

Trabajos originales.

TUBERCULOSIS OSTEO-QUISTICA FIBROSA TRATADA CON ESTREPTOMICINA (*)

Por los Dres. C. ALLIENDE, M. NEIRA, R. GALLEGOS y E. ROSENBLUT
Hospital Roberto del Río, Servicio del Prof. A. Scroggie.

En 1920, Jungling describe la enfermedad que lleva su nombre; siendo Fleischner el que le da el nombre: osteítis tuberculosa quística múltiple. En su primer trabajo, Jungling describe esta entidad clínica como propia del adulto (pubertad) y se presentaría, según él, de preferencia entre los 20-30 años; no señala preferencia de sexo.

En 1935, Vastine y Bacon son los primeros que la describen en los niños. Van Alstyne, Gowen, Jacobsen, John Larw y Perham, entre otros, en años sucesivos y en trabajos bien documentados, analizan los factores determinantes de la afección, bosquejando sus características esenciales.

Jungling, en su primera presentación, la describe como una enfermedad crónica tuberculosa ósea, específica de los huesos cortos: carpo, metacarpo y falange. Aunque también puede presentarse en los huesos largos concomitantemente.

Su iniciación gradual, con aumento de volumen de ciertas regiones del esqueleto, acompañado de temperatura moderada, algunas veces intermitente, compromiso ganglionar poco doloroso, que en ocasiones es intenso, sin adherencias a los planos profundos, ni a la piel, sin tendencia a la supuración y que puede remitir espontáneamente. Puede aún acompañarse de lesiones de la piel, que según los autores, estarían en el

orden siguiente: Lupus Vulgar, Lupus Exfoliativo, Eritema indurado de Bazin y Escrofulodermia. Nosotros hemos encontrado en nuestros 7 casos, escrofulodermia en 4 de ellos y en 3 lesiones gomosas. El hemograma no revela nada de característico, siendo modificado por la infección concomitante en 2 de nuestros casos. La reacción tuberculínica fué siempre positiva; normalmente la enfermedad evoluciona con lesiones pulmonares tuberculosas. En nuestros 7 casos se trata de lesiones tuberculosas de primo-infección, uno de los cuales presenta, además, una meningitis tuberculosa.

Radiológicamente, se describen imágenes circunscritas, circulares, ovoideas o irregulares, o también difusas, con o sin reacción esclerosante en la diáfisis de los huesos. No hay atrofia definitiva en el hueso adyacente y falta el compromiso articular. La reacción perióstica generalmente está ausente. La formación de sequestro y abscesos rara en la casuística extranjera, sin embargo, la hemos encontrado en 2 de nuestros casos, lo que indica un porcentaje elevado, pero sin significación estadística, por el escaso número de enfermos. Es indudable que el compromiso, metatarso, metacarpo y falange, son signos que deben orientarnos hacia la búsqueda del compromiso de otros huesos y al diagnóstico de la afección.

Jungling fija las siguientes características en el adulto: localización en los

(*) Trabajo presentado a la Sociedad Chilena de Pediatría en noviembre de 1949.

huesos de manos y pies, curso insidioso benigno, con tendencia a la mejoría espontánea, ausencia de trastornos funcionales. Estudios posteriores afirman que la afección no solamente prende en el adolescente y niño mayor (casos 1, 5 y 7). En el primer trabajo de Jungling da como condición el compromiso de los huesos cortos, sin embargo, actualmente se acepta que ella puede también encontrarse, solamente en los huesos largos o en los cortos, o en ambos a la vez. Las lesiones de la piel pueden coincidir con la afección ósea o precederla en años, pero puede faltar.

El polimorfismo de las imágenes radiográficas tuberculosas es explicado anátomo-patológicamente de la siguiente manera: un émbolo tuberculoso se detiene en una arteria terminal, con producción de folículo tuberculoso y desarrollo de tejido de granulación, el cual avanza hacia el espesor del tejido óseo, provocando su destrucción y reabsorción lacunar. En un estado más avanzado, el tejido conjuntivo reaccional invade el tejido de granulación (reacción esclerosante), llenando el defecto señalado; ulteriormente hay formación de tejido óseo y mejoría. Algunas veces el tejido de granulación sufre transformación caseosa. Si ésta es más rápida que la reacción esclerosa, tenemos la formación de necrosis y secuestro. No debemos olvidar que otro mecanismo de formación de secuestro es la obliteración de una rama vascular gruesa (secuestro cuneiforme). Si la caseificación se extiende lentamente, el proceso pierde su carácter focal, haciéndose difuso y progresivo, dando lugar a grandes destrucciones o caries óseas. Si el foco caseificado se reblandece, vemos la producción de abscesos que, comprometiendo el periostio y partes blandas van a producir las fístulas, las que al infectarse, son responsable de la sintomatología aguda. Si la lesión caseosa radica en la región metafiso epifisaria, punto de reflexión de la sinovial, donde la circulación es mayor, puede llegar a la destrucción de la epifisis con el compromiso articular consiguiente. En la diá-

fisis, el proceso caseoso es esencialmente el mismo, a excepción que la lesión puede modificarse con una reacción perióstica secundaria y neoformación ósea o perióstica osificante.

Los hechos expuestos anteriormente a grosso modo nos van a explicar el proceso seguido en la entidad clínica que nos interesa. Es sabido que las arterias nutricias del hueso son terminales y conocida también la riqueza de la red vascular en la infancia y en la pubertad, más desarrollada en los huesos del carpo y metacarpo. Si partimos de la existencia de un foco tuberculoso extra-óseo que, en un momento determinado se hace activo, provocando un brote de diseminación hematógena que se localizaría en las arterias nutricias del hueso, donde la circulación es más lenta, tendríamos la condición propicia para la formación del émbolo. Ahora, dadas las características de la enfermedad, suponemos que es producida por un bacilo de menor virulencia, explicándonos de este modo su evolución retardada crónica e intermitente, que podría despertarse por factores tales como: reacción de tipo hormonal, pubertad, traumatismos, baja de la inmunidad en relación con enfermedades infecto contagiosas, comienzo de la reinfección tuberculosa o aún, una constitución determinada.

En la osteítis quística múltiple tuberculosa de los huesos, las áreas rarificadas están formadas por tejido de granulación que reemplaza al hueso (células epitelioides, linfocitos, raras veces células gigantes, ausencia de bacilo), proceso que queda estacionario o progresa muy lentamente a la caseosis, dando tiempo a la formación de tejido reaccional esclerótico. Cuando predomina esta reacción fibrosa perilesional, la lesión se encapsula y tenemos entonces la forma quística fibrosa.

Radiográficamente, el primer período se traduce por espacios claros irregulares de los que ya vimos, no pudiéndose hablar de quistes propiamente tales, como lo reconoce Jungling en su segunda comunicación, dándole el nombre de quistoides. Cuando las reacciones escle-

róticas predominan, entonces vemos esas formas bien limitadas en panal de abejas o rejillas, no distinguiéndose en los huesos cortos, la medular de la cortical. Las lesiones se aprecian entonces bien limitadas por trabéculas ricas en calcio, a la inversa de lo que ocurre en el primer período. En el tercer estadio pasaría lo que hemos explicado en líneas anteriores: abscesos, fistulas, por predominio de la caseosis y la escasa reacción esclerosa. La traducción externa de estos hechos son las tumefacciones piriformes y fusiformes y aumento de volumen irregular en zonas indeterminadas del esqueleto. Si bien la literatura extranjera no describe definitivamente este tercer estadio, pensamos que él se debe a la edad diversa en que se ha producido la afección; así, en dos de nuestros casos en que este episodio es bien visible, la afección se inició a los 2 años de edad y a ello atribuimos también la reacción de los ganglios linfáticos regionales que adquirió proporciones tumorales, lo que no es frecuente en edades ulteriores.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la lúes, con la cual la histología suele confundirse. Las reacciones serológicas positivas. El tipo de las lesiones radiográficas preferentemente periósticas, etc., etc., nos darán el diagnóstico. Otras afecciones que el clínico debe tener presente en los casos de diagnóstico difícil son: osteomielitis crónica, hiperparatiroidismo, xantomatosis, coccidiosis y otras.

Aun cuando esta afección puede durar años, su evolución, en la mayoría de los casos, es favorable; ciertamente, la estreptomycin nos da la posibilidad de acortar enormemente y asegurar la mejoría completa. La experiencia adquirida en el servicio con el empleo de este antibiótico coincide ampliamente con las opiniones recogidas de la bibliografía extranjera y nacional, señalándonos su especial utilidad en las lesiones exudativas y diseminaciones pulmonares frescas que ceden rápidamente bajo su influencia.

El objeto de esta exposición es presentar en esta sociedad algunos casos obser-

vados por nosotros en el Hospital Clínico de Niños del Roberto del Río de una variedad clínica radiológica de tuberculosis ósea poco frecuente que se apartan de las lesiones habituales que encontramos en la práctica diaria hospitalaria. Creemos ser los primeros en hacer la sistemática de esta afección en Chile.

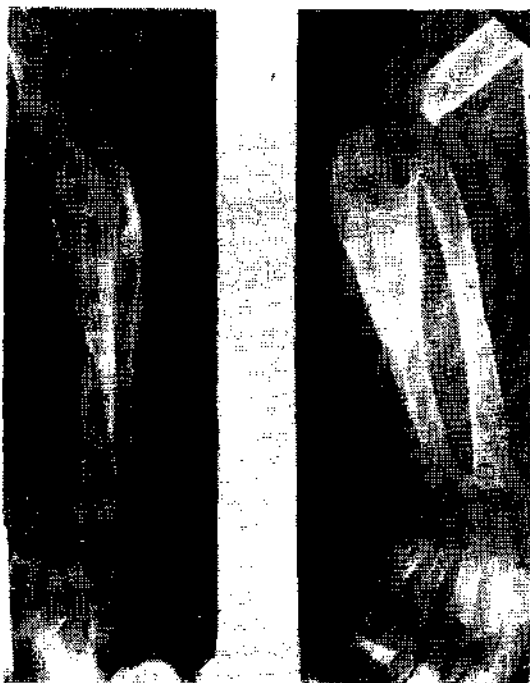
Nuestra casuística se compone de 7 casos.

CASO N° 1. — H. A. — Edad: 1 año 3 meses. Sin antecedentes tuberculosos familiares. Probable contagio ocasional. Madre: reacción de Kahn + + + +.

Se ignoran antecedentes paternos.

Enfermedad anterior: Trastornos nutritivos a repetición.

Enfermedad actual: A los 8 meses de edad reacción de Mantoux 1 x 1.000 ++ y radioscopia de tórax que informa: primo infección tuberculosa en regresión. Desde los 3 meses



Radiografía N° 1.

de edad tiene aumento nodular de más o menos 2 cm del 1/3 superior del antebrazo derecho, indoloro, lesión que evoluciona en forma tórpida durante 1 año, al cabo del cual consulta por aumento brusco de volumen, dolor y fistulización, acompañado de discreta

reacción ganglionar local. Varias reacciones de Kahn fueron negativas.

Estudio radiográfico: Radiografía del antebrazo derecho (13-IV-49, ingreso) (Radiografía N° 1).

Engrosamiento 2/3 proximales del cúbito, con pérdida de la arquitectura ósea normal y varios pequeños defectos óseos quísticos. Destrucción cara articular del extremo proximal del cúbito. Intensa reacción perióstica. Se inicia tratamiento con estreptomycin, 500 mg diarios, que se mantiene 3 meses.

A los 8 días de tratamiento se aprecia franca disminución de la secreción, de la tumefacción local y del dolor.

A los 3 meses de evolución en el estudio radiográfico de control se observa intensa reacción esclerótica entre los focos de destrucción.

A los 6 meses de su ingreso, en un nuevo control radiográfico se aprecia rarefacción ósea con acentuación de la reacción osteoesclerótica y formación de tejido nuevo.

Resumen: Lactante de 1 año 3 meses, sometido a contagio tuberculoso precoz, ya que desde los 3 meses presenta tumefacción indolora de la región inferior del cúbito, que evoluciona en forma tórpida durante 1 año, al cabo del cual el proceso se agudiza.

Se trata con estreptomycin, mejorando rápidamente.

CASO N° 2. — R. C. — Edad: 11 años.

Antecedentes hereditarios: Padre tuberculoso con reacción de Kahn +++.

Enfermedad anterior: Sarampión a los 2 años.

Enfermedad actual: Después del sarampión presenta, a nivel del 2° metacarpiano derecho, tumefacción que se absceda y fistuliza y evoluciona hacia la mejoría en 6 meses, dejando cicatriz irregular. A los 3 años de edad se repite el mismo proceso en la tercera falange del índice de la mano derecha. Posteriormente y en períodos irregulares se producen los mismos fenómenos en otras partes del esqueleto: pierna izquierda, pulgar izquierdo, cúbito y húmero izquierdos, codo derecho, húmero y región axilar derechos. Como este último proceso (región axilar derecha) evoluciona en una forma más arrastrada, consulta en este Hospital el 17-III-47.

A su ingreso se aprecia (fotografía N° 1): Radiografía de tórax: calcificación hilar izquierda. Mantoux 1 x 1,000 (++) . Kahn (—), examen de pus (—) para bacilo de Koch.

Biopsia (repetida en 2 ocasiones): Nódulos tuberculosos productivos, con reacción inflamatoria del dermis.

Radiografías óseas: 15-XI-45 (radiografía N° 2): Intensa esclerosis y engrosamiento diafisario del 4° metatarsiano del pie derecho, con defectos óseos en su interior y cabeza del mismo.

Radiografía de ambas manos (17-III-47): Dos pequeños defectos quísticos precisos en la cabeza del 2° metacarpiano derecho. Otro defecto bien preciso ovoide en la diáfisis de este mismo metacarpiano. Osteoartritis entre la 1ª y 2ª falange del dedo índice derecho. Deformación de la 1ª falange del dedo pulgar izquierdo con defecto óseo (caries) del mismo.



Fotografía N° 1.

Radiografía de los codos (17-III-47): Pequeños defectos óseos quísticos a nivel de la extremidad diafisaria proximal bilateral del cúbito y radio izquierdos.

Como la reacción de Kahn resulta dudosa en algunos exámenes se efectúa tratamiento específico con neo-arsolán-bismuto y 3.000.000 U. de penicilina.

Como tratamiento de su tuberculosis ósea se envía a cura sanatorial por 2 años, cicatrizando al cabo de este tiempo totalmente las lesiones cutáneas y experimentando franca mejoría las lesiones óseas (no se trató con estreptomycin por carecer de droga el Servicio). Nótese la evolución más prolongada sin este medicamento.

Radiografía de control: Codos y pie derechos, 2 años después de su ingreso (17-IV-49).

Lesiones óseas del cúbito mejoradas completamente, observándose intensa reacción ósteo-esclerótica en el pie. De igual manera han regresado las lesiones descritas en el 2º metacarpiano del pie derecho.



Radiografía Nº 2.

CASO Nº 3. — A. M. — Edad: 1 año 6 meses. Antecedentes hereditarios: Madre fallece de tuberculosis pulmonar hace 6 meses.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: A raíz del fallecimiento de la madre lo traen a consultar a la Policlínica de Tuberculosis el 22-II-45. Se le practica reacción de Mantoux 1 x 1.000, que resulta positiva y radioscopia pulmonar que infonma: adenopatía paratraqueal derecha. Un año después absceso crónico en la región malar izquierda y al poco tiempo engrosamiento de la extremidad inferior del húmero y superior del cúbito; en la novena y décima costillas se aprecia 1 mes después otros aumentos de volumen y a los pocos días se comprueba un Mal de Pott de la quinta vértebra lumbar.

Fallece de meningitis tuberculosa (no se trató con estreptomocina).

Radiografía del codo izquierdo (22-II-45): Pequeños defectos bien precisos en el extremo distal del húmero, otros aislados en el radio. Intensa aposición perióstica del 1/3 distal del húmero y proximal del cúbito.

Resumen: Es un caso de un lactante sometido a una super-infección, en que la evolución fué rápida hacia el éxitus.

CASO Nº 4. — I. M. — Edad: 1 año 3 meses. Antecedentes hereditarios: Contagio extra-familiar ocasional.

Antecedentes personales: Sarampión a los 8 meses.

Enfermedad actual: Desde los 9 meses de edad la madre lo nota con discreto aumento de volumen del dedo pulgar derecho, que rápidamente toma un color rojo violáceo, ligeramente doloroso, lesión que permanece estacionaria más o menos durante 4 meses. Al cabo de este tiempo se abre espontáneamente, drenando pus espeso.

Reacción de Mantoux al 1 x 1.000 ++ +.

Reacción de Kahn (—).

Radiografía del tórax: Proceso residual de primo-infección tuberculosa.

Radiografías de las extremidades: Mano derecha (30-VIII-49): Engrosamiento de la 1ª falange del dedo pulgar, con algunos pequeños defectos óseos quísticos, bien precisos y ligera reacción ósteo-esclerótica perilesional.

Radiografía del pie izquierdo (30-VIII-49): Dos pequeños defectos óseos quísticos precisos a nivel del extremo proximal del tercer metatarsiano.

Se efectúa tratamiento con estreptomocina local y general (500 mg diarios) durante 3 meses, al cabo de los cuales se evidencia notable mejoría radiológica, que se manifiesta por desaparición de los defectos quísticos y por reacción esclerótica.

Un control efectuado a los 6 meses indica cierto grado de rarefacción ósea.

Nótese que en este caso las lesiones quísticas son exclusivamente de los huesos cortos y el diagnóstico se hizo por exploración radiológica sistemática de zonas que no presentaban signos clínicos.

CASO Nº 5. — L. O. — Edad: 7 años.

Antecedentes hereditarios: No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Enfermedades anteriores: Sin importancia.

Enfermedad actual: Consulta a la Policlínica de Piel por lesiones escrófulo gomosas de 4 años de evolución, localizadas en la mejilla derecha, mano y pie derechos y en la mano izquierda.

Reacción de Mantoux al 1 x 1.000 positiva.

Radiografía de tórax: Proceso residual de primo infección tuberculosa: Reacción de Kahn negativa.

Radiografía del pie derecho (22-X-49): Defecto óseo de límites imprecisos a nivel del escafoides.

Radiografías de ambas manos (22-X-49): Engrosamiento diafisario del primer metacarpiano derecho con destrucción ósea del mismo y adelgazamiento de la cortical. Osteo-

esclerosis del tercer metacarpiano de ambas manos, deformación, engrosamiento del mismo con algunos quistes pequeños en su interior (radiografía N° 3).

Radiografías del antebrazo derecho y codo izquierdo (22-X-46): Algunos defectos quísticos del extremo diafisario distal del humero. Intenso engrosamiento fusiforme del radio con extensa lesión y destrucción ósea y reacción ósteo-esclerótica de vecindad y discreta reacción periosteal.



Radiografía N° 3.

Se trata con estreptomycinina, $\frac{1}{2}$ g diario durante 3 meses, tiempo al cabo del cual el estudio radiográfico muestra franca reparación ósea con osteoporosis y esclerosis del radio. Los elementos quísticos han desaparecido.

Un control radiográfico a los 6 meses muestra que estas lesiones están casi totalmente reparadas.

A los 8 meses se observa mejoría ósea radiológica total, observándose sólo reacción ósteo-esclerótica y en algunas zonas osteoporosis.

CASO N° 6. — F. V. — Edad: 3 años 3 meses.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia. Contagio tuberculoso por vecino que visitaba frecuentemente a la familia.

Antecedentes personales: Alimentación deficiente y carenciada.

Enfermedad actual: Comienza aproximadamente 8 meses antes de consultar, con aumento del volumen del dedo meñique derecho, que se fistuliza. Dos meses más tarde lesión similar en el brazo izquierdo, pierna izquierda y región submaxilar izquierda, con gran reacción de tipo tumoral de los ganglios locales, hasta alcanzar algunos el tamaño de un huevo de gallina (fotografía N° 2). El examen de pus de estos ganglios da bacilo de Koch. Se practica biopsia, que da proceso crónico inflamatorio difuso, con uno



Radiografía N° 4.

que otro nódulo productivo rodeado de tejido fibroso.

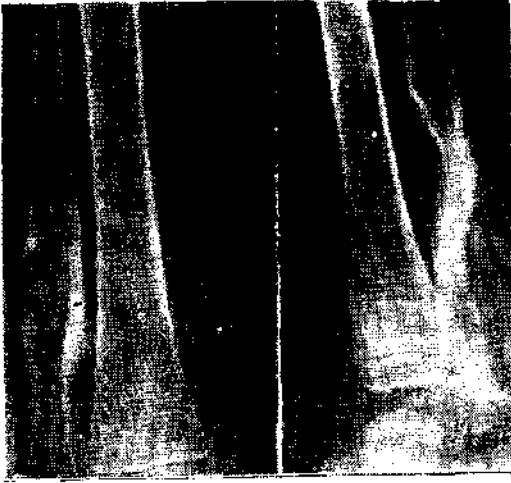
Mantoux al 1 x 1,000 positivo.

Radioscopia de tórax: Adenopatía hilar y para-traqueal derechas.



Fotografía N° 2.

Radiografías óseas (8-VI-49) (radiografías Nos. 4 y 5): Mano derecha, antebrazo, pierna y pie izquierdos. Pequeño defecto óseo quístico ovalado, con reacción ósteo-esclerótica a su alrededor, situado a nivel del 1/3 proximal del cúbito. Igual defecto con caracteres semejantes en el astrágalo. Engrosamiento del 1/3 distal del peroné con reacción ósteo-esclerótica, junto a pequeños defectos ós-



Radiografía N° 5.

teolíticos quísticos. Destrucción completa de las dos primeras falanges del dedo meñique y de la mayor parte del 5° metacarpiano. Algunos pequeños defectos óseos quísticos a nivel de la extremidad distal de la 1ª falange del dedo pulgar y extremidad proximal de la 2ª falange del dedo anular".

Se trata con estreptomycinina, 1 g diario durante 25 días y 1/2 g durante 64 días, con un total de 67 g.



Radiografía N° 6.

Desde el 5º día del tratamiento se aprecia disminución de la supuración y de los signos inflamatorios, con formación de costras, desapareciendo el dolor. Al mes de este tratamiento se observa cicatrización de las lesiones de la piel con formación de cicatrices rojas adheridas. Se mantiene la estreptomycinina, ya que la involución ganglionar no estuvo en relación con la rapidez de la mejora de las otras lesiones.

Radiografías óseas de control (28-VII-49): Radiografías pierna, pie y antebrazo izquierdos. Al mes de su ingreso se observa regresión evidente de las imágenes descritas y reparación de las mismas.

A los 3 meses de su ingreso (16-IX) (radiografía N° 6): Radiografías pierna, antebrazo y pie izquierdos. Se observa una mayor reparación de las lesiones óseas, especialmente a nivel del peroné.

A los 6 meses de su ingreso en este último control radiográfico la reparación ósea es aún mayor.

CASO N° 7. — J. A. V. — Edad: 2 años 3 meses.

Madre falleció de tuberculosis pulmonar el 11-IV-51.

Había tenido reacción de Kahn positiva antes de su embarazo.

Enfermedad actual: El 13 de noviembre de 1950 se encuentra en la región látero-externa de la pierna izquierda tumefacción redondeada de más o menos 4 cm de diámetro, sin rubicundez ni dolor.

Una reacción de tuberculina al 1 x 1,000 es positiva. Una radioscopia de tórax es normal. Se punciona el absceso, que da Koch (—).

No viene a control sino después de 5 meses de este episodio, presentando signos claros meníngeos.

En el examen encontramos tuberculides de la piel y elementos fistulosos sobre una piel cicatrizada en parte, de bordes irregulares adheridos al plano óseo en la parte inferior interna de la muñeca izquierda y región externa e inferior de la pierna izquierda. No se encuentran ganglios. Estas fistulas drenan un líquido sero-purulento, en el que se encuentra el bacilo de Koch. Las reacciones de Kahn fueron negativas en varias oportunidades.

Se trata con estreptomycinina, 53 g en 120 días y P. A. S., tratamiento este último que se continúa y tratamiento intratecal durante 2 meses diario y después más espaciado, hasta la actualidad.

Evolución: Mejora el estado general. La sedimentación baja hasta 15 mm.

Radiografías óseas (radiografía N° 7): Intenso proceso de osteomielitis quística.

A los 3 meses de tratamiento nueva radiografía, que evidencia una notable regresión

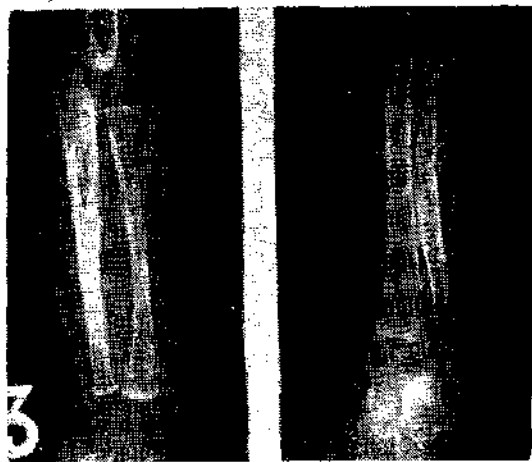


Radiografía N° 7.

de las lesiones óseas. Acentuada osteoporosis de todos los huesos.

A los 4 meses se observa aún una mayor reparación.

Al mes y pocos días después del ingreso declina la supuración con franca tendencia a la cicatrización, la que se acentúa cada vez



Radiografía N° 8.

más, hasta presentar una cicatriz firme, siempre adherida a los planos profundos.

A los 6 meses la reparación es bastante grande, pero todavía se observan algunas alteraciones.

Radiografías pulmonares: Ingreso: pequeña sombra redondeada de intersticial mediana, de conduración pulmonar del 1/3 medio izquierdo. Pleuritis mediastínica supurada izquierda.

A los 3 meses: Rechazo de la tráquea hacia la derecha, tal vez en relación con una infiltración pulmonar derecha.

Última radiografía ósea (radiografía N° 8): 7 meses después del ingreso. La reparación ósea es aún mayor.

La característica de nuestros enfermos ha sido la aparición, ya sea en el período agudo de la primo infección tuberculosa o poco después, de lesiones que comprometen las diferentes partes del esqueleto, con evolución tórpida, irregular, que algunas veces se acompaña de temperatura alta y de reacciones ganglionares más o menos intensas, siendo las lesiones de la piel acompañantes: escrófulo dermias o lesiones gomosas.

Llama la atención la rápida obediencia al tratamiento instituido en 5 de nuestros enfermos en comparación de los otros 2, en que uno fallece y otro hace una evolución de 8 años. Otro hecho digno de anotarse es que, en 3 de nuestras observaciones encontramos reacción de Kahn positiva y antecedentes luéticos familiares evidentes en uno de ellos, en ambos la afección se inició a edad temprana. No sabemos hasta qué punto este terreno luético puede haber influido en la forma de reacción del organismo, con predominio de los procesos esclerosantes.

Conclusiones.

1º) Se presentan 7 casos de tuberculosis osteo-quistica fibrosa o enfermedad de Junglin con compromiso de los huesos largos, tanto como de los huesos cortos y aun con compromiso de los huesos de la cara.

2º) La edad de nuestros enfermos fluctuó entre 1 año 3 meses y 11 años.

3º) Se trata de enfermos en los cuales existía una forma larvada de primo-infección, en muchos de los cuales la enfermedad ósea que nos preocupa evolucionó en forma tardía y tórpida.

4º) Se hace hincapié en la excelente respuesta de estas lesiones óseas a la estreptomycin, apreciándose ya desde las primeras dosis una franca tendencia a la recuperación, que se manifiesta por una reacción ósteo-esclerótica seguida de una osteoporosis con recuperación ad-integrum final.

5º) Los 2 casos no tratados con estreptomycin siguieron un curso tórpido y una evolución prolongada de 2 años.

6º) Llama la atención en 3 de nuestros casos reacción de Kahn positiva en los padres y en 1 de nuestros enfermos reacción de Kahn débil. Hecho en este último enfermo el tratamiento antilúético con nearsolán y penicilina, las lesiones óseas no mejoraron y sólo cedieron con el tratamiento de estreptomycin.

Se insinúa la posibilidad de una probable acción de la lúes sobre el terreno en estos enfermos, que facilitaría la aparición de esta enfermedad quística ósea.

Summary.

The authors report 7 cases of osteocystic tuberculosis or Junglin's disease involving both long and short bones, as well as the facial bones. The patients were between 15 months and 11 years old. In most cases the pulmonary primary complex was relatively non important and the course of the bone lesion was prolonged and torpid. An excellent response to streptomycin was noted from the first injections, manifested by an osteosclerotic reaction followed by a complete bone restitution. Two cases that did not receive streptomycin had a long protracted course over 2 years. A positive Kahn's reaction was obtained in one patient and also in parents of 3 other patients. A probable effect of syphilis on the development of osteocystic tuberculosis is advanced by the authors.

Bibliografía.

- ROEDEKER, SIMON. — Manual práctico de tuberculosis infantil.
- JACOBSEN, W. — Journ. of Ped. 1936, Vol. 8, pág. 291.
- MAC LENCOCE, M. D. and L'ANGLE, CAMILUS. — Multiple cystic of the bone. Pediatric. Jun. 1943, pág. 767.
- BRAILSFORD. — Radiologie of bone and joint. 1944.
- MENG and J. K. J. — Bone Joint Surgery 25: 453, 1943.
- JUNGLING, O. and FORTSCHR. — Roentgenstrahlen 27: 375, 1920.
- LARW, J. L. and PERHAM, W. S. — Multiple Cystic Tuberculosis of the Bones in Children. Am. Journ. Dis. of Children 56: 831, 1938.
- LYFORD, J. W. — Tuberculosis miliar disseminada de los huesos con múltiples localizaciones en el esqueleto. Bone Joint Surgery 24: 341, 1942.
- MARTIN, D. and FÖGEL, D. — Multiple Cystic the of Bones. Am. Journ. Dis. of Children 61A: 941, 322.
- ACUÑA, M. y VASSINO, M. T. — Espina ventosa tuberculosa de los huesos largos en la infancia. Archivos Arg. de Ped., pág. 258.
- VAN ALSTINE and GOWEN. — Bone Surgery 15: 193, 1933.
- RAYN, CLARENCE A. — J. I. Coll of Surgery 15: 193, 1933.
- SWEET, K. and ABRAMSON, D. J. — Multiple Cystic Tuberculosis of the Long Bones. Jour. Pediatrics 19: 626, 1941.
- MONFORT, J. A. and SALOMON, N. H. — Osteitis Tuberculosa Multiplex Cystoides in Children. Am. Jour. Dis. of Children 63: 346, 1942.
- TURKISH, M.; MURPHY, J. W.; ROODY, P. and SAIGH. — Osteitis Tuberculosa Multiplex Cystica: its treatment with Streptomycin and Promizole. J. Pediatrics 35: 625, 1949.
- KUTZ, E.; MACHT, S. and EASTON, R. — Cystic Tuberculosis of Bone complicated by Tuberculosis Meningitis. J. of Pediatrics 36: 550, 1930.
- FERIA y MORA. — Osteitis fibrosa quística localizada. Cirug. Ortop. Traumatología 15: 25, 1949.
- MAC LACHTEN. — Treatment and result in localized Osteitis Fibrosa quística. Jour. Bone Joint Surgery 25: 777, 1943.
- INOSTROZA. — Osteitis quística difusa. Rev. Méd. de Chile 74: 826, 1946.
- SERRE, H. et MOUREIZE, J. — Essai de classification des ostéites kistiques diffuses. Paris Medical 38: 286, 1948.
- BLATTNER and SUNG. — Cystique Tuberculosis of the Bone in a case of Miliary Tuberculosis. Jour. of Pediatrics 27: 579, 1945.