

*EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN EL TRATAMIENTO
DEL CANCER DE LA MAMA (*)*

Dr. Gerardo Caprio

Cirujano del Instituto de Radiología
Cirujano del Instituto de Endocrinología

Para apreciar el resultado obtenido en el tratamiento del cáncer de la mama, deberemos comenzar por trazarnos una norma basada en la comparación entre dicho resultado y la evolución espontánea, sin ningún tratamiento.

Se puede aceptar que la mayoría de las enfermas de cáncer de la mama se mueren de su enfermedad en un plazo de tiempo que va de los dos a los cinco años. Las hay que tienen una marcha rapidísima, como se sabe, o, por el contrario, lo que es más frecuente, una marcha extremadamente lenta, a tal punto que prácticamente no las afecta mayormente; tal el caso de muchos esquirros atróficos.

Pero si el límite de vida nos servirá de comparación, ha de entenderse que ello no significa curación de tantos o cuantos años, sino en el caso de que con un tratamiento dado la enferma esté bien y libre, efectivamente, de signos del mal. Sólo entonces estaremos autorizados a decir que el tratamiento ha sido bueno.

De otro modo, no sólo sería considerado ineficaz sino perjudicial, dadas las molestias y sufrimientos físicos, morales y económicos, que significa el tratamiento radical, tal como hoy lo encaramos.

¿Y podemos decir que hemos alcanzado en el momento actual ese nivel de superación?

En las grandes clínicas americanas, y algunas europeas, donde se hace el tratamiento en grandes servicios de técnica estandarizada, por verdaderos especialistas, y en donde, además, se lleva la observación y la estadística con todo rigor y

(*) Presentado en la sesión del 14 de agosto de 1946.

con procedimientos casi perfectos, ese nivel se ha alcanzado en buena parte por esa perfección técnica y por la mayor afluencia de casos primarios, bajo el influjo de una propaganda educativa bien hecha y mejor comprendida.

En nuestro medio creo que estamos muy lejos de ello. Hace dieciocho años que practico la cirugía, primero al lado de grandes maestros, después solo. Tengo la impresión de que mis primeros casos eran más favorables y los éxitos mantenidos frecuentes.

En estos últimos años, con muchísimos más casos tratados, y combinando los tratamientos, los resultados no son buenos.

Las razones, a mi juicio, son dos fundamentales: la primera es debida a la falta de cultura médica de nuestra población; sólo se va al médico cuando se está enfermo, y en general cuando el mal es muy notorio.

El miedo al cáncer, que es una verdadera obsesión en ciertas personas que no lo padecen, retiene por el contrario a otras que están verdaderamente atacadas. La propaganda simplista dando detalles del mal es perjudicial, y la prueba la tenemos en que cuando un atacado por el mal lo conoce por su profesión, también concurre tarde.

La propaganda ha de hacerse inculcando a la población la idea del examen preventivo sistemático cada seis meses, no sólo concurriendo a los centros gratuitos sino a sus médicos particulares.

Y aquí debemos mencionar un hecho lamentable. En materia de cáncer y tumores en general, los mismos médicos están mal informados, por falta de práctica, y así vemos que o no diagnostican en tiempo o indican los tratamientos de una manera incorrecta. Conste que no hago distingos, pues en nuestro medio es bastante corriente que una vez hecho un tratamiento bien o mal, no se siga el enfermo y se le abandone o se le envíe a otro servicio con indicaciones absolutamente no indicadas.

El caso más típico es el de los cirujanos y los radiólogos. Hasta hoy se han observado mutuamente con recelo. Con toda ligereza se achacan defectos infundados. El mejor conocimiento de los hechos debe resultar en el futuro en una colaboración lógica y racional: cada cosa a su tiempo, sucesivamente o simultáneamente.

Y para empezar, como cirujano que soy y no especialista sino general — especializado si se me permite —, comenzaré por la cirugía y los cirujanos.

Cuando se plantea el tratamiento de un caso de cáncer de la mama, es corriente entre los médicos, y aún entre los cirujanos generales, que se piense en un solo método terapéutico, el quirúrgico y, dentro de éste, en la operación de Halsted, tipo de las intervenciones amplias y radicales.

Es un error pensar así; pero mayor error es proceder a dicha operación sistemáticamente en todos los casos, sin la menor selección. Sin embargo, se justifica esta manera de pensar si se tiene en cuenta que en la mayor parte de las clínicas quirúrgicas de nuestro medio, la operación tipo Halsted es una rutina, y sólo en los casos realmente inoperables se piensa en otros tratamientos.

Procuraremos presentar las normas del tratamiento que deben ser consideradas en la actualidad.

Es indudable que el auge de la cirugía, ampliamente justificado con el advenimiento de las técnicas fundamentales de Halsted y Willy Meyer, al final del siglo pasado, y con los perfeccionamientos subsiguientes de orden operatorio y clínico, no ha sido correspondido por todo el éxito esperado, sobre todo siendo el cáncer de la mama tan accesible a la observación y al tratamiento directo.

A su vez, la utilización de las radiaciones, tras una etapa de tanteos y ensayos bastante confusa, desde la aparición del tubo Coolidge, en 1914, hasta 1930, incluyendo los célebres tratamientos de Wintz, ha entrado en estos últimos años, con las técnicas tangenciales de Holfelder y el fraccionamiento y pro-tracción de las dosis de Coutard, en un período más racional, de cuya observación se puede deducir más seriamente su valor como agente curativo exclusivo o asociado a la cirugía. En este momento estamos en situación de poder hacer una discriminación bastante segura de cuál debe ser la manera de utilizar estos dos grandes agentes terapéuticos aislados o asociados en cada tipo de lesión.

Desde ya podemos afirmar que en el orden de la técnica se ha realizado tal vez lo más en el campo quirúrgico. Seguramente quedan nuevos importantes progresos útiles del lado radiológico.

La actuación del cirujano tiene varias etapas: una, fundamental, la terapéutica, la extirpación de la lesión radical o parcialmente en el momento dado, y otra, no menos fundamental, que es la del diagnóstico. Entre las dos, una intermedia, de estrecha colaboración con el radiólogo y que, por tanto, necesita el más amplio y leal espíritu de colaboración. Esta etapa es la de las indicaciones de los procedimientos terapéuticos.

Pasamos por alto lo referente al diagnóstico clínico del cáncer de la mama. Permítasenos, sin embargo, por creerlo de real interés práctico, dada su constancia en nuestro medio, recordar lo destacado en otras oportunidades. El cáncer de la mama es mucho más frecuente del lado izquierdo que del derecho. Por el contrario, los procesos que más lo simulan, sobre todo en la edad del climaterio, o sean las mamitis, predominan del lado derecho. Se deberá ser muy prudente en los casos dudosos, generalmente corresponderá un tumor maligno.

Entre los tumores benignos, dos detendrán nuestra atención: el lipoma y el fibroadenoma.

El lipoma se ve de dos maneras: como un lipoma en la mama que no es de la glándula sino subcutáneo, y que no tiene ninguna particularidad; o como un lipoma en la mama que hace cuerpo en la glándula, en su superficie, no muy limitado, y que tiene como característica una muy temible: debajo de él, la enorme mayoría de las veces, hay un auténtico carcinoma mamario. Podríamos decir, para grabar la idea, como en el refranero popular, "debajo de la piedra está el cangrejo".

El fibroadenoma, que constituye la enorme mayoría de los tumores benignos, se ve especialmente en las jóvenes, y no ofrece dudas.

Aunque no es raro encontrar, al estudio microscópico de este tumor, una alteración de su estructura, que se considera habitualmente como una iniciación o una degeneración cancerosa, nosotros afirmamos que no hemos visto nunca una enferma con cáncer auténtico de la mama, que haya presentado en la iniciación de su proceso un fibroadenoma.

Hemos observado varios centenares de casos. Por analogía con lo que pasa en otros órganos, en que se reconocen más fácilmente lesiones que pueden aceptarse como precancerosas, se ha

extendido este concepto para el fibroadenoma de la mama y por eso se aconseja su extirpación en todos los casos.

Nosotros lo hacemos así a menudo, pero, volvemos a insistir, creemos que el cáncer de la mama comienza como tal y evoluciona como tal, con todo su potencial maligno, desde el primer instante. Ello explica, para nosotros, la obtención por otros cirujanos de espléndidos resultados en los casos de fibroadenoma con principio de degeneración, que se trata con la operación amplia, y la no obtención de tales buenos resultados en tantos casos de cánceres auténticos y primitivos de la mama, cualquiera que haya sido la amplitud y la precocidad del tratamiento.

En 'tales' enfermas, el cáncer es notado por ellas, en su comienzo, como un nódulo aislado, en la mama hasta entonces normal.

La mano del médico que lo palpa lo aprecia entonces como un núcleo de dureza pétreo característica, suelto, pero con cierta firmeza, en el ambiente que lo rodea.

Frente a tal hecho, podría decirse que ha estallado un rayo en cielo sereno.

Pasamos por alto también todo lo referente a la exploración por medios físicos, ya que no le asignamos una seguridad definitiva y además en la práctica ocasiona demoras e inconvenientes diversos. Creemos que la mama cancerosa debe manipularse lo menos posible antes de su tratamiento, y que éste debe ser realmente urgente, y por ello creemos, como Baraldi, que el diagnóstico puede y debe ser hecho en el período de nódulo mamario primitivo y aislado.

La obra del cirujano de Rosario, titulada "El problema quirúrgico del cáncer de la mama", es una magnífica contribución a su dilucidación. Fuera de la investigación clínica pura, realizada por una persona experimentada, el único medio seguro y pronto de hacer el diagnóstico terminante, es la exploración biopsica. ¿Hay algún riesgo en hacerla?

Ninguno, siempre que se haga dentro de ciertas condiciones. La fundamental es que vaya seguida de la extirpación de la mama enferma, si ésta es cancerosa.

Más adelante veremos las variantes a este modo de proceder.

Todas las consideraciones que se hagan sobre la posibilidad de embolizaciones neoplásicas o sobre la posibilidad de avivar el

mal, son aceptables, pero no tienen real entidad en este proceder.

La estadística demuestra categóricamente que la incidencia de recidivas y el número de curaciones de cinco años no es alterado siempre que la biopsia, con cualquier técnica que sea hecha, vaya seguida de la mamectomía inmediata o a lo sumo con no más de cuatro a cinco días de demora. Ya a partir de los seis días se modifican algo los resultados, pero no mucho.

Tomo como referencia la estadística presentada en diciembre de 1942 por Haagensen y Stout, controlado por Auchinclos, y realizada sobre 1.040 enfermas, de las cuales 640 fueron operadas.

En un primer cuadro de las 640 enfermas de todo tipo y grado de lesión se incluyen 401 sin biopsia y 239 con biopsia.

En un segundo cuadro de enfermas con tumor de no más de 2 cms. de diámetro anatomopatológico para eliminar errores, por tomar enfermas muy precoces o muy tardías, se incluyen 234 sin biopsia y 130 con biopsia.

En los dos casos, con biopsias hechas en distintas oportunidades antes de la operación, los resultados son los citados anteriormente.

La biopsia seguida inmediatamente, no de la operación pero sí de la irradiación preoperatoria, ¿tiene la misma inocuidad? No lo sabemos por ahora. No hay duda que esta circunstancia no ha de presentarse a menudo, ya que realizándose la biopsia especialmente para los casos dudosos e incipientes, la tendencia general es a efectuar la operación radical a continuación. Personalmente es la conducta que prefiero.

Nosotros efectuamos la biopsia de dos maneras: la incisión biópsica al modo de Lecène, tomando en un corte total la lesión y los tejidos circundantes. Preferimos personalmente esta técnica. Se aprecian marcoscópicamente las relaciones del tumor y los tejidos peritumorales y el aspecto al corte que muy a menudo es decisivo y por tanto alcanza para hacer un diagnóstico. Para confirmarlo se puede hacer un examen por congelación. Si es positivo, nuestra preferencia personal es por la mastectomía inmediata en los casos sin ganglios axilares y aún en algunos que los presenten.

Si la incisión biópsica no alcanza hacemos entonces la extirpación biópsica. Preferimos sacar todo el tumor y no un frag-

mento, para evitar error en la toma en casos de núcleos cancerosos pequeños incluídos en masas de mamitis.

El examen microscópico, que no demora sino una hora, nos dirá con seguridad de qué se trata. Preferimos, para mejor ejecución, la anestesia general endovenosa o con éter. Por su brevedad no son perjudiciales y es fácilmente aceptado por las enfermas. Los procedimientos de investigación, como la punción y examen citológico que utilizan muchos cirujanos, y entre ellos los argentinos Baraldi e Ivanessevich, no los utilizamos porque creemos que sólo tienen valor en el caso de ser positivos y aún así no nos dicen nada sobre el tipo y estructura del tumor que tanto importa para el tratamiento y pronóstico.

En efecto, si hemos de planear un tratamiento que no sea simplemente la operación de Halsted, el conocimiento del tipo estructural y celular del tumor, aun dentro de la relatividad de su significación, es la única guía que tendremos para dicho tratamiento seleccionado.

En caso de ser negativa la punción o el examen citológico, no nos exime de la biopsia.

Para terminar diremos que preferimos hacer la biopsia empleando el bisturí de diatermocoagulación para la extirpación.

En caso de incisión simple utilizamos el escalpelo para realizarla. Si la investigación es negativa, no tendremos mayores preocupaciones. Si es positiva, coagularíamos la superficie en caso de no realizar a continuación la mastectomía.

En todas las enfermas que no se hace biopsia se hace el examen microscópico después de la mastectomía.

La otra etapa fundamental de la actuación del cirujano es la de la extirpación terapéutica de la lesión.

Pasamos por alto los detalles de técnica; en nuestra comunicación al Congreso de Cirugía de Río de Janeiro, en 1939, como colaboración al relato oficial del profesor Butler, presentamos la descripción con láminas y films de la técnica que realizamos, en la forma más amplia. Continuamos haciéndola hoy. Fuera de la realización con el bisturí de diatermocoagulación, es una manera de hacer el Halsted, que no difiere de las más modernas de Pauchet, Gosset, Ducuing, etc., sino en la entrada en la axila que hacemos como nuestro maestro Mérola a través de la vaina del músculo tóracobraquial. En la logia axilar misma nos con-

ducimos en la extirpación tomando como directriz técnica nuestro concepto de la lámina celular linfática, expuesto en nuestros trabajos anteriormente citados. En resumen, es una extirpación amplia, incluyendo en un bloque la mama y los tejidos axilar con los pectorales y las aponeurosis de los músculos profundos. Procuramos realizar la asepsia celular. Generalmente conservamos en esta operación amplia, actualmente, el haz clavicular del pectoral, pero no su aponeurosis, que extirpamos cuidadosamente con los elementos del espacio deltopectoral muy sospechosos siempre.

Hemos visto casos con adenopatía cancerosa única en el espacio deltopectoral, superficialmente, junto al cayado de la vena cefálica.

Para conservar el haz clavicular del pectoral mayor se debe conservar su nervio propio, que le llega un poco más arriba del cayado de la arteria acromiotorácica. Dicho nervio es distinto y más alto que el ansa de los pectorales, que debe ser sacrificada para liberar los vasos axilares. Se halla debajo de la acromiotorácica. No creemos necesario extirpar el músculo subclavio, aunque creemos útil extirpar su vaina, con lo cual se facilita una extensa y prolija denudación de la vena axilar.

Extirpamos bastante piel, a pesar de que la tendencia actual es a no tener dificultades en el cierre lineal y primitivo.

Creemos que, salvo preocupaciones de orden estético, no se debe titubear en sacar ampliamente y cubrir con una plastia de deslizamiento. En cambio, no somos partidarios de la extirpación que se hace en la operación de Depagé y Danis. La hemos efectuado alguna vez y creemos que es innecesaria. La conservación de la piel de la base axilar dará mejor resultado funcional y estético.

Creemos también que se tendrá menos riesgos de edemas.

No practicamos la extirpación profiláctica de los ganglios supraclaviculares. Creemos que no es útil. Tampoco la creemos útil si están infartados, porque traducen entonces un grado avanzado de enfermedad y porque no siempre representan una continuidad aislada de la adenopatía axilar. Muy a menudo siguen a las mamas internas mediastinales.

Tanto la profilaxis como la terapia de la región supraclavicular deberán darse por entero a las radiaciones que, en este

lugar, han dado resultados alentadores que hemos observado muchas veces en el Instituto de Radiología.

Desde luego, no deberá tomarse por infarto ganglionar la tumefacción edematosa que aparece a menudo en la región supraclavicular después de la operación y a veces antes de la operación.

La mayor parte de nuestras operadas han sido previamente irradiadas, recibiendo escalonadamente una dosis de 4 a 5.000 R. Después de la irradiación se dejan pasar cuatro semanas para disminuir la congestión.

Podemos afirmar que no hemos encontrado dificultades especiales atribuibles a la irradiación, del mismo modo que no hemos tenido dificultad en la cicatrización. El bisturí de diatermocoagulación da una mayor facilidad de ejecución en los tejidos irradiados y en todo caso disminuye los inconvenientes de su congestión si la operación fuera muy temprana. En el caso de encontrar infiltraciones, o poca laxitud de los tejidos, deberá cuidarse mucho de atribuirlo a la acción directa de las radiaciones. Nosotros creemos que en todos esos casos se trata de inflamación primitiva o de infiltración neoplásica. Se ven entonces más nítidamente las láminas vasculares consteladas de pequeños nódulos neoplásicos. Nuestras enfermas son generalmente irradiadas después de la operación radical.

Esta intervención es el máximo. ¿Qué indicaciones tiene y qué variantes se pueden hacer? ¿Cómo se puede agregarle las radiaciones?

El conocimiento de las formas clínicas, según su aspecto y la edad del paciente; el conocimiento de grado clínico y microscópico de la invasión ganglionar; el conocimiento del grado de diferenciación o de anaplasia celular, serán los puntos de referencia fundamentales a tener en cuenta.

Ellos nos darán idea de la potencialidad del mal y nos ayudarán a establecer un pronóstico y por tanto un plan terapéutico fundado.

Con respecto al primer punto, es un hecho admitido y consagrado por la experiencia, que los neoplasmas en los viejos tienen una relativa benignidad. En el caso de cáncer de la mama se confirma esta noción y es por ello que el tratamiento puede ser limitado en su extensión. Así, en lugar de hacer un Halsted,

puede hacerse con ventajas una simple mastectomía. No serán necesarios los tratamientos radiológicos. Respecto a las formas clínicas sabemos bien que los tumores tales como el esquirro atrófico no necesitan, prácticamente, ningún tratamiento. A lo sumo una operación de "toilette" en ciertos casos. Los tumores a gran desarrollo y a evolución rápida, en cambio, no sacarán gran beneficio de la cirugía aislada, por más amplia y precoz que sea la intervención. Se asociará con ventajas la irradiación.

Los factores negativos o desfavorables se agravan extraordinariamente en el caso de enfermas jóvenes, siendo por tanto conveniente asociar todos los procedimientos terapéuticos posibles.

El conocimiento del grado clínico y del grado microscópico de invasión ganglionar es de la mayor importancia. Como es sabido, la tumefacción ganglionar no significa necesariamente que estén infartados o metastasiados. Por el contrario, no siempre se palparán los ganglios infartados, aunque la axila esté plagada de núcleos linfáticos invadidos.

La terapéutica, en el caso de ganglios indemnes, puede limitarse sólo a la quirúrgica, aun mismo en el caso de invasión discreta sin dislocación de la arquitectura ganglionar, ganglios no perforados, como la denomina Jüngling en su clasificación.

En el caso de invasión ganglionar masiva, la terapéutica quirúrgica no basta, en general, y se ganará asociando las radiaciones.

Un elemento importante a tener en cuenta es el de la ubicación del tumor en la mama, pues de la distinta canalización linfática de cada sector glandular resulta una mayor o menor accesibilidad de las metástasis linfáticas posibles.

No vamos a detenernos en las distintas descripciones de los linfáticos mamarios, pero destacaremos la que hace J. A. Caeiro por estar de acuerdo con nuestros conceptos anatómicos y con nuestra experiencia clínica.

Los linfáticos glandulares son tributarios de los ganglios axilares, pero están estrechamente conectados con los linfáticos superficiales de la mama, que irradian de ella como un centro, en todas direcciones.

La divide en cuatro sectores:

1º) *Sector súperointerno.* — Los linfáticos superficiales se

pierden hacia el esternón y la clavícula, pero a veces pasan por delante de ésta hasta los supraclaviculares. Otras veces perforan el músculo pectoral y se vierten en los ganglios subclaviculares, o si no perforando los haces esternales, en los mamaros internos, intratorácicos.

- 2º) *Sector ínferointerno.* — Es el menos importante, y más bien deriva al súperinterno, pero se acepta que sus linfáticos van a la vaina del recto y digitaciones superiores de este músculo, de donde, atravesando a la profundidad, pueden conectarse con el hígado por el ligamento suspensor.
- 3º) *Sector ínferoexterno.* — Los linfáticos de este sector son en su mayoría de origen cutáneo, y van casi todos a la axila, pero uno o dos troncos linfáticos atraviesan el sexto o séptimo espacio intercostal y por allí van directamente a los ganglios yuxtavertebrales. Explicaría esto una mayor frecuencia de metástasis en los tumores de este sector, que se considera habitualmente el más benigno.

Hemos visto un caso de tumor muy pequeño de esta región, que después de una extirpación local hizo una metástasis voluminosa intraabdominal sin ninguna repercusión axilar.

- 4º) *Sector súperoexterno.* — Comprende linfáticos eferentes de la glándula y de la aréola, además de los tegumentarios. Los linfáticos se reúnen en dos importantes eferentes, que son los más notorios de la mano, dirigiéndose desde la aréola hacia abajo y afuera contorneando el borde inferior del pectoral mayor en la unión del tercio inferior y los dos tercios superiores, o sea al nivel de la línea axilar anterior.

Desembocan en los ganglios axilares indistintamente, pero habitualmente uno o varios canales van a los ganglios más bajos y posteriores, por delante del dorsal mayor, en relación con la arteria escapular inferior.

Los ganglios que reciben los linfáticos mamaros son no

sólo los axilares sino los de la cadena mamaria interna y los yuxtavertebrales. Los axilares, accesibles al cirujano, son yuxtavenosos, desde la foseta subclavicular, en conexión con la vaina del subclavio y la envoltura aponeurótica que la vena axilar tiene a este nivel, escalonándose después en relación con los pedículos arteriales; retropectorales, con la arteria torácica inferior o mamaria externa; escapulares, con la arteria escapular inferior.

Estos ganglios están todos conectados y vierten la linfa en el más alto, o sea el subclavicular, pero en algunos casos no se detienen aquí y van directamente a los ganglios supraclaviculares, por detrás de la clavícula. En ciertos casos van directamente al confluente venoso yugulo-subclavio.

Nosotros los hemos visto desembocar directamente en la parte más alta de la vena axilar.

Se da como posible 1 $\frac{1}{2}$ % de casos de esta forma anatómica, que correspondería al porcentaje clínico de las grandes recidivas y generalizaciones rápidas o precoces.

Resumiendo, se puede decir que el cuadrante súperoexterno y el centro de la mama es el más benigno porque hay más ganglios detectores y fácilmente accesibles, axilares.

Los cuadrantes internos, alto y bajo, son de mal pronóstico porque los ganglios que reciben sus linfáticos son los mamaros internos, intratorácicos.

El cuadrante externo inferior, considerado habitualmente como benigno, es en realidad peligroso, porque puede haber linfáticos perforantes que van directamente a ganglios intercostales, intratorácicos, o más lejos aún, a los yuxtavertebrales.

El estudio de las formas microscópicas del tumor, la mayor o menor diferenciación de las células, la anaplasia, como la denomina Brothers, el índice clínico de malignidad de Burton Lee, si se prefiere, son otros tantos elementos de juicio que dentro de la relatividad de su valor, podrán ayudarnos en la racionalización del plan terapéutico.

Para la apreciación de los resultados, la comparación con los obtenidos por otros procedimientos, pero hechos en el mismo ambiente y con los mismos técnicos, será de verdadera utilidad.

Sintetizando nuestro estudio, podemos decir, tomando como base algunos hechos bien establecidos por distintos autores de

reconocido valor y nuestra propia experiencia, que, con el tratamiento quirúrgico aislado, tendremos:

- 1º) Los mejores resultados se obtienen en los casos precoces sin invasión ganglionar axilar ni clínica ni microscópica. Para estos casos la mastectomía radical da 78% de curaciones de cinco años bien y libres de molestias, es decir, clínicamente curado. Algunos autores han obtenido 92 %.
- 2º) En el grado clínico I pero II patológico, es decir, con invasión ganglionar microscópica, la cirugía aislada experimenta una baja alarmante: sólo se obtiene 45 % de curaciones de 5 años. En el grado II clínico y patológico apenas llega a 25 %.
- 3º) En el grado III alcanzaría 15 %, y aún así creemos que es una cifra elevada.
- 4º) En las enfermas jóvenes de menos de 35 años, el resultado es más descorazonante aún; apenas se alcanzaría una cifra de 6 a 8 % de 5 años en los casos primarios.
- 5º) Por el contrario, en las personas ancianas de más de 65 años las cifras se elevan notoriamente, aun sin una operación muy amplia.
- 6º) El embarazo y la lactancia disminuyen la efectividad del tratamiento quirúrgico de un modo apreciable.
- 7º) La mastitis carcinomatosa no tiene ningún beneficio con el tratamiento quirúrgico.

Desde el punto de vista de la terapia con radiaciones, se puede afirmar lo siguiente:

- 1º) No es seguro que las radiaciones sean capaces de destruir un tumor de tal modo que puedan considerarse desaparecidas o anuladas todas las células carcinomatosas. Se admite que muchas quedan aparentemente anuladas pero posibles de ser injertadas o reavivadas ulteriormente. Greenough, Harrington, Pack y Livingston.
- 2º) No es seguro que sea capaz de provocar una reacción conjuntiva que pueda dominar y vencer definitivamente al elemento epitelial como creen algunos autores.

- 3º) En cambio, es frecuente, que las lesiones primitivamente grandes y difusas se hagan más pequeñas, más circunscriptas, en una palabra, más accesibles a la cirugía. ¿Quiere esto decir que la evolución del mal cesa o deja de extenderse? Este es el argumento sobre el cual gira la conveniencia o no de la radioterapia preoperatoria.
- 4º) La terapia por radiaciones ha demostrado ser muy útil en el tratamiento de los casos avanzados y por tanto inoperables; es capaz de hacer desaparecer imágenes radiológicas de metástasis óseas y es eficaz contra el dolor.
- 5º) La terapia por radiaciones ha demostrado ser muy útil en el tratamiento de los casos avanzados y por tanto inoperables; es capaz de hacer desaparecer imágenes radiológicas de metástasis óseas y es eficaz contra el dolor.
- 5º) La terapia por radiaciones es útil sobre todo en los casos de gran actividad celular, como en la mastitis carcinomatosa que, aunque no se cura, obtiene un real beneficio con ella.
- 6º) El tratamiento por el radium es complejo y muy costoso, aparte de los ensayos felices de Adair y Keynes, es ventajosamente reemplazado por la röntgenterapia.
- 7º) Finalmente la asociación de las radiaciones a la cirugía se ha mostrado capaz de elevar las mejores cifras de estadísticas de la cirugía sola, en particular en los casos menos beneficiados por ella, es decir, los grados II y III.

No se puede decir en este momento cuál es la mejor forma de asociación radioquirúrgica.

No entraremos a detallar las ventajas y las desventajas de la irradiación preoperatoria. Del mismo modo tampoco discutiremos lo referente a la postoperatoria, tanto hecha como profiláctica en seguida de la operación, como una vez aparecida la recidiva.

Sólo nos resta exponer nuestro criterio de tratamiento, en el cual hay mucho de personal, en las enfermas de 40 a 60 años.

En los casos I clínico y patológicos, cirugía sola, aunque

creo que la radioterapia preoperatoria hecha en plazo breve debe ser mejor.

En el I clínico, pero II patológico, cirugía y rayos X profiláctico postoperatorio.

En el II clínico y patológico, irradiación pre y postoperatoria; en ciertos casos sólo postoperatoria: mastectomía radical que podrá ser simple en ciertos casos.

En el grado III, radioterapia sola asociada en ciertos casos a la mastectomía simple o electrocoagulación de "toilette".

En el caso de mujeres jóvenes de menos de 35 años, la cirugía sola, aun en los casos más precozmente tratados, es de resultados desalentadores. ¿La radioterapia pre y postoperatoria podrá mejorarla? Es probable. Aunque no esperamos mucho. La telerröntgenterapia ofrece nuevas posibilidades. Entre tanto, nosotros sugeriríamos, a título puramente personal, la asociación de radioterapia y de cirugía limitada; haríamos radioterapia intensa y breve; resección separada del tumor y del contenido axilar; radioterapia postoperatoria. Si con esto se detiene el mal totalmente, esperaríamos. Si la evolución, por el contrario, se acelera, no haríamos más nada, pero si su evolución se enlentece, sin aparecer metástasis, completaríamos recién entonces con un total despojamiento de la mama, de los músculos y otras partes axilares que hubieran quedado en la primera intervención, hecha con un fin o criterio humano para no agregar en una enferma joven sufrimientos psíquicos a los físicos, ya que la curación es muy improbable, aunque se haga cirugía radical.

Por esta misma razón no somos partidarios de la castración, porque a pesar de los fundamentos fisiopatológicos que la hacen aconsejar por algunos autores, creemos que los trastornos que ocasiona no compensan de ninguna manera los supuestos beneficios que aparejaría.

En el caso de mujeres viejas nuestra tendencia es a efectuar operaciones limitadas asociadas a la radioterapia. Una intervención de amplitud intermedia sería la aponeurectomía de Mérola.

Queda finalmente por considerar el tratamiento de los casos inoperables por avanzados. Creemos que se asocian con ventajas la cirugía limitada, especialmente con electrocoagulación, y las radiaciones.

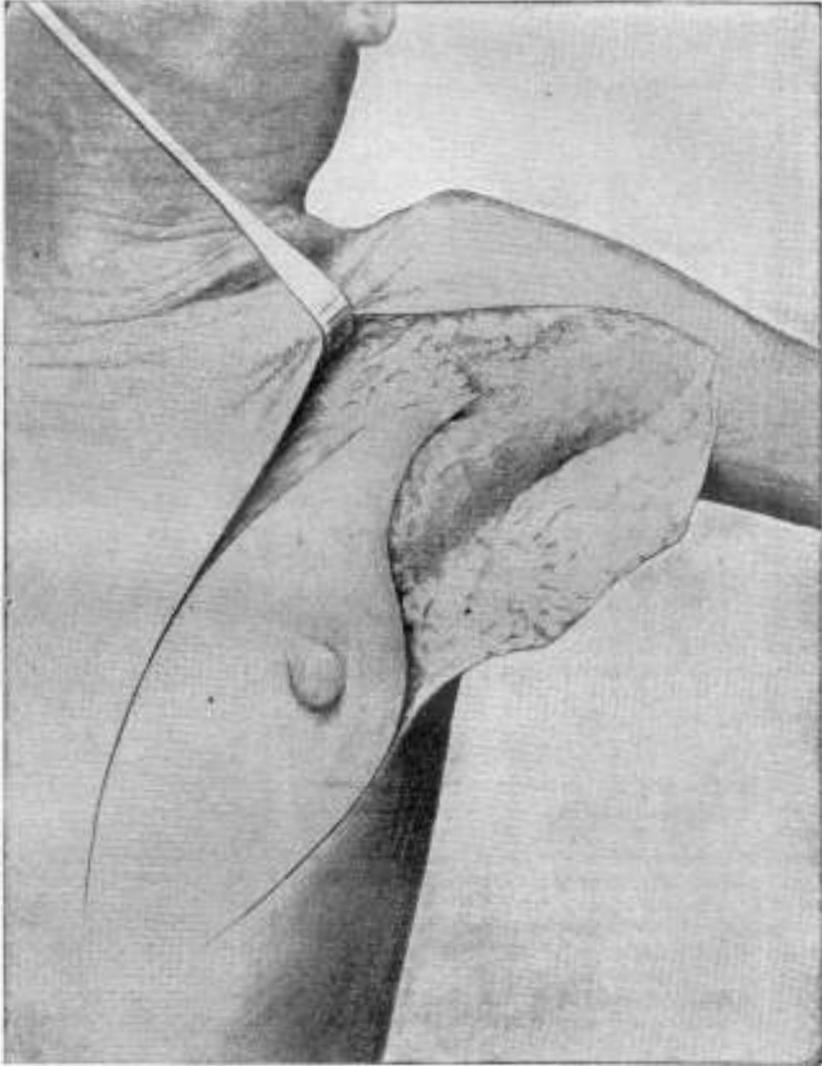


Lámina 1. — Tipo aproximado de incisión; véase cómo debe disecarse la piel y cómo debe colocarse el mango de la raqueta delante del pectoral y no en la axila.

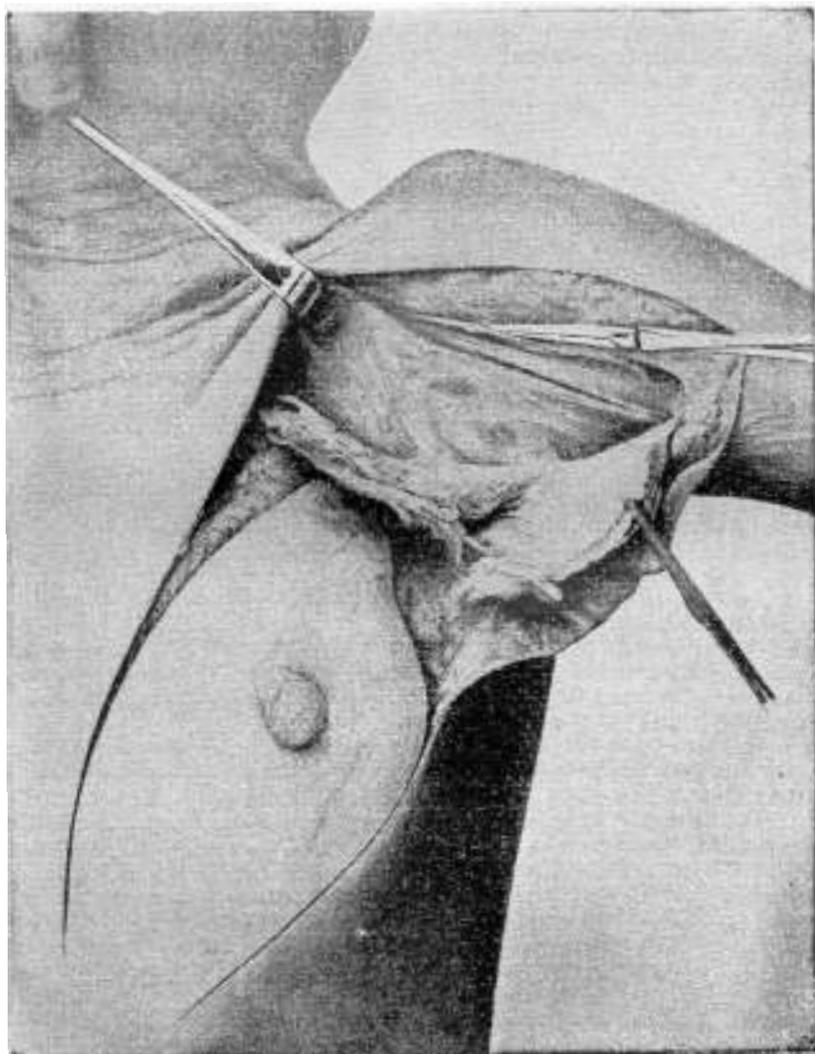


Lámina 2. — Entrada a la axila. Sección sobre la aponeurosis del córacobraquial, que se ve bien continuándose con el ligamento de Gerdy.

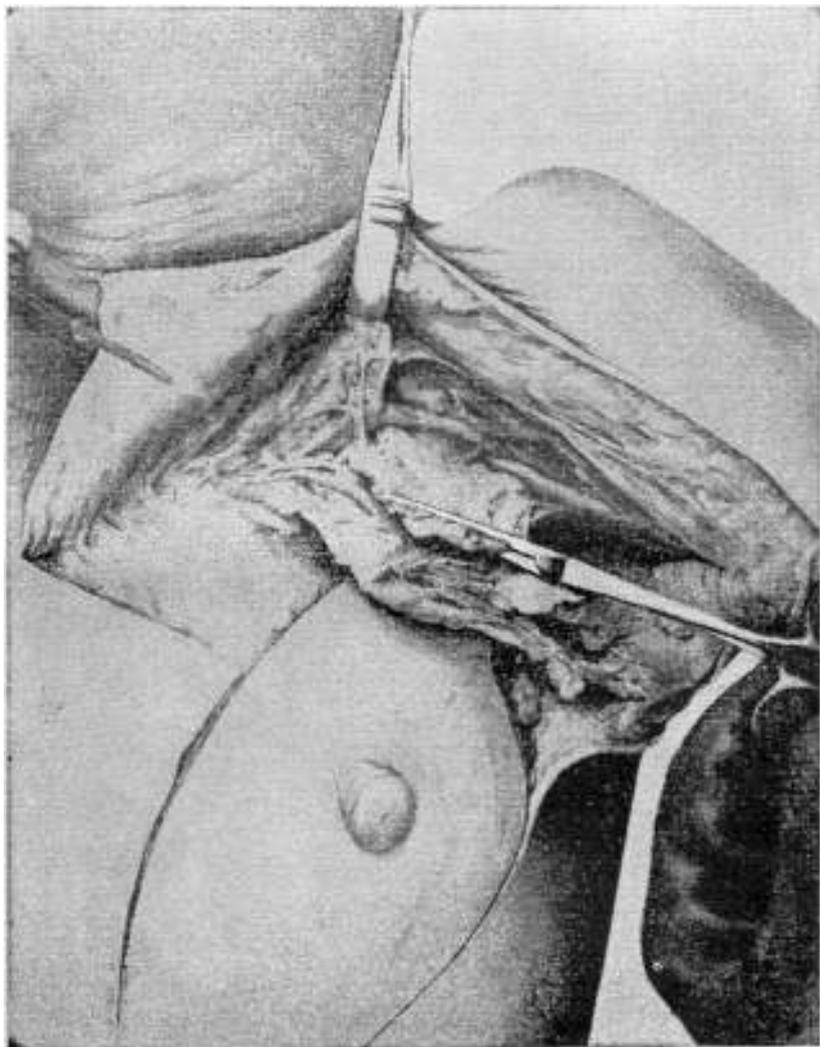


Lámina 3. — Se inicia la liberación del paquete axilar por desprendimiento del block a favor de la vaina celulosa del paquete.

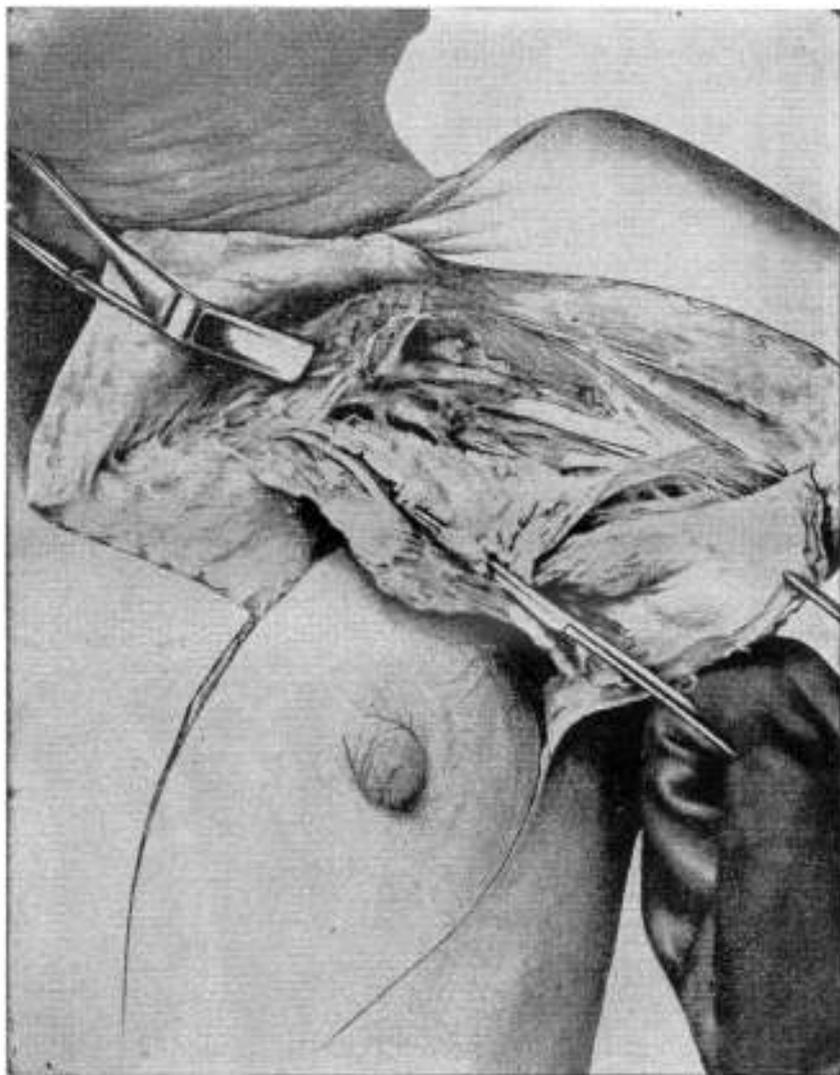


Lámina 4. — Se completa la liberación hasta el subclavio. Se ve bien el ángulo diedro que forma este músculo y la primera costilla, por dentro de la vena axilar ensanchada.

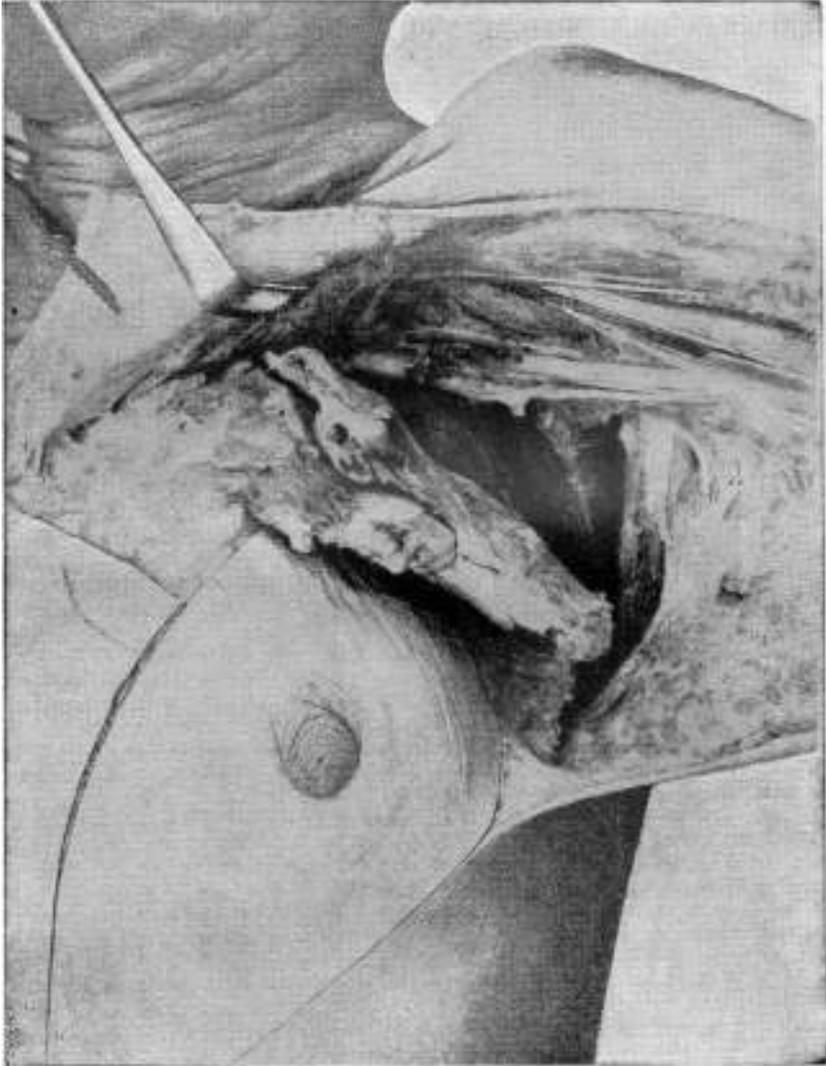


Lámina 5. — Terminado el desprendimiento se inicia el descenso una vez seccionados los pedículos del block axilar.

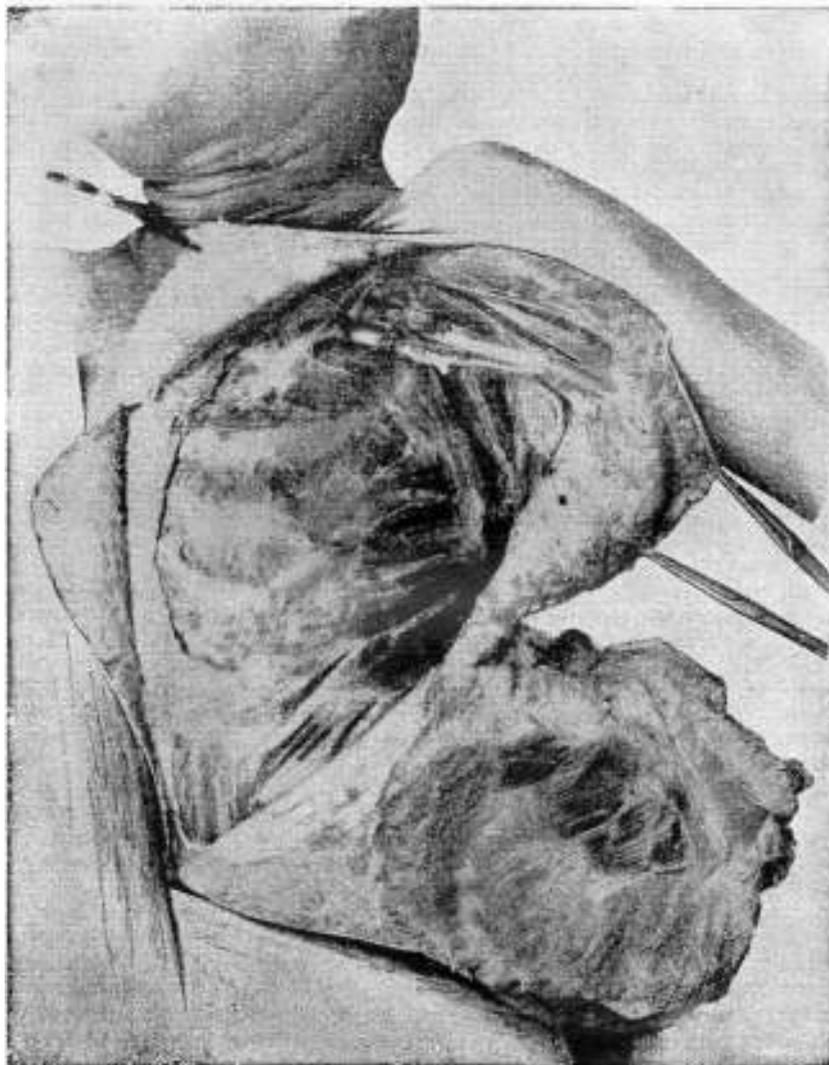


Lámina 6. — Campo operatorio una vez terminada la intervención. Se ha dejado intencionalmente el block adherente a la piel en la parte inferior y extrema de la incisión.

Para el tratamiento de las secuelas operatorias o postrá-dicas, la cirugía ha creado procedimientos de derivación linfática para tratar el edema, que no siempre son eficaces, pero pueden ser muy útiles, sobre todo las que unen el brazo al tórax para disminuir y hacer más soportable el peso del miembro que se torna así utilizable.

Para las secuelas por radiodermatitis, que generalmente van asociadas a la persistencia del mal, la diatermocoagulación y las resecciones con plastias por deslizamiento pueden dar magníficos resultados.

Para terminar, una última reflexión, a riesgo de pasar por pesimista, y ruego que se me interprete bien: creo que el cáncer de la mama, que es muy frecuente, es tan grave o más que el cáncer genital femenino. No hemos alcanzado aún la perfección que se deduce de las estadísticas de las grandes clínicas extranjeras, pero no debemos ilusionarnos por ellas.

Creo que debemos hacer nuestra propia estadística, con todo rigor y con todo desapasionamiento.

Creo que, si es preciso, debemos empezar de nuevo, seleccionando y catalogando los casos, y haciendo los tratamientos comparativos, solos o asociados.

Sólo así podremos hablar honestamente y con propiedad, para bien de nuestros enfermos y de nosotros mismos.

Dr. Stajano. — Yo no sé si todos los aquí presentes, tienen como yo, la misma sensación de desconcierto y de incertidumbre, a pesar de haber adquirido una experiencia más o menos grande, y de haber leído mucho, sobre este tema. Los relatos con las experiencias de los radiólogos, de los cirujanos, o de la acción conjunta de cirugía e irradiación, no autoriza aun a dar una opinión convincente en un tema que como vemos está en elaboración. Conquistas sucesivas, van modificando día a día, el criterio del médico que tiene que tratar un neoplasma del seno.

Son tantos los puntos que se han tocado en las dos comunicaciones interesantísimas que hemos oído, que yo me limitaré sólo a considerar ciertos aspectos.

A mi juicio hay algo en este tema que impresiona enormemente. Ese algo viene en apoyo de lo que pedía el Dr. Caprio, que dice: "es menester que hagamos nuestra estadística, que nos formemos criterio para hacer una estadística propia... En efecto: las estadísticas de todas partes del mundo, de hace muchos años, inclusive las últimas, giran alrededor del concepto de curación del cáncer tratado por distintos medios terapéuticos, basado en el plazo de los 5 años. Ellas a mi juicio, adolecen

de algo que para mí es fundamental: es menester saber después de los 5 años, como mueren los neoplasmas del seno y de qué mueren. En eso nosotros tenemos datos personales como los tienen todos los que han tratado estos enfermos, pero mundialmente las estadísticas no precisan este dato numérico fundamental. Algunas estadísticas encaran las complicaciones linfáticas o la reproducción "in situ" o en la región tratada, haya sido quirúrgicamente o por radiaciones, sea ella tratada exclusivamente por las radiaciones. Y giran los datos numéricos alrededor de la reproducción del mal en la región mamaria o en la regionalidad linfática.

Pero hagamos el recuento de los enfermos que hemos podido seguir y muchos que se han perdido, como a todos, y sacaremos una primera y gran conclusión: a) "*Los neoplasmas de seno, tratados quirúrgicamente o tratados por los métodos combinados quirúrgicos y por radiación* mueren en determinadas proporciones, no con recidivas o por continuidad de la enfermedad en la región inicialmente enferma, es decir la mama y la axila sino, que *mueren de metástasis vertebral, de metástasis pulmonar, de metástasis hepática, en una proporción que asusta y abruma.*

Los cirujanos que como yo hemos hecho casi cirugía exclusivamente y hemos operado neoplasmas en todos los grados, mal indicados algunos de ellos, puesto que estaban fuera ya del alcance quirúrgico, hemos tenido admirables sorpresas y algunas desconcertantes. Esos neoplasmas avanzados, en muchos de los cuales hemos hecho la gran operación de extirpación, no han muerto de recidivas in situ o regionales, sino que han muerto algunos a plazo variable de metástasis pulmonares, vertebrales, hepáticas u óseas distantes. Hemos operado en cambio neoplasmas incipientes, incipientes bajo el punto de vista clínico, pero de una malignidad biológica extraordinariamente grande. Creímos en nuestros primeros tiempos que con una gran operación, correctamente hecha, lo más correctamente que nos fuera posible, podíamos dar seguridad por haber operado en buenas condiciones. Hicimos en un principio, cuando no teníamos experiencia, pronósticos favorables en estos casos, contando con la gran operación. Tuvimos amargas sorpresas muchas veces. Esas enfermas con grados N° 1 auténticos, murieron de metástasis vertebral o metástasis distantes, con no escasa frecuencia. En lo que respecta a las estadísticas, diremos pues, que no nos dan idea de lo que han muerto esas enfermas. Sólo dicen que viven o que han muerto a los cinco años y que el tratamiento tal o cual, ha dado tal porcentaje de curaciones. ¿Por qué de una vez por todas, no planteamos el problema en sus verdaderos términos? ¿Por qué cerramos los ojos ante una realidad, que al consignarla, evitaría tanto tiempo perdido? Ahorraríamos así el tipo de trabajos de las Sociedades Científicas y Académicas de Radiólogos y Cirujanos que no salen del punto muerto desde hace más de veinte años.

Afirmo que si la curación del cáncer del seno dependiese sólo del tratamiento foco-regional linfático, amplio, con la cirugía con sus per-

feccionadas técnicas, manejada por manos hábiles, y la Radioterapia con sus maravillosas técnicas constantemente renovadas, nos sería permitido ofrecer la curación en forma progresiva a un número mayor en enfermos.

La triste realidad es muy otra. A pesar de todo el progreso aquí y en todas partes del mundo, hay un pequeño aumento del porcentaje de sobrevidas, a pesar de todos los adelantos — después de los cinco años.

Los porcentajes irreductibles de muertes, son debidos en su mayor parte a la colonización distante, en vértebras, esqueleto en general, hígado, pulmón, pero que continuarán correctamente curadas de la zona tratada por el cirujano, y el radiólogo, o los dos en asociación. Debe desplazarse el *viejo dogma de Virchow de la difusión linfática de los cánceres epiteliales en oposición a la difusión hemófila de los sarcomas.*

La copiosa documentación clínico-anatómica y experimental nos pone en posesión de esta terrible realidad.

El epiteloma *por triple vía de penetración, invade nuestra economía.* La vía linfático, la venosa, la peri nerviosa, la vía venosa es *24 veces sobre 30 ¡¡80 %!!* la vía de penetración sobre agregada a la linfática en los cánceres del seno. (Estadísticas de Reansdonk).

Esta es la razón fundamental de mi incertidumbre y de mi desconcierto frente a un cáncer del seno. Honradamente no podemos estar en otra actitud. Acaso la mejor técnica quirúrgica, o la más sabia aplicación radioterápica, pueden algo, contra la colonización visceral por vía hemática, que sabemos ya existe en un alto porcentaje de casos desde el primer momento. He aquí la realidad. Sin embargo, tengo esperanzas en la radioterapia del porvenir, la que permitirá actuar en toda la economía exaltando el sistema retículo-endotelial y el mesodermo activo, que es el único elemento con que por el momento disponemos para combatir a la célula neoplásica en su empeño de invasión. Este es el jalón lleno de esperanzas reservado a la Radioterapia, o a las radiaciones en cualquier forma, que actuarán profilácticamente contra la dispersión distante hemófila de los epiteliomas.

Esta primera parte de mi argumentación, la fundamento en reflexiones alrededor de mi experiencia personal. No sé si expreso con claridad el problema tal cual lo encaro.

En apoyo de esta tesis recuerdo dos casos de cáncer de seno en mujeres jóvenes de diecinueve años la una, de veintiuno la otra.

La primera, operada por un pequeño tumor diagnosticado clínicamente benigno. El Profesor Domínguez estudia la pieza y diagnostica epiteloma. No me resuelvo a hacer la gran operación de Halstead en una jovencita. Aconsejo radioterapia. Han pasado dieciocho años; en ese tiempo se embarazó, lactó, la sigo observando. Caso extraordinario y alentador. Un segundo caso, de veintiún años, con un tumor de la zona juxtareolar — tumor sangrante a la expresión, pero redondo, liso. La opero de inmediato con una operación conservadora, convencido de la benignidad.

El histólogo muy distinguido hace diagnóstico de epiteloma intracanalicular.

Procedí a la radioterapia regional. Hace muchos años de este acontecimiento y sigue curada. El azar afortunado de estas curaciones, no modifican nuestro criterio. Sólo podemos decir que hemos tenido la suerte en estos casos de tratar la etapa loco-regional del neoplasma antes de la invasión hemofila y la colonización distante. Esta es la realidad y no otra.

Ergo: sigue el empirismo dominante a pesar de nuestros progresos y de nuestro empeño, y el sentido común siendo el guía que en cada caso induce al terapeuta, bien entendido, bien informado, de lo que tiene que tratar.

Deseo formular una afirmación categórica sobre la malignidad

¿Qué hemos visto al través de nuestros casos? Seguimos con interés los estudios histológicos en tumores de mama (Prof. Domínguez) en su relación pronóstica y relacionada con la malignidad evolutiva. Clasificaciones basadas en el carácter de la célula epitelial, — sea en el estroma, sea en la riqueza linfófila — sea en los caracteres de conjunto y panorámicos del corte. Pues bien, mi desconcierto sigue en auge dado que podría enumerar casos con anotaciones desconcertantes en las cuales dejaba consignado el gravísimo pronóstico deducido de la histología y en cambio la evolución más favorable fué la consecuencia. El caso inverso también es cierto. Benignidad histológica dentro de lo relativo y evolución implacable en pocos meses. Tenemos pues que reconocer y aceptar nuestras lagunas en el conocimiento biológico del proceso canceroso. No podemos por ningún medio, a pesar de la histología, y todos los medios de información clínico-evolutivo, *medir el grado de malignidad biológica de los cánceres*. De ahí todas las excepciones y hechos extraordinarios con que podríamos llenar todos los cirujanos aquí reunidos, las órdenes del día de una sociedad durante años.

Dejo para citar sin comentario algo que tiene un interés histórico; pero que aun se repite y que confirma lo expresado anteriormente. Me refiero al pequeño o gran tumor. He operado tumores grandes y adherentes con la sorpresa agradable de curación de más de veinte años. He creído sorprender mínimos cánceres incipientes, sin siquiera un ganglio regional clínico, ni anatómico, y observar la máxima duración de un año de sobrevida. Creo haber hecho de todo, de lo cual guardo preciosa documentación, y hasta he operado reiteradamente, persiguiendo recidivas y hasta metástasis. Hasta en este terreno, la noción del grado de malignidad biológica que se nos escapa, surge elocuentemente. No tenemos medio de medirla y vivimos aún en pleno empirismo. La clínica sola nos da ciertas normas de orientación valiosas pero puramente empíricas y esta es la verdad.

La malignidad biológica se traduce al través de nuestra casuística en tres casilleros:

a) Malignidad local en plena mama y región mamaria con recidivancia local. (Formas linfófilas cutáneas).

b) Malignidad en la invasión y colonización linfática. Muy variable modalidad, localización y extensión y grados de la etapa ganglio linfática.

c) **Precocidad de la penetración hemofila.** Variable tolerancia y poder de contención del tejido de siembra, con años de tolerancia post-operatoria (casuística) o precocidad de expresión (casuística). (Metástasis óseas que crecen después de 3-4 años de latencia).

Una consecuencia práctica de lo anterior debería inculcarse en las clínicas.

a) El neoplasma de seno debe diagnosticarse con el mínimo de maniobras físicas. Es una herejía semiológica, ese masaje tumoral, ese manejo inútil, para descifrar pequeñas salientes, bordes, consistencias, adherencias. Práctica repudiable, peligrosa, que debe proclamarse nociva y que debería bastar para eliminar a examinandos o concursantes de una prueba.

Existen hechos concretos de patología experimental en el masaje de tumores. Una verdadera invasión de células neoplásicas se hace por vía venosa y llena los vasos del pulmón y otros órganos. Pasadas las horas y los días, desaparecen de la circulación general. El organismo citoliza, fagocita o inmoviliza a esas células. Por eso que el concepto de invasión celular no equivale al de metástasis. Sólo hay metástasis temprana o tardía, cuando la célula vence a las defensas, y coloniza, y crece ya sin limitación. El masaje tumoral da lugar a la invasión. La invasión puede fracasar, pero puede también colonizar. Este concepto explica nítidamente las metástasis óseas, tardías en su expresión, aparecidas clínicamente, 4, 5, 6 años de un post-operatorio con curación clínica total. Las células neoplásicas llegadas a un ambiente óseo o visceral ponen en función al retículo endotelio, a todo el mesodermo móvil y fijo y el conglomerado celular es amurallado. Pueden desaparecer o permanecer contenido largo tiempo por las defensas sin perder su potencial evolutivo. Poseemos datos y documentos histológicos que apoyan esta afirmación.

Siguen las incógnitas sobre la malignidad.

La clínica nos enseña de que hay una tendencia cancerígena, familiar, regional y a determinada edad fija, etc., etc. También nos enseña de que hay enfermas con una tendencia favorable a la curación. Nos da ocasión de ver cánceres sucesivos, de contexturas histológicas diferentes en la misma enferma. Yo cito siempre un caso de una señora que operé con amplitud de un cáncer avanzado del recto y en la que hice pronóstico mortal a breve plazo. Está curada hace nueve años. En este intervalo hizo un cáncer pavimentoso del cuello uterino que trató con radium el Prof. Pouey y curó. Hace dos años hace un adenocarcinoma de la mama. No quise hacer la gran operación que hago siempre. Hice mamectomía simple. Está curada. Hay un factor biológico que no conocemos y que explica esta tendencia cancerígena múltiple, y a la vez el poder de curación extraordinaria de esta enferma.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Posee además, dos quistes hidáticos calcificados del hígado que sólo contemplo de cuando en cuando a la pantalla.

Todo lo que antecede, justifica el desconcierto sinceramente expresado y el eclecticismo que rige mi conducta en la clínica, no sujeta a dogmas y sí sólo, al sentido común frente a cada caso; pero con el espíritu alerta y en la expectativa de nuevos derroteros.

Es la falta de nociones concretas la que imponen mi manera de decir. Los cirujanos un poco prepotentes, en verdad, han creído que el problema del cáncer del seno era un problema de técnica quirúrgica. Viven el más profundo de los errores.

Todo lo biológico que ignoramos, y que en la clínica nos desorienta, escapa a las posibilidades de la mesa operatoria.

Aun diré que el complemento de la Radioterapia actual, admirable en sus progresos técnicos y en lo estadístico, no escapa a mi afirmación anterior y afirmó lo mismo que para la cirugía.

En efecto: pasada ya a la historia la etapa desastrosa de los horrores de la Radioterapia — año 1916 a 1930 — (Documentación), vivimos hoy la aurora maravillosa de una ciencia en auge.

Sin embargo en cáncer del seno, los resultados felices finales no están en proporción, por hoy, con los progresos de su técnica. Hay mucho escollo todavía y su acción curativa llega a un límite dentro del grado de evolución de las lesiones: las recidivas locales o regionales, son eminentemente graves, las adenopatías regionales cancerosas son curables sólo en su primera etapa de invasión. El ganglio colonizado es incommovible y resistente a toda radiación. Nada digamos del estallido del ganglio y de las celulitis paraganglionar.

Hasta aquí el escollo de la radioterapia, puede sumarse, al de la misma naturaleza que se le opone al cirujano. Son escollos regionales que cada uno combate con sus armas o en mutua colaboración con un éxito limitado pasado cierto grado.

La *radioterapia loco-regional* — como la *cirugía amplísima* — y ambas combinadas, curan regionalmente cada vez más. Pero, no ahorran en absoluto ese porcentaje de muertes imputables a las metástasis, hechas por vías sanguíneas. Esta es la verdad clara que surge de los hechos y de ahí nuestro modesto pensar en este pavoroso problema.

Para terminar, me referiré a otros puntos que trató el Dr. Caprio.

1º El cáncer de seno en la joven y en las viejas. Remito a lo anteriormente dicho, sobre conducta en dos mujeres jóvenes y esa evolución favorable, tiene su elocuencia particular, pero que no puede erigirse en dogma.

2º La mamectomía o el amplio Halstead. Nuestra educación quirúrgica nos ha impregnado el protoplasma, creo que con la buena norma. Si atacamos un cáncer, no lo haremos bien, si no extirpamos ampliamente todas sus vertientes ganglio-linfáticas. Operamos incompletamente y tenemos la continuidad del mal, o cuando no extirpamos intencionalmente,

o por imposibilidad. (Vertientes profundas, mamarias internas, u otras), etcétera.

He caído en el renuncio varias veces en estos dos últimos años de hacer algunas mamectomías simples. He tenido éxitos y he tenido también lo esperado.

He reoperado enfermas y he hecho vaciamientos secundarios, y como siempre, el desconcierto de criterio final. Contra lo previsible, en unos casos evoluciones notables, y en otros lo contrario.

Podría sólo decir después de lo vivido, que solamente debe hacerse la operación limitada en casos de real peligro o contra indicación de la gran operación, o en señoras muy viejas, completando con la radioterapia sutilmente aplicada y a su tiempo en las vertientes linfáticas de la región.

El Dr. Caprio ha planteado otro problema tan inmenso como interesante, y que no me es dado el profundizar por cuanto he hablado ya por demás en esta tolerante sesión.

El Dr. Caprio no ha visto que un fibro adenoma continúe después siendo un neoplasma. Creo haber comprendido que en sus piezas de cáncer de seno nunca encontró fibro adenomas preexistentes, y pido excusas sino he comprendido bien.

Si es así, lamento no estar de acuerdo. Creo que la patología es una sola y no estoy de acuerdo que el cáncer de la mama sea cáncer desde el primer momento. El cáncer no parece "d'emblée", en ningún tejido de la economía. Es la culminación de procesos anteriores de aspecto muy diverso y que configuran capítulos aparentemente diferentes de la nosología clásica. Existe una mama preexistentemente predisuelta y con caracteres histológicos y microscópicos propios, aunque clínicamente sea normal y que coexiste con el estallido del neoplasma. Así como el Dr. Caprio tiene material de mamas extirpados, yo conservo también el mío y de él he edificado mi criterio, respecto a la denominación sintética que he dado en llamar la *fibro adenois del seno* o mastosis, en sus formas circunscriptas o difusas, así como en sus formas sólidas o quísticas y que constituyen el paso previo y el salvo conducto para la cancerización.

En el cáncer del seno debe estudiarse histológicamente toda la mama y no solamente el nódulo tumoral. Toda la mama de apariencia normal es la sede de manifestaciones histológicas, universales a toda la glándula. Yo diría más. La glándula simétrica y opuesta, en los casos en que se ha extirpado es asiento de una similar estructura histológica. El similar destino de ambas glándulas mamarias confirma nuestro aserto y que prometemos tratar en otra oportunidad. El cáncer mamario bilateral da fibro adenomas bilateral.

En resumen: no hay cáncer "d'emblée" en ninguna parte.

El seno no hace excepción. Pero dicho esto, no tengo derecho a profundizar un problema de Patología pura, que aquí no corresponde.

Como cirujanos que somos, sabemos bien que luchamos con desventaja

ante un cáncer del seno. Derrochamos cirugía y hemos hecho alianza con el radiólogo, pero la realidad es que no podemos predecir, ni diagnosticar, ni prevenir, la siembra hemática que el foco neoplásico está diseminando, desde su primer momento. (He hablado en otra oportunidad del concepto de metástasis, y no insistiré).

Pido excusas por la extensión de mi aporte, restando a los temas, tiempo para hablar, agradeciendo a la Presidencia, la tolerancia por el tiempo concedido.

Dr. A. M. Harán. — Voy a hacer algunas breves consideraciones porque creo que si alguna utilidad práctica pudiera resultar de estas discusiones, ella sería la de que la Sociedad pudiese finalmente sugerir o recomendar normas generales de conducta para el tratamiento del cáncer de la mama, con el fin de poder homologar la casuística y obtener así, con el tiempo, estadísticas nacionales valederas que pudieran expresar los resultados que, en realidad podemos obtener en nuestro país, en el tratamiento de esta terrible enfermedad.

Nos referiremos exclusivamente al cáncer de seno en sus primeras etapas, es decir, a los llamados tipos I y II.

Respecto del diagnóstico deseamos hacer constar que no lo creemos siempre fácil. Desde ese punto de vista podríamos hacer grosso modo, tres grandes grupos: el carcinoma desarrollado en el tejido glandular, el cual engloba los casos más típicos y corrientes: las neoplasias del aparato canalicular; y, por último, las tumoraciones de seno cancerizadas secundariamente. Se trata de problemas clínicos distintos. Nos limitamos a destacar el hecho.

Hablemos de la biopsia. Consideramos que es indispensable establecer la necesidad de la biopsia como una obligación ineludible. Creemos que no se tiene el derecho de iniciar el tratamiento de un pretendido neoplasma maligno de seno sin la previa confirmación histológica del diagnóstico clínico, y que no puede admitirse como fundamento suficiente para realizar una operación de Halsted la simple inspección macroscópica de la tumoración, aun hecha por un patólogo competente.

Para su realización diremos simplemente lo que hacemos nosotros. Nuestra conducta depende en parte del plan terapéutico que vamos a emplear. Hacemos biopsia por punción si hemos de irradiar previamente; y esto lo hacemos con el tipo II, sistemáticamente. De modo que, en los casos que han de ser sometidos previamente a la irradiación, no nos interesa tanto la fórmula histológica y nos conformamos con la confirmación citológica del diagnóstico, y dejando para realizarla después, en la pieza operatoria, la investigación tisural detallada.

Si es un caso que creemos favorable, tipo I, llevamos al patólogo a la sala de operaciones, le entregamos el tumor y esperamos su respuesta. Si es un adenocarcinoma común, realizamos de inmediato la operación radical. Si es del tipo encefaloideo, no continuamos. Cerramos y hacemos irradiar de inmediato a la enferma, a la que operamos unas 4 semanas después.

Este es el esquema de nuestra orientación general. Sin embargo, esta conducta nuestra nos ha ocasionado algún disgusto: y, no hace mucho tiempo ante un neo encefaloideo al que nos negamos a practicar un Halsted de inmediato, sin previa irradiación, ocurrió que por uno de esos azares, la enferma ya irradiada y pronta para operar, fuera vista por un viejo profesor de cirugía, el cual tuvo la amabilidad de decirle a la enferma que le habíamos hecho perder un tiempo precioso. Para rescatarlo, operó él esa enferma, ya sin tumor, pero felizmente irradiada.

La biopsia la hacemos, no parcial, sino total, completa, es decir, sacando en block la tumoración entera.

Los trabajos experimentales más recientes muestran que la extirpación completa del tumor canceroso en el animal, no sólo no constituye un factor de agravación del proceso, sino que, por el contrario, se comprueba un aumento de la sobrevivencia del animal. Hemos sido educados con la idea del terror a las biopsias: de ahí tantas abstenciones, tantas biopsias incompletas. Y no por eso nos ha ido mejor.

Clinicamente, la extirpación de la tumoración en block permite un estudio completo e impidiendo que, como puede ocurrir en una biopsia parcial, pase inadvertida una zona cancerizada: y esto es sobre todo importante en las cancerizaciones secundarias. Prueba de ello es la observación del cirujano brasileño Prudente en la que la biopsia del tumor de mama fué negativa, encontrándose en una biopsia axilar los ganglios cancerizados. El estudio completo ulterior de la pieza operatoria mostró que había una zona cancerizada tumoral que había escapado a la biopsia.

Quisiéramos referirnos brevemente al diagnóstico radiográfico por la técnica de mamografía de los Drs. Leborgne. Como siempre, también tenemos que hacer un distingo entre las lesiones glandulares y las canaliculares. En la tumoración glandular es evidente que el estudio mamográfico por ahora sólo puede darnos presunciones, todo lo serias que se quiera, pero que no alcanzan a la seguridad diagnóstica que los cirujanos reclamamos. Pero en las lesiones del aparato canalicular creemos que la mamografía sea un auxiliar precioso del cirujano, y en ciertos casos, indispensable. Si hay una lesión canalicular la mamografía puede localizarla, lo cual es muy importante. Pero más aún: por un ingenioso sistema de dilatación del galactóforo afectado, han llegado sus autores a ponerse en contacto directo con la lesión, realizando la biopsia intracanalicular, y así han llegado a poder diagnosticar directamente lesiones malignas.

Este método podrá evitarnos más de una vez el tener que realizar a ciegas esta especie de "laparotomía exploradora" del seno, que todos hemos hecho, por incisión periareolar, para buscar la causa de un mamelón sangrante, explorando los galactóforos para hallar una lesión que puede existir o no. Aquí reside una de las ventajas de la mamografía, *porque no toda mama que segrega sangre ha de presentar necesariamente una lesión anatómica tumoral.*

Esto no lo sabíamos hace 10 años, y nos viene el recuerdo de trabajos más antiguos en los que el cirujano se asombraba de que algunos casos de mama que sangraban no mostrasen lesión localizada quirúrgica alguna.

No deseo dejarme llevar ahora por este tema, pero es necesario saber que cualquier tipo de secreción por el pezón puede ser provocado tanto por una causa orgánica como por una funcional, y aunque, para que no se me comprenda mal, deba insistir, de acuerdo con todos, en que la mama que sangra necesita siempre un diagnóstico cuidadoso porque nos acecha el peligro del epiteloma posible, creo necesario agregar que no es siempre una mama que sangra un caso *necesariamente* más grave que el de otra enferma que se nos presente con una galactorrea. Aunque ello pudiera parecer paradójal, puede la galactorrea ser el más grave de los dos. Puede haber sangre por el pezón en una mastopatía funcional en la que no se justifique intervención alguna y puede existir una galactorrea que se deba a un tumor hipofisario. Hace unos años nos consultaba una enferma por una galactorrea bilateral extraordinariamente abundante, que le empapaba la ropa. Por una coincidencia rara, se había casado hacía 2 meses y tenía una amenorrea también de 2 meses. Todo esto hacía que la enferma estuviese convencida de su gravidez y atribuyese también a ella su galactorrea. Del estudio detenido que pudimos hacer de la enferma concluimos fundadamente en que todas las probabilidades estaban en favor de un tumor hipofisario, responsable de la amenorrea y de la galactorrea. Por supuesto, no había gravidez.

Decimos estas cosas para subrayar la importancia de un diagnóstico exacto en las mamas secretantes. Puede haber alarma excesiva, si es sangre. Puede haber exceso de confianza si hay galactorrea. Por eso asignamos gran importancia al método mamográfico de Leborgne.

Finalmente esta Sociedad no puede dejar de considerar aunque sea brevemente, la acción de la hormona macho en el cáncer del seno, puesto que trabajos importantes se han venido publicando sobre el tema en Norte y Sud América.

No se trata de una panacea que cure el cáncer, ni impide el crecimiento del tumor. En una palabra, carece de acción directa, específica, sobre el neoplasma, y desde ya adelantamos que los trabajos modernos asignan resultados menos buenos con la hormona macho sobre los neoplasmas genitales femeninos que los observados con la foliculina en el cáncer de la próstata.

La acción de la hormona macho sería indirecta al neutralizar las hormonas gonadales. Todos sabemos la acción estimulante de la foliculina sobre el neoplasma genital femenino. Ello explica, en parte, la gravedad del neoplasma en la mujer poven y es el fundamento de la castración como terapia adyuvante. Se puede llegar por medio de su administración adecuada a la castración llamada médica, que es temporaria y dura lo que el tratamiento.

Se la utiliza como profiláctica después de la operación radical del seno, y también se la utilizó contra las metástasis y como paliativo de los dolores.

Yo no he venido, ni a impugnarla, ni a defenderla. La utilizo como profiláctico post-operatorio con la finalidad de disminuir la actividad del ovario a dosis prudentes. Sabemos que entre nosotros hay también quienes la emplean y por eso quisiéramos dar una pequeña voz de alerta sobre las dosis a emplearse.

Nosotros damos 25 miligramos por semana. Cuando se pasa de esa dosis, y se la continúa varios meses, aparece la amenorrea y después la virilización. Las más sensibles a esa virilización son las enfermas jóvenes, lo que hace dificultoso este tratamiento que muchas enfermas resisten.

Si las dosis son muy grandes, se llegan a dar 150 y más miligramos por semana, hasta totalizar en algunos casos la enorme dosis de 6000 miligramos; si las dosis son muy grandes, decíamos, y prolongadas, se ha notado un hecho paradójal, que es, aparentemente una contradicción: una exaltación imperiosa de la libido producida por una hormona que precisamente anula la secreción estrogénica del ovario. No se trata de impresiones sino de hechos concretos y observados, no aisladamente, sino en serie: y para concretar más, recordamos una de las observaciones de un trabajo americano en la que se menciona el caso de una enferma de 60 años que ya hacía 2 años que se abstenía de relaciones sexuales y en la que la exaltación genésica llegó a un grado tal que terminó pidiendo a los médicos que trataran de mejorar también a su marido...

La interpretación de estos hechos no está aún completamente aclarada, pero hay ya cierta base científica para sospechar fundadamente que cuando se suministran grandes cantidades de andrógenos a la mujer, el organismo hace como si se defendiera. Es una ley general la de que él lucha permanentemente por mantener la constancia de su estado humoral. La hormona macho no es un cuerpo extraño en el organismo femenino, pero sí, en esas enormes dosis: y para contrarrestar esa alteración del equilibrio hormonal transformaría parte de esa hormona macho en cuerpos estrógenos. Y esto es lo que constituye el peligro, porque indirectamente estaríamos favoreciendo la producción de sustancias análogas a la foliculina, que es precisamente lo que se pretendía suprimir o atenuar. Y ya hay autores que han observado agravación en sus enfermas y aceleración en el crecimiento de las metástasis.

En consecuencia, y a pesar de que hay autores que se declaran entusiastas partidarios de este tratamiento, es necesario utilizarlo con gran prudencia para evitar el tener resultados diametralmente opuestos a los que se buscaba.

Profesor Abel Chifflet. — La importante comunicación de los Dres. Frangella y Caprio obliga a los que sienten pesimismo por la suerte de las cancerosas de la mama, a traer al debate el criterio que los guía en la solución de los problemas más frecuentes que se presentan frente a cada enferma. Al decir problemas frente a una enferma, significamos por supuesto que nos colocamos en una situación real humana, que ocupe el justo medio entre la investigación científica y la fría enunciación de la estadística.

Comprendemos las inquietudes de los que se afanan en la interpretación de la causa misma del mal y se elevan en busca de la explicación de los curiosos fenómenos que nos muestra la clínica. Pero es necesario no perder contacto con la realidad cuando hay vidas que exigen la aplicación de conceptos exactos y que no pueden estar a la merced de hipótesis. Que-

den las interpretaciones alimentando sin cesar el progreso pero no condicionando las conductas médicas.

En el otro polo, el que podría considerarse de la más cruda realidad está la información dada por la estadística. La utilidad que significa su aplicación, en especial para el estudio de las enfermedades microbianas, cuando se trata de enfocar los problemas desde el punto de vista social, disminuye en forma vertical cuando se debe considerar el caso concreto de un enfermo. Conduce mismo a conductas que pueden ser erróneas. Algo de esto veremos más adelante.

I. — Evolución natural del cáncer de la mama

Es indudable que 100 enfermas no tratadas viven menos que 100 enfermas operadas. Surge la afirmación lógica que el cáncer de la mama debe ser siempre operado y sin embargo esta conducta lleva en la práctica a gruesos errores. Nada digamos de la posibilidad de muerte por la operación, que debe figurar en una pequeña parte, pero debe figurar al balancear la indicación terapéutica en una enferma, en especial si hay taras de orden general. En ésta como en todas las indicaciones de la cirugía hay que disciplinar el espíritu y hacer siempre la evaluación del beneficio frente al perjuicio que puede resultar del proceder operatorio. Las viejas enfermas, con cirro atrófico, tienen en este balance mejores posibilidades si se les deja, que si se les extirpa la mama con las zonas cancerizables tóraco-axilares.

En oposición, recordemos las circunstancias en que la gran malignidad del tumor es la que interviene contraindicando la operación. No sólo el cáncer agudo de las púerperas sino todas las formas del tipo inflamatorio del cáncer de la mama (calor, circulación venosa, equimosis), viven mejor sus días sin operación. Y lo mismo debe decirse de los tumores con nódulo cutáneo que llegan en su forma más evolucionada al cirro en coraza de Velpeau, y de los tumores que provocan el grueso seno de masiva retención linfática. En fin, nada digamos de los casos en que el tumor ha sobrepasado los límites de la posibilidad quirúrgica.

En 100 enfermas operadas hay más sobrevividas que en 100 no operadas; pero operando todas, en 100 enfermas operadas hay muchas que hubiesen vivido más y mejor si no se le hubiese operado. Toda enferma debe ser analizada muy cuidadosamente en vistas a su posible pronóstico antes de ser sometida a la operación.

II. Resultados de la cirugía

Reducidos a los casos en que la clínica indica la mamectomía radical con pretenciones curativas, los hechos muestran que numerosos enfermos evolucionan mal. Esa es la realidad, que choca un poco a los que piensan en la perfección con que se hace actualmente la operación. Es que, llevados por la técnica han olvidado que esa intervención cruenta se basa en con-

ceptos que en parte son erróneos y no logra además el cumplimiento exacto de sus directivas.

En efecto, la exéresis en masa del seno, con los ganglios satélites y los tejidos cancerizables de la región responde al concepto de un crecimiento excéntrico y regular del proceso neoplásico. Y la realidad es otra, ya que las células atípicas, escapan, por su anatomía, a las reglas precisas de esa distribución regional. Por otra parte la directiva operatoria exige sacar los ganglios satélites del tumor y el cirujano no saca corrientemente los ganglios supraclaviculares que pueden ser primera etapa de extensión neoplásica, ni va tampoco a los ganglios mamarios internos.

El cirujano que termina una brillante mamectomia que llama radical debe salir cabizbajo por no haber cumplido con las consignas elementales de la cirugía del cáncer y la evolución mostrará que hay razones para tal pesimismo.

III. — La radioterapia

No somos versados en esta disciplina terapéutica. Vivimos años atrás con la esperanza de que podríamos hacer beneficiar con ella a nuestras enfermas. Estamos ahora en el período de realidad y la experiencia nuestra y la ajena nos han inducido a adoptarla como complemento pre y post operatorio, cuando existe indicación y creemos haber obtenido solo beneficios. Tenemos además optimismo para el futuro, más que en el de la cirugía, puede aparecer un progreso que nos lleve al panorama halagüeño del cáncer uterino o de la boca. Las enfermas con metástasis benefician mucho de la asistencia por el radioterapeuta.

IV. — La hormonoterapia

Nada ha conseguido para curar el cáncer de mama, pero no debe desconocerse su importancia en la investigación de laboratorio y en la clínica. Hemos obtenido evidentes mejorías de las manifestaciones clínicas de las metástasis de la mama, haciendo la castración actínica en las mujeres jóvenes.

V. — La biopsia

En las enfermas en que podemos asegurar claramente que tienen un neoplasma de la mama, procedemos sobre la base del diagnóstico clínico. En todas las demás aconsejamos la exéresis inmediata del tumor en vistas a su examen histológico. Lo hacemos así, porque es la única forma de evitar la evolución perjudicial de un cáncer bajo nuestra vigilancia inoperante y porque creemos que no provocamos ningún mal a la enferma.

Preferimos el examen ordenado y metódico de la pieza en el tiempo que sea necesario y no el estudio rápido por congelación. Sólo así es posible hacer el estudio completo de la pieza y dar la información necesaria

para hacer la exacta indicación terapéutica. No creemos por otra parte que una espera de 24 ó 48 horas sea más perjudicial que la espera de 30 minutos, que van desde que se saca la pieza hasta que se ligan las vías eferentes del tumor, en la práctica de la biopsia extemporánea.

VI. — Clasificación de las enfermas

La evolución variable de las enfermas con cáncer de la mama sometidas al mismo tratamiento obliga a clasificar a estas enfermas en diferentes grupos. Es indudable que para que esta clasificación sea útil es necesario hacerla en vistas a las posibles diferencias en la terapéutica que le corresponde. Tiraría a la papelera todo lo que se ha escrito sobre clasificaciones si se me diese el modo de colocar debajo de cada conducta terapéutica las características de las enfermas que más benefician con esa conducta. Mientras no lleguemos a eso, vemos por lo menos los factores que permiten una clasificación según el pronóstico.

A) *Tiempo de evolución del tumor.* — Dado que el cáncer en su evolución va invadiendo nuevos tejidos es natural que cuanto más se demore en el tratamiento de la lesión, peor será el pronóstico. Pero existen grandes diferencias en la velocidad evolutiva de los cánceres de la mama, a tal punto que hay tumores con evolución de años que permiten la curación por la amputación, mientras que otros de aparición reciente tienen una rápida evolución. En nuestras observaciones tal hecho es evidente. El factor tiempo debe pasar pues muy a segundo plano en la consideración del pronóstico y sólo es aplicable cuando se consideran separadamente tipos patológicos iguales.

B) *Dimensiones del tumor.* — Se aplica a esta particularidad lo dicho sobre tiempo de evolución, siendo aquí más frecuente que los grandes tumores tengan mejor pronóstico. Pero no puede ser esta una guía segura.

C) *Edad de las enfermas.* — Aun cuando la opinión corriente es que el cáncer de la joven es más grave que el cáncer después de la menopausa, los que manejan números no han llegado a un acuerdo. Nuestras observaciones concuerdan con la opinión corriente, pero estamos muy lejos de afirmar la generalización de que una mujer con un cáncer de la mama, por ser joven tiene un mal pronóstico. La gravedad depende en las jóvenes, como en todas, del tipo de tumor, y si antes de los 40 años se tiene con más frecuencia tumores de mayor malignidad, no significa que todas las jóvenes han de tener tales tumores.

No creemos que el factor edad deba desplazar por sí solo otros factores en la consideración del pronóstico. En lo que se refiere al tratamiento, es posible que la juventud de la enferma justifique la castración actínica.

D) *Estado funcional de la mama.* — Se considera al cáncer reconocido en el embarazo o de lactancia como de extraordinaria gravedad. Nuestra experiencia no muestra tal cosa. Tenemos enfermas operadas durante el

embarazo o en plena lactancia o que se embarazaron posteriormente a la amputación de la mama y que tienen más de 5 años de vida normal con hijos hermosos.

Es indudable que corresponde al período de mayor actividad funcional de la mama la mayor frecuencia de los tipos excepcionalmente graves del cáncer, pero en ese período pueden aparecer tumores con las mismas características evolutivas que en cualquier otro período de la vida. Ni el pronóstico ni la terapéutica pueden estar condicionados por la sola consideración del estado funcional de la glándula.

E. *Localización.* — Tratándose del mismo tipo de cáncer es más grave el tumor en los cuadrantes internos que en los externos. Es posible que esta mayor malignidad se debe a las propagaciones hacia territorios que escapan a la exéresis quirúrgica. Tal consideración sugiere la necesidad de hacer en todos los tumores internos la radioterapia complementaria del acto operatorio.

F. *Extensión ganglionar axilar.* — Es indudable que un tumor que se ha extendido a los ganglios axilares tiene más posibilidades de escapar a la acción quirúrgica que si no se ha propagado. Para tomar en cuenta esta adenopatía al hacer pronóstico e indicar tratamiento, recordemos inmediatamente que un tercio de las adenopatías neoplásicas axilares escapan a la exploración clínica y que un tercio de las adenopatías que reconoce el clínico en los neoplasmas de la mama no son neoplásicas. La clínica tiene pues en el examen de la axila una información infiel para el tratamiento y el pronóstico.

Tomando en consideración los estudios anatómicos de las piezas operatorias, las estadísticas muestran mejores resultados en las enfermas sin adenopatías neoplásicas, hecho que no coincide en su totalidad con nuestra experiencia. Debemos pues en resumen dar un valor relativo a la comprobación de una adenopatía axilar en una neoplásica de la mama.

G. *Metástasis.* — La existencia de metástasis hace evidente la extensión del mal más allá de la acción quirúrgica, quitando habitualmente todo interés a la discusión sobre pronóstico y tratamiento. Sin embargo este criterio no es exacto. La aparición clínica de metástasis tiempo después de la operación, demuestra que había células neoplásicas injertadas en esos tejidos cuando se hizo la mamectomía radical. La sobrevida en estos casos, a veces superior a los cinco años, fué de enferma clínicamente curada, pero cancerosa. Este hecho nos conduce a descartar el criterio de que la existencia de metástasis es un elemento decisivo para fijar términos en el pronóstico. Y la clínica muestra enfermas con metástasis, tratadas en forma apropiada que viven años, a veces más de cinco, por oposición a las muertes rápidas de ciertas cancerosas en que nada hacía suponer la determinación.

H. *El tipo de cáncer.* — Este es el gran capítulo. Existen varios tipos de cáncer de la mama y cada uno de esos tipos tiene sus particularidades

evolutivas propias y justifica por lo tanto una consideración terapéutica especial. No existe a la altura de los conocimientos actuales, posibilidad de hacer una clasificación completa basada en un determinado concepto, pero han sido reconocidos ya numerosos hechos que deben ser utilizados, en esa orientación, en la práctica diaria.

La observación clínica pura permite a veces reconocer caracteres íntimamente ligados al grado de malignidad del tumor. Tres tipos clínicos de alta malignidad y uno de muy lenta evolución constituyen un punto de partida bien firme para comenzar a juzgar una enferma. El cáncer agudo o de forma inflamatoria, el cáncer acompañado de nódulos cutáneos o intercostales, y el que provoca el gran seno de masiva retención linfática, escapan por su evolución grave a toda pretensión de cirugía radical. El cirro atrófico de las viejas, por su lenta evolución y la absoluta tolerancia no debe ser motivo obligado de exéresis. Colocar todas estas formas clínicas bien definidas en el conjunto de una estadística global, significa entregarse a los azares de la frecuencia de dichas formas y sacar conclusiones de generalización absurdas.

El estudio directo del tumor ha permitido reconocer otro grupo de cánceres, que en muchas enfermas pueden ser diagnosticados clínicamente y cuya evolución y tratamiento pueden ser bien planteados. Los llamaremos tipos anatómicos. Son las formas circunscriptas del cáncer de la mama constituidas por el adenocarcinoma canalicular, el papilar y el coloide. Con o sin ganglios, con operación radical o no, estas enfermas tienen un buen pronóstico. Es lógico que no pueden bajo ningún concepto ser colocados estos casos junto a los anotados más arriba de alta malignidad, por el hecho que tenga o no ganglios axilares, que la enferma sea joven o vieja, que esté embarazada o no. Por otra parte estas formas anatómicas beneficiaban en especial de determinadas directivas terapéuticas: el adenocarcinoma papilar es radiosensible, las otras formas no.

En fin, la histología por si sola ha podido individualizar ciertas particularidades que deben ser tenidas en cuenta al hablar de pronósticos y tratamiento. No es posible superponer habitualmente estas particularidades histológicas a los caracteres clínicos por lo cual haremos con ellas un nuevo grupo de tipos de cáncer de mama.

CONSIDERACIONES FINALES. — Todo lo antedicho nos conduce a proponer, a falta de una clasificación que comprénde todas las observaciones, una forma de definir cada caso clínico, con vistas a su evolución ulterior y a su tratamiento. Jerarquizando la importancia de los elementos de juicio disponibles, hacemos para cada enferma una ficha donde llenamos en su orden los siguientes elementos:

1º) *Tipo de tumor*

A. Caracteres clínicos

) Agudo
Nódulos cutáneos
Edema masivo
Cirro atrófico

B. Caracteres anatomo clínicos

Canalicular

Papilar

Coloide

C. Caracteres histológicos

2º) *Metástasis*

3º) *Localización*

4º) *Adenopatía axilar clínica*

5º) *Estado funcional de la glándula*

6º) *Edad de la paciente*

Con gran frecuencia el numeral 1º queda en blanco. Tal vez el progreso nos lleve algún día a llenarlo más a menudo. Si se puede dar el tipo de tumor, los elementos de juicio siguientes serán simple complemento. Si queda en blanco, deberá buscarse de llenar el numeral siguiente y así sucesivamente con el mismo criterio.

Consideramos esta forma de catalogar una observación de cáncer de mama, la única provechosa en el momento actual, pues conduce a un entendimiento más ajustado del problema y a conceptos terapéuticos más precisos. En una sesión próxima presentaremos nuestras observaciones ordenadas con este criterio.

Prof. Agdo. Alberto I. Matteo. Deseo referirme a ciertos aspectos surgidos de la discusión.

Otra vez se demuestra de acuerdo con lo expuesto hasta ahora, que este tema no puede abordarse sin tener en cuenta a la Anatomía Patológica.

Me parece que no es este el momento de reabrir la discusión en torno a la biopsia en el cáncer de la mama. En esta clase de debates debemos partir de conceptos o hechos ya demostrados con anterioridad, admitiéndolos en tal carácter. Así el problema de la biopsia debe considerarse resuelto dentro de ciertos lineamientos generales.

Hace ya años que se hizo el estudio sistematizado de los distintos tipos de biopsia, estudio que en los Estados Unidos fué auspiciado por la American Radium Association, con intervención de cirujanos y de patólogos. Resultó de eso que la biopsia es el método de diagnóstico más seguro que se posee en el momento actual y que sus riesgos — relativos en la mayoría de los casos — deben ser corridos aun si ellos existieran. No hay evidencia en favor de que la biopsia agrave la evolución ulterior de los cánceres de seno.

Acerca de las expresiones formuladas desechando el examen macroscópico debo expresar que no puedo compartirlas.

El examen directo de la pieza operatoria o del seno incindido "in situ" en el curso del acto quirúrgico, pueden proporcionar valiosos datos.

Desde luego, nada es superior a la exéresis-biopsia seguida de informe rápido. Esto último es capital, dado que no es lo mismo poseer el diagnóstico (obtenido con técnicas adecuadas) en pocas horas o al día

siguiente, que dejar transcurrir varios días. En ese sentido se subraya una vez más la necesidad de una organización y de un equipo técnico adecuados que hagan posible ese resultado.

Es otro aspecto de la Anatomía Patológica Asistencial, esto es al Servicio del enfermo, por la que debemos pugnar.

El Prof. Chifflet ha formulado importantes consideraciones señalando la necesidad de tomar en cuenta otros factores a los efectos del pronóstico, atento a que los habitualmente considerados no responden en la práctica.

De hecho, el examen histológico aislado del tumor o de sus extensiones, no son suficientes. Todos hemos visto tumores muy malignos dentro de las cánones anatómicos propiamente dichos, cuya evolución ha sido prolongada o por el contrario tumores de no tan aparente gravedad cuyo comportamiento ulterior los ha mostrado de alta malignidad biológica. Es evidente que hay factores inherentes a la modalidad tumoral que no están claramente traducidos por el aspecto morfológico.

Recuerdo que existe una clasificación de orden anatomo-clínico que tiende precisamente a considerar esos diversos aspectos. Toma como base hechos importantes tales como edad, lactancia, difusión, etc. y formula con ellos — asignándole valores convencionales — un índice que se expresa a manera de fórmula (redactada con las iniciales de las palabras correspondientes). No recuerdo en este momento el nombre del autor que la propuso (*). Aun con todas las reservas inherentes a esos métodos de catalogación, es una sugestión digna de estudio.

Por fin y por sobre todo lo precedente quiero destacar un hecho puesto en evidencia durante la discusión, hecho que tiene mucha trascendencia práctica. Me refiero al empleo de una terminología anatómica diferente — cuando no de un concepto netamente diferente acerca de problemas comunes — según los diferentes expositores.

Esto tiene mucha mayor trascendencia de lo que parece a primera vista. Es difícil entenderse en la elaboración de estadísticas y en la comparación de resultados si no partimos todos de las mismas definiciones, de ciertos tipos tumorales aceptados como término común de referencia, de resultados juzgados según normas similares.

Más aún: esa diferencia en conceptos y en términos es una de las cosas que más choca al patólogo procedente de un medio determinado cuando estudia con patólogos procedentes de otras escuelas. Así me ocurrió a mí en los Estados Unidos con ciertas formas de tuberculosis y con algunos tipos tumorales. Es por eso que deseo llamar la atención de esta Sociedad sobre lo necesario que se hace crear un Registro Centralizado de las formas más habituales de nuestra patología.

Precisamente, en setiembre de 1945, al presentar a la Sociedad de

(*) La Clasificación citada en el curso de la discusión es la que se denomina *Índice Clínico de Malignidad según Lee*.

Anatomía Patológica de Montevideo un Memorándum en que sugería algunas normas de trabajo para el futuro, indicaba la necesidad de que aquella Sociedad — con la colaboración de las otras Sociedades científicas — abordara la creación de Registros de Tuberculosis, de Tumores y de Hidatidosis.

Este problema ha sido resuelto en los Estados Unidos, donde los citados registros estudian las clasificaciones más adecuadas para servir de casillero de ordenación, comparan y archivan historias y están siempre prontos para ofrecer al médico que tiene un problema determinado el uso de sus archivos y la colaboración de sus técnicos.

Dichos Registros, organizados con la colaboración de Clínicos, Patólogos y Radiólogos han contribuido en alto grado al perfeccionamiento de los diversos capítulos de la Patología. Y cuando en 1936 la Academia de Cirugía de París mantuvo todo el año en su orden del día el estudio de los tumores de los huesos, una de las conclusiones resultantes fué precisamente la de sugerir la creación de un Registro similar en Francia.

Para nosotros, país de poco potencial humano, habría todavía muchas otras razones a invocar.

Me parece que una conclusión muy feliz de este debate sería que la Sociedad de Cirugía se abocara de lleno a la creación de Registros clínico-patológicos de este tipo, ya sea designando una Comisión para que estudie el problema y aconseje las soluciones posibles o poniéndose en contacto con otras Sociedades, etc.

Si así fuera, se habría dado un gran paso hacia el perfeccionamiento futuro de nuestros conocimientos.

Prof. Prat. — La discusión del tratamiento del cáncer de la mama promovido en esta Sociedad, resulta de palpitante actualidad, tema siempre interesante y oportuno, pues a pesar de los progresos alcanzados por la cirugía, este cáncer resulta siempre muy maligno y de una muy elevada mortalidad. Consideramos muy conveniente esta sesión conjunta con el Instituto de Radiología para comentar el tratamiento del cáncer mamario, porque así tendremos oportunidad de cambiar ideas y opiniones sobre los dos métodos terapéuticos más importantes de tan temible afección.

En mi práctica he comprobado que los casos me llegaban muy tardíamente ya pesar de que algunos cirujanos hablan de resultados buenos con porcentajes de curación elevados; creo, no haber obtenido una curación global superior al 30 %, lo que me obliga a considerar el cáncer de la mama como grave y muy maligno, porque la mayoría de los casos nos llegan en el 2º o 3er. grado de evolución de la escala corrientemente aceptada.

En el tratamiento del cáncer de la mama, existen algunos hechos bien comprobados: que cuando se operan los enfermos con lesiones incipientes, en el primer grado, los resultados son buenos, se llega a un 70 % de curaciones a los 5 años; algunos suben esta proporción hasta el 80 %.

Los pacientes con cáncer de la mama, en el 2º o 3er. grado de evolución, sólo dan del 15 al 25 % de curaciones tardías.

Otro hecho bien comprobado, es que la técnica quirúrgica del tratamiento de esta lesión se ha perfeccionado muchísimo, al punto de que parece difícil un perfeccionamiento mayor. Esto está de acuerdo con los casos que se operan y que mueren por una metástasis a los 3, 4 o 5 años, sin reproducción alguna en el foco operatorio, lo que quiere decir que el cirujano llegó tarde ya y que la enferma estaba en plena etapa de *generalización* del cáncer mamario y que ningún cirujano sería capaz de curar estos casos, aunque fuese el más técnico y el más preparado del mundo. La conclusión que se saca de esta experiencia, es que para tener mejores resultados, debemos operar el cáncer de la mama *en su periodo incipiente y oportunamente*, cuando es aun una *lesión local*.

Si investigamos cuidadosamente la causa de esta temible propagación, encontramos algo sugestivo para su explicación. Haz linfáticos de la mama que van directamente a la cavidad torácica, a los ganglios mamarios y a las vertientes de la columna vertebral; también hay linfáticos del cuadrante interno de la mama, que van directamente a los ganglios supraclaviculares, sin pasar por los axilares, que quemarán rápidamente las etapas de su propagación para llegar a la vía venosa. En estos casos, por lo general el cirujano llegará a menudo tardíamente y no podrá actuar sobre tales linfáticos. Hoy día conocemos muy bien la topografía de los linfáticos mamarios en la anatomía normal, no la conocemos tan bien en el estado patológico y particularmente en el cáncer.

Cuando los ganglios están invadidos, éstos realizan la función de obstáculos o tapones de los vasos linfáticos y su circulación se modifica fundamentalmente, realizándose la *circulación retrógrada* y la *infiltración linfática* de los tejidos que origina vías de derivación que seguramente llevan al germen maligno a regiones insospechadas. Esto explica la piel de naranja y la formación linfática de Flandley.

Quiere decir, pues, que es fundamental conocer la topografía y sobre todo la *circulación linfática* en el cáncer y para eso sólo disponemos de una exploración funcional que es la *linfografía*. Esta disciplina de contraste iniciada por los japoneses, luego practicada en el centro de Toulouse, práctica en la que declara Leriche haber fracasado en su realización. Debemos preocuparnos fundamentalmente en perfeccionar la técnica de la linfografía con el *nosilán* u otra sustancia opaca apropiada, en la seguridad de que cuando conozcamos bien la topografía de los linfáticos neoplásicos de la mama, podremos emplear con más seguridad y resultados la terapéutica quirúrgica. Por mi parte trataré de aplicar en lo posible la práctica de la linfografía. He creído interpretar que el Dr. Caprio afirma, que el cáncer de la mama no reconoce como posible etiología el tumor benigno, en especial el adeno fibroma. Puedo afirmar que en mi práctica he comprobado la transformación del adeno fibroma de la mama en epiteloma y el Prof. Hartmaum ha presentado, también en la Academia de Cirugía de París, observaciones indiscutidas de esta transformación y existen casos similares de otros cirujanos.

En la etiopatogenia del cáncer poco sabemos pero hay hechos de su evolución que nos sorprenden por ese conocimiento deficiente que tenemos de la naturaleza de ese mal. Lambret en una comunicación póstuma a la Academia de Cirugía de París, relataba un hecho de su práctica que es impresionante.

En los casos de cáncer del recto que tuvo ocasión de tratar en el período incipiente, vale decir, *con sólo 3 a 4 meses de evolución*, realizó la *exploración manual cuidadosa del hígado*, durante el tiempo abdominal de la operación y en 29 casos de cáncer del recto, en 11 encontró *nódulos metastáticos hepáticos comprobables a la exploración en la superficie hepática*: es decir casi 38 % de metástasis.

Este hecho bien comprobado revela que el cáncer, especialmente el del recto, se propaga muy tempranamente a distancia, a los 2 ó 3 meses, volviéndose por consiguiente incurable. Es posible que con el cáncer mamario pase algo semejante.

La biopsia es seguramente el método más seguro para revelarnos la naturaleza exacta del epiteloma pero al realizarla adoptamos siempre la práctica de practicar esta biopsia con *extirpación completa del tumor* y no la biopsia parcial. La radioterapia ha venido oportunamente para ofrecernos una colaboración terapéutica muy eficaz. A veces después de operada una paciente ante la recidiva, cuando la cirugía no tenía más nada que hacer, la radioterapia profunda, ha podido yugular temporariamente la evolución progresiva y terrible del mal, obteniendo 1, 2, 3 años o más de sobrevida, como el hermoso caso que nos acaba de presentar el Dr. Caubarrère y que sobre todo, este tratamiento ha tenido la virtud de darle al paciente la esperanza de una curación.

Los trabajos por mí consultados sobre el tratamiento radioterápico del cáncer de la mama en colaboración con la cirugía, establecían que los resultados terapéuticos se mejoraban hasta obtener un 50 a 60 % de curaciones. Consideré estos resultados excelentes y promisorios y los apliqué en mi práctica. He realizado la radioterapia profunda pre y post operatoria con resultados variables; en algunos pacientes de lesiones avanzadas no he obtenido éxito pero la impresión general es que es una terapéutica necesaria y muy conveniente para mejorar los resultados. Esta práctica es aun muy reciente y no la puedo tomar en cuenta para establecer conclusiones, pero estoy firmemente decidido a la adopción de esta forma de tratamiento, convencido de que pueda mejorar nuestros resultados. Es de desear que la colaboración entre el Instituto de Cirugía y el cirujano sea muy estrecha y que se establezca una completa colaboración, dándonos facilidades a los cirujanos para seguir y contralorear estos pacientes, una vez pasados a la sección de Radiología. Es evidente que esta colaboración no ha existido hasta poco tiempo ha y que además, la radioterapia profunda, no había alcanzado el perfeccionamiento de ahora, pues en épocas no lejanas hemos tenido ocasión de comprobar quemaduras intensas de los pacientes tratados con radioterapia que retardaban indefinidamente el tratamiento quirúrgico y que a veces, hemos comprobado generalizaciones metastásicas extraordina-

rias en enfermas tratadas por radioterapia y que probablemente se debían a una técnica deficiente o a dosis extremadamente exageradas de Rayos. Los resultados y estadísticas actuales de la roentgenterapia son muy promisorios y que invitan a aplicar esa terapéutica. Estas sesiones conjuntas de técnicas de distintas especialidades y disciplinas médicas deben llegar a conclusiones prácticas que cristalicen en el mejoramiento y perfeccionamiento terapéutico. En lo que atañe al tratamiento del cáncer de la mama, hemos visto que lo fundamental, es que se realice una terapéutica incipiente y oportuna, la que los cirujanos denominan precoz, si se quiere obtener éxito. Esto es lo único seguro y eficaz, comprobado en los resultados. Pues bien, lo que corresponde realizar, es una activa y eficaz campaña profiláctica en el público y muy *especialmente entre los médicos y cirujanos*, exhortándolos a efectuar un *diagnóstico temprano en lesiones incipientes*, a fin de operar oportunamente estas pacientes y poderlas curar. Esto parece ser la vía más práctica y más segura del éxito, ya que las enfermas de cáncer operadas en su 1er. grado son las que dan la mayor proporción de curaciones (70 a 80 %). Existe en el Uruguay dos Instituciones de propaganda y lucha contra el cáncer: La Asociación Uruguaya de lucha contra el cáncer y la Liga Uruguaya contra el cáncer uterino, que pueden auxiliarnos muy eficazmente en esta campaña profiláctica, por lo que propongo que la Sociedad de Cirugía del Uruguay se dirija a ellas solicitando su colaboración y suministrándoles las directivas técnicas para hacer efectiva esta profilaxis entre los médicos del país.

Prof. Agdo. Frangella. — En primer término séame permitido expresar mi agradecimiento a esta Sociedad por el honor de haberme escuchado y al mismo tiempo me felicito por haber sido uno de los provocadores de la interesantísima discusión que hemos oído a través de dos largas sesiones y por ser uno de los dientes del engranaje de dicha discusión.

Después de haber oído atentamente la palabra autorizada de los colegas que me han precedido noto con satisfacción que los cirujanos han hecho un viraje de sus opiniones con respecto a las de 15 años atrás. Y creo que estos han tenido razón pues hasta la introducción de profundas modificaciones en las técnicas radiológicas, hoy podemos decir perfectas, los resultados no sólo no fueron mejorados sino hasta empeorados. Nos referimos a los beneficios obtenibles con las técnicas standard de 200 kilovoltios con irradiaciones fraccionadas y extendidas en el tiempo pues en estos momentos están evolucionando técnicas con 500 y 1000 kilovoltios en las que parece que la sensibilidad se hace más uniforme, es decir que comienzan a ceder bajo los rayos ciertos tipos conceptuados como radio-resistentes a lo que hasta ahora hacíamos. Sin ocuparnos de estas últimas, en estado experimental, dentro de las comunes aun pueden hacerse variaciones.

Con el Profesor Ardao hemos observado, mejor dicho este ha observado en nuestros enfermos irradiados que necesitaron plastias, que los injertos son favorecidos en el momento de las reacciones biológicas en

estado hiperhémico cosa que podría convenirnos tal vez para acortar el tiempo de espera de la intervención quirúrgica después de la irradiación sobre todo en las mujeres jóvenes con cáncer de la mama.

Con respecto a las importantes consideraciones que hizo el Dr. Harán y el Profesor Matteó respecto a la biopsia estoy con ellos completamente de acuerdo: creo que en los casos precoces el único método seguro de diagnóstico es la biopsia y examen microscópico en manos de un especialista competente, que lleve el estudio a fondo por inclusión. Por eso, con el Profesor Chifflet no soy partidario del examen por congelación, mientras el cirujano espera porque pueden deslizarse groseros errores capaces de importar la vida de la enferma. Nada se pierde con esperar unos pocos días para hacer la operación radical si se excluye el efecto moral en las enfermas, a quienes puede enterarse previamente lo que puede acontecer, desde luego sin decirles que pueda tratarse de un cáncer.

En cuanto a los métodos llamados accesorios tales como el de la radiografía directa de Solomon, de la radiografía dinámica de Blanco Acevedo y Domínguez, la neumo-radiografía perimamaria de Baraldi, la inyección de gases (Palma) o líquidos opacos por los canales (Leborgne) a los que puede agregarse la transiluminación de Cutler de ninguna manera son utilizables en casos precoces, a pesar de las bellas imágenes obtenibles, cosa por otra parte lógica dado que son procedimientos macroscópicos que no están en condiciones de competir con el microscopio.

Estoy convencido que cuando los casos tienen cierta evolución puede bastar la sola clínica para la gran mayoría de los casos. Hasta es posible hacer una valoración, en cifras aproximadas, a cuanto alcanza la magnitud del error clínico no ya en los casos incipientes sino cuando tienen cierta evolución. A raíz de un grosero error cometido hace unos años en que irradiamos una enferma con todos los signos y síntomas de un cáncer mamario con adenopatía axilar y supraclavicular, es decir grado tres, fué que hicimos lo que expresaremos en seguida. Dicha enferma fué irradiada en las regiones pectoral, axilar y supraclavicular y a los dos meses de la irradiación, no obstante tratarse de un grado tres, en virtud de tener un excelente estado general le propusimos fuera operada. Como acontece en algunos casos en nuestro país, la enferma desapareció pues prefería morir antes de ser operada. Esta negativa que en otros casos significa perder la vida por temor e ignorancia, en el presente sirvió para hacernos apercebir del error cometido. Esta enferma volvió al Servicio a los dos años y medio notando con gran sorpresa que las lesiones habían mejorado lo que nos hizo de inmediato dudar del diagnóstico, pues cuando una neoplasia no es completamente esterilizada por las radiaciones en ese lapso de tiempo la "reprise" es absolutamente segura. Pudimos convencerla para que se dejara hacer una biopsia que practicó el Dr. Caprio y cuyo resultado fué tuberculosis de la mama. Entonces nos decidimos a estudiar 100 casos al azar y hallamos un error de la clínica que alcanza al 11 % habiendo sido tomados por cáncer: mastitis cróni-

cas, galactoforitis, hematomas, abscesos enquistados, tuberculosis, linfogranulomatosis, etc.

Con respecto a lo aseverado por el Profesor Chifflet, sus consideraciones en contra de lo que dicen los libros y lo que se conoce como criterio standard sobre malignidad puedo confirmarlo con mi experiencia en 680 casos tenidos entre manos en el curso de 20 años que es absolutamente verdadero: he visto muy pequeños cánceres focales con propagaciones ganglionares voluminosas, extendidas y al contrario grandes tumores sin adenopatía clínica. Ahora, me parece también exacto que la localización en el cuadrante infero-interno puede ser de pronóstico siempre reservado porque en contra de los tratamientos más radicales la propagación precoz por la mamaria interna puede inutilizar todos los esfuerzos.

En cuanto a lo que dice el Profesor Prat sobre los linfáticos quiere subrayar la importancia de las propagaciones aun en la primera etapa, la ganglionar de la axila. En cuanto esta está tomada macro o microscópicamente los alentadores resultados quirúrgicos del grado uno clínico y patológico, es decir cuando no hay invasión microscópica de la axila se puede llegar hasta el 90 % de curaciones, a los cinco años, con la cirugía sola, pero estos resultados se desploman alcanzándose solo 25 % en cuanto el cirujano corta involuntariamente linfáticos ingurgitados por células neoplásicas (grado dos patológico). Y por más perfecta que sea la técnica quirúrgica, cuando hay propagación linfática el cirujano está prácticamente imposibilitado de evitar esas siembras locales o a distancia. En el conocido esquema de ese gran maestro que es Ducuing se objetiva de manera notable, como un nefasto sol, la irradiación de los linfáticos mamarios y eso es en estado normal. Es fácil deducir lo que sucederá en estado patológico en el que los linfáticos de neoformación trazan caminos caprichosos e imprevisibles. Aquí las radiaciones pueden ser potentes por su mayor abarcamiento lo mismo que pasa en los ganglios infartados, de gran sensibilidad a los rayos aun cuando el tumor primitivo no lo fuera, hecho de observación curioso que aun no tiene explicación satisfactoria pero que es real.

En fin, habría todavía mucho que decir pero en virtud de lo avanzado de la hora y dado las opiniones expuestas, que no son contradictorias sino complementarias me permito hacer la siguiente proposición: que la Sociedad de Cirugía nombre una Comisión integrada por cirujanos, anatomistas patólogos y radioterapeutas para que estudie y dictamine sobre:

1º Posibilidad de establecer un registro o clasificación standard de tumores mamarios para entendernos en un lenguaje universal evitando la utilización de nombres diferentes, según las distintas escuelas, para lesiones semejantes.

2º Posibilidad de establecer una orientación terapéutica, por lo menos para la generalidad de los casos.

3º Estudio y confección de la estadística nacional del cáncer mamario.

Solo me queda agradecer vivamente la atención prestada por esta ilustrada Sociedad al asunto que hemos traído con mi distinguido colega Dr. Caprio.

Dr. G. Caprio. -- Debo en primer término expresar mi agradecimiento a los Sres. Consocios que al aportar sus conceptos y su experiencia personal en la discusión del tema que he presentado, han contribuido al mismo tiempo a poner de relieve el grave problema que significa el tratamiento del cáncer de la mama. Para ser breve me referiré en general a las distintas opiniones vertidas más o menos semejantes, que concuerdan en reconocer el pesimismo que nos domina en la actualidad en el tratamiento de esta terrible enfermedad.

Del mismo modo veo que se reconoce la necesidad de una clasificación adecuada de los casos, no ya puramente clínica en cuanto a la extensión sino con referencia, dentro de esta -- que puede ser muy bien la de Stenthal -- a la gravedad especial que presenta según la edad de los pacientes o las distintas circunstancias fisiológicas que concurren, tales como la lactación o el embarazo. Del mismo modo veo que la biopsia es aceptable y reconocida sin riesgos.

Creo sin embargo que no es imprescindible en todos los casos, como sostiene el Dr. Harán. Me parece que cuando el diagnóstico clínico es evidente, sobre todo si se va a irradiar previamente, es mejor no interferir con la exploración quirúrgica y dejar la comprobación para el acto operatorio principal.

En todo caso si no fuese un cáncer, la irradiación no habrá resultado un mal irreparable.

En cuanto a la exploración radiológica en sus diversas formas vuelvo a repetir no creo sea de gran valor para el diagnóstico precoz.

En particular la exploración endocanalicular, ya sea directa por endoscopia con o sin biopsia, o indirecta por radiografía contrastada, no creo que tenga valor práctico. Es a lo sumo una investigación interesante, pero no es práctica ni segura y por el contrario es engorrosa, molesta e insegura.

Vuelvo a repetir, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama es de gran urgencia.

Justamente para las mamas sangrantes, en donde se puede sospechar un tumor en relación con un canal, la simple incisión exploradora nos permite en todos los casos hacer el diagnóstico y el tratamiento inmediato. Aclaro que al decir simple incisión me refiero a la sección total del pezón, no a la incisión peri areolar.

Es más útil e igualmente anodina.

El Dr. Stajano se refirió a dos puntos especialmente. El primero, referente a la cirugía conservadora.

Debo aclarar que si bien soy partidario no soy entusiasta de ella. Yo también he visto las recaídas del mal por no hacer la operación radical, pero aclaro que ello no me sorprende ni me asusta. Es que yo hago esta cirugía conservadora en los casos en que aun sin haber una contraindicación absoluta para toda operación importante, las circunstancias clínicas, tales como la edad avanzada, o ciertos tipos de tumores de reconocida evolución lenta, nos permiten hacer esta cirugía limitada por lo menos provisionalmente.

Yo pienso que en ciertos casos el cáncer es una manera de muerte natural, y que por lo tanto no debemos interferir en su evolución con pretensiones de radicalismo que no tendría objeto. Si una anciana de 75 años tiene un tumor de uno o dos años de reconocido, con o sin signos de gran propagación, creo que o no debemos hacer nada o a lo sumo para ciertos casos con ulceración una mamectomía simple de "toilette". Naturalmente que en el caso del esquirro atrófico no se deberá tratar.

En el caso de las jóvenes, la indicación de cirugía conservadora o limitada que yo propongo tiene otro fundamento. Ya he dicho que en estos casos, por ser jóvenes, el mal es implacable, y que toda operación que emprendamos con el fin de curar estas enfermas es siempre una verdadera aventura.

Si bien la norma y la lógica aconsejan extirpar pronto y mucho, no está reñida con ellas una tentativa de limitación o de graduación del tratamiento en ciertos casos, ya que esa lógica puede ser falsa frente a un mal cuya naturaleza y evolución no conocemos realmente; creemos conocerla bastante bien en su evolución local y regional casi matemáticamente, y de allí la operación de Halsted, pero no es así. Por lo tanto, si hay sospechas de gran malignidad evolutiva o si hay temor de ocasionar a la enferma un verdadero desastre psíquico con nuestra operación, que es siempre una terrible mutilación, yo creo que es preferible, ante la incertidumbre del completo éxito final, correr el riesgo de no hacer una terapéutica dicha radical de primer intento, pues siempre estaremos en tiempo de hacer el complemento necesario, tal como yo lo propongo, y con ello no habremos incurrido en un grave error.

El segundo punto a que se refirió el Dr. Stajano y también el Dr. Prat, es el de la transformación del fibroadenoma en un tumor maligno, en un epiteloma.

Yo no niego ni he negado nunca esa posibilidad pues los estudios microscópicos lo han demostrado de una manera incontrovertible.

Lo que yo he negado antes y ahora, y no se me ha comprendido, es que el cáncer de la mama tal como lo vemos en las enfermas que examinamos y operamos con tal diagnóstico, con un carcinoma si se quiere, hayan tenido como origen un fibroadenoma. Todas las enfermas que yo he visto y operado y son varios centenares, todas sin excepción, han referido que el tumor por el que consultaban databa de poco tiempo y al examen en todos los casos tenía caracteres clínicos de tumor maligno, nunca de un fibroadenoma.

Ninguna de ellas ha referido que tendría de uno o varios años atrás un tumor que hubiera sido diagnosticado tumor benigno.

Con estas afirmaciones yo no niego que el fibroadenoma no puede transformarse en cáncer, yo no niego, pero afirmo en cambio que las enfermas que yo he visto con un cáncer de la mama tenían el tal cáncer desde el primer día como tal. Es una cosa bien distinta.

Ahora bien, ¿los fibroadenomas que tienen una transformación, son realmente el origen de un cáncer? Yo creo que los hechos no demuestran que sí categóricamente. Esos pretendidos cánceres operados a tiempo, seguidos de cura de muchos años, y que corresponden invariablemente a estos casos no son un cáncer igual al común, al carcinoma primitivo.

Son tumores hitológicamente malignos, pues son epitelomas en iniciación, pero no tiene la evolución tan común, resistente a todo tratamiento, de los cánceres comunes.

Aun en el caso de comprobarse un auténtico carcinoma al lado de un fibroadenoma, no se puede decir que este haya sido causa u origen de aquel. A lo sumo se puede hablar de una coexistencia.

De todo esto no se ha de concluir que el fibroadenoma debe ser respetado. Lo único que se debe *no hacer* es una pretendida amputación radical de la mama, en todos los casos de transformación inicial.

Los hechos también nos demuestran que no amputando no aparece la recidiva.

En cuanto a que en la mama debe haber necesariamente algo, antes de que aparezca el cáncer, yo creo que en el momento actual no hay nada que pueda ser interpretado como un precáncer o como un indicio seguro, reconocible por la enferma o por el médico, de que tal cosa va a ocurrir. Aun los hechos anatomopatológicos a que se refiere el Prof. Stajano y en particular la fibroadenosis no pueden ser interpretados como precáncer. Por eso he dicho en mi comunicación: el cáncer de la mama es tal en ella desde que aparece y se palpa.

Es como si hubiese estallado un rayo en el cielo sereno, todos nuestros esfuerzos en pro de la curación de este mal deberán estar orientados antes que nada al examen precoz, para hacer el diagnóstico precoz y el tratamiento también precoz, urgente.

Finalmente propongo que se haga propaganda sobre todo para conseguir el examen profiláctico sistemático cada seis meses, a lo más, como medio de lograr este diagnóstico precoz y que se haga de nuevo el estudio de los resultados obtenidos en nuestro medio, partiendo de la base de que ha de hacerse una exacta catalogación de los casos, teniendo en cuenta no solo el tipo o grado clínico de lesión, sino el grado probable de malignidad en relación a los otros factores enumerados.