

RECTIFICACION

Prof. L. G. GUILERA MOLAS

EL Dr. ABELLÓ ha tocado el tema del cáncer y tuberculosis y también el Dr. ALMANSA DE CARA. Esto me da pie para que use de estos pocos minutos para completar la parte del tema que no he tenido ocasión de exponer. LETULLE creía que la tuberculosis conduce con bastante frecuencia al cáncer. HUGUENIN admite que esta coexistencia en el pulmón existe, pero raramente, y para ROUSSY es excepcional. Así piensan los clásicos de la anatomía patológica, pero en los tiempos actuales esta opinión va francamente cambiando. BOBBIN y SILVERMANN⁶² escriben que aun hoy se dice con frecuencia como en los tiempos de ROKITANSKY, que cáncer y tuberculosis pulmonar son enfermedades antagónicas. Los autores no opinan así y aportan con todos sus detalles doce nuevas observaciones de cáncer y tuberculosis, once de carcinoma broncogéno y uno de adenoma brónquico, recogidos mitad en un hospital general y la otra mitad en un hospital para tuberculosos. Estudiando los factores que favorecen la coexistencia de una tuberculosis pulmonar y el cáncer bronquial, distribuyen los casos en dos categorías, se-

gún el predominio de una de las dos afecciones. Predominio del cáncer: Casos procedentes del King General Hospital. Pueden ser invocados dos factores: el estado de consunción provocado por el cáncer y la destrucción local neoplásica del pulmón facilitan que se contraiga la tuberculosis. Por el contrario, predominio de los procesos tuberculosos: Casos del Hospital Tiboro para tuberculosos. Pueden ser invocados como factores de la cancerización la metaplasia escamosa del árbol bronquial resultado de la evolución de la tuberculosis, la alveolitis que es de regla en las neumo-patías y la proliferación del epitelio brónquico consecutiva a toda inflamación o irritación. Para GUNNAR⁶³, la combinación de tuberculosis y cáncer se observa a menudo y en forma progresiva y en la mayoría de los casos precede la tuberculosis. En algunos casos es evidente que el cáncer es su consecuencia: carcinoma de la cavidad, del bronquio de drenaje de las cavidades, o del tejido cicatricial circundante. Para el Dr. SCHWARZ⁶⁴ los tumores pulmonares pueden formarse en las cicatrices de lesiones perforantes tuberculosas origina-

das frecuentemente por reblandecimiento de ganglios. Algo análogo ocurriría en la sífilis según CARRIÈRE y colaboradores ⁶⁵.

Todas las infecciones e irritaciones en general, pueden conducir por estímulo constante del epitelio a proliferaciones que tienden al recubrimiento de superficies ulceradas o a la recuperación de estructuras destruidas y aquel epitelio, estimulado constantemente, puede ser inducido a la cancerización siguiendo un proceso de: 1.º distrofia; 2.º displasia, en el que las células ya se tiñen de otra manera, son mayores, los núcleos son algo desiguales, etc. y finalmente 3.º dismitosis que es la fase final de las tres etapas que a mi entender se recorren siempre en todo cáncer. No existe cáncer d'emblée. Siempre hay un proceso distrófico; luego un proceso displásico todavía susceptible de regresión y finalmente sobreviene la mutación cancerosa ya no reversible. Por qué, cuándo, cómo, se produce la mutación, he aquí el problema; no lo sabemos. Pero que existe una mutación o algo equivalente irreversible, podemos darlo por seguro. Lo mismo en los procesos irritativos progresivos que en los regresivos cicatriciales y esclerosos, siempre existe un tiempo distrófico que conduce a la displasia y a la dismitosis.

El Dr. COLL COLOMER, al tratar de la frecuencia relativa del cáncer de pulmón en el hombre y en la mujer, dice que ha encontrado

en ésta todavía muchos menos que los que nos ha dicho el Dr. CARALPS. La cifra que he dado antes y que el Dr. MANRESA ha recogido, es una cifra dada por un autor de los Estados Unidos, donde la mujer fuma mucho más que aquí. Nuestras mujeres fuman mucho menos que en otras partes, y además todavía no sufren las consecuencias del tabaco. Cuando lleven fumando 20 ó 30 años, empezaremos a ver cánceres en la mujer. Por ahora, vemos pocos pero es seguro que los veremos aumentar porque estoy completamente convencido de que el tabaco es el agente cancerígeno pulmonar número 1. En mi estadística la proporción es de una mujer por 14 hombres. No es por tanto la de 1 a 7 como en América, y se acerca a la del Dr. MANRESA de 1 a 19. Estamos lejos de la del Dr. CARALPS, mucho menor todavía.

Doctor ALIX. En los medios rurales, no se fuma tanto a mi entender; cuando menos nadie puede aducir una estadística en que se demuestre lo contrario, es decir que se fume igual o más en la ciudades. Creo que se fuma más en estas que en los medios rurales; así lo afirman, además, varios de los autores de las 60 y pico de citas recogidas por mí relativas al tabaco. Dice el Dr. ALIX: Ciertamente que aumenta el cáncer del pulmón, pero, ¿es que no aumenta en las otras localizaciones? No, señor; en las estadísticas que yo puedo aducir aquí de grandes centros alemanes, las autopsias

que se practican demuestran un aumento progresivo del cáncer del pulmón y un *statu quo*, que por tanto representa un descenso relativo, o una disminución en el número de los cánceres de otras localizaciones. Otra cosa nos dicen las estadísticas: El cáncer de pulmón ha pasado en Strasbourg del séptimo, al primer lugar en las autopsias, coincidiendo con el aumento en el consumo del tabaco que, como he dicho, en Suiza es de 30 veces más y en otros sitios de 11 veces más que hace unos años. Además, dice el Dr. ALIX: El aumento en la mujer no existe y sin embargo, fuma mucho. El aumento en la mujer existe, pero no tan acentuado, 1.º, porque no fuma tanto como el varón y probablemente porque no traga tanto humo. De todas maneras en Suiza es 30 veces mayor en el hombre y 7 veces mayor en la mujer desde que se fuma tan-

to; en Noruega 7 veces mayor en el hombre y 5 en la mujer. Por tanto en la mujer desde que esta fuma más, también ha aumentado. Además añadiré como final: En nuestro Servicio, vemos todos los años aproximadamente 30 casos de cáncer de laringe. Llevo veinte y tantos años en el Servicio y he visto más de 600 casos de cáncer de laringe. Dos en la mujer, sólo dos, y una de las pacientes, había trabajado en la Fábrica de Tabacos de Sevilla y fumaba. He visto pocos casos, muy pocos de cáncer de la boca en la mujer en relación a los vistos en el hombre; pues bien, en un caso en que no había raigón ni protesis responsable en una mujer, la enferma, que procedía de La Habana, fumaba cada día varios puros. En consecuencia he de establecer firmemente que en la boca el cáncer es del fumador, en la laringe es del fumador, y en el pulmón es del fumador.



Dr. G. MANRESA FORMOSA

POR la brevedad del tiempo de que disponemos responderé a los compañeros que han tenido la amabilidad de intervenir, haciéndome eco solamente de lo que hace

referencia al diagnóstico precoz del cáncer broncopulmonar.

Doctor FROUCHMAN. Precisamente gracias a uno de los signos precoces que yo he citado, imagen ra-

dioscópica periférica, pudo hacer el diagnóstico precoz que hizo posible el buen resultado terapéutico obtenido. En cuanto a la dificultad de valorar la tos como síntoma precoz en un tosedor crónico, es realmente muy difícil; sin embargo, el interrogatorio o la manifestación espontánea del paciente pueden advertirnos del cambio del tipo de tos: más seca, penosa, de timbre especial y desde luego irreversible al tratamiento. Cualquier otro tipo de tos, aun que sea temporalmente cede a un tratamiento correcto. La velocidad de sedimentación es un signo a tener en cuenta y que yo no he citado, pero no tiene valor preciso y su alteración es muy frecuente en procesos del aparato respiratorio. No es raro ver un paciente con cáncer broncopulmonar con una velocidad de sedimentación casi normal. Es un dato que tiene valor siempre que vaya acompañado de otros.

Realmente el diagnóstico precoz de la neoplasia que hoy estudiamos es muy difícil, por esto estamos de acuerdo con el Dr. ALMANSA DE CARA en la conveniencia de hacer, en ciertas edades de la vida, verdaderos catastros fotoradioscópicos; sin embargo, creo que este medio solo nos daría, con la precocidad deseada, los cánceres periféricos. Y precisamente por esta razón se explica el hecho de que acaba de hacer mención el Dr. ALIX de que a pesar de ser el cáncer periférico el citológicamente más malig-

no, es el que en la práctica ofrece mejores resultados sometido al tratamiento de resección oportunamente.

En cuanto al problema planteado por el Dr. ABELLÓ y también mencionado aquí por el Dr. ALMANSA, recuerdo haber visto en una sola semana once enfermos de cáncer broncopulmonar, de los cuales cinco dieron baciloscopia positiva. La asociación neoplasia broncopulmonar y tuberculosis es un hecho y además creo está pasando un momento especial por una razón: es indiscutible que los tratamientos modernos hacen que la vida del tuberculoso pulmonar se alargue lo suficiente para que éste tenga mayor oportunidad de padecer un cáncer. Pero que duda cabe que puede tener gran papel etiopatogénico, el hecho observado por el Dr. ABELLÓ, y comentado también por CANETTI, de las grandes metaplasias halladas en el estudio de las piezas de exéresis de los pacientes que han recibido grandes dosis de bacteriostáticos.

En cuanto a los casos de hemoptisis *sine materie* que al cabo de algunos años se demuestra que sufrieron pacientes que presentaron después un cáncer broncopulmonar, he de decir al Dr. CORNUDELLA que constituye realmente una gran dificultad para ser valoradas oportunamente como síntoma precoz de cáncer. Sin embargo, hoy somos mucho más exigentes en el diagnóstico del origen desconocido de

una hemoptisis, particularmente si esta se da en la edad delicada de los 45 a 65 años. La broncoscopia repetida y hecha, si cabe, durante la hemoptisis puede ayudarnos al diagnóstico exacto.

Realmente como señala el doctor TELLO VALDIVIESO, a veces es muy difícil decidir un caso que ha hecho nacer en nosotros la sospecha de un cáncer broncopulmonar, y en cambio no tenemos síntomas de localización que dirijan la búsqueda de los signos de certeza. Pero, yo ya no me refiero a esos casos tan difíciles como dudosos, me daría por satisfecho con solo diagnosticar oportunamente aquellos enfermos que llegan a nosotros con un diagnóstico tan cierto como tardío, cuya historia demuestra la posibilidad de diagnosticarlos seis o más meses antes... y con certeza. Estamos de acuerdo que la foto-radioscopia no revela a veces las imágenes de comienzo; ya hemos dicho que esto sólo acontece en los periféricos y a este tipo de exploración escapan los endo-bronquiales. Para estos la broncoscopia y sus anexos. Nuestra conducta, cuando observamos una imagen sospechosa, es seguir al enfermo muy de cerca. Y en cuanto a la toracotomía exploradora, a pesar de ser cara, siendo hoy tan inocua como una laparotomía, se puede y debe practicar cuando nuestras dudas son fundadas ante una imagen concreta. Recordemos

que OVERHOLT asegura que fiel a esta conducta ha podido comprobar que en un 90 % de veces halló un cáncer.

Como ejemplo de este 10 % en que no se confirma la neoplasia, he de referir la lobectomía practicada por mí hace pocos días, en que la imagen sospechosa de cáncer resultó una membrana encarcelada de un quiste hidatídico. La causa de error la atribuyo a no disponer de la extraordinaria pericia del doctor BIETO en el estudio de la bronco-aspiración; pero, confirma la afirmación de que el 10 % de las afecciones no neoplásicas son quirúrgicas. Aprovecho este momento para señalar mi completo acuerdo en todo cuanto ha manifestado el doctor BIETO por lo que hace referencia al valor y a la técnica del material obtenido por bronco-aspiración. Al exponer este punto anteriormente hice mención general de los detalles que él ha señalado; a fin de cuentas me honro con la eficacísima colaboración del doctor BIETO. He de manifestar mi completo acuerdo con el Dr. COLL y vuelvo a repetir que el diagnóstico broncoscópico depende de la localización de la neoplasia y de la pericia del broncoscopista y lo digo en honor suyo por ser un experto técnico de la broncoscopia.

Para terminar he de señalar que desgraciadamente en algunos casos la primera manifestación clínica es la metástasis, algunas veces con

una neoplasia primitiva de pulmón mínima. Queda, por ser la cerebral la más frecuente metástasis de una neo pulmonar muda, en vigencia la afirmación de que siempre que exista una alteración cerebral coexistiendo con una imagen pulmonar, debemos tener el convencimiento

de que se trata de una neoplasia broncopulmonar.

Agradezco cordialmente a todos los que han tenido la bondad de intervenir por cuanto me han enseñado y por haberme brindado la oportunidad de dialogar con colegas de tan reconocido prestigio.



Dr. A. CARALPS MASÓ

DOS palabras nada más para contestar a las observaciones que han sido hechas en relación al tratamiento quirúrgico. El doctor MARGARIT al hablar de las exéresis alargadas dice que en algún caso ha habido necesidad de extirpar el pericardio. Yo entiendo que sistemáticamente debe extirparse el pericardio, porque es un receptáculo de células neoplásicas del que puede más tarde partir la reproducción en el muñón. La comunicación de los linfáticos del pericardio con los linfáticos de la carina es evidéntísima. En relación con el examen funcional, estoy completamente de acuerdo y me ratifico en lo que he sentado al leer mi comunicación. Creo que en las estadísticas pesa mucho más un mutilado que un muerto. De manera que todo lo que se haga para valorar la capacidad del pulmón sano, del pulmón

restante, es poco. En relación con la intervención del Dr. ABELLÓ, aunque no haya hablado directamente del tratamiento quirúrgico, quiero aprovecharla para insistir en un hecho, cuando existen bacilos de Koch en los esputos de enfermos sospechosos de cáncer de pulmón, muchas veces se hacen inoperable gracias al médico, porque de una manera inexplicable se espera a que la sospechada neoplasia crezca. Yo creo que en estos casos cuando los dos procesos son estrictamente unilaterales no es más que la toracotomía exploradora la que nos dirá si se trata de una neoplasia o no y en caso de tratarse de una tuberculosis la toracotomía exploradora tampoco será un obstáculo extraordinario para que después pueda curar. A menudo la toracotomía exploradora puede ser la iniciación de un siste-

ma de tratamiento. El Dr. COLL nos ha hablado de la broncoscopia en el cáncer de pulmón. En relación con la operabilidad quiero decir que la ampliación de las carinas que se ha dado sistemáticamente como signo de inoperabilidad, tiene un valor muy relativo, existen muchas veces ganglios hiperplásicos inflamatorios que amplían las carinas sin que sean ganglios neoplásicos y además añadir que cuando hay una atelectasia lobar, muchas veces el desplazamiento de los bronquios principales o de los bronquios lobares semejan a la broncoscopia una ampliación de carinas por adenopatía. El Dr. ALIX, ha citado nada más el cáncer periférico como mejor para la extirpación, para la extirpación técnica mucho mejor, para la invasión del mediastino mucho peor. Los linfáticos de la periferia del pulmón son más numerosos, tienen las paredes más frágiles y están sometidos directamente a las oscilaciones tensivas de la hendidura pleural. El Dr. BADELL trata de la radioterapia y dice nosotros los radiólogos que recibimos los inoperables... yo creo que ahora los radiólogos han entrado en la fase de recibir los operables. Es evidente que el cirujano no puede llegar más allá de donde alcanza su agresividad quirúrgica, pero es evidente también que el único procedimiento capaz de poner un cáncer de pulmón operable, en condiciones de ser operado con mejores garantías es la irradiación. Practicando

la inyección intraparenquimatosa durante la toracotomía exploradora de azul de cielo o prontamina, en enfermos irradiados hemos comprobado de una manera ciertísima el bloqueo del sistema linfático del mediastino. Ahora bien, aunque no tengo experiencia todavía para hablar de los resultados lejanos en la asociación de la radioterapia con la cirugía, puedo decirle que es necesaria la colaboración íntima entre el clínico, el broncoscopista, el radiólogo y el cirujano. Al Dr. TELLO nada más que contestarle a lo que ha dicho de la posición un poco desairada con que se encontraría el médico al someter un enfermo sospechoso de cáncer, a una toracotomía inútil por la cuestión económica. Yo quiero volver la oración por pasiva y replicarle, ¿qué le diría el paciente si después de encontrarse con un cáncer que se ha hecho inoperable gracias a esperar en demasía, se le explicara que no se le había operado por miedo a la cuestión económica? El Dr. TELLO que es muy optimista ha dicho por miedo a que se gastara unos miles de duros, creo que no es así. El Dr. ALMANSA trata de la profilaxia. Creo con él que el único medio profiláctico es la inspección sistemática de los individuos que han entrado en la edad del cáncer y el análisis sistemático de las secreciones bronquiales en los tosedores crónicos. Por desgracia con la mucosa del bronquio no nos alcanza como en la piel,

diagnosticar el precáncer, la anaplasia intraepitelial, ni el carcinoma *in situ* ni la queratosis que en aquella hacen sospechar la posibilidad de una evolución ulterior neo-

plásica. La inspección sistemática junto con la educación del vulgo creo sería el único procedimiento para conseguir una disminución de la mortalidad por cáncer.