

- JIMÉNEZ DÍAZ, C., OYA, J. C. y GRANDE COVIÁN, F.—Rev. Clín. Esp., 21, 328, 1946.
- JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Rev. Clin. Esp., 2, 69, 1941.
- JIMÉNEZ DÍAZ, C., OYA, J. C. y RODRÍGUEZ MINÓN, J. L.—Rev. Clín. Esp., 61, 79, 1956; 52, 280, 1955.
- JIMÉNEZ DÍAZ, C.—"Lecciones de Patología Médica". Tomo VII 2.ª edición. Editorial Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1952.
- KERMIT, L. P.—The Med. Clin. of North Am., mayo, 1955.
- LONG, C. N. y LUCKENS, F.—J. Exp. Med., 63, 465, 1936.
- LUNDGAARD, E.—Nordisk Medicin, 10, 1952.
- MARANÓN, G.—Press. Med., 101, 1.665, 1925.
- MARANÓN, G.—Manual de Diagnóstico Etiológico. 4.ª edición. Espasa-Calpe, S. A. Madrid, 1950.
- MENKIN, S.—Am. J. Physiol., 138, 396, 1943.
- MINKOWSKI, O.—Arch. J. exp. Path. u Pharm., 21, 41, 1886; 31, 85, 1893.
- MIRSKY, I. A.—Am. J. Physiol., 115, 424, 1936; 116, 322, 1936. Metab., 5, 136, 1956.
- MIRSKY, I. A., PERISUTI, G. y DIENGOTT, D.—Metab., 5, 156, 1956.
- MOHNKE, G.—Folia Clin. Intern., 7, 6, 1957.
- MORGULLIS y MUNSELL.—Biochem. Ztschr., 278, 85, 1935.
- ORTÉGA NÚÑEZ, A. Orientaciones Terapéuticas Actuales. Madrid, 1955.
- ORTÍZ DE LANDAZURI, E.—Rev. Clin. Esp., 67, 361, 1967; 63, 87, 1956.
- OYA, J. C. y GRANDE COVIÁN, F.—Rev. Clin. Esp., 17, 160, 1945.
- OYA, J. C. y RODRÍGUEZ MINÓN, J. L.—Rev. Esp. Apar. Dig. Nutr., 10, 3, 1951.
- PEDRO PONS, A.—Patología y Clínica Médicas. Tomo V. Salvat, Editores, S. A. 1.ª edición. 1952.
- REILLY, NOLAN y LUSK.—Am. Physiol., 1, 395, 1898.
- ROBISON y colaboradores.—Ann. Int. Med., 39, 498, 1953.
- RODRÍGUEZ MINÓN, J. L.—Rev. Clin. Esp., 60, 71, 1956.
- RODRÍGUEZ MINÓN, J. L. y JIMENA, L.—Rev. Clin. Esp., 62, 81, 1956.
- RODRÍGUEZ MINÓN, J. L. y OYA, J. C.—Rev. Clin. Esp., 66, 303, 1957.
- ROMERO, E. y SOLOHAGA, A.—Rev. Clin. Esp., 65, 315, 1957.
- SÁNCHEZ AGESTA, A. y NÚÑEZ DEL CARRIL, J.—Rev. Clin. Esp., 61, 11, 1956.
- ESPINAR, M., SÁNCHEZ AGESTA, A., NÚÑEZ DEL CARRIL, J. y ORTIZ DE LANDAZURI, E.—Rev. Clin. Esp., 67, 227, 1957.
- SELYE, H.—Endocrinología. Salvat, Editores, S. A. 1.ª edición. 1952.
- SOSKIN, S. y colaboradores.—Am. J. Physiol., 114, 648, 1936; 124, 558, 1938.
- SOSKIN, S. y LEVINE, R.—Am. J. Physiol., 129, 3, 1940. Arch. Intern. Med., 68, 674, 1941.
- SOSKIN, S.—Physiol. Rev., 21, 140, 1941.
- SPRAGUE y colaboradores.—Arch. Int. Med., 85, 194, 1950.
- STADIE, W. C.—Ann. Intern. Med., 15, 783, 1941.
- THIANHAUSER, S. J.—Endocrinology, 26, 2, 1940.
- THORN, G. W. y colaboradores.—New England J. Med., 248, 232, 284, 323, 369, 418, 588 y 632; 1956.
- VANDEN BEER, J. B. y FISHER, G. R.—The Med. Clin. of North Amer., noviembre, 1955.
- VÁZQUEZ CORREA, A. y ORTÍZ DE LANDAZURI, E.—Rev. Clin. Esp., 66, 9, 1957.
- VERZAR y WIRZ.—Biochem. Ztschr., 292, 174, 1937.
- WIGGERS, C. J.—Fisiología Normal y Patológica. Editorial Espasa-Calpe, S. A. Madrid, 1949.
- WEIL-MALHERBE, H.—Bioch. Jour., 32, 2.276, 1938.

## ORIGINALS

### SOBRE LA ACTITUD DEL CLINICO ANTE EL NODULO SOLITARIO PULMONAR NO DIAGNOSTICABLE

J. ALIX Y ALIX.

Director del Centro Colapsoterápico (P. N. A.).

El cáncer pulmonar que nosotros conocemos en la clínica tiene sus comienzos en una época mucho más lejana de lo que a primera vista podría suponerse.

Los casos que, generalmente, llegan a nuestra observación son ya fácilmente comprobables y su diagnóstico no ofrece dudas de ninguna especie. Pero existe, como decimos, una etapa anterior, que suele ser incluso de bastantes años de duración, en que el cáncer ya se encuentra no sólo en potencia, sino en desarrollo actual, en cualquier lugar del pulmón. Resulta imposible, en realidad, poder localizar el momento y lugar en que comienza su desarrollo. Pero lo indiscutible del proceso queda demostrado por una serie de hechos clínicos, algunos de los cuales vamos a referir sumariamente.

Entre los enfermos cancerosos es frecuente que exista la llamada "Osteoartropatía de Bamberger-Marie". No es éste el momento de hacer un estudio detallado de este síndrome; pero es indiscutible que se encuentra con frecuencia en los antecedentes de un enfermo portador de un cáncer pulmonar desarrollado. Al verificar cuidadosamente la anamnesis se puede comprobar

que, durante muchos años anteriores al desarrollo del proceso actual, el sujeto ha venido sufriendo un cuadro clínico que, en muchísimas ocasiones, ha sido tratado como artritis reumatoide. Los tratamientos realizados con motivo de esta presunta artritis resultaron generalmente infructuosos. Un caso muy interesante a este respecto fué referido hace algunos años en *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. El enfermo en cuestión sufría desde hacía muchos años un cuadro de "artritis reumatoide" resistente a toda terapéutica, hasta que se pudo comprobar la existencia de una imagen de apariencia tumoral, del tamaño de una avellana, en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. La resección de este lóbulo determinó la desaparición del cuadro reumatoide dentro de las primeras veinticuatro horas subsiguientes. Pasados algunos meses apareció nuevamente el cuadro de dolores osteoarticulares y, poco después, se pudo comprobar el tumor en el lóbulo pulmonar restante del mismo lado, desapareciendo las manifestaciones artropáticas inmediatamente después de la nueva resección.

Esta observación tiene, entre otras cosas, el interés de demostrar la prolongada etapa preclínica del cáncer pulmonar, ya que creemos que era absolutamente indiscutible la relación de causa a efecto entre el cáncer y las manifestaciones mencionadas. Otras veces, *sin comprobar ningún síntoma de orden general*, se puede asistir al crecimiento progresivo de una pequeña sombra radiológica que, pasados varios años, será diagnosticada como cáncer pulmonar. En este pun-

to queremos detenernos unos momentos porque ese período que podríamos considerar preclínico es precisamente aquel en el que el cáncer puede curar. Ese período carga de responsabilidad al médico ante quien se presente el caso, ya que su diagnóstico puede conducir a la curación casi segura. Seguramente muchos clínicos discutirán esta posibilidad apoyándose en el hecho indiscutible de que el cáncer no siempre se presenta en forma unifocal. Evidentemente hay hechos en la clínica, ya sea en nuestra propia experiencia o en la que se refleja en la literatura, que demuestran que en ciertos casos concretos hay lugar a diferentes localizaciones simultáneas o sucesivas, y a veces con estructura histológica distinta, en los que el cáncer se comporta como una enfermedad plurifocal, cosa que se puede comprobar fácilmente en algunos casos como, por ejemplo, cuando existe un cáncer intestinal (adenocarcinoma) y después de su resección, o sin ella, se asiste al desarrollo de un cáncer espino-celular en el pulmón. Del mismo modo resulta problemático que después de la amputación de un cáncer de la glándula mamaria, tras un período de latencia de quince o veinte años, se pueda considerar como metastásico un cáncer pulmonar aparecido en la misma paciente. En estos casos, como en otros que se podrían referir, cabe la posibilidad de que las distintas localizaciones cancerosas de un mismo sujeto correspondan a un proceso general; *pero ello no es de ninguna manera obstáculo para pretender resolver el problema mediante la resección quirúrgica* de lo que consideramos en un determinado momento como único foco canceroso. A quien se oponga en la forma que indicábamos se le puede responder, con justicia, que el tratamiento asignado es correcto puesto que *no hay nada mejor que ofrecer al paciente*.

En la patología interna hay enfermedades generales, como por ejemplo, la tuberculosis, que se benefician de los tratamientos locales, que desde hace bastante más de medio siglo vienen empleándose, y aplicando este criterio, que deriva del conocimiento de la patología infecciosa, al cáncer, es perfectamente lícito considerar la necesidad de un tratamiento precoz, aunque sea local, sobre una presunta enfermedad general. Sin embargo, debe reconocerse que se presentan enormes dificultades para asegurar que un proceso cualquiera, como puede serlo una osteoartropatía de Bamberger-Marie, es sin más ni más la expresión clínica de un cáncer que está comenzando, sobre todo cuando no se encuentra ningún signo clínico o radiológico de localización de tumor. Las cosas pueden aclararse cuando a esos síntomas acompaña la presencia de la imagen radiológica; pero si ésta es la única manifestación sin ningún otro síntoma acompañante, las dificultades para el diagnóstico pueden ser extraordinarias también, ya que no hay signos radiológicos que sean patognomónicos del cáncer pulmonar, sino que cualesquiera pueden corresponder a un elevadísimo número de pro-

cesos de significación distinta a la del cáncer pulmonar.

En este sentido consideramos muy interesantes los trabajos publicados en mayo de 1956 y septiembre de 1957, respectivamente, por DAVIS y sus colaboradores, y RIGLER y los suyos.

Cuando nos encontramos en presencia de un nódulo solitario pulmonar que el curso ulterior demostrará que se trata de un cáncer, pueden transcurrir años (hasta seis y a veces incluso más) hasta que la confirmación del diagnóstico puede llevarse a cabo. Sin embargo, cuando ese diagnóstico llega a hacerse directamente y sin discusión, todo tratamiento resulta ya infructuoso a causa no sólo de la extensión de las lesiones, sino de la invasión de las estructuras mediastínicas, que impide todo resultado satisfactorio. Durante toda esa etapa, desde la aparición del nódulo hasta la confirmación diagnóstica, llega el cáncer a todo su desarrollo ante los ojos del clínico, que ha asistido tal vez como simple espectador, solamente porque no tenía seguridad de hacer un diagnóstico.

Creo que es oportuno en este momento comentar, aunque sea brevemente, la actitud abstencionista de muchos clínicos ante las enfermedades por la simple razón de que no existe un diagnóstico. Nosotros consideramos que no es bastante motivo no tener un diagnóstico para abstenerse de tratar a un enfermo y creemos que están también aquí en su punto las palabras de GRAHAM, quien sosténía que todos los procesos pulmonares semejantes al nódulo solitario (o al cáncer) son quirúrgicos y, por lo tanto, resulta justificada una intervención quirúrgica cualquiera que sea el diagnóstico; pero sobre esto volveremos más adelante. Puede parecer a muchos una actitud excesivamente rigurosa, y hasta podría ser calificada de agresiva la que acabamos de propugnar, amparados en el hecho indiscutible de que así se realizarán intervenciones de gran envergadura para el tratamiento de procesos benignos incluso no evolutivos. Esto es cierto, pero también lo es que en casos de procesos benignos la intervención quirúrgica carece de consecuencias desfavorables, y si bien pudo no haber sido necesaria en algunos casos, sí lo es en todos los malignos confundidos con éstos, en los que se demuestra su absoluta necesidad y, lo que es mejor, que esta necesidad se ha sabido interpretar a su debido tiempo. Para acentuar la trascendencia de cuanto acabamos de decir y la responsabilidad del clínico, creemos que es muy conveniente considerar las cifras que vienen a continuación escuetamente, ya que ellas son mucho más elocuentes que toda discusión más o menos espectacular. Según los casos de DAVIS y cols., el 47 por 100 de los nódulos solitarios es maligno, considerando todos los casos en conjunto; si se analizan los correspondientes a las edades comprendidas entre 40 y 49 años, la malignidad existe en el 41 por 100 para pasar al 57 por 100 en la decena

siguiente de la vida y al 87 por 100 pasados los 70 años.

Más interesantes aún resultan los datos de OVERHOLT, quien analizando los resultados operatorios en sus casos de cáncer pulmonar, según las procedencias, obtiene cifras verdaderamente impresionantes. Así, cuando se operan casos del tipo de los que acuden espontáneamente a las consultas y, por lo tanto, en la situación que se puede considerar como etapa clínica, o lo que es lo mismo, con signos que permiten un diagnóstico positivo, los resultados obtenidos al cabo de los tres años de observación postoperatoria son favorables sólo en el 12 por 100 de los casos. Esta cifra pasa en cambio al 30 por 100 cuando el conjunto de casos considerados procede de los hallazgos de la investigación catastral. En este grupo se encuentran comprendidos los casos más variados, tanto los que se pueden considerar en la etapa preclínica (simplemente radiológica y de nódulo solitario) como los que se encuentran en la etapa clínica, es decir, aquellos en los que el diagnóstico puede hacerse por métodos directos. Pero cuando los casos operados son solamente los correspondientes al nódulo solitario, los resultados favorables pasan al 60 por 100.

Estas cifras cargan de responsabilidad al clínico, quien ante ellas debe meditar en todos esos criterios de que se abusa en la clínica con los nombres de criterio conservador, criterio médico, actitud no intervencionista, etc.

En las fases preclínicas el sujeto enfermo no debe ser considerado como afecto de una enfermedad general, porque el nódulo solitario, aun cuando responda a un cáncer desde sus primeras etapas anatómicas, no produce todavía signos generales, ni tan siquiera locales, desde un punto de vista subjetivo. Según DAVIS y sus colaboradores, los nódulos solitarios observados por ellos respondían a los siguientes procesos: cáncer broncogénico, adenoma, fibrosarcoma, leiomiosarcoma, linfoblastoma, nódulos metástasis, granuloma, hamartoma, mesotelioma pleural, neumonitis crónica, quiste broncogénico, secuestación broncopulmonar, neurofibroma, absceso pulmonar crónico, granuloma eosinófilo, nódulo linfático hiperplástico y aspergiloma. Las seis primeras probabilidades, malignas todas ellas, hacen un total de 101 casos, y las once segundas, 114, lo cual induce a los autores a considerar como resultante que el 47 por 100 de los procesos correspondientes a un nódulo solitario son malignos y el 53 por 100 puede considerarse como benigno. Sin embargo, debemos añadir que si bien es cierto que los llamados procesos benignos deben ese calificativo a su especial histología, es cierto también que puede ocurrir un desarrollo maligno a causa de los accidentes secundarios que pueden ocurrir (hemorragias, obstrucción bronquial, compresiones diversas). Pero de una manera general no puede por menos de considerarse muy impresionante que esos nódulos, que a veces dejamos pasar

negligentemente ante nuestros ojos, son cáncer o similar en un 47 por 100 de las ocasiones, según estadística de DAVIS y cols. Y precisamente los dejamos pasar en unas fases en las que podría obtenerse un porcentaje magnífico de curaciones, según los datos que más arriba mencionábamos de OVERHOLT. En estas etapas preclínicas puede considerarse como demasiada fortuna un hallazgo de datos positivos en que fijar el diagnóstico de un nódulo solitario. Según nuestra propia experiencia, tanto desde el punto de vista broncoscópico como por los resultados de exámenes citológicos en los tumores periféricos, incluso en los que alcanzan un tamaño muy notable, la posibilidad no rebasa el 50 por 100; pero aunque se eleve con cierto optimismo hasta el 60 y 70 por 100, quedaría siempre un elevado número de casos no diagnosticables. En este mismo sentido se pronunció DELARUE en una conferencia ante el Consejo Directivo de la Unión Internacional contra la Tuberculosis en París en 1953. Es sobre ese porcentaje de casos negativos, que puede oscilar entre el 30 y 50 por 100, y que precisamente se encuentra en la fase operable casi siempre, sobre el que deseamos fijar nuestra atención más cuidadosa.

Considero innecesario hacer referencia detallada de los datos que se pueden reunir para llegar a un diagnóstico directo del cáncer, porque quiero referirme exclusivamente a los casos en quienes después de que se han agotado todos los argumentos de diagnóstico, quedamos sin posibilidad alguna de alcanzar éste. Nosotros tenemos que pensar que existe una elevada probabilidad de tratarse de un cáncer y mi intención es únicamente plantear el problema, más para que cada cual medite sobre él que para darle una solución. Mis conclusiones no pueden ser otra cosa que meras opiniones puramente personales y están afectas, por tanto, de todos los factores que determinan las opiniones personales; pero me interesa mostrar la existencia de este problema, que está en el ánimo de todos, para que cada cual se formule a sí mismo sus propias opiniones, adaptándolas al criterio de obtener para el enfermo la máxima eficacia. Vuelvo a repetir, a riesgo de ser reiterativo, que lo que interesa es que nos enfrentemos con un nódulo solitario. Todo cáncer aparecido en estos momentos tiene cerca de un 60 por 100 de probabilidades de curarse; pero nosotros no podemos saber de ninguna manera si ese nódulo es o no un cáncer. Y aquí viene precisamente el núcleo principal de la cuestión, que se presta a una serie de consideraciones, resultantes todas ellas del criterio personal de cada uno. Si se trata de un cáncer y procedemos activamente, hemos salvado la vida de un sujeto con una gran probabilidad; pero si no es un cáncer, ¿hemos realizado al enfermo una operación inútil? Si el 47 por 100 de estos nódulos es maligno, esto quiere decir que acertaremos con el cáncer cerca de la mitad de las veces. Pero, ¿qué ocurre con los que no tienen cáncer? La envergadura

del problema es muy grande y una de sus muchas facetas es si resulta lícito operar a un sujeto X cuya enfermedad es X y que en el 47 por 100 de las probabilidades solamente sería un cáncer. Juntamente con esta faceta viene unida la de los posibles perjuicios económicos y espirituales que se le pueden irrogar al someterle a una intervención quirúrgica, que tal vez no hubiera sido necesaria.

Estas consideraciones vienen como de la mano para comentar un caso que recientemente ha-

logrado el conocimiento de la enfermedad de un caso cualquiera y es precisamente en estos casos en los que la actitud del clínico puede traer como consecuencia la solución del problema o la catástrofe para el enfermo. Debe tenerse en cuenta que cuanto menos clara aparece una enfermedad, por estar en sus comienzos, tanto más curable es a causa precisamente de esto.

El caso en cuestión fué visto por alguien en el año 1955, después de haber sufrido por aquellos días un proceso respiratorio agudo banal, y entonces le encontra-

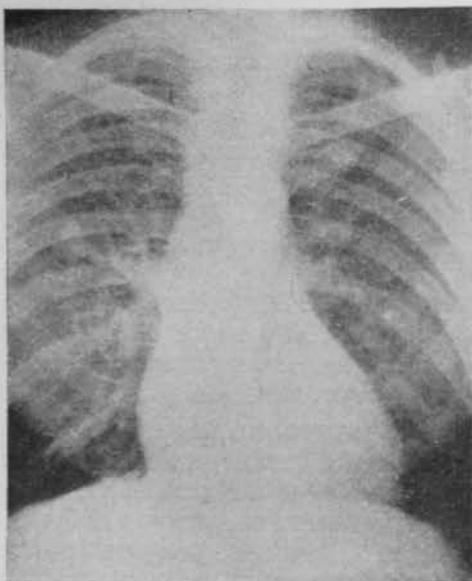


Fig. 1.

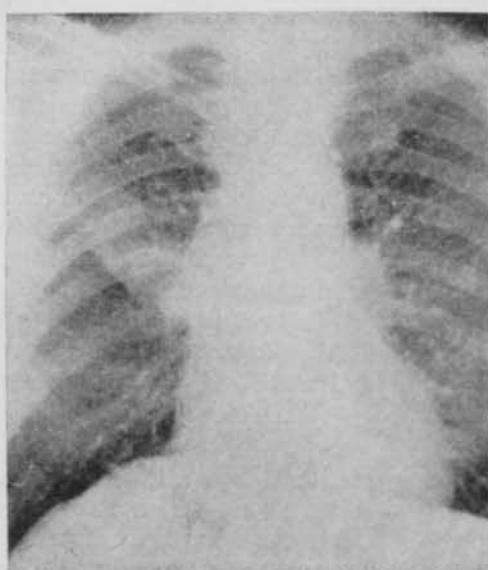


Fig. 3.

mos tenido ocasión de observar. No se trata de un estudio estadístico, ya que tenemos otros casos que no intentamos recopilar y que son parecidos a éste. Este sirve simplemente de pretexto, como un caso cualquiera, para llamar una vez más la atención sobre un problema que reclama no solamente la sagacidad del clínico, sino fundamentalmente una actitud general ante las enfermedades y los enfermos. Desgraciadamente, en Medicina ocurre con mucha frecuencia que las dificultades de diagnóstico impiden

que una imagen nodular de pequeño tamaño en el campo medio del pulmón derecho (figs. 1 y 2). Estando el enfermo completamente libre de síntomas. Fué vista nuevamente la imagen indicada, como se puede comprobar en la serie de todas las figuras subsiguientes, aumentando de tamaño y transformándose hasta determinar la invasión del mediastino con parálisis del nervio frénico y recurrente derechos. La última de las figuras corresponde a la radiografía obtenida minutos antes de la muerte, por hemoptisis fulminante, en diciembre de 1957.

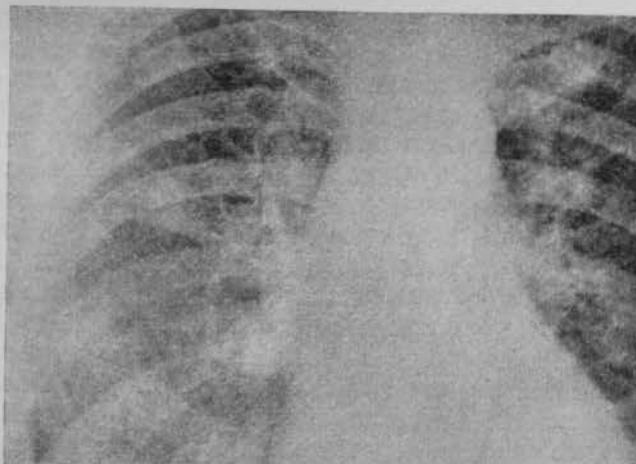


Fig. 2.

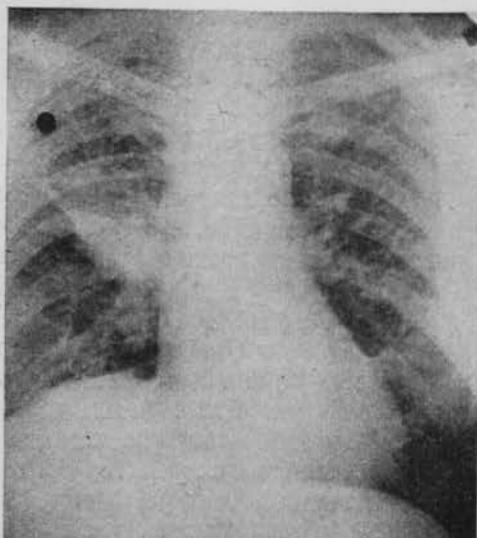


Fig. 4.

No sabemos cuánto tiempo antes de 1955 pudo existir ya aquella imagen nodular con suficiente tamaño como para ser visible; pero es indiscutible que aquí, como en los casos de RIGLER y de DAVIS, el cáncer se fué desarrollando ante los ojos de los médicos sin diagnosticar y sin tratar (no es obligado lo primero para lo se-

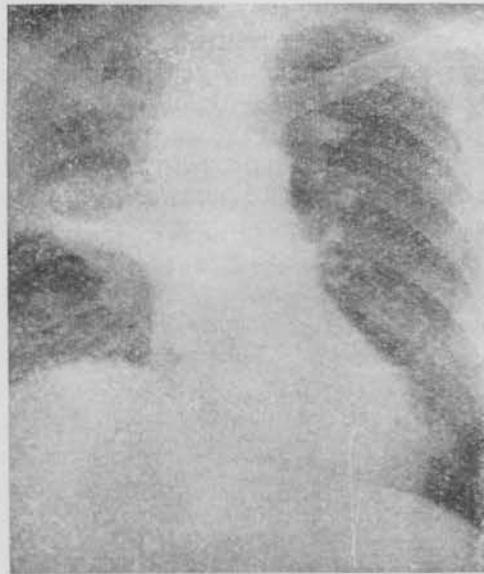


Fig. 5.

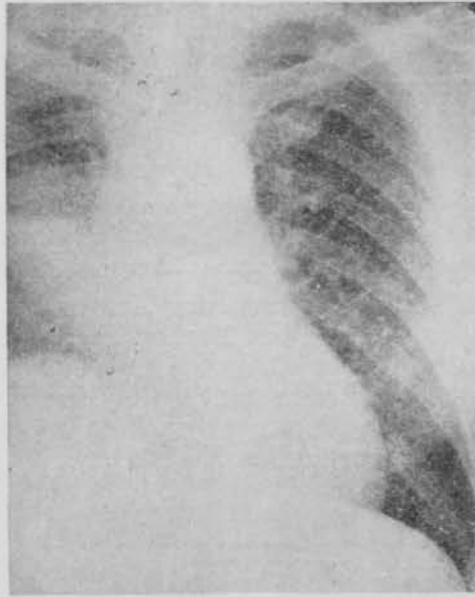


Fig. 6.

gundo) hasta alcanzar una fase de inoperabilidad absoluta por invasión intensa y extensa de los estratos mediastínicos. ¿Debemos considerar en este caso la responsabilidad del clínico? Por lo que se refiere al diagnóstico, no es posible; pero ¿es imputable una actitud? De esto, sólo podemos decir que es discutible y vamos a discutirlo.

Vamos a discutir brevemente la conducta que debemos seguir, según nuestro criterio personal, y con la mayor objetividad posible. Para ello partiremos de algunos principios fundamen-

tales. Todos los argumentos que podamos aducir, y otros que tal vez se nos olviden, tienden a conseguir el mejor beneficio para el paciente y a adaptarnos a la práctica de la manera más rigurosa.

En primer lugar debemos partir del principio de que no tenemos un diagnóstico de la enfermedad. Todos los comentarios que cualquiera pueda hacer en el sentido de aportar datos para asegurar un diagnóstico deben quedar excluidos de nuestro estudio, porque partimos del hecho de *referirnos precisamente a aquellos casos en los que todos los elementos de diagnóstico positivo fracasan terminantemente*.

El segundo principio es el de si una toracotomía exploradora resulta o no una intervención grave. La toracotomía en un sujeto que no es portador de un cáncer carece de gravedad cuando se realiza en un medio quirúrgico de responsabilidad suficiente. Si el sujeto toracotomizado es portador de un cáncer, la recuperación en el curso postoperatorio puede ser más azarosa que en los casos anteriores. Pero de todos

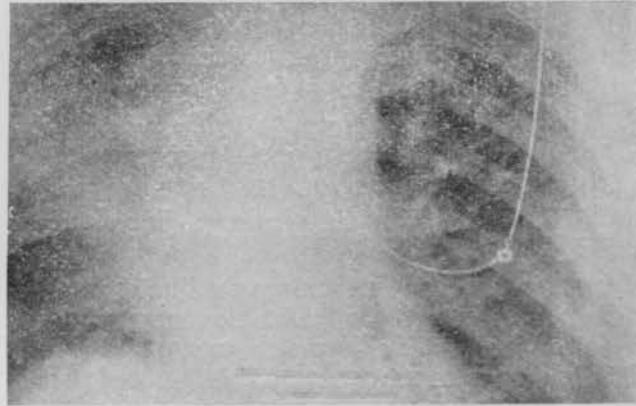


Fig. 7.

modos, si se trata de una neoplasia, la intervención está totalmente justificada y, desde luego, no hay dudas de que la gravedad de la enfermedad es muy superior a la de la intervención y ésta, a su vez, lleva aparejada la terapéutica del caso, que es la resección. A ningún médico consciente se le puede ocurrir repudiar una intervención que intenta la curación en la fase operable de un caso de presunto cáncer, porque las probabilidades de muerte del enfermo por su enfermedad son prácticamente todas, mientras que con la intervención al enfermo se le ofrecen probabilidades de curación, como indicábamos más arriba al comentar las observaciones y puntos de vista de OVERHOLT.

No cabe duda de que en algunas ocasiones hay casos de nódulo solitario no diagnosticable en cuanto a su etiología, que abandonados a su propia evolución terminan por la curación. La intervención quirúrgica en ellos es prácticamente innecesaria, demostrándose esto solamente si la conducta que se ha seguido ha sido la de esperar. No sirve en absoluto como argumento en contra de una actitud activa el caso publi-

cado en 1956 por BLADES, en el que se pudo demostrar que un cáncer espino-celular, comprobado por biopsia operatoria y demostrada en aquel acto su inoperabilidad, obtuvo la curación espontánea en unos meses. Ese caso es único en la literatura y no puede utilizarse como un argumento.

Los casos de DAVIS y RIGLER, los nuestros, etcétera, demuestran el largo tiempo de evolución que emplea un tumor desde el inicio de su desarrollo hasta la terminación con la muerte del enfermo. Por esa razón, el hecho de que aparentemente no demuestre una tendencia evolutiva manifiesta cuando los períodos de observación son muy cortos, no invalida para nada la posibilidad de que se trate de un cáncer en potencia y aun incluso en vías de crecimiento.

Apoyados en todo lo anterior, es necesario que terminemos manifestando un punto de vista, puramente personal, como ya indicábamos antes, y que se puede resumir en la siguiente forma:

En presencia de un nódulo solitario pulmonar, podemos asistir a las siguientes posibilidades:

- a) El nódulo puede desaparecer radiológicamente, lo que equivale prácticamente a la curación dentro de un tiempo de observación prudente.
- b) El nódulo solitario puede mostrar signos de crecimiento progresivo.
- c) El nódulo solitario puede quedar estacionario.

En el primer caso no existe problema alguno aparentemente; pero de todos modos, la prudencia del clínico debe obligarle a una observación metódica ulterior ante la posibilidad de que la imagen que fué visible en un momento sea debida a una atelectasia fugaz, desapareciendo transitoriamente al modificarse la reacción inflamatoria bronquial que pudo existir en un determinado momento del desarrollo del cáncer y ulteriormente aparecer, como sucedió en un caso observado por nosotros hace unos años, en que la imagen nodular aparecía y desaparecía fugazmente antes de que se manifestase definitiva y permanentemente.

En el segundo caso no cabe duda que la actitud prudente del clínico debe ser la de hacer intervenir inmediatamente a un enfermo que presenta un nódulo solitario no diagnosticable, muestra en aquel momento una tendencia al crecimiento.

En el tercer caso, si pasados varios meses persiste estacionario, creemos debe hacerse la intervención quirúrgica, que deberá ser una to-

racotomía con escisión del nódulo y examen inmediato junto a la mesa de operaciones por un histopatólogo, adaptándose la amplitud de la resección definitiva a las características reveladas por este estudio.

#### RESUMEN.

El autor expone su punto de vista personal, basado en su experiencia, acerca de la actitud que debe tomar el médico frente a la existencia de un nódulo pulmonar solitario no diagnosable por ningún medio auxiliar. En caso de que el nódulo crezca o permanezca estacionario durante un cierto tiempo, el autor recomienda la intervención quirúrgica.

#### BIBLIOGRAFIA

- DAVIS y cols.—J. Thor. Surg., 32, 728, 1956.  
RIGLER y cols.—J. Thor. Surg., 34, 283, 1957.  
OVERHOLT.—New England J. Med., 252, 429, 1955.  
BLADES.—J. Thor. Surg., 27, 415, 1954.

#### SUMMARY

The writer sets forth his personal point of view, based on his experience, concerning the course of action when faced by the presence of a single lung nodule which cannot be diagnosed by any ancillary method. When the nodule grows or remains stationary the writer advises surgical operation.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor setzt seine persönliche Ansicht bezüglich des Verhaltens des Arztes bei Bestehen eines vereinzelten Knoten in der Lunge auseinander, dessen Diagnose mit keinem der Hilfsmittel zu stellen ist. Sollte der Knoten bestehen bleiben oder sogar wachsen, so rät der Autor zum chirurgischen Eingriff.

#### RÉSUMÉ

L'auteur expose son point de vue personnel, basé sur son expérience au sujet de l'attitude du médecin vis à vis de l'existence d'un nodule pulmonaire solitaire non diagnostiqueable par aucun moyen auxiliaire. Si le nodule croît ou reste stationnaire pendant un certain temps, l'auteur recommande l'intervention chirurgicale.