

SR. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Antonio M. Harán.

SERVICIO DE CIRUGIA GINECOLOGICA -- HOSPITAL PASTEUR

SOBRE EL PAPILOMA CANALICULAR ENQUISTADO

Dr. Antonio M. Harán

Como contribución al relato oficial exponemos brevemente la observación de un papiloma canalicular enquistado o intraquistico.

Cuando una enferma se nos presenta con pérdidas de sangre por el pezón y no hallamos en el seno ninguna tumoración palpable, lo más probable es que tenga una neoformación canalicular, benigna o maligna, aunque con mayor frecuencia lo primero. La ausencia clínica de tumoración no supone ausencia de lesión anatómica. Es pues, de buena conducta clínica el estudio sistemático de ese seno por galactografía.

Por otra parte, la existencia de una lesión quirúrgica no es obligatoria y en un 20 a 30 % de los casos podemos no encontrar nada. En consecuencia, pezón sangrante no es rigurosamente sinónimo de lesión orgánica. Ello no quita que no haya un diagnóstico a hacer; pero este es otro problema del que no nos vamos a ocupar.

Inversamente, no toda neoformación canalicular provoca necesariamente hemorragia por el pezón, trátase de lesión benigna o de lesión maligna. Este hecho puede considerarse en principio como desfavorable para la enferma, la que entonces va a llegar probablemente a nuestras manos en la fase clínica de tumor. Por eso creemos que lo mejor que puede ocurrirle a toda neoformación canalicular es que sangre precozmente. Será el signo de alarma útil, porque la galactografía podrá despistarla en la etapa pretumoral, antes que se haga perceptible, antes que se vuelva invasora si es maligna y antes que degenera si es benigna.

Los tumores papilares intracanaliculares suelen dar hemorragias por el pezón en una gran proporción. Es prácticamente la regla, siempre que no sobrevengan complicaciones. Se trata de

la mama sangrante sin tumor apreciable, en la que la galactografía descubre un papiloma en un grueso galactóforo. Todos Udes. conocen estos hechos y la completa documentación que ha publicado el Dr. R. Leborgne.

Algunos autores dan como síntoma del papiloma canalicular, el tumor. Ahora bien, en ausencia de degeneración maligna el papiloma, por regla general, es impalpable. Cuando aparece la tumoración ya no se trata de papiloma simple sino complicado. Es el llamado papiloma intraquistico y que nosotros preferimos llamar enquistado.

El papiloma canalicular enquistado es un papiloma complicado con una galactoforitis. El grueso galactóforo en el que se implanta, se infecta por vía canalicular, se engrosa, y tiende a cerrarse sobre el papiloma formándole una verdadera cavidad. Y así aparece el tumor, que no está constituido por el papiloma, casi siempre muy pequeño, sino por el canal que lo alberga, cuyas paredes se han engrosado y también por la perigalactoforitis que se extiende excéntricamente, infiltrando los tejidos vecinos.

Las consecuencias clínicas de esta complicación, que puede ser precoz, son las siguientes:

- a) la aparición, a veces como primer síntoma, de una tumoración donde no la había, a pesar de que ya existía un papiloma.
- b) su localización areolar o próxima a la areola casi en un 90 % de los casos, porque la proximidad del pezón realiza las máximas probabilidades de infección de un papiloma:
- c) la ausencia de sangre por el pezón en más del 50 %;
- d) la sensibilidad de la tumoración, y a veces, crisis dolorosas intensas.

Dentro de estas líneas generales todas las gradaciones imaginables pueden observarse en la reacción del galactóforo, en la consistencia de la tumoración y en el escurrimiento de sangre, que en algunos casos sólo se produce por la presión de la mano. En los casos típicos, como ocurría en la observación que vamos a relatar, el pezón está seco y nunca sangró, y las paredes del galactóforo muy engrosadas, con un pequeño absceso y gran perigalactoforitis, se han cerrado sobre el papiloma encerrándolo como en

un estuche. El propio papiloma, infectado, se halla tan infiltrado que casi no se distingue su clásica arquitectura arborescente.

Observación. — Irma N. P., 14 años. Mayo 1945.

Nos traen esta niña porque desde hace 5 meses sintió por primera vez dolores en el pezón y areola del seno derecho. El dolor duró unos días y calmó. Después de pasar bien un tiempo, segunda crisis. Actualmente está en su tercera crisis dolorosa. Son dolores independientes de sus menstruaciones que son normales.

Al examen palpamos en plena areola, casi debajo del pezón, una tumoración como pequeña nuez —unos 2 cms.— redondeada, lisa, firme, pero tan dolorosa que le pedimos vuelva cuando esté más calmada. Vuelve

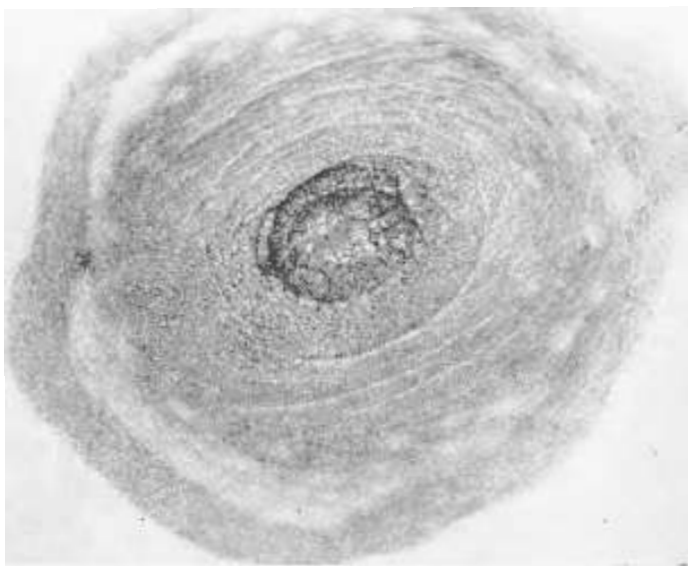


FIGURA 1 — Se ha marcado con mercurocromo los límites de la tumoración subareolar.

a los 6 días y no hallamos modificaciones. Ningún signo de malignidad. Independiente de la piel areolar, sin retracción del pezón, se moviliza algo en apariencia. Es una bolita dura y sensible situada casi justamente detrás del pezón Fig. 1). Pequeños ganglios axilares bilaterales.

En la foto que hicimos tomar y ampliada en un tamaño mayor que el natural aparece dibujado con mercurocromo el contorno de la tumoración. El pezón estaba seco y nunca había sangrado.

La situación del tumor en plena areola, su sensibilidad y su forma redondeada obligaban a plantear el diagnóstico de papiloma quístico. Pedimos al Dr. Castiglioni un examen histológico intraoperatorio y preparando todo para una operación mayor por si fuera un papiloma con degeneración maligna, intervinimos.

Eter. Me ayuda el hoy Dr. Durante.

Incisión bordeando la areola en su hemicircunferencia externa. El tejido grasoso que bordea la tumoración está muy indurado. Al levantar como una tapa pezón y areola vienen unos gramos de pus espeso. Extirpamos la tumoración en block seccionando el tejido sano lo que obliga a sacrificar la mayoría de los gruesos galactóforos. Confirmado por el Dr. Castiglioni el diagnóstico de papiloma y su benignidad, se reconstruye la areola previo espitonaje de la cavidad restante. Drenaje con crin. Cierre por primera.

Abierta la pieza se halla tejido blanquecino uniforme que recuerda el del fibroma, todo indurado, incluso el tejido graso que lo rodea. Casi en su centro hay una pequeña cavidad, como grano de maíz, que contrasta en su pequeñez con el espesor de las paredes que la rodean. Sus paredes son rojizas, y de una de ellas se desprende un pequeño papiloma que está lejos de llenar la cavidad, también rojizo, y que tiene unos 2 milímetros. El esquema que mostramos y que hicimos dibujar en ese tiempo muestra una cavidad demasiado grande y paredes delgadas, a la inversa de lo que mostraba la pieza (Fig. 2).

Lamentablemente la biopsia llamada extemporánea, hecha por congelación, destruye las piezas e impide un buen estudio ulterior. Si agregamos que cada tres años el Laboratorio destruye las piezas por falta de espacio, ello explica que habiendo pasado 8 años no hayamos podido hacer nuevos cortes. El estudio histológico ulterior informó que había un papiloma infectado rodeado de un block fibroso, y que había otros galactóforos con comienzo de hiperplasia adenomatosa (Dr. Castiglioni).

En este corte a pequeño aumento (Fig. 3) se ve parte de la cavidad con paredes muy espesadas: el papiloma se fragmentó y no aparece en la pieza. Y en esta otra microfoto a mayor aumento (Fig. 4) la reacción fibrosa pericanalicular que engloba a distancia a otros galactóforos, notándose la hiperplasia adenomatosa en uno de ellos.

El papiloma canalicular enquistado o intraquístico constituye la forma tumoral de estos tumores papilares de los galactóforos. No son muy frecuentes. Geschickter halla 203 de ellos en 5300 observaciones de afecciones mamarias, es decir, un 4%; y Uriburu (Bol. Acad. Argentina de Cirugía, N° 25, Pág. 715; 1952) sobre 645 mastopatías encuentra 8 observaciones de mama sangrante con tumor adenomatoso, es decir, un 1, 2%.

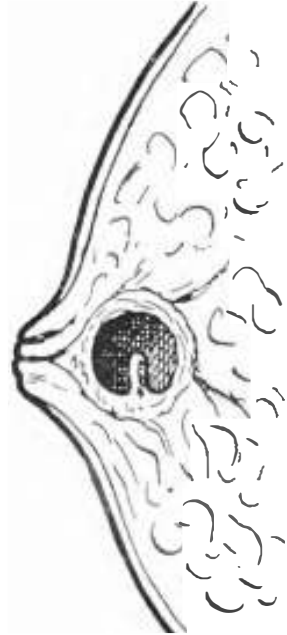


FIG. 2 — Tomada de la
pieza operatoria

Papiloma Intraquistico

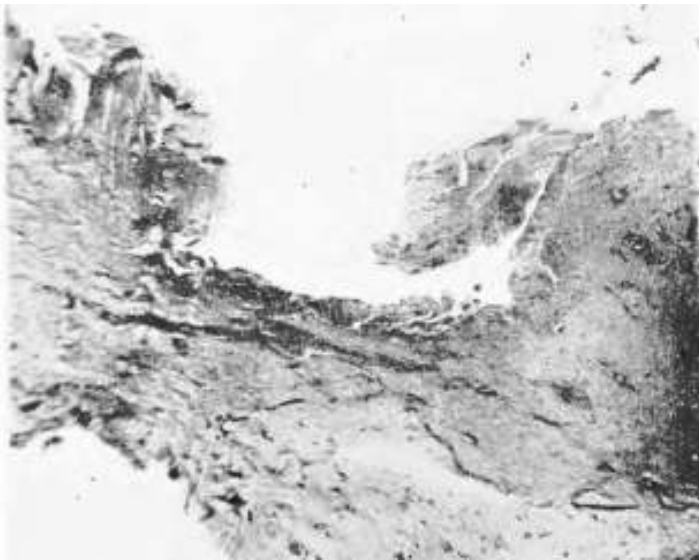


FIGURA 3 — Parte de la cavidad galactorica.

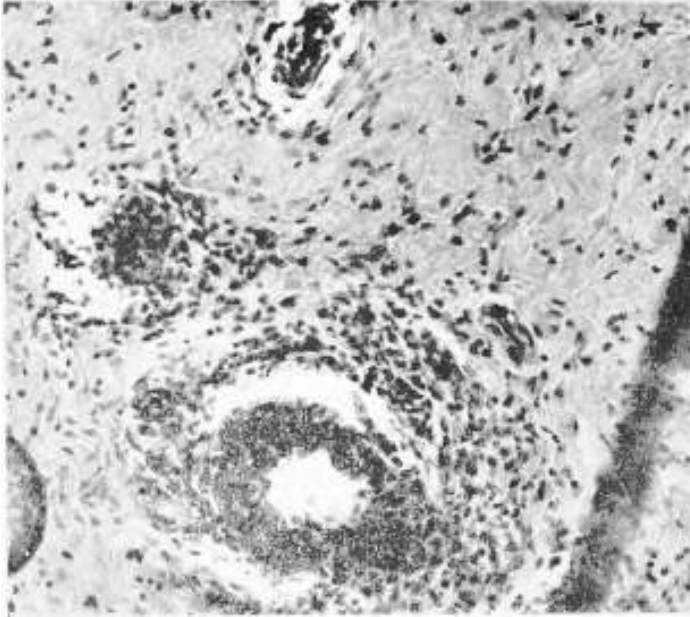


FIGURA 4 — Reacción fibrosa perigalactofórica. Se ven galactóforos con hiperplasia adenomatosa.

Se trata en general de tumores benignos y se estima que la degeneración del papiloma hacia la malignidad se opera en un 6%. Desde el momento que existe una tumoración, la indicación operatoria en estos casos no se puede discutir y, a la inversa de lo que ocurre en la mama sangrante sin tumor, aquí no hay problema de localización de la lesión. Ignoramos las posibilidades de la galactografía en los casos de enquistamiento completo y cerrado como el nuestro, y sobre todo, si la biopsia intracanicular preoperatoria es igualmente posible.

En principio creemos que está indicada la vía areolar y la extirpación en block de la lesión. Esa misma vía de abordaje puede permitir en casos de duda o en mujeres de edad la extirpación subcutánea de casi toda la glándula mamaria. Si se tratara de una lesión maligna estará indicada la mastectomía radical.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE: Habiendose concluido con la lectura de las contribuciones vamos a pasar a la discusión.

Invito a pasar al estrado a los Dres. Arturo Berhouet e Ivo Ferreira.

Tiene la palabra el Dr. Barsabás Ríos.

Dr. BARSABAS RIOS.—Voy a decir algunas palabras sobre este problema porque hemos dependido hasta hoy y seguiremos dependiendo por mucho tiempo de la metrópolis, en este asunto del neo de seno.

Vamos a decir cómo hacemos las cosas en nuestro medio; creo que es lo que se hace en todos lados en el Interior, y tal vez aquí, pero hay algunas cosas en que la conducta es diferente.

Nosotros, frente a la tumoración de seno, desde luego, procedemos como todos: tratamos de hacer el diagnóstico. Cuando nos parece un tumor benigno, lo operamos, y enviamos la pieza a Montevideo. Las piezas son enviadas para examen anatomopatológico al Laboratorio Central de las Clínicas, donde son informadas muy pronto. Hay una espléndida coordinación con los Servicios de aquí y las cosas se hacen de una manera realmente excelente, que da plena satisfacción.

Cuando se trata de una lesión maligna de seno, se hace la operación radical y mandamos siempre a la enferma inmediatamente que cicatriza la herida al Instituto de Radiología con el informe anatómo-patológico correspondiente para que ellos decidan la conducta, es decir, que vean si conviene o no hacerle röntgenterapia post operatoria. Esa conducta da excelentísimos resultados. Otras veces, cuando es evidente la lesión cancerosa realizamos de entrada la operación radical, mandamos la pieza y si se confirma, como se confirma siempre, viene el enfermo para irradiarse.

Yo quería poner el acento sobre todo en la ventaja que hay en esta gran coordinación de trabajo entre Montevideo y el Interior en este sentido.

Otra cosa que quería destacar es que en el Interior vivimos problemas a veces distintos a los que se tienen aquí en este sentido. Recibimos por ejemplo, muchos neos de seno ulcerados, a veces con miasis, y que plantean un problema muy especial. Son enfermas desagradables tanto en su medio como en los medios hospitalarios, que no se pueden curar, que no se pueden tener en ningún lado, que sangran continua-

mente, en fin, pesadas para todo el mundo, y que hay que hacer algo por ellas. Nosotros tenemos un par de casos de neos de seno con miasis ulceradas, con tremendos tumores, y ganglios axilares. Desde luego hemos tratado de limpiar rápidamente la miasis y previo tratamiento con penicilina, realizamos una operación rápida, sacando lo que se pueda sacar, que realmente se puede, obteniendo sobrevividas de 2. 3 años. Muchas veces tenemos que limitarnos a la extirpación local de la mama; no podemos hacer una operación completa porque en esos casos se trata de resolver el problema que plantea la enferma, el problema de emergencia, podemos decir.

Estamos muy agradecidos al relator y contribuyentes por las muchas enseñanzas, pero quería destacar una vez más, la excelente coordinación que tenemos con la metrópolis, desde el punto de vista anatómo-patológico y de la asistencia en el Instituto de Radiología. Tenemos la impresión de que la radioterapia complementaria es excelente; neos completamente confirmados nos han dado sobrevividas bastantes aceptables y algunos están en observación. Tratamos así alrededor de una media docena de casos por año. Además los enfermos van al Instituto de Radiología perfectamente fichados, nos informan las dosis de tratamiento con irradiaciones que le han hecho, van con el pase de vuelta y con la orden de darles el pasaje; el enfermo mismo se interesa, y es el primero en venir a decir que tal día tiene que estar de vuelta en el Instituto. Así que es una cosa realmente efectiva.

Sr. PRESIDENTE.— Si nadie hace uso de la palabra lo haré para agradecer el relato presentado, lo mismo que a los que contribuyeron al tema, trascendente e importante y que aún vive en incesante evolución.

Las técnicas quirúrgicas han culminado por decir así, con el desideratum de los cirujanos con sus indicaciones precisas y con sus limitaciones conocidas por todos.

El adelanto evidente surge de las conquistas de la ciencia radioterapéutica, la que en estos últimos años ha progresado en forma extraordinaria y nos permite obtener resultados que en el curso de los últimos años han cambiado completamente el panorama.

Otra cosa importante es la evolución del criterio de los médicos tratantes, que no hacen una oposición como hace años, entre las técnicas quirúrgicas puras o las técnicas radioterápicas puras, o las combinaciones de ambos tiempos sucesivos, complementando su acción con una nueva finalidad.

Lo que evidentemente surge de nuestro ambiente y por el ponderado enfoque que han hecho los radioterapeutas, y en particular de la comunicación del Dr. Frangella, es que hay ciertos tipos de neoplasmas que son de la cirugía solamente y pueden ser operados sin el complemento radioterapéutico. Sin embargo, a pesar de las ventajas y las

posibilidades de hoy en el tratamiento de los neoplasmas de distintos grados evolutivos, omitiendo hablar de clasificaciones porque lo precisó ya el Dr. Piquinela, surge que de ese porcentaje de enfermas de tipo I que se pierden, es aún el 30 %, a pesar de la buena técnica que se utilice, que puede ser mejorado ese porcentaje con la perfección de los tratamientos radioterápicos complementarios. Ese saldo de muertes, que se produce por distintos mecanismos y por distintas circunstancias, tal vez sea mejorado en el futuro. Pero por hoy, esa es una evidente realidad.

Estoy de acuerdo con lo que se ha dicho de los casos del Nº 2, es decir, esos neoplasmas ya más extendidos y con adenopatías evidentemente neoplásicas que mejoran con la radioterapia previa, obteniéndose sobrevividas largas, que aumentan el porcentaje de las sobrevividas definitivas. En estos casos la radioterapia mejora y favorece el porvenir de estas enfermas condenadas a muerte.

Es esta una gran conquista porque no existe esa oposición de años anteriores, en que radioterapeutas y cirujanos se ponían frente a frente. Hoy los hechos demuestran que esa concomitancia de acción, esa colaboración es imprescindible. Por otra parte en lo que respecta a la cirugía pura, pese a las estadísticas presentadas en los trabajos diversos y en el relato, considero que las incisiones sean cuales sean, no modifican el pronóstico a pesar de lo que muchos dicen. La incisión operatoria, esa es una opinión personal debe contemplar en su amplitud sobre todo, el libre movimiento del miembro superior evitando esa limitación, y esto es una cosa perfectamente vista, siéndonos permitido usar el tipo de incisión contemplando esa situación, la recidiva no depende del tipo de incisión A o B.

En la cantidad de cánceres de seno que he tenido que tratar y que han pasado por nuestra clínica, hay un hecho que surge claramente y que todos lo han visto: las recidivas locales o regionales son excepcionales. Los enfermos que se pierden, se pierden por adenopatías distantes, por adenopatías mediastinales, por cáncer del pulmón, por cáncer vertebral, con su región operatoria indemne, salvo en aquellos casos de tumores de seno, que clínicamente podemos precisar y que el histólogo nos advierte que son cánceres linfófilos, es decir, cánceres que tienen un gran retículo linfático y un dermis neoplásico.

Esos casos pueden pronosticarse de antemano, y hacen la recidiva local pustulosa diseminada en botones más o menos difusos que es una forma de recidivancia del cáncer en esas formas anatómicas, pero que no es lo corriente ni lo habitual.

Otra cosa que dijo el Dr. Frangella y me parece de gran utilidad es la necesidad de la colaboración estrecha entre las personas que tratan cánceres de seno, entre cirujano, radiólogos, anatómo-patólogos, fisioterapeutas en general para ponernos de acuerdo, y cambiar ideas en conjunto, en una reunión anual o como se programe. Me parece que

esto es de tal trascendencia y sería de grandiosa utilidad porque se evitara la opinión egocéntrica, por así decir, de determinados grupos que piensan en una forma y viven impermeables a lo que hacen los otros.

Debemos progresar y salir del "statuo-quo", porque si bien es cierto que hemos avanzado, existe un punto muerto del cual no podemos salir fácilmente por muchos factores, que no es del caso profundizar.

Otro asunto importante y a mi juicio capital, es el que se refiere a algo que no podemos registrar ni los clínicos, ni los anátomo-patólogos ni radioterapeutas, y es la inregistrable malignidad biológica de los cánceres, que nos da la sorpresa de que un enorme y avanzado cáncer, con ganglios, evolucionados bien, mismo siendo del grupo 2, evoluciona bien por la simple técnica quirúrgica sin nada complementario.

En cambio, un cáncer pequeñísimo, pequeño, nodular, sin ganglios, sin nada, se opera ampliamente, se hace radioterapia y ese tumor recidiva rápidamente. Podría presentar casos en cantidad de esas malignidades, que son inregistrables: es este uno de los tantos puntos muertos de los cuales la cancerología todavía no ha salido.

El problema del cáncer del seno es aún sumamente difícil y del cual tenemos que contentarnos con obtener los mejores resultados y seguir controlando los hechos, acumular documentos, para poder hablar con más firmeza, pues, seguimos repitiendo año a año, casi exactamente lo mismo, sin nada fundamental que notificar que lo anterior.

Y por último, en esa comisión que se llamaría de coordinación o de colaboración tendríamos que ponernos de acuerdo en la nomenclatura de los procesos patológicos del seno. Yo hablaba particularmente, con el relator y le decía que surgía del relato que acabamos de leer, una noción confusa del conjunto de cuadros y serie de procesos, con nombres distintos, que responden a clasificaciones de los distintos autores de la patología clásica del seno y que llevan a la confusión. Creo que una de las primeras cosas que en patología de seno, necesitaríamos todos tener presente, es elaborar en una comisión grande, de conjunto, ese estudio, y ponernos de acuerdo sobre la clasificación de los procesos de la patología del seno.

Se habla de mastitis crónica y se sigue englobando en ese gran capítulo un conjunto de procesos que entran dentro del de la mastitis crónica, en la patología de hace 10, 15 o 20 años.

Hace años que entiendo que mastitis crónicas son solamente dos o tres procesos que entran dentro de ese capítulo: las mastitis específicas, tuberculosas, sífilíticas, actinomicóticas, la inflamatoria residual de un proceso agudo y el galactocèle. La mastitis crónica es todo eso y nada más.

En cambio, seguimos hoy oyendo hablar sin discernimiento de una mastitis crónica que no es tal: ese resabio de la vieja clasificación es lo que hace que se cataloguen como mastitis crónica a las mastopatías hormonales que es el gran fantasma que complica el problema del diagnóstico diferencial del cáncer de seno.

En cuanto a las enfermedades tumorales benignas del seno, con tantas y tantas clasificaciones, y sub clasificaciones, creo que debe simplificarse. Es a través del tiempo que uno se ha podido formar un concepto que tengo la pretensión de haberlo enseñado desde hace 30 años. En realidad la patología tumoral benigna del seno es una mezcla de procesos conjuntivos y epiteliales. Es un proceso de fibrosis y de adenosis del seno, que se mezclan en forma múltiple, y lo más caprichosamente posible; de ahí todas esas formas tumorales benignas dentro del gran capítulo de las fibro-adenosis del seno, sólidas o quísticas, con predominancia epitelial o, con predominancia conjuntiva en sus formas sólidas, sus formas quísticas. Así se configura toda la patología tumoral benigna del seno. Si nosotros pudiésemos uniformar para nuestro gobierno, para nuestro entendimiento, el lenguaje de la clínica y de la anatomía patológica, creo que sería un gran paso adelante en el sentido de la coordinación.

En cuanto a la cancerización y ya que no habla nadie, voy a decir mi opinión: el relator tiene ideas basadas en su larga y respetable experiencia. Yo también tengo una experiencia no despreciable y gran documentación y me he ocupado del seno con dedicación: pues bien: el relator afirma que la enfermedad de Reclus, o de Phocas, no degenera, y que él no ha visto tal evolución.

La fibro-adenosis quística del seno, lo mismo que el Phocas, que es una fibro-adenosis sólida del seno, son dos formas anatómicas de ese proceso elemental adeno-conjuntivo difuso bilateral. Por mi parte, puedo presentar varios casos de enfermedades de Reclus seguidas algunas más de veinte años que terminaron con la cancerización. Uno fué un proceso secretante acino-canicular, con una secreción lechosa espesa y densa, que yo contemplé muchos años y no quise operar porque tenía que hacer una mastectomía bilateral. Esa enferma después de veintitantos años entró en la menopausia e hizo un cáncer de seno voraz, terrible que no la pudimos salvar, pues llegó a nosotros cuando el cáncer estaba avanzado. Y tengo varios similares casos documentados. Por tal repito, no se puede sentar la premisa de que el Reclus no degenera.

Otra cosa que con el Prof. Del Campo hemos hablado a propósito de un caso que le mostré una vez: es una enferma que operé hace veintitantos años, mis ayudantes la conocen; era una joven de 22 años, con un fibro adenoma sólido del seno, solitario. Hice la extirpación del tumor con zona circundante como hago habitualmente y el histólogo profesor Domínguez, me afirma un epiteloma del seno, en la cáscara periadenomatosa. ¿Qué hacer con esa joven, de 22 años? Dudé si le hacía un Halstead o no le hacía; por último me resolví a tentar la suerte y a no hacerlo. Se hizo radioterapia, no pudiendo precisar si fué radioterapia o telecurieterapia. Tengo toda la observación detallada. Esa enferma la seguí todo el tiempo que media de entonces hasta ahora, mis ayudantes la conocen, y todos la han visto. Se casó, se embarazó, tuvo familia, lactó del seno sano y del otro no ha tenido absolutamente nada. Hace tres

años, veo otro caso similar en una muchacha joven, le saco un fibro adenoma y el histólogo me dice: Tiene un epiteliooma peri tumoral en la cáscara del tumor. Acordándome de aquel caso, me decidí a hacer radioterapia, a esa enferma que sigo continuamente y está bien. El Dr. Del Campo a quien yo le mostré esos dos casos me informó de que se ha descrito en la cáscara del fibro adenoma y en su superficie circundante, una reacción epitelioide que el histólogo afirma epitelima y sin embargo no evoluciona como un epitelicma real. Eso es de notable interés respecto a esa evolución de esos dos casos tratados en esas condiciones.

Afirmo que en Patología tumoral del seno tenemos que guardarnos muy bien de sentar premisas absolutas, y cada cáncer del seno, es un caso particular. Lo que es cierto para un cáncer de seno no es cierto para otros.

Nosotros nos manejamos con datos estadísticos, y en esos datos estadísticos hay casos de distinta calidad, de distinta malignidad, de distinta intensidad evolutiva agrupados en grupos groseros, de Nos. 1, 2, 3, 4, según las clasificaciones que se adopten pero que engloban cosas completamente diferentes. Nos manejamos con esos elementos, que son los que tenemos a nuestro alcance y a nuestra disposición, pero por desgracia falta aún mucho de precisión y de firmeza y nadie puede en el momento actual fundamentar un pronóstico categórico, ni por los números, ni por la clínica, ni por la anatomía patológica en el cancer del seno.

Yo opero el cáncer de seno y lo opero en forma amplísima, haciendo aponeurectomía total, y vaciamiento ganglionar y lo he hecho cada vez mejor y sin embargo termino de operar ese seno y me quedo con la terrible duda y sin poder formular un pronóstico, por más radioterapia post operatoria, por mejor que esté operado.

Seguiremos seguramente con esa incertidumbre por mucho tiempo, hasta que surja algo que nos dé un poco más de seguridad, que en verdad, hoy carecemos. Esta es la triste situación y mi estado de espíritu cuando tengo que tratar un cáncer de seno.

Podríamos hablar diez días de este serio asunto, pero no me creo autorizado a seguir; lo he hecho porque nadie habló y por eso hice uso de la palabra.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Caprio para cerrar la discusión.

Dr. CAPRIO. — Tengo que agradecer los aportes de los comunicantes, y debo decir dos cosas: los cirujanos estamos todos de acuerdo sobre lo que hay que hacer en materia de técnica y en materia de indicación operatoria, y estamos también de acuerdo todos, en cuanto a las apreciaciones de los tipos o grados del tumor para hacer esta indicación operatoria. En cambio veo que los cirujanos, en general, salvo las apreciaciones que acaba de hacer el señor Presidente, no son tan entusiastas, en cuanto se

refiere a roentgenterapia, es decir, confirma mi aseveración inicial en el relato, de que todavía no hay una orientación definitiva a este respecto. — A mi sólo me resta invitarlos, sugerirles que piensen bien, que pesen el pro y el contra, de lo que podríamos hablar mucho tiempo, y supongo que en las próximas reuniones de la Sociedad de Cirugía se puede plantear este tema, hacer ver sobre todo las objeciones que se pueden hacer especialmente respecto a la roentgenterapia pre-operatoria.

Yo que soy un cirujano que me formé al lado de un gran cirujano, hacia inicialmente nada más que cirugía, he virado completamente, y ahora soy partidario decidido de la radioentgenterapia pre operatoria en todos los casos, grado 2, desde luego que el grado 2 clínico, porque el grado 2 patológico no lo podemos definir hasta tener la pieza en la mano, y creo que se la única conducta lógica y donde se puede esperar el porvenir.

Las grandes operaciones ensanchadas, como dije anteriormente, no suponen naturalmente un mejor resultado, puesto que el cáncer ya sea su forma linfófila o su forma hemófila y mismo en cualquiera de las dos formas, por ahora se aceptan dos tipos de diseminación, es siempre rápidamente extensivo. —De manera que la cirugía por más amplia que sea, nunca podremos estar seguros de haber llegado justo hasta el límite máximo. —Espero que, por otra parte, quieran aceptar con benevolencia la proposición que les hago de hacer el colagojo de recubrimiento y verán ustedes, si se deciden a hacerlo que van a tener un resultado funcional muy bueno y esto es bastante para ofrecerle a estas pobres enfermas que ya tienen con su enfermedad un gran compromiso vital, de manera que si se les puede ahorrar secuelas, evidentemente les habremos hecho un gran bien, el cual ellas van a apreciar, porque cada enferma que se vea operada, termina por sentirse curada y si además de sentirse curada se siente cómoda, se va a sentir doblemente curada.

Sr. PRESIDENTE.— Sres. hay una proposición del Dr. Frangella. El Dr. Frangella propone que se organice una "Comisión para el estudio del cáncer del seno", constituida por anátomo-patólogos, por clínicos, por radioterapeutas y cuya organización se planearía de acuerdo con el proponente y con los distintos miembros de la comisión. Está en consideración.

Yo desearía oír opiniones respecto a esa proposición del Dr. Frangella que me parece interesante, y que podría comprender un círculo grande de personas. Dr. Frangella: se ha puesto a consideración de la Asamblea la proposición que acaba de hacer Ud. sobre la organización de una Comisión constituida por radiólogos, por cirujanos y anátomo-patólogos y fisioterapeutas en general, que coordine el estudio del cáncer para ponerse de acuerdo en una serie de problemas que atañen a la Patología, a la Clínica y a la Terapéutica. He puesto en consideración esa proposición.

Pido que la asamblea se pronuncie.

Dr. ETCHEGORRY.— ¿Quién designaría esa comisión?

Dr. FRANGELLA.— Yo propondría estimado doctor Etchegorry, que fuera la Sociedad de Cirugía.

Dr. ETCHEGORRY.— Me parece muy bien, pero como el presidente no lo ha dicho, era lo que yo quería saber.

Sr. PRESIDENTE.— Continúa el debate. Tiene la palabra el doctor Mernies.

Dr. MERNIES.— Bien, me ha parecido una idea que indudablemente va a aportar grandes beneficios para todos. El hecho de que la Sociedad de Cirugía fuera la encargada de nombrar esa Comisión, probablemente no llene todas las aspiraciones de la República, de tal manera que yo desearía que la Comisión que se ha de nombrar saliera de esta Asamblea. En segundo término, que esa Comisión se encargara de redactar una cartilla, con las directivas que se han de seguir antes de considerar el problema actual del neoplasma de seno, y que eso fuera distribuido en todos los centros donde se hace cirugía en el Uruguay. Y en tercer término que cada una de las instituciones que está encargada de hacer la Medicina preventiva comiencen por uno de los puntos que será radical de acuerdo con las estadísticas que se han presentado en esta reunión. Si es necesario el diagnóstico precoz, es necesario que se baga la Medicina Preventiva. En algunos centros del Interior, ya se está en condiciones de comenzar esa Medicina Preventiva para el neoplasma del seno; hay algunos centros que cuentan actualmente con el Servicio Cooperativo Interamericano, que tiene la misión específica de la Medicina Preventiva y creo que no será difícil organizarlo, de tal manera que las mujeres, así como van las señoras a hacer su examen maternal, a cuidar la salud del niño, que se cuida el estado de los senos, que se puede hacer sistemática y anualmente, llevando estadísticas con la correspondiente ficha, que controlaría Salud Pública.

Lo mismo respecto a las enfermas que vuelven a campaña después de haber sido operadas en los centros quirúrgicos montevideanos. (y pierden contacto con la clínica donde fueron intervenidas) que sean seguidas a través de esas organizaciones, de tal forma que nosotros podamos tener verdaderas estadísticas. Y en segundo término que todo ese material sea aprovechado enviándolo al anatómo-patólogo y por intermedio de los organismos encargados de llevar ese control, lo mismo que las enfermas que deben venir a un centro determinado a recibir los beneficios de la radiación. Eso es lo que yo propongo que se haga, con una directiva determinada, a fin de que se saque un provecho práctico de todo lo que se ha dicho aquí, que me parece va a ser de un extraordinario alcance. Por eso desearía que aquí se nombrara esa Comisión porque se encuentran reunidos sectores de los distintos puntos del País. En general el papel no traduce la trascendencia que tienen estos actos y la importancia que van

a tener en el futuro; por eso es necesario que cada uno de nosotros salga de aquí con el convencimiento que se ha llegado a conclusiones y se las ha llevado a la práctica y en esa forma va a ser más eficaz.

Dr. FRANGELLA. — Entiendo que la propuesta que hice en mi comunicación parece haber encontrado eco en el seno de la Asamblea. Ese tema ha sido ampliado por el Dr. Mernies, en lo que estoy completamente de acuerdo. Entiendo que siendo tan grave el problema del cáncer de la mama, que junto con el cáncer uterino forman el conjunto patológico oncológico peor para la salud de la mujer. Es necesario preocuparse especialmente de ese problema. El cáncer uterino tiene una organización oficial o semi oficial: la Liga contra el cáncer uterino.

Yo entiendo que saliente de la Sociedad de Cirugía, una organización, aunque no oficial, pero sí rigurosamente científica y de alzada, bajo la égida de esta Sociedad ilustre, naturalmente va a tener mucho más importancia y resultancias de los que corresponden a una institución semi oficial u oficial directamente.

Creo que la Comisión debe estar formada por clínicos avezados y cirujanos con orientación oncológica, y quiero puntualizar lo que hoy se entiende por concepto oncológico.

No es cuestión de ser un gran cirujano, un eminente cirujano en el sentido técnico de la palabra: debe tener el concepto que corresponde al conocimiento de la anatomía patológica dinámica, es decir a distintas variedades de tumoraciones que pueden responder a la acción de los agentes terapéuticos, primero quirúrgicos, segundo radiantes. La valoración de este agente con los otros agentes, que en determinado momento pueden pesar o pueden oponerse ya sucesivamente, porque sabemos por desgracia que el problema del cáncer no está resuelto por ningún agente, no es cuestión de aplicar el concepto que en nuestro ambiente existe bastante extendido que cáncer es igual a cirugía, que solamente en los casos en que ya está fuera del resorte quirúrgico, se hace radioterapia. Este es un concepto que estaría bien en 1910. En el año en que vivimos, ese concepto no debe perdurar. Es necesario por consiguiente seleccionar los casos, decir: cuál va a ser la posición del terapeuta. Si el problema fuera tan claro, no habría discusión y por eso es que yo quería la constitución de una Comisión donde diferentes especialistas planearan en mutuo acuerdo, para hacer:

1º) Una organización estadística en base a los sistemas mecánicos modernos que no son de principios perfectamente absolutos. 2º) la orientación terapéutica posible; y 3º) el control de los trabajos científicos por una sociedad versada, cuando ésta puede darle autoridad.

A esto se puede agregar: la proposición del Dr. Mernies que me parece muy interesante: el control de la propaganda, entre los médicos primero y el público en segundo término y no dejarlo en manos de instituciones privadas, de gente que muchas veces no tienen conocimientos

científicos profundos del problema porque eso no está en buenas manos y sería mejor que pasara bajo la égida de una sociedad científica tal como la Sociedad de Cirugía.

Sr. PRESIDENTE.—Creo que no correspondería improvisar para no malograr una idea tan interesante como la propuesta. Yo propondría que la Sociedad de Cirugía con la colaboración del Dr. Frangella que ha sido el promotor de este proyecto y conjuntamente con un delegado del Interior programara la organización. Yo creo que es una idea que no debe malograrse, de manera que yo pediría al proponente y lo mismo al Dr. Mernies que se diera un compás de espera hasta los primeros meses del año que viene, en que se abocaría al estudio de este proyecto.

Para estructurarla ahora sería rápida para tener los resultados. De manera que yo pediría que no se nombrara ahora la Comisión porque podría quedar al margen gente que podría ser muy útil.

Dr. RIOS.—La apremiada estructuración de la Comisión en el día de hoy podría malograr el fin de esta buena idea.

Sr. PRESIDENTE.—Yo desearía que la Asamblea se pronunciara si está de acuerdo con el temperamento de la mesa.

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—Que se ponga a votación el temperamento de la mesa.

Dr. RIOS.—Se podría concretar en una moción que podría ser en este sentido: La Asamblea resuelve 1º aprobar la proposición del Dr. Frangella de formar una Comisión de coordinación de la lucha contra el cáncer de seno. 2º: Se encomienda a la Sociedad de Cirugía integrada con el Dr. Frangella y el Dr. Mernies para que estructuren el proyecto.

Sr. PRESIDENTE.—Esta en consideración la moción del Dr. Ríos que contempla el espíritu expuesto. Se va a votar la 1ª parte, es decir, si se aprueba el proyecto del Dr. Frangella.

(Aprobado por unanimidad).

Dr. B. RIOS.—Antes de pasar a votar la 2ª parte yo deseo recordar que esta noticia de la formación de la comisión para que estudie y organice la lucha contra el cáncer mamario, ha surgido en este momento, y que convendría dar amplitud en la designación para todos los colegas que desearan integrarla, es decir no circunscribirla a los dos colegas que están presentes. Con la proposición del Dr. Mernies queda más contemplado el Interior que es tributario de los casos finales y tratamiento del cáncer mamario; podía estar además representado por colegas, del mismo sector del Interior. Si en este momento limitamos a un solo colega del Interior, el espíritu de la moción del Dr. Mernies no se encuentra totalmente contemplado. Podemos entonces encargar como Comisión Per-

manente, a la Sociedad de Cirugía del Uruguay para que trabaje en el asunto, pero que pase circulares, se comunique al resto de los médicos o cirujanos del Interior que tengan interés en participar a efectos de aunar opiniones para tratar el problema del cáncer mamario.

Sr. PRESIDENTE.— Estamos de acuerdo en hacer la cosa más amplia para no dejar fuera personas que quisieran intervenir.

El Secretario me sugiere que se concrete en la Asamblea General este asunto para poder pensar o sugerir nuevas ideas para llevar a buen éxito ese proyecto. Piensen que se tratará en la última sesión de este Congreso que se celebrará el sábado. Será considerada la moción propuesta por los Drs. Barsabás Ríos y Mernies y demás personas, si están de acuerdo, el sábado trataremos definitivamente este asunto.

(Se aprueba).