

recordar la posibilidad de que el cuadro sea debido a una distopia con mesenterium commune. El examen radiológico intestinal, permitirá certificar este diagnóstico.

Radiografía de la mama

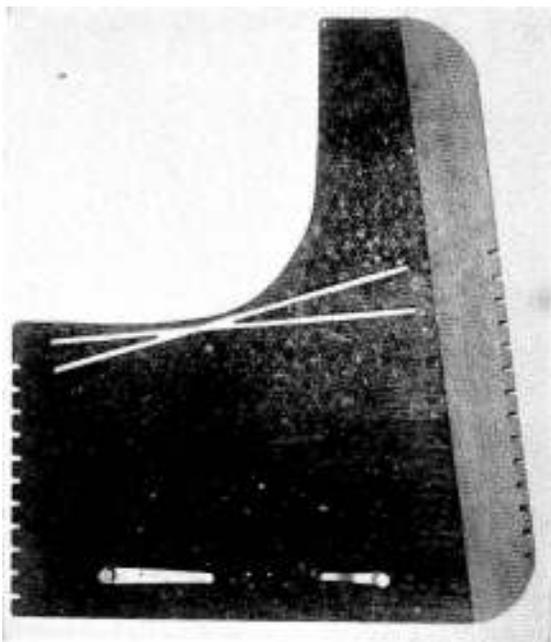
por el doctor CARLOS MARIA DOMINGUEZ

I

Señores cirujanos:

Personalmente, el estudio radio-anatómico de la mama fué una consecuencia del estudio-radioanatómico de piezas.

El móvil principal de este trabajo, iniciado desde hace ya varios años, ha sido la frecuencia de la observación de cánceres mamarios, venidos al Laboratorio de Anatomía Patológica en forma de piezas - Halsted; a veces como simples resecciones parciales, extirpadas con el diagnóstico clínico de adenomas o quistomas o cistomas; también en calidad de biopsias extemporáneas para terminar la lista de la obser-



N.º 1. — Repisa torácica para obtener una o la doble imagen en la "placa tangencial inferior". Si se quiere sacar la doble imagen la "placa tangencial inferior" debe pasar por una de las ranuras de la repisa quedando la mitad arriba, horizontal, y, la otra mitad, abajo, vertical.

vación anatómica de las neoplasias malignas de la mama, aunque esto muy excepcionalmente, en la mesa de autopsias.

Hoy en día esta frecuencia crece por grados y a tal punto estos

hechos avanzan, que para nosotros se ha transformado el problema de la cancerización mamaria femenina en una verdadera obsesión.

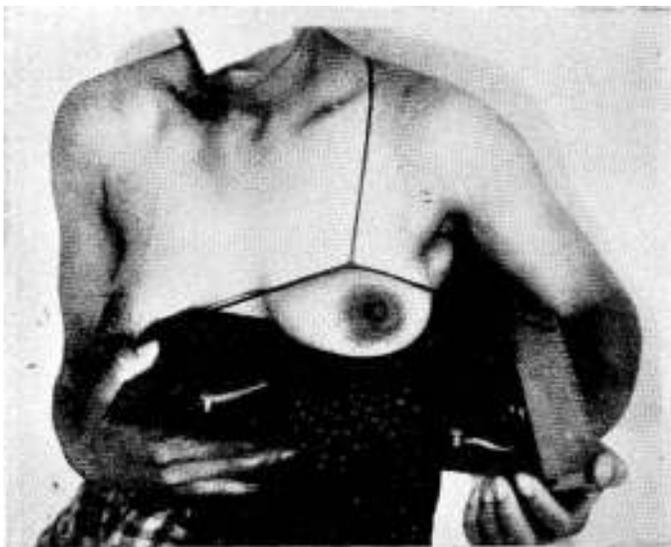
Ante los cirujanos de nuestro país, y, en particular ante los de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, quiero descubrir este pensamiento, seguro que me acompañarán en mi justísima alarma y también en el sentimiento de desesperanza que apareja el problema terapéutico.

No falta en nuestro trabajo la importante base clínico quirúrgica. No nos pertenece. La encontré ampliamente, al solicitarla, en determinados valores de nuestro medio.

N.º 2. — Circular elástica haciendo una suave presión sobre la hemiesfera superior de la mama izquierda colocada en la repisa torácica.

En esta radiografía se ve la circular elástica pasando por la cara inferior de la repisa.

En algunos casos conviene hacer actuar la circular elástica solamente sobre el órgano.



Como no hay manera más eficaz, más breve y más permanente de agradecer este fenómeno de la colaboración médico-científica, que citar nombres, nos complacemos sinceramente en dar el destino correspondiente en la lista del justo reconocimiento, al doctor Eduardo Blanco Acevedo, que nos prestó en su Servicio de Ginecología y más tarde en el H. Pasteur una leal colaboración desde el primer momento de la iniciativa; colaboración entendida a nuestra manera en todo lo concerniente a la anatomía dinámica de la mama.

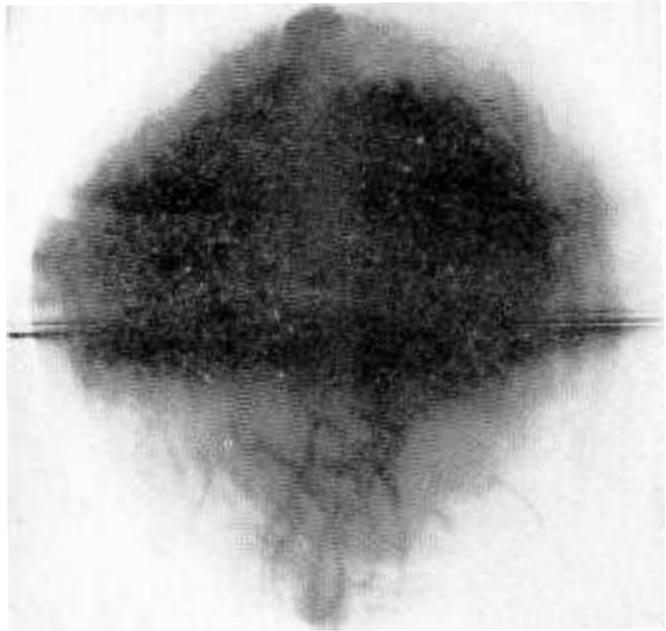
Posteriormente, extendimos nuestras pretensiones en las clínicas ginecológicas de los doctores Luis P. Bottaro y Juan Pou Orfila en cuyas filas, además de los Jefes del Servicio quiero recordar como acto de agradecimiento a los doctores Luis D. Bottaro, Juan Carlos Carlevaro y César Crispo, respectivamente.

Actualmente, en la sede de su hermoso Instituto de Curioterapia

Ginecológica, el doctor Enrique Pouey nos presta el calor de su competencia clínica.

II

El estudio radio-anatómico de la mama dinámica, en el fondo, es un problema de cancerología mamaria. Esta tiene períodos o etapas que merecen toda nuestra atención desde el punto de vista del análisis. ¿Qué perseguimos con este tecnicismo?



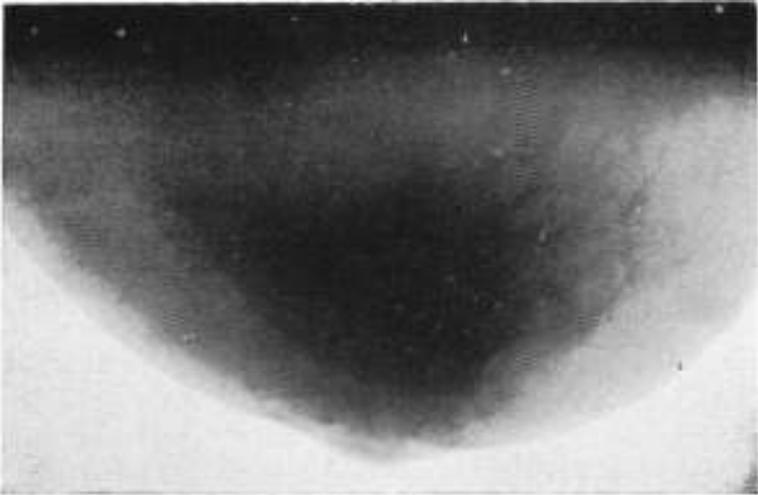
N.º 3. — Doble imagen radiográfica de un tumor mamario del tamaño de una mandarina, esférico, con plano de clivaje.

¿Qué resultados positivos inmediatos obtendremos de él?
¿Qué nuevas derivaciones podrán sucederse?

Me atrevo a afirmar que ya empezamos a salir de la etapa o período de los exagerados entusiasmos de la curabilidad del cáncer de la mama femenina, en nuestro país. Tendremos que volver a la realidad y confesarnos a nosotros mismos que está lejano el éxito definitivo y que no hay, en puridad de verdad, una estrecha relación entre el copioso tecnicismo de que se rodea actualmente al cáncer y su curación.

Hay muchas sutilezas en las técnicas, en desmedro del conoci-

miento de las bases fundamentales de la enfermedad. Los histopatólogos quieren resolverlo todo con las clasificaciones y las subclasificaciones de epitelomas y sarcomas, llevadas a un grado tal de exage-



N.º 4. — Radiografía simple de un proceso inflamatorio quístico y periproductivo fibroso circular y radiante difuso.

ración e irrealidad que, si hubieran medido las consecuencias, se hubieran detenido anticipadamente en bien de las propias enfermas.

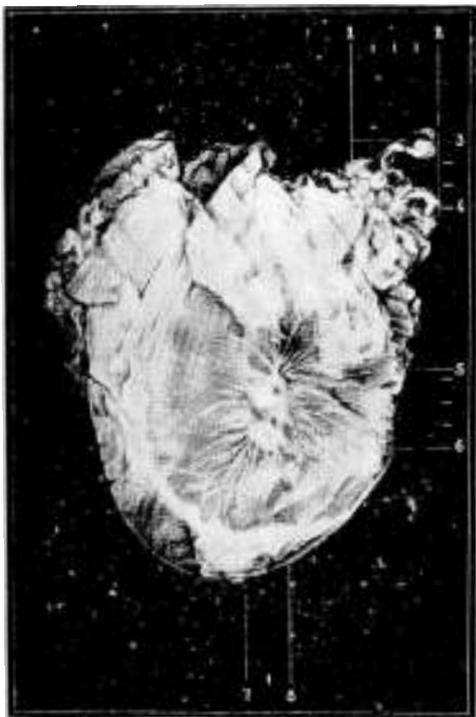
En cuanto a la clínica, el diagnóstico siempre es tardío: se diagnostica la enfermedad constituida en su doble faz: masa tumoral cuyas



N.º 5. — Radiografía simple de una tuberculosis quístico-caseosa y fibroproductiva de la mama.

células gravitan sobre sí mismas y nódulos ya independizados, carentes de semiología propia.

Hoy nos toca a nosotros colaborar en ese tecnicismo, pero advertidos por la anatomía patológica, por la clínica, la cirugía y la radiología. No nos vamos a dejar absorber por él y haremos tecnicismo en procura no de un diagnóstico precoz, de un diagnóstico de tumor in-



N.º 6. — Determinación radiográfica de la neoplasia maligna primitiva y de repercusión en el área glandular y ganglionar, de una pieza — Halsted - Blanco. Las paralelas señalan en dos sentidos las localizaciones neoplásicas.



N.º 7. — Radiografía de una pieza — Halsted. En el cuadrante determinado por las paralelas 1-2, 3-4 se observa un tumor, redondeado, con raicillas descendentes y externas. En el campo celulo-grasoso-ganglionar axilar se ven numerosos nódulos neoplásicos secundarios que no se han señalado con paralelas, por olvido.

ciente, porque precocidad e incipencia es una fórmula engañosa. Tenemos el vivo recuerdo de estas mismas tendencias clínicas en cancerología cérvico-uterina.

Arte los miembros de la Sociedad de Cirugía, queremos demostrar que con el tecnicismo basado en el estudio radio-anatómico de la mama viva, debemos emprender una nueva campaña orientadora sobre el cáncer de la glándula mamaria.

Los primeros aportes técnicos radiográficos para la mama dinámica debemos agradecerlos al doctor Félix Leborgne y luego a los doctores Pedro A. Barcia y Camilo Menéndez.

Para que se pueda considerar con algunos datos de detalles prácticos nuestro trabajo futuro, expondremos en forma sintética la técnica que empleamos para obtener la radiografía de las mamas vivas.

Hemos aceptado la recomendación de la gente de experiencia d



N.º 8. — Radiografía de una pieza (mámoctomía amplia).

En ella se ve un nódulo redondo, limitado, entre las paralelas 1-2, 3-4. Es de naturaleza maligna.

En el encuentro de las paralelas 5-6, 7-8 el bisturí pasó por la difusión neoplásica en el dermis. Esta difusión escondida dérmica común en nuestras enfermedades neoplásicas mamarias no tiene una semiología bien caracterizada.

emplear la ampolla llamada de foco fino, adaptada a un soporte (los que usan los dentistas-radiólogos).

La distancia entre el foco de la ampolla y la mama a radiografiar es la del protector cónico más dos o tres dedos que median entre la mama y el borde inferior del susodicho protector. Como es sabido es esta precaución evita la posible descarga sobre la enferma.

La orientación del eje de rayos lo hacemos de manera de obtener una imagen en una "placa tangencial inferior" mediante un dispos

tivo, la repisa torácica, que nos permite al mismo tiempo obtener la imagen deformada o sea una radiografía doble simultánea.

En determinados casos clínicos, la localización de la tumoración mamaria es muy posterior o bien el órgano tiene un volumen exiguo. Los inconvenientes técnicos en estos casos mejoran con el desplazamiento de la mama y, por consiguiente, de la tumoración que contiene, por una suave y gradual presión elástica o por una compresión circular.

La presión elástica contra la repisa torácica produce un aplastamiento moderado de la mama que favorece en diversos sentidos la investigación radio-anatómica.

Nuestra técnica se dirige especialmente y diríamos casi únicamente a explorar radiológicamente la existencia de lo que llamamos la enfermedad nodular o aproximadamente nodular de la mama.

Ahora bien, para que nuestro trabajo sea completo y fecundo en la aplicación y sobre todo lo suficientemente comprendido, debemos hacer una amplia demostración de sus detalles fundamentales, que los



N.º 9. — Anatomía patológica macroscópica del caso anterior.

señores miembros de esta Sociedad tendrán oportunidad de apreciarlos, próximamente, en su triple aspecto de radiografías de piezas, radiografías de mamas dinámicas y de su equivalencia clínico-radio-anatómica.

Mientras tanto, vamos a mostrar gráficamente en esta misma sesión, algunos puntos de interés señalados en el texto.

Al terminar esta exposición preparatoria, invitamos a la Sociedad de Cirugía a que considere la idea de que hay una verdadera conveniencia de orden científico en que se realice entre nosotros, a breve plazo, al finalizar el año, por ejemplo, una Conferencia o Congreso sobre Cancerología Mamaria con carácter severamente científico, emi-

mentemente documentada, exactamente veraz. Sólo así sabremos la triste verdad de que en cancerología mamaria hemos retrocedido. La reacción consecutiva significará un doble esfuerzo: volver a las líneas primitivas y, entonces, recién, intentar dar un paso adelante, con la nueva base anatómica del cáncer de la mama: la enfermedad nodular mamaria.