en ácido desoxirribonucleico, ofrecerán en el futuro más puntos de apoyo para la certeza diagnóstica. Y asimismo el empleo de los isótopos radioactivos. Si, por ejemplo, se utiliza la tirosina radioactiva para diferenciar los mela-

nomas benignos (nevi pigmento celulares) de los malignos, será posible el empleo del fósforo radioactivo, pues los datos obtenidos recientemente por BAUER²⁴ señalan que su absorción es más del doble en los carcinomas espinocelulares que en la epidermis normal y en los epitelomas basocelulares.

2. No es difícil distinguir el queratoacantoma de los queratomas actínicos o seniles, pues éstos son casi siempre múltiples, crecen lentamente, falta el cráter central y cuando poseen formaciones córneas salientes su dureza es cada vez mayor (cuerno cutáneo). Al microscopio, basta aplicar lo indicado anteriormente recordando que el queratoma actínico senil no es otra cosa que un "carcinoma espinocelular de grado medio, de BRODERS" (LEVER²⁵).



Fig. 5.—Queratoacantoma. Proliferación epitelial, comprimida, entre la masa córnea que ocupa el cráter del centro del tumor y el edema e infiltrado dérmico. Falta total de atipia en las células y de mitosis anormales. Datos importantes para el diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular de grado I. (Inclusión en parafina. Hematoxilina-eritrosina-azafrán.)

3. El *Molluscum contagiosum*, el nódulo doloroso de la oreja (*Chondrodermatitis nodularis helices*), las formas atípicas del granuloma anular y los quistes foliculares, poseen un cuadro clínico e histopatología típica de modo que raramente serán motivo de confusión.

En resumen, es necesaria una estrecha correlación de los datos clínicos e histológicos para identificar adecuadamente el queratoacantoma, que se realizará de la mejor manera posible cuando ambas investigaciones se efectúen por la misma persona.

ETIOLOGÍA.

Existe acuerdo general en eliminar la primitiva opinión de MAC CORMACK y SCARFF⁴, que consideraban el queratoacantoma debido a hipertrofia y alteraciones inflamatorias en un quiste sebáceo. Por lo demás, el único dato positivo es su aparición en operarios que trabajan con aceites minerales y alquitranes. Pero en la mayoría de las observaciones publicadas y en cuatro de las propias falta por completo este antecedente. Se indica como probable una etiología viriásica, y HAMPERL y KALKOFF¹⁰ notan su semejanza con los papilomas de ROUS. Sin embargo, los intentos de transmisión experimental mediante la inyección intradérmica de pulpa homogeneizada de las lesiones, ya al propio investigador (BEARE) o bien a enfermos anteriormente afectos del tumor, ha sido constantemente negativa. En esta misma dirección MARS-HALL y FINDLAY²² tampoco han logrado la inoculación en la membrana corioalantoidea del embrión de pollo. En cambio, EREAUX y cols.¹⁶ en un sólo caso, y mediante el microscopio electrónico, han visto unas partículas de 100 milimicras similares a las del virus del *Molluscum contagiosum*, aunque mucho más pequeñas.

La etiología del queratoacantoma constituye, por lo tanto, y en el momento actual, una incógnita absoluta.

RELACIONES DEL QUERATOACANTOMA CON OTRAS HIPERPLASIAS EPITELIALES SEUDOCARCINOMATOSAS.

1. En la bibliografía inglesa se describen con el nombre de *epiteliomas espinocelulares primitivos espontáneamente curables* (tipo FERGUSON-SMITH²⁰) unas formaciones tumorales que son muy parecidas clínica e histológicamente al queratoacantoma. Tanto, que existe una franca corriente de opinión en favor de que se trata del mismo proceso (FOURACRES y WHITTICK, MARSHALL y FINDLAY²¹ y ²²). En efecto, ambos crecen rápidamente, poseen un tamaño comparable y una vez alcanzado su máximo desarrollo se reducen y curan por completo. Falta en ambos destrucción tisular y diseminación linfática. Su estructura histológica es similar. Otra razón es, además, que hasta el momento nunca ha podido demostrarse la curación espontánea de un carcinoma espinocelular auténtico. Pero los "epiteliomas" de FERGUSON-SMITH se hallan excepcionalmente, a diferencia del frecuente queratoacantoma, comienzan en la edad juvenil, brotan de modo incesante durante muchos años y poseen carácter hereditario (SOMMERVILLE y MILNE²⁶). Además, WITEN²⁷ ha descrito lesiones en mucosa oral que jamás determina el queratoacantoma.

2. POTH²⁸, en 1939, refirió unas *queratosis pseudotumorales* múltiples, que brotan en partes descubiertas después de intensa y prolongada exposición a la luz solar. Casi nunca son umbi-

licadas, y su examen histológico, aunque ofrezca una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, no da la impresión global que proporciona el queratoacantoma (BINKLEY y NEW¹⁵ y ³⁰).

3. Se ha insistido también en las relaciones con la *papilomatosis cutis carcinoides*. Pero si leemos las descripciones clásicas de esta rara dermatosis, por ejemplo, la de LUTZ²⁸, no se encuentra suficiente motivo para ello ¿Qué concluir? Creo que la opinión más adecuada es la de MARTIN BEARE⁸. Hasta que se posea más experiencia es aconsejable mantener como tres grupos "de espera", aunque estrechamente relacionados, a: 1.º Queratoacantoma. 2.º Epiteliomas primitivos múltiples espontáneamente curables de Ferguson-Smith; y 3.º Queratosis pseudotumorales de Poth.

TRATAMIENTO.

La terapéutica del queratoacantoma ha de tener en cuenta el problema mayor que plantea: su diferenciación del carcinoma espinocelular. Exige, por lo tanto, un estudio histológico cuidadoso. Con este objetivo, el mejor plan a seguir consistirá en la extirpación del tumor mediante bisturí ordinario, bien afilado, para no traumatizarlo, rebanándolo completamente hasta el nivel de la piel circundante, y electrocoagular la base. Por el motivo expuesto desaconsejamos el raspado con cucharilla, la nieve carbónica, las aplicaciones de resina de podofilino, la destrucción masiva mediante diatermocoagulación y la roentgen y curieterapia, que algunos autores efectúan. Y, precisa destacarlo, siempre que quede la menor duda diagnóstica frente al carcinoma espinocelular, habrá que actuar como si se tratara efectivamente de este último.

CONCLUSIONES.

1. Es necesario tener presente en clínica la existencia del queratoacantoma, tumor *frecuente*, para no confundirlo con un carcinoma espinocelular.

2. Para el diagnóstico es indispensable la *biopsia* y una correlación estrecha entre los datos clínicos e histológicos. Hay casos de sintomatología en extremo sugestiva de queratoacantoma que al microscopio han demostrado ser inequívocos carcinomas espinocelulares.

3. En consecuencia, el mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor, rebanándolo con bisturí hasta el nivel de la piel circundante y electrocoagular la base.

4. Ante la menor duda, precisará actuar como si se tratara de un carcinoma espinocelular.

5. Las investigaciones citológicas y citoquímicas, y el empleo de los isótopos radioactivos, permitirán afinar el diagnóstico diferencial entre queratoacantoma y cáncer cutáneo, establecer las relaciones exactas con otras hiperplasias epidérmicas pseudotumorales y seguramente precisiones sobre la etiología del proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. ROOK, A. J. y WHIMSTER, I. W.—Arch. Belges de Dermatologie et Syph., 6, 137, 1950.
2. LASSAR, O.—Die Hautkrebs. Berl. Klin. Wschr., 30, 537, 1893.
3. GOUGEROT, H., ELUM, P. y COUSIN, A.—Bull. Soc. Franç. Dermat., 36, 255, 1929.
4. MAC CORMACK, H. y SCARFF, R. W.—Brit. J. Dermat., 48, 624, 1936.
5. KLABER, H.—Ref. Zoon 7.
6. MUSSO, L. y GORDON, H.—Proc. Roy. Soc. of Med., 43, 838, 1950.
7. ZOON, J. J., JANSEN, L. H. y VAN BAAK, J.—Dermatologica, 108, 2, 1954.
8. BEARE, J. M.—Brit. J. Surg., 41, 167, 1953.
9. FINLEY, A. G.—Australian J. Dermat., 2, 144, 1954.
10. HAMPERL, H. y KALKOFF, K. W.—Hautarzt, 5, 440, 1954.
11. LEVY, E. J., CAHN, M. M., SHAFFER, B. y BEERMAN, H.—Journ. Am. Med. Ass., 155, 562, 1954.
12. MEINICKE, K.—Hautarzt, 5, 276, 1954.
13. LAPIERE, S.—Hautarzt, 6, 38, 1955.
14. DUPONT, M. A.—Bull. Soc. Franç. Dermat., 59, 340, 1952.
15. BINKLEY, G. W. y JOHNSON, H. H.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 66, 1955.
16. EREAUX, L. P., SCHOPFLOCHER, P. y FOURNIER, C. J.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 73, 1955.
17. MIDANA, A. y ORMEA, F.—Minerva Dermat., 30, 45, 1955.
18. GORDON, H.—Practitioner, 168, 498, 1952.
19. WISLEY, J. y PETTIT, J. N. J.—Proc. X Internat. Congr. Dermat., pág. 476. Londres, 1952.
20. FERGUSON-SMITH, J.—Brit. J. Dermat., 46, 262, 1934.
21. FOURACRES, F. A. y WITTICK, J. W.—Brit. J. Cancer, 7, 58, 1953.
22. MARSHALL, J. y FINDLAY, G. H.—South Africa Med. J., 27, 1.000, 1953.
23. HUEPER, W.—Occupational Tumors and Allied Diseases, pág. 165. C. C. Thomas, ed. Springfield, 1942.
24. BAUER, F.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 79, 1955.
25. LEVER, W. F.—Histopathology of the Skin. Lippincott, ed., 2.ª ed.
26. SOMMERVILLE, J. y MILDE, J. A.—Brit. J. Dermat., 62, 485, 1950.
27. WITTEN, V. H. y ZAK, F. G.—Cancer, 5, 539, 1952.
28. LUTZ, W.—Lehrbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten, pág. 141. Karger, ed. 1951.
29. POTH, D. O.—Arch. Dermat. & Syph., 39, 228, 1939.
30. NEW, W. M. y HORTON, S. H.—A. M. A. Arch. Dermat., 58, 475, 1953.

SUMMARY

The keratoacanthoma is a frequent tumour which should not be confused with squamous cell carcinoma. Biopsy is indispensable in diagnosis, as well as strict correlation between clinical and histological data.

The best treatment is a radical removal of the tumour together with electrocoagulation of its base. When there is the slightest doubt the procedure should be the same as for squamous cell carcinoma.

Cytological and cytochemical investigations and the use of radioactive isotopes would enable differential diagnosis between keratoacanthoma and skin cancer to be elucidated, the exact relationships to other pseudotumorous epidermal hyperplastic growths to be established and, probably, the aetiology of the condition to be determined.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Kerato-Akantom ist ein häufig vorkommender Tumor, welcher mit einem Karzinom der Stachelzellen nicht verwechselt werden darf. Die Diagnose erfordert eine Probeexzision und eine Wechselbeziehung zwischen den klinischen und histologischen Angaben.

Die beste Behandlung besteht in einer radikalen und vollständigen Entfernung des Gewächses und Elektrokoagulation der Base, und wenn nur der geringste Zweifel besteht, soll

ganz einfach wie bei einem Stachelzellenkarzinom vorgegangen werden.

Durch die cytologischen und cytochemischen Untersuchungen und Gebrauch von radioaktiven Isotopen wird die Möglichkeit geboten eine vollkommenere Differentialdiagnose zu erlangen, die genaueren Beziehungen zu anderen epidermischen Hyperplasien zu bestimmen und auch höchstwahrscheinlich die Aetiologie des Prozesses aufzudecken.

RÉSUMÉ

Le kératoacanthome est une tumeur fréquente, qui ne doit pas se confondre avec un carcinome épinoïdellaire. Pour son diagnostic il est indispensable de faire la biopsie et une étroite corrélation entre les données cliniques et histologiques.

Le meilleur traitement c'est l'extirpation radicale et totale de la tumeur avec électrocoagulation de la base et, au moindre doute, agir comme s'il s'agissait d'un carcinome épinoïdellaire.

Les investigations cytologiques et cytochimiques, et l'emploi des isotopes radioactifs permettront d'affirmer le diagnostic différentiel, entre kératoacanthome et cancer cutané, d'établir les rapports exacts avec d'autres hyperplasies épidermiques pseudo-tumorales et, certainement, de préciser l'étiologie du processus.

LA ANATOMIA PATOLOGICA DE LA APENDICITIS AGUDA EN LAS ÚLTIMAS DECADAS DE LA VIDA

M. DE JUAN MARTÍN.

Médico ex Interno de la Casa de Salud Valdecilla.
Médico ex Becario del C. S. I. C.
Logroño.

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor GARCÍA-BARÓN.

La apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida se caracteriza anatómicamente por la precocidad y gravedad de las alteraciones patológicas.

CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA.

Las clasificaciones son múltiples, según los autores, y el criterio en que se basan. ARNOLD las clasifica en cinco grupos: 1.º Apendicitis aguda sin complicaciones. 2.º Perforaciones cubiertas. 3.º Abscesos. 4.º Perforaciones libres con peritonitis local; y 5.º Peritonitis difusa. POWERS sigue la clasificación standard de nomenclatura dividiéndola en: 1.º Apendicitis simples. 2.º Apendicitis con gangrena. 3.º Apen-