

4-4
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARCINOMA PULMONAR
EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MIGUEL ANGEL AGUILAR OLIVA

EN EL ACTO PUBLICO DE

SU DOCTORAMIENTO



SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1956

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARCINOMA PULMONAR
EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MIGUEL ANGEL AGUILAR OLIVA

EN EL ACTO PUBLICO DE

SE DOCTORAMIENTO

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1956

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

DR. ROMEO FORTIN MAGAÑA

SECRETARIO GENERAL

DR. JOSE ENRIQUE CORDOVA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DR. SATURNINO CORTEZ M.

SECRETARIO

DR. ROBERTO C. CUELLAR

----- 0 -----

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PRIMER DOCTORAMIENTO PRIVADO

Clinica Médica:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez

Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza

Segundo Vocal: Dr. Benjamin Mancía

SEGUNDO DOCTORAMIENTO PRIVADO

Clinica Quirúrgica:

Presidente: Dr. Luis A. Macías

Primer Vocal: Dr. Carlos González Bonilla

Segundo Vocal: Dr. Saturnino Cortez M.

TERCER DOCTORAMIENTO PRIVADO

Clinica Obstétrica:

Presidente: Dr. Roberto Orellana

Primer Vocal: Dr. Antonio Lazo Guerra

Segundo Vocal: Dr. Jorge Bustamante

DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Presidentes: Dr. Luis Edmundo Vásquez

Primer Vocal: Dr. José F. Valiente

Segundo Vocal: Dr. Mario Reny Roldán

DEDICATORIA

A mis padres: Pilar E. Aguilar y María Oliva de Aguilar

A mis hermanos: Hernán Romeo, Daniel Efraín y María
del Pilar.

Agradecimiento

al Dr. José F. Valiente quien bondadosamente me orientó para hacer este trabajo.

En la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día treinta de Enero de mil novecientos cincuenta y seis. Reunidos en el Decanato de la Facultad de Medicina los infrascriptos miembros del Tribunal designado para calificar el trabajo de Tesis presentado por el Br. Miguel Angel Aguilar Oliva, titulado "CARCINOMA PULMONAR EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA", hacemos constar que hemos revisado dicho trabajo y que en vista de que reúne las condiciones exigidas por los Estatutos de la Universidad le damos nuestra aprobación por unanimidad de votos.

Dr. Luis Edmundo Vásquez
Presidente

Dr. José F. Valiente
Primer Vocal

Dr. Mario Reny Roldán
Segundo Vocal

PLAN DE TRABAJO

- I.- INTRODUCCION
- II.- HISTORIA
- III.- ETIOLOGIA Y PATOGENIA
- IV.- FORMAS ANATOMICAS
- V.- DIAGNOSTICO
- VI.- TRATAMIENTO
- VII.- CASOS REPORTADOS
- VIII.- CONSIDERACIONES FINALES
- IX.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Múltiples son las razones por las cuales es de gran importancia el estudio del Carcinoma Pulmonar.

En primer lugar, el hecho de que cada vez es más frecuente y esto no es sólo una falsa apariencia, (por ser en la actualidad mejor diagnosticado) sino una realidad incontrovertible teniendo como base las estadísticas de Anatomía Patológica.

El diagnóstico, a pesar de ser posible tempranamente, se hace generalmente en una época en la cual ya nada se puede ofrecer al paciente, como no ser la humanitaria labor de aliviarle alguna de sus molestias, pues no para todas se tiene, desgraciadamente, manera para hacerlo. Pero por sobre todo, lo que más grande importancia tiene, son los progresos que en el diagnóstico se han alcanzado, haciéndose en una etapa precoz, gracias al advenimiento y perfeccionamiento de los métodos radiográficos broncoscópicos y cortes por congelación, lo cual unido a los enormes progresos en la cirugía del pulmón, y métodos fisioterápicos de tratamiento, ha venido a esclarecer en algo el obscuro pronóstico a que están condenados los pacientes de esta dolencia, dando oportunidad al médico de poder ser útil a su paciente, ya no sólo aliviándole, sino hasta curándole, aspiración máxima de los que a esta tarea se dedican, y cumpliendo así con los postulados del padre de la medicina, Hipócrates.

El presente trabajo, probablemente no tiene originalidad

alguna, pues nada nuevo puede encontrarse en él. Sin embargo, el deseo de dar a conocer la labor que en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana se ha llevado a cabo en ese sentido, me ha movido a emplearle para cumplir con un requisito que nuestra Universidad manda.

H I S T O R I A

Parece ser que el cancer del pulmón fué desconocido por los médicos de la antigüedad, a pesar de que se tienen noticias de que fué descrito por Hipócrates.

La historia del cáncer del pulmón, se remonta al año 1500 en que Agricola, describió una enfermedad mortal en los mineros de Sajonia, que hoy se identifica como cancer del pulmón en las minas de Schneeberg. Así mismo existe por parte de Morgagni en 1776 la descripción de dos observaciones necróticas que corresponden al cancer del pulmón.

Pero es Bayle quien en realidad individualizó esta afección, y la describió en 1810 como una variedad de tisis, "la tisis cancerosa," haciendo notar que se producía en sujetos de cierta edad.

Jaccoud fué al parecer quien diferenció este proceso de la tuberculosis.

Behier hizo notar la frecuente invasión de los ganglios linfáticos supraclaviculares, y al mismo tiempo la preponderancia de los síntomas compresivos.

Algún tiempo después, hace su aparición en el campo de la medicina la recia personalidad de Laennec, y en 1826 describió una entidad como cancer encefaloide, describiendo tres formas anatomoclinicas: enquistada, infiltrada y con masas irregulares. Hugenin opina al respecto: "Laennec ha trazado el cuadro de nuestro conocimiento, y después casi nada se ha hecho más que precisar un detalle, acentuar el valor de un signo".

En 1837 Stockes hace una descripción clínica incompleta del cancer del pulmón, pero que comprende sin embargo todos los síntomas y todos los signos esenciales del cancer del pulmón.

Bennet en 1872 en la "Lumleain Lectures" estudió extensamente la sintomatología.

Eberman en 1857 recopiló 72 casos, uno de ellos en un niño de nueve años de edad.

Rokintansky reconoció diversas variedades macroscópicas de lesiones pulmonares.

Marchiafava en 1873 diferenció el cancer primitivo del secundario o metastásico.

Langhans, Marchiafava y Malassez entre 1871 y 1876 hicieron las primeras investigaciones histológicas.

Adler en 1912 hizo una notable monografía que incluía 374 casos de carcinoma y 90 casos de sarcoma.

Jaffe de 1915 a 1918 registró que constituía el 10.47% de la totalidad de fallecimientos en Viena y el 11.47% en 1935.

Sicard y Forestier hicieron las primeras broncografías con lipiodol en 1921.

Chevalier Jackson en 1928 usó la broncoscopia como medio diagnóstico.

Graham, Singer y Ballou fueron los primeros que trataron quirúrgicamente el cancer del pulmón en 1933.

Puede decirse que todas las escuelas han contribuido en distintos aspectos, clínico, anatómico, radiológico y últimamente terapéutico, al enriquecimiento de los conocimientos sobre esta enfermedad.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Aún no se ha escrito la última palabra sobre la etiología del cancer del pulmón y al igual que los demás cánceres, sigue siendo punto en el cual se vicrten muchas hipótesis, sin que hasta el momento haya sido posible, sacar de todas ellas conclusiones definitivas, quedándose en el terreno de la especulación.

Por ser el pulmón órgano de la economía humana, le han correspondido todas las patogenias para el cancer, y por ser órgano de la respiración, se ha querido ver en las afecciones respiratorias o sus secuelas, factores importantes en el determinismo del cancer del pulmón. No obstante esta incertidumbre, bien vale la pena mencionar las TEORIAS que al momento dominan el cuadro que nos ocupa, y para eso, bien podríamos hacer en primer lugar, mención de la etiología del

cancer en general y luego la revisión para el cancer del pulmón en particular.

CANCER EN GENERAL: Factores predisponentes; Existe según algunos autores, el llamado "terreno cancerizable", en el cual, alteraciones humorales, así como el aumento de algunas sustancias o disminución de otras, da lugar a esta recepción que puede transmitirse por herencia. Se ha encontrado que los individuos con tipos sanguíneos III y IV son los más predispuestos a padecer de neoplasias malignas.

FACTORES DETERMINANTES: Son varios los incriminados:

a) Teoría embrionaria: enunciada por Conheim y según la cual se cree sea debida a la proliferación de restos embrionarios, desplazados de su lugar en el embrión. Hay autores que opinan que los desplazamientos celulares pueden ocurrir también en el adulto y no sólo en el embrión.

b) Teoría Microbiana y Parasitaria: de ésta los autores no hacen más que mencionarla por considerar, que no se puede aplicar por ahora a la patología humana.

c) Teoría Irritativa: es la que cuenta con más parciales; fué iniciada por Virchow y según ésta las irritaciones crónicas determinan el crecimiento celular anárquico.

d) Teoría de la Acción de las Sustancias Químicas Cancerígenas: Se ha demostrado (1915) que las pincelaciones con alquitrán en la piel del conejo llegaban a desarrollar tumores epiteliales. Este hecho experimental, estaba de acuerdo con el hecho clínico del cáncer del pulmón de ciertas profe-

siones, a su vez fueron confirmadas por los estudios recientes sobre la bioquímica del alquitrán hecho sobre todo por Kennaway, Cook, etc., al demostrar que la porción cancerígena del alquitrán, era un hidrocarburo soluble en el benceno que fué posible también sintetizar así como los vecinos, siendo los más importantes el 1.2 benzopireno descubierto en 1933 y el metil colantreno preparado en 1934.

Los colorantes han sido señalados como cancerígenos así mismo la foliculina.

CANCER DEL PULMON: al igual que en el cancer en general, aquí pasaremos revista a las principales TEORIAS:

a) Teoría de la predisposición hereditaria. Radicaría en la mayor facilidad de los epitelios para la metaplasia y atipia.

b) Teoría teratológica: la neoplasia se desarrollaría a expensas de restos embrionarios.

c) Teoría del estado precarcinomatoso de Askanazy. Factores internos o externos, podrían constituir ese estado; en la edad avanzada estaría dado por los cambios endocrino condicionados por el envejecimiento.

d) Teoría irritativa: es la que más espacio abarca y dentro de ella se puede clasificar: 1) irritaciones por infecciones; 2) irritaciones por traumatismo; 3) irritaciones por radio actividad; 4) irritaciones por tabaco o por polvo; 5) irritaciones por sustancias químicas semejantes al alquitrán

o derivado de éste.

1) Irritaciones por Infección: En los antecedentes de enfermos de cancer del pulmón, es frecuente encontrar enfermedades del aparato respiratorio. Muchos autores conceden gran importancia a la gripe, la cual daría origen a metaplasias epiteliales brónquicas. Por el contrario otros arguyen, que dado las epidemias de gripe registradas es inexplicable el que no se hayan visto verdaderas epidemias de cancer del pulmón. Por otra parte, el hecho de que hayan tenido gripe hombres y mujeres, no explicaría la rareza del cancer del pulmón en las mujeres ni tampoco en presentarse en pacientes que no han tenido tal infección.

Autores hay que insisten en el papel de favorecedor de la tuberculosis y otros de la sífilis. La primera coexiste en menos del 10% de los casos. Parece ser que no es sino por una circunstancia casual que coexisten las dos afecciones sin que ningún papel se le pueda atribuir en la etiología. Respecto a la sífilis se ha querido ver como causa predisponente, a tal grado que algunos autores (Martín y Corlat) decían que la sífilis preparaba la cama para el cancer del pulmón. En realidad puede la sífilis coexistir en el cancer del pulmón, pero es casual.

2) Irritaciones por Traumatismos: Ya externos (contusión) ya internos (litiásis bronquial), (cuerpos extraños) son raros. Los casos del cancer del pulmón postraumáticos, son excepcionales y es aceptable la afirmación de Edwing que el tra-

una en un tejido normal no basta para producir un cancer.

Los traumatismos son vistos como factores de exteriorización de un neo latente.

3) Irritación por radioactividad en ciertas regiones:

Se ha descrito una enfermedad pulmonar caquetizante observada con frecuencia en las minas de Scheneberg, en los obreros que trabajan en dichas minas, la cual excepcionalmente la padecen los que no trabajan en ella, y en la que la neumoconiosis juega un buen papel. Este hecho ha sido citado y comentado, siempre que de etiología del cancer del pulmón se trata.

De esas minas se extrae la pechblenda, sustancia de donde extrajeron el radio los esposos Curie.

Parece ser que la radioactividad del mineral es la causa.

4) Irritación en los fumadores: La relación entre el cancer del pulmón y el tabaco, es un tema sobre el cual se han vertido los más variados comentarios.

Palacio y Mazzel al respecto dicen: estos tumores han aumentado después de la guerra del 14 al 18 coincidiendo esto con:

a) El mayor consumo de cigarrillos desde esa época y menor de cigarros (puro).

b) La proyección más laxiana hasta los bronquios que puede alcanzar el humo del cigarrillo y así mismo su mayor temperatura.

c) Se ha querido establecer relación entre los productos de combustión del tabaco y el 1.2 benzopireno. Este cuerpo ha

sido extraído del alquitrán por Cook, Huger y Kennaway y el 1.2 benzenraceno son las dos sustancias madres de todas las que tienen experimentalmente propiedades cancerígenas.

d) El hecho de que el cancer bronquial, que antes era muy raro en el mono, lo es más desde que se le ha acostumbrado a fumar cigarrillos.

Todas estas circunstancias se creían aplicables al sexo masculino, por ser el hombre el que abusaba del tabaco siendo a la vez más frecuente en ellos el cancer del pulmón, pero ahora las mujeres fuman tanto o más que los hombres y en ellas no es tan frecuente el cancer del pulmón.

5) Irritación por Polvos: Las neumoconiosis también han entrado en el terreno de la discusión aunque parece ser que la forma en que actúan sería por la irritación local.

Oslo, que es una ciudad que no tiene polvos, excepcionalmente se ve en sus habitantes el cancer del pulmón, hecho que ha sido citado como argumento. Otros autores alegan el hecho de que han visto muchas neumoconiosis, sin encontrar nunca tumores malignos en los pulmones.

6) Irritación por Ambientes con Gases Extraños, Alquitrán y Derivados: Se creyó que por la presencia de gases del tipo de los hidrocarburos policíclicos en la atmósfera de las ciudades de gran tráfico mecánico o intensa actividad industrial, se veía con mayor frecuencia el cancer del pulmón. Al colocar un filtro de algodón en el tubo de escape de un automóvil se obtiene un hidrocarburo cancerígeno de este tipo.

No hace mucho, nuevamente se ha insistido sobre el alquitranado de las calles como factor suficiente de explicar el aumento del cancer del pulmón, pues en el alquitrán se encontró el benzopireno que es altamente cancerígeno.

7) Irritación por Cuerpos Extraños: Se han citado casos en los que el cancer se desarrolló en pulmones portadores de cuerpos extraños, citando como ejemplo el caso de una mujer de 37 años, que a los trece meses aspiró un alfiler, falleciendo 36 años después, y encontrándose el alfiler en medio del carcinoma.

Todas estas causas mencionadas, originan cambios en el epitelio broncopulmonar, que han sido vistos como favorecedoras y los autores ponen como ejemplo que en las bronquiectasias el epitelio cilíndrico es sustituido por epitelio pavimentoso estratificado; así mismo algunos cánceres del pulmón revisan el tipo de epitelioma epidermoide, no pudiendo decirse en que grado esta transformación maligna fué condicionada por la metaplasia anterior de los bronquios.

Necesario es admitir, que, no teniendo hechos demostrativos, permanece totalmente ignorada la causa del Cancer del Pulmón.

FORMAS ANATOMICAS

No existe en el momento actual acuerdo completo por lo que respecta a las clasificaciones histológicas, a pesar de ser la Anatomía Patológica la primera base bien conocida de

esta dolencia y proceder en más de ciento sesenta años a la clínica. Por la Anatomía Patológica quedó bien establecido un hecho sumamente importante: el llamado Cáncer del Pulmón es en la mayoría de los casos un cáncer bronquial. En algunos países se sigue usando este nombre debido a la generalización del mismo. Los Sajones y Germanos así le llaman y así es en efecto para la mayoría de los casos. Existen muchas dificultades para la clasificación anatómica del cáncer del pulmón, tanto macroscópicas como histológicas. Hay en la literatura muchas de ellas, siempre con tendencia a la simplicidad, al igual que en radiología y clínica; por ejemplo, se tienen las siguientes: las de Edwing, Olson, Fabris, Geschickter-Denison, Rist, Clerf-Crawford, Arkin-Wagner, Tuttle-Womack, Marchesani, Chevalier-Jackson, Koletsky, Brines-Kerning, Monetrier y Eugenin.

Ewing propone dividirlos según deriven del epitelio de revestimiento bronquial, de las glándulas bronquiales, o del epitelio alveolar.

Olson los divide en tres categorías: Cáncer de células pavimentosas, adeno carcinoma y carcinoma indiferenciado.

Fabris los clasifica así: 1) indiferenciados que pueden ser microcitomas genuinos o linfoides o microcitoepiteliomas. 2) Mal diferenciados, de células intermedias. 3) Diferenciados que pueden ser platicelulares, prismocelulares o musígenos.

Geschickter-Denison distinguen dos grandes grupos que a

su vez comprenden varios subgrupos:

I.- El tipo hiliar más frecuente que es un cáncer epidermoide, y se origina en las células basales de los grandes bronquios. Tiene tres grados de malignidad: 1) predominan las células pavimentosas y es el menos maligno; es el que suele aparecer por encima de cincuenta años. 2) predominan las células basales e intermedias, aparece por debajo de los cincuenta años. 3) de células fusiformes, es el más maligno y aparece en los jóvenes.

II.- El tipo lobular o de adeno carcinoma, menos frecuente, originador en las ramificaciones terminales de los bronquios, tiene también tres formas de malignidad: 1) el adenoquios, columnar; 2) el adeno mucosoide; 3) el de células cúbicas, que es el más maligno y aparece antes de cuarenta años.

Fried no acepta el llamado epiteloma alveolar, pues no cree en la existencia de epitelio de revestimiento en los alveolos.

Rist, es partidario de seguir la distribución así: 1) epiteloma bronquial cilíndrico; 2) epiteloma bronquial de evolución malpighiana o epidermoide. 3) epiteloma atípico, generalmente de células pequeñas, fusiformes o redondeadas; son los más frecuentes.

Clerf-Crawford, así como Arkin-Magner, distribuyen los distintos tipos en tres categorías: 1) carcinoma de células pavimentosas (la mayoría); 2) carcinoma indiferenciado; 3) adeno carcinoma.

Tuttle-Womack realiza la clasificación citológica sobre la base de la diferenciación, examinando varias porciones del pulmón; así distinguen: 1er. grado, tumor de células que semejan células adultas ciliadas, células caliciformes o células epiteliales pavimentosas; 2º grado, tumor de células con tendencia a la diferenciación, pero que no llega a completarse; 3er. grado, aquellas que recuerdan la capa basal epitelial y el llamado carcinoma de células redondas.

Marchesani adopta la siguiente: 1) carcinoma de epitelio plano cornificado. 2) carcinoma de células basales. 3) carcinoma de células cilíndricas tubulares. 4) carcinoma de células cilíndricas tubulares. Las más frecuentes con la primera y la tercera.

Chevalier-Jackson los distribuye en cuatro tipos: 1) adeno carcinoma. 2) carcinoma de células pavimentosas; 3) carcinoma de tipo indeterminado. 4) carcinoma de células basales indiferenciado.

Brinnes y Kerning simplifican la clasificación en los tipos diferenciado e indiferenciado.

Simons, en su estudio de conjunto, señala que la mayoría de tumores son de células indiferenciadas que se originan en la capa profunda de la mucosa bronquial, mucosa que tiene una capa basal de células ovales o redondeadas y otra superficial de células cilíndricas, y que todas ellas se originan en la hipofaringe primitiva que produce el epitelio pavimentoso de la boca y del esófago; de allí que puedan en-

contrarse tres tipos histológicos de carcinoma: el de células fusiformes, el cilíndrico y el pavimentoso.

Hugonin resumió los aspectos histológicos en tres tipos: epiteloma melpighiano o paramelpighiano; epiteloma cilíndrico, que puede ser glandular o atípico, y epiteloma de células pequeñas.

Al establecer comparación entre las anteriores clasificaciones, puede notarse que existen puntos en común y que sólo se diferencian por los nombres dados por los distintos autores. Así el epiteloma melpighiano o paramelpighiano corresponde al pavimentoso de ciertos autores.

Sin embargo, por la sencillez y fácil comprensión, la clasificación de Ewing es la que expondré a continuación: dejemos establecido al principio que dividía en carcinoma del epitelio bronquial, carcinoma de las glándulas mucosas bronquiales y carcinoma del epitelio alveolar. El primero de estos, propágase por la pared de los bronquios, tabique y pleura, originando cambios a la vez en la mucosa bronquial; por acentar generalmente en la bifurcación traqueal puede propagarse hacia arriba a la tráquea y hacia abajo a los bronquios.

El carcinoma procedente de las glándulas mucosas bronquiales se localiza principalmente en la región parietal, en la submucosa bronquial.

El carcinoma procedente de los alveolos pulmonares puede presentarse bajo dos tipos, difuso y múltiple o nodular.

En el primer caso, un lóbulo o el pulmón entero se endurece uniformemente, formándose a veces cavernas por la necrosis; la neumonía en plena organización semeja bastante esta lesión.

En la segunda forma, o sea la múltiple o modular, puede verse uno o ambos pulmones llenos de muchos tumores parecidos a focos millares, los cuales, a veces es difícil diferenciarlos de los tuberculosos.

HISTOLOGIA

El carcinoma broncogénico se puede presentar bajo los aspectos siguientes: 1) Carcinoma epidermoide; 2) adenocarcinoma; 3) Carcinoma indiferenciado.

1) Carcinoma epidermoide.- Deriva del epitelio bronquial, que se ha transformado de cilíndrico a pavimentoso estratificado por metaplasia.

Se subdivide en a) espinocelular y b) basocelular.

a) El carcinoma espinocelular está constituido por células grandes policédricas agrupadas en las más variadas formas, con núcleos poco coloreados.

b) El carcinoma basocelular lo constituyen, células vacuolas altas, de núcleo voluminoso muy coloreado.

2) Adenocarcinoma: Corresponde al carcinoma alveolar. Las células suelen ser pequeñas, cúbicas o polimorfas, no encontrándose células cilíndricas altas, ni epitelio estratificado. La secreción mucosa, es muy importante, la cual aunque no es específica del carcinoma de las glándulas mucosas,

hace fuertemente sospechoso este origen. Esta secreción puede limitarse a una que otra célula, pero también puede verse el caso de que llene y distienda los alveolos, dando lugar así a una manifiesta transformación gelatinosa.

3) Carcinoma indiferenciado.- Puede presentarse bajo tres formas: a) Carcinoma indiferenciado a células redondas, b) carcinoma indiferenciado a células fusiformes y d) carcinoma indiferenciado a células polimorfos.

a) Carcinoma Indiferenciado a Celulas Redondas.- Lo componen células redondas pequeñas, con poco protoplasma que semejan linfocitos.

b) Carcinoma Indiferenciado a Células Fusiformes.- Lo constituyen células alargadas, fusiformes de núcleo ovoide.

c) Carcinoma Indiferenciado a Células Polimorfos.- Se forman células de distinta forma: pequeñas, redondas, fusiformes, cúbicas, alargadas, etc.

DIAGNOSTICO

Al iniciar el capítulo referente al diagnóstico, intencionadamente hemos reunido en él la sintomatología que es posible encontrar en un paciente afecto de C. B., por considerar que, es precisamente dicha sintomatología, uno de los factores con que se cuenta para poder lograr hacer o aproximarse lo más posible a un diagnóstico correcto.

Dicho esto, continuaremos por señalar que es muy grande el polimorfismo clínico, con que se nos puede presentar dicha

enfermedad. Así tenemos que en primer lugar y esto se puede ver con alguna frecuencia, hay un período en el cual, el paciente aparenta buena salud durante mucho tiempo, y el diagnóstico se hace, en el curso de un examen radiográfico tomado con motivo de un examen de rutina o por certificado de salud, o que la enfermedad se haga manifiesta por metástasis alejadas sin haber dado síntomas de cancer primitivo.

Otra forma, que quizá sea la más frecuente, es la broncopulmonar crónica, de comienzo lento y progresivo, con tos, dolor, disnea, etc. Al verse en tosedores crónicos, difícilmente se puede precisar, cuando se inició el padecimiento.

Existe una forma aguda, en la cual es febril el paciente y simula una Neumonía, o pueda manifestarse en forma de hemoptisis abundante, sobrevinida en aparente buen estado de salud, o un síndrome de obstrucción bronquial.

Puede aparecer una osteoartropatía hipertrofiante neumática de Pierre Marie, como primera manifestación de un carcinoma pulmonar. Este comienzo es extrapulmonar. Finalmente puede presentarse en una forma asmátiforme. La sintomatología más frecuente observada es: tos, expectoración, dolor torácico, disnea y hemoptisis.

IOS: Excepcionalmente falta. Su causa es probablemente la acción del tumor sobre las zonas tusígenas bronquiales: no tiene características propias, por lo que algunos no lo creen de mucho valor; sin embargo el timbre metálico y la aspiración sibilante de que va seguido han querido ser vistos como

propias de ellas. Primeramente es seca, quintosa, y luego se puede acompañar de expectoración. Es de difícil tratamiento y puede ser dolorosa.

EXPECTORACION: Primero mucosa y luego purulenta cuando llega a supurar, es fétida y sedimentando en capas cuando hay gangrena. Los clásicos describían esta expectoración como de "jalea de grosella" (Stokes) o de frambuesa, pero no se ve con frecuencia en estas neoplasias. Es importante el hecho de que puede contener células neoplásicas y hasta fragmentos de tejidos neoplásicos, lo que el vulgo llama "pedazos de carne."

DOLOR: Ha sido visto como el síntoma más constante del carcinoma pulmonar. Es precoz y persistente, lo que viene a ser como su característica. Puede ser tardío. Es el carcinoma pulmonar la neumopatía más dolorosa. Aumenta cada vez más y es quizá el síntoma primero de la enfermedad. Tiene localización variable. No guarda relación con la situación del neoplasma y puede aparecer en cualquier punto del torax. Puede ser vago o sordo, pudiendo también ser agudísimo, gravitativo, urente o purgativo. Hay que recurrir para calmarlo a grandes cantidades de analgésicos y a veces hasta de rayos X.

Por la tendencia invasiva del neoplasma, encierra los nervios, produciendo dolores atroces, que se puede presentar bajo la forma de punta de costado, neuralgias intercostales, neuralgia bronquial, teniendo múltiples irradicciones.

Según los nervios tomados, resultan síndromes dolorosos

típicos, siendo los principales los de compresión de los nervios intercostales y el síndrome dolorosoápico pulmonar, cuando el neo está situado en el vértice del pulmón.

El síndrome dolorosoápico pulmonar es muy característico, se localiza en los nervios intercostales altos, y sobre todo en el plexo bronquial en forma de dolor, hormiguelo, parésia y adema de la cintura escapular y el brazo. Cuando hay condensación pulmonar apical con osteólisis de las primeras costillas y síndrome de Claudio Bernard Horner, se constituye un cuadro clínico llamado tumor del surco pulmonar superior o de Penco asti, que individualizó este autor.

Este síndrome, unido a la presencia de masas paravertebrales palpables por propagación del tumor, fué reunido por Tobias con el nombre de síndrome ápico-costovertebral doloroso.

Puede el dolor tomar características de angina, por su situación precordial y hasta puede irradiarse al abdomen.

Hemoptisis: Es la expectoración con sangre la que generalmente lleva a consultar. Mignot la considera más frecuente que en la tuberculosis pulmonar. Puede presentarse en forma de hemotisis franca, o de esputos manchados de sangre. Es tal su frecuencia que ante un adulto de más de cincuenta años con hemotisis, es lo primero que debe pensarse.

Se presenta sobre todo en los tumores de los grandes bronquios, por ulceración y destrucción necrobiótica del tumor.

DISNEA: La disnea que fuera llamada por Huguenin "la fiel compañera" del carcinoma broncopulmonar, puede faltar a

veces. No tiene característica alguna, pudiendo ser continua o en forma de crisis paroxismales que se explican por compromiso mediastinal que irrita al neumogástrico.

Se influye poco por el vaciado del derrame pleural acompañante frecuente del tumor. Puede acompañarse de tiraje y estridor. No tiene relación con el volumen del tumor, pudiendo ser intensa en tumores pequeños.

Síndromes radiosténicos Pueden ser también los síntomas de compresión del mediastino, como edema de la cara, cianosis, disfonía, voz bítonal, afonía, disfagia, síndrome de Bernard Horner, parálisis frénica, los primeros que aparecen.

Por lo que respecta a los síntomas generales, estos casi nunca son peculiares, analizaremos algunos de ellos:

A) Fiebre: no tiene ningún tipo especial, pudiendo ser febrícula o fiebre de grandes oscilaciones por gangrena o supuración sobreagregadas.

B) Anorexia y astenia no tienen ninguna característica determinada.

C) Adelgazamiento: éste puede preceder a los síntomas funcionales. Algunos autores lo consideran precoz.

D) Anemia; ésta no suele ser muy acentuada. Tampoco la piel reviste el tinte amarillo pajizo como en el cáncer del estómago.

E) Los dedos en "palillo de tambor" pueden encontrarse también, variado desde la forma de uñas en vidrio de reloj, hasta los verdaderos "palillos de tambor".

En lo tocante al examen físico del torax, no se puede ser muy concluyente con ésta, dependiendo los hallazgos del tamaño y asiento del tumor.

Pueden verse tres síndromes: Pleural, cavitario y de condensación, teniendo cada uno de ellos sus semiología propia.

En el estado actual de nuestros conocimientos, el diagnóstico objetivo es broncoscópico y radiológica fundamentalmente. Por radiografía se revela asiento, tamaño, forma y crecimiento del tumor.

Por broncoscopia puede llegar a tomar biopsia.

En materia de rayos X, el examen bronquial con lipiodol es de gran importancia; siempre se tomarán placas anteroposterior y laterales. Contra indicaciones para practicas son: Caquexia o mal estado general tuberculosis evolutiva y hemoptisis reciente, fiebre, insuficiencia cardíaca congestiva.

Sargent al referirse a la exploración con lipiodol decía que ésta debe practicarse siempre que se suponga que el paciente está afecto de un carcinoma pulmonar.

Existe también otro método radiológico denominado MUCOGRAFIA, bronquial el cual consiste en la introducción del medio de contraste a los bronquios en forma pulverizada a través de la laringe. Sus imágenes son similares a los de la Broncografía.

He de advertir que, en el momento actual, la radiología sola es insuficiente para hacer diagnóstico definitivo, pues

los autores están de acuerdo, en que "NO EXISTE NINGUNA IMAGEN QUE SEA PATOGNOMONICA DE CANCER PULMONAR".

La sensibilidad de las neoplasias a los rayos X, se utiliza cuando no hay suficientes datos sobre la naturaleza de una sombra pulmonar. Así los autores han estimado que los carcinomas bronquiales son casi siempre refracterios a los rayos X.

La inclusión de esputos, cuyo método quedó establecido en 1931 por MARIN siendo aplicable también a los líquidos de derrame pleural, de según algunos autores, positiva en el 65% de los casos; otros estiman que el 100%.

Aunque su técnica no es tan sencilla, la poca o ninguna molestia que ocasiona al paciente, lo colocan entre los métodos que no deberían de dejarse de emplear para diagnóstico.

Finalmente la toracotomía exploradora es un método al cual puede recurrirse en determinadas circunstancias. En nuestros pacientes presentados, se practicó en dos de ellos.

La metástasis en el carcinoma del pulmón debido a la gran vascularización de que está dotado este órgano, son muy abundantes, encontrándolas en lugares muy lejanos.

Las vías comúnmente usadas son la sanguínea y la linfática, pudiendo verificarse por la vía linfática retrógrada, previa linfagitis obliterante, y por la canalicular bronquiales.

Las metástasis a distancias son llevadas por la vía sanguínea, las regionales por la vía linfática.

En una forma esquemática podemos distribuirlos así: metástasis regionales (vía linfática): ganglios regionales (hilio, mediastino, cuello, axila), pulmones, pleura, pericardio, diafragma, costillas, masas costo-vertebrales, columna, esofago.

Metastasis a distancia (vía sanguínea): hígado, huesos, riñón, suprarrenal, cerebro, páncreas, tiroideas, bazo, piel.

Metastasis linfáticas retrógradas: ganglios abdominales e inguinales, suprarrenales, riñón.

Metastasis canaliculares bronquiales: alveolitis neoplásica.

Intencionadamente he omitido hablar de diagnóstico diferencial, por la razón de que casi, podría decirse, puede simular todas las neumopatías, tanto las agudas como las crónicas. Únicamente me limitaré a señalar que es la tuberculosis con la que más frecuentemente llega a confundirse.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser curativo o sintomático. El tratamiento curativo es esencialmente quirúrgico. Es el factor que más ha estimulado el estudio clínico a los efectos de permitir su diagnóstico precoz para llevar a la mesa de operaciones, pacientes en condiciones favorables.

Factores a tomar en cuenta antes de una intervención quirúrgica son los siguientes: no deberá existir adenopatías, no sólo supraclavicular y axilar, sino también mediastinales.

Los demás requisitos para toda intervención también estarán presentes, como son la edad, estado hemático, circulatorio, renal, hepático.

El tipo de intervención de llevar a cabo estiman los autores que será únicamente la Neumonectomía con la cual se puede obtener un éxito, pues las lobectomías que en otro tiempo se llevaron a cabo no dieron resultados satisfactorios.

Por lo que respecta al tratamiento sintomático, serán los recursos habituales a los que se tendrá que echar mano para aliviar al paciente; se trata de aliviar ya sea la tos, hemoptisis, disnea, dolor.

El Radiux ha sido también empleado por medio del broncoscopio, pero no se ha obtenido ningún resultado satisfactorio.

CASOS REPORTADOS

I-Muestro primer caso se trata del paciente J.R.S. de 56 años de edad, de oficio sastre, originario de Santa Ana, quien consultó al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, el 18 de Enero de 1954. En esa oportunidad refirió que estaba adoleciendo de un estado febril continuo, de 22 días de duración, el cual fué acompañado de tos con expectoración hemoptoica y dolor en el hemitorax izquierdo.

En el examen físico fué descrito como un paciente tranquilo que aparentaba buen estado de salud, su dentadura era sucia con coronas desgastadas, su lengua saburral y su faringe normal. A la auscultación se encontró obscuridad respiratoria

en el hemitorax izquierdo.

En el aparato circulatorio se encontró 90 pulsaciones por minuto. La punta del corazón en el quinto espacio intercostal izquierdo dentro de la línea mamilar con focos limpios y ruidos normales.

El abdomen era blando y deprecible. Bazo e Hígado negativo. El resto del examen resultó negativo.

Los exámenes que se le practicaron y los cuales pueden considerarse como contributorios fueron los siguientes: 19 de Enero de 1954: G.R. 4.200.000, L. 8.400. H.g 11, V.S-50. 30 de Enero de 1954: Broncoscopia: hay una obstrucción exobronquial en el punto de bifurcación de los bronquios medio superior izquierdo.

Este paciente abandonó el Hospital sin que se llegara a hacer en él un diagnóstico definitivo.

Nuevamente volvió a presentarse en Marzo 4 de 1954 consultando siempre por su misma Sintomatología de tos con expectoración hemoptoica y dolor en el hemitorax izquierdo. El examen físico en esa oportunidad fué similar al anterior.

Para entonces, le fué practicada una radiografía del torax en el cual sugerían se hiciese una broncoscopia y una fluoroscopia por considerar que el paciente adolecía de un neoplasma pulmonar.

En marzo 13 de 1954, fué llevado a la sala de operaciones con el fin de practicarle una Toracotomía Exploradora en la cual resecaron la cuarta costilla, habiendo encontrado

una masa tumoral como de diez centímetros de diámetro en el lóbulo superior izquierdo, que invadía ampliamente el mediastino. Una vez comprobada su inoperabilidad se tomó un fragmento para biopsia, la cual posteriormente fué contestada en la forma siguiente: se observan islotes de células tumorales, divididos en lóbulos por tabiques de tejido conjuntivo y sin ninguna tendencia a la formación de cavidades alveolares; las células tumorales están apretadas unas a las otras, el protoplasma es escaso y el núcleo fusiforme e hipercrómico.

Diagnóstico: Carcinoma Broncogénico de células pequeñas.

Este paciente exigió su alta la cual le fué dada en el mismo estado y por referencias de un médico particular que le asistió en su casa, falleció dos meses después.

II.- En nuestro segundo caso se trata del paciente T.R.C de 68 años de edad, de oficio jornalero, que ingresó el 3 de mayo de 1958 al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, refiriendo que desde en Febrero de ese mismo año, encontrándose en aparente buen estado de salud, comenzó bruscamente con dolor en el pecho, no acompañado de otro malestar, pero que ocho días más tarde se acompañó de estorzo nasal y tos gruesa, frecuente, sobre todo por la noche, con expectoración blanquecina, a veces estriada de sangre, y un mes más tarde, se irradió el dolor a la región interescapulo vertebral izquierdo, notando además que había enflaquecido y que últimamente se tornó reneo, motivo por el cual decidió consultar.

En el examen físico fué descrito como un enfermo desnu-

trido, tranquilo, mucosas normales, lengua sucia, faltaban piezas dentarias. A la laringoscopia indirecta se apreció una parálisis de la cuerda vocal izquierda, se encontraron frotos pleurales en el espacio interescápulo vertebral izquierdo donde el enfermo localizaba el dolor. El pulso era regular, la punta del corazón se encontraba en el quinto espacio intercostal izquierdo, siendo los focos limpios. Los exámenes que se le practicaron, que pueden ser de utilidad, fueron los siguientes: seis exámenes de esputo investigando Bacilo de Koch por homogenización fueron negativos. Estudio histopatológico de esputo, no se observaron células malignas encontrando solamente células de tipo inflamatorio. Por exigir los parientes el alta, ésta le fué dada en el mismo estado habiéndose hecho diagnóstico del nec del pulmón.

Posteriormente consultó al Hospital Rosales, en donde refirió una historia similar a la anterior. En esa oportunidad aparece anotado el examen físico en la forma siguiente: anciano tranquilo, que dice sentirse mejor con respaldo voz gutural, cabeza poblada de cabello cano, boca sin dientes, pupilas isocóricas, hay perigiones bilaterales, cuello con adenopatías en el hueco supraclavicular izquierdo, las yugulares un poco más gruesas en el mismo lado, en el torax había abundante circulación complementaria, más marcada en el lado izquierdo. A la palpación, las vibraciones vocales se sintieron en ambos vértices. Había macidez en el vértice izquierdo. Respiración ruda en ambos vértices. No esterto-

res ni soplos. El abdomen era deprecible y blando, el resto del examen era negativo. Con fecha 16 de julio le practicaron una broncoscopia, la cual fué reportada en la forma siguiente: se introduce un broncoscopio 8 x 40 directamente en la tráquea, encontrando cuerda vocal izquierda paralizada; hay distorsión hacia la derecha de la laringe; mucosa traqueal normal, espolón ampliamente engrosado, congestionado, rugoso y adenitoso; entrada del orificio del bronquio izquierdo distorsionada casi perpendicularmente a la tráquea; hay abundante secreción mucopurulenta adherida en todo el árbol bronquial hay marcada dilatación bronquial; no se aprecian lesiones de la mucosa ni sangra. Diagnóstico: parálisis de la cuerda vocal izquierda; engrosamiento, congestión y adenoma del espolón traqueal; dilatación marcada de todo el árbol bronquial; congestión generalizada de la mucosa sin lesiones. Los exámenes dignos de mencionarse que se le practicaron son los siguientes: velocidad de sedimentación 30 m m por hora. Rayos X del tórax: hay una sombra densa en el vértice izquierdo; hay múltiples sombras densas lineares a ambos lados del mediastino, estas últimas, pueden ser debidas a blevas pleurales o quistes pulmonares; la sombra densa descrita pudiera corresponder a un neoplasma; se sugiere la conveniencia de exámenes complementarios. Examen de esputo no se encontraron células neoplásicas en las muestras examinadas. Examen de secreción bronquial: opalescente, turbio, hemático 12 por milímetro cúbico; albúmina 3.1 gramos por litro; hay cocos gram positivos.

El paciente permaneció en el servicio durante 24 días, evolucionando con febrícula alrededor de 37.5 grados con ocasionales elevaciones de temperatura que llegaron hasta 39.5g. fiebre que cayó el 19 de Julio y que no volvió a presentarse hasta su alta el 28 del mismo mes cuando los parientes pidieron el alta.

Posteriormente el 3 de Agosto consultó nuevamente al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, donde refirió que continuaba con el dolor en el hemitorax izquierdo irradiado hacia la columna vertebral, tos con expectoración escasa y para entonces persistía la ronquera y sentía cansancio al caminar.

En esa oportunidad se hizo la descripción de su examen físico más o menos semejante a los anteriores, agregando, que había circulación complementaria en la parte superior del torax y que siempre persistían los fretos pleurales.

Con fecha 5 de Agosto se encontró una nota que dice: el enfermo consulta nuevamente por sus mismos padecimientos, con marcada acentuación de los síntomas, presentando fuerte dolor en el hemitorax izquierdo, que se irradiaba al miembro superior del mismo lado. Hay marcada circulación complementaria cava superior. Signo de Claude Bernard Horner izquierdo y tumefacción que sobresale en la fosa supraclavicular izquierdo. El enfermo hace varios minutos presenta agudo dolor torácico izquierdo, inquietud, disnea e intensa cianosis, falleciendo minutos después. Permaneció únicamente dos días en

el servicio, siempre apirético.

El diagnóstico Anatómo-Patológico fué el siguiente:
Adeno carcinoma broncogénico de células indiferenciadas.

III.- En esta oportunidad se trata de una niña de diez años, originaria de Santa Ana, domiciliada en el Cantón Matazano, que consultó el día 6 de Septiembre de 1952 refiriendo que tenía estado febril continuo de 22 días de duración acompañada de tos gruesa con expectoración mucopurulenta, así como dolor en el hemitorax derecho, el cual se ha empeorado en las últimas cuarenta y ocho horas. La madre refirió que la niña padecía de consunción desde la edad de tres años, no pudiendo ejecutar ningún ejercicio, como las otras niñas de su edad. Fué descrita como una joven intranquila en decúbito dorsal sumamente disneica, pániculo adiposo desaparecido, mucosa pálidas, ligera cianosis de los labios y los uñas. La faringe muy congestionada, había injurgitación yugular más marcada en el lado derecho. Macidez en todo el hemitorax derecho con abolición de vibraciones. Tiraje supracostal. Estertores bronquiales diseminados por ambos campos, especialmente en el izquierdo. En el aparato circulatorio se encontró la punta en el quinto espacio intercostal izquierdo, con feces limpias. Abdomen blando y deprecible, Hígado cinco dedos blando. Bazo negativo. Resto del examen negativo. Se tuvo la impresión de una pleuresía post bronconeumónica.

Ess día se le practicó toracentesis a nivel del octavo espacio intercostal, extrayendo pus blanquecino. Tres días

más tarde, la niña continuaba con intensa disnea, tos grasa no productiva; el tratamiento no la había influenciado. El 10 de Septiembre nuevamente se le practicó punción pleural dando en esta ocasión unos treinta centímetros de líquido rojo obscuro muy espeso y con grumos blancos que obstruían la aguja. Antes de esa punción está consignada la opinión de un médico consultante en esta forma; macidez en cara anterior del hemitorax derecho con el murmullo vesicular disminuido; cara posterior se percibe murmullo vesicular; se recomienda hacer punción exploradora encontrando aire en la cavidad pleural el cual fué extraído, creyéndose tratarse de un neumógeno sofocante; se recomendó una toracotomía de urgencia y dejar cateter permanente.

Una radiografía del torax, tomada con anterioridad, fué contestada como que existía una pleuresía derecha masiva, con una partícula de aire en la parte superior, la cual se creyó producida probablemente por una punción exploradora. Había una fuerte desviación del mediastino hacia el lado izquierdo.

Con fecha 11 de Septiembre le fué practicada una toracotomía exploradora, abriendo el sexto espacio intercostal derecho, reseandose como diez centímetros de costilla. Se encontró la pleura engrosada e infiltrada y el tejido pulmonar invadido por numerosos nódulos de aspecto blanquecino rosado, de consistencia de grasa que se envió a Anatomía Patológica. A la exploración les pareció que existía una tu-

muración en la parte anterior e interna del hemitorax derecho, encontrándose todo el tejido adherido a la pleura, la cual sangraba muy fácilmente. Se cierran en planos.

Pocos momentos después de salir de la sala de operaciones, la enferma agravó su diñsea falleciendo después.

El reporte anatómico patológico obtenido después fué el siguiente: Carcinoma indiferenciado fase celular primitivo del pulmón.

IV.- Trátase ahora de la paciente O. R.M. de 38 años de edad quien consultó el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en junio de 1955, refiriendo que tenía dos meses de padecer de cansancio y tos productiva. Había perdido mucho peso, sentía debilidad general e insomnio. Su examen físico, aparece consignado en la forma siguiente: una enferma desnutrida su dentadura en mal estado de conservación, cuello negativo; en el torax encontraron respiración soplar en ambos vértices; en el aparato circulatorio sólo encontraron un soplo sistólico de la punta; el abdomen era flácido y deprecible; el resto del examen negativo.

Exámenes que le fueron practicados de alguna importancia, son los siguientes: examen de esputo negativo a bacilos ácido resistentes. G.R. 5.360.000 L. 13.500 V.S. 26 m m por hora. Rayos X del torax neumonía en ambas bases pulmonares probablemente de origen T.B. ya que en los vértices hay una zona nebulosa compatible con una T.B.

No se tienen ningunos otros datos de la paciente ni apa-

rece consignado el accidente final, pero la paciente falleció en el mismo mes de su ingreso.

El diagnóstico anatómico patológico fué el siguiente: Adeno Carcinoma Broncogénico pulmonar bilateral (forma granulíca).

V.- El último de nuestros casos a tratar adolece de una grave falta, cual es, no tener la historia clínica de la paciente en cuestión, pues por motivos que no son de mi incumbencia no fué posible encontrar la ficha clínica, pero, habiendo encontrado en el gabinete de Anatomía Patológica el reporte de autopsia, es el que ahora expongo y fué el siguiente: Carcinoma originado a partir del bronquio derecho, con oclusión del lóbulo superior del mismo lado, e invasión de todo el mediastino y ganglios, envolviendo la ramificación traqueo bronquica, la salida de los grandes vasos y penetrando en la cava superior.

La base sobre la cual se funda este trabajo, es la revisión de 262 autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Santa Ana.

Tratando de hacer un análisis de cómputo sobre los mismos, podríamos decir en términos generales, que el diagnóstico (al cual fué hecho en vida en algunos de ellos) ofrecía serias dificultades y probablemente era imposible lograrlo en el de la paciente de 10 años, la cual por sólo el factor edad quizá no había quien se arriesgara a pensar si se trata de carcinoma del pulmón.

Por otra parte el dato referido por la madre que desde muy pequeña se cansaba fácilmente, queda para dejarlo sin poder hacer sobre él, alguna elucubración, pues quien sabe hasta donde puede encontrarse relación alguna, entre esa distancia de esfuerzo a los 3 años y el carcinoma encontrado a la edad de 10 años.

Los restantes casos si tenían elementos de valor diagnóstico, y como son tos, dolor, expectoración y una imagen radiológica de la cual no se estaba seguro que origen tenía. Todo esto, unido al hecho que todos estaban en la 4ª década de la vida o arriba de ella, hacía tener en mente al carcinoma pulmonar, obligaba a ahondar el estudio de los mismos, cosa que no fué posible hacer por haber fallecido antes de lograr ese propósito.

CONSIDERACIONES FINALES

I.- El sintoma tos, se encontró presente en todos los pacientes estudiados.

II.- El diagnóstico, no obstante que fué hecho en vida de algunos de estos casos se hizo en una época tardía, cuando ya nada era posible ofrecer en beneficio de los mismos, pues desgraciadamente, tardía también fué la época en que consultaron.

III.- Sería muy conveniente practicar Radiografía del tórax, rutinariamente en los pacientes hospitalizados, para descubrir nódulos incipientes.

IV.- Se impone la necesidad de un estudio completo en todos los pacientes en quienes se sospecha exista carcinoma del pulmón, hasta prueba concluyente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 LAUBRY, CHARLES. Nouveau Traité de Pathologie Interne.
- 2 EWING, JAMES. Oncología.
- 3 PALACIO, JULIO y MAZZEI, ECIBIO. Tumores primitivos Malignos bronco pulmonares.
- 4 PONS, PEDRO A. Tratado de Patología y Clínica Médica.
- 5 VASQUEZ ALVARADO, JOSE ARTURO. Cancer primitivo del pulmón. (tesis Doctoral)
- 6 SEYMOUR, M. FERBER. Cytologic Diagnosis of Lung Cancer.
- 7 CECIL, RUSSELL. L. Tratado de Medicina Interna.