DISCUSION

Dr. R. FROUCHTMAN

Dos palabras nada más como aportación personal al interesante problema expuesto. Realmente estamos todos preocupados en el diagnóstico precoz del cáncer, y si hace unos años, cuando un enfermo tenía accesos de tos repetidos o tenía hemoptisis, pensábamos en la tuberculosis, hoy día pensamos en el cáncer. Pero creo que el problema resulta más complejo y en ello nos encontraremos, cuando se trata de un antiguo broncopático, antiguo tosedor, descubrir en él el principio de un cáncer. Me dirijo al Dr. MANRESA, ya que nos ha hablado del problema del diagnóstico precoz y quería señalarle dos casos que he vivido, uno de ellos precisamente operado por el Dr. CARALPS hace pocos años.

Se trataba de un enfisema broncógeno, un hombre de unos 45 años, de muchos años de evolución, antiguo catarro recidivante, que había desarrollado el clásico enfisema broncógeno con sus catarros, agudizaciones invernales, a veces febriles y que alguna vez con alguna pequeña hemoptisis, pero sin mayor importancia, durante los brotes broncógenos. En uno de los mejores períodos de este enfermo, cuando el enfermo manifestaba encontrarse mejor, la disnea de esfuerzo había disminuído, con notable bienestar en comparación con años anteriores; visitaba este enfermo desde hacía 5 años y me llamó la atención un signo, que he visto luego publicado en un trabajo, que era la aceleración de la sedimentación globular. Todos tenemos experiencia que en muchos enfermos broncopáticos recidivantes la sedimentación es casi siempre prácticamente normal, por más tosedores que sean. En este enfermo la sedimentación era de 25 a la 1.ª hora, y, cerca de los 50 a la 2.ª hora, y al examen radioscópico observé en base derecha una imagen pequeñísima que podía recordar un complejo primario. Debo confesar que en aquel momento no sospeché su naturaleza y fué al revisar luego la historia clínica y anteriores radioscópicos comprobé el no haber visto antes la imagen señalada. A los dos meses aquella pequeña imagen había crecido; ya tenía un diámetro aproximadamente de un centímetro y medio y la sedimentación continuaba acelerada. Poco después,

Dr. J. ABELLO

CONSIDERO que para el diagnóstico precoz, los componentes no nos han expuesto ningún hecho que pudiéramos determinar si una lesión es un cáncer o no. La relación que existe entre el cáncer y la tuberculosis es muy de tener en cuenta, pues en las estadísticas siguen aumentando los cánceres en los tuberculosos. Esto puede ser un aumento erróneo.

Del material que recogimos del Dr. MANRESA, Dr. MARTÍNEZ BORDIU, Dr. ESCUDERO, Dr. CIFUENTES, Dr. GIL TURNER, etc., etc., podemos llegar a la conclusión de que existen en las paredes de las cavernas, no en los procesos cerrados e incluso en las márgenes de los bronquios, procesos atípicos con carioquinesis también atípicas. No es un hecho original en este sentido, puesto que CANETTI y otros autores, han encontrado la misma morfología que nosotros comentamos. Ya sé que algunos de los que me están oyendo dirán que la originalidad de mis investigaciones es algunas veces incierta, pero confirmar lo que dicen los demás también tiene su mérito.

Es necesario reflexionar sobre el diagnóstico precoz del cáncer por los análisis de esputos, pues estas carioquinesis atípicas que se encuentran en las márgenes de las cavernas, las hemos podido ver en muchas ocasiones en los esputos de enfermos que han sido intensamente tratados con antibióticos e hidracida. Llamo la atención sobre este hecho, puesto que los analistas pueden desorientarse con la existencia de estas morfologías celulares debidas a los tratamientos intensos que en la actualidad se efectúan para pretender curar aquellas tuberculosis que son incurables. Se hace un verdadero abuso de los medicamentos y no un eficaz uso de los mismos.

He visto en el Hospital de Nueva York operar cánceres de pulmón que eran inoperables. En la actualidad en las intervenciones de cáncer de este órgano, se conducen en algunas ocasiones como en la época de la radioterapia, en que no se prescribía con criterio limitado y que cuando se usaba dicho método terapéutico, se agravaban los enfermos, terminando en algunas ocasiones por una generalización precoz.

Es interesante recalcar que en el diagnóstico del cáncer de pulmón, el anatomopatólogo debe cuidar de una manera precisa al hacer la biopsia, la historia del enfermo. Si éste ha sido tratado reiteradamente con medicamentos, la biopsia puede dar, sin ninguna duda, imágenes morfológicas de tipo maligno.

Voy a enseñarles a ustedes unas preparaciones mías de bronquios

de enfermos tuberculosos que nada tienen que ver con los procesos tumorales, a fin de que las comparen con las microfotografías que presentan HARTMAN y H. J. STREICHER en sus respectivos libros, y verán que no hay una diferencia apreciable en dichas imágenes. Por eso, insisto, que cuando se usan medicamentos que no son el plomo, ni el mercurio, ni el bismuto, sino que están constituídos por compuestos orgánicos muy semejantes a las moléculas que maneja el metabolismo celular, pueden, como es lógico, producir los fenómenos que estamos describiendo y, por lo tanto, para el diagnóstico de una lesión tumoral pulmonar, hace falta conocer:

1.º Si ha sido un tuberculoso.

2.º Si ha estado intensamente tratado con hidracida y otros medios terapéuticos.

Dr. S. ALMANSA DE CARA

EL hecho fortuito durante casi 25 años y a través de cerca de 30 mil radioscopias de haber encontrado de una manera insospechada dos casos de carcinoma pulmonar, me indujeron a pensar en la posibilidad de la existencia del cáncer silencioso. Después vinieron a mi conocimiento hechos parecidos en dispensarios alemanes de tuberculosis y en otros de silicosis. En estos centros, pesquisando la tuberculosis en ocasiones no frecuentemente, pero tampoco de un modo excepcional, se han encontrado también cánceres que no tienen sintomatología de ningún género, es decir, algo así parecido de: que buscando el camino de las Indias se descubría América; se buscaba la tuberculosis y la silicosis y se encontraba el cáncer.

Este hecho me indujo, hace cinco años, a revisar por lo menos la literatura a mi alcance y, efectivamente, encontré que el cáncer de pulmón puede ser tan inaparente que pase por completo desapercibido, y la Asociación de Sanidad y Tuberculosis de Filadelfia, hizo obligatorio el pasar por la pantalla a todos los individuos de lo que llamamos edad cancerosa.

Esto fué motivo de un trabajo mío de «Cáncer ignorado de pulmón», en donde yo clasificaba estos cánceres ignorados en *formas inaparentes,* en *formas desatendidas,* en *formas desapercibidas* y en *formas enmascaradas;* pues bien,

por eso recuerdo con cierta aproximación la cifra, la Asociación de Tuberculosis y Sanidad de Filadelfia, en unos 150.000 individuos pasados por la pantalla, llegó a descubrir hasta 60 y tantos casos de carcinomas que de otro modo no se hubieran visto.

El mismo BROCK llegó a decir que sus éxitos quirúrgicos tan sólo llegaban al 10 por 100 cuando en el cáncer de pulmón se hacía el diagnóstico en período sintomático. En un trabajo de OVERHOLT de hace 5 años, el mismo OVERHOLT dice que desde que opera cánceres de pulmón despistados en fase silenciosa, tiene el 75 por 100 de éxitos. Por consiguiente, yo entiendo que, además de la sintomatología y de todos los datos tan magistralmente expuestos por nuestro querido amigo y compañero, el Doctor MANRESA, que se debía hacer una campaña de lucha anticancerosa, desde el momento en que el incremento del carcinoma de pulmón es hoy tan grande, que llega a constituir una verdadera plaga social y, por consiguiente, que debíamos tratarlo como tal, conforme tratamos a la tuberculosis. Y así como es lógico hacer esta investigación radioscópica de grupos homogéneos en personas aparentemente sanas, para la tuberculosis, nosotros creemos casi obligado que llegue el momento de hacer la investigación radioscópica, por lo menos, en las edades cancerosas, como lo están haciendo los americanos.

En el término, por lo menos de un año y muchas veces no basta un año, pues yo siempre tendré en mi memoria, y lo refería en este trabajo de «Cáncer ignorado de pulmón», el caso de un enfermo de una provincia andaluza que se nos presentó a consulta y nosotros diagnosticamos un tumor de Pancoast típico, con sus dolores, con sus alteraciones óseas, etc. Y recuerdo que a la hora de haber despachado aquel enfermo y de comunicarle aquel diagnóstico sombrío a un hermano suyo, se nos presentó este hermano angustiado diciendo que le pasáramos por la pantalla, pues él tenía mucho miedo y nosotros le pasamos por la pantalla. Claro, etiquetamos aquel momento de angustia, por haber recibido aquel diagnóstico tan sombrío, pero la verdad es que no encontramos en absoluto nada y le tranquilizamos y conformamos diciendo que esto no era familiar, que era una enfermedad desgraciada de su hermano; pero nuestra gran sorpresa fué que al año justo se nos presentó aquel hombre con la misma sintomatología, casi gemela a la de su hermano, con otro tumor de Pancoast.

De manera que no basta ni siquiera hacer la investigación por una vez en la vida, sino que hay, —como aconsejan los americanos —que repetir esta investigación sistemática de año en año, porque

a través simplemente de esta fecha, puede surgir lo que en otra ocasión no se puede descubrir. Es más, hay cánceres tan inaparentes que no tienen exteriorización ni clínica, ni radiológica y, sin embargo, puede ya haber una metástasis denunciable. Yo conozco un caso de un tumor cerebral, diagnosticado por un gran clínico madrileño, que fué a consulta porque se había diagnosticado por otra parte de sífilis nerviosa, y sencillamente cuando se disponían a hacer la intervención, en un reconocimiento previo del aparato circulatorio, respiratorio, etc., vinimos a encontrar un carcinoma de pulmón y pensamos que muchas veces la metástasis es más ostensible, es más objetivable que el mismo carcinoma.

Dr. F. COLL COLOME

EL Dr. MANRESA y el Dr. CARALPS, han dado mucha importancia en el diagnóstico de la neoplasia bronquial, al diagnóstico del broncoscopista. Por esto, yo quisiera exponer nuestra modesta experiencia, sobre los datos que proporciona dicha exploración en esta enfermedad.

Nosotros, lo primero que decimos es que corroboramos lo expuesto por el Dr. MANRESA, y es que las broncoscopias que hemos hecho por cáncer bronquial, por cada mujer no hemos encontrado 19 hombres, sino más bien 25 ó 30. Son cifras, pues, muy superiores (no se si es coincidencia) a lo que nos dan hasta ahora las estadísticas. El segundo dato que también queremos hacer constar, es que en casi todos los cánceres bronquiales que hemos broncoscopiado, el enfermo era un fumador superior a diez y quince cigarrillos por día, y un dato que nosotros no sabemos si es secundario a la cualidad del fumador, es que encontramos muy corrientemente una piorrea dentaria o una boca en malas condiciones. Otro aspecto que queremos comentar se refiere, al diagnóstico de operabilidad del cáncer bronquial. Entre los muchos signos que se han descrito, nosotros creemos que el más importante que puede dar el broncoscopista, es el estado de la movilidad del bronquio. El bronquio duro, leñoso, inmóvil, clásico del cáncer bronquial, significa indirectamente la afección del peribronquio y la operabilidad nula.

El bronquio que no está afectado en cuanto a su movilidad, es un dato a favor de su operabilidad. Los dos únicos casos de cáncer bronquial, que nosotros conocemos actualmente, en supervivencia y que han sido intervenidos quirúrgicamente, poseían esta movilidad bronquial conservada. Recuerdo, sobre todo, un último caso que publicamos conjuntamente con el Doctor BIETO; era un enfermo que presentaba unas hemoptisis y que al hacerle primeramente una broncografía, encontramos unas dilataciones bronquiales en la base derecha. Creyendo que estas hemoptisis provenían de esta base derecha, lo hicimos ingresar para intervenirle de lobectomía inferior por bronquiectasia. Pero antes de realizar la intervención, al hacerle una segunda broncoscopia, encontramos en la entrada del bronquio lobar superior izquierdo, una masa que casi obstruía completamente la luz del bronquio. Radioscópicamente la neoformación era inaparente y en la exploración broncoscópica, recogimos entonces el dato de que la movilidad bronquial estaba completamente conservada, lo que nos hizo pensar en un principio se trataba de un tumor benigno. Más tarde, la histología confirmó la existencia de un tumor frontera, histológicamente diferenciado, pero pre-cancerificado. Este caso, intervenido por el Dr. LORENZO, lleva dos años y medio de supervivencia y un estado general magnífico.

Dr. J. ALIX ALIX

TODO este gran problema del cáncer gira alrededor de una serie de puntos. Vamos a considerar solamente alguno. Respecto a la etiología se ha acusado al tabaco de una manera extraordinaria en estos últimos tiempos; sin embargo, ¿qué diremos del cáncer de próstata, del cáncer de mama y matriz y de las vías biliares, etcétera? A mí se me ocurre una crítica un poco hiperbólica tal vez (y tal vez falsa por lo tanto) y es la siguiente; si hacemos la autopsia a todo cadáver de mujer obesa multípara y que pase de los 45 años, encontramos de una manera general que tiene cálculos biliares y, en virtud de ello, llegamos a concluir que esta mujer tiene cálculos biliares porque no fumó, me parece esta conclusión un tan-

to absurda y pintoresca. A la misma podríamos llegar tal vez apuntando que el tabaco es una de las causas fundamentales del cáncer de pulmón, porque el 80 por 100 de los cancerosos fuman. En los medios rurales el cáncer de pulmón es relativamente raro, mientras que en los medios urbanos es muy frecuente, y también es así que en los medios rurales se fuma por lo menos casi tanto o tanto como en los medios urbanos. Por otra parte, poco a poco vamos viendo que la mujer fuma, prácticamente tanto como el hombre y, sin embargo, el cáncer broncógeno de la mujer sigue siendo extraordinariamente raro. Para mí más raro aún que lo que las estadísticas que hemos oído nos han demostrado.

El diagnóstico clínico es prácticamente inasequible desde el punto de vista de la precocidad. Cuando se diagnostica un cáncer, generalmente ya no es operable. Este es un tremendo problema que exigiría, como ha preconizado el Doctor MANRESA, un catastro general para la pesquisa. Respecto de esta cuestión, nuestra experiencia nos conduce a asegurar que, cuando el cáncer es visible por broncoscopia, en general no hay supervivencia ulterior más que de muy pocos meses, después de la intervención. Por tanto, desde el punto de vista del pronóstico, es más importante la situación que la histología, siempre cuando sea intervenido quirúrgicamente. Es decir, abandonando a su propia evolución, un cáncer periférico es más frecuente el tipo indiferenciado, pero desde el punto de vista de las posibilidades terapéuticas, tiene muchas más un cáncer periférico que se diagnostica a tiempo que un cáncer central, porque en éste la amputación bronquial no siempre puede hacerse en zonas seguramente indemnes. Respecto a los signos que podemos nosotros encontrar en la clínica para hacer un diagnóstico precoz, hay uno que tiene interés cuando se presenta, y es muy importante: se trata de la osteopatía de Bamberger-Marie. Cuando existe tiene valor, pero cuando no existe, naturalmente su valor no es negativo.

La broncoscopia tiene unos límites extraordinarios. Los límites están fijados por la accesibilidad del sistema bronquial al método de investigación.

La citología tiene asimismo bastantes limitaciones, por tanto, tenemos que llegar a una conclusión aparentemente pesimista y es que el diagnóstico de cáncer de pulmón tiene que ser una mera suposición o una mera hipótesis, una creencia. Pensar que hay una posibilidad de cáncer y proceder como si lo hubiera. Respecto de esto tenemos que terminar diciendo de una manera un poco gráfica una frase que se le ocurría al propio GRAHAM en una sesión de la asociación de cirujanos de tórax ame-

ricanos acerca de la discusión del diagnóstico diferencial de las imágenes pulmonares que podían parecer un cáncer. Terminó diciendo: «Todas estas enfermedades son quirúrgicas, el diagnóstico me lo dará el anatomo-patólogo después de hecha la intervención.»

Dr. M. BADELL SURIOL

FELICITAMOS a los señores Ponentes y colegas que nos han precedido, por su brillantez expositiva, su brevedad y la valiente nota personal que han dado a sus aportaciones.

Nosotros quisiéramos destacar el aparente olvido del neoplásico pulmonar avanzado, tipo de enfermo que, en general, recibimos para su tratamiento los radiólogos. Estos enfermos nos inducen serias meditaciones de las cuales quisiéramos hablarles.

Toda precipitación, al ver inicialmente estos enfermos, tiene sus limitaciones. Siempre se encontrará el tiempo necesario para completar nuestra información clínica, ya que con las solas consideraciones hasta aquí apuntadas, sólo tendremos una visión parcial y limitada; la metodología para la información clínica que hasta ahora se ha señalado, se limita al bulto y sus inmediatas complicaciones y poco más.

Estos enfermos y, de manera tanto más manifiesta cuanto más avanzado es su grado evolutivo clínico, nos ofrecen una doble faceta fisiopatológica altamente interesante: sus repercusiones sobre la totalidad del organismo y la propia fisiopatología del individuo de edad avanzada o, fisiológicamente, más avanzada de lo que cabe suponer por su edad. Como repercusiones encontramos la alteración, más o menos significativa, del estado de reserva funcional del eje hipófisis-suprarrenal y, las alteraciones metabólicas hidrominerales, proteicas e hidrocarbonatadas y, la sobrecarga funcional hepato-renal y cardio-respiratoria, todo ello condicionado por los fenómenos de la histolisis tumoral (espontánea o provocada). Por otra parte, sabemos que el viejo tiene anquilosados sus mecanismos de regulación del equilibrio ácidobase y minimizado el funcionalismo de determinadas vísceras.

Por lo demás, con toda seguridad veríamos mejorar nuestros re-

sultados jugando simultánea o escalonadamente los distintos métodos antineoplásicos directos cuyo espectro de acción no se cruce o contradiga. En este sentido, consideramos como actuación antineoplásica directa y altamente eficaz, el cuidado del estado general, en particular, de aquellos trastornos metabólicos y funcionales más significativamente alterados.

Para terminar, consideraremos el caso particular de la irradiación de estos enfermos. Desaconsejamos el clásico y sistematizado método para su irradiación. Aparte de dosificar y distribuir la energía radiante de la manera más óptima posible, debemos considerar la compleja acción farmacodinámica del «fármaco» radiaciones. La dosificación energética se dispondrá controlando el fenómeno de la radiolisis tumoral. Para ello se estudia la tasa plasmática polipeptídica; las evoluciones de ésta, son un claro índice de la efectividad de la irradiación y de la radiosensibilidad tumoral. Además, su conocimiento, nos permite mantener el organismo en las óptimas condiciones, o sea, en aquellas en las que puede reaccionar de manera adecuada y suficiente, ante el insulto que representa la irradiación y ayudando a ésta en su actuación antineoplásica. Por otra parte, como sabemos que la radiosensibilidad tumoral es directamente proporcional al estado de hidratación intracelular y a su contenido intracelular de oxígeno y, por el contrario, indirectamente proporcional a la reacción alcalina del medio y a una tasa glucémica elevada, durante la irradiación y en este sentido procuramos las mejores condiciones. Para ello y entre otros fármacos, nos servimos de la insulina o de la tiroxina.

En resumen:

Entendemos que la precipitación ante uno de estos enfermos sirve más nuestra impaciencia que los males del enfermo.

La orientación clínico-terapéutica exclusivamente fundamentada en los signos y síntomas clínicos locales e inmediatos es parcial y limitada.

En el caso del enfermo neoplásico pulmonar y tanto más en el de grado evolutivo clínico avanzado, se encuentra un complejo sindrómico que no se puede despreciar. Este nos permitirá una más exacta ponderación clínica y, por lo tanto, el establecimiento de una más adecuada orientación terapéutica.

Con toda seguridad mejoraríamos nuestros resultados, con el juego simultáneo o escalonado de cuantas armas antineoplásicas eficaces tenemos a nuestra disposición.

Creemos que por el solo hecho de cuidarnos más del estado general de estos enfermos, ya luchamos y de una manera eficaz contra la neoplasia.

Dr. F. TELLO VALDIVIESO

REALMENTE, el tratamiento del cáncer de pulmón continúa siendo decepcionante. Yo, en una serie de trescientos y pico de cánceres, confieso que no he podido mandar al cirujano más que una parte muy pequeña, porque todos los demás, cuando los he visto, estaban en una situación claramente inoperable. Esto naturalmente sigue planteando el problema del diagnótico precoz, de lo cual se ha tratado aquí ampliamente. El problema difícil de resolver es que la mayor parte de los cánceres cuando comienzan son silenciosos. Sólo en relativamente pocos hay la suerte de que ya precozmente una hemoptisis o cualquier otro síntoma llame la atención. En general, la sintomatología aparece cuando ya el cáncer está en fase más avanzada, afectando a estructuras próximas, mediastino o pared, que hace considerar la operación ineficaz o con escasas posibilidades de éxito. La señorita BOUCOT ha expuesto en varias ocasiones los resultados de las encuestas fotorradioscópicas en gentes de 40 a 70 años. Este año lo hizo en el Congreso de Fotorradioscopia de París, al cual asistió. En teoría, los exámenes catastrales en estas edades pueden ser el camino para resolver el problema del diagnóstico del cáncer pulmonar en fases precoces, cuando el porcentaje de éxito por la operación es muy alto. Pero esto, que en teoría está muy bien, en la práctica presenta unas enormes dificultades. Estas imágenes radiológicas mínimas tienen unas características tan imprecisas que sólo permiten suponer que se pueda tratar de un cáncer. Los medios clínicos habituales son totalmente ineficaces. Las broncoscopias y los exámenes de esputos son negativos. El esperar hasta que se puede hacer, mediante el crecimiento de la imagen o la aparición de un signo evidente, un diagnóstico positivo, hace que pueda transcurrir un tiempo que haga que la intervención deje de ser eficaz y perder la virtud del procedimiento. Si todas las imágenes sospechosas se someten a la toracotomía y en la duda a la biopsia tropezamos con graves dificultades. Una la de convencer a un sujeto que se encuentra bien a hacerse una toracotomía, y después decirle que sigue muy bien y que todo ha sido una alarma nada más. Otro que en muchas ocasiones una toracotomía implica gastos de bastante consideración que ante muchas gentes sólo están justificados cuando el hallazgo es positivo. Claro es que quizá esto se pueda resolver por los Seguros sociales.

Creo, pues, que el crecimiento insidioso del cáncer muchas veces durante la fase operable, hace que

no podamos considerar la extirpación quirúrgica como el procedimiento general de tratamiento. Desgraciadamente, por el momento, no tenemos otro evidentemente eficaz. Durante mucho tiempo se pensó que la poca eficacia de la rarioterapia estribaba en que no teníamos equipos y aparatos suficientes para producir la irradiación conveniente de los tumores sin lesionar la piel. Cuando salió la radioterapia cíclica y demás técnicas semejantes, muchos pensamos que podía ser esto la resolución de una gran cantidad de cánceres que no han podido ser operados. Pero hasta ahora parece que, desgraciadamente, los resultados no se aproximan a las esperanzas. Creo, pues, que sigue abierto el buscar un tratamiento eficaz del cáncer que sea eficiente, no solamente en las fases mínimas de comienzo. Probablemente el camino de la quimioterapia será el que resuelva en última instancia el problema.

El Dr. MANRESA y alguno más ha citado que en el empleo del método de Papanicolau se plantean muchas veces una gran cantidad de dificultades. En las células descamativas de las bronquitis y otros procesos existen naturalmente carioquinesis, ya que son células que se están regenerando y activamente. Sus imágenes son totalmente similares a veces. Por ello es preferible, siempre que se pueda, como hacemos nosotros casi siempre, incluir los esputos en parafina. Entonces, además del cuadro citológico tenemos un cuadro histológico que suele ser más expresivo para decidir si lo que vemos es un trozo de tejido neoplásico o no.

Dr. E. BIETO REIMAN

Los clínicos y los broncólogos piden al patólogo un diagnóstico de certeza y lo que es más, los familiares del enfermo creen que es así. Ello entraña una grave responsabilidad.

Al patólogo, en realidad, ¡qué se le puede pedir! Yo creo que primero hay que pedirle, como decía el Doctor MANRESA, que tenga un conocimiento lo más profundo posible de la histofisiopatología celular bronquial, y, segundo, que sea muy prudente en sus juicios. Los materiales procedentes de broncobiopsia tenemos que dividirlos en

dos apartados completamente distintos, ya que los resultados son distintos: los que se obtienen por broncoaspiración, sea con filtro de nylon, sea directos, y los que se obtienen por biopsia. Me explicaré: el material de broncoaspiración generalmente nos proporciona células aisladas y todo lo que se fundamenta histológicamente en el *diagnóstico celular,* en ello mismo lleva el error. Pensad un momento en lo que es la mucosa bronquial: tiene una capa superficial que constantemente se desprende, y una profunda que se transforma en superficial. Esto quiere decir que las células de la capa profunda están en constante reproducción, y esta reproducción, aunque normal, puede dar lugar a la primera causa de error al examinarlas aisladas. Por otra parte, al ser células jóvenes, biológicamente activas, son pequeñas, cianófilas y tienen una inversión del coeficiente nucleo-protoplasmático, factores todos que pueden ser la segunda causa de error si no se las conoce bien. Por fin, la mucosa bronquial sufre irritaciones constantes por los mecanismos más diversos, sean intrínsecos (bronquitis agudas y crónicas), sean extrínsecos (compresiones de vecindad), que dan lugar a una metaplasia queratinizante de la capa superficial con transformación de la misma en epitelio malpigiano, que al desprenderse y ser observada al microscopio como grupos celulares aislados epiteliales, puede ser otra causa de error. Por lo tanto, el material procedente de broncoaspiración debe ser examinado con mucha cautela: sobre 1.400 broncoaspiraciones que he examinado en el transcurso de dos años y medio, mis resultados son bastante más modestos que los de ciertos autores norteamericanos. Ellos dicen que por el método de Papanicolau (examen en fresco) o con inclusión en parafina, obtienen un 80 a 85 por 100 de resultados positivos. Yo, señores, no he llegado más que al 62, máximo 63 por 100 de resultados positivos, pero debo decir que, quizá por suerte, ningún resultado falso. Ahora bien, cuando lo que examinamos no son células, sino micro-fragmentos, y para esto sí que es útil la técnica de filtrado con media de nylon, entonces estamos en la frontera de la citología y la histología y observamos la citoarquitectónica, es decir, células situadas en el tejido, entonces el error será más debido a falta de conocimientos que a las células en sí.

Por fin, cuando lo que examinamos es una biopsia y la presa ha sido bien hecha, en plena masa tumoral, todo patólogo consciente hará una diagnóstico correcto. Una sola causa de error es posible, y es que la presa sea hecha fuera del tumor, por no poder ser alcanzado el mismo con los instrumentos,

y entonces el resultado será negativo, a pesar de ser el enfermo portador de un tumor.

En conclusión y aun a riesgo de repetirme, lo que debe pedirse al patólogo es: que sepa lo que mira y que sea muy prudente en sus conclusiones.

Dr. J. CORNUDELLA

Hoy ha flotado en el ambiente la idea del diagnóstico precoz del cáncer pulmonar, pero yo considero mejor la frase muy feliz que ha dicho el Dr. ALIX, la del *diagnóstico oportuno*. Solamente voy a comunicar, dada la premura del tiempo, que durante mi vida he visto cuatro cánceres pulmonares, que de 3 a 5 años antes habían presentado hemoptisis; fueron catalogadas de *hemoptisis sine materiae*. Dos de aquéllos enfermos, en el momento de las hemoptisis, tenían, además, una *insuficiencia mitral*, y se atribuyó la expulsión sanguínea a la cardiopatía mitral. El otro caso tenía una fibrosis difusa, antiguo tuberculoso, y se atribuyó la hemoptisis a la *fibrosis*. El cuarto caso era un hipertenso y se atribuyó la hemoptisis a esa patogenia. Los cuatro murieron de cáncer pulmonar, después de los intervalos de tiempo que hemos dicho.