

74. I. M. KOLTHOFF y E. B. SANDELL.—Tratado de Química analítica cuantitativa general e inorgánica. Trad. segunda ed. inglesa. Ed. Nigar. Buenos Aires, 1948, páginas 755-756.
75. J. F. REITH.—Chem. Weekblad, 39, 598/601, 1942. Chem. Zentr., 1943, 1, 1943.
76. A. VLCEK.—Chem. Listy, 44, 77/79, 1950. C. A., 45, 5.569, 1951.
77. A. VLCEK.—Collection Czechoslov. Chem. Communs, 15, 833/838, 1950. C. A., 46, 3.457, 1952.
78. H. C. HEIM.—J. Am. Pharm. Assoc. Sci. Ed., 37, 468/470, 1948.
79. P. W. JENSEN y A. L. CRITTENDEN.—Anal. Chem., 26, 1.373/1.374, 1954.
80. F. P. TREADWELL.—Tratado de Química analítica, t. II. Análisis cuantitativa. Quinta edición española. M. Marin, ed. Barcelona, págs. 573-574.
81. CLOWES y COLEMAN.—Análisis químico cuantitativo. Primera ed. española. Salvat, edit. Barcelona, 1946, página 219.
82. M. GRÖGER.—Angew. Chem., 7, 52, 1894.
83. A. S. SCHWEETS.—Aptechnoe Delo, 3, 6, 35/36, 1954. Anal. Abst., 2, 6, núm. 1.525, 1955.
84. J. D'ANS y TH. KANOKOWSKY.—Angew. Chem., 62, 168, 1950.
85. C. H. BADGER.—J. Assoc. Official Agr. Chem., 18, 392/396, 1935.
86. W. C. GEAGLEY.—Am. J. Pub. Health, 19, 991/996, 1929.
87. A. SAIFER y J. HUGHES.—J. Biol. Chem., 128, 241/245, 1937 y 121, 801/802, 1937.
88. S. VOHNOUT y H. BRABENCOVA.—Casopis Lekaru Ceskych, 89, 55/56, 1950.

O R I G I N A L E S

SEUDOMIELOMA PIOGENO DE LOS HUESOS

C. JIMÉNEZ DÍAZ, M. MORALES PLEGUEZUELO y
M. FERRER TORRELLES.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Madrid.

En los últimos meses hemos tenido ocasión de observar en nuestra clínica tres casos, afectos sin duda del mismo peculiar proceso, que solamente hemos relacionado a posteriori.

El primer caso fué visto en la policlínica de los doctores PARRA y RAMÍREZ.

Se trataba de un hombre de sesenta y cinco años, E. D. R., A. P. 8.497; natural de Toledo, que en enero de 1954 se operó de la próstata y a los tres días tuvo un dolor intenso en la herida operatoria, empezando a drenar por ella la orina. Un día o dos después le subió la temperatura, comenzando a expulsar entonces unos esputos pardos, sin dolor. Hizo un tratamiento con penicilina-estreptomina, con lo que descendió algo la fiebre, pero sin llegar a desaparecer. A los quince días de la intervención tuvo unos escalofríos violentos, aumentándole la fiebre rápidamente. Se le hinchó la pierna derecha y pie, ascendiendo el curso de la fiebre y la inflamación hasta la raíz del muslo. El color de la piel era normal, sin variación de la temperatura local. Le aparecieron unas úlceras por decúbito, que tardaron seis o siete meses en cerrarse.

Cuando se le hinchó la pierna le añadieron terramicina al tratamiento; no sabe si le descendió la fiebre, pero la inflamación paulatinamente fué disminuyendo en su mayor parte a los quince primeros días, y totalmente a los dos meses. Durante los treinta y nueve días que permaneció hospitalizado en una clínica, este sujeto tuvo supuraciones en la pierna y en el brazo. Al ser trasladado a su casa seguía con fiebre, que ascendió bruscamente de nuevo, expulsando otra vez esputos pardos. Le volvieron a tratar con penicilina-estreptomina (que ha mantenido constantemente) y terramicina, desapareciendo, como la primera vez, los esputos a los tres o cuatro días, pero persistiendo la fiebre.

En marzo tuvo un dolor violento en la ingle seguido

de escalofríos y elevación de la temperatura, inflamándose la pierna izquierda con las mismas características que la vez anterior. En abril, dolor en costado derecho, muy intenso, que fué gradualmente disminuyendo sin desaparecer. Sigue con el tratamiento de penicilina y estreptomina.

En mayo de este año queda por primera vez sin fiebre durante unos días, pero le vuelve a aparecer, coincidiendo con la inflamación y enrojecimiento del testículo izquierdo. Con terramicina la fiebre y la inflamación cedieron al cabo de tres días. En septiembre, después de un disgusto y un esfuerzo se acostó y al día siguiente al levantarse se encontró mareado, las cosas le daban vueltas, y notó que había perdido la capacidad auditiva, con acúfenos, quedando totalmente sordo a los tres días. En la actualidad le molestan mucho los acúfenos y tiene tendencia a perder el equilibrio, por lo que anda apoyándose en otras personas o con una muleta. Coincidiendo con la sordera le aparecieron unos bultos en la cabeza, que han disminuído algo de tamaño, pero aun persisten.

Se trata de un enfermo obeso, con coloración enrojecida de la cara y conjuntivas. Anisocoria, las pupilas reaccionan bien a la luz y acomodación. Pterigion en el ojo derecho. Tórax: Se aprecia una submatidez en la base derecha con algunos estertores húmedos en esta zona. Corazón, tonos puros; pulso rítmico a 72 pulsaciones por minuto.

En ambas extremidades se aprecia edema intenso con enrojecimiento. En el tercio inferior de ambas piernas se observa un abultamiento en el plano anterior de la misma, con base dura, enrojecida y cubierta por una costra, adherida y firme.

En la palpación del cráneo se ven dos prominencias poco acentuadas, de consistencia elástica, una localizada próxima a la línea media en región frontal, y la otra en la parte posterior de la bóveda. Su tamaño es aproximadamente como una moneda de 5 céntimos.

El análisis de sangre mostró una fórmula relativamente normal, con 7.100 leucocitos. Glóbulos rojos, 4.600.000; y la velocidad de sedimentación de: 16 a la primera hora, 38 a la segunda y 17,5 de índice. Wassermann, negativo. Fosfatasa ácida, 4,1 u.

Con estos datos se le practicó una biopsia de la tumoración craneal, con el siguiente resultado: Tejido obtenido de hueso craneal, de consistencia blanda, encefaloide, alojado en una cavidad de contorno irregular que perforaba la bóveda. En los cortes se recibieron unos trozos de tejido conjuntivo denso y otros que correspondían a la zona pseudo-tumoral. Este era de trama

laxa, abundante en vasos, sin grasa, bastante homogéneo, con fibrillas conjuntivas. Se distinguen algunas zonas de mayor riqueza celular, que, a pequeño aumento, eran pequeñas y uniformes. Existen zonas edematosas. A gran aumento se ve un fondo de células reticulares que en algunos sitios están más aumentadas y cuyo protoplasma, como es lo corriente, no se distingue con los métodos habituales. Entre ellas, ocasionalmente, hay macrófagos, poliédricos o gesticulantes, con protoplasma bien perceptible, vacuolado. Algunos de los grupos celulares más compactos están constituidos por neutrófilos maduros. Aisladas, existen células de tipo linfoides y, sobre todo, muchas plasmáticas, en general, de tipo normal, con su núcleo en rueda de carro, que muy rara vez es doble. El protoplasma, más o menos extenso, es fuertemente basófilo, especialmente en los bordes.

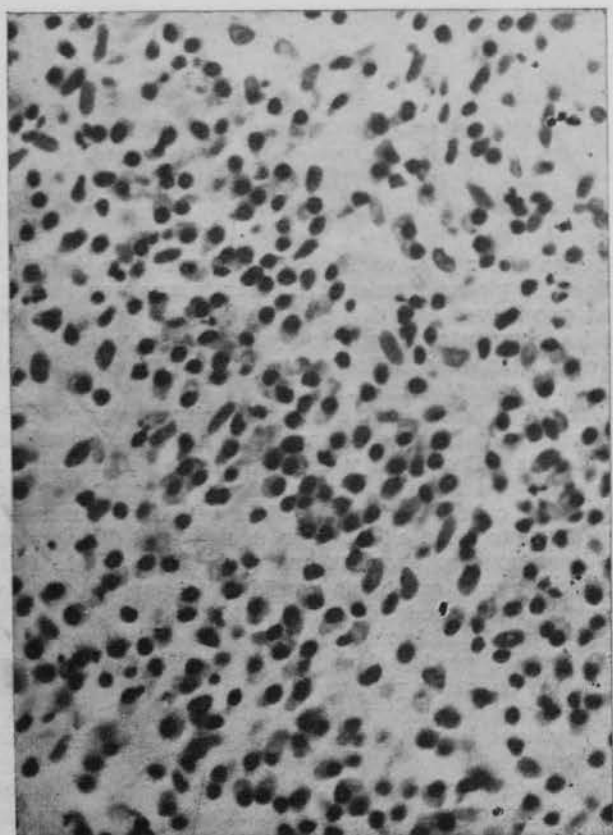


Fig. 1.—Osteomielitis de cráneo. A. P., 8.497. Infiltración celular con muchas células plasmáticas.

Se ven, muy rara vez, células algo mayores, con gran núcleo, difíciles de clasificar, que no impresionan como megacariocitos ni osteoclastos. También existen algunos eosinófilos. Elementos mieloides que supongan una actividad hemopoyética evidente no se han encontrado (figuras 1 y 2).

La imagen es muy parecida a la del mieloma, pero con una mayor multiformidad, puesto que la presencia de granulocitos, células reticulares y macrófagos da variedad a las imágenes, que es mayor que la monomorfía que generalmente corresponde a los mielomas.

El diagnóstico quedó incierto: el aspecto histológico en su conjunto recordaba el del mieloma, pero la ausencia de células atípicas, así como el cuadro general, no hizo pensar más en la posibilidad de un proceso inflamatorio, raro por sus caracteres citológicos tan monótonamente plasmocíticos, acaso sífilis, a pesar de la ausencia de otros datos positivos.

El segundo caso estudiado en la clínica del doctor OYA es el siguiente:

S. C. L., A. P. 8.650; hombre de treinta y un años,

soltero, que en el año 1948, encontrándose antes bien, empezó a notar dolor, sobre todo a la presión, y ligera hinchazón en la región malar izquierda, acompañada de fiebre de 37,5. El enfermo dice que era un fiemiento dentario, pero la encía no estaba hinchada ni tenía molestias al masticar. Fué al dentista, que le hizo la extracción de una muela, sin que con ello desaparecieran las molestias. A los cuatro o cinco días le apareció una hinchazón difusa, muy dolorosa, con sensación de punzadas en región frontoparietal izquierda. Tenía fiebre de 38°, y al mismo tiempo le apareció un ligero exoftalmos izquierdo, con visión doble de los objetos en posición extrema de los ojos. Le diagnosticaron de sinusitis, y fué intervenido por ello, tres veces en año y medio. La primera intervención, al parecer, consistió en la apertura de un absceso subcutáneo en región cigomática, quedando

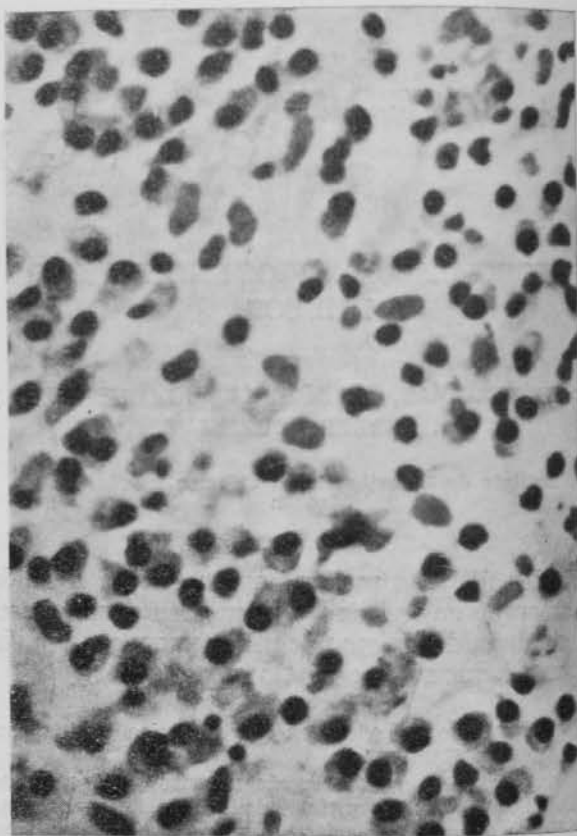


Fig. 2.—Osteomielitis de cráneo. A. P., 8.497. Detalle de la infiltración celular a mayor aumento.

dole un trayecto fistuloso; la segunda vez fué una intervención sobre el seno maxilar izquierdo, y la tercera intervención se practicó sobre el hueso lesionado del trayecto fistuloso que quedaba después de la primera intervención. Tras estas intervenciones desapareció el dolor y la hinchazón, sin mejorar el exoftalmos.

De esta manera continuó hasta hace dos meses y medio. El enfermo comenzó a tener fuertes dolores en la región supra-orbitaria, que se corrían hacia región occipital. Fiebre de 37,5. Al mismo tiempo notaba que el exoftalmos iba creciendo, llegando a tener diplopía aun con una mirada normal. Perdió mucha vista, viendo todo bastante oscuro.

Ingresa en esta Clínica el día 7 de diciembre con el cuadro descrito, siendo intervenido por el doctor LEON, quien le practicó la enucleación del ojo izquierdo.

Antecedentes en la infancia, sin interés. Dos años antes de la aparición de este cuadro padeció de forúnculos en la región de la nuca, siendo tratados algunos de ellos con expresión manual. No tiene antecedentes lúeticos.

Es un enfermo bien constituido, en buen estado de

nutrición, con buena coloración de piel y mucosas. La pupila derecha, normorreactiva, isocórica. Restos de papires craneales, normales. Movilidad limitada en la región del maxilar superior. Boca, séptica; faltan piezas. En la región supraauricular se palpa una zona blanda, depresible a la presión profunda. No hay adenopatías en el cuello. Tórax, abdomen y aparato locomotor, normal. Exploración del sistema nervioso antes de la operación: Exoftalmos izquierdo, intenso, no pulsátil. Rigidez pupilar en el ojo izquierdo. Anisocoria y miosis en el izquierdo, con edema de la papila, mediante examen del fondo de ojo.

En unas tomografías que se tomaron del cráneo revelaron, en posición a. p. realizada a un centímetro de distancia entre sí (empezando a cuatro centímetros del plano anterior), la desestructuración completa del seno

rior, normal. Cavum, libre. Antroscopia: Se introduce el salpingoscopia por la comunicación quirúrgica que permanece abierta de fosa nasal con seno maxilar izquierdo. Se observa la cavidad sinusal tapizada de mucosa, sin fungosidades ni exudados purulentos. Se hace lavado de seno y se recoge el producto para su análisis. En la órbita se observa un trayecto fistuloso en lámina papirácea de etmoides, que conduce a fosa nasal. Al sonarse sale aire por el orificio de la fistula. Seno maxilar, limpio, y buena comunicación con fosa nasal. Orificio fistuloso de pared interna de órbita a fosa nasal, por el cual fluye la secreción nasal, lo cual mantiene con exudado la fosa orbitaria.

La reacción de desviación de complemento con antígeno de *Sporotrichum* fué negativa.

Después de la enucleación del ojo, el estudio de la

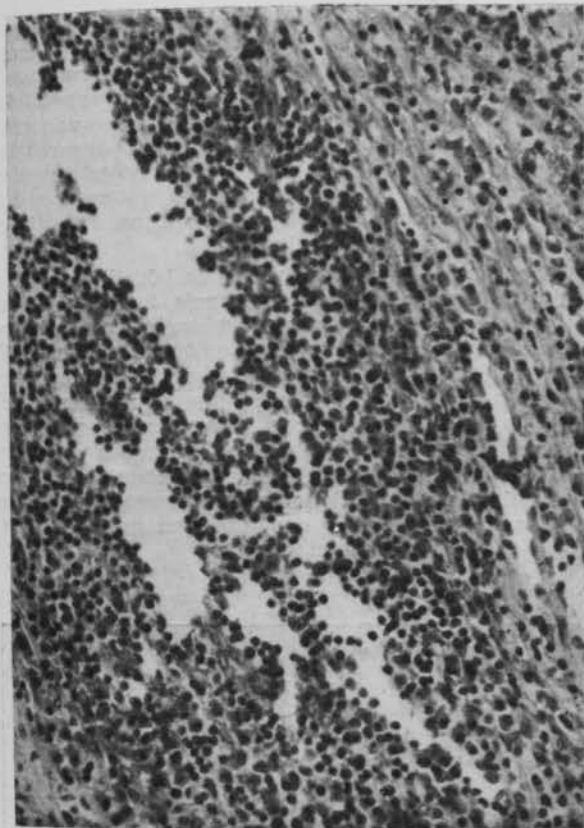


Fig. 3.—Osteomielitis crónica. Acúmulo de células plasmáticas en el seno de un estroma conjuntivo. A. O., 8.650.

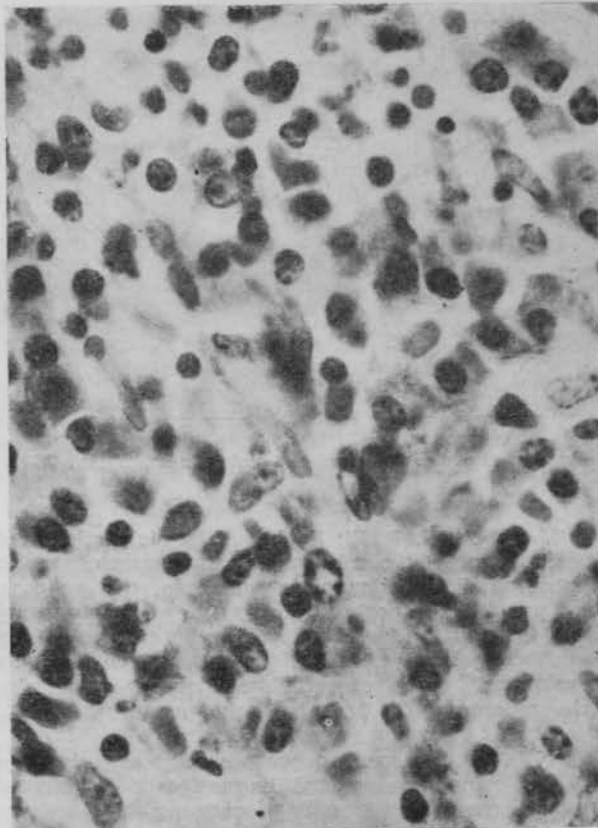


Fig. 4.—Osteomielitis crónica. Detalle de las células de infiltración inflamatoria crónica. Existe un predominio evidente de los elementos plasmocelulares. A. P., 8.650.

maxilar izquierdo con irregularidad del contorno inferior de la órbita, haciendo el efecto de existir comunicación (plano a cuatro centímetros) entre sí. En los planos anteriores se visualiza bien el contorno del suelo de la fosa anterior y temporales, sin que se aprecie ningún dato de alteración de éstos.

La reacción de Wassermann fué negativa. Reacción de Mantoux = negativa al 1/10.000. El análisis de sangre realizado el 7-XII-55: recuento normal, 7.400 leucocitos, 72 neutrófilos, 4 eosinófilos, 2 bastones, 1 monocito, 21 linfocitos. La velocidad de sedimentación era de 57-94; índice, 52.

El examen bacteriológico directo del exudado de la órbita acusó: flora microbiana regularmente abundante, integrada exclusivamente por bacilos Gram positivos, tipo *Corynebacterium*. No se ven bacilos de Koch. En medios de bacterias se cultiva abundantemente *Corynebacterium Hoffmannii*. La siembra en medios de hongos fué negativa.

Por rinoscopia anterior: Pólipo mucoso en zona correspondiente a etmoides posterior. Rinoscopia poste-

masa tumoroidal retroorbitaria arrojó un aspecto sorprendente: Se recibió un globo ocular que estaba rodeado e inmovilizado por una proliferación conjuntiva de gran densidad. En las preparaciones se ve continuarse con la esclerótica un conectivo muy denso y fibroso, que en algunos puntos invade la grasa retro-orbitaria y también engloba y disocia algunos de los músculos oculares y nervios. En este tejido fibroso, en las preparaciones con hematoxilina-eosina, hay zonas más azules que corresponden a infiltrados celulares bastante densos y algo abigarrados en su constitución, en la que dominan, aparte de los linfocitos de fondo, que por todas partes se encuentran, incluso formando folículos, como en las inflamaciones muy crónicas es tan corriente, gran número de células plasmáticas, en algunas zonas casi puras. Existen también neutrófilos y algún eosinófilo (figuras 3 y 4).

En conjunto, el aspecto de la lesión es extraordinariamente inflamatorio, observándose, incluso, algunas agrupaciones flogísticas perivasculares.

En vista de esto, supusimos se trataba de un proceso

inflamatorio de rara reacción plasmocítica apretada, cuya etiología, una vez eliminada la sífilis, pensamos que pudiera ser micótica. No obstante el cultivo en medios especiales, fué negativo. Como el enfermo había sido tratado ya intensa y prolongadamente con diversos antibióticos y la combinación estreptomycin-neoteben había también fracasado, pensando en una posible etiología cócica, se instauró un tratamiento con eritromicina (iloticina), cuyo resultado ha sido brillante, pues el enfermo actualmente se encuentra perfectamente.

Ultimamente se presentó a nuestra consulta de alergia (doctor LAHOZ) el tercer caso, que tiene la siguiente historia:



Fig. 5.—Osteomielitis crónica del cráneo. A. P., 9.197.

F. V. O., A. P. 9.197; de treinta y siete años, ordenanza, que en 1949, con buena salud anteriormente, tuvo un proceso diagnosticado de pulmonía, que se caracterizó por dolor de costado, fiebre alta y tos intensa, que curó a los quince días. Desde entonces, padece catarros frecuentes, del tipo habitual descendente, en los inviernos solamente, que se acompañan de expectoración abundante, mucosa amarillenta, sin mal sabor ni olor. Estos catarros cursan a veces con fiebre.

En el 50 y 51 tuvo un proceso similar al padecido en el 49 que, como entonces, fué diagnosticado de pulmonía. El 3 de marzo último tuvo un proceso que diagnosticaron de sinusitis. Se caracterizó por dolor frontal, edema con enrojecimiento de la región orbitaria derecha y protrusión del globo ocular del mismo lado. Fué tratado con terramicina, penicilina, estreptomycin y onda corta. Seis días después de la iniciación de este proceso presentó por la noche, estando acostado, un cuadro de pérdida de conocimiento y desviación de la boca hacia la izquierda. Este cuadro le duró unos minutos, restándole solamente una disartria durante unos días.

A partir del proceso de sinusitis le apareció en región parietal derecha, y en la proximidad del frontal, un nódulo del tamaño de una nuez, duro y doloroso a la percusión, cree que sin enrojecimiento ni aumento de la temperatura. Dos o tres días después se notó otro en vertex, y posteriormente otro en la confluencia de los parietales con el occipital, con caracteres similares.

De pequeño, sarampión. Padre, reumático. Madre, catarrosa. Una hermana de la madre, asmática. En la familia de la madre existen muchos catarrosos. Cuatro hermanos. Uno muerto de pequeño. El resto, sanos.

A la exploración se encuentra un sujeto bien constituido, en buen estado de nutrición, con buena coloración de piel y mucosas. Fuerza respiratoria disminuida. El resto de la exploración sin interés, excepto algún roncus diseminado en pulmón.

Los nódulos descritos, que se localizaban en los huesos del cráneo eran fluctuantes a la palpación, con enrojecimiento y aumento de calor. En el ángulo del maxilar

se palpan pequeñas adenopatías del tamaño de un garbanzo, no adheridas y de consistencia media.

Análisis de sangre: Hematíes, 4.800.000. Leucocitos, 8.400 con 74 por 100 de neutrófilos, 16 linfocitos, 9 monocitos y 1 basófilo. La velocidad de sedimentación era de 43 a la primera hora, 75 a la segunda, con un índice de 40,25.

El informe de la radioscopia de tórax nos informó que se observaban imágenes densas, confluentes, de aspecto productivo, en base derecha. Enfisema de lóbulos superiores. Radiográficamente en el cráneo se apreciaron varias lacunaciones regulares, pequeñas, que afectan las dos láminas del hueso, pareciendo tener el aspecto de focos sépticos metastáticos (fig. 5).

Wassermann y complementarios, negativos. De una de las tumoraciones de la cabeza se extrajo exudado por punción, con el siguiente resultado: Se punciona una tumoración subcutánea, fluctuante, de la que se extrae por aspiración 5 c. c. de un pus espeso, amarillento-verdoso e inodoro. El examen en fresco no revela elementos sospechosos de corresponder a hongos; sin embargo, se realiza una siembra en medio para ellos, que resultó negativa. Mediante examen bacteriológico se ve flora de mediana cantidad, integrada únicamente por cocos Gram positivos en diplo y acúmulos, intra y extracelulares. Siembra en medios de bacterias: se cultiva abundantemente estafilococo dorado anhemolítico. Investigación del bacilo de Koch, negativa.

El carácter de las lesiones de la bóveda craneal, con las numerosas pérdidas de sustancia, nos hizo pensar en sífilis, en un proceso tumoral metastático o en el mieloma. Para llegar a una conclusión definitiva, realizamos una biopsia, de la que obtuvimos el siguiente resultado: Incluidas las partículas que se recibieron, se ve en ellas un tejido laxo, con bastantes vasos, que están abiertos y, en general, llenos de plasma con pocos hematíes, y rico en células libres y pequeñas. Se ve alguna partícula ósea con signos de degeneración. Aparecen grupos de macrófagos que albergan granulaciones de distintos tipos en su interior.

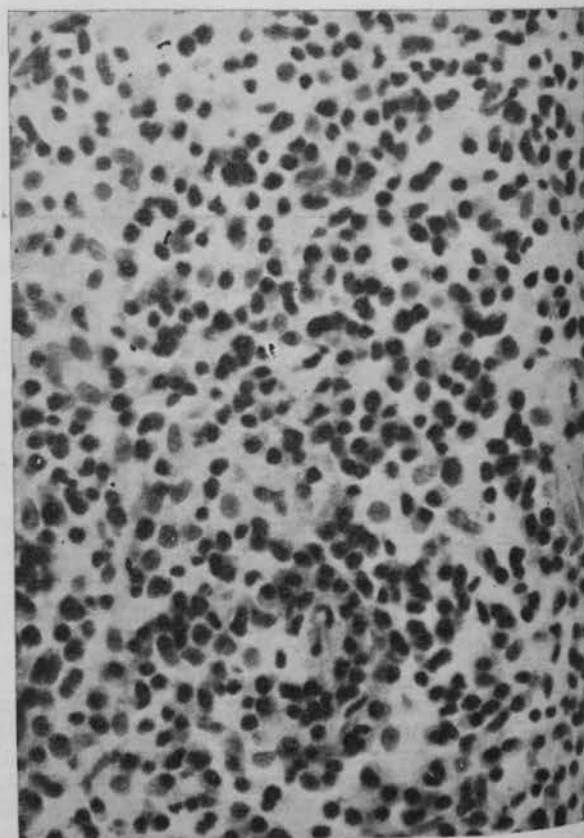


Fig. 6.—Osteomielitis crónica del cráneo. A. P., 9.197. Acúmulo de células inflamatorias, principalmente plasmáticas.

Las células sueltas, que se encuentran entremezcladas, son fundamentalmente neutrófilos, en bastante número, más bien esparcidos, y entre ellos, las más abundantes después de aquéllos, células plasmáticas, en general, pequeñas y muy rara vez, binucleadas. Hay bastantes células reticulares.

Además, existe moderada cantidad de células linfoides y se perciben algunas trabéculas óseas; elementos escleróticos, como son los multinucleados osteoclastos o algunos osteoblastos.

En resumen, la médula que no es mieloides ni grasa, presenta algunos signos de proliferación reticular, y sobre todo se caracteriza por el acúmulo de células tan características de los procesos inflamatorios, como son los granulocitos, las plasmáticas y las mismas células linfoides. El diagnóstico que se hizo fué el de osteomielitis crónica (fig. 6).

La observación de este aspecto histológico tan típico y peculiar nos recordó inmediatamente el del caso anterior, y después el primero. Cotejando sus historias, caracteres clínicos y aspectos histológicos, hemos podido deducir que se trataba del mismo proceso, una osteomielitis tórpida de huesos planos (cráneo), con destrucción de hueso y formación de infiltrados tumorales integrados por células plasmáticas, con relativamente escasa reacción piógena en bastantes zonas.

* * *

La literatura, a pesar de una búsqueda intensa, no nos ha permitido obtener sino raros antecedentes de algo que puede parecerse a esto que describimos. Con el nombre de "osteomielitis crónica con formación definida tumoral simulando clínicamente sarcoma osteógeno", G. R. ELLIOT¹ publica, en 1934, el caso de un carpintero, de cuarenta y seis años, que presentó dolor en el muslo y formación de un tumor en el tercio inferior del fémur con aspecto radiográfico de sarcoma, en cuyo examen histológico la masa tumoral compacta estaba formada únicamente por células plasmáticas; la micrografía que presenta es superponible a las nuestras. El informe de EWING, ante este caso, fué la "Inflamación crónica con fuerte reacción plasmocelular. El caso podría arrojar alguna luz sobre el origen del mieloma plasmocelular".

También está señalado que en las proximidades de la zona supurativa-destruccion hay zonas, sin duda, de menor actividad de las bacterias y mayor reacción defensiva, en las cuales pueden verse acúmulos de células, entre las que dominan las plasmáticas (v. OGILVIE², BORST³ y SCHMIDT⁴ etcétera). Puede pensarse que en las lesiones producidas por el estafilococo, germen principal en la osteomielitis, la mayor o menor intensidad de las necrosis y el tipo de reacción celular dependa de la virulencia. SHERVIS y FLOREY⁵ han demostrado, en efecto, que los estafilococos de ciertos tipos resistentes no producen supuración.

Actualmente, aparte de por las coagulasas, por el método de los bacteriófagos (KNIGHT y COLLINS⁶, JACKSON y cols.) se han podido separar diversos tipos de estafilococos, predominando el tipo llamado III, con comportamiento diverso. El uso y el abuso que sistemáticamente

se viene haciendo de los antibióticos, ha hecho variar los cuadros clínicos producidos por bacterias cuando el ataque es incompleto, limitándose su efecto a la supresión de los tipos sensibles y atenuación de la virulencia de los resistentes. Esto origina nuevos cuadros clínicos antes excepcionales, entre los cuales debe figurar, en nuestra opinión, el que describimos.

Un carácter común de los tres casos reseñados es haber sido tratados de modo intenso y prolongado con antibióticos; el primero, por el padecimiento respiratorio había recibido en temporadas largas penicilina, estreptomina y terramicina; en el segundo, todos estos antibióticos fueron empleados durante años, en dosis altas; en el tercero, además de hacer un tratamiento constante, éste se intensifica con cada nueva crisis de neumonitis con fiebre.

Puesto que actualmente hay pruebas del papel jugado por las células plasmáticas en la formación de los anticuerpos, se comprende esa reacción focal plasmocelular intensa, como defensa frente al germen de actividad atenuada, pero persistente. En otros tipos de infección por gérmenes atenuados (corynebacterias, por ejemplo, como en nuestra endocarditis abacteriana) también se demuestra el aumento de células plasmáticas en los focos de inflamación y en la médula ósea, que se acompaña de reacción plasmática hiperglobulinémica.

Este tipo clínico-anatomopatológico que describimos de tumores plasmocíticos inflamatorios que afectan a los huesos del cráneo, ofrece, aparte del interés práctico, ya que su filiación verdadera y su separación de los tumores hace posible un tratamiento etiológico eficaz (eritromicina), un interés conceptual evidente. Es, en efecto, una prueba de cómo los modernos antibióticos pueden, modificando los caracteres de las bacterias y la reacción orgánica a ellas, originar nuevos cuadros histológicos y clínicos de enfermedad.

RESUMEN.

Los autores describen un nuevo proceso de seudotumores múltiples del cráneo, integrados por acúmulos (no puros) de células plasmáticas, tipo especial de osteomielitis, debido a la creación de estafilococos de caracteres especiales, en virtud del empleo prolongado de los antibióticos.

BIBLIOGRAFIA

1. ELLIOT, G. R.—J. Bone Joint Surg., 16, 137; 1934.
2. OGILVIE, R. F.—Pathological Histology. II ed., 381; 1943.
3. BORST, M.—Pathologische Histologie. II ed., 293; 1923.
4. SCHMIDT, M. B.—Cit. Handbuch der pathologische Anatomie de L. Aschoff. II T., 7.ª ed., pág. 206; 1928.
5. SHERVIS, J. C. y FLOREY, M. E.—Lancet, 1, 309; 1951.
6. KNIGHT, V. y COLLINS, H. J.—Bull. N. Y. Acad. Med., 31, 549; 1955.
7. JACKSON, G. G.; DOWLING, H. F., y LEPPER, M. H.—N. Eng. J. Med., 252, 1.020; 1955.

SUMMARY

The writers describe a new condition due to multiple pseudotumours of the skull made up by accumulations (not pure) of plasma cells. This is a special type of osteomyelitis resulting from the development of staphylococci with peculiar characteristics, owing to the prolonged use of antibiotics.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren beschreiben einen neuen Prozess von vielfachen Pseudogeschwülsten des Schädels, bestehend aus einer Anhäufung von Plasmazellen (nicht ausschliesslich) der besonderen Art der Osteomyelitis, welche von Staphylokokken hervorgerufen waren, deren Auftreten auf eine langandauernde Gabe von Antibiotika zurückzuführen war.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent un nouveau processus de multiples pseudotumeurs du crâne, formées par des amas (pas purs) de cellules plasmatisques, type spécial d'ostéomyélite, dû à la création de staphylocoques de caractères spéciaux, en vertu d'un emploi prolongé d'antibiotiques.

SOBRE EL LLAMADO ADENOMA BRONQUIAL PERIFÉRICO

M. MORALES PLEGUEZUELO y J. ALIX Y ALIX.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas
y Centro Colapsoterápico de Madrid.

Entre el gran grupo de los tumores broncogénicos se ha separado desde hace años un tipo especial, que ya es muy conocido, y que es calificado con el nombre de adenoma, y sucesivamente se han ido discutiendo por los autores sus características, especialmente en lo que concierne a su potencial evolutivo y en lo que se refiere a su real encuadramiento desde el punto de vista histopatológico.

Parece superfluo hacer una revisión histórica y bibliográfica del asunto. Nos encontraríamos, si lo hiciéramos, con toda una serie de opiniones, a veces contradictorias, muy particularmente respecto de la malignidad o posibilidades de

"malignización". Es a partir de WOMAGK y GRAHAM²² cuando se ha ido abriendo camino la idea de la malignidad potencial de tales tumores al establecer estos autores un paralelismo entre los mismos y los llamados tumores mixtos de las glándulas salivares. Para nosotros tiene interés la cuestión desde varios puntos de vista, pero especialmente desde dos. Primero, cuál es el lugar que realmente corresponde a tales tumores desde el punto de vista histopatológico; y segundo, cuáles son las posibilidades de diagnóstico y de tratamiento, y nos sirve para el caso la presentación de la siguiente historia clínica:

Se trata de una mujer de cincuenta y ocho años. Cinco años antes de nuestro examen comenzó a tener sensaciones de "mareo" sin carácter vertiginoso, que mejoraron y aun desaparecieron. Cinco meses antes de nuestro examen se reprodujo este síndrome, por lo que al ser reconocida se le encontró como hallazgo casual una imagen redondeada en el pulmón izquierdo. Entonces ella recordó que hacía ocho meses que había notado dolor en el hemitórax izquierdo, pero desapareció pronto. Ha observado rara vez alguna tos y algún esputo teñido discretamente, pero de manera esporádica.

Como antecedentes cuenta una flebitis postpartum y dolores reumatoideos alguna vez.

La exploración proporciona escasos datos objetivos fuera de la investigación radiológica. En ésta se encuentra una imagen redondeada situada en campo medio izquierdo, y que en proyección radioscópica lateral demuestra estar en plano anterior en contacto con la pa-

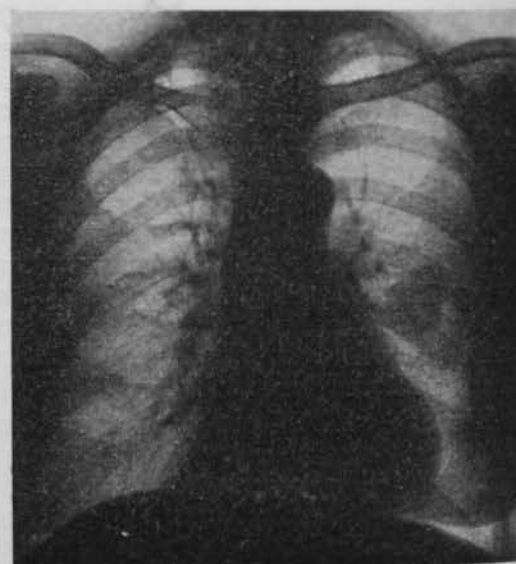


Fig. 1.

red, y por su situación se localiza en el segmento superior de la lingula.

Tensiones arteriales, 16/8.

Los análisis de sangre no ofrecen ninguna particularidad. Cassoni y Weinberg, negativos.

Como se ve, el diagnóstico no podía ser formulado y se barajaron las posibilidades de quiste hidatídico (resultado negativo de todas las pruebas), hamartoma y tumor metastásico. Para un tumor metastásico fracasó todo intento de encontrar un tumor originario en cualquier órgano. Así se pensó más positivamente en un