ANO 1907 N. 1705

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARCINOMA DE LA MAMA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. GEMESIO

Ex-interno del Hospital Italiano

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

1907

CARCINOMA DE LA MAMA

AÑO 1907 N. 1705

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARCINOMA DE LA MAMA

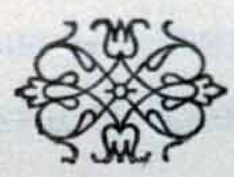
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. GEMESIO

Ex-interno del Hospital Italiano



"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

1907

Art. 162. del Reglamento de la Facultad. — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

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 Mejia
,, ,, Juan A. Boeri (supl.
,, ,, Baldomero Sommer
,, ,, Gregorio Araoz Alfaro
,, ,, Abel Ayerza
,, ,, José R. Semprun
,, ,, Jaime R. Costa

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gomez (Escuela de Medicina
,, ,, Jonas Larguía (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos 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
Histología 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 lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
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 (con lic.)
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Vacante
Patología General	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química biológica	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Julio G. Fernandez
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejer.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología externa	»	Cárlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique De Maria (en ejer.)
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell (en ejer. Avelino Gutierrez 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	»	Enrique Zarate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia 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	Cated. sustitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	Vacante
Botánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Química orgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia y posología razonada	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene legislación y ètica farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. F. Velarde

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» Nicasio Etchepareborda

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR NICOLÁS REPETTO

A MIS PADRES

A LOS MIOS

La presente tesis se basa en observaciones recogidas durante nuestra permanencia en el servicio de cirujia del Hospital Italiano de que es gefe el doctor Nicolás Repetto; su objeto no es hacer un estudio sobre el carcinoma de la mama en general; en ella nos concretamos á dar á conocer la observación de 25 casos de cáncer de esa glándula, con las consideraciones que el estudio de esos casos nos sugiera.

Manifestamos aqui nuestro reconocimiento y gratitud para con el doctor Nicolás Repetto por la enseñanza y atenciones recibidas, asi como por el honor que nos dispensa al apadrinar esta tesis.

Agradecemos tambien á todos los maestros que en cualquier forma contribuyeron á formar nuestra cul tura médica.

Entre las afecciones de la glándula mamaria que dieron motivo á intervención operatoria, en el servicio de cirujia del Hospital Italiano figura en primer término tanto por el número de casos que se presentaron como por la gravedad de la enfermedad el carcinoma de dicha glándula.

En el espacio de 3 años pasaron por ese servicio 4 enfermos con quistes hidatídicos de la mama 2 con tuberculosis, 2 adenomas, 3 sarcomas, 1 fibroma pericanalicular y 25 carcinomas, lo que representa, no considerando los quistes ni la tuberculosis, el 8 °/₀ de los tumores.

Entre estos 25 carcinomas, 2 se han observado en hombres, lo que da una proporción de 1 hombre para cada 11, 5 mujeres (8 °/₀).

La edad media de los enfermos á su entrada al Hospital, es de 45, 4 años, pero si consideramos que solo van al Hospital varios meses después de haber notado un tumor en la mama, tumor que á su vez contaba ya algunos meses de existencia

tendremos que la verdadera época de aparición de la enfermedad es anterior á la mencionada.

En nuestras observaciones, la enfermedad se ha iniciado 9 meses término medio antes del ingreso de los enfermos al Hospital. La edad más baja observada es 34 años; la más alta 74; los otros casos en que la edad estaba anotada en las historias se descomponen asi:

de 35 á 40 años			10	veces
„ 41 „ 45	„		3	„
„ 46 „ 50	„		3	„
„ 51 „ 60	„		3	„
„ 60 „ 70	„			

De las 23 mujeres observadas, 3 eran solteras; las otras 20 (87 °/o estaban casadas.

Estudiando la localización, tenemos que en 12 casos el tumor tiene su asiento en la mama del lado derecho y en 13 en la del lado izquierdo.

Dividiendo la mama en cuatro partes por medio de un plano vertical y otro horizontal que se cruzan en el mamelón, vemos el tumor localizado en nuestras observaciones, inmediatamente encima del mamelón, 2 veces; en la parte interna 1, en la externa 1, en el mamelon mismo 2, en el cuadrante ínfero-externo 1 vez, en el infero-interno 1 vez, en el supero-interno 2 veces y en el supero-externo 12 veces: así, en la mitad de los casos, el tumor tiene

su asiento en el cuadrante súpero-externo, hecho sobre el que insistiremos más adelante.

Los tumores malignos producen muchas dudas para clasificarlos en sus distintas formas histológicas; se trata de diferencias anatómicas que no tienen correspondencia con las formas clínicas, de modo que en el fondo es muy escaso su interés práctico. En clínica se quiere saber si se trata de un tumor benigno cuya operación puede diferirse y cuyo pronóstico es tan distinto del de un tumor maligno, pues en este caso, se impone la inmediata operación siempre que por circunstancias especiales no esté contraindicada. Así es que englobamos bajo el nombre común de carcinoma todo tumor que presente los siguientes caracteres: aparición á nna edad ya avanzada de la vida, en general alrededor de los 45 años, indolentes ó poco dolorosos en esa época, de evolución gradual y progresiva, adherentes al tejido glandular vecino, más tarde á la piel, que producen la retracción del mamelón y que invaden el sistema linfático.

El síntoma que revela á los enfermos su afección, lo que hace en la mayoría de los casos que consulten al médico, es la presencia de un tumor, más ó menos grande según la época en que ha sido advertido; es de notar que como las enfermas se han descubierto por casualidad un nódulo, indoloro

las más de las veces, que gozan de buena salud, apenas se consideran enfermas y es sólo por el progreso del mal, progreso lento pero implacable que se deciden á hacerse examinar.

En nuestras observaciones, el dolor al iniciarse la afección está señalado en 8 historias clínica; en 15 se hace notar que el tumor era indoloro, 65 °/₀; este síntoma se manifiesta en estos casos con un carácter especial, bajo forma de puntadas, dolor lancinante; en nuestra observación Nº XVI se exacerbaba durante el período mestrual; en todos los casos es poco intenso.

Marcha.—Una vez aparecido, el tumor sigue una marcha más ó menos lenta, en relación sobretodo con su constitución histológica. En la observación XXIII, vemos un cáncer aparecido 2 meses atrás con fenómenos inflamatorios en la mama derecha; al entrar la enferma al Hospital tenía un trayecto fistuloso por donde salía un líquido sero-purulento; casi toda la glándula estaba ocupada por un tumor duro, irregular, poco doloroso á la presión; había numerosos glanglios infartados en el hueco axilar y en la fosa supraclavicular. El exámen histológico del producto de un raspado hecho al través de la fístula, efectuado por el Doctor Dessy, confirma el diagnóstico de carcinoma medular.

Tenemos en esta observación una lesión de dos

meses de existencia, que en este breve término había tomado la glándula toda y el sistema linfático hasta encima de la clavícula; es un caso de los llamados clinicamente, cánceres agudos, que se confuden al principio con una mastitis y que en muy poco tiempo llevan las enfermas á la muerte.

Por el contrario hay enfermas que llevan su cáncer 2, 3, 5 años sin que llegue á tomar un desarrollo notable; esto se ve en los carcinomas que histologicamente se caractizan por un predominio marcado del elemento fibroso sobre el epitelial, esquirros, y en ciertos casos, en los llamados esquirros atróficos las enfermas, por lo general de edad superior á los 50 años, ven su pecho reducirse de volúmen, retraerse considerablemente á consecuencia de un cáncer que llevan durante muchos años, antes que por su generalización les produzca la muerte.

El carcinoma tiene una evolución tanto mas rápida cuanto más jóven sea la enferma, cuanto mas predominio tenga el elemento epitelial en su constitución; la preñez y la lactación son también circunstancias que apresuran su marcha.

Propagación.— La propagación á distancia del carcinoma de la mama se hace por vía sanguínea y por vía linfática; esta última es la que merece practicamente atención principal; es en efecto por los linfáticos que el cáncer en su principio se extiende,

no haciéndolo por los vasos sanguíneos sino cuando estos á su vez han sido tomados.

La metástasis por vía linfática es muy precoz; cuando ni clínica ni macroscopicamente por el examen directo de los ganglios de la región axilar se encuentra en ellos lesión alguna, el examen microscópico puede revelar la existencia de la infección de que son asiento. En el curso de la operación se sacan ganglios al parecer sanos, pero que en realidad ya están tomados. La observación de estos hechos ha traido como consecuencia la indicación operatoria no solo precoz sino que también completa.

Los linfáticos de la mama se dividen en tres grupos; los que nacen en la piel, los que tienen su origen en los espacios linfáticos que están en conexión con el tejido glandular y los que corren paralelamente á los conductos galactóforos; todos estos vasos se dirigen al tejido subcutáneo, comunicando ampliamente entre sí, para formar el plexo sub-areolar, el que da nacimiento á 3 ó 4 troncos que constituyen los vasos aferentes del grupo ganglionar externo del hueco axilar: hay además otros troncos, muchos menos importantes, que constituyen los vasos mamarios internos, los cuales se dirigen hacia adentro, atraviesan los espacios intercostales y de allí van á los ganglios mamarios internos: su orígen parece estar tanto en

la parte interna de la glándula como de los tegumentos que la revisten.

Esto es lo común, pero hay en ciertos casos vasos linfáticos que se dirigen hacia el lado opuesto y van ya sea á la mama, ya sea á los gánglios axilares; en nuestra observación Nº XIV, se trata de una mujer afectada de carcinoma del lado derecho, que se operó extirpándole la mama y vaciando la cavidad axilar de ese lado y que tuvo 8 meses después una recidiva del tumor en el hueco axilar y en la fosa supraclavicular del lado operado, así como también en dichas dos regiones del lado opuesto. El pecho izquierdo estaba indemne. Nuestra observación Nº III es la de una mujer operada en otro Hospital de un carcinoma de la mama derecha en la que se constata una recidiva local y en la que había también metástasis en el pecho izquierdo.

La corriente principal de la linfa va pués, del mamelón al hueco axilar pasando por el cuadrante súpero-externo de la mama; por otro lado hemos visto que en la mitad de los casos observados por nosotros era precisamente en dicho cuadrante que estaba localizado el tumor; ahora bien, es el caso preguntarse si no hay cierta relación entre estos dos hechos perfectamente constatados y si la localización en ese sitio es debida á la dirección de los linfáticos. Es más lógico sin embargo deducir que la existencia de

un tumor en ese cuadrante sea motivo para que la infección de los ganglios axilares se haga de una manera precoz, ó que la extensión del tumor se efectúe en ese sentido, pero no permite explicarnos, con las actuales nociones sobre la etiología y naturaleza del cáncer la frecuencia notable de la localización primitiva del tumor en el cuadrante súpero-externo de la mama.

En algunas observaciones (III-X-XXIII) se ve que están interesados los ganglios supraclaviculares, pero en estos casos no lo están nunca sin que anteriormente haya habido infarto de los gánglios axilares, esto se interpreta en el sentido que la corriente linfática, antes de llegar á aquellos llevando los elementos cancerosos que los infectan ha debido pasar por estos últimos; la adenitis neoplásica de los primeros, es consecutiva á la adenitis neoplásica de los segundos. La existencia de gánglios enfermos en el hueco supraclavicular indica ya un período avanzado en la propagación del neoplasma y por lo tanto, de un modo general, contraindica la operación radical.

Además de esta propagación del carcinoma por vía circulatoria, por metástasis, existe la que se efectúa por extensión local del tumor, de propagación por continuidad; creciendo excéntricamente, el tumor invade los espacios linfáticos, los tejidos vecinos, in-

filtra las papilas del dermis que invadidas por tractos epiteliales dan á la piel el aspecto granuloso parecido al de la cáscara de naraja. Más adelante esta invasión de la piel aumenta; ésta adhiere intimamente formando cuerpo con la superficie del tumor, en unos puntos toma un color rojo lívido, las venas subcutáneas se desarrollan y se hacen varicosas, la piel inflamada se perfora en un punto estrecho que se va ensanchando paulatinamente, otras fisuras análogas se producen, se unen hasta que toda la glándula puede ser el asiento de una vasta ulceración de la que fluye un líquido icoroso, fétido.

Los caracteres de la ulceración varían según las formas del neoplasma; en los blandos, entre los bordes espesos é irregulares hacen saliencia vegetaciones grisáceas ó rojizas muy vascularizadas, que sangran al menor contacto: estas hemorragias cuando son muy frecuentes, son causa poderosa de debilitamiento para las enfermas; en el fondo de la ulceración se ven pedazos de tejido esfacelado. En los carcinomas duros, la ulceración es más tardía, no tan extensa ni á marcha invasora tan rápida, el fondo de la ulceración está ocupado por el tumor duro, que segrega líquido en mucho menos abundancia que en las variedades blandas.

Retracción del mamelón. —El tejido conjuntivo infiltrado se retrae alrededor de los elementos can-

cerosos y se forma así una cicatriz intersticial (Billroth) la que se revela al exterior por la retracción del mamelón, fenómeno contemporáneo á la adherencia á la piel. El mamelón en estos casos se muestra más corto que el del lado opuesto, como hundido en la mama; ejerciendo tracciones en él, no se evagina, lo que muestra que está fuertemente solicitado hacia atrás. En ciertos casos el mamelón ha desaparecido por completo, aspirado, en cierto modo, hácia el interior de la glándula.

Este signo, al que se ha dado por algunos exagerada importancia, considerándolo patognomónico del cáncer, se observa tambien en otras afecciones, tales como la mastitis crónica, en los quistes hidatícos, como hemos tenido oportunidad de ver en varios casos; además no es constante en el carcinoma de la mama, habiéndolo constatado en nuestras observaciones en la proporción de 46.8 °/o.

Adherencias á las partes profundas. — La extensión periférica del tumor produce su adherencia á las partes profundas; al principio el tumor, íntimamente adherido á la glándula, se mueve junto con esta sobre el músculo gran pectoral; más tarde, la infiltración cancerosa de la aponeurosis y fibras de este músculo hace que ya no se pueda aislar el uno de la otra en sus movimientos: el tumor, la glándula y el gran pectoral constituyen una sola masa que

se mueve sin embargo sobre el plano osteomuscular formado por las costillas y músculos intercostales; de aqui que para constatar la adherencia al gran pectoral no hay que imprimir al tumor movimientos dejando el músculo en reposo, porque de este modo el movimiento que ejecuta el músculo sobre el plano osteomuscular podría dar lugar á suponer que el movimiento fuera de la glándula sobre el pectoral mayor; al contrario, poniendo este músculo en contracción y moviendo el tumor en el sentido transversal se verá que el tumor queda inmóvil si hay adherencias entre ambos órganos. Es claro que si esta inmovilidad existe aún con el pectoral en reposo, será debida á la propagación á la pared toráxica.

Generalización.—En su marcha progresiva el cáncer de la mama infecta los gánglios axilares, supraclaviculares y mamarios internos; más adelante, los vasos sanguíneos son invadidos por la degeneración, se ulceran, formando focos hemorrágicos, pero lo que es más importante; los elementos cancerosos penetran en el interior del vaso y arrastrados en la circulación general van á injertarse, infectando los órganos más diversos, pulmón, pleura, hígado, huesos, etc.

Complicaciones.—La adenitis cancerosa de los ganglios del hueco axilar, da lugar á fenómenos compresivos de los vasos del miembro superior; el gru-

po externo de los ganglios axilares, aquel que recibe los vasos linfáticos de la mama, y por consiguiente el que degenera cuando hay un cáncer de esta glándula, formas dos cordones á ambos lados y á lo largo de la vena humeral; cuando aquel hecho sucede el aumento de volumen de estos ganglios que trae aparejado, produce la compresión de la vena, de los nervios y de la arteria; de aqui el edema del miembro superior, edema á veces muy notable como en nuestra observación III; de aqui tambien los dolores tan intensos en todo el brazo con irradiaciones á la espalda, como vemos en esa misma observación.

No queremos dejar pasar en silencio un hecho muy interesante cual es la curación del cáncer de la mama á consecuencia de una infección erisipelatosa del mismo. La observación de un caso de esta naturaleza, que nos ha sido comunicado por el doctor Paulino Pagliere es, en sintesis, la siguiente:

R. B. de O. 50 años, italiana, casada; tiene 4 hijos. En agosto de 1902 se presentó al doctor Pagliere solicitando alivio para una afección que lleva en el pecho izquierdo; decía que desde 5 ó 6 meses notaba un tumorcito que se hizo doloroso al extremo que no podia soportar el corsé. El doctor Pagliere constata la existencia de un tumor del tamaño de una mandarina adherente á la piel; en el hueco axi-

lar correspondiente palpa ganglios infartados; Aconsejada la operación por este facultativo, esta es praticada en el Hospital Italiano por el doctor Sasso el 8 de agosto de 1902, extirpándose la mama y los ganglios del axila; se confirmó el diagnóstico de carcinoma.

La enferma pasa 8 meses bien, transcurridos los cuales nota que en la cicatriz operatoria se habían constituido ulceritas en algunos de los puntos por donde pasaban los hilos de sutura ,6 meses despues hay una vasta ulceración que empieza á hacerse dolorosa, con el fondo recubierto de gruesos brotes malignos, que sangran al menor contacto. Fué vista nuevamente en esa época por el doctor Pagliere que constata la recidiva local del carcinoma y su inoperabilidad. La ulceración fué aumentando de extensión, era el asiendo de fuertes dolores y daba salida á una abundante cantidad de líquido fétido puriforme.

Al año de empezar la recidiva la enferma se ve obligada á guardar cama, por su estado caquéctico, el brazo izquierdo era asiento de un edema notable y de dolores que hacian necesarias las inyecciones de morfina.

En 1904 sobreviene una erisipela, despues de la cual se ven los brotes malignos disminuir de volúmen; las hemorragias á que daban lugar, cesan, los

que están debajo de la piel toman un color amarillento, se ablandan, se reabsorben unos y otros se abren dando salida á una sustancia caseosa: pocos meses despues se repite la infección, la enferma ve desaparecer sus dolores, renace el apetito, aumentó de peso y pudo abandonar la cama donde habia permanecido más de un año. Hasta ahora, la enferma tuvo cuatro erisipelas más.

Vista en Marzo de 1907, se presenta en buen estado de nutrición, no tiene dolores, puede manejar su miembro superior izquierdo (la encontramos cosiendo) en el que persiste, no obstante un notable edema del brazo. En la región de la mama apuntada, existe una superficie irregularmente circular, de 8 centímentros de diámetro, formada por pequeños mamelones recubiertos por una delgada película, y que tienen poca altura, no dan sangre al renovarse la curación. Esta superficie tiene las mismas dimensiones que 2 años atrás tenía la úlcera de recidiva.

No se palpan ganglios en los huecos axilares ni en las fosas supraclaviculares.

Recidiva.—El cáncer de la mama es una afección que recidiva muy frecuentemente después de la operación, tan frecuentemente que se ha discutido la oportunidad de una intervención quirúrgica pero actualmente se han uniformado ya las opiniones, ha-

biéndose demostrado por el estudio de numerosos casos que hay un alargamiento en la vida de las enfermas que han sido sometidas á dicha intervención.

El estudio de las recidivas en esta enfermedad es, fuera de duda, uno de los puntos más interesantes para el cirujano bajo el punto de vista práctico, pero hay que colocarse en especiales condiciones de observación para hacerlo de un modo completo. Es innegable que este estudio solo puede hacerlo así el cirujano que sigue los casos de su clientela particular porque no tiene que luchar con los obstáculos que presenta la observación continuada durante varios años de los enfermos del hospital.

Hemos querido hacer una investigación en ese sentido, respecto á las enfermas operadas en el servicio del Hospital Italiano, pero fracasó casi completamente; una mínima parte respondió á la solicitación, muchas enfermas habían cambiado de domicilio, otras por ignorancia tal vez, no han creído oportuno mandar noticias de su estado como se les pedía, de varias en fin, no se conocía el lugar de residencia, de modo que solo poseemos datos propios muy incompletos para dilucidar tan importante cuestión.

Los autores estan contestes en declarar que la recidiva, en el cáncer de la mama es tanto mas pre-

coz cuanto mas adelantado estaba el tumor, cuanto mas elementos epiteliales entran en su constitución, cuanto mas jóvenes sean las enfermas: esto es poniéndose en igualdad de condiciones operatorias, es decir que las enfermas que se comparan hayan sido operadas por el mismo procedimiento, porque se observa que en las mujeres sometidas á intervenciones precoces y completas la recidiva se efectúa mas tarde y también en puntos lejanos del tumor, en órganos internos, lo que si bien nos demuestra la terrible tenacidad de esta enfermedad y lo poco que deben contar las enfermas con una curación definitiva, aún después de importantes operaciones, no deja de ser un consuelo, moral se entiende para ellas, el ver que el tumor no se reproduce en partes visibles y sí en órganos internos y solo después de algún tiempo.

Conocemos tres casos de recidiva en enfermas operadas en el servicio; en la observación Núm. IV sobrevino una recidiva en la fosa supraclavicular correspondiente 25 meses después de la operación, la región operada y el hueco axilar estaban sanos; en la enferma que constituye la observación XIV, se observó recidiva local, en las fosas supraclaviculares y en las axilas de ambos lados 16 meses después; la operada que forma nuestra observación Núm. XVII observó 10 meses después de la inter-

vención un nódulo indoloro en la cicatriz, á nivel del gran pectoral, este nódulo se extirpó el 5 de Septiembre de 1906 (la operación primitiva tuvo lugar el 9 de Agosto de 1905); actualmente, Marzo de 1907, reingresó con otro nódulo ulcerado también en la cicatriz, adherente al gran pectoral: no se palpan ganglios ni en la axila ni en la fosa supraclavicular.

Tratamiento.—La razón de la cura operatoria del cáncer de la mama se puede fundar en las consideraciones siguientes: 1.º abandonado á si mismo el carcinoma tiene una marcha progresiva y fatal para la vida de las enfermas en un espacio de tiempo que es término medio de 3 años; 2.º la cura médica es completamente ineficaz para detener la enfermedad; 3.º la intervención operatoria, suprimiendo el tumor y haciendo cada vez mas rara la recidiva local y ganglionar, hace que el tumor, en caso de reproducirse, lo haga sobretodo en los órganos internos, la que es una consideración moral, es cierto, pero digna de tenerse en cuenta; 4.º y sobre todo es solo por medio de una operación que se puede *curar* en algunos casos, prolongar considerablente la vida en otros.

Si por medio de una operación tenemos muy pocas probabilidades de curar definitivamente á una enferma y si solo de prolongarle la vida por algunos meses ó por algunos años, debemos hacer correr á esta enferma poco ó ningún peligro debido á la intervención, de-

bemos tener una mortalidad operatoria muy baja para proponer una cura que proporciona los beneficios señalados más arriba; es una regla en cirujía que la gravedad de una operación debe ser compensada con los beneficios que por ella se consiguen.

En nuestras observaciones la mortalidad operatoria ha sido nula; todos los enfermos han curado por primera intención salvo en la observación Nº V, que supuró.

Contraindicaciones.—Así pués, de un modo general, la operación está indicada en el carcinoma de la mama, pero hay casos, y son en su mayoría cuando la enfermedad ha avanzado mucho, en que una intervención no tiene probalidades de éxito, á pesar de la extensión que hay tendencia á darle actualmente.

Las circunstancias que contraindican la operación son: la extensión del tumor á la pared costal; la metástasis en los órganos internos; la existencia de adenopatía cancerosa en la fosa supraclavicular; cuando las glándulas axilares tumefactas é inmóviles han producido el edema del brazo; cuando la enferma está caquéctica. La ulceración del tumor, cuando no media ninguna de estas causas, no es por si misma motivo de abstención.

No todos los autores están de acuerdo respecto á las circustancias que contraindican la operación; algunos no consideran tal la existencia de ganglios

infartados encima de las clavículas; proponen en esos casos resecar la clavícula y extirpar esos ganglios haciendo un vaciamiento como el que se practica en el axila; tampoco lo es la extensión á la pared costal: aquí practican la resección de las costillas interesadas y de una parte de la pleura; en fin otros, no contentos con esto y en el deseo de avanzar en la operación los límites del mal, ejecutan la desartículación de la espalda por un tumor canceroso de la mama.

A propósito de esta lucha realmente encarnizada contra esta grave enfermedad dice Le Dentu: «la cues-
« tión que debe resolver el porvenir es saber si para
« los casos simples los autores de estas graves in-
« tervenciones no han ido más allá de lo que es
« necesario y si para los casos complicados la lucha
« *a outrance* ofrece probabilidades de éxito».

Es muy interesante seguir la evolución que ha sufrido la intervención en esta enfermedad en relación á los conocimientos sobre su propagación; á medida que se completaba el estudio de las vías linfáticas y el de las recidivas, iban también haciéndose progresos en el sentido operatorio. Se comenzó por sacar el nódulo carcinomatoso; cuando se estudiaron los linfáticos, su orígen y su trayecto, se modificó la operación extirpando la piel junto con la glándula mamaria y practicando el vaciamien-

to del hueco axilar; era la operación clásica; luego se vió que los linfáticos van en la superficie del músculo gran pectoral caminando en el tejido celular del borde inferior de este músculo para llegar al axila: el tratamiento operatorio aprevechó estas nociones agregando á la operación anterior la extirpación de la aponéurosis y fibras superficiales de este músculo y la del pequeño pectoral; más tarde, considerando que hay vasos linfáticos que acompañan los ramos perforantes de las arterias mamarias interna y externa, toráxica superior é intercostales, ramas que vienen todas de atrás hácia adelante atravesando el gran pectoral y unicamente su porción inferior ó external, se procedió á sacar todo este segmento de músculo; luego el músculo todo entero, á lo que se agregó la extirpación completa del pequeño pectoral; los linfáticos siguen los nervios en su trayecto, entonces se extirpan los nervios y de este modo se efectúan operaciones cada día más extensas, cada vez más graves que estarían autorizados si después de todo se estuviera seguro de curar radicalmente las enfermas, pero quedan los órganos internos, entre otros los glanglios mamarios internos, el pulmón y la pleura, cuya infección proviene de las vías linfáticas y cuya integridad es difícil apreciar.

Supongamos un tumor con adenopatías en la fosa

supraclavicular y en el que se quiere avanzar en la operación los límites del mal ¿hasta donde vá á llegar el cirujano que piensa hacer el vaciamiento de esta fosa? sabe si ese ganglio que deja está sano? debe entonces extirpar todos los ganglios del cuello?

La cirujía tiene sus exigencias, quiere una operación adecuada al fin que se propone; los autores de las extensas operaciones mencionadas, en sus estadísticas señalan solo una recidiva local y regional menor, un tiempo de curación aparente más largo que en los métodos anteriores y una proporción mayor de casos cuya curación se ha mantenido 3 años pero aún así ¿cómo nos explicamos las estadísticas por ejemplo, de Kocher, en la que de 8 carcinomas de la mama operados por simple extirpación del nódulo, 6, es decir el 75 % estaban exentos de recidiva al cabo de 3 años?

Lo importante es seguramente operar en seguida que se nota el tumor. Las operaciones, en los casos cuyo estudio constituye el material para esta tésis, han sido efectuadas de acuerdo con estas ideas.

Procedimiento operatorio. — Describiremos la técnica operatoria seguida por el Doctor Repetto en las operaciones practicadas en su servicio del Hospital Italiano.

Se pone el brazo en abducción de modo que forme con el tronco un ángulo muy abierto. La incisión cutánea tiene la forma de una raqueta en el interior de la cual se comprende casi toda la glándula y cuya cola, que se prolonga hácia arriba y afuera, llega al vértice del axila; se disecan los bordes de la herida dejando adherida á la glándula toda la grasa que se puede y se va así hasta alcanzar los límites de esta; llegando á la aponéurosis del gran pectoral se extirpa junto con las fibras más superficiales de este músculo: se levanta el borde inferior del pectoral mayor y por debajo se quita el tejido celular que está entre él y el pequeño pectoral, así como el borde inferior de éste; se desprende así toda la glándula y las partes vecinas en una sola masa que se levanta hácia afuera, llegando en esta operación hasta el axila; una vez aquí se diseca cuidadosamente la vena axilar, poniendo especial atención en extirpar no solo los ganglios sino también todo el tejido celular que los engloba, junto con los vasos linfáticos; se termina limpiando la pared posterior del axila; de este modo se saca en una sola pieza piel, glándula, tejido celular, muscular y ganglios; se examina luego la parte súpero-externa de esta vasta herida con el objeto de no dejar ningún ganglio que hubiera pasado desapercibido.

La hemostasia, que se llevó á cabo provisoriamen-

te con pinzas durante la operación, se hace difinitiva por la torsión de los vasos más pequeños y ligadura con catgut de los de mayor calibre; la hemorragia en napa del tejido muscular seccionado, se cohibe por medio de grandes gasas empapadas en agua caliente que se interponen en la herida al mismo tiempo que se hace compresión. En la pared posterior del hueco axilar se practica una apertura por punción con bisturí de adentro hacia fuera y en la misma dirección se hace pasar por ella una gasa; se sutura totalmente la herida operatoria con puntos separados de crin, se saca la gasa de la contraapertura y por ella se introduce un corto y grueso tubo de drenage de vidrio, se coloca una espesa capa de gasa y algodón esterelizados, sobretodo en el hueco axilar; el vendaje se practica ejerciendo una compresión bastante fuerte. A los 3 dias se quita el tubo de drenage; á los 7, los puntos de sutura; todos ellos si no ha debido ejercerse demasiada tracción para afrontar los labios de la herida, dejando algunos en el caso contrario.

A veces la sutura de la herida se ha difícil por la gran porción de piel que ha debido extirparse junto con la mama; en estos casos se diseca la piel de ambos lados lo que puede bastar para que alcance: no hay que temer ejercer una fuerte tracción; en el caso que no alcance la piel, se recurre á ope-

raciones plásticas ó se deja así no más acercando hasta donde se pueda, no olvidando sin embargo que es más ventajoso proceder á la reunión inmediata tanto por lo que respecta al tiempo que emplea luego en curar del todo la herida, cuanto por la posibilidad que en ese tejido cicatricial recidive el tumor

La operación que hemos descrito se practicó en 13 casos; esa operación complementada con la estirpación de la aponeurosis y algunas fibras del gran serrato, en la observación Nº I; con la resección de parte del gran dorsal en la Nº VII; del manojo esternal del gran pectoral y el pequeño pectoral en las IX y XIX; con la exisión del mismo manojo del gran pectoral y el borde inferior del pequeño en la Nº XX; son en todo 18 intervenciones; en los otros 7 casos el tumor era inoperable por su estado avanzado; de estos, 3 se sometieron á la acción de los rayos X no habiéndose notado mejoría apreciable.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN N. I

G. R. casada, 43 años; ingresó el 30 de Julio de 1903.

Diagnóstico: Carcinoma ulcerado de la mama izquierda.

Hace 4 años notó un pequeño endurecimiento en la mama izquierda; hace 18 meses se formó en ese sitio una colección purulenta que fué abierta persistiendo un trayecto fistuloso; la mama se presenta aumentada de volúmen, en la parte externa del mamelón hay una ulceración que descansa sobre un tumor duro, del tamaño de una naranja, y que según la enferma no ha aumentado desde que se incindió; hay infarto ganglionar en el axila doloroso desde un mes atrás.

Operación: praticada el 2 de agosto por el doc-

tor Repetto. Extipación de la glandula, aponéurosis y fibras superficiales de los músculos pectorales mayor y menor, de la aponéurosis y fíbras superficiales de la parte anterior del gran serrato, vaciamiento de la cavidad axilar, sutura completa previa movilización de la piel, contrapertura y drenage. El 9 de agosto se quitan los puntos; la herida operatoria está reunida por primera intención.

OBSERVACIÓN N. II

M. S. viuda; 74 años, ingresó el 2 de enero de 1904 con un carcinoma ulcerado de la mama izquierda, localizado en el cuadrante súpero—externo. (De esta enferma no se poseen mas datos porque pasó á otro servico).

OBSERVACIÓN N. III

A. M. viuda; 39 años; ingresó el 22 de abril de 1904.

Diagnóstico: recidiva local de un carcinoma de la mama derecha: carcinoma de la mama izquierda.

Hace un año fué operada en el Hospital Rivada-

via de un tumor de la mama derecha, extirpándole la misma y vaciándole la cavidad axilar.

Ingresa á este Hospital en un estado de denutrición muy marcado, con un edema pronunciadísimo del brazo izquierdo; la cicatriz operatoria es el asiento, en varios puntos, de ulceraciones neoplásicas; en el pecho del lado izquierdo, hay un tumor que ocupa toda la glándula, tumor ulcerado, con destrucción del mamelon, que da salida á un líquido fétido, icoroso. El brazo edematoso es asiento de fuertes dolores contínuos, con irradiaciones á la espalda; ganglios en ambos huecos axilares y supraclaviculares.

El estado avanzado de la enfermedad, contraindicó la intervención:

Esta mujer murió el 19 de Junio, es decir 2 meses después de su entrada al Hospital; en la autopsia se encontraron metástasis en los ganglios peribrónquicos.

OBSERVACIÓN N.º IV

F. B. casada, 39 años; ingresa el 28 de Abril de 1904.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama izquierda, localizado en la parte superior de la misma.

Hace dos meses empezó á notar una dureza en la mama izquierda, acompañada de dolores punzantes é intermitentes y que ha llegado á tomar casi toda la glándula; la piel está intimamente adherida al tumor, el mamelón retraído, no hay salida de líquido por éste.—En el axila correspondiente se palpa un ganglio del tamaño de una almendra, móvil é indoloro.

Operación. — El 30 de Abril de 1904. Doctor Repetto. Técnica descrita, curación *per primam.*

Reingresa el 24 de Mayo de 1906; la cicatriz operatoria en buenas condiciones, no hay recidiva local. El borde inferior del pectoral está endurecido y espesado; en la fosa supra-clavicular se palpan ganglios degenerados, que forman una masa dura y adherente á las partes profundas.

La enferma abandona el servicio al poco tiempo.

OBSERVACIÓN N.° V

O. S., 44 años, casada, ingresa el 3 de Mayo de 1904.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama derecha, interno.

La enfermedad data de 3 meses; desde entonces

siente dolores breves, lancinantes en la región enferma, la que poco á poco ha aumentado de volúmen, actualmente es más grande que la izquierda; hay retracción del mamelón; piel adherente al tumor. La palpación permite sentir un tumor duro, indoloro, sin adherencias al músculo subyacente; ganglios axilares infartados.

Operación.—El 6 de Mayo por el Doctor Sisinni; técnica descrita: la herida operatoria supuró y la enferma abandona el Hospital el 9 de Junio aún no totalmente curada.

OBSERVACIÓN N.º VI

A. B., 47 años, casado: el 9 de Mayo de 1904 ingresa al servicio.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama derecha, localizado al mamelón.

Hace 10 meses sintió una sensación de quemadura en el mamelón derecho, que desapareció expontaneamente á los pocos días: hace 6 meses en el mismo punto se encontró un nodulito indolente, que fué creciendo hasta alcanzar el tamaño de una avellana, movil debajo de la piel; hay infartos ganglionares en el áxila del mismo lado.

Operación.—12 Mayo, Doctor Repetto; técnica descrita, curación *per primam.*

OBSERVACIÓN VII

M. Ch. soltera: ingresó el 12 de Junio de 1904.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama izquierda, súpero-interno.

Hace un mes notó un tumorcito del tamaño de una avellana, en el pecho izquierdo, cuadrante súpero-interno. En el momento actual tiene las dimensiones de una gruesa nuez-indoloro expontaneamente, un poco doloroso á la presión; no se palpan ganglios axilares.

Operación.—14 de Junio, doctor Repetto: Extirpación completa de la mama, grasa y ganglios del axila, parte del gran pectoral y borde del gran dorsal-sutura completa, contraapertura y drenage.

El tumor al corte es muy duro, color blanco gris; en los ganglios axilares, pequeños y duros, hay metástasis centrales.

OBSERVACIÓN VIII

C. J. italiano; ingresó el 25 de Julio de 1904.

Diagnóstico.—Carcinoma difuso de la mama derecha. Comenzó hace 9 meses con un pequeño tu-

bérculo indoloro. En la fecha de entrada del enfermo, la areola y el mamelón han desaparecido completamente, ocupados por una masa dura, negruzca, alrededor de la cual se notan tubérculos separados por espacios de piel sana: los ganglios accesibles axilares, supraclaviculares, inguinales, etc., están aumentados de volumen, indoloros á á la presión, móviles debajo de la piel.

El enfermo se sometió al tratamiento por los rayos X, pero al poco tiempo abandonó el Hospital en iguales condiciones.

OBSERVACIÓN IX

L. M. 40 años, casada, ingresó el 19 de Agosto de 1904.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama izquierda, súpero-externo.

2 años atrás se dió cuenta de una tumefacción del tamaño de una nuez en la mama izquierda, que fué creciendo sin producir más transtornos á la enferma, que algunos dolores lancinantes en la región donde tiene su asiento. La mama izquierda está aumentada de volumen; en su parte súpero-externa se ve una proeminencia, la red venosa de esta región está muy

marcada: A la palpación se encuentra una gruesa tumefacción del tamaño de una naranja, de consistenlapídea, movible sobre el músculo gran pectoral; la piel le está íntimamente adherida: su superficie es irregular, hay ganglios infectados en el axila.

Operación.—El 22 de Agosto, practicada por el doctor Repetto. Extirpación de la glándula, de la porción esternal del gran pectoral y de el pequeño pectoral; vaciamiento del hueco axilar: sutura contra-apertura y drenage. Curación *per primam.*

OBSERVACIÓN X

A. S. 40 años, casada: entra el 14 de Setiembre de 1904.

Diagnóstico.— Carcinoma de la mama izquierda, súpero-externo, con adenopatias axilar y supraclavicular.

Hace 11 meses, después de haber destetado un hijito, notó en la región súpero-externa del pecho izquierdo, un tumor duro, del tamaño de una nuez: éste, muy aumentado de volumen, piel enrojecida en su parte súpero-externa, mamelón invaginado; palpando se nota un tumor del tamaño de una cabeza de feto, duro, con ancha baae que no tiene adhe-

rencias á los tejidos subyacentes; los ganglios axilares forman una sola masa; en la fosa supraclavicular hay ganglios aumentados de volumen.

Este carcinoma no se operó por su estado avanzado.

OBSERVACIÓN XI

D. C. 40 años, soltera, ingresa el 27 de Octubre de 1904.

Diagnóstico: carcinoma de la mama izquierda, supero-externo.

Hace cerca de 13 meses notó la presencia de un tumor en la mama izquierda, indolente, de consistencia dura.

Estado actual: enferma enflaquecida, con tinte pálido amarillento, aspecto caquéctico. La mama izquierda se presenta tumefacta en masa, de color rojo-pardo; el mamelón está circundado por costras no muy adherentes. La palpación hace notar un tumor duro; la piel intimamente adherida á toda su superficie; hay adherencias al pectoral mayor.

En el hueco axilar y en la fosa supraclavicular, hay ganglios infectados.

Esta enferma se somete á los rayos X.

OBSERVACIÓN XII

A. G. 48 años, cadada; ingresó el 11 de Marzo de 1905.

Diagnóstico: carcinoma de la mama derecha, supero-externo.

Hace 9 meses notó una tumefacción del tamaño de una avellana en el cuadrante supero externo de la mama derecha. La parte externa de la piel de la mama está enrojecida, el pezón retraído á modo de ombligo. Palpando se encuentra un tumor del tamaño de una cabeza de feto, de consistencia muy dura, movible sobre los planos musculares subyacentes; no se notan infartos ganglionares en el hueco axilar ni en la fosa supraclavicular,

Operación: el 18 de Marzo, Dr. Granata: técnica descrita, curación *per primam*.

OBSERVACIÓN XIII

A. G. 34 años, casada; entró el 14 de Marzo de 1905.

Diagnóstico: Carcinoma de la mama derecha, externo.

Hace 4 meses nota en la mitad lateral externa de

la mama derecha un pequeño nódulo duro, que ha ido creciendo de tal modo, que actualmente tiene el tamaño de un puño de adulto, de consistencia dura; la piel está poco adherida y tampoco hay adherentes al pectoral mayor. Hay retracción del mamelón y ganglios en el axila.

Operación: el 14 de Marzo, Dr. Repetto, técnica descrita; curación *per primam*.

OBSERVACIÓN XIV

C. B. 41 años, casada. entró el 20 de Abril de 1905.

Diagnóstico: Carcinoma de la mama derecha, súpero externo.

Dice la enferma que en la región súpero externa de la mama derecha, notó 2 meses antes un nódulo que actualmente tiene las dimensiones de una mandarina, duro; la piel está adherida, el pezón retraido. Hay infarto ganglionares en el axila correspondiente.

Operación: 22 de Abril; Dr. Granata: técnica descrita, curación *per primam*.

Esta enferma volvió al Hospital el 11 de Agosto de 1906 con recidiva local y adenitis cancerosa en las regiones axilares y supraclaviculares de los dos lados: se sometió un tiempo á la cura por los rayos X.

OBSERVACIÓN XV

M. B. 60 años, viuda, ingresó el 21 de Abril de 1905.

Diagnóstico: Carcinoma de la mama derecha, supero externo.

Hace año y medio se dió cuenta que era portadora de un tumor del tamaño de una avellana; actualmente tiene el tamaño de un puño; la piel roja y tensa adhiere al tumor. hay infarto ganglionar en el hueco axilar.

Operación: el 25 de Abril, Dr. Repetto. Técnica descrita; curación *per primam.*

OBSERVACIÓN N. XVI

S. de S. 47 años, casada: entró el 29 de julio de 1905

Hace 8 meses notó un tumorcito del tamaño de una nuez que era el asiento de dolores lancinantes é intermitentes, mas intensos durante los períodos mentruales. *Estado actual*: en la mama derecha se palpa un tumor del tamaño de un puño, adherente á la piel la que no se puede plegar, no hay retrac-

ción del mamelón. La glándula es movible sobre el músculo; en el hueco axilar se palpa un ganglio del tamaño de una avellana, no hay adenitis supraclavicular.

La enferma no acepta la intervención que se le propuso.

OBSERVACIÓN N. XVII

R. R. 39 año, casada, ingresó el 7 de agosto de 1905.

Diagnóstico: Carcinoma de la mama izquierda, súpero externo. Nódulo de mastitis crónica en la mama derecha·

Hace 14 años tuvo una mastitis puerperal derecha, hace 1 año se dió cuenta de la existencia de un nódulo del tamaño de una avellana, situado en el cuadrante súpero — externo de la mama izquierda, indoloro; 2 meses después se formó otro nodulito debajo del primero.

Estado actual: el nódulo primeramente apareci-do, tiene en la actualidad las dimensiones de un huevo de gallina, adhiere á la glándula y á la piel; el otro nódulo es más pequeños y móvil; hay adenopatias en el hueco axilar.

Operación: el 9 de agosto, Dr. Repetto: técnica descrita: curación por primera intención.

Reingresó el 31 de agosto de 1906 con un nódulo neoplásico indoloro en la cicatriz, situado al nivel del borde del gran pectoral: se extirpó el nódulo el 5 de setiembre.

Actualmente (marzo de 1907) vuelve la enferma con otro nódulo ulcerado, también en la cicatriz adherente al gran pectoral; no hay nada en el axila ni en la fosa supraclavicular.

OBSERVACIÓN N.º XVIII

C. B., 59 años, soltera; ingresó el 8 de Agosto de 1905.

Diagnóstico: Carcinoma de la mama izquierda, súpero-externo.

De 10 meses atrás se sabe portadora de un nódulo indoloro en el cuadrante súpero externo del pecho izquierdo. Actualmente es un tumor del tamaño de una mandarina adhiere á la piel que se muestra muy roja, delgada, casi ulcerada. El tumor se puede mover sobre el plano muscular subyacente. Hay ganglios infartados en el axila.

Operación: 10 de Agosto; Dr. Repetto; técnica descrita, curación *per primam.*

OBSERVACIÓN N.º XIX

T. G., 37 años casada: entró al servicio el 24 de Agosto de 1905.

Diagnóstico: carcinoma ulcerado de la mama derecha, parte superior.

Hace un año que se notó una dureza encima y en cercanías del pezón, este pequeño nódulo, indoloro, ha aumentado de volúmen, la piel se enrojeció, se adelgazó y se ha ulcerado hacen 2 meses, actualmente la mama derecha se muestra disminuida de tamaño con relación á la izquierda que está en plena función secretoria; el pezón se muestra muy retraído y umbilicado; por encima de él hay una ulceración de fondo blanco y bordes espesados y enrojecidos; palpando se nota una dureza que toma toda la glándula, la que está adherida al gran pectoral; hay adenopatía axilar.

Operación: el 27 de Agosto, Dr. Repetto: extirpación de toda la glándula, del manojo esternal del gran pectoral, del pequeño pectoral; vaciamiento del hueco axilar, sutura completa, contraapertura y drenage.

El 4 de Setiembre se quitan los puntos; la herida operatoria se encuentra reunida por primera intención.

OBSERVACIÓN N.º XX

A. M. 36 años, casada; ingresó el 22 de Enero de 1906.

Diagnóstico: Carcinoma vegetante ulcerado de la mama izquierda, supero externo.

Se apercibió de la existencia de un tumorcito situado en el cuadrante supero externo de la mama izquierda hace 1 año, que fue creciendo y se ulceró hacen 4 meses: actualmente el tumor ocupa toda la glándula, tiene el tamaño de un huevo de avestruz, duro, indolente á la presión, adherido al gran pectonal; su superficie presenta una ulceración de unos 7 centímetros de diámetro, que da salida á un líquido sero-sanguinolento; hay ganglios infectados en el axila izquierdo.

Operación: 26 de Enero, Dr. Repetto: extirpación de la glándula mamaria, de una parte del gran pectoral y del borde inferior del pequeño: extirpación de toda la grasa y ganglios del hueco axilar, sutura completa y contraapertura.

El dia 2 de Febrero se sacan los puntos; curación *per primam.*

OBSERVACIÓN N.º XXI

J. B., 40 años, casada; ingresó el 22 de Enero de 1906.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama izquierda, supero interno 9 meses atrás sintió un tumor del tamaño de una avellana en el cuadrante supero interno del pecho izquierdo, indoloro; otro tumorcito se le apareció en el hueco axilar 2 meses atrás. En el momento de su entrada al Hospital, tenía una ligera tumefacción en ese sitio, la piel está normal, no muy adherente; el tumor es de consistencia dura, indoloro, del tamaño de un huevo de gallina; forma cuerpo con la glándula pero se mueve junto con esta sobre el gran pectoral; hay un ganglio del tamaño de una nuez en el hueco axilar, además de otros más pequeños, el mamelón no está retraído.

Operación.—El 23 de Enero, practicada por el Doctor Repetto, técnica descrita; curación *per primam.*

OBSERVACIÓN N.º XXII

A. B., casada; entró el 1º de Marzo de 1906.

Diagnóstico. — Carcimona de la mama derecha, infero-externo.

Notó un tumor en el segmento infero-externo del pecho derecho hace 8 meses, tumor que paulatinamente ha ido aumentando de volúmen sin producir ningún trastorno hasta alcanzar las dimensiones de una gruesa naranja.

Su consistencia es muy dura; su superficie es irregular con nódulos pequeños, adhiere á la glándula pero no al músculo pectoral mayor; la piel que lo recubre está relativamente libre. En el hueco axilar derecho se palpan algunos ganglios aumentados de volúmen. La mama está en plena función secretoria, habiendo dado la mujer á luz hace 1 año.

Operación.—15 de Marzo, Doctor Repetto: técnica descrita, curación por primera intención.

OBSERVACIÓN N.º XXIII

R. C. 37 años, casada; ingresa el 3 de Abril de 1906.

Diagnóstico.—Carcinoma medular ulcerado de la mama derecha.

Hace 2 meses tuvo una inflamación de la mama derecha que se puso roja y voluminosa, se abrió debajo del pectoral dando salida á un poco de pus.

Estado actual. — La enferma está embarazada; ligera retracción del mamelón; la piel de la mama tiene el aspecto de cáscara de naranja y se ven nódulos de color rosa pálido, lustrosos. Bajo el borde del pectoral, hay una fístula circundada por nódulos. A la palpación se siente una dureza profun-

da, que está en correspondencia con la fístula; es adherente al músculo, se sienten también nódulos duros, de tamaño de un poroto esparcidos en la glándula y en la piel; Se palpan ganglios en el hueco axilar y en la fosa supraclavicular.

La enferma tiene tos, sudores nocturnos y esputos purulentos; hay rales en el vértice derecho y en la parte anterior al nivel de la mama; en los esputos no hay bacilos de Koch.

El exámen histológico de producto sacado con una cureta á través de la fístula, hecho por el Doctor Dessy confirma el diagnóstico de carcinoma medular.

El estado avanzado de la enfermedad contraindica la operación.

OBSERVACIÓN N.º XXIV

C. V., 38 años, casada; ingresó el 30 de Mayo de 1906.

Diagnóstico.—Carcinoma de la mama izquierda, súpero-externo.

Hace 3 meses notó un primer nodulito; poco tiempo después aparecen otros, ligeramente dolorosos, dolor que se manifiesta bajo forma de puntadas, de ligeros lancetazos.

Actualmente hay: ligera retracción del mamelón, adherencia de la piel al tumor: palpando se notan bajo la piel varios nódulos duros, que retraen los tejidos vecinos y parecen seguir los linfáticos por debajo del borde inferior del gran pectoral hasta el áxila, donde también se palpan algunos ganglios infartados. La mujer está grávida de 2 meses.

Operación. – 5 de Junio, Doctor Repetto; técnica descrita; curación *per primam.* La enferma abortó 2 días después de la operación, siendo necesario practicarle un raspado uterino el día 12 de Junio.

OBSERVACIÓN N.º XXV

C. V., 60 años, casada; ingresó el 24 de Octubre de 1906.

Diagnóstico.—Carcimona de la mama izquierda, infero interno.

Hace 1 año notó una pequeña dureza en la mama izquierda, poco dolorosa y de una manera intermitente; ahora tiene las dimensiones de una naranja, duro é indoloro á la presión, pero es el asiento de dolores expontáneos: la piel que lo recubre es poco adherente, salvo en el mamelón, está un poco

enrojecida y vascularizada; no hay adenitis en el axila.

Operación.—El 26 de Octubre, Doctor Repetto; técnica descrita, consecuencias operatorias normales.

JUAN E. GEMESIO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

¿Cual es el procedimiento más ventajoso en la estirpación de la mama?

El sistema linfatico de la mama.

¿Es posible hacer una estirpación completa y una limpieza exacta con la axila conservando los musculos pectorales mayor y menor.

Buenos Aires, Marzo 28 de 1907.

Nómbrase al señor Consejero doctor Antonio Gandolfo, al profesor titular doctor Pascual Palma y al profesor suplente doctor Avelino Gutierrez, para que constituidos en Comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 1705 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.