

## 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.

En nuestra casuística nos encontramos con algunos casos tan sorprendentes, que nos hacen pensar en la coincidencia de procesos y, tan sólo, por la repetición de estas coincidencias, es por lo que hemos de darle una interpretación adecuada.

\* \* \*

BAÑUELOS (*Bol. Cons. Col. Méd. España*, 61, 1952), hace años, observó un cuadro precanceroso, o primera fase de la enfermedad cancerosa, que consiste en enfermedad pseudogripal, con manifestaciones faríngeas y trastornos digestivos, y, sobre todo, malestar general, y febrícula que dura varios días. Al mes siguiente aparecen adenopatías múltiples en cuello, ingles y axilas, de tamaño variable, y persisten quince o más días. Un mes después aparecen las primeras manifestaciones clínicas del cáncer.

Terminaba diciendo que el cáncer es el período final de una enfermedad cancerosa que ha tenido tres fases: 1.ª De infección vaga. 2.ª De adenopatías; y 3.ª De tumor, y cree que las dos primeras transcurren antes de aparecer el tumor.

\* \* \*

Recordaremos que, en su trabajo, GARRIDO empezaba haciendo la consideración de que en la sintomatología propia de los cánceres existen las manifestaciones locales y las generales. En un principio los síntomas locales son de una mayor positividad diagnóstica. No pocas veces la prelación sintomatológica se altera apareciendo en primer lugar una sintomatología general que oculta o enmascara los signos propios del cáncer localizado en un órgano, dificultando entonces el diagnóstico.

La sintomatología local existe siempre, pero hay que saber, y que poder, encontrarla.

Es preciso pensar y buscar el cáncer, deliberadamente y "con verdadero empeño", en un enfermo que no se queja de nada localizado y que, aun explorando con cuidado la región u órgano donde tiene lugar el cáncer, no siempre se obtienen datos que sirvan para orientar un diagnóstico.

No quería el llorado maestro enumerar todas las formas clínicas del cáncer, tantas y tan variadas según los órganos o tejidos lesionados, por ser de todos conocidas. Quería, en cambio, dar a conocer aquellas formas de sintomatología general precoz y diferente de la habitual, que llevan al diagnóstico por derroteros completamente extraviados y que perjudican al enfermo impidiendo un tratamiento oportuno.

Transcribiendo fielmente sus palabras: "Queremos solamente dar a conocer en primer término la forma pseudorreumática, poco mencionada en la literatura médica, pues su presentación no es rara, según nuestras observaciones; después la maltesa, septicémica, leucémica, etc., mucho menos frecuentes que la primera."

A continuación relata la historia clínica de

un cáncer gástrico simulando reumatismo subagudo en una mujer de cincuenta y dos años, que en marzo de 1927 notó dolores articulares con hinchazón, limitación de movimientos y febrícula que resistieron al salicilato y otros antirreumáticos, y que sólo seis meses después, ante la creciente astenia y palidez, se llegó al diagnóstico cierto.

La segunda historia es la de un cáncer gástrico que, en su evolución, presentó un cuadro completo de septicemia, con 23.800 leucocitos, y de ellos, 89 polinucleares neutrófilos.

El tercer caso es el de un cáncer de páncreas en mujer de treinta y nueve años, que comenzó con síntomas parecidos a los de reumatismo o fiebre de Malta; sus manifestaciones fueron preterentemente articulares, dolor e inflamación, y febrícula resistente al salicilato. Consultó con varios médicos de Salamanca y Madrid, y fué diagnosticada de fiebre de Malta, septicemia lenta, reumatismo focal, sífilis, tuberculosis, etcétera, sin modificación con ninguno de los tratamientos prescritos. Cuando la tumoración se hizo evidente fué intervenida, confirmándose el cáncer de páncreas.

Y, finalmente, la cuarta historia que refiere es la de un cáncer gástrico que hizo pensar en el diagnóstico de leucemia por presentar una tumoración en hipocondrio izquierdo, una leucocitosis de 20.000, algunas formas embrionarias y fiebre.

Su pequeña casuística comprendía 24 casos de cáncer, en su mayoría de estómago, de los cuales, aparte del diagnóstico de leucemia, que un buen examen hematológico hubiera evitado el error, tres planteaban un difícil diagnóstico diferencial con septicemias; cuatro, con fiebre de Malta, y los 16 restantes, con reumatismos crónicos, todos ellos bajo el aspecto clínico.

De los 24 cánceres, dos fueron de próstata; tres, de hígado; uno, de páncreas; otro, de pulmón, y diecisiete de estómago.

Además hace mención de un cáncer de hígado visto por los doctores OLIVARES y ROZABAL, al que se le habían administrado grandes y repetidas dosis de salicilato por creerle reumático.

Y otro de pulmón, visto por el doctor GARCÍA ALONSO en Valdecilla, que fué diagnosticado de reumatismo antes de su ingreso en la Casa.

\* \* \*

Al intervenir activamente en la selección de las historias clínicas y en su búsqueda, en aquellos tiempos, que eran los primeros de nuestra actividad profesional, nos impresionó muy vivamente esta paradoja que chocaba con el concepto simplista que teníamos de las enfermedades. Y primeramente bajo la orientación del profesor GARRIDO, y después por nuestra propia iniciativa, hemos investigado con detalle los antecedentes de los cancerosos.

La tarea no ha sido siempre fácil. En el medio rural, que desconoce aún los más elementa-



les deberes higiénicos, y en el que encontramos dentaduras en un estado tan lamentable, que es difícil imaginar, acompañadas de amígdalas sépticas, no puede extrañarnos que la gran mayoría de la gente aqueje manifestaciones reumáticas que, en ocasiones, presentan desde la infancia y que nunca han sido atendidas, si no es acudiendo por su cuenta a alguno de los vecinos balnearios.

Pero otra es la dificultad mayor: el achacar al reumatismo cuantas molestias de cualquier índole les aquejan. Y así vemos que un ulceroso, o canceroso, se queda tan satisfecho en su casa pensando que sus dolores se deben a "un reumatismo que se les metió en el vientre".

Ha sido, pues, necesario que extrememos el rigorismo tratando de precisar los hechos y ello nos ha obligado, sin duda, a rechazar muchos casos que podrían interpretarse erróneamente.

No vamos a totalizar el número de neoplasias vistas, porque ello supone un trabajo disperso en varios ficheros, como hemos señalado, y que, por otro lado, no tiene una importancia especial para nuestro objeto.

Hemos protocolizado todos los neoplasmas confirmados que han presentado una evidente sintomatología general anterior y distinta de las anemias, demacración y caquexia finales. En total, 36 casos personales. Repetimos que, de no haber extremado nuestra desconfianza, hubiéramos podido incluir muchos más en el transcurso de estos veinte años.

De los 36 cánceres, 22 asentaban en estómago; uno, en páncreas; cuatro, de hígado; dos, de recto; cuatro, de pulmón; uno, de riñón y cerebro; uno, de vejiga, y uno, de ciego.

Las manifestaciones fueron, predominantemente, pseudorreumatismos variables en su intensidad y agudeza, y, el resto, formas febriles de muy difícil identificación y tratamiento. En casi todos los casos recogidos las manifestaciones fueron precoces, en una época en la que era difícil comprender que, ante el silencio clínico local, hubiera destrucción o infección de la masa tumoral a las que se pudiera hacer responsable de estos fenómenos.

En general, no se hizo el diagnóstico de tumor hasta meses después de las manifestaciones referidas.

Prescindiendo de datos sin especial interés para nuestro empeño, referiremos los casos más característicos lo más brevemente posible:

R. B. J., de cuarenta y seis años de edad, sin antecedentes. En la primavera de 1951, en aparente estado de salud, sufre un brote de reumatismo poliarticular agudo, con fiebre y tumefacción articular que le mantuvieron en cama durante dos meses a pesar de la cura salicílica. Tras una recuperación lenta e incompleta, cuatro meses más tarde sufre una recaída febril con expectoración hemoptoica, que resiste a los antibióticos durante veinte días. La radiografía demostró una atelectasia de todo el lóbulo superior izquierdo. La neoplasia evolucionó con un impresionante cuadro de compresión mediatínica.

A. B. R., de cincuenta y ocho años de edad; hombre intensamente neurotizado, que durante algunos meses se quejó de unos dolores articulares con envaramiento y dificultad para la marcha, sin que se les prestara atención por su historia anterior. Después de unos meses apareció disuria creciente, y al ser explorado se encontró un extenso cáncer vesical de rapidísima evolución.

B. L. B., de sesenta y cinco años de edad; comienza con una febrícula, dolores articulares poco intensos que van originando una deformidad especialmente manifiesta en rodillas, manos y envaramiento e inmovilidad vertebral. La velocidad de sedimentación se mantenía al filo de los 100 mm., por lo que se diagnosticó artritis reumatoide. Se le trató con todo lo que pareció pertinente, se le extrajo la dentadura, etc., y el enfermo, en lugar de mejorar, se demacraba más cada vez. Se le practicó una radioscopia gástrica, evidenciándose una amplia amputación. Poco después aparecen vómitos incoercibles que precipitan el final.

P. A. S., de treinta y dos años de edad; comienza con un dolor intenso en raquis y febrícula que hace pensar en un Pott. Como aqueja acidismo, se le explora radiográficamente y, en las placas, se demuestra la falta de relleno en el fondo gástrico. Se le interviene en Valde-cilla y regresa en muy buenas condiciones y sin ninguna raquialgia durante seis meses. De nuevo se instala la raquialgia, con normalidad radiológica de los huesos; pero se evidencia una reproducción tumoral en el muñón gástrico. El enfermo falleció dos meses después.

C. R. S., de sesenta años de edad; era una antigua hemorroidaria, sin que de momento hubiera nada que le llamase la atención más que unos dolores en las articulaciones interfalángicas de las manos, con tumefacción y aspecto fusiforme. Se le dispone un arreglo de dentadura, y varios meses después se acentúa la sintomatología rectal. Confirmado el cáncer rectal se le hizo cecostomía y sobrevivió más de tres años.

I. S. M., de veinticuatro años de edad; acababa de contraer matrimonio y durante el embarazo presentó una fiebre alta con trastornos poco precisos entre los que destacaban dolores articulares. El tratamiento fue muy poco eficaz. El parto fue normal, pero el estado de la enferma se hacía inquietante. Se le sometió a una exploración general, encontrándose una amplia falta de relleno gástrico. Fue intervenida, pero falleció pocas semanas después.

P. A. R., de sesenta y dos años de edad, en aparente salud; comienza con un cuadro febril, en apariencia tífico, que se alarga más de dos meses resistiendo las terapéuticas y dando repetida negatividad en las aglutinaciones. Luego presentó dolores en hipocondrio derecho con varios brotes ictericos. La radiografía demostró una discreta imagen lacunar gástrica. Se trasladó a Valladolid, donde fue intervenida y falleció.

A. R. B., de setenta años de edad, que, con una sintomatología gástrica precoz, fue diagnosticada de linfoma plástica, y durante cinco años conservó un magnífico estado nutritivo; pero sufrió unos violentísimos dolores articulares y de raquis, con repetidas exploraciones radiológicas de huesos negativas.

P. E. S., de cincuenta y cuatro años de edad, en pleno bienestar, una hematuria que olvidó en seguida por seguir en muy buen estado. A los dos meses un proceso febril que hizo pensar en una neumonía, y a los pocos días nueva hematuria. La exploración urológica demuestra una tumoración del riñón derecho, que se extirpa, y el informe anatomopatológico es de angioendoteloma cavernoso.

Hay una pausa de medio año de total bienestar, y de nuevo presenta un cuadro febril, también semejante a una neumonía, y a continuación cefalea persistente con vómitos en tiro de fusil. La exploración neurológica

demuestra una tumoración en lóbulo frontal derecho. Remitido a un famoso neurocirujano, le extirpa la tumoración, del tamaño de una nuez, de idéntica estructura que la renal. Muere antes del mes de la segunda operación con una hiperpirexia irreductible.

El resto de las historias es semejante, con gran predominio de manifestaciones articulares febriles. En ningún caso se evidenció que pudiera tratarse de metástasis, porque los enfermos fueron explorados en este sentido, además ni son las articulaciones lugares de predilección para su asiento, ni en general, era momento para su presentación.

Las artralgias se presentan, como ya señaló GARRIDO, de preferencia en tobillos, hombros, rodillas y muñecas. A veces sin tumefacción alguna; pero en otras muchas, era bien evidente. Y en algunos casos incluso se les produjo deformidad articular. En enfermos determinados el dolor y la tumefacción pasó de unas articulaciones a otras, como en el típico reumatismo poliarticular agudo. Los dolores, bien circunscritos en las articulaciones, no podían confundirse con polineuritis.

La presencia de fiebre fué la regla, aunque de altura y características diferentes. Si existió astenia, palidez, anorexia, etc., en todos los casos era perfectamente explicable por los trastornos que aquejaban, y, desde luego, poco llamativas.

La sintomatología local del tumor, en aquellos momentos, era nula. Y nada se descubría en este sentido en la exploración general sistemática.

La velocidad de sedimentación estaba acelerada en todos los casos.

Entre las artralgias y la sintomatología tumoral propiamente dicha transcurrió un tiempo diferente, pero de varios meses.

No podemos asegurar que los casos fueran en su totalidad indistinguibles durante los brotes artrálgicos. En una buena parte los datos fueron recogidos por interrogatorio, y en otros, como en la joven embarazada de veintitrés años, no era fácil pensar en el cáncer. No obstante, tenemos un caso de cáncer pulmonar en el que la fíbula nos hizo pensar en una tuberculosis pulmonar, y al que practicamos una radiografía en la que nada anormal se apreciaba, y tres meses después el cáncer era evidente.

GARRIDO creía que la mayoría de sus casos no eran de principio, sino en marcha muy adelantada. Tratándose de esta enfermedad es muy probable que así sea, pero no es menos cierto que en muchos casos, ni con la mejor exploración, puede demostrarse la neoplasia.

No nos extraña que ni las pruebas biológicas puedan sacarnos de dudas en los casos sospechosos, porque hemos montado algunas en el Servicio de la Lucha contra el Cáncer, que practicamos sistemáticamente a todos los que acuden a consultar, y nuestra experiencia, corta desde luego, es desconsoladora, incluso en las

neoplasias confirmadas por biopsia, si acaso con excepción de la reacción de BLACK.

\* \* \*

El problema patogénico de las formas pseudorreumáticas, nuestro maestro lo planteaba en la forma siguiente: "Las manifestaciones articulares de artralgias y ligeras artritis ¿son producidas por el agente canceroso o por los productos de metabolismo del cáncer? El terreno humoral del mismo ¿favorece la presentación de estas lesiones? ¿Se encuentra en los cancerosos algún factor de los que se consideran importantes en la génesis de las artropatías?"

Después de consideraciones sobre las teorías infecciosa y química de la cancerización, terminaba: "No admitiendo que el cáncer sea originado por un agente infeccioso, y sí más probablemente por alteraciones celulares de procedencia química, hemos de concluir que las artralgias y artritis, que en los cancerosos se encuentran algunas veces, pueden reconocer un origen tóxico directo o por mecanismo alérgico".

Sobre el terreno humoral del cáncer señalaba lo que entonces se sabía de las modificaciones que preceden o acompañan al desarrollo de la neoplasia: "Alcalosis, aumento de la colesteroína y del potasio, hipertensión vagal, aumento de aminoácidos y de glucemia con alteraciones que favorecerían a la producción del mismo". "No habiendo más que una remota analogía entre la diátesis artrítica y este estado humoral, y no teniendo en el origen de las artropatías crónicas la diátesis artrítica más que, a lo sumo, el papel de causa predisponente, no podemos conceder al terreno humoral del cáncer valor alguno en la génesis de las artralgias y artritis que en él se presentan en determinados casos".

Estudia las posibilidades patogénicas de las insuficiencias funcionales de ciertos órganos, como el hígado, riñón, etc., secundarias a las graves alteraciones que el tumor imprime al organismo, o creando actitudes morbosas endocrinas, nerviosas, etc., que favorecieran la génesis de las artritis, y rechaza ambas suposiciones. "En todo caso sólo podríamos hablar aquí de la alergia, pero esto sería volver a referirnos a nuestro primer punto de vista".

Las últimas líneas del trabajo son: "Quedamos, por consiguiente, que las manifestaciones articulares del cáncer son de origen tóxico o alérgico, y quizá infeccioso, si se llegara a descubrir algún día el agente microbiano productor del cáncer".

\* \* \*

No es mucho más lo que puede añadirse a estas palabras después de transcurridos veinte años.

No admitimos la relación que establece BERG entre las artralgias de determinados cánceres y la osteoartropatía néumica de MARIE-BAMBERGER, si ésta tiene alguna relación con la anoxe-



mia, porque, como ya indican PARRA y RAMÍREZ, se presentan las artralgias en neoplasias que para nada perturban la aireación. Pero hay otra razón para negarlo, y es que no hemos encontrado alteraciones hipertroficas en los huesos ni de otra naturaleza, ni acropáquicas en los cánceres digestivos.

La fiebre, en los procesos avanzados con ulceración e infección, es muy fácil de comprender por los productos bacterianos o por los celulares autolíticos, pero admitimos todos que existe, al igual que las artralgias, en tumores sin ulceración y sin infección. No hay, pues, foco.

Si no hay foco, ni séptico ni autolítico, difícil explicarlos por una alergia, como quiere RUGERI.

La teoría tóxica, aún hoy, resulta más consistente. Es indudable que existe una alteración metabólica general o del tejido neoplásico, y que han de originarse sustancias y perturbaciones bioquímicas que puedan asumir la responsabilidad de los trastornos que nos ocupan.

Según SHIMKIN, en el libro de Del Regato y Ackerman "Cáncer", por los análisis químicos de los componentes inorgánicos y orgánicos de los tumores nada hay que cualitativa o cuantitativamente pueda considerarse característico de ellos.

En el estudio bioquímico se han puesto de manifiesto las siguientes cosas que demuestran ciertas propiedades metabólicas del tejido neoplásico:

1.<sup>a</sup> No se inhibe la glucólisis en presencia de oxígeno en el tejido neoplásico. (WARBURG.)

2.<sup>a</sup> Pequeña reserva de citocromo C y de zimohexosa en los tumores, lo que indica su pequeña función metabólica.

3.<sup>a</sup> Aunque la actividad enzimática es menor en los tumores, cada variedad de tumor tiene su propio mosaico de enzimas, acrecentando, disminuyendo o dejando inalterada cada una de ellas en relación con los tejidos normales. (GREENSTEIN.)

4.<sup>a</sup> El contenido en vitaminas se aproxima al de los tejidos embrionarios de origen.

A pesar de ello no se ha podido esclarecer ni la génesis ni la bioquímica.

Los agentes carcinógenos, aunque de propiedades disímiles, producen, tal vez, un mismo efecto bioquímico sobre los tejidos: o la alteración del metabolismo respiratorio (WARBURG) o perturbaciones del metabolismo del azufre o de algún sistema de enzimas.

Como expresión de actividad morfofisiológica quizá encontremos alteración de la función suprarre-

nal o del metabolismo de las hormonas suprarrenales que encajen en las perturbaciones de adaptación.

El neoplasma origina reacciones orgánicas en sitios muy distantes al del tumor. Aparte de las perturbaciones enzimáticas, ya referidas, hay disminución de los lípidos en la corteza suprarrenal, y existen cetosteroides muy oxigenados en la orina, lo que hace suponer anomalías del metabolismo de la corteza suprarrenal. Estas alteraciones desaparecen si regresa o se extirpa el tumor. (SHIMKIN.)

Quizá la neoplasia perturbe la unidad biofísica y bioquímica del ser y altere la integración de funciones originando un proceso parapatológico en el sentido de FERNÁNDEZ CRUZ.

#### RESUMEN.

Se insiste en lo frecuente de las manifestaciones febriles y pseudorreumáticas como signos precoces de los enfermos con cáncer. Ya el profesor GARRIDO había señalado este hecho hace veinte años. Se expone una experiencia personal de 36 enfermos cancerosos con dichas manifestaciones.

#### SUMMARY

Emphasis is laid on the frequency of febrile and pseudorheumatic manifestations as early signs in patients with cancer. Prof. Garrido had pointed this fact out 20 years ago. Observations on such manifestations in 36 cancerous patients are reported.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Es wird mit besonderem Nachdruck auf das häufige Auftreten von Fieber und pseudo-rheumatischen Erscheinungen als vorzeitige Anzeichen bei Krebskranken hingewiesen. Schon vor 20 Jahren wurde von Prof. Garrido darauf aufmerksam gemacht. Der Author bringt seine Erfahrung bei 36 Krebskranken vor, bei welchen diese Erscheinungen auftraten.

#### RÉSUMÉ

On insiste sur la fréquence des manifestations fébriles et pseudorhumatiques, comme signes précoces des malades de cancer. Il y a déjà 20 ans que le Prof. Garrido avait signalé ce fait. On expose une expérience personnelle de 36 malades cancéreux présentant ces manifestations.