

Con los quistes. Ya los describimos con el diagnóstico en el adolescente. Lo mismo sucede con los papilomas, los lipomas, etc., así como los fibromiomas, los cuales son hallazgos de biopsia.

Con la tuberculosis. Sólo podría haber confusión con las tuberculosis del cavum de asiento primitivo, que es muy raro, pues la historia y el examen general aclaran el diagnóstico. La tuberculosis puede revestir un aspecto ulceroso y vegetante o el de un tumor blancuzco suspendido del techo. Efectivamente, y hasta puede acompañarse de epistaxis o de otitis, que nos harán pensar en un cáncer de la región, pero el estado pulmonar facilita el diagnóstico, que no presentaría dificultad nada más que para diferenciar una tuberculosis con una sífilis terciaria

tórpida y más raramente con lesiones ulcerosas sífilíticas del período secundario. Excepcionalmente habría que recurrir a la biopsia para asegurar un diagnóstico entre un papiloma, un cáncer y las formas tumorales de la tuberculosis (el tuberculoma).

Por último, habremos de insistir una vez más en el diagnóstico diferencial entre las manifestaciones otíticas del cáncer del rinofarinx y las lesiones de oído medio propiamente dichas. Hay que tener siempre presente que cualquier otitis, obstrucción tubírica, etc., pueden ser el primer signo de una tumoración de la faringe nasal. La rinoscopia posterior minuciosa, la salpingoscopia y demás exploraciones otorrinológicas nos aclararán siempre el diagnóstico.

ORIGINALES

LA VERDADERA SIGNIFICACION DEL ADENOGRAMA

Resultados del estudio comparativo de cortes e ímpromptas.

M. MORALES PLEGUEZUELO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

IV

ADENOGRAMA NORMAL

RETÍCULO-ENDOTELIO. CÉLULAS ADENO-LITORALES

Al continuar la serie de artículos sobre Citoología Ganglionar⁵, ⁶ y ⁷, para terminar los estudios de los elementos citológicos normales, quedan por considerar los muy importantes del retículo-endotelio y otros de mucha menos significación.

RETÍCULO-ENDOTELIO GANGLIONAR

No parece oportuno repetir una vez más la serie de nombres de autores unidos al concepto, más o menos amplio, que del retículo-endotelio tiene cada uno de los tan numerosos que lo han tratado, ni los caracteres que las células han de poseer para que en él se puedan incluir. Aunque no sea más que por guardar en esta serie de estudios la debida unidad y no desentonar de lo que se dijo a propósito del concepto de ganglio normal⁶, no se va a hacer más que enumerar las células que como retículo-endotelio en los ganglios más considerar importa: las de los senos linfáticos, que llamo adeno-litorales, y

las reticulares; como derivados de ambas también han de incluirse los macrófagos y ciertos monocitos. Mucha menos importancia tienen ahora las células plasmáticas y los mastocitos tisulares. De otros posibles elementos y de subdivisiones de los grupos principales se puede prescindir sin que dejen de comprenderse los conceptos histológicos y patológicos.

No hay que referirse ahora a las variantes morbosas que del retículo-endotelio se originan: células epitelioides, células tifosas..., células atípicas de diversa índole, ni a su posible transformación en otros elementos, que ya excluimos de él los fibrocitos.

Hay que admitir que las células adeno-litorales y las reticulares no sólo son muy parecidas, sino también intercambiables. Los senos linfáticos se borran con frecuencia y por múltiples causas, lo que ha de ser debido a distintos factores, uno de ellos que las células que albergan se conviertan en reticulares. Esto es una deducción teórica que no podrá menos de hacerse el que tenga ocasión de examinar ganglios, los estudie con atención y sea un poco observador. El hecho es que, como está apuntado, es muy fácil que no haya senos en un ganglio; no porque estén colapsados, es que no existen. Unas veces su ausencia es normal, como pasa en muchos ganglios linfáticos pequeños; otras, han desaparecido. Como para ello no hace falta que se trate de procesos muy antiguos, a lo mejor de tipo cicatricial, en los que es natural falten muchas de las estructuras preexistentes, hemos de convenir en que la pared del seno ha de ser muy sencilla, nada recia y mal individualizada, puesto que tan poco protege la conservación estructural.

¿Y de las células endoteliales, qué pasó? En realidad no se puede decir de modo categórico

y como producto de observación la mayor parte de las veces, pero hay casos en los que la presencia, a trechos, de finas placas alargadas de células semejantes a las reticulares hace suponer que son las que había dentro de los senos, que persisten y se han transformado.

La idea del cambio posible del retículo en endotelio y viceversa (en el adulto), no nueva, parece comprobada en los ganglios por las observaciones apuntadas, en una dirección. En la otra, desde luego, ocurre cuando en el conectivo se forma una nueva bolsa sinovial.

Pero que se trate de células intercambiables en determinadas circunstancias no quiere decir que sean iguales. Es natural que especial función cree forma distinta, como la crea determi-

a enmascarar del todo los caracteres morfológicos fundamentales.

Debemos esforzarnos por aprender a reconocer los propios de las células adeno-litorales y reticulares, tanto en cortes como en material extendido. Se parecen y se pueden confundir, pero se las debe separar, lo que es posible la mayoría de las veces, y conseguirlo ha de ser nuestro empeño.



Fig. 1.

Micro muy pequeño aumento. Corte. Hiperplasia adenolitoral muy acentuada. Se ven grandes senos anastomosados llenos de células adenolitorales. El componente linfo-reticular es muy escaso.

nado medio. En último término, cada clase de células no es a lo largo de la filogenia sino expresión de determinada función, que la diferenció del resto.

Tanto las células reticulares como las adenolitorales tienen un tipo general que, por estímulos de diversa índole, podrá variar dentro de ciertos límites, a veces muy amplios, como pasa con células ováricas o de la mucosa uterina por el ciclo. Unas veces reconocemos cuál es la causa de estas variaciones, y otras, seguramente muchas más, no. Por la "forma cambiante" es posible que las células adeno-litorales tengan en cortes los distintos aspectos que las figuras 2 y 3 muestran. Es natural que la citología también haya de acusar estas variaciones en la mayoría de los casos, no tan grandes que lleguen

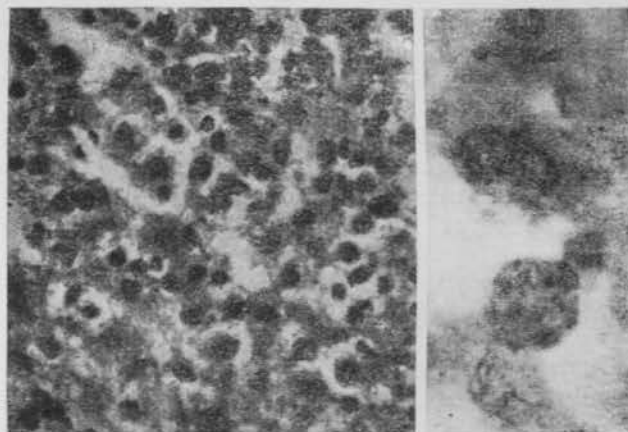


Fig. 2.

Micros-aumentos $\times 1.000$ y 225 . Corte-células adenolitorales que tienden a poligonales.

SENOS LINFÁTICOS

Así llamamos a los espacios por donde, dentro de los ganglios, la linfa circula. Comienzan en el llamado marginal, subcapsular, a modo de lago donde van a parar los distintos capilares linfáticos que al órgano afluyen. Ha de ser una gran cavidad, puesto que siempre, o al menos la mayor parte de las veces, lo vemos en los cor-

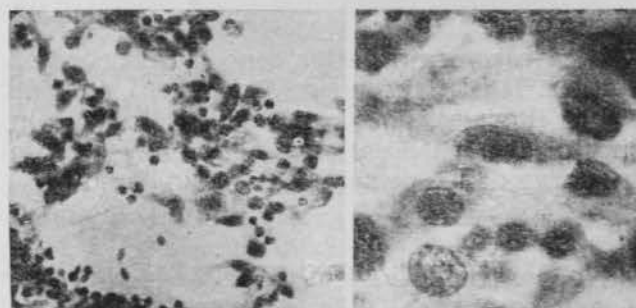


Fig. 3.

Micros-aumentos $\times 1.000$ y 225 . Corte-células adenolitorales alargadas.

tes, lo que no sería posible si se tratara de un conducto. Diversas vías llevan la linfa a través de la corteza hasta la parte medular donde se dividen y anastomosan de múltiples maneras, en forma de intrincada red, con otra linforreticular que constituye los llamados cordones medulares. Los senos van convergiendo y fusionándose hacia el hilio en el que con frecuencia cabe ver una masa de tejido conectivo, denso, que atraviesan, para venir a salir, otra vez como capilares linfáticos, muchos menos que los que arribaron. Su disposición, en líneas generales

convergentes hacia el hilio, es parecida a las de las venas ganglionares y opuesta a la de las arterias.

Los senos, que son amplios, presentan otros detalles estructurales de importancia.

En primer lugar, los vasos sanguíneos de cierto calibre durante buena parte de su trayecto discurren en el interior de la luz sinusal, sujetos en su eje por finas fibras conectivas, en general reticulares, que de la adventicia de los vasos sanguíneos, gruesa, van a continuarse con la trama del retículo que rodea a los senos linfáticos. Estas fibrillas en general son oblicuas con relación al eje mayor de los vasos que consideramos.

Otras particularidades estructurales es mejor tratarlas al hacer el estudio de las células adeno-litorales. Antes convendrá decir algunas palabras sobre el

CONCEPTO DE ENDOTELIO.

Cuando decimos endotelio no debemos comprender una sola clase de células. Sólo se indica una plana, en función limitante; no se tiene en cuenta origen ni significación. Es preciso determinar cuál es el endotelio que consideramos, si meningeo o celómico, vascular o sinovial... Considerar a los endotelios de modo conjunto es uno de los motivos que han sembrado confusión, tanto en lo que se refiere a los tumores que de ellos derivan, como en su biología, en general.

El endotelio de los senos linfáticos es una variedad del vascular. Este es de células de una sola estirpe; mesenquimal. Se distinguen, dentro de un tipo general, variedades: No es lo mismo el de los vasos sanguíneos, rómbico, de contorno liso, que el festoneado de los capilares linfáticos.

El revestimiento de los senos linfáticos pertenece a las Uferzellen de SIGMUND, traducido, células litorales. Pero como dentro de las células litorales, a las de los ganglios hay que distinguirlas de las demás, por eso las llamo

CÉLULAS ADENO-LITORALES.

Estos corpúsculos tienen caracteres que no vuelven a encontrarse en otra parte del organismo. En los ganglios, las células endoteliales no se limitan a tapizar las paredes de los senos, a mi modo de ver de modo discontinuo, sino que se apoyan en las fibrillas que atraviesan su luz y tabican la pared de tal modo que forman un fieltro, donde quedarán detenidas gran número de partículas, microbios y células que vayan con la linfa, lo que es favorecido en gran manera por la facultad que con otras Uferzellen las de los ganglios presentan: la macrofágica.

Otro carácter distintivo importante de las células de que tratamos es la gran facilidad con que proliferan a determinados estímulos (figura 1). Ciertamente que el endotelio vascular puede

multiplicarse en cualquier sitio donde se encuentre (a propósito de la publicación del tercer caso mundial de linfangio-endotelioma uterino⁴ hubo de estudiar a fondo los caracteres de los endotelios vasculares; aún falta mucho para conseguir unidad de criterio, entre los autores, sobre sus capacidades y destinos; un hecho es cierto: el endotelio vascular puede proliferar).

Pero las células adeno-litorales se multiplican en muchas ocasiones en las que los vasos que llegan y salen del ganglio tienen su endotelio de una sola capa. Responden a estímulos particulares. Así, los ganglios que reciben quilo, de función principal absorbente, como NORDMANN⁵ aceptaba, tienen muchas células en sus senos, de amplia luz. En los ganglios de otros territorios son menos prominentes e incluso hemos observado algunos pequeños, como ya se ha dicho, en los que no se descubren diferenciaciones sinusales ni foliculares.

En ciertas ocasiones, quizá aún no bien sistematizadas todas, la proliferación de las células adeno-litorales, es enorme (fig. 1). Los ganglios, entonces, aumentan de tamaño. Es lo que se conoce con el nombre de catarro descamativo de SCHÜPPEL. Así se ven en ciertos cánceres de mama (los axilares), en la endocarditis lenta (figura 1), etc.

Otro carácter es que los límites entre unas y otras células adeno-litorales son lisos. Esto los diferencia de los endotelios que tapizan los capilares linfáticos.

Vamos a ver ahora la morfología de estos elementos en cortes e impromptas.

En cortes, su identificación es fácil. Las células semejantes que existan dentro de los senos serán adeno-litorales, y las de fuera, no. Examinaremos primero las unidas a las paredes o trabéculas: las fijas.

En primer lugar ha de decirse que su número es muy variable. Hay ganglios, pocos, en los que escasean tanto que sus vías linfáticas no parecen senos. Las cavidades, llenas de un líquido coagulado, casi sin elementos formes, no están atravesadas por células adeno-litorales, a las que apenas vemos en las paredes.

Lo más corriente es que existan en mayor número, dejando, no obstante, amplios espacios entre sí.

Algunas veces hay tantas células adenolitorales que parece no han de dejar a la linfa espacios por donde circule. Entonces se las ve grandes, poliédricas, apelmazadas. Son los casos que con propiedad se denominan de hiperplasia adenolitoral (figs. 1 y 2).

Por lo que se refiere a la forma, las que tapizan las paredes serán más o menos rómbicas (figura 3). También serán oblongas algunas de las que atraviesan los huecos vasculares (fig. 3). A otras de éstas veremos estrelladas (fig. 2). Cuando la hiperplasia es muy grande son poligonales.

Puesto que se trata de células extendidas, de preferencia en función de revestimiento, serán

planas, de exiguo espesor, mayor hacia el centro, donde el núcleo se aloja. Además, su superficie ha de ser bastante grande (figs. 2 y 3).

Con los métodos corrientes, que son los que más interesan en la anatomía patológica de los ganglios linfáticos, se aprecia en las células adeno-litorales una fina membrana limitante (en cortes), un protoplasma uniforme, ligeramente basófilo, de especial densidad, que se ve hasta su límite, sobre todo si la célula está sola, al cruzar la cavidad de un seno. En el núcleo central, ovoide, aplanado, de tamaño medio, se distingue la fina cubierta y un nucleoplasma donde se esparcen, bastante por igual, finos gránulos cromáticos. El nucleolo, si se ve, es único y no tiene relieve.

Así descrita la célula en los ganglios queda bien individualizada, aunque se prescinda de su localización.

Además de como se ha dicho, con menos frecuencia, libre. Entonces, como es lo corriente, se hace esférica y disminuye, por tanto, de tamaño, lo que origina que el protoplasma se tiña más. El núcleo, que también puede redondearse, cabe que persista alargado.

ASPECTO EN EXTENSIONES.

Es exponente del diverso grado de perfección que han alcanzado la Citología hemática y la ganglionar, que en la sangre los endotelios de los capilares son conocidos de antiguo, están bien descritos; en los libros y atlas de hematología se les señala y representa de modo exacto. Los caracteres nucleares y protoplasmáticos son parecidos a los arriba apuntados, salvo que, al ser elementos muy oblongos cuando están en su sitio, al desprenderse es muy frecuente conserven una de sus expansiones, por lo que adoptan la clásica forma en raqueta. Esta prolongación también puede faltar.

En los ganglios no ha ocurrido así. El mucho más difícil manejo de su material tiene por consecuencia encontrar en los portas confeccionados con él imágenes mucho más abigarradas que las monótonas y uniformes de los cortes (monotonía y uniformidad que sólo se refieren a los componentes citológicos, no a los cambiantes aspectos a que puede dar lugar su desarrollo, más bien unilateral).

En la bibliografía, que he podido manejar, no se acepta de modo corriente que a las células adeno-litorales se las reconozca como tales en los frotis; por tanto, ningún autor las reserva casilla propia en el adenograma. Muchos las confunden con las que llaman macrófagos. De los que las mencionan, BAKALOS y MOROUTSOS¹ piensan que no es tan fácil separarlas en las extensiones; FLEISCHACKER², que no siempre se las aísla del retículo. Para STAHEL³ se encuentran en el adenograma normal, pero no se dejan reconocer con certeza (la que representa en una figura, que lo es, la describe como tal con interrogación). TISCHENDORF¹⁰ acepta que sólo por la

imagen citológica no se la puede distinguir de las reticulares. No obstante, en otro lugar describe su hiperplasia y dice que este cuadro no había sido señalado antes en portas. FORTEZA BOVER³, al decir que los macrófagos contactan directamente con la corriente linfática, se refiere de modo indirecto a las células adeno-litorales. En su lámina I la figura que más se parece a los endotelios de los senos es la 7.

Cuando los autores muestran tan poca seguridad al definir y reconocer en el adenograma los corpúsculos de que tratamos, se demuestra que son difíciles de identificar citológicamente muchas veces.

El modo de aprender a distinguirlas es examinar con cuidado impromptas con hiperplasia

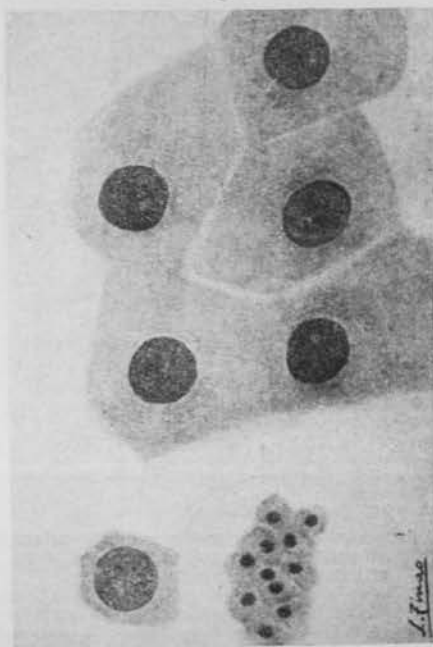


Fig. 4.

Dibujo $\times 1.000$ y 225 imprompta. Células adeno-litorales en placa y una aislada.

adeno-litoral muy marcada. En esos casos, como el que representa la figura 5 no hay duda de que la inmensa mayoría de las formas de aspecto más o menos reticular o endotelial han de ser adeno-litorales. Y estas células, que tienen funciones distintas de las reticulares, como es la de filtración, más o menos selectiva, que a los endotelios vasculares corresponde, la limitante, incluso su trabazón recíproca, han de imprimir a su forma ciertas particularidades que permitan identificarlas.

El lugar que una célula ocupa en la imprompta confeccionada con el corte de un ganglio puede servir de orientación al tratar de reconocerla. Ya que la sustancia medular es mucho más rica en senos que la cortical, las que se encuentren en la región que a ésta corresponda, habrá más probabilidades de que sean adeno-litorales.

En los casos de hiperplasia adeno-litoral muy acentuada se pueden encontrar de ellas placas inconfundibles (figs. 4, 5 y 6).

Se trata de sábanas azuladas con Giemsa.

Cuando se pueden distinguir límites entre los elementos que las integran, a lo mejor porque protoplasmas contiguos se tiñen con diversa intensidad, otras veces porque se ven las membranas limitantes, otras porque se percibe el intersticio que separa dos células, se advierte su forma poliédrica, que puede tender a alargada, los

Como estas células pueden ser alargadas, así las podemos ver en frotis (fig. 8).

Igualmente podemos encontrar células que siendo de seguro adeno-litorales presenten otras variaciones de aspecto. Lo que más varía es el protoplasma, que puede ser muy pequeño, aunque los elementos formen placas.

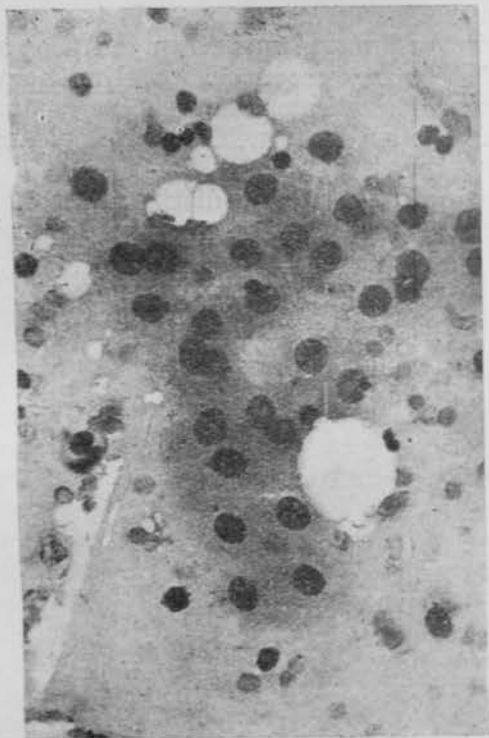


Fig. 5.

Micro $\times 500$ imprompta. Placas de células adenolitorales. Se distinguen los núcleos, los protoplasmas y en algunos sitios los límites entre ellos.

límites, rectos; los ángulos bien marcados; la membrana celular, fina; el protoplasma, homogéneo y ligeramente azulado, tiene una densidad especial; densidad que es uno de los caracteres que sirven para distinguirlas. A veces muestra algún gránulo azurófilo de cierto grosor; esto no tiene especial significación, porque son fáciles de hallar en células de diversa estirpe.

El núcleo de los endotelios de los ganglios es de mediano tamaño, oval, lo corriente en las placas con ejes mayores paralelos; se encuentran distribuidos con regularidad. Su contorno es fino; el contenido, leptocrómico, de repartición muy igual, a veces con apariencia que recuerda a la monocítica.

Cuando se ve una de estas placas, representadas en las figuras 4 a 6, se adquiere el pleno convencimiento de que se trata de células adenolitorales.

Si lo que se ve son corpúsculos citológicos sueltos, como el protoplasma de los que estudiamos está dotado de cierta rigidez, su forma poliédrica se conserva con facilidad. Así, es fácil verlas poligonales, en todo iguales a las que acabamos de describir, pero en general con los ángulos algo redondeados (fig. 7).



Fig. 6.

Micro $\times 1.000$ imprompta. Placa de células adenolitorales. Misma leyenda que la figura 4.

Claro que si en las preparaciones histológicas se observan dentro de los senos elementos redondeados, libres, que morfológicamente tan parecidos a los endotelios son, lo mismo pasará en las extensiones de material ganglionar. El núcleo suele conservar su forma más que el protoplasma. Se trata de células más chicas que las poligonales, como se apuntó, puesto que tien-

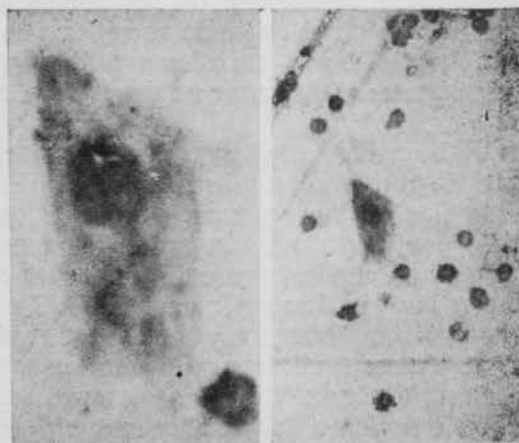


Fig. 7.

Micros $\times 1.000$ y 250 imprompta. Célula adenolitoral suelta, poligonal. Se ven los contornos del protoplasma y ángulos. Tinción con azul de metileno.

den a esféricas. El contorno, los caracteres protoplasmáticos y los nucleares son los que se han descrito (fig. 9).

Cuando existe una hiperplasia adeno-litoral evidente se puede y debe diagnosticar en frotis; a facilitar ha de contribuir que se trata de células hipertróficas o que pueden serlo.

En los ganglios sin hiperplasia adeno-litoral también se las puede reconocer, lo que ya es más difícil. Sus caracteres generales se conservarán: protoplasma grande, algo denso, de límites bastante marcados, basófilo, homogéneo, núcleo más bien oval, muy uniforme, poco teñido, de cromatina fina.

Cuando las células adeno-litorales han almacenado, son lo que llamamos macrófagos. Pero como éstos pueden tener, además, un origen reticular, mejor será estudiarlos en otro capítulo, como los monocitos.

IMPORTANCIA PRÁCTICA DE RECONOCER EN IMPROMPTAS LAS CÉLULAS ADENO-LITORALES

Ya se apuntó cómo lo corriente es que los ganglios linfáticos, cuando están afectados de procesos malignos que podemos considerar como propios de ellos —linfogranulomatosis de HODGKIN, leucemia linfática, linfosarcomas...—, se desdiferencien, desaparezcan de ellos los folículos, y sobre todo los centros de reacción (salvo en el linfoblastoma folicular, afección, por otra parte, que muchas veces suele comportarse como bastante benigna) y los senos con sus células

las células endoteliales de sus senos, para las que se propone el nombre de adeno-litorales, puesto que son distintas de otras litorales del organismo. Se acepta que en los frotis se las puede distinguir con seguridad, dada su especial morfología, lo que plenamente se comprueba en

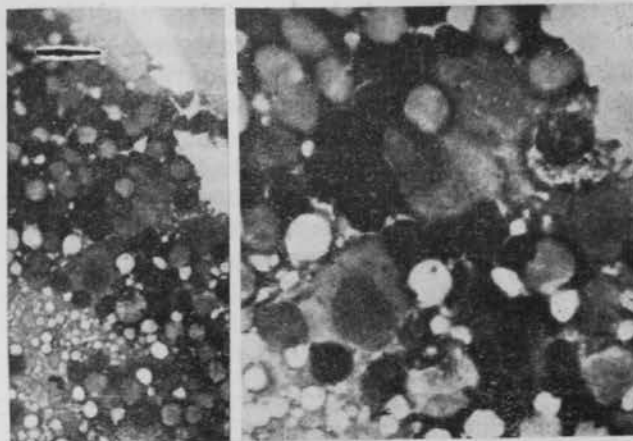


Fig. 9.

Micros $\times 1,000$ y 225 impromptas. Células adeno-litorales sueltas redondas.

los casos que muestran una gran hiperplasia. Entonces se las ve incluso en placas. Sus caracteres más acusados son: gran tamaño, densidad especial del protoplasma y núcleo ovalado, de cromatina poco teñida y uniforme. Si se ve nucleolo, no tiene relieve.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKALOS, D.; MOROUTSOS, K.—Sang. 18, 280; 1947.
2. FLEISCHACKER, H.—Klinische Hämatologie. Viena, 1948.
3. FORTEZA BOVER, G.—El diagnóstico por la punción ganglionar. Valencia, 1947.
4. MORALES PLEGUEZUELO, M.—Medicina, 5, 10; 1934.
5. MORALES PLEGUEZUELO, M.—Rev. Clin. Esp., 54, 7; 1955.
6. MORALES PLEGUEZUELO, M.—Rev. Clin. Esp., 58, 144; 1955.
7. MORALES PLEGUEZUELO, M.—Rev. Clin. Esp., 59, 353; 1955.
8. NORDMANN, N.—Virchow's Arch., 267, 158; 1928.
9. STAHEL, R.—Diagnostische Drüsenpunktion. Leipzig, 1939.
10. TISCHENDORF, W.—Morphologische Klinische Beobachtungen bei Erkrankungen der Lymphatischen Gewebe. Leipzig, 1942.

SUMMARY

The histological, cytological and biological characteristics of the endothelial cells found in the sinuses of lymph nodes are studied. The term "adeno-littoral" cells is suggested for them, since they are different from other littoral cells in the body. It is accepted that they may be distinguished with certainty in smears, owing to their singular morphology. This is fully verified in cases in which they exhibit marked hyperplasia. They are then seen even in sections. Their most salient characteristics are: large size, special density of the protoplasm, and oval-shaped nucleus with uniform, poorly stained chromatin. When there is a nucleolus, it is not very conspicuous.

RESUMEN.

En los ganglios linfáticos se estudian los caracteres histológicos, citológicos y biológicos de

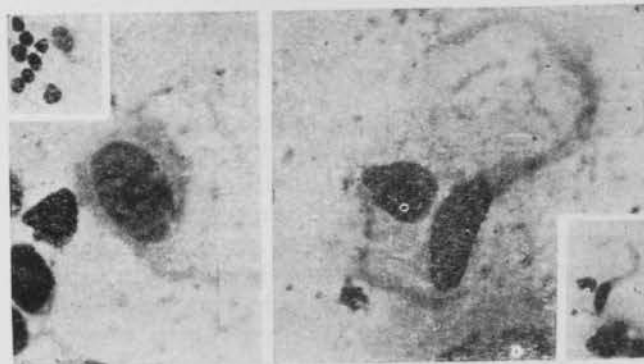


Fig. 8.

Micros $\times 1,000$ y 225 impromptas-células adenolitorales sueltas, una con dos apéndices axiales y otra en raqueta.

características; si se reconocen elementos que con seguridad puedan clasificarse como adeno-litorales o células de centros claros no será probable que exista un proceso maligno ganglionar primitivo. Y si hay muchas células adeno-litorales, sobre todo en placas, se podrá diagnosticar su hiperplasia, proceso frecuente, benigno.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die histologischen, zytologischen und biologischen Merkmale der Endothelzellen der Lymphdrüsenhöhlen studiert und der Name Drüsenrandzellen zum Unterschiede von anderen Randzellen des Körpers vorgeschlagen. Ihrer besonderen Morphologie zufolge, sind sie im Ausstrich mit Sicherheit festzustellen und bei Fällen mit grosser Hyperplasie wird diese Tatsache vollkommen bestätigt. Bei diesen sind sie sogar in Platten zu finden. Ihre ausgeprägtesten Merkmale sind: gut entwickelte Grösse, besondere Dichte des Protoplasmas und ovaler Kern mit wenig und uniform gefärbten Chromatin. Das Kernkörperchen, wenn es sichtbar ist, hat kein Relief.

RÉSUMÉ

Etude dans les ganglions lymphatiques des caractères histologiques, cytologiques et biologiques des cellules endothéliales de leurs sinus, pour lesquelles on propose le nom de adénolittorales, puisqu'elles sont différentes d'autres cellules littorales de l'organisme.

On accepte que dans le frotis on les reconnaît parfaitement étant donné leur morphologie spéciale, ce qui se confirme complètement dans les cas où l'on observe une grande hyperplasie: on les voit alors même en plaques. Leurs caractères les plus accusés sont: grande dimension, densité spéciale du protoplasme et noyau ovale, de chromatine peu teinte et uniforme. Si on voit nucléole il n'y a pas de relief.

FORMAS PSEUDORREUMATICAS Y FEBRILES DE COMIENZO DEL CANCER

I. AGUILAR RODRÍGUEZ.

Profesor encargado de la Cátedra de Patología Médica.
Universidad de Salamanca.

Desde que, en 1934, colaboramos con el difunto Prof. GARRIDO en la recogida de datos y preparación de una conferencia que pronunció en mayo del citado año, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, y que fué publicada después en el número 278 de *Los Progresos de la Clínica*, sobre "La forma pseudorreumática del cáncer; otras formas clínicas más raras", hemos venido reuniendo casuística sobre este aspecto de la sintomatología neoplásica.

Durante estos años en nuestra práctica profesional privada, en la Clínica Universitaria, en el Servicio de Aparato Digestivo del Dispensario Local de la Cruz Roja, en la Consulta de Apa-

rato Digestivo del Seguro Obligatorio de Enfermedad y, últimamente, en el Dispensario Provincial de la Lucha Contra el Cáncer, hemos podido reunir un gran número de historias de neoplasias, entre las que, naturalmente, por la índole de algunos servicios, predominan las tumores digestivos.

Nada habíamos encontrado en la literatura médica sobre formas raras de manifestación clínica precoz de las neoplasias hasta las referencias verbales del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, en 1947, sobre los dolores articulares y fiebre que acompañan con frecuencia al cáncer de pulmón. ALIX, en el *Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España*, n.º 39, 1950, recoge y comprueba las afirmaciones de JIMÉNEZ DÍAZ sobre los dolores articulares de aspecto reumatoideo en el cáncer de pulmón, "sin que en su génesis se pueda invocar la existencia de metástasis óseas". En la misma revista, número 58, 1952, G. PORTELA, refiriéndose al cáncer de pulmón, escribe: "Como síntomas extratorácicos, señalan también en la literatura la existencia de dolores articulares atípicos, que pueden aparecer como síntomas iniciales, y asimismo desaparecer si el paciente es sometido a una operación radical." PARRA LÁZARO y RAMÍREZ, en *Revista Clínica Española*, 15-31 julio 1953, publican un interesante artículo titulado "La artralgia, con el carácter de reumatismo pluriarticular, como síntoma precoz en el cáncer", que por cierto no hace ninguna referencia a la publicación de nuestro maestro.

Ha sido una gran satisfacción encontrar tan plena confirmación de las observaciones del Profesor GARRIDO, proseguidas por nosotros, y referidas, cuantas veces tuvimos ocasión, en la actividad docente.

En los casos de PARRA y RAMÍREZ, las artralgias, si bien variables en su intensidad, en muchas ocasiones son las primeras molestias; justifican la anorexia y adelgazamiento que puedan presentar los enfermos; se acompañan de inflamación articular y de fiebre alta que resiste a los tratamientos. Han sido tratados con antirreumáticos de primera intención y, tras este tratamiento, se ha llegado muchas veces a la neoplasia inoperable. Señalan los citados autores que "el cuadro de artralgia pluriarticular tiene características definidas y es totalmente ajeno al dolor localizado que puede producir una neoplasia o sus metástasis". Y más adelante: "No tienen relación tampoco con las alteraciones óseas que se producen en ciertos tumores."

Nosotros encontramos las artralgias con tanta frecuencia en los neoplasmas digestivos, que nos resistimos a admitir esa mayor frecuencia en los pulmonares, aunque parece evidente que han merecido una mayor atención (VON HAZEL, CRAIG, NEF, LOCKE, KELLER y CALLENDER, BRUM, PAULOWSKI y DUNCAN, BERG y RUGGERI, citados todos por PARRA y RAMÍREZ; JIMÉNEZ DÍAZ, PARRA y RAMÍREZ; ALIX, PORTELA) y alguno descrito ya en 1915.