

Grandes tumores benignos del seno

Por los doctores LARGHERO y COSTA

En estos últimos tiempos uno de nosotros ha tenido ocasion de estudiar del punto de vista anatomo-patológico cuatro tumores benignos del seno, de tamaño poco común; uno de ellos sido operado por nosotros en la Clínica del Prof. Navarro. Los otros tres pertenecen al Prof. Mérola (con examen histológico del Prof. Lasnier), al Prof. Infantozzi y al Dr. José María Silva.

Observación N.º 1. — Marina A., 30 años. Ingresa a la Sala Cirugía A. en Julio de 1932, por un tumor del seno derecho. Fué asistida en la misma Sala hace cinco meses por una fistula biliar de un quiste hidático del hígado, operada en campaña. La enferma fué reoperada constatándose una obstrucción completa del colédoco por una membrana hidática, que se extrajo, drenándose el canal. Alta completamente curada de esta afección. En esa época se constató una masa tumoral en el seno derecho, del tamaño de una mandarina, de límites algo difusos; no se llegó a un diagnóstico preciso, dudándose entre el tumor del seno o mastitis o quiste hidático. La punción dió solamente sangre. La enferma se negó en ese entonces a operarse.

Tres meses después, es decir, hace dos meses, habiendo mejorado mucho su estado general, con un aumento de peso de 8 ½ kgrs., constató que el tumor del seno comenzó a crecer progresivamente; sin experimentar otra molestia que algunos picoteos, sin dolor ni calor. Ninguna secreción por el mamelón. Estado general conservado.

Examen: Seno derecho globuloso y considerablemente aumentado de volumen. Tamaño de una cabeza de feto. Piel distendida, especialmente en la cara antero-externa y por encima del mamelón, donde tiene un color violáceo con pequeñas sufusiones hemorrágicas y finas varicosidades venosas. Venas de mayor calibre dilatadas. Mamelón con saliente normal, areola normal.

A la palpación: tumor móvil sobre los planos profundos, aun después de contracción del pectoral. Consistencia tensa, renitente; parece mismo haber fluctuación. Superficie ligeramente nodular, aunque las abollonaduras hacen poca saliente. Se palpan algunos nódulos aplastados que deslizan sobre el tumor y parecen lóbulos mamarios aislados de la glándula por el crecimiento tumoral.

La piel desliza perfectamente, salvo en la parte antero-externa; aquí, por su tensión no desliza, pero, ni adhiere a la masa ni está infiltrada.

La glándula mamaria se palpa a manera de casquete centrado por el mamelón sobre el polo inferior del tumor aplicada a él pero pasible de deslizamiento.

Ausencia completa de adenopatía axilar. Expresión del mamelón negativa. Seno derecho normal.

Operación. — Costa y Larghero. Eter Pte. Barú. — Incisión interna sobre los límites del tumor. Se cae sobre el tumor que está perfectamente encapsulado. Se le incinde constatándose que se trata de un fibro-adenoma edematoso con focos hemorrágicos. Se enuclea por vía extra-capsular del tejido celular y del plano muscular. La glándula, que es adherente, viene con el tumor y se reseca una parte de ella con el tumor, cuyo clivaje de los planos de la región es muy fácil.

Se extirpa un segmento de piel en forma de gajo de naranja, correspondiente a la porción más distendida. Se deja el mamelón y buena parte de la glándula. Sutura de la piel. Resultado satisfactorio del punto de vista estético. Alta curada.



OBSERVACION N.º 1. — Seno globuloso, erecto-areola y pezón normales. Se ve la mancha equimótica cutánea.

Pieza N.º 3171 del Museo del Instituto de Anatomía Patológica: Tamaño de una cabeza de feto a término (12 a 13 cms. de diámetro).

Contorno neto, cápsula muy delgada. Duro y resistente a la compresión.

Al corte es sólido, blanquecino, de aspecto fasciculado, en torbellino en la mayor parte de su extensión, con pequeñas cavidades, algunas de 7 a 8 mm. de diámetro, otras microscópicas, conglomeradas, dándole aspecto de esponja.

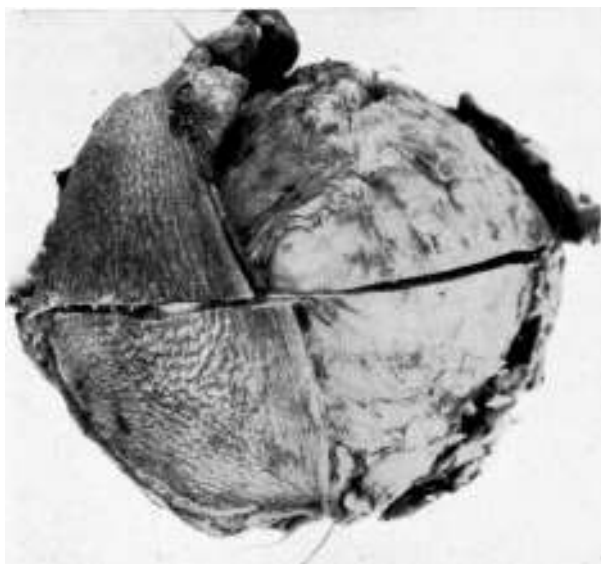
En algunas cavidades hace saliente una vegetación nodular de la pared, de aspecto sólido y de color blanco.

Plano de clivaje bien delimitado del tejido mamario y de la piel.

En el centro del tumor se observan focos hemorrágicos de contorno irregular.

Examen microscópico: La cápsula está constituida por una condensación del estroma en forma de tejido fibroso, con anchas bandas paralelas conteniendo acinos y canalículos mamarios dilatados.

Por fuera, la cápsula se continúa sin transición en algunas zonas, separada por un espacio celuloso en otras con la glándula mamaria con algunas alteraciones (acinos atrofiados por compresión, canalículos dilatados).



OBSERVACION N.º 1 — Cara externa del tumor. — Segmento de piel. — Puede apreciarse bien el aspecto liso del plano de clivaje.

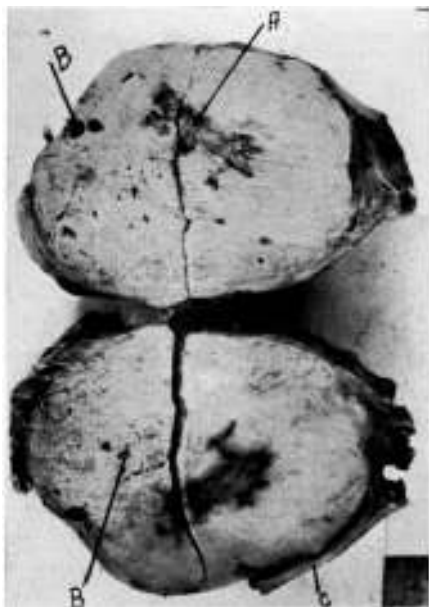
El tumor está formado por un estroma conjuntivo sembrado en proporciones variables, según los segmentos tomados para el examen, por cavidades quísticas.

El estroma presenta un aspecto variable: fibro-celular en torbellino aquí, conjuntivo laxo al lado, mixoide más allá, con marcado edema en ciertas zonas, fibroso adulto en otras, que atraviesan y dividen el tumor en forma de bandas.

Numerosos vasos capilares neoformados unos, con pared mejor constituida otros, se encuentran en medio del tejido conjuntivo.

Ests diversos aspectos del estroma tienen el significado de etapas diferentes de la neoformación conjuntiva y de su evolución natural, típica al tejido adulto de sostén.

Las cavidades son de tamaño y forma muy variable; inútil toda descripción. Hay conglomerados de acinos en proliferación con revestimiento epitelial normal, formando imágenes arracimadas, en rosario o en tubos alargados con una o varias divisiones terminales; hay cavidades quísticas mayores tapizadas por epitelio alto a uno o varios estratos con células de aspecto glandular acinoso, activo, en función secretoria, otros a epitelio cúbico o más bajo aún, plano. Se observa en el interior de las cavidades una sustancia de aspecto en partes homogéneo, en partes constituida por glóbulos



OBSERVACION N.º 1. — A. Foco hemorrágico. — B. Cavidades quísticas. — C. Segmento de piel

secretados por las células. Se trata de una verdadera secreción y no de un producto derivado de las alteraciones de las células descamadas.

Se puede observar todas las fases de la secreción intracelular y de la secreción intracanalicular o quística. En algunos tubos la proliferación epitelial típica, benigna, llena el tubo o hace saliente en su luz en forma de brote o pólipo.

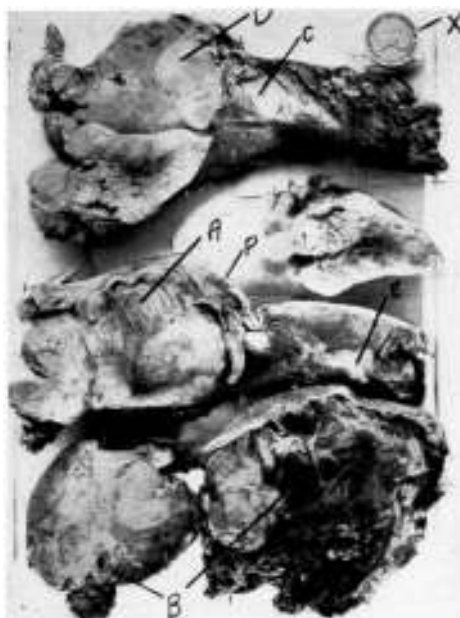
En suma: Se trata de un **fibro-mixo-adenoma acino-canalicular quístico y secretante**.

Observación N.º 2 (Prof. Mérola). — Señora de 54 años. Consulta al Prof. Mérola por una tumoración mamaria gigante. Hace varios años era portadora de un pequeño tumor en el seno izquierdo del tamaño de una nuez, liso, indoloro. Desde un año comienza a crecer progresivamente, acompañándose de ligeras molestias y sensación de tensión. Ausencia de corrimiento por el mamelón.

Examen: Estado general excelente. Voluminoso tumor en el seno izquierdo, del tamaño de una cabeza de feto a término, resistente, liso en parte, en otras lobulado con consistencia quística a este nivel. La piel desliza perfectamente sobre él no infiltrativa y se le puede desplazar sobre los planos profundos musculares. En la axila, ganglios pequeños, movibles, sin carácter neoplásico.

Bajo anestesia general el Prof. Mérola hace una extirpación completa del seno y del tumor, con ablación ganglionar, sin resección del músculo gran pectoral, que era independiente del tumor, existiendo entre ambos un plano de clivaje laxo. Evolución sin incidentes.

El examen histológico fué practicado por el Prof. Lasnier, que ha tenido la gen-



OBSERVACION N.º 2. — Compárese el tamaño con la moneda de 50 centésimos (X). — A. Aspecto foliáceo. B. Cavidades quísticas. — C. Nódulo tumoral aislado. D. Parte sólida. — E. Glándula mamaria. — P. Piel.

tileza de cedernos la pieza. Se hicieron aproximadamente veinte exámenes en distintas zonas, constatándose los caracteres de un fibro-adenoma foliáceo con abundante estroma fibro-mixomatoso.

Descripción macroscópica de la pieza N.º 3128 del Museo del Instituto de Anatomía Patológica: Tumor globuloso del tamaño de una cabeza de feto a término. Su superficie lobulada se separa netamente de los tejidos vecinos por una cápsula fibrosa delgada en ciertas zonas, de 1 mm. o más en otras y un tejido celuloso laxo extracapsular.

En algunos cortes se aprecian ciertas lobulaciones del tumor separadas por tejido adiposo del tumor principal. El aspecto al corte es un poco particular y variable: sólido en la mayor parte de su extensión, presenta en uno de sus polos cavidades quísticas superficiales, subcapsulares, dando su contenido por translucidez una coloración azulada a esta zona. El mismo corte ha tomado y seccionado algunas de estas cavidades y se puede apreciar su contenido constituido por una sustancia geatinosa grisácea.

Otras cavidades aparecen vacías y en vez de esféricas son en forma de media luna, al corte por la saliente de una de sus paredes en forma de hemiesférico. En otras cavidades se observa que el corte ha tomado por el medio este nódulo intracavitario, que tiene un color más amarillento, con hendiduras y una superficie mame-lonada (aspecto de fibro-adenoma).

En la parte sólida el aspecto es también muy variable: hay zonas con aspecto liso y gelatinoso grisáceo, con islotes amarillentos, translúcidos, bien limitadas de las vecinas, otras con aspecto más sólido fibroso, liso o en torbellino, otras sólidas pero constituidas por una serie de láminas de distinto color, de aspecto ondulado, apretadas, exactamente juxtapuestas, pero entre las cuales se aprecian delgadas hendiduras. Parece que se tratara de un tumor foliáceo, donde la disposición laminada del tumor da un aspecto compacto por el apretamiento de sus hojas constituyentes.

Esta parte sólida tiene en conjunto un aspecto lobulado por la existencia de tabiques fibrosos que la surcan.

Se aprecian en algunos cortes, la glándula mamaria de aspecto normal, separada netamente del tumor.

Examen microscópico: Dos elementos esenciales lo componen: estroma conjuntivo y cavidades glandulares y quísticas. Estos elementos se combinan constituyendo las partes sólidas del tumor como las vegetaciones intraquísticas.

El estroma presenta una variada estructura; en gran parte fibroso, en otras más joven, rico en células anastomosadas y numerosos vasos capilares, en otras de tipo mixoide con elementos celulares estrellados y abundante sustancia fundamental amorfa con marcada basofilia, más allá con focos de desintegración y formación de geodas o con edema o abundante neoformación de fibrillas y escasos elementos celulares. Estas variantes del tejido conjuntivo constituyen amplias zonas o se combinan caprichosamente en un mismo campo. Obsérvanse conglomerados de grandes macrófagos a protoplasma esponjoso y claro.

El elemento epitelial está representado por tubos a epitelio cúbico a una o varias capas de células con marcada cromatina nuclear. Algunos con aspecto de acinos, completan la semejanza por la presencia en su luz de una sustancia coloide eosinófila y por su disposición conglomerada pseudo lobulillar.

En la mayoría de los cortes el elemento epitelial adopta el aspecto de tubos o hendiduras alargadas con epitelio cúbico mono o poliestratificado, a elementos a veces

bastante atípicos morfológicamente, pero sin crecimiento exógeno; estos caracteres de atipia no tienen significación de malignidad (Kaufmann).

Se ven también cavidades más grandes, quísticas, de forma redondeada o irregular por la saliente en su luz de pliegues o papilas de la pared. La superficie de las vegetaciones intracavitarias presentan el mismo revestimiento; estas formaciones de aspecto macroscópico sólido no lo son al microscopio sino recortadas, fisuradas profundamente por hendiduras simples o ramificadas, libres o con papilas que, penetrándolas a la manera de las criptas de la amígdala, dan a las vegetaciones su aspecto foliáceo.

En suma: Fibro-mixo-adenoma acino-canalicular papilar, foliáceo.

Ganglio axilar: Hiperplasia y fibrosis del retículo. Catarro de los senos.

Observación N.º 3 (Dr. José M. Silva). — Saturnina B., de 40 años, casada. Hace un año y medio notó en su seno izquierdo un tumor del tamaño de un huevo, que no



OBSERVACION N.º 3. — Seno hipertrofiado y pendiente. — Areola muy extendida. — Borramiento del pezón.

dolía, pero a veces tenía sensación de hormigueo, irradiaba al brazo del mismo lado. Opoterapia mamaria sin resultado sobre la evolución del tumor, pero mejoró de sus molestias al nivel del mismo. Tratamiento antisifilítico también sin resultado (Wassermann negativo). Hace notar que cuando está con la menstruación el tumor aumenta de volumen y siente dolores al nivel del pezón, que desaparecen con la terminación de ésta.

Examen: Seno izquierdo muy aumentado de volumen y a la palpación es de con-

sistencia elástica, normal, al parecer uniformemente hipertrofiado sin apreciarse ningún tumor agregado. Sensación de peso aumentado de este seno. Areola muy grande, luciente y de color castaño claro, menos pigmentada que la del lado sano. Pezón distendido. Ausencia de corrimiento por éste.

Operación — Anestesia general, éter. Amputación del seno sin vaciamiento ganglionar, llegando hasta el plano del gran pectoral, que se respeta. Curación por primera intención.

Se abre la pieza y se constata que no es una hipertrofia de la glándula como se pensaba, sino un tumor perfectamente ensapsulado y enucleable de la glándula. El aspecto es en partes sólido, en otras areolar con cavidades conteniendo un líquido citrino.

Descripción macroscópica de la pieza N° 3120 del Museo del Instituto de Anatomía



Patológica: Tumor del tamaño de un huevo de avestruz. Contorno neto, fácilmente clivable por una plano laxo del tejido vecino, que presenta caracteres macroscópicos de tejido mamario aplastado, laminado. o se distingue cápsula de envoltura del tumor y su aspecto es uniforme hasta su límite. Consistencia dura, superficie lisa.

Al corte su aspecto es variable, en la mayor parte aspecto sólido, blanco, ligeramente translúcido dejando adivinar partes profundas de aspecto más grisáceo limitadas por contorno neto y que corresponden a cavidades situadas profundamente, en otro plano. En ciertas zonas aspecto fasciculado, en torbellino.

En uno de los cortes aparece una zona del tamaño de una pequeña palma de mano de aspecto areolar, casi como avispero, si sus cavidades no fueran de tamaño tan desemejantes. En efecto, las hay desde 1 cmto. de diámetro hasta una cabeza de alfiler y menos, casi imperceptibles, con todos los intermediarios.

Algunas de ellas simples, otras multiloculares con tabiques y diafragmas.

Contienen un líquido blanquecino turbio. En su periferia no se aprecia membrana neta de limitación con el tejido vecino, pareciendo geodas excavadas en el tumor. La piel que cubre el tumor presenta una ancha areola con aspecto escrotal, dando la impresión de estar muy pigmentada por la retracción.

En toda la periferia la piel desliza perfectamente sobre el tumor.

Examen microscópico: El tumor predominantemente sólido, en partes poliquístico, ha sido estudiado en estas dos zonas. La parte sólida está constituida por un estroma fibroso adulto, apretado, conteniendo lobulillos adiposos microscópicos y algunos tubos dilatados micro-quísticos con epitelio cúbico o aplanado, en partes poli-estratificado y descamado en la luz. En algunos de ellos, el epitelio toma aspecto pavimentoso de revestimiento externo, lo que afirma su origen canalicular excretor del elemento tubular. La parte quística está constituida por un estroma fibroso adulto, con zonas edematosas sembrado de cavidades aisladas o conglomeradas de tamaño muy variable, tapizadas por epitelio cúbico o aplastado, con algunas salientes papilares en la luz. No se observa secreción.

En suma: Fibro-adenoma canalicular quístico. Predominancia de la parte de fibroma.

Piel de la areola: Epitelio muy papilar. Pigmentación muy marcada en el estrato basal y cuerpo mucoso de Malpighi. Dermis fibroso, con numerosas células cargadas de pigmento y granulaciones pigmentarias libres.

Observación N.º 4 (Prof. Infantozzi). — Esta pieza fué presentada en 1930 a la Sociedad de Anatomía Patológica.

Elina B., 24 años, uruguaya, soltera. Ingresa en el mes de Agosto de 1929 a la Sala Blanca del Hospital Italiano por una tumoración del seno derecho. Hace unos tres años la enferma notó casualmente, pues nunca había sentido dolores ni molestias, un tumor en el seno derecho que compara por su forma y tamaño a un higo, duro y no depresible. Desde ese momento comenzó a sentir pequeñas molestias y dolores de tipo punzante poco acentuados. Su crecimiento en los dos primeros años fué muy lento, inapreciable casi. En el último año y especialmente en estos últimos seis meses, el tumor creció rápidamente sin que sus molestias aumentaran. La piel sufría por períodos cambios de color, llegaba mismo hasta el rojo volviendo al poco tiempo a su color normal. Periódicamente sentía en el seno prurito y calor que persistían unos días, no guardando relación con las menstruaciones. No ha notado ninguna secreción por el mamelón. No hay antecedentes de trauma de la región. Sin antecedentes genitales. Menstruaciones iniciadas a los 13 años. Duración ordinaria 6 días, indoloras. A menudo amenorreas.

Examen: Estado general excelente. Seno derecho de volumen doble que el izquierdo. La piel no presenta pliegues ni retracciones. Circulación venosa complementaria que se limita al seno sin invadir los territorios vecinos. Mamelón de aspecto normal, idéntico al del lado sano. A la palpación se puede apreciar que el aumento de volumen se debe a la presencia de un tumor del tamaño de un puño, de super-

ficie lobulada, a nódulos grandes sobre todo en el cuadrante supero-interno. La consistencia de las lobulaciones es en general dura, algunas algo renitentes. La piel desliza bien sobre la superficie del tumor y éste a su vez no adhiere a los planos profundos, sobre los cuales se desplaza con facilidad. Indolencia completa. La exploración de la axila derecha descubre la presencia de ganglios pequeños, duros, movibles e indoloros. Axila izquierda libre.

Exámenes de laboratorio: Orina y urea, normales.

Con el diagnóstico de tumor quístico de la glándula mamaria se interviene el 16 de Setiembre de 1930. Dr. Infantozzi y Pte. Delgado. Anestesia, éter. Extirpación com-



OBSERVACION N.º 4. — Aspecto de coliflor
A. — Racimos de vesículas B.

pleta de la glándula mamaria con el tumor. Se hace fácilmente el clivaje del tumor de los planos profundos, sin resecar el gran pectoral, ni hacer vaciamiento axilar. Cierre con drenaje. Evolución sin incidentes. Abandona el Hospital el 26 del mismo mes.

Descripción macroscópica de la pieza N.º 2388 del Museo del Instituto de Anatomía Patológica: El tumor tiene el tamaño de 2 puños. Su longitud es de 14 cms., su altura de 10 y unos 7 cms. de su cara anterior a la posterior. Superficie exterior de color oscuro, hemorrágica en una de sus caras, más claro con lóbulos adiposos en la otra es lisa pero lobulada. Su polo mayor es libre; el menor se encuentra íntimamente adherente a un tejido con el aspecto de la glándula mamaria esclerosada y que prolonga la masa tumoral en una extensión de unos 7 u 8 cms. Desde esta porción adherente al tumor la glándula se prolonga sobre uno de los bordes del mismo en una extensión corta, formándole como una banda de refuerzo a su cápsula.

La consistencia del tumor es variable; duro en algunas zonas, depresible y elástico en otras, dando la sensación de estar formado por cavidades múltiples a contenido de consistencia variable.

Para estudio más completo se corta la pieza en segmentos perpendiculares a su eje mayor, constatándose que ella está constituida por cavidades rodeadas por una cápsula fibrosa de espesor de 1 a 3 mm.

De ella se desprenden tabiques que se dirigen a la parte central uniéndose y bifurcándose, delimitando así cavidades de tamaño muy variable (desde un grano de maíz hasta el de una mandarina, predominando sin embargo las cavidades de tamaño mediano). El número de éstas es variable: en los cortes centrales ellas son de 10 a 12, en los cortes cercanos al polo mayor, de 4 a 5, cerca del polo menor 7 u 8; en total, calculamos aproximadamente unas 45 a 50 sin contar un número grande de más pequeñas en el espesor de la cápsula y los tabiques.

Todas estas cavidades están ocupadas por un contenido cuyo aspecto da al tumor un carácter abigarrado. En la mayoría de las cavidades se encuentra una masa vegetante de superficie granulosa (aspecto de coliflor o de pequeños granos de sémola). En algunas vegetaciones las granulaciones superficiales son independientes, formando con las vecinas conglomerados parecidos a los de huevo de rana. Todas las vegetaciones tienen un eje conjuntivo-vascular mediano y ramificado, unido a una zona pequeña de la pared quística que constituye su pedículo.

El resto del coliflor se puede sacar fácilmente de la cavidad a la cual no adhiere, sino que se amolda exactamente a su pared, que es lisa y de color blanco grisáceo. En algunas zonas el crecimiento cavitario ha sido tan intenso que la vegetación, apretada en la cavidad, da la impresión de un alvéolo tumoral sólido.

En otras cavidades el contenido es gelatinoso, consistente, de color verdoso oscuro o claro, formando masa sólida que se extrae con facilidad y que reproduce exactamente el molde de la cavidad que lo contiene. En medio de esta masa se encuentran, en algunas, inclusiones de fragmentos de vegetación ofreciendo el conjunto el aspecto de los panes de inclusión en celoidina de la técnica histológica. En otras cavidades el contenido es gelatinoso pero rojo oscuro, con o sin inclusión de vegetaciones. En todas partes la sustancia gelatinosa rellena la parte que dejan libres las masas vegetantes dentro de las cavidades.

Examen microscópico: Corte de la pared de uno de los quistes.

El fragmento comprende la pared fibrosa común y un espolón que, penetrando en el tumor, sirve de tabique medianero entre dos cavidades que representan los dos tipos de cavidades de que está constituido el tumor.

La pared común está constituida por un tejido fibroso compacto en ciertos puntos, lamelar en otros, hialino más allá con regular número de vesículas adiposas. Contiene en su espesor lobulillos glandulares competos contenidos en alvéolos del estroma fibroso y separados sus acinos y tubos por tejido conjuntivo laxo. Los elementos

glandulares están más o menos atrofiados. En el tabique de separación que presenta la misma estructura fundamental, los elementos glandulares son más abundantes y se observan además largos segmentos de canaliculos excretores. De las dos cavidades que separa el espolón, una es quística simple, estando limitada por un epitelio cúbico a elementos pequeños, a trechos aplastado; este epitelio asienta sobre una vítrea y está separado del tejido fibroso de la pared por una capa de tejido conjuntivo joven con numerosos capilares, fibroblastos y células jóvenes.

La otra cavidad contiene en su interior una vegetación cuyos caracteres macroscópicos han sido ya descriptos. Microscópicamente está constituida por un estroma mucoso con elementos estrellados, anastomosados, por largos y delicados prolongamientos que dejan amplios espacios para la sustancia fundamental. Este estroma es recorrido por bandas de tejido fibroso con numerosos capilares que lo dividen en alvéolos redondeados u ovalares; dentro de ellos se encuentran canaliculos revestidos por epitelio cúbico, siendo su forma alargada, tortuosa, irregular, ramificada, la que vemos habitualmente en los fibro-adenomas mamarios.

Se ven algunos de ellos terminar en una de sus extremidades ramificándose en dos o tres acinos.

La superficie de la masa vegetante intracavitaria es lisa en ciertas partes, papilar en otras y está revestida por epitelio continuo del tipo canalicular que asienta directamente sobre el tejido fibroso. La base de la vegetación reposa directamente sobre el tejido fibroso parietal y sobre el tabique.

Por lo que antecede se deduce que la vegetación intraquística presenta los caracteres de un fibro-adenoma pericanalicular con algunos acinos, exactamente igual a los comunes tumores mamarios, pero caracterizándose por crecer dentro de una cavidad y estar revestido de epitelio cúbico en toda la extensión de la vegetación.

Otras vegetaciones no presentan en su masa el carácter fibro-adenomatoso, sino que están constituidas por tejido conjuntivo rico en capilares y en células jóvenes con abundante sustancia intercelular. La superficie de la vegetación es irregular con papilas y depresiones que están revestidas por una doble fila de células cúbicas. Focos hemorrágicos antiguos con abundante pigmento ocre. Esta transformación pigmentaria explica la variada coloración de la sustancia gelatinosa de los quistes.

En otras papilas el estroma es mucoso con abundante sustancia intercelular, lo cual explica su aspecto translúcido al corte y el hecho que estas vegetaciones parecieran como granos de uvas que, apretados entre los dedos, daban salida estallando a un líquido mucoso.

Con pequeñas variaciones la estructura del tumor se reproduce en todas las zonas que han sido examinadas con sus caracteres fundamentales: cavidades quísticas, vegetaciones en coliflor con estructura de fibro-mixo-adenoma, canalicular, papilar, de aspecto foliáceo.

Consideraciones. — Del punto de vista clínico en las cuatro observaciones hay un hecho constante: preexistiendo un tumor desde 1 a 3 años, él ha experimentado un crecimiento que ha multiplicado varias veces su volumen.

Esta modificación, ocurrida en un plazo corto (de 3 meses en la 1.a obs., de 6 mese en la 4.a, de 1 año en la 2.a y 3.a), ha determinado molestias por las cuales y por su volumen, la enferma ha consultado.

En ninguno de los casos han existido corrimientos mamelonares.

Siendo el crecimiento rápido un buen criterio clínico de la evolución maligna de un tumor, era natural que la conducta operatoria haya sido, en tres de los casos, la exéresis total del seno, con o sin vaciamiento ganglionar, pero respetando el gran pectoral.

El examen histológico lo más completo que puede prácticamente exigirse en tumores de este volumen, ha revelado su benignidad histológica y ha permitido explicar la patogenia de la evolución acelerada.

En efecto, el tejido epitelial, relativamente escaso, con preferencia de revestimiento o quístico, no ha sido el factor importante de esta evolución. Es el estroma conjuntivo con su especial modalidad fibromiomatosa, con abundante sustancia intercelular que ha debido acumularse rápidamente, secretada por las células o aportada por los vasos, que nos explica el aumento rápido de volumen del tumor.

Agréguese a esto el aumento del contenido gelatinoso quístico en la observación 3, y el crecimiento papilar foliáceo en las observaciones 2 y 3. Para corroborar esta afirmación tenemos la observación 4, cuyo crecimiento más lento se explica por su estroma predominantemente fibroso adulto.

Estas constataciones anatómo-patológicas llevan a una conclusión práctica: ella es que nos parece de buena práctica la incisión exploradora del tumor como primer tiempo de la operación, previa a la determinación de la conducta quirúrgica. Con tumores de este volumen, el simple examen macroscópico del corte de sección y la palpación del tumor al desnudo, permiten al cirujano comprobar la naturaleza benigna o fibro-quística del tumor.

Esta constatación le facultará para hacer una exéresis completa del tumor, y aprovechando el plano de clivaje extra-capsular, respetará tres órganos que, como la glándula mamaria, el pezón y el músculo gran pectoral, no es indiferente en todos los casos mutilar.

Dr. Stajano. — Son casos muy interesantes. La histología explica la falibilidad del tratamiento médico (glándula mamaria), que creo

que ha preconizado el doctor Navarro. Hablaré un poco sobre tratamiento de los tumores benignos del seno.

En las formas quísticas, el tratamiento médico no da resultado. Tengo casos de la influencia de la medicación tiroidea en adenomas o fibroadenomas, en mi servicio. Este año he tratado varios casos. En algunos casos de fracaso hemos intervenido. La anatomía patológica explica el fracaso por existencia de mucho tejido fibroso o formaciones quísticas. Tengo un caso muy interesante: en una semana regresa un tumor. Es una medicación empírica y triunfa en casos en que fracasa la glándula mamaria. El tiroide frenaría el ovario y éste tiene una gran influencia en la glándula mamaria (ovulación, etc.); las reacciones vasomotrices se terminan con tumores. En el conejo se puede llegar a producir la enfermedad de Reclus.

Otro hecho interesante es la aparición de tumores en el seno opuesto, después de algún tiempo de la primera operación.

Dr. Prat. — Son casos interesantes. Haré algunas consideraciones sobre diagnóstico y tratamiento. La edad tiene importancia. El Dr. Larghero nos presentó mujeres jóvenes y de edad algo avanzada. Tengo una enferma de 54 años con un tumor que parece benigno, pero hay que desconfiar. Con anestesia local se extraerá ese tumor ampliamente y haré examen por congelación. En lo que se refiere al tratamiento, conviene extirpar los tumores benignos con su cápsula, para no dejar restos. Me llamó la atención, porque yo creía que estos tumores evolucionaban bien. Yo hasta ahora no extirpaba la cápsula; hacía la enucleación. En una enferma en que saqué la cápsula noté una recidiva. Con respecto a lo que decía el doctor Stajano, me cuesta creer que si una mama tiene un tumor, ese tumor retroceda con glándula mamaria o tiroidina. Dejo sentada esta afirmación.

Dr. Lamas (A.). — Creo que la importancia del tema merezca una sesión especial. No he podido ver la diferencia que dice el doctor Stajano entre lesión inflamatoria y tumoral.

Dr. Larghero. — El doctor Navarro hace glándula mamaria en mastitis crónica solamente.

Una causa de error en las radiografías de los cálculos renales

Por el Dr. A. FOSSATI

Juan P., 32 años, uruguayo, soltero. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Desde hace diez años, cólicos nefríticos del lado izquierdo, bastantes