Año 1906 **N°. 1660**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO

DEL CANCER DEL SENO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS EDO

Ex-Practicante del Hospital San Roque 1903-04-05-06

BUENOS AIRES

IMP STORNI & CIA., PUEYRREDON 481

1906

TRATAMIENTO QUIRURGICO

DEL CANCER DEL SENO

Año 1906 N°. 1660

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO

DEL CANCER DEL SENO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS EDO

Ex-Practicante del Hospital San Roque 1903-04-05-06

BUENOS AIRES

IMP. STORNI & CIA., PUEYRREDON 461

1906

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Artículo 162 del Reglamento de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eliseo Cantón

VICE DECANO

Dr. D. José Penna

CONSEJEROS

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » Jaime R. Costa
» » Baldomero Sommer
» » José R. Semprun
» » Juan A. Boeri (supl.)

HONORARIOS

Dr. D. Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Juan R. Fernández

SECRETARIOS

Dr. D. Ricardo S. Gómez
» » Jonás Larguía

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. *Pedro Lacavera*
Física Médica	» *Jaime R, Costa*
Química Médica	» *Atanasio Quiroga*
Botánica Médica	» *Lucio Durañona*
Química aplicada á la Medicina	» *Pedro N. Arata*
Histologia teórico-práctica	» *Rodolfo de Gainza*
Anatomía Descriptiva	» *Vacante*
Anatomía Descriptiva	» *Juan D. Piñero*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Gregorio Araoz Alfaro*
Anatomía Topográfica	» *Juvencio Z. Arce*
Fisiología General y Humana	» *Horacio G. Piñero*
Anatomía Patológica	» *Telémaco Susini* (con licencia)
Bacteriología	» *Carlos Malbran*
Higiene Pública y Privada	» *Vacante*
Materia Médica y Terapéutica	» *Justiniano Ledesma*
Patología Externa	» *Obdulio Hernandez*
Medicina Operatoria	» *Adalberto Ramaugé* (con lic.)
Clínica Ginecológica	» *Enrique Bazterrica*
» Oto-rino-laringológica	» *Eduardo Obejero*
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Baldomero Sommer*
» Epidemiológica	» *José Penna*
» Quirúrgica	» *Pascual Palma*
» Neurológica	» *José M. Ramos Mejía*
» Médica.	» *Luis Güemes*
» Médica.	» *Francisco A. Sicardi*
» Oftalmológica	» *Pedro Lagleyze*
Patología Interna	» *Marcial V. Quiroga*
Medicina Legal.	» *Francisco de Vèyga*
Clínica Quirúrgica	» *Antonio C. Gandolfo* (con lic.)
» Médica.	» *Ignacio Allende*
» Obstétrica	» *Samuel Molina* (con licencia)
Toxicología Experimental	» *Juan B. Señorans*
Clínica Pediátrica	» *Vacante*
Patología General	» *Roberto Wernicke*
Clínica Médica.	» *Abel Ayerza*
» Génito-urinaria	» *Pedro Benedit*
» Psiquiátrica.	» *Domingo Cabred*
» Quirúrgica	» *Diógenes Decoud*
» Obstétrica	» *Elíseo Cantón*

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. *D. J. Greenway*
Física Médica	» *Juan José Galiano*
Química Médica	» *Vacante*
Botánica Médica	» *Vacante*
Química biológica	» *Vacante*
Histología teórico-práctica	» *Julio A. Fernandez*
Anatomía Descriptiva	» *Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Manuel A. Santas*
Anatomía Topográfica	» *Vacante*
Fisiología General y Humana	» *Mariano Alurralde*
Anatomía Patológica	» *José Badia (en ejercicio)*
Bacteriología	» *Juan Carlos Delfino*, *Leopoldo Uriarte*
Higiene Pública y Privada	» *Ricardo Schatz (en ejercicio)*
Materia Médica y Terapéutica	» *Angel M. Centeno*
Medicina Operatoria	» *Leandro Valle*
Clínica Ginecológica	» *Alfredo Lagarde*, *José F. Molinari*
» Oto-rino-laringológica	» *Wenceslao Tello*, *Eliseo V. Segura*
» Dermatológica y Sifilográfica	» *M. Aberastury*
Patología Externa	» *Carlos Robertson*
» Interna	» *Vacante*
Clínica Oftalmológica	» *Teófilo A. Moret*
» Epidemiológica	» *Vacante*
» Quirúrgica	» *Daniel J. Cranwell (en ejerc.)*, *Avelino Gutiérrez*, *Francisco Llobet*, *Marcelo Viñas*, *Marcelino Herrera Vegas*
» Neurológica	» *José A. Esteves*, *José R. Semprun*
Medicina Legal	» *Domingo S. Cavia*, *Pedro Barbieri*
Clínica Médica	» *Patricio Fleming*, *Ricardo Colón*, *Luis Agote*
Clínica Obstétrica	» *Fanor Velarde*, *Enrique A. Pardo*, *Enrique Zárate (en ejercicio)*, *Miguel Z. O'Farrell*, *Samuel Gache*
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» *Vacante*, *Antonio F. Piñero*
» Génito-urinaria	» *Bernardino Maraini*
» Psiquiátrica	» *Benjamín T. Solari*, *José T. Borda*
Patología General	» *Alois Bachmann*

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	*Dr. Angel Gallardo*
Botánica y mineralogía	» *Adolfo Mujica*
Química inorgánica aplicada	» *Miguel Puiggari*
Química orgánica aplicada	» *Francisco C. Barraza*
Farmacognòsia y posología razonada	» *Juan A. Boeri*
Física farmacéutica	» *Julio J. Gatti*
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» *Francisco P. Lavalle*
Técnica farmacéutica	» *J. Manuel Irizar*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» *Francisco P. Lavalle*
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» *Ricardo Schatz*

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Zoología gen., anatomía y fisiolog. comp.	*Vacante*
Botánica y mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognósia y posología razonada	*Sr. Juan A. Domínguez*
Física farmacéutica	*Vacante*
Química analít y Toxicol. (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determin. de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéutica	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	*Dr. Enrique A Pardo (en ejercicio)*

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	*Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	*Dr. León Pereyra*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal	» *Nicasio Etchepareborda*

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUST.
Anatomía, Fisiología, Patología	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR ALFREDO LAGARDE

Profesor Suplente de Clínica Ginecológica

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

INTRODUCCION

Al presentar á la consideración de la Facultad de Ciencias Médicas, este modesto trabajo, solo me guía, al par que cumplir con un artículo del reglamento para obtener el título de doctor en medicina, demostrar el resultado obtenido por los más modernos métodos operatorios, que se han puesto en práctica para obtener la curación del cancer del seno.

Si bien el pequeño número de nuestras observaciones, no sería suficiente para formar una opinión definitiva, nos ha servido en cambio, á la vez que para comprobar el buen resultado de la técnica de Halsted, Willy Meyer y Cestan, para obtener en casi un 50 por ciento de los casos tratados una sobrevida de dos años y más, sin que hasta la fecha hayan presentado el menor signo de recidiva local ó general.

Así veremos en la exposición que sigue, que á medida que los métodos operatorios han ido progresando, ha ido aumentando la extensión de la exeresis de los tejidos, hasta llegar á la época actual en que por pequeño que sea el tumor, debe sacarse todo lo po-

sible, es decir hacer una intervención adecuada á la naturaleza del mal, como dice Halsted, antes que reducirse con esperanzas vanas, á sacar solamente el tumor ò la glandula, con lo cual solo se obtendrá dar una ilusoria esperanza á las enfermas, victimas de tan extendido mal.

Sin embargo, como veremos en algunos casos, no siempre la operación dá el resultado apetecido, no por deficiencia de la misma, sinó por desidia de las enfermas, que ignorando la naturaleza del mal ó tal vez temerosas de someterse á una intervención, solo consultan el cirujano cuando su enfermedad ha hecho tales progresos, que la mano del médico no puede limitarla.

Por esto veremos que en cuatro de nuestras defunciones, una habia sido ya operada aunque incompletamente, otras dos se nos apersonaron confesando conocer hacía más de dos años su enfermedad, y la cuarta teniendo el mismo tiempo se hubiera talvez evitado su muerte si se hubiese procedido como recomienda Halsted en su segunda memoria, vaciando el hueco supra-clavicular.

Por esto no nos cansaremos de recomendar, que sea tan precoz como posible la intervención operatoria, no limitándose á hacer extirpaciones parciales, que solo sirven para engañar á la enferma y engañarse á sí mismo, sinó haciendo las ámplias exeresis modernas, que sin tener mayor peligro, tienen la enorme ventaja de poder esperar de ellas un resultado mucho más consolador.

Comenzaré mi trabajo por una breve reseña anatómica para comprender mejor los métodos operatorios en los cuales entraré de lleno en seguida para terminar exponiendo por medio de estadisticas los resultados á que han llegado cada uno de ellos.

Debo sin embargo antes dejar constancia de mi agradecimiento á los Drs. José Badía, J. L. Traversaro, Alberto Castaño y Bernardino Dasso, en cuyos servicios he tenido el honor de practicar durante mi estadía en el Hospital San Roque.

A los Drs. Ignacio J. Morello y Felipe Lucchinetti, jefes y amigos durante mi estadía en la sala XII del mismo hospital en la cual con su enseñanza y benevolencia, me han iniciado en mi pequeña práctica quirurgica, mi agradecimiento.

Al Dr. Alfredo Lagarde, el distinguido maestro y apreciable amigo, al cual á la par de su modestia y sábia enseñanza tanto debe mi preparaciòn, el homenaje de mi agradecimiento por haberme iniciado en la preparación de este trabajo y por apadrinarme en este acto.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN MAMARIA

Se designa bajo el nombre de región mamária, aquella ocupada por el mamelón en el hombre y por la mama en la mujer.

La región mamaria presenta en la mujer diferencias individuales de forma, volumen y consistencia.

Estas están sobre todo en relación con la edad y el estado fisiológico de la mujer.

Presenta de afuera á dentro las siguientes capas: piel, una capa grasosa sub-cutanea, la glándula mamaria, una capa grasosa sub-mamaria, una capa celulosa, la aponeurosis del gran pectoral, el gran pectoral, las costillas y los espacios intercostales.

No es estraño observar una íntima adherencia entre estos órganos, cuando se trata de un cáncer, llegando á invadir la pared costal.

La piel difiere según que se la examine en la periferia ó en el centro de la región. En la periferia, su espesor, consistencia, color y movilidad son las mismas que en las demás regiones; en el centro reviste un aspecto particular que recibe el nombre de aureola.

Esta es una especie de mancha redonda en medio de la cual se eleva el mamelón.

De color rosado en las mujeres que no han tenido hijos, es parda en las otras, marcándose más durante el embarazo.

La piel de la aureola encierra folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas que se hipertrofian durante la preñez y sobre todo al momento de la lactación.

Sappey ha descrito al nivel de la aureola un músculo compuesto de fibras lisas que él llama músculo sub-aureolar; destinado á favorecer la excreción de la leche y la erección del mamelón.

La capa celulo-adiposa subcutánea del torax, se desdobla al llegar á la circunferencia mamaria; una parte, la más espesa, pasa hacia adelante, la otra pasa hacia atrás de tal manera que la glándula, situada entre las dos capas ocupa una posicion análoga á la de las glándulas sudoriparas.

Envia en el interior de la glándula prolongamieutos entre cada lóbulo, pudiendo en algunos casos llegar á sustituirla por completo.

Abundante esta capa grasosa en los bordes, vá disminuyendo hasta desaparecer por completo al nivel de la aureola.

La glándula mamaria, es una glándula en racimo íntimamente ligada á las funciones generatrices. Aumenta en la época de la pubertad, adquiere su mayor volumen durante la gestación y el alactamiento, no funciona más que á esta época y se atrofía poco

á poco, de manera á ser reducida en la vejez á una especie de masa fibrosa.

Ocupa en general el espacio comprendido entre la 3ª y 7ª costilla.

Su consistencia firme, sin ser dura, no es igual en todas sus partes.

Está compuesta de un cierto número de lóbulos independíentes, en que los lobulillos llevan á un conducto galactóforo.

Estos conductos, en número de diez ó quince se dirigen todos hacia el mamelón, para después de dilatarse, abrirse en su vértice entre las palpilas y las glándulas sebáceas.

La capa celulo-grasosa submamaria separa á esta del músculo gran pectoral.

Muy abundante, se dirige hasta la clavícula, lo que le ha hecho dar por Giraldes el nombre de ligamento suspensor de la mama.

La pared toráxica está formada hacia adelante por el esternón, lateralmente por las costillas y hacia atrás por la columna vertebral.

Comprende entonces tres regiones: la región esternal, la región costal y la región mamaria.

La región esternal es formada por el esternón, las articulaciones condro-esternales y las partes blandas, compuestas de piel, tejido celular y una capa aponeurótica formada por el entrecruzamiento de las fibras de inserción de los músculos: gran pectoral, esterno cleido-mastoideo y gran recto del abdomen.

La región costal, constituída por doce costillas,

unidas por los mùsculos intercostales internos y externos entre los cuales están situados los vasos y nervios intercostales.

Está además recubierta por otros músculos que estudiaremos en la región sub-clavia, el hombro y el hueco de la axila.

REGIÓN SUB-CLAVIA

Debajo de la clavicula existe una depresión designada bajo el nombre de fosa sub-clavia.

Esta región encierra la arteria y vena axilares.

Después de levantada la piel, tejido celular y aponeurosis superficial se encuentra una primera capa muscular representada por el músculo gran pectoral, después una capa celulosa, en seguida una aponeurosis profunda, una segunda capa muscular constituida por el pequeño pectoral, el paquete vasculonervioso en una atmósfera célulo-grasosa que encierra gánglios linfaticos y en fin la pared costal.

Pasando por alto el gran pectoral que será descrito más adelante encontramos la verdadera región sub-clavicular, de forma triangular con el vertice dirigido hacia afuera respondiendo á la apófisis coracoídea recubierta por las fibras anteriores del deltoides; la base responde al primer espacio intercostal.

La clavicula y el músculo sub-clavio forman el borde superior y el pequeño pectoral el borde inferior.

El espacio de este triangulo es cubierto por una lámina fibrosa que parte de la aponeurosis de envoltura del músculo sub-clavio de la cual es continuación.

Muy sólida á este nivel, la aponeurosis clavi-pectoral se desdobla de manera á envolver el pequeño pectoral.

Ella es atravesada de adelante á atrás por la vena cefálica, que abandonando el intersticio del gran pectoral y del deltoides, se dirige hacia atrás y hacia adentro para arrojarse en la vena axilar.

Ramas de la arteria acromo-toráxica la atraviesan de atràs á adelante para llegar á los mùsculos.

Debajo de esta aponeurosis se encuentra el paquete vásculo-nervioso.

Se encuentran también en esta región numerosos ganglios linfáticos.

REGIÓN ESCAPULO HUMERAL

Los elementos que entran en la composición de esta regíón son: 1° la piel, 2° músculo deltoide, 3° tejido celular laxo, 4° tendones del biceps y coraco-braquial, 5° la cápsula articular, y 6° la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea.

El músculo deltoides envuelve en todas sus partes la articulación. Se inserta hacia arriba, al lábio inferior de la espina del homoplato, al borde externo del acromio y al tercio externo del borde anterior de la clavícula.

Hacia abajo se inserta por tres tendones á las dos ramas y al vértice de la V deltoidea.

Debajo de la capa celulosa sub-deltoidea se presentan, el tendon de la larga porciòn del biceps antes de su penetración en la gotera bicipital los tendones de la corta porción, del coraco-braquial y del pequeño pectoral, que se insertan en la apofisis coracoidea.

REGIÓN DEL HUECO DE LA AXILA

La axila es una cavidad situada entre el torax y la raiz del miembro superior, que se presenta bajo la forma de una pirámide cuadrangular.

Presenta entonces cuatro caras, una base y un vértice.

Las paredes son: anterior ó pectoral, interna ó toráxica, externa ó escapulo humeral, posterior ó escapular.

La base corresponde á la piel y el vértice á la apófisis coracoidea.

La pared anterior ó pectoral está constituida por la piel, tejido celular, aponeurosis superficial, músculo gran pectoral, una capa de tejido celular, una aponeurosis profunda en la cual está comprendido el pectoral menor, una segunda capa de tejido celular y los espacios intercostales.

Sobre el límite externo de la región existe entre el músculo deltoides y el gran pectoral un intersticio

célulo grasoso en el cual está situada la vena cefálica que no tarda en introducirse en el hueco subclavio.

Las aponeurosis son dos, una superficial y otra profunda.

La superficial pasa por delante del gran pectoral la profunda ha sido ya estudiada con el nombre de clavi-pectoral.

El músculo gran pectoral se inserta sobre el borde anterior de la clavícula, sobre la cara anterior del esternón, sobre los cartilagos de las cinco ó seis primeras costillas y sobre la aponeurosis del gran oblícuo formando una línea cóncava hacia afuera; todos estos haces se unen en un tendon que se inserta sobre el húmero en el lábio externo de la corredera bicipital.

El pectoral menor se inserta de una parte sobre la apófisis coracoidea y de la otra sobre la cara externa de las 3ª, 4° y 5ª costillas.

La pared interna ó toráxica de la axila, ligeramente convexa, recubierta solamente por el músculo gran serrato, es de una exploración muy fácil.

El gran serrato es un músculo que se inserta de una parte en toda la extensión del borde espinal del homoplato, y de otra á la cara externa de las ocho ó nueve primeras costillas.

La pared interna de la axila es recorrida de arriba á bajo por el nervio del gran serrato y por la arteria mamaria externa rama de la axilar.

Los gánglios linfaticos que ocupan la base de la

axila estàn situados sobre la pared interna y unidos al músculo gran serrato.

La pared externa ó escápulo humeral, la más estrecha de las cuatro, está formada por la articulación escápulo-humeral.

Se encuentra la corta porción del biceps, el coraco braquial y el tendón del sub-escapular.

Es contra ella que está aplicado el paquete vásculo-nervioso.

La pared posterior ó escapular está formada por la fosa sub-escapular, doblada del mùsculo del mismo nombre y su aponeurosis.

La base de la pirámide axilar presenta la forma de un cuadrilatero.

Circunscripta por los bordes inferiores de los músculos gran pectoral hacia adelante y gran dorsal hacia atrás, se continúa sin línea de demarcación hacia adentro con la pared toráxica y hacia afuera con la cara interna del brazo.

El vértice de la axila corresponde á la apofisis coracoidea, sitio por donde penetran en la axila los vasos y los nervios.

Estudiaremos ahora aqui las arterias, venas, linfáticos y nervios que tienen algo que ver con la región mamaria y que nos facilitarán el fácil conocimiento de los tiempos operatorios.

Arterias. Las destinadas á la mama provienen de tres troncos: de la mamaria interna, rama de la subclavia; de la mamaria externa y de las intercostales.

La mamaria interna es la principal.

Emite dos ó tres ramas, que despues de haber perforado los músculos intercostales y el gran pectoral, se dirigen hacia la parte supero-interna de la glándula y se ramifica sobre sus dos caras.

La mamaria externa ó toráxica inferior, rama de la axilar, abandona al lado externo de la glándula dos ó tres ramas, ordinariamente más pequeñas que las precedentes. A estas ramas se añaden á veces algunas ramusculas salidas de la toráxica superior rama de la acromio-toráxica.

Las intercostales dán á la mama un cierto número de ramas perforantes que la abordan por la cara posterior.

Todas estas ramas se ramifican y anastomosan en la capa celular envolviendo la glándula en una red llamada red peri-mamaria.

Venas. Las venas nacidas de la red capilar citada se dirigen hacia la cara anterior de la glándula, donde forman debajo de la piel una red á anchas mallas, muy visible durante la lactancía. Bajo la aureola, se disponen ordinariamente en una especie de círculo llamado círculo venoso de Haller.

La red sub-cutánea comunica hacia arriba con las venas del cuello, hacia abajo con las de la pared abdominal. Siguiendo el trayecto de las arterias, las unas se dirigen hacia afuera y van á la vena axilar, las otras dirigiéndose hacia abajo y adentro se dirigen á la mamaria interna.

Linfáticos. Se dividen en tres grupos: los linfá-

ticos cutáneos, los linfáticos glandulares y los linfáticos de los canales galactóforos.

Linfáticos cutáneos. Toman origen en la piel del mamelón y de la aureola, en cuyo dermis forman una red, más tupida cuando más se acerca al mamelón.

Los troncos que emanan se dirigen al tejido celular donde forman un segundo plexo, que recibe el nombre de plexo sub-areolar.

Linfáticos glandulares. Dos opiniones exísten respecto al origen de los linfáticos glandulares. Unos (Waldeyer, Kolessnikoff, Sergius) colocan el origen de los linfáticos en los espacios peri-acinosos al lado de los elementos secretores; los otros (Langhans Labbé y Coyne) dicen que los linfáticos no penetran en el lóbulo y por este hecho no tienen con los acini más que relaciones mediatas.

Las últimas investigaciones de Regaud confirman esta última manera de ver; el sistema de los linfáticos glandulares es extra lobular.

Estos linfáticos siguen el trayecto de los canales excretores y dirigiéndose hacia la areola se arrojan en la red sub-areolar.

Linfáticos de los galactóforos. Son vasos voluminosos, que caminan de atras á adelante, paralelos á los canales galactóforos y se arrojan también en la red sub areolar.

Se unen los unos á los otros, comunican en su origen con los linfáticos glandulares poniendo de este modo en comunicación todo el sistema linfático.

Modo de terminación de los linfáticos. La red subareolar sirve de punto de reunión de los linfáticos mamarios, sean cutáneos, glandulares ó satélites de los canales galactóforos. A su vez dá nacimiento á dos troncos, algunas veces tres y aún cuatro, que se dirigen hacia afuera del lado de la axila.

Estos troncos llegan al borde inferior del gran pectoral, lo contornean de delante atras, entran en el hueco axilar y se terminan en un grupo de ganglios, que se encuentran sobre la pared toráxica en la parte inferior del ángulo formado por el encuentro de los músculos pectoral y gran serrato.

Además de los troncos linfáticos citados hay otros, cuyo origen no está aún bien determinado, pero que parece ser la parte interna de la glándula, que se dirigen hacia adentro hacia la extremidad interna de los espacios intercostales, atraviesan estos espacios, penetran en el torax y se arrojan en los gánglios mamarios internos

Nervios. Los nervios de la mama aparte de los filetes simpáticos que vienen con las arterias, provienen de tres orígenes: 1° del 2°, 3° 4°, 5° y 6° intercostales; 2° de la rama supra clavicular del plexo cervical; 3° de las ramas toráxicas del plexo braquial.

Estos nervios se terminan 1° en la piel (nervios sensitivos); 2° en las fibras musculares de la areola y del mamelón (nervios motores); 3° sobre los vasos (nervios vaso-motores); 4° sobre los elementos propios de la glándula mamaria (nervios secretores).

ESTUDIO CLINICO

El cancer del seno tiene multiples localizaciones en la glándula, los músculos pectoraies, los ganglios linfáticos, la grasa y la piel.

Por lo tanto una operación, para ser radical deberá ser como dice Moore (adecuada al mal) es decir que debe comprender todo el territorio invadido.

Este territorio como vemos por su estudio anatómico consta de varias partes las cuales iremos estudiando sucesivamente.

La glándula—En cualquier parte de la glándula que el tumor se situe, no está lo suficientemente limitado para poder hacer su extirpación completa,

Los estudios microscópicos de Waldeyer en 1872 muestran, que pedazos de glandula aparentemente sanos, presentaban ya proliferaciones epiteliales, que darian más tarde origen á nuevos tumores.

Ademas Heidenhain, en examenes histológicos de partes sanas de glandulas que no presentaban más que un pequeño nódulo, no ha encontrado más que raramente, partes en que no hubiese ya proliferaciones epiteliales.

De ésto se deduce que por pequeño que sea el tumor que se presente, es necesario extirpar siempre la glandula entera.

Pero, tropezamos con la primera dificultad, que es, delimitar bien la glándula de modo que no queden ni los más minimos restos adheridos.

El cuerpo mamario presenta prolongamientos y surcos que le dan un aspecto irregular. Entre éstos hay uno que es constante y es el lobulo axilar descrito por Kirmisón; se dirige hacia afuera, á lo largo del borde inferior del gran pectoral y va algunas veces hasta quedar en contacto con los ganglios axilares.

Los otros no tienen nada de fijo y pueden dirigirse en todas direcciones, eso sin contar los ló bulos erráticos anormales, lo que como se vé dificulta enormemente la extracción absolutamente total.

Los músculos—La cara posterior de la mama está en relación con el gran pectoral.

Heidenhain en una importante memoria sobre las causas de las recidivas locales del cáncer después de amputación del seno, ha mostrado que ellas residian en la invasión frecuente del mùsculo por el neoplasma.

Esta invasión puede hacerse de dos maneras, ó por contiguidad ó por medio de los linfaticos que atraviesan el músculo.

Una vez que los elementos cancerosos, se han injertado sobre el tejido muscular, se propaga en seguida á todo el mùsculo.

Una enferma del profesor Helferich habia sido operada con extirpación de la capa superficial solamente del gran pectoral,

Dos años y tres meses después, dice Joerss, ella se presentaba al cirujano con una recidia del tamaño de una nuez en el gran pectoral. A pesar de la pequeñez y el aspecto sano de las fibras musculares vecinas, se extirpa la parte esternal del gran pectoral, encontrandose entonces en su cara posterior otros tres tumores del tamaño de una nuez que no habrian sido vistos sinó se hubiera sacado el músculo.

Rotter examinando las piezas extraidas encuentra en un tercio de los casos, nucleos metastáticos al nivel de los pequeños ganglios que se encuentran bajo los músculos.

La piel—Es rapidamente invadida.

Según Chavannaz, la piel que al septimo ú octavo mes es todavia respetada, al catorceavo mes es generalmente alterada, adherente ó ulcerada.

Además la irrigación linfática es tan rica, que amenudo en los canceres del seno, está la piel invadida antes que se note infarto ganglionar.

Es necesario entonces, según Forgue y Reclús, hacer grandes sacrificios cutaneos, y sacar todo lo que no se pligue libremente.

El tejido celulo grasoso es otra de las partes precozmente atacado debido al considerable número de prolongamientos que la glandula lleva á su interior.

Esta grasa puede infectarse además por el considerable número de linfaticos que contiene en su interior.

Es necesario entonces sacar lo más posible, llegando según Halsted, á ver los bulbos pilosos en la piel de la axila, cuando se lleva la disección de los colgajos cutáneos.

El sistema linfático, es rapidamente atacado pues enseguida se percibe el infarto ganglionar. Como lo ha demostrado Kirmisón, es al grupo superficial anterior de los ganglios de la axila que se dirigen los linfáticos del seno.

La masa principal de éstos ganglios está situada bajo el borde inferior del gran pectoral. Debajo y bastante lejos de este grupo se encuentra constantemente uno o dos pequeños ganglios aislados, perdidos por asi decir en el tejido de la glandula mamaria.

Según Monod y Jayle, en su obra «El cancer del seno», la totalidad de los ganglios axilares se toma al cabo de un tiempo bastante corto, encontrandose asi formado un nuevo tumor, que engloba el paquete vásculo nervioso.

A su vez los ganglios supra claviculares y carotideos se ven atacados á un grado más avanzado de la lesión, y finalmente puede generalizarse al mismo tiempo que á las visceras, á los demás ganglios de la economia.

Los ganglios retromamarios no parecen jamás infartados, bien que ellos reciben linfáticos de la mama, según Huschke, Hyrte, Arnold, Tripier, Rieffel y Poirier.

Los ganglios supra claviculares son según Halsted, frecuentemente invadidos, haciendose la infecciôn por continuidad con los gauglios sub claviculares.

La explicaciòn reside en la posibilidad de una vía linfática que vá directamente á los gauglios supraclaviculares.

Es por esto que los métodos operatorios modernos persiguen la neoplasia en el hueco supra clavicular, extirpando los ganglios.

Algunos autores, describen con Barety, como prolongamiento intratoraxico de los linfáticos supraclaviculares, los ganglios mediastinales anteriores.

Según Poirier y Cuneo, ésto no es exacto, pues los ganglios mediastinales siguen una dirección ascendente hacia la confluencia de la jugular interna y de la subclavia, mientras que las cadenas cervicales descienden hacia dicho sitio.

Como el cancer se propaga por los canales linfáticos, los ganglios, según la memoria presentada al primer congreso Médico,Latino- Americano por el Dr. Diogenes Decoud, le oponen una primera barrera y se contaminan á su vez.

De ahi naciò la idea operatoria de extirpar el sitio de la lesión y los ganglios infartados, pero muchas veces, la intervención era esteril, debido á que quedaban entre el tumor y los ganglios, los canales linfaticos, frecuentemente contaminados.

De ésta manera, si se pretende la eficacia de la intervención, se impone la supresión completa del territorio linfatico.

Escrito lo que antecede, veamos que intervenciones se le han opuesto á la invasion del cancer, desde el principio del tratamiento, hasta nuestros dias.

ANTIGUOS METODOS OPERATORIOS

Comienzan nuestros datos en 1643, en que en una carta escrita á un amigo por Hildanus, sobre la excisión de los tumores de la axila y la ablación del seno, dice que la indicación dominante debe ser la movilidad del tumor, como condición favorable á una ablaciòn radical. La operación no tendria buen resultado si una parte del tumor, por pequeña que fuese quedase en la herida.

Para ésta extirpación se servìa de un cuchillo especial á lámina convexa, tomando el seno en una especie de forceps.

En 1706, Conrado Sprengell dá más detalles sobre el manual operatorio.

La enferma sentada en frente del cirujano, con los brazos unidos al cuerpo, pasa una ligadura de seda, en la base del seno, al ras de las costillas, y entonces á la ayuda de un cuchillo curvo, se levanta todo lo que hay sobre la ligadura.

Si una vez hecho ésto, se notan núcleos en la herida, se cauterizan con termocauterio,

Es éste el primer intento de operación ìncompleta.

En 1740 Samuel Scharp, aconseja, si el tumor es pequeño, hacer una incisión, y si es grueso trazar un ovalo en la piel, de sitio y extensión proporcionados y separar bien atentamente el tumor del musculo pectoral.

«Cuando hay ganglios en la axila, dice, la operación no sirve de nada si no se les saca.»

Este fué el priimer intento de vaciamiento de la axila.

En 1745 Heister pasaba por transfición dos agujas montadas por la base del seno y el tumor así levantado era cortado por su base.

En fin Hunter prescribe tender bien la piel para cortarla más facilmente haciendo si el tumor es pequeño una incisión longitudinal y disecándolo; si el tumor es voluminoso hace una incisión semicircular superior y diseca de arriba hacia abajo la masa del tumor.

Vienen después los metodos de Boyer cuya tecnica varia, según que el cancer sea adherente á los órganos vecinos, ulcerado ó nó, debiendo el cuchillo sacar el tumor sea conservando los tegumentos que lo recubren, ó sacandolos con él.

En el primer caso hacía una extirpación, en el segundo una amputación.

La extirpación la practicaba de la siguiente manera: sienta á la enferma en una silla poco elevada; un ayudante colocado detrás de la enferma mantiene inmovil el pecho, al mismo tiempo que baja y fija el brazo correspondiente al lado enfermo, mientras que otro ayudante mantiene el otro brazo.

Los instrumentos necesarios son: un bisturí, una pinza de disección y una doble eriña.

Hace una incisión longitudinal, respetando el mamelón, pero si parece insuficiente se practican dos en forma de T ó en cruz.

Diseca los labios de la herida, aisla de todas partes el tumor, lo toma con la mano izquierda y á medida que lo va levantando, lo va cortando de los tejidos subyacentes.

Si al examinar después la herida, nota partes duras las saca, hace las ligaduras necesarias y pone una curación.

La amputación, no la hace sinó en los casos en que la extirpación es impracticable.

Hace dos incisiones formando elipse siguiendo el mayor diametro del tumor.

Empieza siempre la disección por el colgajo inferior para no ser entorpecido por la sangre del superior.

Una vez disecados ambos colgajos es necesario seccionar los lazos que retienen la mama á las partes subyacentes.

Cuando ha sido sacado, se extirpan todas las partes induradas.

Viene aqui un progreso mayor que en los otros metodos pues á continuación dice: «no se debe temer de quitar una porción del músculo pectoral y aún legrar las costillas si los huesos son atacados por el tumor canceroso, pues tiene menos inconvenientes el quitar algunas partes sanas, que dejar la menor parte atacada por el cancer; y en la duda si está ó no está atacada es preferible sacarla.»

En los casos en que hay ganglios en la axila, si están cerca del tumor, prolonga la incisión para sacarlos, pero si por el contrario están lejos los saca haciendo una incisión especial.

Los inconvenientes de esto los veremos al estudiar los métodos modernos.

Más adelante Velpeau recomienda también la necesidad de extirpar todo y dice: «no se debe jamás olvidar, que es necesario siempre sacar con el tumor un cierto espesor de partes sanas, y para esto no se debe contentar con lo que está visiblemente alterado; es necesario, que separado del cuerpo, el tumor quede envuelto de partes no cancerosas si se quiere tener alguna esperanza de suceso.»

Si la enfermedad lo exije, no se detiene ante la necesidad de extirpar todo el gran pectoral.

A menudo, la operación no terminaba aquí pues tenia que sacar los ganglios axilares. Para esto prolongaba la incisión siguiendo el borde inferior del pectoral.

Si el espesor que los separaba del tumor era grande hacía incisiones nuevas, aislaba los ganglios, los enganchaba y los arrancaba tirando hacia afuera porque, decia él, que es mejor arrancar que cortar.

En los casos en que por su profundidad temia lastimar los vasos, los ligaba y extraia todo el paquete junto con los ganglios.

Verneuil procedía de la siguiente manera: 1er. tiempo: doble incisión curva limitando toda la región mamaria.

2º. tiempo—Disección del tumor y de la mama hecha con todo cuidado tratando de sacar todos los prolongamientos.

Se levantará enseguida en la mayoría de los casos, la totalidad de la aponeurosis del gran pectoral por una disección hecha á grandes golpes de bisturí para no lastimar al musculo. Esto no será extirpado, todo ó en parte, salvo el caso en que esté invadido por el neoplasma.

3er. tiempo—Ablación de los ganglios axilares.

No practica jamás incisiones particulares para extraerlos, porque quedan en el puente de piel entre el tumor y la axila, linfáticos, que se vuelven el punto de partida de una recidiva cierta y pronta.

La tecnica fué descrita casi al mismo tiempo por Kirmison y Verneuil.

Una vez liberada la masa del tumor, se la deja colgada del tejido celulo-grasoso que se extiende hacia afuera á lo largo del borde inferior del gran pectoral.

Este tejido celulo- grasoso, asi disecado es seguido hacia al hueco axilar donde es poco adherente á las partes vecinas, dejandose desprender facilmente con los dedos.

Los ganglios no serán jamás enucleados sinó disecados con la atmósfera celulosa que los envuelve de manera á no dejar escapar ni un ganglio, ni un linfático aferente.

Los vasos tanto arteriales como venosos serán ligados y cortados,

Se extraerán facilmente los dos grupos de ganglios superficiales, pasando detras de ellos á la ayuda de una aguja de Deschamps, hilos de ligadura destinados á apretar las ramificaciones vasculares de los vasos mamarios externos.

Cuando se trate de extirpar ganglios profundos, alojados en cadena al rededor de los vasos, se deberá reconocer la vena axilar y comportarse de diferente manera segùn los casos.

1°. Si la vena es aislable se destacará la masa ganglionar, ligando al pasar las ramitas venosas que se encuentran.

2°. Si el aislamiento es imposible, se sacrificará el segmento venoso.

3°.Por ùltimo si la parte profunda de la axila es dificil de explorar ,no se dudará en seccionar transversalmente en parte ó en totalidad el gran pectoral, sacrificio necesario en el cual Verneuil no ha observado las perturbaciones funcionales que se podian temer.

4°. tiempo—Verneuil era un partidario convencido de la curación antiseptica abierta, es decir que no reunía los labios de la herida.

Además en la eventualidad de una recidiva, podia descubrir á tiempo un brote pálido, fungoso, que era facil levantar inmediatamente.

Las trataba por causticos ó el termo cauterio habiendo obtenido algunos buenos resultados durables.

Tal era la tecnica de Verneuil seguida aún hoy dia por algunos cirujanos.

LOS MÉTODOS MODERNOS

En 1867, Ch. Moore, presenta su método adecuado á la extensión de la enfermedad, empezando por una ancha exceresis cutánea.

« Los antiguos, dice, atravesaban por transfición la base del seno con ligaduras y sacaban en block toda la mama con toda la piel, haciendo así la extirpación completa del mal.

Debido á criticas que se le hicieron por la extensión de la operación, se hicieron incisiones más económicas, levantando colgajos. Pero lo que se ganò en estética se perdió en vidas, pues con los colgajos se dejaban gérmenes de recidiva. »

Recomendaba sacar la glándula toda entera porque la recidiva podía producirse en una parte de la glándula en la cual no se hubiera podido decir si era cancerosa en el momento de la operación.

Por poco que el músculo estuviera invadido por el mal, ó que sólo estuviera muy vecino, Moore aconseja extirparlo.

Se presenta también intransigente para los ganglios, de los cuales reclama la ablación en todos los casos en que se pueda dudar de su integridad.

« Los ganglios axilares enfermos, dice, deben ser quitados en la misma disección, sin dividir los linfáticos intermedios, y es necesario, absolutamente, abandonar la práctica de levantar primero la masa central y después las partes accesorias que parezcan dudosas. »

Se debía, entonces, tratar de extirpar todos los tejidos que rodean al tumor, porque se debe evitar de cortar el tumor, porque podría dejar elementos microscópicos en la herida.

El año 1894 marca una faz nueva en la cirugía del cancer del seno, dice Meriel, pues en esta fecha aparecen simultáneamente los trabajos de Meyer y Halsted, nombres ambos con los cuales se distingue el método en su principio.

Sin embargo, ambos, aunque llevan al mismo resultado, difieren algo en sus tiempos operatorios.

Método de Halsted

En Noviembre de 1894, dá Halsted á luz su primer trabajo sobre las nuevas tentativas operatorias para curar el cancer del pecho.

En 1895, aparece en « The Johns Hopkins Hospital Reports », de Baltimore, un artículo de Halsted titulado: « Resultado de las operaciones practicadas para la cura del cancer de la mama en el Johns Hopkins Hospital, por W. S. Halsted, desde Junio de 1889 hasta Enero de 1894. »

Es un trabajo notable, del cual vamos á extractar los principales datos.

Comienza diciendo, que de 50 enfermas operadas, ha tenido solamente 3 recidivas locales.

Este hecho demuestra, con el examen de las estadísticas correspondientes á los métodos anteriores, que cuánto más extensiva es la operación, menores son las probabilidades de recidiva.

Hasta la época en que se comenzó á practicar el vaciamiento de la axila, se creía que la recidiva local era la repetición del tumor en la cicatriz aparente, considerándose las demás como producciones de una enfermedad diatésica.

En la actualidad, que se efectúa sistemáticamente el vaciamiento de la axila, del hueco infra-clavicular, gran parte del pectoral y casi siempre el vaciamiento del hueco supraclavicular, toda reaparición del tumor debe ser considerada como recidiva local.

Billroth llama recidiva regional, la vuelta del cancer, en ó alrededor de la cicatriz.

Halsted llama recidiva regional, la vuelta del cancer, en la piel, más ó menos cerca de la cicatriz.

De las recidivas que se producen en la axila, en el hueco supra é infra-clavicular y en el pectoral mayor, él se considera como responsable del mal éxito.

Estas recidivas regionales, se distinguen de las locales, en que no tienen conexión con el tumor, sino que se forman por propagación por medio de la red linfática.

De las tres recidivas locales que ha tenido en sus 50 casos, ó sea el 6 %, sólo una era inoperable.

En la segunda hubo al cabo de un mes de la operación, granulaciones, que el examen microscópico demostró ser cancerosas. Se opera por segunda vez, y en el momento de aparecer la memoria ó sea dos años después de la operación, la enferma está en perfecto estado.

El tercer caso se presentó con metástasis interna, anterior de dos años á la recidiva local.

En ocho de los 50 casos ha tenido recidiva regional. Cuatro viven al momento de la publicación y los otros cuatro murieron.

De estos cuatro muertos, uno presentó una recidiva inoperable de las dos mamas, dos se operaron con suceso de su recidiva regional, en el cuarto, se desarrolló un cancer de la pleura, dos años y cuatro meses, antes de que apareciera la recidiva regional en el cuello, cuyos ganglios no se exploraron al hacer la operación.

De los cuatro sobrevivientes, tres se operaron de su recidiva regional y al momento de la publicación viven llevando 1 año y 3 meses, 11 meses, y 3 meses respectivamente, de su segunda operación.

El cuarto caso, que tenía una metástasis operable de la piel del seno, tiene al mismo tiempo un carcinoma del femur.

En 34 de los casos, nunca hubo recidiva local ni regional. De éstos, 24 viven y 10 han muerto de causas diversas.

En 43 de los 46 casos, no hubo verdadera recidiva local.

Estas estadísticas, dice, son muy buenas, y nos darán aun mucho mejores resultados á medida que se vaya perfeccionando su técnica.

El pronóstico operatorio en el momento de la intervención, era juzgado sin esperanza en 27 de los 50 casos.

En casi todos, los ganglios axilares eran cancerosos.

En 17 casos, los ganglios supra-claviculares eran afectados. En solo 7 casos no eran afectados.

En algunos casos, el músculo pectoral puede estar tomado sin que por este hecho se empeore el pronóstico.

Antes no se extirpaba el músculo aparentemente sano, pues Volkmann creía que los linfáticos estaban situados sólo en la facia muscular, estando el músculo completamente libre de linfáticos, por lo que sacaba el músculo sólo en el caso de estar tomado.

En « Beiträge zur Chirurgie » Volkmann escribía, « hago regla de nunca hacer amputación parcial para cancer del pecho, sino que saco el pecho entero aún para los cánceres más chicos y aún una parte de la piel. »

Sacaba también aun, la parte superficial del músculo gran pectoral, llevando toda la facia, (pues vió que ésta era cancerosa) aun cuando el músculo era sano en los casos en que había una capa grasosa entre la facia y el músculo.

Cree que la facia actúa como barrera, deteniendo la progresión durante un tiempo.

En cuanto á la grasa que separa el seno del pectoral, Heindenhain dice que ha visto carcinomas extenderse por los canalículos linfáticos hasta el músculo, cualquiera que sea el espesor de la capa grasosa, de modo que aún en el caso de que la glándula sea movible sobre el plano profundo, puede el músculo estar tomado.

Sin embargo las estadísticas de Bergmann 1882-87, de Billroth 1867-76, de Czerny 1877-86, de Fischer 1871-78, de Gussembauer 1878-86, de Konig 1875-85, de Küster 1871-85, de Lücke 1881-90, de Volkmann 1874-78, apesar de marcar un progreso sobre los métodos anteriores, son todavía muy imperfectas pues todas presentan más del 50 % de recidivas locales.

Küster fué el primero que en sus operaciones, practicó siempre el vaciamiento de la axila.

En cuanto á las curas permanentes, efectuadas por la operación, cuando ha pasado un año, y el examen más minucioso no demuestra ni recidiva local, ni glandular, ni en los órganos internos se puede esperar que la cura permanente se habrá efectuado.

Después de tres años, se puede estar seguro del resultado.

Volkmann pensaba que si al año no había recidiva podían considerarse curados.

Por lo que antecede, vemos que debe hacerse siempre la sistemática y completa operación para obtener buen resultado, y hoy día, los que mejoran sus procedimientos son los que obtienen los mejores resultados.

Por eso hoy, la operación de Volkmann es insuficiente, pues por no considerarle á la enfermedad un nacimiento tan amplio, se reducía á extirpar todo, cuando lo notaba enfermo.

Aunque es fácil disecar la facia, es peligroso hacerlo porque siempre es incompleta, sobre todo si está infiltrada y además, la manipulación puede sacar nodulos de los alveolos y vasos linfáticos contaminando así la herida.

¿Por qué debemos reducirnos á sacar tan superficialmente el cancer si una parte y aun todo el pectoral puede ser sacado sin peligro y aun sin perturbaciones funcionales para el porvenir?

Concluye Halsted diciendo: « El músculo pectoral mayor, en toda su extensión, menos la porción clavicular debe ser incindido en todo caso de cancer del pecho, porque el operador puede en este caso remover en un solo pedazo todos los tejidos sospechosos.

Los tejidos sospechosos deberían ser removidos en un solo pedazo, porque sinó, la herida podría infectarse por la división de los tejidos invadidos por la enfermedad, ó los linfáticos conteniendo partículas de cancer, y segundo, porque escamas ó pedazos de tejido canceroso podrían fácilmente ser diseminados en una extirpación en pedazos. »

Veamos ahora cuál es la técnica que sigue Halsted en su operación.

1° La incisión cutánea debe tener la forma de una raqueta en que la cola, cóncava hacia abajo y hacia

afuera, parte de la cara antero superior del brazo, al nivel de las inserciones humerales del gran pectoral, pasa curvilínea bajo la clavícula y se continúa por una amplia curva que envuelve la mama á buena distancia del neoplasma.

2º El colgajo triangular así determinado es disecado de arriba á abajo é invertida hacia abajo y hacia afuera.

Este colgajo que recubre la axila debe ser destacado no tomando más que la piel y dejando la grasa adherente á las capas profundas.

3º Las inserciones costales del músculo gran pectoral son destacadas, y la separación del músculo en sus partes claviculares y costales es comenzada y continuada hasta un punto de la clavícula situado al nivel del tubérculo del escaleno.

4º En este punto, la parte clavicular del gran pectoral y la piel que la recubre son seccionadas cerca de la clavícula. Esta sección pone en descubierto el vértice de la axila.

5º El tejido laxo situado bajo la parte clavicular del gran pectoral que es ordinariamente conservada, es cuidadosamente separado de este músculo por disección, mientras que este último es tirado hacia arriba por un ancho separador.

Este tejido es rico en linfáticos y es á veces infiltrado por el cancer,

6º Se prolonga hasta el húmero el intersticio muscular, después la parte del músculo á levantar es seccionada cerca de su inserción humeral.

7º La masa entera (piel. glándula, tejido celular) circunscripta por la primera incisión cutánea, es levantada con cierto vigor para tender la facia submuscular, y separar el todo primero del tórax al ras de las costillas, después del pequeño pectoral, elevando la aponeurosis que recubre á este músculo.

8º Una vez pasado y puesto al descubierto el borde externo é inferior del pequeño pectoral, se secciona este mùsculo paralelamente á sus fibras, un poco debajo de su medio.

9º Se divide igualmente, tan lejos hacia fuera como sea posible, el tejido más ó menos rico en linfáticos y á menudo canceroso, que recubre el pequeño pectoral cerca de su inserción coracoidea; se la reclina en seguida hacia adentro para facilitar y preparar la reclinaciòn hacia arriba, de esta mitad del pequeño pectoral.

10. Se reclina hacia arriba la porción externa y superior del pequeño pectoral.

11. Los pequeños vasos situados bajo el pequeño pectoral, cerca de su inserción, deben ser aislados de este músculo con el mayor cuidado. Ellos son enterrados en un tejido conectivo laxo que parece ser rico en linfáticos, y contener más ó menos grasa.

Esta grasa es á menudo infiltrada de cancer.

Estos vasos deben ser disecados lo mejor posible y ligados en seguida cerca de la vena axilar.

12. Cuando se ha expuesto la vena subclavia lo más alto que sea posible debajo de la clavícula, se

diseca el contenido de la axila con un cuidado escrupuloso y con un bisturí tan puntiagudo como sea posible.

«Los ganglios y la grasa, dice, no deben ser arrancados con los dedos como se lo aconseja en los libros modernos y como lo hacen algunos operadores.»

La vena axilar debe ser despejada completamente; ninguna parte de tejido neoformado debe quedar en las ligaduras que se ponen en los pequeños vasos.

13. Cuando se han desnudado así los vasos, se puede proceder más rápidamente á destacar el contenido de la axila, de su pared interna.

Con la mano izquierda, se toma sólidamente la masa que debe ser levantada, se la tira hacia afuera y hacia arriba con bastante fuerza para tender la facia delicada que la une al cuerpo.

Esta facia debe ser levantada cerca de las costillas y del músculo gran serrato.

14. Cuando se ha llegado á la unión de las paredes posterior y lateral de la axila ó aun un poco antes, un ayudante toma el colgajo triangular de piel, y lo tira hacia afuera, para ayudar á quitar los tejidos situados sobre los músculos, sub-escapular, gran redondo y gran dorsal.

El operador toma el tumor del otro lado y limpia de adentro hacia afuera la pared posterior de la axila.

Los nervios sub-escapulares pueden ser sacados ó nó á elección del operador.

15. Después de haber pasado estos nervios, no hay más que llevar la masa hacia atrás, en su posición natural, y cortar sus últimas inserciones con el cuerpo de la enferma por un golpe de bisturí, siguiendo el trayecto de la incision cutánea.

Se acercan los labios de la herida con una fuerte seda.

El colgajo triangular sirve para tapizar la axila sitio que no es jamás drenado y debe cerrar por primera intención.

Esta es la primera indicación que hizo Halsted en 1894.

Como tuviera algunos resultados mediocres, modificó algo su método, presentando su segunda memoria en 1898.

En ésta se muestra más radical que en la primera.

La incisión no la modifica, si no es para agregarle una, que le dá acceso al hueco supra-clavicular.

Estirpa los dos pectorales de una manera completa. Para esto divide primero las inserciones costo-esterno-claviculares del gran pectoral, después sus inserciones humerales así como las del pequeño.

La región supra-clavicular es casi invariablemente vaciada. Para hacer esto no divide ya la clavícula como hizo anteriormente porque esto no le facilita la disección.

En el cuello, la ablación de la grasa y de los gánglios linfáticos, la hace mejor de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro.

Para esto hace una incisión paralela al borde posterior del esterno-cleido-mastoídeo, interesando algunas de sus fibras posteriores.

El músculo homo-hioideo, lo divide en su parte tendinosa y la disección del tejido celular la comienza al nivel de la anastomosis de la jugular interna y de la sub-clavia.

Puesta al descubierto la vena sub-clavia, se eleva fuertemente el hombro para alejar la clavícula de la primera costilla.

Esto determina un espacio suficiente para pasar los dedos bajo la clavícula, del cuello hacia la axila y levantar así por el cuello la grasa situada entre el homóplato y el gran serrato.

El punto importante de esta modificación á la tecnica primitiva es la sistematisación del vaciamiento supra-clavicular.

El inconveniente de esto es que exige mucho tiempo, llegando á durar hasta cuatro horas, aún con ayudantes muy experimentados.

Así para evitar el choc operatorio, es necesario evitar todo enfriamiento y toda hemorragia seria.

De este modo Halsted, ha llegado á constatar solo 70 pulsaciones en una enferma después de tres horas de operación.

Nos ocuparemos ahora del procedimiento de Willy Meyer, que con Halsted comparte la gloria de ser los primeros en aplicar estas «stensive operation».

MÉTODO DE WILY MEYER

Para evitar toda infección, por las manos y los instrumentos, del tejido célulo-adiposo de la axila, posible despues de haber manejado la glándula y músculos invadidos, Meyer comienza por la axila.

Después de la incisión cutánea, secciona en su inserción coraco-humeral, los pectorales, los separa sobre el seno, diseca y saca en bloc, gánglios, grasa, glándula y músculos.

Halsted hacía la maniobra inversa, seccionando primero los pectorales y siguiendo hacia la axila para terminar con la desinsercíón coraco-humeral.

Procede Meyer entonces de este modo:

1° Incinde la piel, en forma de elipse alargada; envolviendo la glándula. La extremidad de esta elipse gana oblicuamente la cara interna del brazo, en el límite de la axila para llegar facilmente sobre la inserción del tendón del pectoral en la gotera bicipital. Sobre este prolongamiento hace caer una incisión adicional perpendicular que parte de la uniòn del tercio medio con el externo de la clavícula.

2° Se disecan los colgajos cutáneos, dos superiores y uno inferior, no dejando adherida más que la capa de tejido celular necesaria á su vitalidad.

Así descubre hacia abajo el borde del gran dorsal, hacia arriba las inserciones externo clavicularres del gran pectoral, así como el espacio clavipectoral.

Del mismo modo queda al descubierto, la vena cefálica en su porción sub-clávia.

3° Se secciona el tendón del gran pectoral al ras de su inserción humeral, y se diseca este músculo hasta la clavícula, después de lo cual se desprenden sus inserciones claviculares y se reclina hacia abajo y adentro para descubrir la axila.

4° Disección y excisión al bisturí. de la grasa, gánglios y linfáticos de la axila.

Esta disección se comienza sobre el paquete vásculo-nervioso, sobre la clavícula, y seguida de arriba á abajo á lo largo del borde inferior de la vena axilar.

Hecho esto se vá sobre el brazo, al nivel de la parte superior del surco bicipital, se levanta y corta de adentro á afuera la masa celulo-linfática lo que despoja la pared posterior de la axila; después la pared interna hasta las inserciones musculares costales, aún intactas.

Se levanta en seguida la masa grasosa que queda aún unida en una sola pieza al borde inferior del gran pectoral.

5° Se secciona el pequeño pectoral en su inserción coracoidea.

Se levanta hacia arriba y adentro la masa á extirpar, para tender los vasos del gran pectoral, después de lo cual se ligan y cortan.

Se tiende de nuevo y se seccionan las inserciones costales de los pectorales, rasando el esternón y las costillas.

6º No queda más que suturar los colgajos, después de drenaje.

Si la piel no le alcanza para cubrir la herida, hace injertos tomados del brazo ó múslo.

Más adelante Meyer propone hacer una pequeña incisión adicional sobre la clavìcula para hacer el vaciamiento supra-clavicular.

Siguiendo el método de Meyer, ha propuesto Kocher el suyo que solo difiere apenas por una ligera modificación en la incisión cutánea, razon por la cual no la describimos.

Lo mismo sucede con el método de Rotter, el cual prolonga la incísión sobre el esternón y hace después el vaciamiento de la región supra-clavicular, por incisión aparte, paralela á la clavícula, ó por resección temporaria de este hueso.

Esto lo hace él, 15 dias despues de la primera operación.

Además tiene el gran inconveniente, que deja gran cantidad de grasa adherida á la piel y á los vasos, lo cual puede ser causa de metástasis.

Binaud y Braquehaye han hecho una modificación al primitivo método de Halsted, haciendo más ámplia la incisión que llevan hasta el esternón, reduciendo á cinco los tiempos operatorios y otras pequeñas variantes sin importancia.

Tiene como este el inconveniente, que deja la porcion superior del gran pectoral y parte del pequeño, lo mismo que, como aquél, comienza la disecciòn por la glándula pudiendo contaminar la herida por contacto con el tumor.

MODIFICACIONES
QUE SE HAN HECHO Á ALGUNOS TIEMPOS
DEL MANUAL OPERATORIO

INCISIONES CUTANEAS

El trazado de éstas varía con los autores. Esto tiene por objeto, unas veces, la posibilidad de una exeresis mayor, otras, la facilidad necesaria á la disección de la axila, otras para favorecer la autoplastia final.

Senn, hace una incisión elíptica, prolongada hacia afuera por una cola encurvada como hace Halsted, que sigue primero, la salida del gran pectoral, después contornea el vértice de la axila á tres centímetros de él.

La curva de esta última parte de la incisión desciende hasta el nivel del hueco axilar. Tiene así la ventaja, que la cicatriz no es tironeada.

Mac. Bourney hace una gran elipse, en que la cola, en lugar de seguir la pared anterior de la axila y el gran pectoral, es llevada sobre la pared posterior hasta el gran dorsal, á lo largo del cual, remonta hacia la cara interna del brazo.

Tendrian de este modo una cicatriz muy alejada de la axila.

Harold Stiles y Watson Cheine, apoyan una incisión elíptica muy ancha en que la extremidad interna desborda la linea media external, en que la externa se dirige hacia la axila, á lo largo del borde inferior del gran pectoral.

Esta es la que nosotros hemos usado en nuestras operadas.

Tansini comprende toda la región mamaria en los tres cuartos internos de una incisión circular, y en que el cuarto externo se prolonga hacia la axila, en triángulo alargado.

En cuanto al vaciamiento axilar y supra-clavicular, Gangolfe, lo practica siempre en el primer tiempo, al contrario de Halsted, porque teme el contacto con el tumor haciéndolo último.

Robert Sanderson hace el vaciamiento supra-clavicular, solo ocho ó diez dias, después de la primera intervención.

Traza un gran colgajo, por medio de dos incisiones, una siguiendo el borde del esteno-cleido-mastoideo, y la otra la clavícula.

Bloodgood, Cushing y Vendel, practican el vaciamiento del mediastino anterior, pero lo creemos innecesario, pues por la anatomía vemos que el sistema linfático, no se dirige hacia éste lado.

Otros operadores. practican aún la ablación de los linfáticos intercostales y de los prolongamientos intra-toráxicos del tumor.

Voy á describir ahora la técnica que sigue M. Cestan, por ser la que nosotros hemos practicado en nuestra sala del Hospital San Roque.

1° Incisión de la piel y disección de los colgajos cutáneos. Después de una asepsia rigurosa, se toma la mama á plena mano y se levanta. A dos traveses de dedo más allá de sus límites aproximados, se circunscribe la glándula por una elipse muy ancha y muy alargada, en que la extremidad interna desborde la línea media esternal y en que la externa se dirija hacia la axila, á lo largo del borde inferior del gran pectoral, para encurvarse en gancho y descender algunos centímetros sobre el brazo.

Es en resúmen, la incisión de Cheyne:

Se disecan los lábios de la incisión, casi al ras de la piel, no dejando más que el tejido celular necesario á su nutrición.

Se comienza por el colgajo inferior para no ser entorpecido por la sangre del superior.

Se desprende el colgajo inferior hasta más allá del borde axilar del músculo gran dorsal.

Se diseca en seguida el colgajo superior hasta más allá de la clavicula, sin tocar la aponeurosis del gran pectoral.

Se recubre la herida de compresas calientes para practicar la hemostasia y evitar el enfriamiento del torax.

2° Sección de los tendones pectorales y abertura de la axila. Se busca en el intersticio péctoro-deltoideo, la vena cefálica, que una vez desprendida se reclina hacia arriba.

Se insinúa el índice por debajo del pectoral hasta su inserción humeral, y á este nivel se le corta sin peligro, con tijeras, porque el dedo proteje los vasos.

Hecho esto, se lo levanta con una pinza de dientes, y se insinúa el dedo por debajo de sus primeras inserciones claviculares que tambien se seccionan.

Se busca por debajo de la clavícula, la apófisis coracoidea, se atravieza á dedo, la aponeurosis para cargar la inserción en ésta del pectoral menor y protejer así á los vasos subclavios.

Se secciona también el pectoral menor, se lo levanta y aparta hacia adentro.

3° Se pone así á descubierto la vena axilar, y siguiéndola hacia arriba, se diseca el tejido celular, ligando al pasar las venas acrómio-toráxicas y mamarias, se seccionan ùnicamente los nervios que van á los pectorales, respetando los demás.

Se lleva la disección del tejido celular por debajo del homóplato hasta su espina, se sube hacia el torax respetando la toráxica larga y los nervios del serrato y del dorsal.

4° Se tienden entonces los dos músculos pectorales y se cortan á raiz de las costillas y clavícula hasta el esternón.

Tumor, glándula, gánglios, tejido celular, todo forma una sola masa sin solución de continuidad.

Se hace la hemostasia, se practíca una contra-abertura para asegurar un buen drenaje y se sutura con crín.

En el caso que los colgajos no alcancen para cerrar la herida, se recurre á uno de los tantos métodos de autoplastia conocidos.

Nosotros no hemos tenido nunca que recurrir á ellos.

La duración total de la operación, al igual de Cestan ha sido de una hora.

ACCIDENTES OPERATORIOS

Uno de los principales accidentes que se pueden producir, es la herida de la vena axilar.

Dado su volúmen, su movilidad y las alteraciones que puede sufrir por contacto con tejidos patológicos es fácil lastimarla.

Boyer y Velpeau no señalan este accidente, lo que no es raro si se tiene en cuenta que rara vez llegaban en su extirpación, cerca de los vasos.

Verneuil recomendaba, en el caso de herir la vena, ligarla, ya sea por ligadura simple ó doble, lo que no traía graves inconvenientes, visto lo cual se la resecaba cuando la red ganglionar era muy adherente.

El edema muy marcado que aparecia rápidamente, desaparecia, una vez que la circulación de retorno se hacía por las venas colaterales.

Nosotros hemos tenido la suerte de no herirla en ninguno de nuestros casos.

La herida de la arteria axilar es más rara, por el hecho de estar más cubierta y menos expuesta á tironeos.

En caso que por accidente ó por propagación de tumor á las paredes del vaso, éste se rompiera, se practicará la ligadura, como ya lo hizo Bazy en 1899 sin ningún accidente.

La herida del canal toráxico se produce durante el vaciamiento supra-clavicular del lado derecho.

Ha sucedido esto varias veces, entre otros á Cushing, Wendel y Halsted en un caso.

Como tratamiento se hace compresión ó sinó más bién si es posible la sutura de la herida.

De herida del tronco braquio-cefálico, no se conoce más que un caso debido á Bloodgood.

Colocó una ligadura, y la operación no tuvo mal resultado.

Un accidente que puede producirse más frecuentemente es la abertura de la pleura. Debe obturarse inmediatamente y tratar el síncope si se produce.

Nosotros hemos tenido un caso de abertura de la pleura al nivel del cuarto espacio intercostal.

VENTAJAS É INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS OPERATORIOS ANTIGUOS Y MODERNOS

Los procedimientos de Boyer y Velpeau á pesar de algunos casos excepcionales, hacen siempre operaciones incompletas, es decir que sacan el tumor, pero dejan la glándula, piel, músculos y linfáticos.

En efecto, ellos solo sacaban el músculo y los linfáticos en el caso de verlos atacados por el mal; pero como resulta de los trabajos de Volkman, Waldeyer y Heidenhain, que aún en el caso de estar aparentemente sanos, el exámen microscópico demostraba que no lo eran, resultaba que fatalmente la operación había de resultar infructuosa.

Cuando apareciò el trabajo de Verneuil la amputación del seno tuvo tendencias más radicales aunque incompletas, por la poca ó nula exeresis cutánea, la sección no seguida, del pectoral, y el arrancamiento de todos los gánglios de la axila, que siempre dejaban restos en la herida.

El conocimiento de la extensión local y regional debe hacer rechazar todo método que haga dos in-

cisiones separadas para sacar la glándula y los ganglios de la axíla porque así se dejan los trayectos linfáticos infectados en la herida.

El temor de la infección operatoria hará rechazar toda operación que no saque en bloc, la glándula con la piel, gánglios, linfáticos, músculos y tejido celular.

En cuanto á la incisión, damos la preferencia á la de Cheine, por ser la más ámplia y por ser la que saca mejor cantidad de piel.

La de Halsted, es un ovoide con cola axilar, con la cual se diseca un colgajo triangular, que tiene el inconveniente de ser poco ámplia, de dejar mucha piel, y de dificultar el buen afrontamiento en la sutura debido á la punta.

Meyer, Rotter, etc. hacen una incisión con raqueta axilar, la cual tiene el inconveniente de dividir, en vez de sacar una parte de la piel que puede no estar exenta de linfáticos.

En cuanto á los pectorales, Halsted, Cleyen, Rotter etc. hacen la ablación del hacecillo esterno-costal, dejando el clavicular.

Tiene esto el inconveniente, que sin ventaja alguna para la movilidad del miembro, dejan un tejido sospechoso en la herida.

Heíndenhain y Cestan aconsejan la ablación total, á lo cual Halsted se ha adherido en su segundo trabajo de 1898.

Además la extirpación, en vez de hacerse del tumor á la axila, debe hacerse de la axila á la glándula,

para evitar que con las manipulaciones del tumor pueda infectarse la herida.

En cuanto al vaciamiento de la axila, debe ser hecha como dice Halsted, en un solo bloc y con bisturi bien afilado, lo cual tiene sobre el arrancamiento la ventaja de que saca todo sin peligro de desgarrar los vasos.

El vaciamiento del hueco sub-clavicular debe hacerse también al principio y yendo de afuera hacia adentro como lo hace Meyer, lo que facilita la operación.

En cuanto al vaciamiento supra-clavicular, no ha sido aún suficientemente practicado.

Cestán no lo practica y nosotros no lo hemos aplicado en ninguno, debido á lo cual talvez hemos tenido una recidiva en dicha región.

En cuanto al vaciamiento del mediastino anterior que ha sido practicado por Bloodgood, lo creemos ¡nnecesario pues por la descripción anatómica que hemos dado, vemos que no hay comunicación entre los gánglios de la región mamaria y los del mediastino.

PELIGROS OPERATORIOS

En cuanto á este punto, la operación no es más mortuoria que cualquier otra.

El choc no lo hemos observado en ningún caso.

Lo mismo podemos decir de las erisipelas, flemones y flebitis, que después del método antiseptico no tienen razon de existir.

Si nosotros hemos tenido una pleuresia purulenta, es este un accidente que no puede sernos atribuido.

La parte principal es la que se refiere á la impotencia funcional del miembro operado.

Se temía que la ablación de un músculo tan voluminoso como el gran pectoral pudiera dificultar los movimientos del brazo.

La práctica ha demostrado que este temor no tiene razón de existir.

Sobre los 50 primeros casos reunidos por Halsted, se ha notado buen funcionamiento ulterior en quince casos, ó sea en el 30 %, eso sin contar diez y seis casos en que por haber muerto las enfermas en pocos dias no se han consignado los resultados.

Halsted dice: « La impotencia ha sido en algunos casos tan ligera que era absolutamente inapreciable. En muchos casos el brazo del lado operado prestaba tantos servicios como antes de ia operación.

« Algunas enfermas interrogadas, se quejaban de no poder peinarse hacia atrás.

« Esta impotencia es debida á la pérdida de la piel, no á la pérdida del músculo.

« La cicatriz le impide á veces á la enferma levantar el brazo hacia atrás.

« En ninguno de los casos, he podido comprobar que la impotencia fuera debida á la excisión de los pectorales.

« De todos modos, la impotencia, por grande que fuese, es de poca importancia comparada á la vida de la enferma ».

Willy Meyer, recomienda practicar la movilización desde el 10º dia después de la operación.

Kumer y Rotter, no han notado nunca impotencia funcional.

En las operadas de Chavannaz, los movimientos que eran un poco entorpecidos y algo dolorosos en los primeros dias, recobraron su fuerza y amplitud normales, con el tiempo y el ejercicio.

En las operadas de Cestán, Jeannel, Oulié y Meriel no se ha notado tampoco impotencia.

En las nuestras, de los dos casos de impotencia que registramos solo una es imputable á la operación, y eso debido á que por la pleuresia purulenta que

se desarrolló, la herida se cerró por brotamiento, durando casi un año, motivo por el cual, la cicatriz se hizo muy retractil.

El otro solo creemos que fuera debido á la pusilanimidad de la enferma la cual desde antes de ser operada no movía el brazo temiendo con esto aumentar su mal.

La fuerza muscular está conservada, como se puede comprobar por la presión de la mano, ya sea sobre la nuestra ó sobre el dinamómetro, igual levantando pesos.

Resulta de lo que precede que la ablación de los pectorales no tiene ninguna mala consecuencia tardía.

RESULTADOS ALEJADOS

Vamos en este capítulo á pasar en revista las diferentes estadísticas de los diferentes métodos puestos en práctica para disminuir la mortalidad ó recidivas del cáncer del seno.

En cuanto al sitio donde se producen estas recidivas Rieffel nota:

Recidivas locales	231
Rec. axilares solamente	34
Rec. supra-claviculares	30
Rec. locales y ganglionares	63

Esto como recidivas locales y regionales en 482 casos operados con adenopatia axilar.

Sobre 240 operadas sin infección ganglionar Rieffel nota 134 veces la recidiva en la cicatriz ó en su vecindad inmediata y 48 veces en los gánglios.

La explicaciòn de estas recidivas al rededor de la cicatriz, solo se comprende por la incompleta extirpación de los tegidos creidos sanos.

En la tesis de Koeser se nota que sobre 45 recidivas, 26 se han hecho primero sobre la cicatriz ó alre-

dedor de ella, 11 veces en la cicatriz y ganglios axilares á la vez, y 5 veces solamente en los ganglios axilares solamente.

Actualmente se ha podido por medio de amplias operaciones locales, hacer descender la cifra de recidivas, de 91 por 100 dada por Henry á 25 por 100 dada por Halsted.

Jeannel desde 1884 hasta Marzo de 1893 ha operado 64 canceres del seno. De éstos, 4 murieron de erisipela En los 60 restantes la recidiva se produjo:

En el 1er. mes	21	por	100
Antes de 6 meses	36	«	«
En el 6°. mes	10	«	«
Hasta los 12°. meses	12	«	«
« « 18°. «	12	«	«
Despues	2	«	«

Bryant por la simple ablación del seno, de la piel subyacente y de los ganglios linfaticos sin tocar los pectorales ha obtenido los siguientes resultados:

1er. grupo—Sobre 17 casos, 4 murieron de 5 á 30 años después de la operación sin apariencia de recidiva y las 13 restantes viven sin recidiva en un tiempo que varia de 5 á 16 años.

Segùn el autor, éstas operaciones fueron hechas precozmente, y como no existen analisis microscópicos de dichos tumores, es necesario poner en duda tan hermoso resultado.

2°. grupo—Comprende 45 casos, con 8 casos de recidiva inoperable y 12 casos que necesitaron 2ª. y 3ª. operación.

Banks tuvo 38 por 100 de recidivas locales, Bull 72, Butlin 47, Deunis 53, Poulsen 65.

Barker practíca de 1878 á 1898, 92 casos de amputación simple con vaciamiento axilar y aponeurectomia.

16 por 100 vivieron más de cinco años sin recidiva y 33, 7 por 100 mas de 3 años.

Sin embargo en éste total entran 8 casos de tumores benignos confesados por el mismo Barker.

El profesor Le Dentú ha empleado 42 veces la tecnica de vaciamiento profundo, aponeurectomia y excisión muscular parcial, y ha tenido 18 recidivas en que 4 dobles. La recidiva axilar solo la observó 3 veces.

De marzo de 1893 á 1898 Jeannel practica 78 veces el vaciamiento de la axila y ablación parcial del pectoral.

En éste total tuvo 14 recidivas cicatriciales, 3 recidivas axilares y 5 recidivas pleuropulmonares ó intratoraxicas.

De 33 casos no ha tenido noticias por lo cual no indica el resultado.

Las recidivas locales ó viscerales se produjeron en un tiempo que varió de 6 meses á 2 años.

En 1896 Watson Cheyne publica su primera estadística comprendiendo 61 casos en que 21 habian sido operados de 3 á 6 años antes y 40 de 1 á 3 años.

En 1899 publica una segunda estadística para mostrar el resultado de éstos 61 casos á los cuales agrega 38 nuevos casos ó sea un total de 99.

De los 21 primeros operados tuvo 9 recidivas y 12 no recidivadas.

En los 40 casos operados de 1893 á 96 tiene 10 recidivas (25 por 100), 27 sin recidiva (67,15 por 100) y tres desconocidos.

En 1899 de los 27 sin recidida anterior tiene 4 muertos de recidiva local, 3 muertos de recidiva visceral, 1 muerto sin recidiva, 10 sanos y 1 desconocido.

En los 38 casos operados de 1896 á 99 tuvo 9 recidivas, 26 sin recidiva y 3 perdidos de vista.

W. Cheyne piensa: 1°. Que la operación dá en bloc 50 por 100 de curación sin recidiva. 2º. Que ella dá siempre una ganancia de sobrevida considerable aun en el caso de recidiva. 3º. Que las recidivas, frecuentes en los primeros meses son raras después de 2 ó 3 años. 4º. Que las probabilidades de curación durable residen esencialmente en la primera operación que debe ser precoz y ultra-completa. 5º. Que el cirujano debe ser actualmente tan responsable de las recidivas locales como de los accidentes de infcción.

La comparación de los porcentajes anteriores demuestra una mejoria notable á medida que las operaciones van haciendose más completas.

Tomamos ahora de Meriel, la estadística completa de Halsted, desde 1889 á 1902.

Durante estos 13 años han entrado al Juhn Hopkuís Hospital de Baltimore, 343 enfermos atacados de cancer del seno.

De éstas eran:

Tumores primitivos	305	ó sea	89 por 100
Tumores recidivados	38	ó «	11 « «

En el estudio ulterior de la mortalidad, resultados alejados etc, distinguiremos los tumores primítivos de los recidivados.

De los 305 casos de tumor primitivos eran:

Operables	222	ó	sea	78,8	por 100
Inoperables	83	«	«	21,2	« «

Las operaciones hechas en los casos de cancer primitivo operable é inoperable del seno son como sigue:

1°. Exisión completa del seno, de los mùsculos pectorales y del contenido axilar en un bloc. Al mismo tiempo vaciamiento supra clavicular. Total 100 casos.

2°. Operación secundaria del cuello: 16 casos.

3°. Igual al 1er. grupo pero sin vaciamiento del cuello. 115 casos.

4°. En este grupo, por razones diversas, no fué hecha la operación completa á pesar de ser la enferma operable. 7 casos.

En 3 casos no se sacaron los pectorales .

En 2 solo se sacó el seno, y en 2 solo el tumor. Las enfermas se rehusaron á una operación más completa.

5°. En estos casos antes de la operación, la enfermedad era considerada como operable, pero cn el transcurso de la misma se vió que la infiltración

pasaba los limites operatorios. Numero de casos 28.

6°. La enfermedad era considerada inoperable antes de la intervención. 26 casos.

7°. En éstos casos no se hizo ninguna operación ya sea porque fuera inoperable ó por haber signos evidentes de recidiva. 29 casos.

Estas cifras demuestran que en 13 años se han presentado 83 casos inoperables, lo cual viene del retardo en consultar al cirujano.

Número total de tumores recidivados 38.

Eran operables 16:	Grupo	I	2 casos
	«	II	2 casos
	«	III	12 casos
Eran inoperables 22.	Grupo	V	1 caso
	«	VI	11 casos
	«	VII	10 casos

Mortalidad operatoria—En los casos de tumores primitivos en los cuales Halsted hizo la operación completa, en 215 operados, tuvo cuatro muertes.

Un caso murió de neumonia al 19° dia.

Los otros tres murieron de infección de la herida y nefritis, uno el 11° dia, otro el 17°, y otro 18° dia de la operación.

En los casos en que había el vaciamiento del cuello, varios días después de la primera operación, tuvo un muerto.

En los tumores recidivados, en los casos operables, en los cuales hizo la operación completa, en un total de 16 casos tuvo un muerto.

En los casos de tumor primitivo inoperable, en

los cuales hizo operación incompleta, tuvo en 54 casos, 4 muertes.

Resultados terminales—En 161 enfermos admitidos con tumores primitivos operables del seno, y en los cuales se hizo la operación completa, desde 1889 hasta 1899 hubo:

Curados, vivos en 1902 60 casos.

Curados de más de 3 años y muertos después de otras enfermedades 7 casos.

Curados, muertos antes de 3 años de otra enfermedad intercurrente 2 casos.

Curados, más de 3 años y que han tenido despues recidiva y han muerto, 7 casos.

Hasta los tres años de operados:

Curados en apariencia 74 casos.
Con metastasis internas 6 «
Con rec. local y metastasis interna 1 «
Con rec. regional « « 2 «

En los muertos antes de tres años de operados, la autopsia mostró:

Curados 2 casos
Metástasis interna 37 «
Metástasis interna y rec. local 16 «
Metàstasis interna y rec. regional 23 «

Ha habido entonces 17 recidivas locales sobre 161 operaciones completas ó sea 10,5 por 100.

En 14 casos, la recidiva se produjo antes de un año y en 3 de 2 á 3 años.

Como recidivas regionales tuvo:

Con un solo nódulo en la piel de vecindad de la cicatriz 6 casos.

Con un solo nodulo en los mùsculos 2 casos.

Con multiples metástasis cutaneas 9 casos.

Con recidivas regionales en el cuello 6 casos.

Con metástasis mediastinal 7 casos.

Total 30 casos. De estos, cinco, viven ó han muerto de otra enfermedad.

En los casos de tumores operables recidivados, en 10 casos, solo tuvo una curación, lo cual demuestra el mal resultado de las operaciones secundarias.

Cestan, en un total de 22 operaciones de las cuales ninguna hace más de dos años que fué practicada, ha tenido una recidiva seguida de muerte, y otra recidiva en el seno opuesto en otro caso que fué operada por Meriel.

TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES

Desde el momento en que un nódulo sospechoso aparezca al rededor de la cicatriz debe extirparse, pasando lo más lejos posible de los limites del tumor.

La experiencia ha mostrado que á menudo estas pequeñas operaciones han dado muy buenos resultados.

Después de ésto, expondremos los resultados que hemos obtenido en nuestras siete operadas, en las cuales se practicó la operación completa, siendo seis de ellas con tumor primitivo con ganglios en la axila, y la otra, un tumor recidivado, operada incompletamente en su primera intervención por las razones que se veran en la historia clínica.

De estos siete casos, 3 ó sea el 42, 87 por ciento viven hoy, sin recidiva local ó regional ó á distancia en un tiempo que varía, diez y nueve meses en el menor á 27 meses en el más antiguo, de la fecha operatoria.

Cuatro enfermas han muerto; una, ó sea el 14,28 por ciento, operada de un tumor recidivado, con recidiva local y regional, al año de la segunda operaciòn, y al año y siete meses de la primera.

Las otras tres ó sea el 42,85 por ciento han muerto con recidiva regional, más ó menos al año de operadas, sin presentar los más minimos rastros de recidiva local.

En un solo caso, ó sea el 14,28 por ciento hubo un accidente operatorio, que fué la abertura de la cavidad pleural, con el resultado ya conocido.

En solo dos casos ó sea el 28,56 por ciento, hubo impotencia parcial funcional del miembro, debidos, uno al accidente operatorio ya descrito, y el otro, en gran parte á la falta de voluntad de la enferma.

Por otra parte, la mayor practica que dia á día se adquiere, la precocidad de la intervención á la vez que su amplitud y el resultado favorable obtenido en el 42,87 por ciento de los casos, son razones suficientes para hacernos persistir en el camino emprendido, y recomendar su uso, con la convicción de que en un porvenir no muy lejano, han de obtenerse resultados halagadores, siempre que se proceda siguiendo las reglas citadas.

OBSERVACION I

La señora O. de 35 años, casada, de origen israelita, residente en Belgrano, ha gozado siempre de perfecta salud. Mas bien obesa, ofrece los caracrecteres de una salud perfecta. Sus padres, que viven y son sanos, refieren que en su familia no se conocen personas que hayan padecido de tumores. Esta señora empezó á sentir una dureza en el pecho izquierdo, á principios de 1903, por lo que ha consultado al Doctor C. quien la ha tratado durante varios meses con fomentos y tópicos diversos.

Posteriormente la enferma consulta al Dr. Lagarde quien se inclina á pensar en un tumor de naruraleza maligna, aunque este tiene cierta movilidad independiente como si tuviera una capsula propia, sin que haya hundimiento del pezón, adherencia de la piel ó infarto ganglionar apreciable.

Consultados otros médicos, que piensan de la misma manera, la operación es resuelta, pero como los caracteres del tumor no permitian un diagnòstico de evidencia absoluta, el Dr. Lagarde, no se resuelve á emplear el método radical de Halsted, y ayudado de los Dres. Mariano Masson y Felipe

Lucchinetti, hace una exeresis amplia del tumor, el dia 15 de Setiembre de 1903, el cual sometido al examen histológico practicado por el Dr. Carlos Malbran, profesor de Anatomia patológica, confirma la naturaleza cancerosa del tumor,

La enferma queda al parecer sana durante siete meses, al cabo de los cuales, un infarto ganglionar de la axila y la adherencia de la piel y tejido de cicatriz, con cierta rubicundez de las partes blandas revelan la recidiva de la neoplasia.

Se resuelve entonces practicar la operación radical de Halsted la que se lleva á cabo con grandes dificultades á causa de las infiltraciones neoplasicas que envuelven los vasos y nervios de la región y que obligan á resecar, por no poderla aislar convenientemente, una porción de la vena cefálica.

Las consecuencias operatorias son buenas, pero probablemente, á consecuencia de la resección venosa, aparece un edema considerable del miembro, que fué cediendo por el masage, siu desaparecer del todo.

Esta circunstancia unida á la pusilanimidad de la enferma, que no se atrevia á efectuar movimientos extendidos del brazo, fueron causa de que éste no llegara nunca á adquirir todos sus movimientos.

Despues de la operación, la enferma fué á pasar una temporada á Necochea, de donde regresó en estado muy satisfactorio, pero á los nueve meses, no se tuvo ya duda de la recidiva del tumor en el tejido cicatricial, y desde entonces, la enferma de-

cayó rapidamente, sucumbiendo con los sintomas de un derrame pleural, no muy abundante á los dos ó tres meses, más ó menos, ó sea al año de la segunda operación, ó un año y siete meses de su primera intervención.

OBSERVACION II

La señora G. de 47 años, argentina, viuda, residente en Buenos Aires, de buena salud anterior, con antecedentes familiares que no tienen que ver con la enfermedad de que padece, á no ser el caso de su hermana mayor, que falleciò en 1902 de un carcinoma uterino.

Empezò á notar en el mes de agosto de 1904 una dureza en el seno derecho, sin dolor ninguno y produciendo una sensación de calor con el roce de la ropa.

Consultó á un médico el cual le indicó hiciera uso de compresas calientes, las cuales se colocó desde el 25 de Agosto hasta el 1º. de Setiembre.

Este dia fué vista por el Dr. Ehuletche el cual le indicó que debia ser operada sin pérdida de tiempo.

Vista en consulta con el Dr. Lagarde se constata un tumor del tamaño de una mandarina situado en el segmento correspondiente al cuarto de esfera derecho y superior. Su superficie no era completamente lisa, su consistencia era dura, con poco dolor á la presión.

La piel adherente y capitoné cuando se trataba de imprimirle movimientos sobre el tumor, el pezón ligeramente retraido sobre todo en su mitad superior; nada fluia cuando se apretaba la glándula.

Partiendo de el tumor hacia la axila derecha, se sentia una masa un poco infiltrada en forma de cordon. En la axila se alcanzaban á sentir algunos ganglios pequeños, duros, al parecer no adherentes indoloros.

El estado general de la enferma era bueno aunque se hallaba algo delgada y pálida.

Esta demacración podia atribuirse á los malos ratos que había pasado con la larga enfermedad de su esposo qne habia fallecido poco antes.

Se hizo la operación siguiendo la técnica de Cestan operando el Dr. Lagarde, ayudado por los Dres Juan B. Ehuletche y Octavio Lopez.

El 3er. dia se le extrae el tubo de drenage.

El 10º. dia se extrae los puntos habiendo la herida cerrado por primera.

Desde el 1er. dia, despues de pasado el efecto del cloroformo, la enferma notaba bastante dificultad para respirar, lo que desapareció el 3er. día.

Quedó aí principio con alguna dificultad de movimientos, dificultad que desapareció casi enseguida.

El dia 2 de Diciembre, de 1906 ó sea dos años y 3 meses despues de operada, la enferma accediendo á nuestro pedido, se presta á un examen para comprobar su estado.

Se encuentra en un estado de salud floreciente pesa 70 kilos, debiendo hacer notar que nunca pasó de 65 kilos.

Su cicatriz, no adherente, en perfecto estado, no hay signo ninguno de recidiva.

Su brazo, lo mueve y tiene la misma fuerza que antes de la operación.

El examen histológico del tumor hecho por los Dres. Malbran y Badia, profesores, titular y suplente de anatomia patológica, demostró tratarse de un carcinoma del seno.

Pedido el informe á la enferma para agregarlo á esta historia, no ha podido satisfacer nuestro deseo por haberlo extraviado.

OBSERVACIÓN III

La señora de A. de 56 años, francesa, casada, se presenta al estudio del Dr. Lagarde á fines del año 1904, ofreciendo al examen un tumor de la mama izquierda, que es considerado por sus caracteres como de naturaleza maligna, diagnostico que confirmó más tarde el estudio de la pieza anatómica, hecho por los Dres. Malbran y Badia el 26 de Diciembre de 1904, y que dice así:

Tumor de la mama. Tejido formado por grandes focos celulares, rodeados de tejido conjuntivo de gruesas mallas y elementos adiposos. Los focos celulares en su mayoria, encierran nidos bien limitados, de estructura glandular atípica.

Otros focos están formados por masas de celulas epiteliales, tipo infiltraciòn, en medio de las cuales se descubren vestigios de disposición glandular.

En algunos de los focos celulares, se descubren alveolos bien caracterizados, rellenos de celulas epiteliales polimorfas.

Diagnóstico: Adeno carcinoma.

La operacion fué practicada á fines de Noviembre de 1904 siguiendose el método ya descrito, y salvo en una pequeña extensión en que el tejido celular subcutaneo, fué llevado hasta su último término, lo cual llevó un pequeño esfacele de la piel la herida cerró por primera, siendo inmejorables las consecuencias operatorias.

En cuanto á los resultados alejados, no han podido ser mejores. La enferma se halla hoy, 2 de Diciembre de 1906 ó sea dos años despues de operada, en un estado de salud floreciente. Los movimientos del brazo están conservados y solo hay digno de notarse en éste caso, la circunstancia de que no habiendo habido lesión de las gruesas ramas venosas, hubo durante un año, cierta hinchazón ó edema resistente del brazo, que parecia más bien ser un edema linfático, que puede atribuírse á la supresión de los ganglios axilares y al retardo de la circulación de retorno colateral.

OBSERVACION IV

B. F. de S., 38 años, italiana, casada.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—La primera enfermedad que recuerda es la presente, empezando á notar hace dos años, como una bolita arriba del pezón, indolora, que siguió así hasta principios de Marzo de 1905 en que rascándose se le formó una ulceración que actualmente persiste.

Presenta un carcinoma ulcerado de la mama derecha, algo mayor que una mandarina, con ganglios en el hueco axilar.

Resuelve hacerse operar y entra en la sala XII del hospital San Roque, cama N.º 17, el día 15 de Abril de 1905.

Es operada el día 28 de Abril por el Dr. Alfredo Lagarde, ayudado por el Dr. Ignacio Morello, practicándose la operación siguiendo la técnica de Cestán.

Al efectuar la extirpación final del gran pectoral, se practica accidentalmente un pequeño ojal en la pleura parietal, que es suturado en seguida.

El día siguiente, 29 de Abril, dado el mal estado del pulso, se le efectúa una inyección de 500 gramos de suero Hayem.

El día 30 de Abril, se cambia la curaciòn extrayendo el tubo de drenaje, pero se deja una mecha de gasa porque continúa saliendo líquido seroso.

El día 2 de Mayo, se hace necesario soltar varios

puntos, debido á que la herida ha supurado bastante, viéndonos obligados á agrandar el ojal pleural, pues se ha hecho una pleuresía pútrida.

El día 7 de Mayo, se practica una pleurotomia en la línea axilar posterior á la altura de la octava costilla, para asegurar un buen drenaje.

Diariamente se hacen amplios lavajes de la cavidad con agua oxigenada, yendo dísminuyendo, hasta cerrarse la cavidad pleural.

Con esto, las superficies cutáneas se han separado mucho, dejando un ancho espacio que se va llenando por brotamiento.

El día 2 de Mayo de 1906, la enferma es dada de alta, con su herida perfectamente cicatrizada.

Ha quedado una gran depresión en el hueco axilar debido á la gran retracción cicatricial.

Los músculos del brazo y antebrazo están algo atrofiados debido á la movilidad imperfecta del miembro.

Se le dan masajes 3 veces por semana.

El día 25 de Agosto de 1906, la enferma deja de venir á la clínica, pues va á continuar dándose los masajes en su domicilio, pues desde la fecha anterior ha mejorado algo sus movimientos.

Su estado general es excelente.

El día 1° de Diciembre de 1906, ó sea 1 año, siete meses y tres días después de operada, la enferma continúa sin novedad.

El análisis del tumor, hecho por el Dr. José Badía, Profesor suplente de Anatomía Patológca, y

Jefe del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública, dice lo siguiente:

Tumor—Histológicamente se encuentra constituído por un tejido glandular y conjuntivo.

El tejido glandular está formado por glándulas, cuyas células de revestimiento se han multiplicado según una forma atípica, llenando por completo la luz glandular de algunas, en otras, esta reproducción ha producido la ruptura de la cápsula conjuntíva que rodea la glándula, viniendo las células epiteliales á formar nidos entre este tejido.

Según la lesión presentada en los cortes, se trata de un *cancer*.

OBSERVACIÓN V

María Lavié de Arnaboldi, 53 años, francesa, viuda.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Después de una fiebre tifoidea á los 8 años, no recuerda haber tenido otra enfermedad hasta la actual.

Comenzó en Febrero de 1905 á notar una pequeña dureza en la mama izquierda, alrededor del pezón, especialmente hacia arriba.

Se mantuvo en este estado hasta la fecha de su entrada al servicio, día 2 de Junio de 1905 ocupando la cama 4 de la sala XII, donde se le comprueba la existencia del tumor, del tamaño de una mandarina, y con ganglios en la axila.

El día 12 de Junio, es operada por el Dr. Lagarde, ayudado por el Dr. Felipe Lucchinetti, practicándose la operación según la técnica de Cestán.

Duración de la operación, una hora.

El día 14 de Junio, se extrae el tubo de drenaje que no es reemplazado.

El día 21 de Junio, extracción de los puntos de crín.

El día 27, la enferma es dada de alta con su herida cerrada por primera.

Los movimientos del brazo están muy poco disminuídos.

El día 1º se Junio de 1906, ó sea un año después de operada, se presenta la enferma al consultorio quejándose de un abultamiento al lado izquierdo del cuello, que la enferma dice empezó á notar hace quince días.

Presenta la región mamaria y axilar perfectamente sana, los movimientos del brazo casi completos; en el lado izquierdo del cuello presenta, sobre la clavícula, un ganglio del tamaño de un huevo de gallina, algo movible, no doloroso, sin signos inflamatorios, y una gran cantidad de ganglios del tamaño de un garbanzo.

El día 15 de Junio, la enferma vuelve en el mismo estado, con su estado general bastante bueno, pero vista la propagación del mal, se resuelve no intervenir.

Después de ésto, la enferma no volvió más al hospital, pero en los primeros días de Agosto es llamado el Dr. Morello desde su domicilio, el cual

comprueba la masa ganglionar casí en el mismo estado, pero el pulso presenta una taquicardia exagerada, muy poco tenso é irregular.

La herida y la axila sin novedad, lo mismo que ningún signo de metástasis interna.

El pulso continúa debilitándose hasta que el día 17 de Agosto la enferma fallece, al año y dos meses de haber sido operada.

El examen del tumor practicado por el Dr. Badía dice lo siguiente:

Mama formada histológicamente por un tejido glandular muy abundante en algunos puntos, y cuyas células de revestimiento se han multiplicado de una manera atípica, hasta llenar por completo la luz glandular, siendo las centrales más irregulares que las periféricas, llegando en algunas partes á romper la pared glandular y derramarse las células epiteliales dentro del tejido conjuntivo formando nidos celulares, ó formando por la reunión de varias glándulas masas más menos grandes de células epiteliales. Diagnóstico: *Carcinoma*.

OBSERVACIÓN VI

M. L. de O., 39 años, argentina, casada, costurera.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha tenido viruela á los 10 años, sarampión á los 13, un flemón del maxilar inferior, por carie dentaria á los catorce,

y á los veintiuno, fiebres palùdicas durante su residencia en Santiago del Estero, que le duraron 1 año y 9 meses.

Hace dos meses empezó á sentir dolores en las piernas, como puntadas intermitentes, y en el bajo vientre y caderas.

Por esto entra al hospital, el día 4 de Julio, ocupando la cama 9 de la sala XII.

Aquí se le comprueba una retroversión y en la mama izquierda, una dureza alrededor del pezón, poco dolorosa á lo cual la enferma no da importancia.

Según esta, lo empezó á notar cuando estaba en cama por los dolores anteriores.

El 9 de Julio comenzó á notar ganglios en la axila, no dolorosos, que todavía persisten.

La enferma ha adelgazado mucho desde el mes de Mayo.

El día 18 de Julio, se procede á la operación según el método de Cestán, practicada por el doctor Alfredo Lagarde, ayudado por su practicante señor Carlos Edo.

Tiempo de la operaciòn: 1 hora.

El día 19 de Julio, se hace necesario cambiar la curación por la gran cantidad de líquido sero-sanguinolento que ha drenado.

El día 20 de Julio, se extrae el tubo de drenaje, el cual no se repone por estar la curación seca.

El día 27, se extraen los puntos de crín, estando la herida en muy buen estado.

El día 29 de Julio, se nota junto á la axila un

abultamiento del tamaño de un huevo de gallina, el cual comprimido resulta ser un hematoma que da salida por la herida à buena cantidad de sangre negruzca.

Al otro día no se ha reproducido, debido á un vendaje compresivo que se le ha hecho.

El día 2 de Marzo de 1906, la enferma viene á vernos porque su retroflexión se ha acentuado aumentando los dolores en las piernas.

La herida operatoria está en muy buen estado, no hay signos de recidiva; los movimientos del brazo casi completos.

El día 5 de Mayo, se presenta la enferma porque, dice, que á consecuencia de una mojadura se ha resfriado y siente dolores en las espaldas, tos con abundante expectoración muco-purulenta y sudores nocturnos.

Se comprueba una bronquitis.

Se hace análisis de esputos, porque la enferma da algunos antecedentes familiares de tuberculosis, sin encontrarse bacilos de Kock.

El 13 de Mayo, la enferma ha mejorado bastante, continuando el tratamiento médico instituído.

El 30 de Mayo, la enferma viene á vernos porque tiene que ir á la provincia de San Luis y quiere hacerse reconocer primero.

Como su bronquitis ha desaparecido y no hay ninguna novedad, la autorizamos á hacer el viaje, recomendándole que si notara algo se venga á este servicio.

El día 13 de Setiembre, recibimos aviso de que la enferma ha entrado el día anterior al hospital Teodoro Alvarez, por no haber cama en el hospital San Roque.

Nos trasladamos allí encontrándonos con que la enferma acaba de fallecer, sin que nos sepan dar datos de su enfermedad, pues no llegó á estar 12 horas en asistencia.

Sin embargo, gracias á la amabilidad del Dr. Castellanos Esquiú, prosector de dicho hospital, hemos podido obtener el protocolo de la autopsia, que dice así:

M. L. de O., fallecida el 13 de Setiembre de 1906.

Diagnóstico clínico: cancer del pulmón.

Diagnóstico anatómico: cancer del pulmón izquierdo; primitivo de la mama.

El estado general de nutrición es malo, no hay panículo adiposo y el tejido muscular está atrofiado.

Se observa una extensa cicatriz en la región mamaria izquierda correspondiendo á la glándula en su totalidad. La piel está retraída, la mama no existe por haber sido extirpada á consecuencia de un neoplasma.

No se encuentran heridas ó erupciones en otros puntos.

La masa encefálica muestra una coloración pálida muy pronunciada, los vasos igualmente anémicos.

La faringe y laringe normales.

El tórax está deprimido en la parte izquierda, los espacios intercostales son visibles

Levantando el plastrón esternal, se observan adherencias, entre la cara interna de las costillas izquierdas y la pleura y pulmón del mismo lado. Desprendiendo estas adherencias se ve que todo el pulmón izquierdo forma un bloc canceroso, reblandecido en muchos sitios. Hay destrucción y extensa carie de las costillas vecinas. Este neoplasma ocupa todo el parenquima pulmonar.

El pulmón derecho está congestionado, no hay metástasis. La pleura correspondiente está algo espesada pero no adherente.

El corazón presenta su miocardio degenerado, pálido, con sus paredes dilatadas.

Hay muchos coágulos fibrinosos y cruoricos.

Las válvulas y orificios están normales; el pericardio presenta placas lechosas en su cara anterior. Hay bastante líquido en su cavidad.

El hígado está grande, hay degeneración grasosa. Se observa perihepatitis antigua. No hay metàstasis.

El exófago normal, la mucosa gástrica presenta pequeños focos equimóticos, y hay atrofia de las paredes del órgano. El piloro y cardias normales.

Bazo normal. Riñones congestionados con la cápsula adherente.

El intestino delgado muestra su calibre estrechado en toda su extensión, seguramente por falta de función. No hay materias fecales.

Peritoneo, vegiga y órganos genitales, normales.

El examen de la pieza operatoria dió el siguiente resultado según análisis del Dr. Badía.

Tumor—Histológicamente se encuentra constituído por un tejido glandular, glándulas que se encuentran en gran cantidad y modificadas en su forma y revestimiento.

En algunas, el revestimiento se ha multiplicado de una manera atípica, encontrándose que en partes, esta multiplicación epitelial ha llenado por completo la luz glandular, siendo las más centrales de forma más irregular que las periféricas.

El tejido conjuntivo es poco abundante entre las glándulas; en otros puntos más externos del corte, es más espeso.

Los vasos, en pequeño número y con las paredes espesadas. Diagnóstico: *Carcinoma*.

OBSERVACION VII

C. M., 44 años, española, viuda.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha tenido sarampión á los cinco años y neumonia á los 8.

Se casó á los 22 años; ha tenido 3 hijos, viven y son sanos.

Comenzó la enfermedad actual hace más ó menos dos años, por una dureza en la mama izquierda, arriba del pezón, la cual fué aumentando poco á poco, pero como no dolía ni incomodaba, no le hizo caso.

Hace aproximadamente un mes, le apareció un gánglio en la axila, por lo cual resuelve entrar al

hospital, como lo hace, ingresando á la sala XII cama n. 7, el 18 de Agosto de 1905.

Presenta todos sus órganos normales; pero presenta en la mama izquierda un tumor del tamaño de un huevo de gallina, que desliza haciendo fijar el pectoral.

En la axila se nota un gran gánglio único.

La enferma ha adelgazado algo aunque muy poco desde hace un año.

El día 23 de Agosto es operada siguiendo el método de Cestán, por el Dr. Alfredo Lagarde ayudado por su practicante Sr. Carlos Edo.

Como al disecar la piel en el colgajo posterior se ha hecho un pequeño ojal, se pone el drenaje en este punto.

El día 27 se extrae el tubo de drenaje.

El 2 de Setiembre se extraen los puntos.

Ha continuado saliendo un poco de líquido sero-sanguinolento.

El 4 de Setiembre, la enferma presenta en la axila un abultamiento del tamaño de una naranja, que resulta ser líquido seroso que se ha coleccionado, probablemente por estar el orificio de drenaje un poco alto.

Se vacia y se hace un vendaje compresivo.

El 30 de Setiembre la herida está ya cicatrizada habiendo en este intérvalo seguido saliendo algo de serosidad.

Los movimientos del brazo están casi completos. Se le dan masages.

El 8 de Octubre sale de alta.

El 28 de Mayo de 1906 viene á vernos, cumpliendo nuestro pedido sin que hasta la fecha haya notado ninguna novedad.

La herida está en perfecto estado y no hay ningún signo de recidiva local ó general.

El 14 de Agosto de 1906 ó sea un año después de operada, se presenta al consultorio, pues nota fatiga al menor movimiento, dolor en la espalda y gran adelgazamiento.

Presenta un derrame pleural del lado izquierdo que lleva todo el pulmón.

Se le recomienda entre al hospital para punzarla.

El 24 de Agosto entra al servicio donde presenta el mismo estado general anterior.

Se comprueba un cáncer en el pulmón.

Se punza la pleura para extraer el derrame, y como la enferma resiste bien, se le extraen 2 litros de un líquido transparente color grosella.

El 29, el líquido se ha vuelto á reproducir, se le punza de nuevo y se extraen otros 2 litros.

La enferma presenta signos de miocarditis. Se le dán tonicos cardiados.

Su herida operatoria está en perfecto estado, no notándose gánglios.

El 7 de Setiembre el líquido se ha vuelto á reproducir y se extraen otros 2 litros.

El 30 de Setiembre, la enferma pide el alta y sale con un poco de derrame.

A los pocos dias traen al hospital la noticia de que ha fallecido, al año y dos meses de operada.

El análisis del tumor practicado por el Dr. Badía demuestra también que como en los casos anteriores se trata de un *carcinoma*.

CÁRLOS EDO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Es útil la radioterapia en las recidivas cicatriciales del carcinoma del seno.

Contra indicaciones del tratamiento quirúrgico en los carcinomas del seno.

Importancia del exámen microscópico en el tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del seno.

Buenos Aires, Diciembre 6—906.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor Jaime R. Costa, al profesor titular (en ejercicio) Dr. Joaquin López Figueroa y al profesor suplente Dr. Daniel Greenway para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Diciembre 17—906

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según constancia del acta N°. 1660 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

BIBLIOGRAFIA

Decoud Diógenes.—El cancer en Buenos Aires y su tratamiento. Congreso Med. Lat. Am. 1898.

Warren (J. C.)—The operative treatment of cancer of the breas (Ann. of surgery. dic. 1904).

Rodman (W. L).—Carcinoma of the mammary gland. (Brit. med Journal. Oct. 1904).

Meriel.—L'extirpation du cancer du sein.

Halsted.—Annals of surgery. Nov. 1904.

Halsted. John Hopkins Hospital, Reports. 1895.

Cestán.—Amputation du sein cancereux. Gazeta des Hopitaux 1901 Nº 65 y 66.

Hodges.—Excition of the breast for cancer. (Boston med. and surg. Journal, Nov. 1888).

Le Dentu.—El cancer del seno, 1902.

Monod Jayle.—Cancer del seno, 1894.

Testut.—Tratado de anatomía.

Tillaux.—Tratado de anatomía topográfica.

Duplay y Cazin.—Los tumores, 1903.

Ozenne E.—Remarques sur 23 cas d'ablation du cancer du seint (Rev. des maladies cancereuses, 1901).