

METASTASIS CONTEMPORANEAS Y METASTASIS
ALEJADAS DEL CANCER DEL SENO

A propósito de 6 observaciones personales

Dr. Armando M. Loubéjac

Todos los autores están de acuerdo en que el cáncer del seno, en la mujer, representa casi la mitad (el 43 %) de los tumores malignos en general y que, al mismo tiempo, junto con los cánceres prostáticos, tiroideos y suprarrenales, tiene una especial predilección por las metástasis en el sistema óseo. Las metástasis alejadas se hacen habitualmente en pleura y pulmones, hígado y huesos, correspondiéndole a esta última localización el 28 % de los casos (según Lecene), particularmente columna vertebral, fémur, húmero, pelvis, huesos del cráneo y cara.

Si estudiamos las estadísticas publicadas, cualquiera sea su origen, sobre los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer del seno con vistas al establecimiento de un plazo de 5 años de sobrevida como índice de curación, veremos que todas dan cifras coincidentes y desalentadoras:

I. — Forgue (1921) ⁽¹⁾: sobre 285 operados, solo 115 (el 40 %) han sobrepasado los 3 años y únicamente 42 (el 14 %) sobrevivían después de los 7 años.

II. — Hartmann (1921) ⁽²⁾: Sobre 251 operados, solo 94 sobrevivieron más de 2 años.

III. — Lecene (1922) ⁽³⁾: publica una estadística sobre 24 operadas (ratificada en 1930 por Moulounguet) ⁽⁴⁾ y consigna 11 muertes por metástasis pleuro-pulmonar en un plazo de seis meses a 5 años de la operación.

IV. — Sistrunk y Mac Carty (de la Mayo Clinic) ⁽⁵⁾: sobre 218 operados, 85 (el 39 %) sobrevivían después de 5 años y 80 (el 36/7 %) entre 5 y 7 años, observándose una gran diferencia

en la evolución ulterior de las operadas que tenían ya invasión ganglionar en el momento de la operación, las cuales sólo dan un 18,9 % de sobrevividas entre 5 y 8 años.

V. — Para Lucien Mallet (⁶) (Congreso Internacional contra el Cáncer, Bruselas, 1936), el plazo para establecer la curación del cáncer es bastante teórico cuando se le fija, en general, en los alrededores de los 5 años, puesto que las recidivas pueden aparecer en los años que siguen. “Para el cáncer del seno — dice — tratado quirúrgicamente e irradiado enseguida, las estadísticas raramente sobrepasan el 30 al 35 % de curaciones después de los 5 años, pero este plazo está lejos de constituir una barrera a las recidivas”.

VI. — C. D. Haagensen y A. P. Stout (1942) (⁷) (del Presbyterian Hospital, de New York): Hacen un estudio estadístico de la evolución seguida por 640 mastectomías por cáncer, efectuadas entre 1915 y 1934, en el plazo de “5 años de curación clínica” y encuentran los interesantes datos que siguen:

- 1) Muertes operatorias: 3.1 %.
- 2) Casos perdidos de vista antes de los 5 años: 6.4 %.
- 3) Muertes por causas desconocidas antes de los 5 años: 2.0 %.
- 4) Muerte por enfermedad intercurrente antes de los 5 años, sin signos de recidiva: 1.9 %.
- 5) Muertes por reproducción metastásica antes de los 5 años: 45.3 %.
- 6) Sobrevividas **con recidiva** 5 años después de la operación: 5.2 %.
- 7) Sobrevividas **sin recidivas** 5 años después de la operación: 36.1 %.

En cuanto a la frecuencia y distribución de las recidivas locales y de las metástasis, la estadística da las siguientes cifras:

- 1) Recidivas locales aparecidas dentro de los 5 años: 22.8 %.
- 2) Metástasis alejadas en el mismo plazo: 49.4 %.

Consignándose la mayor frecuencia en el pulmón y pleura (21.6 %) y en los huesos (17.8 %).

En nuestro ambiente no conozco estadísticas publicadas con series numerosas de operadas, pero de las conversaciones mante-

nidas con algunos cirujanos se recoge la impresión universal de que difícilmente se sobrepasa el porcentaje del 35 al 39 % de sobrevividas después de los 5 años de la operación.

La **Roentgenterapia** pre o post-operatoria ha intentado en estos últimos diez años mejorar los resultados operatorios, indicándose particularmente la irradiación para los cánceres con invasión ganglionar palpable y para aquellos en que la clínica y la anatomía-patológica marcan un grado avanzado de malignidad. Es indudable que el **pronóstico** del cáncer del seno basado en el examen histológico — como lo quería Delbet — no tiene, hoy día, apoyo estadístico que permita sostenerlo. Así veremos en nuestra observación 3) que un cáncer de malignidad histológica relativa resultó clínicamente de los más graves. La edad joven (observaciones 1 y 5), la linfangitis reticular o troncular (observación 1), las adenopatías axilares de grueso volumen (observación 2) y la adenopatía supraclavicular siguen constituyendo los elementos de pronóstico grave en la evolución ulterior de los cánceres del seno operados.

Las observaciones que presento a continuación no hacen más que confirmar la terrible gravedad del carcinoma mamario.

OBSERVACIÓN 1. — Cáncer agudo del seno derecho. Linfangitis pulmonar a los tres meses del comienzo. — M. R., 32 años, uruguaya, de profesión maestra, me la envía un colega en el mes de octubre de 1939. Viene con el diagnóstico de **mastitis aguda** y ya se le han hecho cinco inyecciones de vacuna antiptógena. Es una enferma despejada, inteligente, con excelente estado general. Manifiesta que desde hace un mes tiene una tumefacción dolorosa y caliente del seno derecho, con salida de líquido seroso por el mamelón. Menstruaciones regulares en fecha y en cantidad y niega terminantemente haber estado embarazada nunca.

Examen. — El seno derecho está tumefacto en su totalidad, un poco levantado, sin circulación colateral visible y con piel de color normal. El mamelón está un poco retraído. La palpación muestra que todo el seno es una masa dura, sin lobulaciones, que desliza bien sobre el plano pectoral, dolorosa a la presión. Hay aumento de temperatura local. Retracción fija del mamelón, cuya expresión da salida a un líquido seroso claro. Sobre el cuadrante infero-interno, y partiendo del pezón, hay dos "trainees" linfáticas, rosadas, de 1 cm. de longitud. El pliegue de la piel entre dos dedos da el signo de "piel de naranja" en toda el área del seno. **Ganglios axilares** palpables. Seno izquierdo normal, sin ganglios en la axila. No hay ganglios en los huecos supraclaviculares. Resto del examen orgánico negativo.

Francamente, la primera impresión que se tiene es la de una mastitis

aguda. Pero la falta de antecedentes de actividad glandular antigua o reciente, junto al examen ginecológico y a las manifestaciones categóricas de la enferma, descartan esa posibilidad para hacer pensar seriamente en un cáncer de marcha rápida, quizás el **cáncer agudo de Klotz y Volkmann**, forma clínica que nunca hemos observado pero cuya descripción clásica coincide con la mayor parte de los elementos clínicos de nuestra observación, excepción hecha de la bilateralidad y de la lactación, momento en el que aparece de preferencia el cáncer agudo. Los exámenes de laboratorio son normales. El examen de la secreción del pezón solo da albúmina, sin observarse células (Dr. Saizar). Se le indica hielo local. Propionato de testorena intramuscular (25 miligramos diarios) y radiografía de tórax.

Noviembre 27. — A la semana el cuadro físico es invariable. Han aparecido nuevas "trainees" linfangíticas que se acercan a la línea media, sobre la región esternal.

Radiografía de tórax: (Dr. Frangella). "No hay metástasis pulmonares".

Resuelvo la internación en el Sanatorio, preparándola para la amputación del seno. Pese a su buen estado general, la marcha rápida de la linfangitis cancerosa mantiene una interrogante angustiosa sobre la oportunidad y conveniencia del acto operatorio, el que voy difiriendo día a día mientras la linfangitis alcanza la línea media esternal. En definitiva, a los tres días determino no operarla y la envío a su casa. Los hechos posteriores me dieron la razón: el 10 de diciembre se despierta con disnea intensa, sin cianosis. El examen clínico cardio-pulmonar es negativo. **Se pide radiografía de tórax y el radiólogo informa** (Dr. Frangella): "Imagen difusa de tipo linfangítico (aspecto de miga de pan) en el parahilio derecho, que se hace más densa hacia las bases donde, además, se notan elementos del tamaño de una cabeza de alfiler (o ligeramente mayores) como se ve en las granulias. Estas sombras patológicas son más intensas en el campo derecho que en el izquierdo, el que parece estar respetado en la parte alta del lóbulo superior. Radiológicamente interpretamos como siembra linfangítica o miliar". (Fig. 1).

La disnea aumenta progresivamente. Hay que recurrir a los opiáceos. La enferma falleció el 31 de diciembre de 1939, a los 4 meses justos de la evolución total de su enfermedad.

Más que a una metástasis, esta observación corresponde a una invasión linfática pulmonar que ha alcanzado la profundidad siguiendo los ganglios mamarios internos y los linfáticos perforantes del tórax.

OBSERV. 2. — Cáncer del seno izquierdo. — Gruesa adenopatía axilar. Metástasis hepática a los tres meses del comienzo.

I. S. de S., 41 años, casada. Esposo sano, 3 hijos sanos, el menor de 13 años. Menstruaciones periódicas y normales.

Me consulta en el mes de Junio de 1941 por una gruesa adenopatía axilar izquierda datando de 20 días atrás. El examen de la mama del mismo lado muestra un tumor retro-mamelonar, del tamaño de un huevo de gallina, duro, indoloro, que fija el mamelón y se acompaña de "piel

de naranja". La enferma ignoraba su existencia. La mama y la axila del otro lado no acusan anormalidad. Resto del examen general sin particularidades. Estado general excelente. No ha habido adelgazamiento. Impongo al esposo de la gravedad de la lesión y resuelvo, previo a la intervención, hacer algunas sesiones de Roentgenterapia profunda. Esta es efectuada por el Dr. Leborgne en el Hospital Italiano. Las masas ganglionares se funden y desaparecen completamente. La enferma pide un plazo

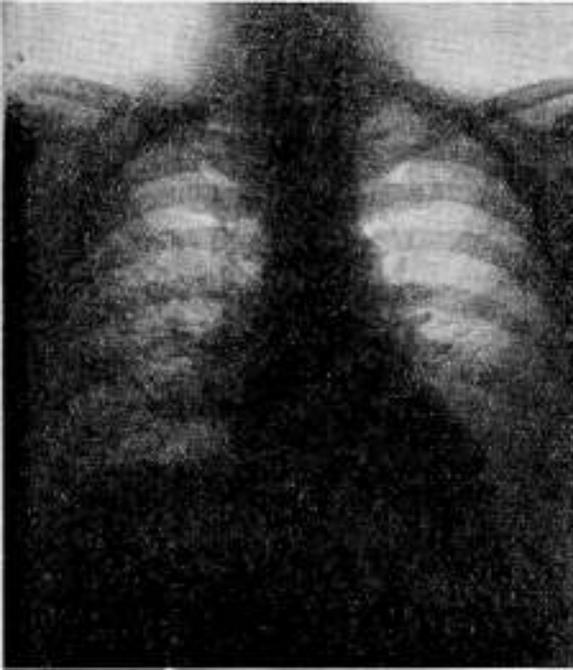


Fig. 1. Cáncer agudo del seno. Linfangitis pulmonar.



Fig. 2. — Cáncer del seno. Metástasis en el húmero.

para realizar la operacion con motivo del casamiento de una hija. Dos meses después de la aparición de la adenopatía, bruscamente una noche tiene un cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho que exige morfina. El hígado desborda 2 traveses de dedo el reborde costal. Es duro y doloroso. No hay ascitis. Hay que administrarle opiáceos todos los días, mientras el hígado crece lentamente. El tumor del seno no ha sufrido ninguna variación. Así dura la enferma 3 meses. En los últimos 15 días de vida, interviene subrepticamente — y me desplaza — un médico que ofrece la curación de la paciente con "inyecciones traídas de Norte - América". Como primera providencia suprime la morfina!

En resumen: cáncer del seno izquierdo, con voluminosa adenopatía

axilar y metástasis hepática, evolucionando, en total, en un plazo de seis meses.

OBSERV. 3. — Cáncer del seno izquierdo. — Metástasis inmediata en el húmero derecho. Metástasis en el omóplato izquierdo a los 4 meses. Metástasis cerebral a los 6 meses.

A. G. de B., 42 años, casada, madre de 2 hijos sanos. Esposo sano. La conozco desde 5 años antes, portadora de una nefritis crónica. En Junio de 1942 consulta a un colega por dolores reumatoides en el hombro derecho que ceden bastante a los derivados salicílicos. En Julio me consulta por una tumoración de seno izquierdo que la enferma afirma haberse observado un mes antes. El examen clínico revela un tumor del tamaño de una naranja tanjerina, asentado en la región retro-mamelonar, con retracción del mamelón, piel de naranja y pequeña adenopatía axilar, dura, del mismo lado. No hay secreción por el mamelón ni ganglios supra-claviculares. El cáncer del seno es indudable y se pide la colaboración del médico tratante, Dr. A. Piaggio, para mejorar su estado general, bastante precario. Hay una anemia de 4 millones y un gramo de albúmina en la orina, con 0gr.60 de urea en el suero. El 5 de agosto se le hace radiografía de tórax, frente y perfil y se prepara para operar. La intervención se efectúa el 16 de agosto. Amplia amputación de seno, con vaciamiento axilar, según la técnica de Gosset ligeramente modificada. Anestesia general al éter CO². Post-operatorio inmediato excelente. Desde el día siguiente de la operación desaparecen los dolores reumatoides de su brazo derecho. Abandona el Sanatorio a los 12 días. El examen anatómo-patológico realizado por el Br. Enrique Castro dice: "Masa tumoral difusa que se extiende en el área central, por debajo del mamelón, infiltrante, tendiendo a disponerse en coraza, en un diámetro de 7 centímetros. El examen histológico muestra epiteloma sólido a pequeñas células oscuras; bastante encefaloide. Grado de malignidad mediano". Hacia el 20 de Setiembre reaparecen los dolores en su brazo derecho, con gran intensidad; ceden poco al salicilato y se calman con reposo absoluto y hielo local. Un examen cuidadoso de la región afectada demuestra que el dolor no es articular sino diafisario y se piensa de inmediato en una metástasis. Por diversas razones la radiografía de tórax y de brazo derecho no se pueden hacer hasta el 20 de octubre. La radiografía de brazo muestra una metástasis y el informe del radiólogo (Dr. Frangella) dice: "Lesión osteolítica en la unión del tercio superior con el tercio medio, que toma todos los elementos del hueso, que ha roto el periostio en algunos puntos y que rarefica en forma lacunaría, aunque esporádica, el tercio inferior y, posiblemente la zona sub-yacente a la cabeza. El hueso tiene tendencia a incurvarse". (fig. 2). En la radiografía de tórax no se ve metástasis pulmonar. Se inicia Roentgenterapia profunda localmente (Dr. Frangella). Se hacen 10 sesiones que calman bastante los dolores. Con ayuda de comprimidos a base de ácido acetil-salicílico y hielo se evita inyectar morfina. De noche descansa con luminal. Localmente, el brazo está en

adducción y hay una discreta tumefacción en el tercio superior, sin modificaciones de color ni de circulación. Duele intensamente la presión sobre la cara interna. No menstrua desde hace 2 meses. Hacia el 10 de noviembre acusa dolores intensos en el hombro izquierdo, del mismo lado de la operación. La herida operatoria ha cicatrizado por primera intención. Una radiografía hecha el 13 muestra una metástasis en el omóplato y el radiólogo informa: "Imagen osteolítica que ha destruido casi completamente la cavidad glenoidea y que invade con lagunas rareficientes el cuello del omóplato". Se le hacen algunas sesiones de teleroentgenterapia según la técnica aconsejada por Mallet en las metástasis óseas. Consiste en la irradiación de grandes segmentos del cuerpo, y mismo de todo el organismo, con débiles dosis diarias de 25, 50 ó 100 r. a 1 m. 50 a 2 m. 50 de distancia. Mallet piensa que esta suave Roentgenterapia actuaría indirectamente, estimulando las defensas orgánicas contra las células neoplásicas. Las sesiones deben interrumpirse porque la enferma sufre mucho con los desplazamientos. Está como clavada en el lecho. El 13 de Enero de 1943 cae bruscamente en coma. La fiebre asciende rápidamente y la muerte se produce a las 48 horas de iniciado este cuadro. Metástasis cerebral?

En resumen: el cáncer evoluciona aproximadamente en 6 meses, haciendo casi en seguida de su aparición clínica una metástasis en el húmero derecho. Los dolores provocados por esta metástasis calman con la extirpación del neo causal, para reaparecer un mes después de la operación con mayor intensidad. Cuatro meses después de la aparición del cáncer en el seno y a los 2 meses de la operación, metástasis en el omóplato izquierdo. A los 5 meses de la operación, metástasis cerebral y muerte.

OBSERV. 4. — Cáncer del seno derecho. — Metástasis en la columna vertebral a los seis meses de operada. Muerte 10 meses después.

G. S. de P., 60 años, procedente de Mariscala, Dpto. de Durazno. En el mes de Octubre de 1940 el Dr. César Crispo le extirpa el seno derecho por un neo aparecido tres meses antes. Pasa su convalecencia en el Pueblo del Carmen (Dpto. de Durazno) donde ya a los 6 meses, con motivo de una dispepsia hepática, el Dr. D'Angelo sospecha la existencia de una metástasis vertebral y la envía a Montevideo. Acusa dolores intensos en ambas caderas, que le impiden caminar, y que no ceden a la medicación salicilada habitual. Son dolores a tipo radicular, que dejan libres las articulaciones pero le impiden toda clase de movimientos. La columna vertebral duele a la percusión de sus últimas vértebras. No hay signos neurológicos de lesión medular. De noche los dolores se intensifican y hay que inyectarle Dolantina. En el mes de Diciembre de 1941 me hago cargo de su asistencia y pido Radiografías de Pelvis y de columna Lumbar (perfil). No se observan metástasis. Veinte días después se repiten las placas enfocándose la columna lumbar, frente y perfil (Hospital Italiano F. 10866).

Placa de Perfil: "No se ven metástasis".

Placa de frente: "Imagen rareficante que toma casi todo el cuerpo de la primera vértebra lumbar, sin alcanzar aun a deformarla, aunque su

borde izquierdo ya ha perdido su arquitectura anatómica. Lo mismo puede decirse de la quinta vértebra cuyo cuerpo está aplastado y presenta un aspecto evidentemente geódico, con ligera hiperostosis circundante, en su tercio izquierdo. La décima dorsal comienza a esbozar el aspecto llamado de hueso agusanado. Las últimas lumbares y el sacro revelan signos de atrofia”.

La intensidad de los dolores impide trasladar la enferma para hacer Roentgenterapia. Falleció el 19 de Febrero de 1942, a los 19 meses de la aparición probable del cáncer en la mama y a los 10 meses de la operación.

OBSERV. 5. — Cáncer del seno derecho. — Metástasis en el húmero izquierdo a los 3 años de la operación.

C. S. de A., casada, esposo sano. Dos hijos sanos. Hace 4 años, el 13 de Diciembre de 1938, le amputaron el seno derecho por cáncer. La



Fig. 3. — Cáncer del seno Metástasis en el húmero.

enferma tenía 28 años. Se casó y tuvo dos hijos. En el mes de Enero de 1942, a los 3 años de operada, comienza a sentir dolores en la cara posterior del brazo izquierdo, irradiados, luego, a toda la extensión del

mismo. Durante un tiempo fué tratada por reumatismo. El 13 de Febrero se le hace la primera radiografía donde se aprecia: "Laguna circunscrita que rarefica el hueso en la región supero-interna del tercio superior del húmero y que comienza a "morder" el periostio". Hacia el 23 de Octubre (a los 8 meses) se le hace nueva radiografía (fig. 3) que muestra un avance progresivo de su metástasis osteolítica. Los dolores son muy intensos y se le hace Sedargil.

El 3 de Diciembre de 1942 me visita por primera vez. Se trata de una enferma muy desnutrida, consumida por 5 meses de terribles dolores y de morfina. Hay una gran atrofia de los músculos de la cintura escapular izquierda. La movilización activa del hombro es imposible y la enferma lleva siempre su brazo en actitud de Dessault. Se le inmoviliza la articulación en un yeso toraco-braquial y se le indican 10 inyecciones intra-musculares de hidróxido de bismuto y aplicaciones de Roentgenterapia profunda (Dr. Frangella) según la técnica ya mencionada de Mallet, alcanzándose a hacer XVI aplicaciones en 45 días.

Examen del 1° de Febrero de 1943. — Hay una extraordinaria mejoría del dolor, el que ha desaparecido casi completamente. Se debe, indudablemente, a la Roentgenterapia profunda porque el yeso lo toleró sólo 15 días. Aumentó 3 kilos. Localmente no hay tumefacción a la altura de la metástasis, tocándose fácilmente el húmero, muy doloroso, con los dedos.

Nueva Radiografía el 3 de Febrero: "Imagen osteolítica pseudoquistica, más extendida que las anteriores, que levanta en forma prominente el periostio del borde externo".

Hacia el 20 de Febrero reaparecen los dolores. Como el aparato de Roentgenterapia está descompuesto, se le hacen dos inyecciones semanales de Hidróxido de Bismuto que la calman completamente. Es notable que la enferma atribuye al bismuto una acción analgésica evidente. Está en amenorrea desde el 1° de Enero.

Examen del 9 de Junio: Desde el 3 de Mayo los dolores han recrudecido y ya no ceden a las radiaciones. Los dolores son insuportables y hay que inyectarle morfina. Adelgazamiento muy acentuado. El fin está próximo. La Radiografía de esa fecha revela: "Osteolisis aun más extendida, habiendo desaparecido el aspecto pseudo-quistico. No hay vestigios del periostio del borde interno; el periostio del borde externo está muy destruído".

En resumen: Cáncer del seno derecho a los 28 años de edad. Metástasis de húmero izquierdo a los 3 años de amputado, que evoluciona todavía a los 19 meses de su iniciación. Dos embarazos después de la operación.

OBSERV. 6. — Cáncer del seno derecho. — Metástasis pulmonar y hepática a los 12 años.

R. S. de A., 54 años. Hace 14 años le amputaron el seno derecho por cáncer. Durante 7 años no sintió ninguna molestia. Durante los 4

años siguientes acusa una sensación dolorosa difusa en el brazo derecho. En menopausa desde hace 10 años. En Noviembre de 1940 le empiezan dolores terribles en el hombro derecho, que sólo ceden a la morfina o al pantopón. Su médico tratante, Dr. Charlone, le hace una radiografía de tórax **sin apreciar imagen anormal** (información personal). Desde esa fecha hasta Agosto de 1941 sufre de crisis mensuales que le duran 4 días. Son dolores intolerables que exigen un opiáceo. En esa fecha la veo por primera vez: enferma delgada y pálida, que representa más edad de la que tiene. Ligera disnea permanente, que se acentúa con los esfuerzos. Es de tipo expiratorio, como si fuera una asmática. Cicatriz de Halstead derecho. Presión arterial: Mx. 16 - Mn. 8. Pulso 100, regular. Sin temperatura axilar. Disminución de respiración de la base pulmonar derecha, sin ruidos anormales. Se le hacen 6 ampollas subcutáneas (1 cada 2 días) de anaveneno crotálico. Desaparecen los dolores hasta Noviembre, en cuya fecha se le hace una radiografía de tórax, que informa: "Retracción del hemitórax derecho con ligera desviación de la tráquea hacia el mismo lado. La base está ocupada por una sombra densa que se confunde con el diafragma, que aparentemente tiene unos 4 traveses de dedo de altura y cuyo borde superior es completamente irregular. El resto del campo pulmonar está surcado por sombras de tipo algodonoso, con algunos micro-puntos condensados. El hilio parece ensanchado. Intensa paqui-pleuritis. Campo pulmonar izquierdo libre. ¿Lobitis neoplásica con siembra linfagítica? ¿Atelectasia? ¿O ambas cosas?".

En esa fecha se le hace una nueva serie de 6 ampollas de anaveneno y pasa sin dolores intensos hasta Julio de 1942. Se calma su nueva crisis con 3 ampollas más. En Noviembre del 1942 tiene una recrudescencia de su dolor. En este momento son del **hipocondrio derecho**, con vómitos biliosos.

El hígado desborda 2 traveses de dedo el reborde costal y duele mucho a la presión. No hay ascitis. Gran adelgazamiento. Marcada insuficiencia respiratoria. El 3 de Diciembre se le toma una radiografía de tórax: **Placa de frente**: "Mismas lesiones que el examen anterior, con acentuación de la retracción y de la imagen difusa, así como de la del hilio". **Placa de Perfil**: "Sombra en banda que ocupa la región retrocardíaca, desde el borde superior de este órgano hasta el diafragma, no muy densa, permitiendo ver algunos tenues detalles de las arborizaciones bronco-vasculares. Por encima del corazón, en el espacio retro-esternal, hay una sombra que puede corresponder a un espesamiento de la pleura. El resto del campo pulmonar está ocupado por sombras indefinidas, algodonosas".

Desde el 3 de Marzo de 1943 los dolores son continuos e insoportables, acompañados de vómitos biliosos. En Mayo el hígado llega al ombligo y se le administran 6 centigramos diarios de morfina. Falleció en caquexia el 6 de Mayo.

En resumen: A los 12 años de una amputación de seno derecho por cáncer, se instala un síndrome doloroso de hombro derecho acompañado de disnea de tipo expiratorio. Durante 2 años arrastra su dolor que calma intermitentemente el anaveneno crotálico. En los últimos seis meses se ins-

tala una enorme hepatomegalia dolorosa, sin signos de insuficiencia cardíaca y sin ascitis, calmándose sus dolores del hombro.

Una vista de conjunto de los casos que traigo a la consideración de esta Sociedad demuestra que:

La *Observ.* 1 no llega a operarse porque la invasión linfática cutánea y pulmonar lo impide. Muere a los 4 meses de aparecido el neoplasma.

La *Observ.* 2 tampoco puede operarse por la voluminosa adenopatía axilar. Se irradia previamente. Hace una metástasis hepática a los 3 meses del comienzo y muere a los 6 meses del mismo.

La *Observ.* 3, contemporáneamente con la aparición clínica del cáncer, hace una metástasis en el húmero opuesto, que se ignora; se opera y hace otra metástasis en el omóplato del mismo lado a los 4 meses. A los 6 meses del comienzo clínico del neo muere por metástasis cerebral.

La *Observ.* 4 presenta 3 metástasis vertebrales a los 6 meses de operada y muere 10 meses después.

En estas observaciones las metástasis son contemporáneas con la aparición clínica del cáncer, dado que hay que suponer un plazo determinado para que el émbolo neoplásico crezca lo suficiente para hacerse evidente clínica y radiológicamente.

En las *observaciones* 5 y 6 las metástasis duermen durante años y se despiertan bajo la acción de un factor que desconocemos y que, a su vez, son fuente de nuevas embolizaciones.

¿La cirugía ha dado ya todo lo que podía dar técnicamente en el tratamiento del cáncer del seno?

¿Es necesario recurrir a la actinoterapia sistemática, como quieren los radio-terapeutas? (8)

¿O habrá que buscar en el cáncer del seno la intervención de las hormonas sexuales como inductoras de la actividad neoplásica y llegar a la castración roentgenológica de toda operada?

Hay hechos experimentales con concordantes y es sugestivo con respecto a esta última pregunta lo que se está realizando actualmente en el tratamiento del cáncer de la próstata, francamente influenciado con la orquiectomía o con la administración de preparados estrógenos naturales o de estilboestroles. Ya en mi observación 1, a título de prueba, había inyectado hormona testi-

cular sin ningún resultado. En el caso 5 ensayé el Perandren en cantidad limitada, también sin resultado.

La probable acción cancerígena de la hormona folicular tiene base experimental. Lacassagne (9) ha demostrado que el cáncer de la mama puede ser despertado por inyecciones de benzoato de estradiol en lauchas machos de la especie cuyas hembras desarrollan espontáneamente cáncer de la mama. Y el mismo Lacassagne (10), Loeb y otros (11), provocaron el desarrollo de cáncer en la mama de lauchas hembras con inyecciones de estrógeno. En apoyo de estas ideas, H. Auchincloss y C. D. Haagensen (12), publican en 1940 un caso de cáncer del seno en la mujer "posiblemente inducido por substancia estrogénica". Sin poder ser terminantes en sus conclusiones ya que es necesaria una larga y cuidadosa observación de las mujeres tratadas con estrógenos, aconsejan limitar el uso de la foliculina y abstenerse de emplearla en las siguientes condiciones: A) en dosis grandes o prolongadas; B) si hay historia familiar de cáncer del seno; C) sin examen clínico inicial y repetido de ambos senos; D) en enfermas con mastitis crónicas, carcinoma o cualquier forma de neoplasia del seno, ya sea antes o después del tratamiento quirúrgico o radiológico.

¿Tendrá la opoterapia andrógena un papel importante que desempeñar en el tratamiento del cáncer de la mama?

Creo que la cirugía del cáncer del seno ha dado ya todo lo que podía dar. En manos de todos los cirujanos del mundo, especialmente los cirujanos franceses y sudamericanos que practican la técnica de Gosset con ligeras variantes, los resultados son iguales entre sí e iguales a los publicados por los cirujanos norteamericanos que emplean el Halstead con pequeñas modificaciones, muchas de las cuales conservan el pectoral menor: **Más del 50 ½ % de las operadas de cáncer del seno mueren antes de los 5 años con recidivas locales o metástasis alejadas.**

BIBLIOGRAFÍA

1. CONGRES FRANCAIS DE CHIRURGIEN. — Octubre de 1921. Rapports de Forgue y Walthers.
2. LECENE y LERICHE. — "Therapeutique Chirurgicale". 1926. Massón y Cía.
3. LECENE. — "Bulletin de la Société de Chirurgie". 1922, pág. 982.

4. MOULONGUET (P.). — “Les diagnostic anatomo-clinique de P. Lecene”. Lesios du sein. 1930. Massón y Cía.
5. SISTRUNK y MAC CARTY. — “*Annals of Surgery*”. 1922, T. LXXV, página 61.
6. MALLET (L.). — “Relatos al Congreso Internacional de Lucha Social contra el Cáncer”. Bruselas 1936, T. 1, pág. 334.
7. HAAGENSEN (C. D.) y STOUT (A. P.). — “Resultado del tratamiento del Carcinoma de la mama”. *Anales de Cirugia*. Diciembre de 1942, Vol. 1, N° 7, pág. 1099.
8. FRANGELLA (A.). — “El cáncer del seno”. *Diario Médico Uruguayo*. N° 51. Setiembre 1937, pág. 276.
9. LACASSAGNE (A.). — “Aparición de cáncer de la mama en la laucha macho sometida a inyecciones de foliculina”. Comptes Rendu a la Academia de Ciencias. Octubre 10 de 1932.
10. LACASSAGNE (A.). — “Patogenesis hormonal del adeno-carcinoma del seno”. *American Journal Cancer*. Junio de 1936.
11. SUNTZEFF (V.), BURNS (E. L.), MOSKO (M.) y LOEB (L.). — “El efecto de inyecciones de estrin sobre la incidencia del cáncer mamario en varias razas de lauchas”.
12. AUCHINCLOSS (H.) y HAAGENSEN (C. D.). — “Cáncer del seno posiblemente inducido por substancia estrogénica”. *Journal of the American Medical Association*. Abril de 1940, pág. 1517-1523.

DISCUSIÓN

Prof. Stajano. — Creo que la comunicación del Dr. Loubejac, abarca tantos puntos, tan extensos y tan diversos, que hace imposible su comentario, por lo menos el comentario útil. Presenta estadísticas. Habla de pronóstico y de evolución, se refiere a hechos de patología experimental y hace consideraciones terapéuticas generales, con motivo de los seis casos presentados.

Son tantos puntos y tan distintos que creo que no se pueden coordinar en una discusión y hacer un comentario sobre una comunicación tan extensa y tan grande, es un error y tampoco es útil. Pero, para no dejar silenciada la comunicación del Dr. Loubejac, si me permite voy a decir dos palabras a modo de síntesis omitiendo todos los datos estadísticos que apporto porque repetiríamos un sinnúmero de casos similares a los presentados.

En cuanto a la terapéutica, da pavor controlar las estadísticas; ya sea con terapéuticas quirúrgicas, ya con quimioterapia, radiaciones previas o posteriores, ya con los tres métodos combinados, siendo los resultados desastrosos. El caudal estadístico, para aclarar algo sobre neoplasma de seno, lo considero un mal camino. Nos da datos de interés documentario, pero no progresamos grandemente en este sentido.

Otro motivo de desconcierto es todo lo admitido por la Patología clásica, y lo aceptado como axioma en cuanto a la gravedad. El tamaño del

tumor en el neoplasma del seno, no sirve para hacer pronóstico de malignidad ni benignidad. Hemos hallado tumores grandes, de evolución más o menos rápida con la apariencia de ser gravísimos, que fueran operados, y dieron sobrevidas muy grandes. Hay tumores pequeños, dando la apariencia de cánceres precozmente diagnosticados, que halagan al cirujano, pensando que va a operar un cáncer en buenas condiciones y nos da la sorpresa de recidivas inmediatas o metástasis próximas, de una gravedad extraordinaria haciendo una evolución inopinadamente grave, como nada lo hacía suponer.

El criterio histológico tan en boga en los últimos años, daba una idea de que por el examen histológico, ya sea del tipo celular, o del estudio del estroma se podía sentar un pronóstico en cuanto a la evolución del neoplasma. El pronóstico dado por la histología, (Delbert-Mac Carty), resultó también falible, al punto que tampoco en este sentido tenemos un punto de apoyo como para sentar un pronóstico más o menos exacto.

La noción, única cierta y que por el momento nos conformamos en poseer, es la de la **malignidad biológica**, sin ningún substrátum anatómico, y que es variablemente cambiante de acuerdo con el estado general, equilibrio metabólico, etc. No poseemos actualmente ningún método objetivo que nos permita registrar el grado de malignidad variable en cada caso.

Desconcierta en absoluto todo lo que se pueda decir en cáncer del seno. No sabemos si lo que hacemos, frente a una enferma de este tipo, está bien hecho o no.

Yo, para no dejar para otro día, tratando de recordar lo que había dicho el Dr. Loubejac, sobre cáncer del seno, quise dar mi pesimista impresión.

Debemos remover el estudio del cáncer del seno, diciendo que lo haremos progresivamente, a medida que tengamos el material preparado para elevar comunicaciones particulares sobre hechos circunscriptos dentro del gran tema.

A propósito de algo que puede interesar a la Sociedad de Cirugía y que tiene relación con el problema del cáncer, es la acción de las sustancias sintéticas estrógenas u hormonales, o frenantes sobre los epitelios mamarios y de esto tenemos un material grande, hasta experimental en conejas desde el año 1936, que está inédito, relacionado con la activación de los epitelios mamarios, mediante las inyecciones de foliculina, o de cuerpo amarillo, o de ambos productos.

Es un trabajo que hemos practicado con el Dr. Scandroglío y hemos pospuesto su publicación para controlar con la clínica lo observado experimentalmente. Todo esto tiene un interés práctico enorme. Bajo el punto de vista práctico sería una voz de alarma que la Sociedad de Cirugía debería levantar y a la vez fundamentar con hechos clínicos. La Sociedad de Cirugía tendría que dirigirse al cuerpo médico y mismo a los especialistas llamándoles la atención sobre el uso y abuso de la foliculina, generando sin duda alguna, un material de patología tumoral benigna mamaria extraordinario.