



Dir. A. P. G. C.
Año 1916

Nº. 3195

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Contribución al estudio
de tumores de mama
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OCTAVIO A. PALADINI

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Italiano, años 1913-14-15-16



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1916



Contribución al estudio de tumores de mama

Y SU TRATAMIENTO



Año 1916

N.º. 3195

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Contribución al estudio
de tumores de mama
Y SU TRATAMIENTO

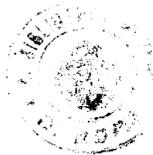
..
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OCTAVIO A. PALADINI

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Italiano, años 1913-14-15-16



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1916

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

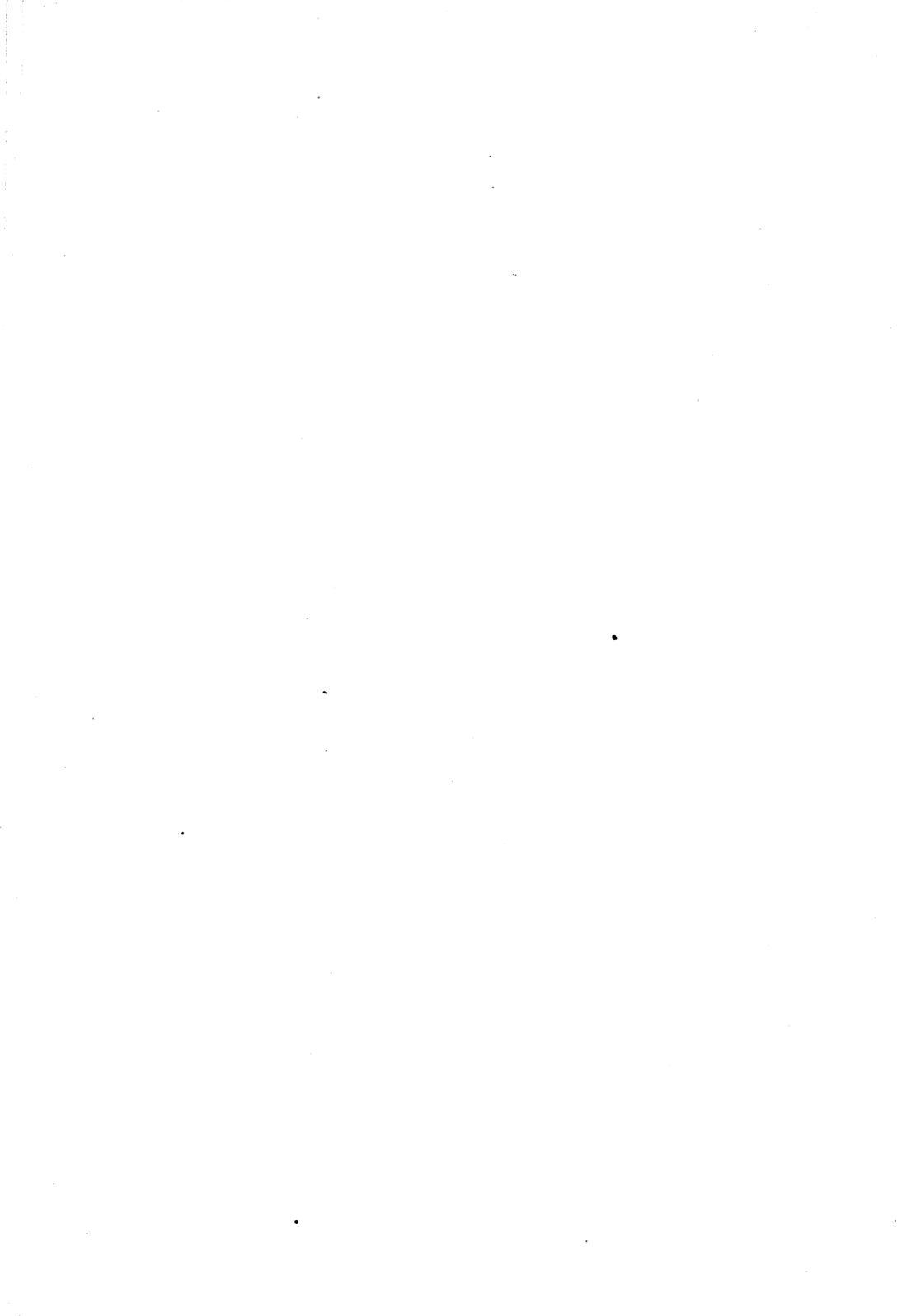
Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES,
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SIGARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

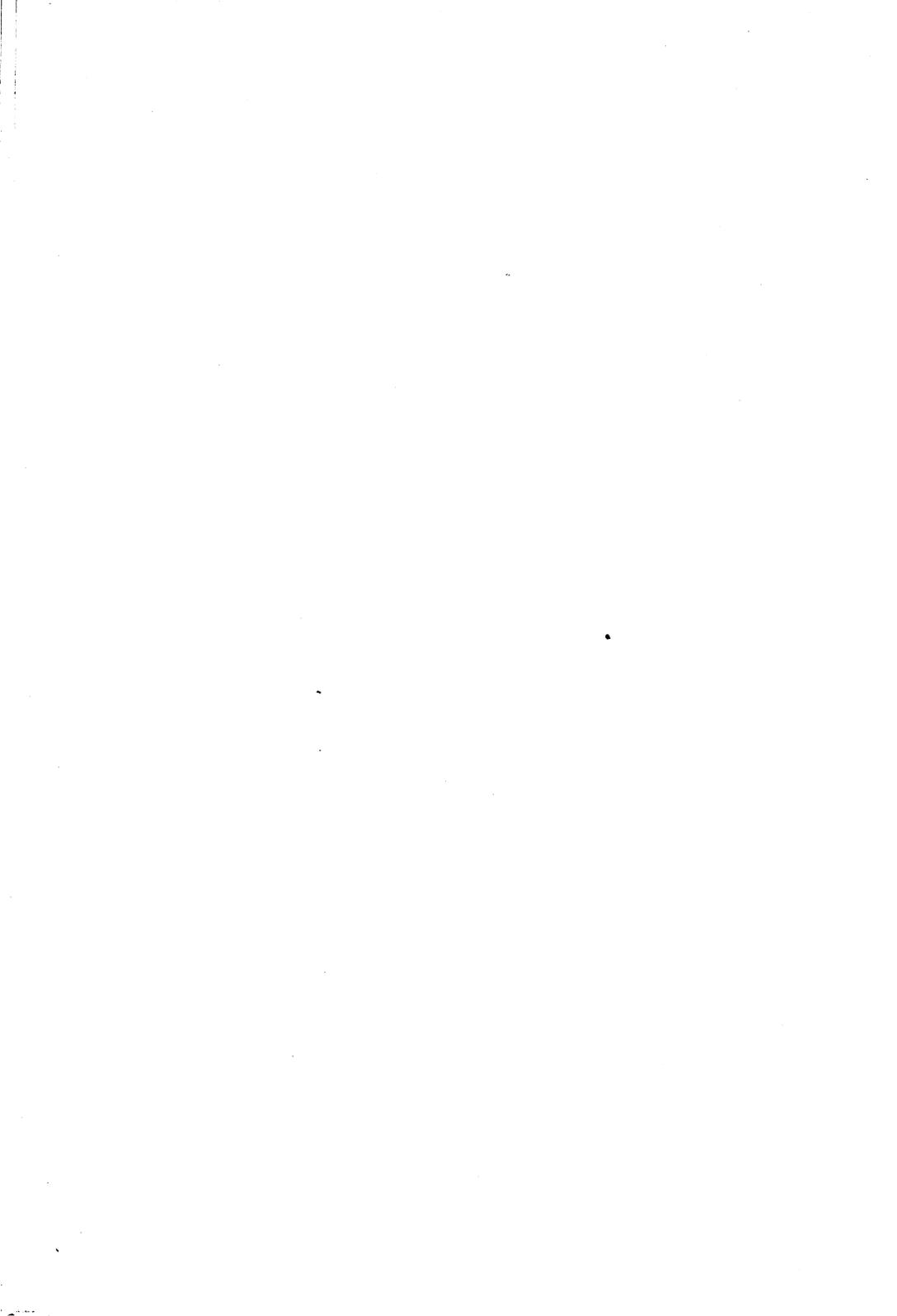
Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUITROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Facultad).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

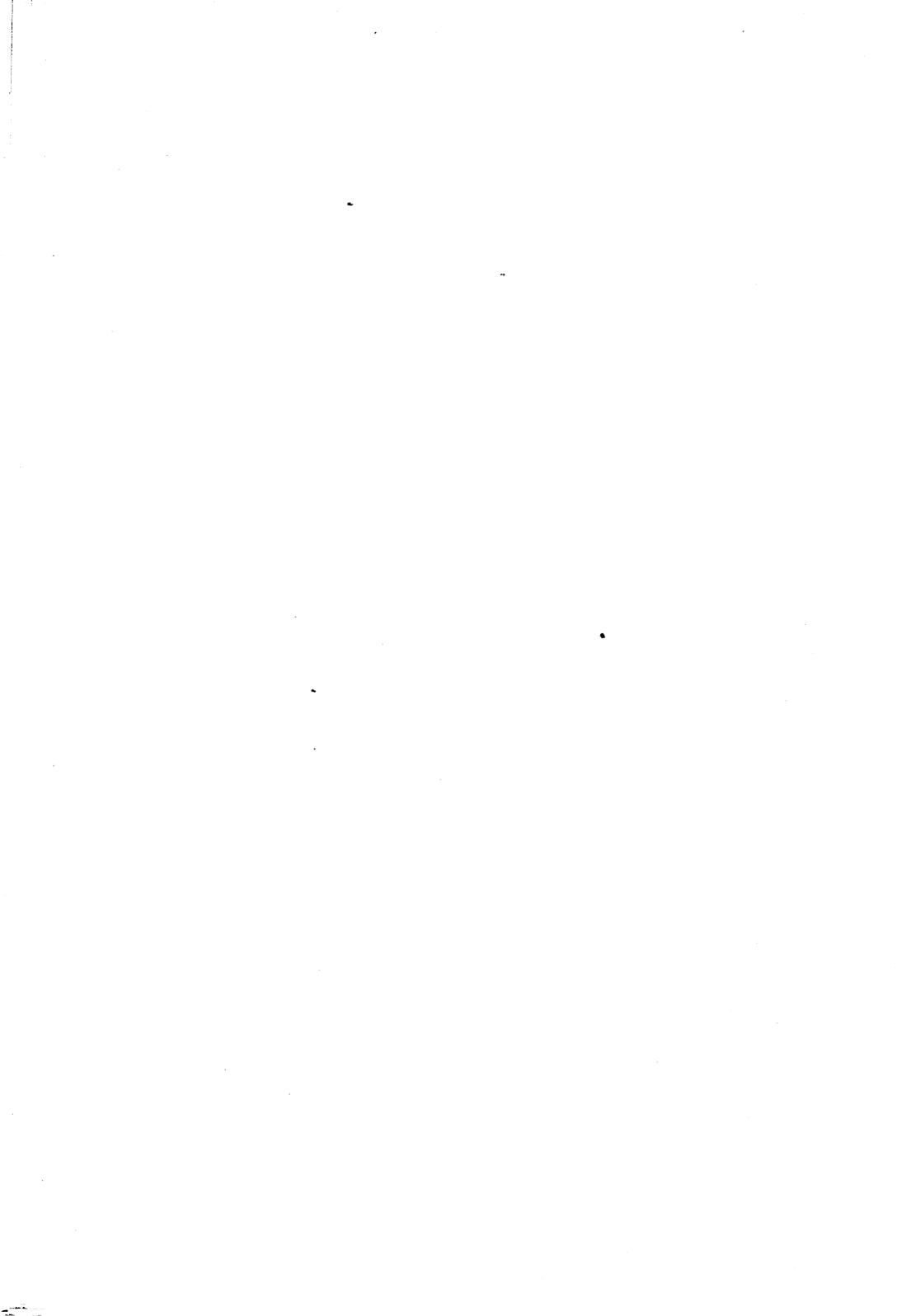
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

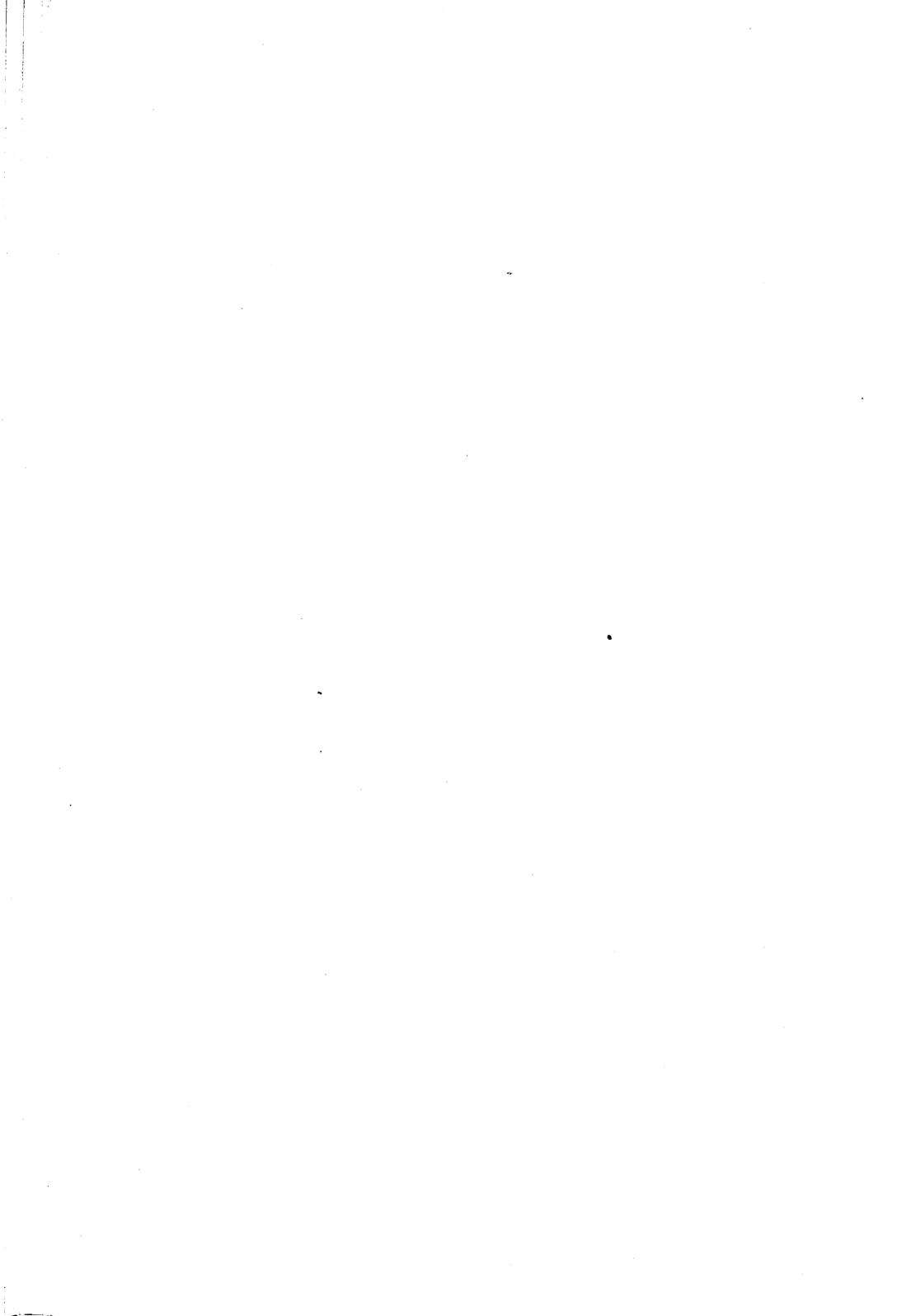
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifiligráfica	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-uritarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS .
	» JOSÉ A. ESTEVES
» Neurológica	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Obstétrica.....	» ANGEL M. CENTENO
» Pediátrica	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clinica Ginecológica	



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

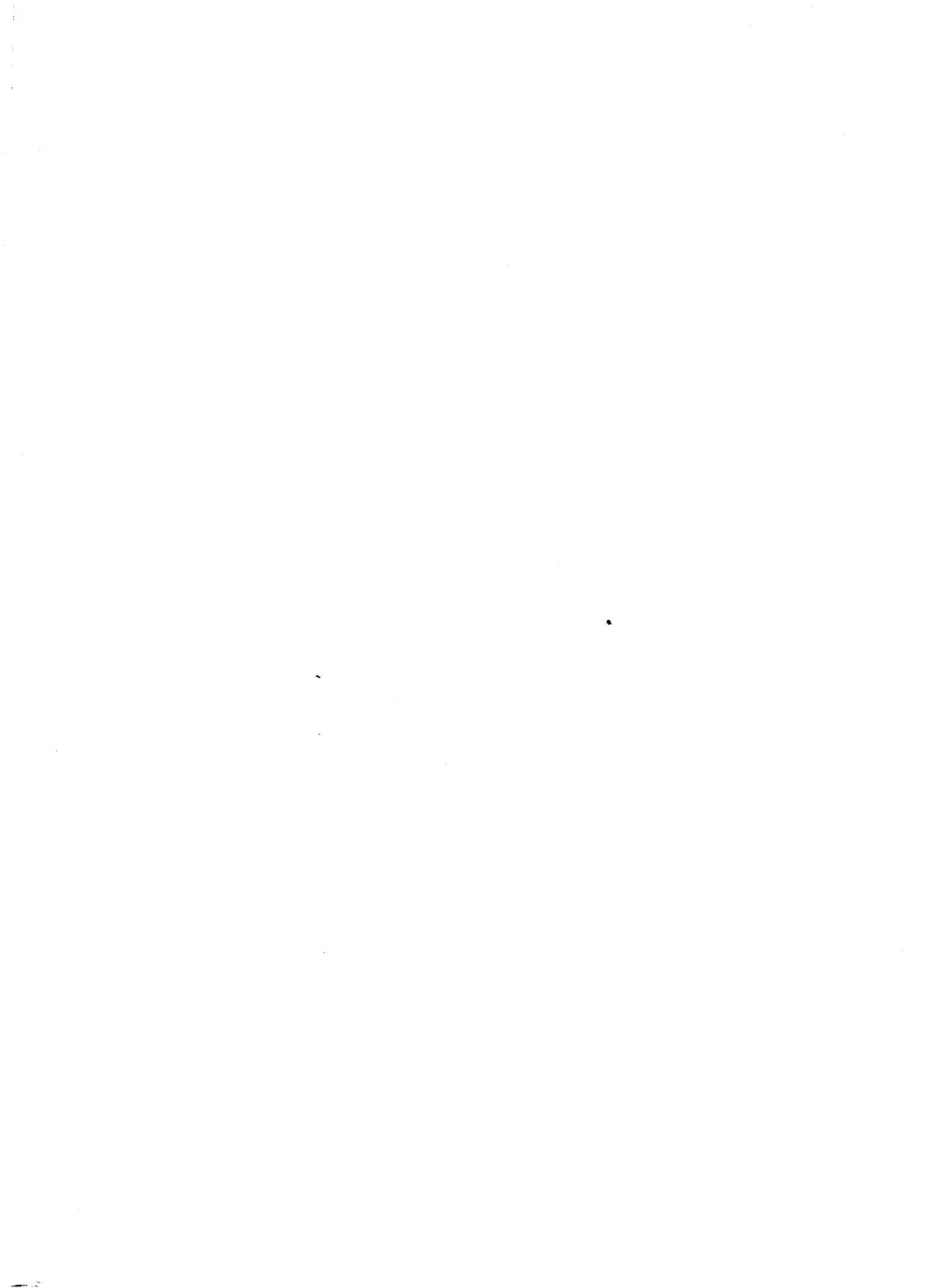
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLEMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	» BENJAMIN GALARCE
Química Biológica.....	» FELIPE A. JUSTO
Higiene Médica.....	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía patológica.....	» ALFREDO VITON
Materia médica y terapéutica.....	» JOAQUIN LLAMBÍAS
Medicina operatoria.....	» ANGEL H. ROFFO
Patología externa.....	» JOSE MORENO
	» ENRIQUE FROCCHIETTO
	» CARLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELPORT LUGONES
	» NICOLAS V. GRECO
	» PEDRO L. BALINA
Olinica dermato-sifilográfica.....	» JOAQUIN NIN COSADAS
» Génito urinaria.....	» FERNANDO R. TORRES
» epidemiológica.....	» FRANCISCO DESTEFANO
» oftalmológica.....	» ANTONINO MARCO DEL PONT
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA (en ejerce.)
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAGUI
	» LEONIDAS JOSE FACIO
	» PABLO M. PARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLE
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAFFORI
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BELLERICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. ASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JEAN R. GOEKNA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUNA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONQUE
	» JEAN B. GONZALEZ
	» JEAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JEAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUIN V. GNKCCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO VODESTA
Medicina legal.....	



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. 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 farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	} SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica	
Química inorgánica	} » ANGEL SABATINI » EMILIO M. FIGRES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

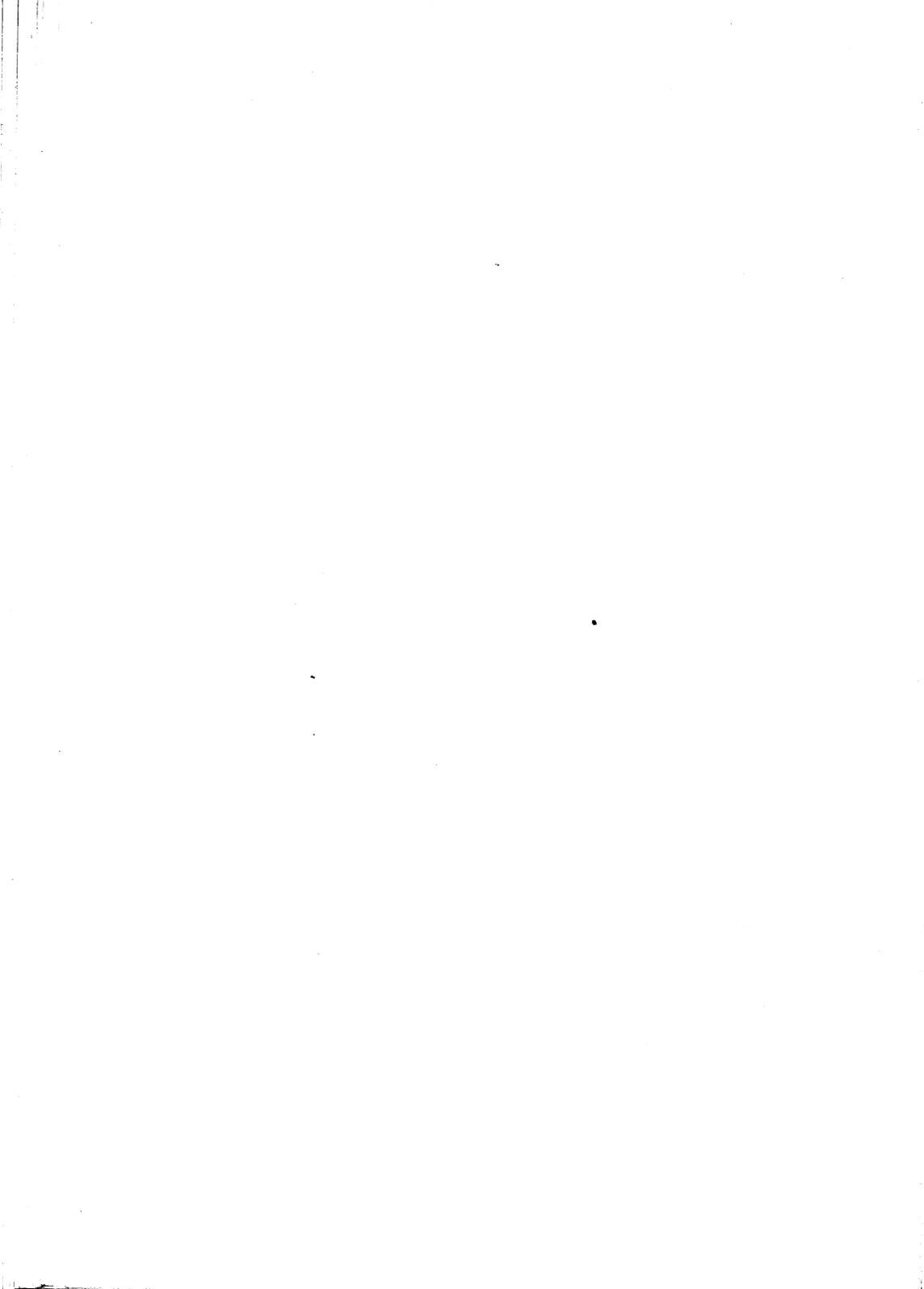
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

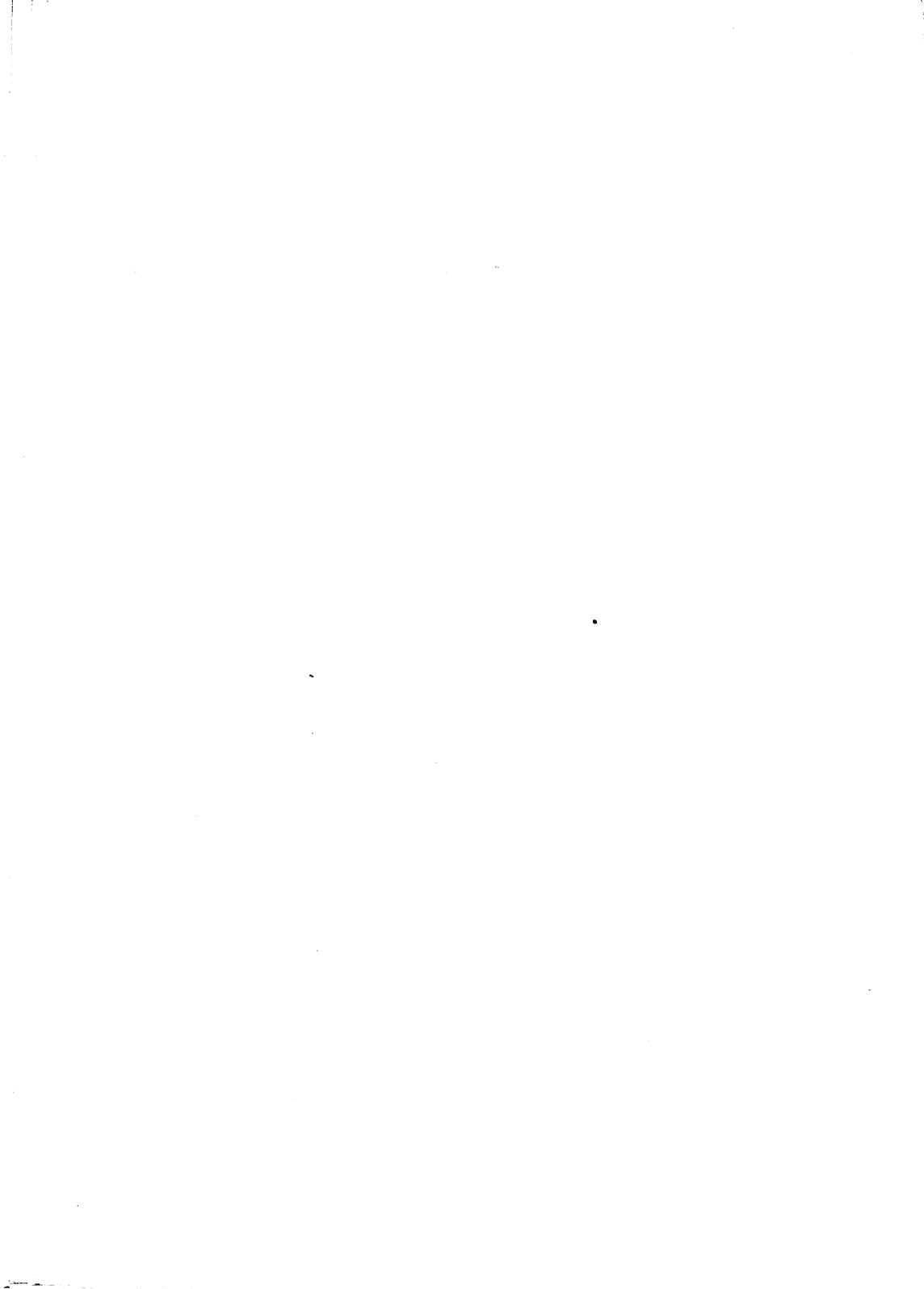
Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LBÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

- DR. ALEJANDRO CABANNE (3^{er} año)
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN U. CARREA (Protesis)

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR LUIS LENZI



A MIS PADRES

A MIS HERMANOS



A LOS DOCTORES

SALVADOR MARINO

CARLOS ROSASCO

RAÚL PINI



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración, este modesto trabajo que si bien es cierto no introduce ninguna idea nueva dentro del estado actual de los conocimientos sobre tratamiento de tumores; pero contribuye a consolidar el criterio, de la curabilidad de este proceso por medio del tratamiento quirúrgico. Sobre este tópico se han escrito algunas monografías y tesis nacionales entre los cuales debo citar a Carlos Edo, Jemesio Juan, Luis Busto y Santiago Costa.

Al dejar las aulas universitarias, templo en el cual ha vivificado mi mente, con ideales humanitarios al amparo de grandes maestros, permitidme que deje constancia del más sincero agradecimiento para todos los profesores, que de

acuerdo con criterio complejo han sabido dirigirme durante mi carrera en una corriente altamente conciente.

Al Dr. Luis Lenzi por el alto honor que me dispensa al apadrinarme en este acto, mi afectuoso agradecimiento.

Un recuerdo sincero para mis maestros Doctores Aráoz Alfaro y Francisco Sicardi de los cuales he recibido sabias lecciones y nobles consejos que han de ser mi guía, en el ejercicio de mi profesión.

A todos los Médicos del Hospital Italiano, donde he actuado durante algunos años, mi eterno reconocimiento y especialmente para el Dr. José Caliguri que me ha dirigido sabiamente en mi práctica hospitalaria.

A mis compañeros de Hospital, mi amistad sincera.

CAPITULO I

Introducción e Historia

El interés que ha estimulado a los diferentes autores tanto antiguos como modernos, interviniendo en el estudio, sobre neoplasmas de mamas, ha sido por la relativa facilidad en la investigación clínica, debida a su posición topográfica, como también a su frecuencia y alto porcentaje de las formas malignas, hasta el punto que en épocas pasadas, trataron los estudiosos de considerar fatalmente malignos los tumores localizados en esta glándula.

Fabricio de Acquapendente, escribía en su libro primero, capítulo XXX de los tumores no naturales: «el cáncer puede tener origen en todas las partes del cuerpo». Sin embargo, según la opinión de Paolo y de Celso, es más frecuente en la mama de la mujer. Chelius y Boyer han

dedicado al estudio de la glándula una exposición segura, haciendo notar como este órgano, se encontraba predispuesto al Escirro.

A una tal frecuencia, índice de los escasos conocimientos sobre el neoplasma de los otros órganos, especialmente cavitarios, no se puede atribuir el mismo valor, desde el momento que la investigación patológica y clínica han podido escoger más serenamente y colocar el neoplasma mamario en su verdadero lugar, en lo que se refiere a su frecuencia, con relación al neoplasma de los demás órganos.

Es necesario tener presente que los tumores de mama, es un proceso común y que la accesibilidad, el examen clínico y la relativa facilidad de la intervención quirúrgica, nos ha proporcionado una rica literatura científica, de la cual una se refiere a la patología de la glándula y la otra al estudio de los tumores en general.

En el pasado, la expresión de Escirro o cáncer de la mama, comprendía otros tumores que no tenían relación con el epiteloma, hoy que la anatomía patológica, ha establecido el valor y la naturaleza de los elementos que la constituyen, la variedad inmensa de tomores de mama tiende a clasificarse dentro del tejido o elemento que la constituye.

Es verdad, que una clasificación que respon-

da a los modernos conceptos de oncología no ha sido propuesta, comprendiendo todo aquello que se relacione con un criterio clínico y anatómopatológico. Por esta razón y dada esta doble exigencia, difícilmente se podrá llegar a un acuerdo, respecto a la situación del neoplasma, desde el momento que el resultado de la investigación histológica se encuentra en conflicto con la apreciación clínica; hasta el punto que Delvet, dice, que tumores benignos y los genuinamente malignos, caracterizados clínicamente, pertenecen histológicamente a tumores que tienen en unos casos, semejanza con los primeros y en otros con los segundos.



La glándula mamaria, forma dos saliencias colocadas simétricamente, sobre la pared anterior de tórax.

De origen ectodérmico, interviene en su desarrollo embriogénico, como elementos constitutivos en vía de evolución, dos puntos mamilares, residuo de la línea mamaria, la que se encuentra formada, por el espesamiento del cuerpo mucoso de Malpighi y que va en el embrión, de la raíz, del arco superior (axila) hacia el arco inferior (inguinal).

Estas líneas presentan ramificaciones ovales

independientes en un principio, reuniéndose después en un punto epitelial, constituyendo el indicado punto mamilar.

En íntima relación con esta evolución, la epidermis, forma una depresión en la cual toman parte, todas sus capas (constituyendo el campo glandular de Huss); de la parte profunda de esta, germinan botones llenos que se infiltran en las capas cutáneas más profundas, se ramifican y se dividen en todo sentido, formando una serie de lóbulos glandulares aislados uno de otro en toda la extensión del campo, abriéndose después cada uno por cuenta propia.

Es necesario recordar la configuración exterior, aunque sea sumariamente del órgano, el cual cumple una función tan importante en la vida de la mujer; sea desde el punto de vista fisiológico, como desde el aspecto de su patología.

Situada en la parte anterior y superior del tórax, una a la izquierda y la otra a la derecha del esternón, por delante del músculo pectoral, en el espacio comprendido entre la tercera costilla y la séptima, este órgano se presenta por lo general, bajo una forma esférica de límite superior poco manifiesto y cuyo límite inferior forma un surco (denominado surco sub-mamario):

con una cara plana que reposa sobre el tórax y otra curva; subcutánea, en el centro de la cual existe una saliencia en forma de gran papila. En cuanto a su forma es muy variada dentro de tres tipos que son lo general cónica, periforme, aplastada.

Profundamente, ésta, se encuentra reposando sobre músculos y su aponeurosis y separada de estos por una fascia superficial propia, que algunas veces adhiere a la aponeurosis y otras se encuentra separada por una capa de conectivo laxo (serosa retromamaria de Chassaignac) que permite a este órgano extensos movimientos.

La cara anterior, cutánea presenta una región central llamada aréola de 10 a 15 milímetros de diámetro, situada en la parte más prominente, de coloración más o menos obscura, cubierta de pequeñas elevaciones, (10 a 20) denominada tubérculos de Morgagni según los anatomistas (de Montgomery según los obstétricos) y que se encuentra constituida por glándulas sebáceas que han adquirido un desarrollo especial.

Del centro de la aréola se desprende el pezón, de dimensiones variables, terminando en una convexidad; siendo en algunos casos retraído. En el extremo de estos terminan los conductos galactóforos en número de 12 a 20, constituyendo el área cribosa del pezón.

En el nacimiento y en la infancia, la glándula se encuentra en un estado rudimentario, en cuanto a su desarrollo; aumentando notablemente durante la pubertad, llegando en poco tiempo a su completa evolución.

Histología

Es necesario para el estudio de los tumores de mama, tener presente los datos histológicos más importantes.

La glándula mamaria, es una típica glándula arracimada. De acuerdo con la evolución embriogénica, indicada anteriormente; aquellos brotes sólidos que se dirigen hacia el estrato cutáneo profundo, que se desarrollan y ramifican por cuenta propia, debemos admitir concordantes con estas ideas, que se trata de glándulas independientes. Estos son reconocidos con el nombre de lóbulos, en número de 15 a 20.

Cada uno de estos lóbulos se encuentra provisto de un conducto excretor; el canal galactóforo que por debajo del pezón presenta una dilatación fusiforme, atravesando el pezón por un orificio redondeado en la cúpula de éste, por encima de la cual se encuentra el área cribosa.

El lóbulo se encuentra constituido de lobulillos, con su respectivo conducto excretor, desembocando en el conducto galactóforo del lado correspondiente.

Estos lóbulos o acinís de los franceses, se encuentran constituidos de un número variable de acinís o fondos de sacos, representado por pequeñas masas esféricas o fusiformes, cuyo diámetro alcanza a 130 o 150 micro, cada uno provisto de un pequeño conducto que termina en el canal común.

Histológicamente el canal excretor se compone de dos estratos, uno externo y otro interno; el primero formado de conectivo mixto, a fibras elásticas, reconocible hasta su desembocadura en cada lóbulo, derivándose del rectículo elástico del dermis; el segundo estrato, formado de células epiteliales dispuestas en un único orden y separadas de la capa conectiva mediante una membrana basal hialina, bastante sutil. La célula epitelial es perfectamente prismática (aunque erróneamente considerada como cilíndrica) (15—20 micro) se hacen cúbicas en los conductos menores hasta ser aproximadamente aplana-da al llegar a los acinís; pero siempre reposando y reconocible la membrana limitante.

Sobre este punto, es bueno recordar que Lacroix, establecía que la membrana hialina y los

elementos epiteliales de los acinís, se encuentran en la célula ramificados y anastomosados, formando un rectículo continuo (célula en canatos) semejante aquellas, descripta por Ball, en la glándula lacrimal, por Hermann, Ranvier, y Kollicker para la glándula sudorípera; por Tartúferi para la glándula de Moll, atribuyendo a estos elementos una importancia general en íntima relación con la función secretoria.

Tal elemento ha sido estudiado por Langer, por Sinety, Stheimuns Benda y Duclert; pero a pesar de esto, no se ha resuelto la función fisiológica, quedando todavía incertidumbre en lo que respecta al proceso patológico.

El tejido de sostén, bastante denso, formado de gruesos fasículos, ondulado en los espacios interlobular, siendo de menor desarrollo en el intertercio de los mismos, por presentar adherencias laxas en el interior del lóbulo o en los espacios interacinosos (conectivo interacinoso), donde tienen curso los canales linfáticos y capilares sanguíneos.

Al mismo tiempo, hay que recordar, la presencia de conectivo joven, alrededor de los acinís y de los canaliculos, no solo por el hecho, que según Billroth, es destinado a favorecer la ampliación de los acinís y la evolución del sistema vascular, cuando la glándula entra en su ac-

tividad; sino también por la intervención de cierta importancia en la evolución de la forma neoplásica conectival y los procesos inflamatorios crónicos de la glándula.



La piel que recubre la glándula, no ofrece ninguna particularidad que sea digna de mención, salvo la piel de la areola; siendo ésta muy fina, fuertemente pigmentada y no reposa sobre capa adiposa. Su cara profunda se encuentra provista de una capa de fibras musculares lisas, constituyendo el músculo de la aréola; del cual la parte mayor forma la parte circular concéntrica a la base del pezón; siendo la parte menor, la cara dispuesta en sentido rodeado entrecruzándose con la anterior.

Estas fibras musculares se insertan en la profundidad del dermis y su contracción arruga la piel de la aréola en pliegues circulares; comprime la base del pezón y hace que éste sea prominente hacia adelante, constituyendo el telotismo de Duval.

Este mecanismo tiene su acción durante el amamantamiento, sobre los canales galactóforos vecinos a su desembocadura. Se encuentra también en esta región, glándulas sudoríferas, colocadas entre la piel y la capa circular, y glándu-

las sebáceas, situadas en las intimidades del dermis, que durante el embarazo se hipertrofian para formar los llamados tubérculos Montgomery.

La piel del pezón es muy sutil, desprovista de glándulas sudoríferas; pero si de glándulas sebáceas, y con su músculo papilar que ejerce su acción durante el amamantamiento.

En cuanto a la nutrición de la glándula, se efectúa por medio de arterias, venas y linfáticos.

Las arterias tienen el origen siguiente: 1.º mamaria interna, arteria principal que se distribuye en la región súpero-interna de la glándula; 2.º mamaria externa o torácica superior que derrama su sangre en la región súpero-externa; 3.º las intercostales, muy delgadas penetran por la parte posterior de la glándula. Estas arterias se anastomosan en el tejido adiposo, formando la red perimamaria; de la cual parten hacia la profundidad de la glándula, pequeños vasos, penetrando en su espesor y distribuyéndose en todos los intersticios, intralobular e interlobular, terminando en una red capilar alrededor de cada acini.

Las venas forman una análoga red perimamaria, la cual se encuentra dispuesta bajo la aréola en un sistema circular más o menos completo, denominado círculo venoso de Haller. Tal red comunica con la del cuello en la parte superior,

con la del abdomen y las emisarias, siguiendo después el curso de las arterias.

La distribución de los linfáticos, tiene interés, de acuerdo con cierta teoría, que le atribuye un papel importante en la propagación neoplásica, Estos pueden dividirse en varios grupos.

Al sistema de hendidura indicado (Waldeyer, Rolesnikoff, Creightón, Lable y Coyne); siguen los canales linfáticos que forman alrededor del lóbulo una primera red (red lobular).

Los ramos de ésta, se reparten y se reúnen en una segunda red por debajo de la aréola, constituida de canales voluminosos, denominada subaréolar, en la cual desembocan los canales cutáneos. De esta red se originan dos gruesos ramos (algunas veces tres o cuatro) que se dirigen a la axila, recorriendo el margen inferior del gran pectoral, lo circunda, y desemboca en el hueco axilar, terminando en un grupo de ganglios, situados en la parte inferior del ángulo, formado por el encuentro de este músculo y el gran dentado.

Los troncos linfáticos indicados, forman el grupo principal; del segmento medial de la glándula se originan los linfáticos mamarios medianos, que atraviesan la extremidad anterior de los espacios intercostales, para terminar en los ganglios que circundan los basos mamarios internos.

Los linfáticos retromamarios, tienen origen en

la cara profunda de la glándula; algunos corren por debajo de la fascia del gran pectoral y desembocan en los ganglios de la axila; otros perforan el gran pectoral, dirigiéndose entre este y el pequeño, para terminar en los ganglios sub-claviculares.

Los nervios de la glándula se originan del 2.º, 3.º, 4.º, 5.º y 6.º intercostal, del ramo supra-clavicular; plexo cervical y ramos torácicos del plexo braquial.



No es un misterio que la glándula mamaria, después de cumplir su período funcional, entre durante la menopausis en pleno proceso de atrofia; en íntima relación con los otros órganos cuya fisiología se encuentra ligada al proceso de generación. Especialmente la célula secretoria en su mayor parte tiende a desaparecer, reduciendo el volumen de la glándula, cuando el parénquima no ha sido substituido por tejido adiposo.

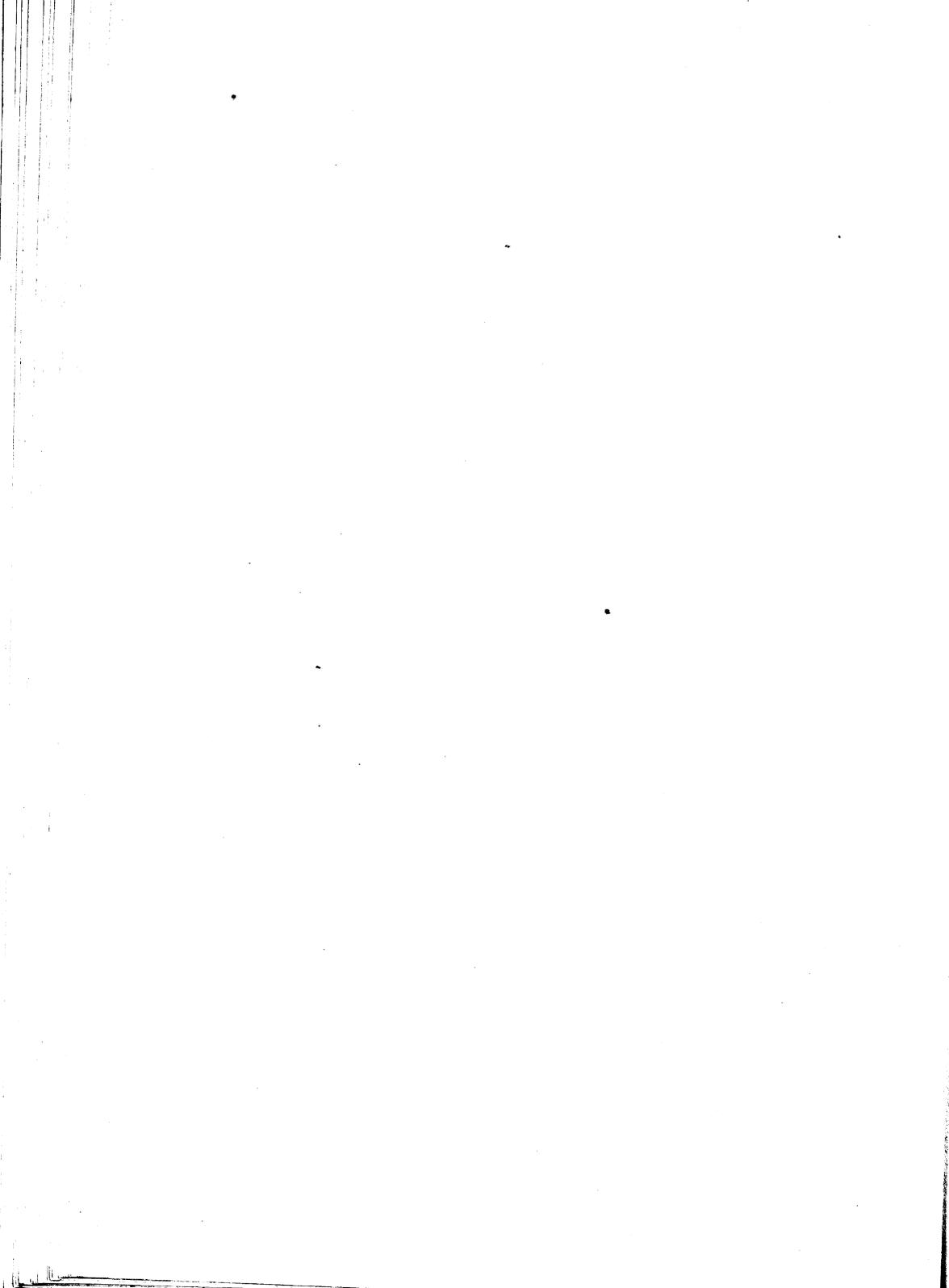
Persisten los conductos galactóforos, pero muy estrechados; como también quedan como residuo, por algún tiempo los acinís; encontrándose reducidos a pocos elementos atróficos, desorientados y aprisionados por tejido esclerótico. Asimismo el conectivo laxo pariacinosos, es substituido por un tipo de conectivo adulto. Estos fenómenos

constituyen la involución senil de la glándula.

Es necesario tener siempre presente, la constitución anatómica de la glándula, especialmente en lo que caracteriza las relaciones entre el parénquima y el tejido de sostén; como es interesante recordar las profundas modificaciones que sufre en su ciclo fisiológico desde la pubertad a la vejez. Ningún otro órgano de la economía se modifica tan profundamente; hecho éste muy importante cuando se trata de buscar una explicación, a la fuerte reacción que el parénquima y el estroma ofrece a los procesos inflamatorios comunes, crónico y específico o de naturaleza de un todo especial, como asimismo a la frecuencia de la forma neoplásica en general y a la facilidad que estas inflamaciones neoplásicas benignas, pueden dar lugar en un momento etiológico especial a la evolución del tumor con carácter de malignidad.

Sin tratar de estudiar en esta tesis la enorme cantidad de procesos agudos, que se originan dentro del tejido de esta glándula y dado el interés clínico que nos ofrece, no sería lícito trazar una descripción un tanto superficial e incompleta. Solo tendremos en cuenta aquellos procesos que, desarrollándose en el tejido parenquimal o de sostén invadiéndola parcial o totalmente y que en estos últimos tiempos ha sido objeto de in-

teresantes discusiones y especialmente en lo que se relaciona con la hiperplasia e hipertrofia parcial o total de los elementos celulares; que según algunos es el principio de pasaje entre la inflamación crónica y el proceso neoplásico y que según otros es considerado como un estado predisponente a la evolución neoplásica.



CAPITULO II

Anatomía patológica

Los tumores benignos, que ocupan un lugar predominante por su frecuencia y por la importancia que ofrece su evolución, hacia procesos neoplásicos malignos, son el adenoma puro, Fibro-adenoma y Fibroma, de los cuales el primero y el tercero se discuten su individualidad anatómica, siendo considerados como diferentes estados evolutivos de un mismo proceso, el Fibroadenoma.

Adenoma.—El adenoma puro, es una forma neoplásica bastante rara. Para Menestier el tipo de adenoma puro, representa (la enfermedad quística de Reclús) y lo considera como una metamorfosis adenomatosa de la glándula mamaria. Cornil comprende bajo el nombre de adenoma, el neoplasma formado únicamente de una hiperplasia

de los elementos glandulares epiteliales, acompañado de dilatación y multiplicación en los fondos de saco, colocándolos entre las formas raras por no haber observado un solo ejemplar; otros autores subdividen el adenoma en un tipo acinoso y otro lobulado. El primero, se observa al corte numerosos acinís mamarios, más o menos típicos con conducto excretor más o menos dilatado y en el segundo se presenta bajo una serie de cavidades en forma de tubos dilatados, revestido de epitelio prismático; en uno y en otro el tejido conectivo pariancinoso y perilobular, es desarrollado y recuerda por sus caracteres histológicos, aquel que contenía el elemento glandular normal.

Kauffmann, considera el adenoma puro, constituido de lóbulos grises-rosáceos, granulosos, sobre el área de sección semejando al lóbulo del parénquima pancreático, bien limitado y haciendo saliencia del tejido sano de modo que se distingue, por estos caracteres de la simple hiperplasia. En estas condiciones pueden resultar pequeños adenomas de los lóbulos, de desigual tamaño, circundado de tejido conectivo; más voluminosos, muestran una distribución más homogenea, de constitución epitelial en todo el neoplasma, diferenciándose del tejido normal, por no reproducir el aspecto lobular. Con estos caracte-

res, el adenoma sería muy raro; pero si se considera a este como una neoformación del acinís y del lóbulo sin límites netos de separación con el tejido normal, el adenoma mamario es muy frecuente.

Algunas veces la glándula afecta, especialmente de Fibroadenoma y otras veces de mastitis crónica y de epiteloma atípico, se observan restos de tejido, en el cual se distinguen lóbulos, regularmente dispuestos y constituidos de un número variable de acinís, diferenciándose poco del tejido normal; pero estos signos se confunden gradualmente, con el tejido fibromatoso, presentando en algunos pasajes, alteraciones que pueden estar en relación con este tejido.

En la distribución de los elementos neoformados del adenoma, se puede encontrar una semejanza con el fibroadenoma; pero se diferencian por la estructura y la disposición del tejido de sostén y por otra parte la semejanza, confirma que este órgano, tiene sus propios neoplasmas del cual se puede establecer el origen, teniendo en cuenta sus caracteres estructurales.

En estas condiciones, se debe admitir que esta forma neoplásica, existe, en diferente estado de evolución; ya sea formado el adenoma puro o en un estado en que los caracteres histológicos se acercan a la formación del adeno-fibroma;

pues así lo prueban nuestras observaciones clínicas.

Adeno-Fibroma. — Esta forma neoplásica, forma una entidad patológica, tan común, que decir tumor benigno del seno, es sinónimo de adenofibroma. Forman un grupo bien distinto del punto de vista clínico, dice Delvet, pero muy difícil de definirlo desde el punto de vista histológico.

Son tumores que adquieren un gran tamaño; únicos y múltiples, teniendo en estos casos dimensiones menores.

Delvet admite que pueden encontrarse la variedad más diversa. Cornil clasifica el adenofibroma, en dos variedades: El adenofibroma masivo y el adenofibroma papilar o vegetante, otros autores agregan a esta división el adenofibroma quístico.

A esto, agrega el profesor Morangoni, que la subdivisión propuesta por Cornil, puede ser aceptada; pero hay que reconocer con Delvet, que el examen histológico revela con facilidad, que este tumor perteneciente en apariencia a un único tipo, corresponde a una variedad muy diversa, de modo que tal subdivisión vale más que la otra, porque son muy pocos los casos, que en el curso de su evolución conservan su individualidad. Así tenemos que en unos casos hay predominio de tejido parenquimal y en otros resulta tejido co-

nectival y en algunos casos al primero, puede agregársele la dilatación quística de los acinís y lóbulos, como producciones puramente epiteliales y para el segundo la formación más o menos grandes de botones conectivales, haciendo prominencia en el interior de la cavidad, semejan-do un fibro adenoma papilar. Debemos tener presente que en muchos casos el tumor no es circunscripto y se confunde con el tejido normal de la glándula, en donde existen alteraciones, que se confunden con un adeno fibroma difuso, entre los cuales se encuentran nódulos completamente encapsulados.

De acuerdo con este criterio, opinamos que las formas más comunes, se encuentran dentro de la clasificación de Cornil, siendo las más frecuentes dentro de la clínica y de examen anatómo-patológico y que merece ser estudiado separadamente, admitiendo también, que estas formas son diferentes estados evolutivos de un mismo proceso de neoformación, respondiendo al predominio del conectivo o del glandular. Que el adeno fibroma masivo puede ser circunscripto y separado del tejido circundante por una cápsula. Esta cápsula es formada de láminas concéntricas a la superficie del neoplasma y en gran cantidad de granulación. Al corete produce un ruido que depende de la cantidad de conectivo. Ver observaciones chicas.

Entonces, el elemento conectivo es el predominante. Al examen histológico, es un tumor de aspecto lobulado; se observan al centro los lóbulos y los lobulillos glandulares, agrupados y ramificados alrededor de un conducto excretor, ligeramente hiperplasiado y en relación a las dimensiones de los elementos glandulares al estado de reposo; pero siendo muy reducido el espacio en la constitución del lobulillo del tumor. Alrededor de esto se observa los estratos concéntricos, de tejido conectivo fibroso, denso; formando con cada lóbulo una especie de masa fibrosa de centro glandular. Todos estos lóbulos son reunidos por una masa fibrosa menos densa, resultando una aglomeración de fibromas concéntricos; dentro de este tipo que es el más general se encuentra el adeno fibroma papilar y adeno fibroma quístico.

El adeno fibroma papilífero, es bastante común. El tejido glandular blanco e indurado, ofrece acinís voluminosos. Sobre un corte, estos lóbulos, muestran en su centro intersticios o lagunas llenas, por papilas o vellosidades visibles a simple vista. La sección según un trayecto longitudinal en dirección de un canalículo galactóforo, muestra un intersticio alargado, sinuoso; cuyos bordes se encuentran cubiertos de vegetacio-

nes. Estas hendiduras son largas y profundas y el tumor parece irregularmente recortado.

Al microscopio, según Cornil, estas vegetaciones son formadas por tejido fibroso, originado, de tejido conjuntivo vecino, son irregulares paralelas entre sí, algunas veces ramificadas, más o menos largas, espesas y fibrosas. Estas papilas se encuentran cubiertas de células epiteliales. Los intersticios que existen entre ellos, conducen a los acinís glandulares.

En la parte profunda de estos intersticios interpapilares, existe una zona periférica de fondo de saco glandular muy numeroso. En los conductos galactóforos, se encuentran un proceso de irritación y multiplicación de los elementos de tejido conjuntivo; determinando la formación de vegetaciones en toda su superficie.

Las células son prismáticas y cilíndricas, provistas de núcleos, dispuestas en dos o muchas capas. Las células superficiales son largas, voluminosas en vía de descamación; las células profundas son cilíndricas, sufriendo las células descamadas, la degeneración mucosa.

Cornil distingue tres variedades: 1.º a base de un tejido inflamatorio, 2.º formada por tejido fibroso y 3.º por tejido mucoso.

El adeno fibroma quístico se encuentra formado: 1.º una gran cantidad de tejido conjuntivo,

fasiculado, en medio del cual se encuentran acinís glandularès má o menos hipertrofiados. Los unos son pequeoñs, quísticos, encontrándose en el tejido conjuntivo que envuelve los fondos de sacos, células hipertrofiadas debido a la inflamación de los acinís. 2.º En otros casos, se observan conductos galactóforos dilatados y transformados en quistes, más o menos voluminosos. Con un fuerte aumento las células contenidas en el fondo de sacos, se aproximan a las formas cilíndricas, las cuales han aumentado en números.

Los ganglios presentan una inflamación crónica.

Epitelioma. — Uno de los neoplasmas mamarios, más importante por su frecuencia y caracterizado por la evolución neoplásica del elemento epitelial, es sin duda el epitelioma.

Las diferentes estadísticas comprueban, palpablemente la frecuencia de esta variedad, al mismo tiempo que nos dan a conocer una especial malignidad, hasta el punto, que la intervención vasta no consigue muchas veces, detener la evolución fatal.

Basados en datos histológicos, se trata en la actualidad de relacionar las varias fases de su curso clínico con su íntima estructura; cuyo tipo primitivamente único, es subdividido en va-

riedad de tipos muy diversos, con desenvolvimiento especial y pronóstico diferente.

También hay que dar una importancia al tejido conectival, considerado por alguno como, secundario en la evolución de este tumor; ya que este elemento puede imprimir, aunque por cuenta propia un diferente aspecto al epiteloma, concurriendo en cierto modo a disminuir o aumentar la malignidad, en lo que se refiere al poder de infiltración de los elementos neoplásicos.

Tendremos en cuenta la división de Menestier el cual, agrupa en dos tipos la inmensa variedad del cáncer de la mama; epiteloma típico y atípico. El primero presenta gran semejanza, con la lesión adenomatosa descrita por este autor; la proliferación inicial, se encuentra limitada en el interior de los acinís y los conductos galactóforos, invadiendo después el tejido conectivo intersticial; al corte y con débil aumento, se observa el elemento glandular muy bien conservado, los acinís y conductos se encuentran dilatados. Con gran aumento, se nota, la pared de esta cavidad, tapizadas de células epiteliales, con revestimiento simple, doble o triple, formando una especie de media luna alrededor de la luz central. Las células son cúbicas con núcleo, redondo y oval, colocado en el centro del elemento, bien coloreado y rodeado de pequeña cantidad de pro-

toplasma. En otros casos la célula es alargada o cilíndrica, presentando una prominencia protoplasmática, redondeada, en la luz del tubo, mientras que el núcleo se encuentra rechazado hacia a la base.

El tejido conectivo pariacinoso, un poco fibroso forma el estroma del tumor. Presentando en su interior, masas epiteliales que denotan su malignidad, debido a la emigración de los elementos celulares proliferados. Este cáncer típico conserva frecuentemente su morfología glandular en su metástasis, en el seno del tejido los más variados y principalmente en los ganglios. A un pequeño aumento, el lóbulo epiteliomatoso se presenta con apariencia de acinís glandular, agrupado el uno contra el otro. Se encuentra constituido por lóbulos, tapizados de un estrato regular y continuo de epitelio con luz central más o menos dilatado. Este estrato epitelial reposa directamente sobre el tejido fibroso del estroma, separando los lóbulos sin interposición de membrana propia.

El epitelio conserva su propiedad secretoria, un líquido seroso llena esta cavidad.

Según el resultado obtenido por Menestier, representa el origen de todos los cánceres epiteliales de la mama. Habiendo encontrado en algunos casos, núcleo de cáncer típico, más o me-

nos degenerado en medio de una masa más voluminosa de cáncer atípico.

Forma atípica. — Esta forma resulta de la invasión difusa del epitelio proliferado en el tejido conectivo mamario. No presenta ninguna apariencia glandular, siendo constituido de una masa sólida, de células comprimidas entre sí poliédricas, alargadas e irregulares, presentando todas la forma que le impone la compresión recíproca, en los espacios conectivos donde se agrupan. En la forma atípica, se encuentran rastros de infiltración epitelial, que proliferan en la periferia de los acinís, invadiendo el tejido conectivo o la vía linfática.

Esta forma representa casi los dos tercios de los casos, diferenciándose desde el punto de vista histológico, en dos variedades principales. En la primera, la masa epitelial neoplásica, se encuentran aglomerados en tubos y cordones celulares llenos, diseminados en un estroma conectivo, generalmente denso y fibroso. De células poliédricas e irregulares, con grueso núcleo redondeado.

La mayor parte del cáncer fibroso duro, el Escirro, pertenece a esta variedad.

La segunda variedad corresponde a la forma macroscópica, blanda y exburante, es formada por masas epiteliales redondeadas y lobuladas, con

estroma escaso. Los más voluminosos degeneran al centro, según un proceso de necrosis con división del núcleo. Esta forma de cáncer blando, de crecimiento rápido, presenta habitualmente un gran número de carioquinesis.

En la región en donde el crecimiento es más activo, se encuentran anomalías nucleares, núcleos hipertróficos, hiperchromatosis, núcleos gigantes, que muestran la irregularidad del proceso.

CAPITULO III

Etiología

Las estadísticas de Berlino, Zurigo y Vienna, indican un 82 por ciento de neoplasma benigno. Entre estos, predomina el adeno fibroma, haciendo notar al mismo tiempo la rareza del fibroma puro y adenoma, demostrando también ser menos frecuente que los neoplasmas malignos.

Edad.—Por lo general, los tumores benignos se encuentran entre las personas jóvenes (de 20 a 40 años). La mayor frecuencia se encuentra ligada, según Labbé, durante la vida en que la actividad fisiológica y nutritiva de la glándula es mayor y la función genital ha llegado al máximo de intensidad.

Matrimonio.—En cuanto a la influencia del matrimonio, algunos autores sostienen, que estos tumores evolucionan en la mujer casada. La esta-

distica de Birkell demuestra que 45 mujeres no estabna casadas y que de las 17 casadas, 5 han sido estériles. Labbe y Coyne llegan a conclusiones opuestas: en 18 casos, 12 eran casadas. En el servicio de cirugía del Hospital Italiano, encontramos 5 solteras y 7 casadas en un total de 12 casos.

Embarazo y amamentamiento.—En estos casos la importancia es algo diferente; sobre 17 mujeres Birkell ha encontrado, 11 con hijos y 5 estériles. Sobre 6 de estas, el neoplasma apareció mucho tiempo después del último parto y en las otras 4, durante el período de uno de los embarazos.

Traumatismos.—Labbe, opina que en la mayor parte de los casos, estos tumores, se originan después de una perturbación de la nutrición del órgano, en relación a una desviación normal; entrando como causa de esta alteración funcional el traumatismo.

En íntima relación con los traumatismos y de alta importancia etiológica, se encuentran los procesos inflamatorios crónicos de la glándula.

Es muy común observar en los antecedentes de las enfermas afectadas de tumores de mama, procesos inflamatorios, ligados a la evolución ulterior del neoplasma; y apoyándose en la opinión autorizada de Konig, Delvet pensaba en una

simple relación sintomática, admitiendo que podría ser el resultado último de ciertas inflamaciones crónicas, hacia la formación del neoplasma.

Theile, ocupándose de las lesiones, fibro-epiteliales de la glándula, demuestra que, desde el punto de vista histológico es difícil establecer una delimitación precisa, entre estos procesos y los tumores fibro-epiteliales. Son las mismas alteraciones las que se encuentran y es su evolución final, la que permite constituir un tipo diferente.

Recientemente, Letulle, dice: «la glándula en la cual evoluciona un tumor benigno, presenta alteraciones materiales, localizadas en los lóbulos, acinis, estromas, como en las glándulas sudoríparas que se encuentran diseminadas en la fascia profunda de la epidermis.» Ha demostrado también, con métodos de coloración apropiados, que en las zonas vecinas al neoplasma benigno, los conductos galactóforos se encuentran obliterados y estenosados. Esta obliteración sería debida a lesiones destructivas inflamatorias o por defecto de formación; en el tejido fibroso, ha demostrado la existencia de gránulo de pigmento amarillento, ferruginoso, que revela antiguos procesos inflamatorios, remontando a épocas indeterminadas.

Marangoni no desconoce, la importancia, que esta causa puede tener en la evolución del tu-

mor benigno y dice al respecto: que de acuerdo, como se inicia el proceso de la esclerosis pericanalicular y como, de pequeños manojos de tejido fibroso se llega a la masa compacta, del fibroma masivo, sin trozos de tejido parenquimal y el hecho de existir tumores con cápsulas y otros en que no hay un límite preciso, entre el neo y el tejido normal, se encuentran en el seno de estas zonas, elementos que demuestran el carácter de la mastitis quística.

La glándula mamaria es un conglomerado de lóbulos, independiente entre sí, como tantas glándulas separadas. Si el proceso se localiza en el lóbulo, el aumento de volumen determina la hiperplasia de los elementos celulares del parénquima y del estroma y de ambos tejidos a la vez; rechazando hacia la periferia el conectivo interlobular, terminando por colocarse en la superficie del tumor, rechazando el fascículo de conectivo, concéntricamente a la superficie del mismo; al mismo tiempo el conectivo reacciona ante la evolución del neoplasma, produciendo procesos inflamatorios de vecindad. De esta manera, resulta la superficie irregular que frecuentemente presentan estos tumores.

Las diferentes estadísticas, respecto a los tumores malignos, nos demuestran la frecuencia del epiteloma en la glándula mamaria y se puede

llegar a la conclusión, que después del estómago y órganos genitales de la mujer, esta glándula ocupa un lugar muy importante, entre los órganos atacados por esta neoplasia; hasta el punto que, Menetier, dice, que estos órganos son los más expuestos a los traumatismos diversos, siendo por lo tanto, más atacados por los procesos inflamatorios.

En la edad infantil son excepcionales, aunque el sarcoma, según la estadística de Groso, se cuentan algunos casos. Otros autores han encontrado el epiteloma por debajo de 10 años. La frecuencia en su aparición se encuentra entre 48 y 55 años.

El sexo más frecuentemente atacado es la mujer, siendo raro en el hombre; sin embargo se han citado muchos casos de epiteloma en la mama del hombre, y en la estadística del Hospital Italiano, tenemos un caso clínica e histológicamente diagnosticado.

Además intervienen como causa el amamantamiento, el embarazo, muy discutido; la herencia y los traumatismos.

Ultimamente y después de estudios recientes, se trata de demostrar la transformación carcinomatosa del neoplasma benigno y de la matitis crónica. Sin tener por ahora en cuenta, el agente, que proporciona los elementos celulares, la propiedad de transformarse en neoplásicos cambian-

do morfológicamente y tomando facultad para multiplicarse hasta el infinito, me detendré sobre las relaciones que existen entre el neoplasma benigno y maligno. Que el primero puede evolucionar hacia el segundo, está fuera de duda; se ha visto al sarcoma fuso-celular, desarrollarse sobre un fibro adenoma masivo o papilífero. El sarcoma se transforma más frecuentemente que el epitelioma.

Hay que hacer notar que después de la extirpación del fibro adenoma, se ha encontrado la recidiva bajo forma de epitelioma. Bennet opina que el adenoma y el adeno fibroma se pueden considerar benignos, siempre que no intervengan alteraciones que pueden cambiar su naturaleza; siendo estos tumores propensos a transformarse y modificarse en su forma y su carácter, porque son compuestos de tejidos imperfectamente evolucionados, siendo por esto predispuestos a invertirse en el tipo embrionario del tejido que lo forman.

Baumgartner, observa, como la transformación epitelial del neoplasma benigno, se observa principalmente en la época de la menopausis y recuerda al mismo tiempo, como son numerosos los histólogos que sostienen, que el adenoma del seno, constituye un estado precanceroso.

Son también numerosos, los estudiosos que tra-

tan de probar la acción de la matitis en la evolución del neoplasma maligno.

Unos autores consideran la lesión inflamatoria, como un hecho secundario e interpretan esta interesante forma morbosa de naturaleza neoplásica, y otros le atribuyen un valor especial, clasificándola entre las mastitis crónicas.

Marangoni, en su obra magistral como completa, considera la mastitis quística de Reclús, como sede inicial de la evolución cancerosa; llegando a la conclusión que esta lesión sirve de base o terreno predisponente para la evolución del neoplasma maligno y su importancia como hecho frecuente, es de valor real como hecho comprobado; acepta también que la última etapa de esta inflamación es el epiteloma y que este proceso se efectúa, dentro de diferentes fases evolutivas, siendo estos, difícil de delimitar de una manera sistemática; interviniendo una gran cantidad de factores, para que el elemento infectante produzca su reacción en el tejido conectival, como en el parenquimal; cuya defensa se encuentra condicionada por la edad, por la precocidad en los embarazos, el amamantamiento y el reposo forzado de la glándula, dando lugar en estas condiciones a la formación de grandes y pequeños quistes, que según la faz evolutiva han de proporcio-

nar al elemento patogénico, la capacidad de proliferar y multiplicarse hasta el infinito.

De acuerdo con los actuales conocimientos, sobre este proceso y partiendo del hecho que ciertas mastitis quísticas, permanecen latentes durante toda su evolución y otras se transforman en focos neoplásicos, se debe considerar estas lesiones, como elemento etiológico de un futuro neo maligno que justifica, y permite la extirpación de un seno afectado mastitis crónica quística, como medio profiláctico del epiteloma mamario.

Patogenia.—Numerosas son las teorías que se han debatido en el terreno científico, respecto al génesis del neoplasma.

La primera, la que después de un largo período de discusión, sosteniéndose durante mucho tiempo, es la de Durante, recordada actualmente con el nombre de Conhein, o sea la doctrina del germen embrionario ectópico, según la cual, durante la diferenciación de las hojas del blastodermo, células o grupos de células, quedarían aisladas en el seno del tejido, inerte por un tiempo, más o menos largo, como elemento poco diferenciado; conservando sin embargo, la propiedad y potencialidad evolutiva, inherente a su estado embrionario y que bajo la acción de un estímulo de cualquier naturaleza, desarrollarían su

hiperfuncionabilidad formativa dando origen al blastoma.

Esta teoría, ha dado lugar a una gran cantidad de objeciones que no trataré de una manera especial, recordando solamente, que no puede asumir el valor de teoría general; porque es insuficiente para la interpretación de todos los hechos observados, siendo también insuficiente el motivo, por el cual el germen aberrante, prolifera de una manera atípica, aunque se produzca una proliferación simple.

Muchos autores trataron de confirmar esta teoría, en el terreno de la experimentación, ya sea por medio de la inoculación, ya por el trasplante, sin llegar a resultados confirmativos, en la formación del neoplasma maligno y benigno.

La insuficiencia manifiesta de la teoría Conheim para explicar todos los casos y más particularmente, el cáncer evolucionado a expensas de la inflamación crónica, proporcionó los medios para que Ribbert, modificara la concepción anterior estableciendo su teoría, o sea la eterotopía por desvinculamiento de la célula de sus conexiones normales, con el tejido madre. El aislamiento del germen en el tejido, puede ser debido a varias causas, como laceración, herida; o por un proceso de regular crecimiento durante la evolución embrionaria, sea en la vida fetal o postfetal; aislamiento que puede ser puramen-

te funcional, siempre que exista una ruptura de las relaciones de intimidad o contigüedad con el tejido de origen. Al mismo tiempo se necesitan condiciones accesorias o de ambiente, para que un germen en las circunstancias indicadas pueda generar el blastoma, entre los cuales se encuentra la nutrición, adquiriendo un gran valor el proceso de hiperemia y la irritación.

Después de estas teorías, se han discutido otras, que no han tenido la importancia y la difusión necesaria, por encontrarse sostenidas en hechos insuficientes e hipotéticos y cuyos autores entre los cuales podemos citar: Beart, Gritzman, Klebs, Halion, Moore, Walker, Bashofrdi y Murray se han visto obligados, al abandono de tales concepciones por falta de pruebas experimentales.

En esta circunstancia entra en el terreno científico, a teoría irritativa; es decir, que la irritación continuada (traumatismo físico y químico, aun la inflamación crónica e infección) accionando sobre los tejidos normales, especialmente sobre determinadas regiones del organismo, terminarían por estimular los elementos celulares, para dar lugar a la proliferación carcinomatosa. Esta teoría encuentra una buena base, en el hecho de haberse constatado la aparición de un neoplasma, bajo la acción de un traumatismo y por originarse comúnmente en órganos, expuestos

a acciones de esta naturaleza y por último la aparición de tumores, en íntima relación con procesos inflamatorios.

En estas circunstancias, las condiciones patogénicas del cáncer son muy complejas, constituidas por una acción local provocadora y productiva y por último influencia complicada que favorecen su evolución.

Menetier basándose sobre la alteración, que la irritación mecánica, térmica y química, especialmente infectiva o inflamatoria con curso crónico, ha formulado la hipótesis, que estos elementos, por una disminución o supresión de la función celular normal y por una especie de adaptación, a las condiciones de vida vegetativa y persistiendo contra influencias nocivas terminan por formar una singular genealogía o raza de células, patológicamente seleccionada a ser anaplásica estableciendo con esto la doctrina de la selección patológica. Llegando a la conclusión que la evolución cancerosa es el resultado de irritaciones múltiples, que modifican el estado biológico de célula que actuando después de un tiempo más o menos largo, forman por una especie de «selección celular patológica» una nueva raza de células dotadas de una propiedad infectante y de una agresión característica en el proceso canceroso.

La modificación celular sería de grado diferente, partiendo de la hiperplasia inflamatoria o

compensatriz; pasando por la hiperplasia adenomatosa para llegar al período infectante atípico.

Si morfológicamente no se trata de demostrar la diferencia entre hipertrofia e hiperplasia, consecutiva a una irritación crónica de los elementos neoplásicos que pueden encontrarse en directo contacto con éste; queda siempre explicado el hecho, como algunos la gran minoría del grupo celular adquiere la propiedad neoplásica, mientras que la mayoría desaparece por degeneración. Debemos agregar que estas células colocadas en condiciones de mayor receptividad, debe intervenir un cambio morfológico, agregado a un cambio en la naturaleza misma del elemento proporcionándole la propiedad especial, por el cual puede romperse las conexiones normales, de multiplicarse hasta el infinito.

Como hago notar en la etiología, la compleja acción orgánica, en la cual intervienen múltiples factores que se reúnen bajo la denominación de inflamaciones crónicas contribuyen, en la formación de la génesis del neoplasma.

Teoría parasitaria

Se encuentran microbios en un número de cáncer particularmente en el cáncer ulcerado, cuya infección se comprende fácilmente; como en todos los cáncer de la superficie externa e interna del organismo, como en aquellos en conexiones con estas superficies, por medio de los canales excretores de las glándulas atacadas. El tejido canceroso conjunto de elementos celulares degenerados, forman un terreno fácil para la infección, agregando además, la frecuencia de procesos inflamatorios crónicos precancerosos, debido a acciones microbianas y complicado con infección, explicando esto como el cáncer es naturalmente infectado desde su iniciación.

En tales casos se trata de microbios múltiples, piogenos saprofilos, parásitos habituales del tubo digestivo, de las vías genitales y de la superficie cutánea.

De acuerdo con Roncali, dividiremos este estudio en cuatro períodos.

Primer período.—Observación e interpretación equivocada que considera, como factor patogénico del cáncer las squizomicetas; en cuyo estudio intervienen una gran cantidad de autores, hasta el 1901, que termina con Doyen y Coylar, éste último con su espiroqueta coloreable por el método de Levaditi.

Segundo período. — Observación exacta, pero de interpretación equivocada. Iniciada por Malassez en 1889 sobre la inclusión celular, sospechando que algunos de estos elementos, deberían considerarse como elementos parasitarios; otros autores atribuyen a tal inclusión naturaleza coccidiana; habiéndose encontrado numerosas variedades de parásitos que según el mismo Roncali, recuerda junto con los opositores a esta teoría, como resultado de degeneración, del núcleo y de la célula.

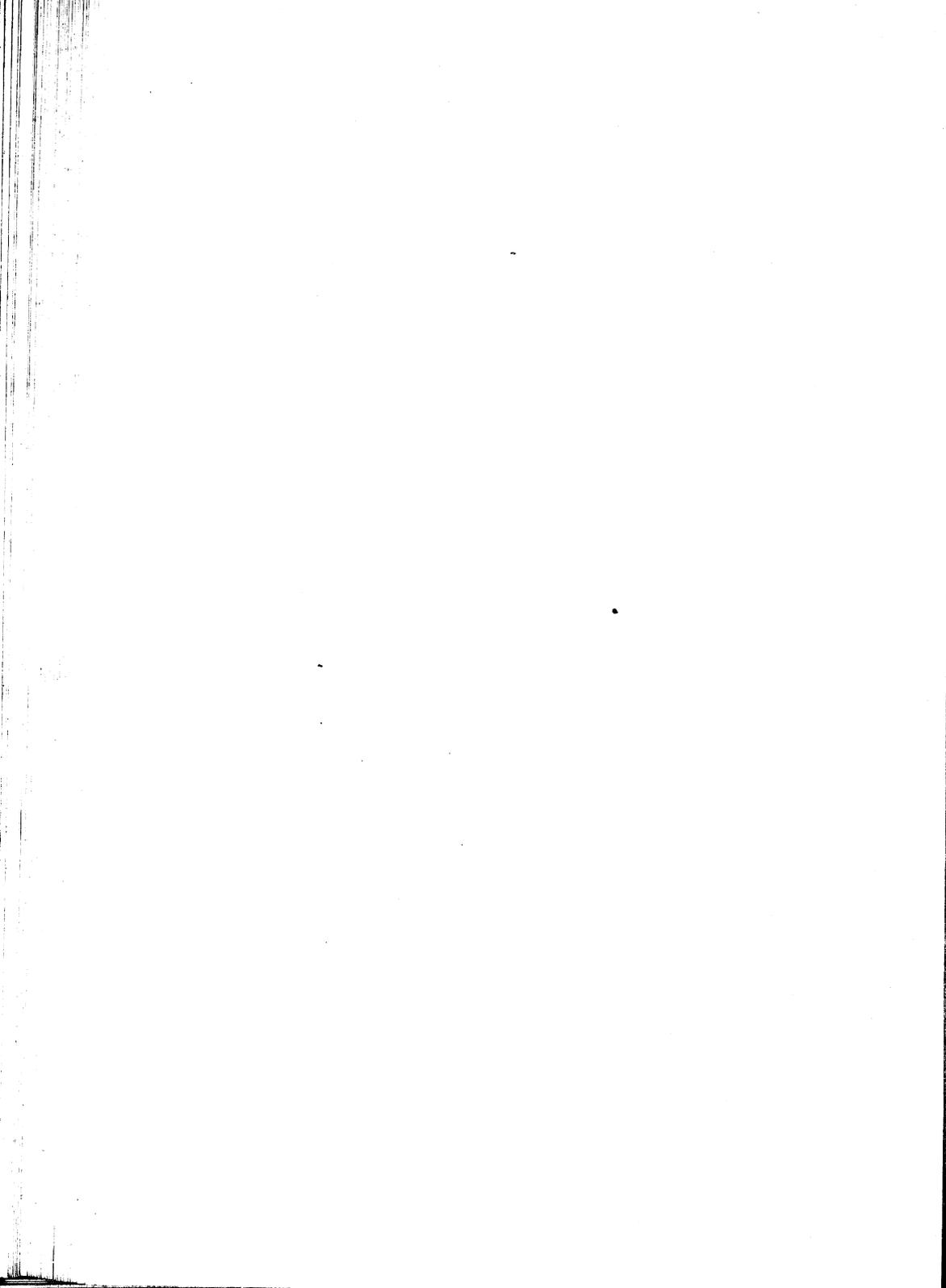
Tercer período.—De observación exacta e interpretación exacta, no experimentalmente demostrada, que se inicia, con la teoría del «blastomiseta» en la cual interviene Russel en el año 1891.

Por último tenemos el cuarto período. — De observación e interpretación experimentalmente comprobada. Estas pruebas fueron ejecutadas en animales vivos, por medio de un parásito representante del blastomiseta, que con su toxina, sería el factor casual de la mayor parte de los blastemas, sin excluir la posibilidad, dice Roncali;

que otros microorganismos puedan provocar la metamorfosis anaplásica de los elementos celulares. A esta demostración, se llega con la investigación histológica y experimental, que constituye la primera faz del período y terminado con Russe, quien aisla en cultivo puros el blastomiseta de un neoplasma en el hombre.

La segunda faz de este período, fué representada por Maffucci y Sérleo, que afirmaron la posibilidad que el proceso patológico se forma con la inoculación del blastomiseta y que la metamorfosis anaplásica de la célula podría ser provocada por la toxina de este parásito.

En esta faz del período en la cual no se ha podido comprobar de una manera positiva, opinamos con Roncali, 1° Que el criterio anatómico y clínico, del estudio del carcinoma, exige el origen del neoplasma maligno y que debe ser considerado como infecciones o inflamaciones sui generis, pero completamente separado de tumor benigno e íntimamente ligado a infecciones e inflamaciones en general. 2° Que el criterio anatómico, clínico y terapéutico, afirma que la patogénesis del carcinoma es pluriparasitario y que el blastomiseta, no representa más que un factor etiológico nacido dentro de numerosos factores de naturaleza parasitarias asociadas.



CAPITULO IV

Sintomatología

Adeno-fibroma. — Neoplasma bastante frecuente, común entre los 20 y 30 años.

En la mayoría de los casos la primera manifestación es una sensación dolorosa, de tensión; en muy pocos, de dolores lacinantes. En otros el tumor pasa desapercibido y sólo se encuentra por casualidad y en algunos después de un traumatismo, hasta el punto, que algunas enfermas atribuyen a esta causa su afección.

Los caracteres que pueden considerarse como constantes son: su perfecta movilidad, ya sea en relación con los planos profundos, como con la piel; cuando es de pequeño volumen y se encuentra alejado de la superficie, la palpación se encuentra dificultada, siendo necesario aplicar la mano contra la pared del tórax para darse cuen-

ta de su existencia, al mismo tiempo es difícil apreciar sus caracteres, todo lo contrario, cuando este es de un gran tamaño y algo superficial en que la delimitación de sus caracteres se hace fácilmente.

Volumen. — Es muy variable, desde el tamaño de una nuez al de un huevo de gallina, pudiendo alcanzar dimensiones mayores; muy voluminosos es raro, y en nuestra estadística se encuentra una de volumen enorme y cuyo peso alcanzó 2.080 gr. rareza ésta que tiene su explicación en el hecho que las enfermas se presentan precozmente a solicitar el consejo del médico.

Según el volumen del tumor, el tamaño del seno, es modificado y cuando es muy voluminoso, puede aplastar el pezón dando la impresión de que se encuentra retraído y adherente y la relación de conexión se demuestra, haciendo tracción, mediante la cual, el neoplasma baja, por encontrarse ligado a los conductos galactóforos.

Síntomas inconstantes. — Signo de Nelaton; consiste en la salida del líquido por el pezón sea espontáneo, sea mediante la presión del tumor de aspecto seroso, mucoso y lactecente. Muchas veces este líquido puede ser sanguinolento, algunos autores opinan, que pertenece al neoplasma benigno no transformado, otros lo consideran como signo de transformación epiteliomatosa.

Consistencia. — Muy variable, puede presen-

tar una resistencia elástica, como puede ser francamente duro. Falta el infarto ganglionar y puede encontrarse en las dos mamas.

Adenoma y fibroma puro. — En esta variedad de tumor no existe síntoma que lo caracterice clínicamente.

La consistencia muy elástica en el primero, bastante duro en el segundo.

Cuando estos neoplasmas no presentan los caracteres de benignidad, encapsulamiento y movilidad sobre el resto de la glándula, se debe dudar de su naturaleza y pensar en una transformación maligna.



Neoplasma maligno. — Es necesario recordar en este capítulo la enfermedad quística de Reclús, no porque se deba considerar clasificada entre el epiteloma, como algunos opinan; desde el momento que se ha podido demostrar que el epiteloma quístico y el infiltrado, se encuentra en relación con esta forma morbosa; sino, es necesario recordarla, ya que el tratamiento de la mastitis quística o enfermedad quística, representa una verdosa profilaxis del epiteloma del seno.

Reclús, en 1883, indicaba un cuadro clínico, que muchos lo consideran como completo, mientras que otros opinan, en las sucesivas discusiones, que un tal cuadro clínico, corresponden en

tividad patológicas diferentes. Trataré la mastiti quística como lo refiere su autor, el cual dice: que la glándula no presenta un tumor propiamente dicho; pero que se palpan numerosos nódulos diseminados, de volumen variable, comparable a un grano de cáñamo, mejor perceptible colocando la mano de plano sobre la glándula y rechazándola, contra la pared torácica. Alguna de estas nudosidades adquieren el volumen de un grano de uva y en otros casos el tamaño de un huevo de paloma. Estos son duros, representan quistes llenos de líquido en tensión, la piel es móvil sobre la glándula, no contrae adherencias con los planos profundos, no hay retracción del pezón, saliendo algunas veces un líquido seroso, pero nunca sanguinolento. Los ganglios se encuentran algunas veces perceptibles a la palpación pero nunca con carácter de engrosamiento. La afección es bilateral, carácter bastante constante; otro signo importante, es que la formación, quística no se encuentra difundida a toda la glándula.

~~~~~

*Epitelioma.*—Hemos admitido, que el epitelioma puede implantarse, sobre una mastiti quística, o un proceso inflamatorio crónico de la glándula y que estos procesos desempeñan un importante papel en la evolución del epitelioma.

No obstante la variedad clínica del carcinoma,

que difiere profundamente entre sí; responden todos a caracteres fundamentales que los separan de los otros neo de mama.

En su iniciación ofrece caracteres de importancia capital. Hace cuerpo con la glándula. También nos da a conocer la falta de límites netos, encontrándose en algunos casos zonas de difusión gradual, en la cual se perciben cordones resistentes que unen la glándula y el tejido neoplásico.

Este es duro e indolente, el desarrollo puede ser lento; pero de una manera progresiva y en un momento dado, invade la piel y produce la retracción del pezón.

Examen de la piel.—Nos proporciona datos muy interesantes, en relación con la íntima adherencia que contrae con el tumor: presentando el aspecto conocido con el nombre de piel de «cáscara de naranja» debido a la unión íntima, entre la fascia profunda del dermis y el nódulo canceroso. Este signo es de un gran valor, asumiendo una importancia capital en el diagnóstico del cáncer.

Más interesante son las adherencias de la piel en su período inicial, que se traducen por simples arrugas y depresiones de los tegumentos y que es necesario saber provocar.

Los autores aconsejan, hacer salir el neoplasma, lateralmente bajo la piel, la eventual adherencia del nódulo neoplásico a los estratos profundos, determina una limitación de su movilidad

y una depresión más o menos acentuada de los estratos superficiales de los tegumentos, permitiendo una clara apreciación de las adherencias. Este último síntoma es de un gran valor, no por esto, cuando no existe, se debe considerar, con carácter negativo en el diagnóstico del cáncer.

*Retracción del pezón.* — Se encuentra en íntima relación con las adherencias del neoplasma, siendo de gran interés en el diagnóstico. La retracción del pezón es verdadera, cuando haciendo sobresalir el tumor lateralmente, ésta se hace mayor; debiendo indagarse al mismo tiempo, el estado anterior del pezón; para evitar el error que la deformación sea congénita o debida a inflamaciones anteriores; aunque la presencia del nódulo, es suficiente en la mayor parte de los casos de evitar el error.

*Adherencias profundas:* — La evolución del neoplasma, hacia las capas profundas de la región, da lugar a la invasión de la aponeurosis del gran pectoral y del músculo mismo, formándose íntimas adherencias con el tumor. La presencia de estos al principio de su desarrollo, es de gran importancia, en cambio en su estado avanzado de evolución tal síntoma pierde su valor bajo el punto de vista del tratamiento, por indicar la contraindicación de la intervención quirúrgica, imposibilitando un éxito feliz.

Las adherencias de procesos puede revelarse,

haciendo contraer el músculo; permaneciendo los movimientos en la glándula, normal, indiferente y en el caso contrario cuando esta se encuentra invadida por el epiteloma en íntima relación con el músculo, estos se encuentra muy limitado tanto en sentido antero posterior, como en el lateral. Baumgartner, distingue tres grados de adherencias profundas: 1.º La glándula es menos móvil que en el estado normal; 2.º La glándula se inmoviliza completamente, haciendo contraer el músculo; 3.º Las adherencias se notan sin intervención alguna del músculo; porque en este caso se encuentra interesada la caja torácica.

*Ganglios linfáticos.* — El infarto ganglionar en el hueco axilar, es un síntoma de gran importancia que debe investigarse de acuerdo con un examen metódico; muy fácil de encontrarlo en los casos avanzados, se hace bastante difícil al principio de su desarrollo y cuando existe gran cantidad de tejido adiposo. Estos en su faz inicial, son pequeños, duros indoloros y aislados entre sí; a medida que aumenta de volumen y encontrándose vecinos al paquete básculo nervioso determinan alteraciones en la circulación, tanto sanguínea como linfática y dolores en la extremidad correspondiente por compresión de nervios. El infarto ganglionar subclavicular y supraclavicular, es un buen signo de contraindicación operatoria.

*Ulceración.* — Esta puede ser precoz o presen-

tarse en un estado avanzado de desarrollo, siendo esto último más general, constituyendo el período de estado del neoplasma de duración indeterminada.

La ulceración es precedida de un color lívido o rosáceo de la zona cutánea mayormente infiltrada dando la impresión de un proceso inflamatorio agudo. La perforación da salida a un líquido seroso, o serosanguinolento. La solución de continuidad se presenta de bordes duros cortado a pico, de fondo sanioso, fétido, segregando un líquido icoroso, se extiende poco a poco, hacia los tejidos vecinos, invadiendo toda la glándula.

*Caquexia.* — Generalmente en este período se inicia la generalización, determinando los fenómenos de caquexia. Esta se produce de una manera lenta o rápida, cuando no intervienen fenómenos morbosos, ligados a la difusión del neoplasma.

*Complicaciones ulteriores.* — La invasión pulmonar, puede ser el punto de partida de estos procesos intercurrente: en algunos casos son constituidos por una fractura de fémur o del húmero; raquialgas dolorosas con fenómenos de paraplejias por invasión de focos metastásico en la columna vertebral.

La invasión del abdomen se manifiesta por dolor y mayor sensibilidad en el epigastro; los nódulos metastásicos del hígado y del píloro, determinan síntomas propios.

*Síntoma inconstante.* — Salida por el pezón de un líquido sanguinolento o serosanguinolento. Algunos autores consideran la salida del líquido hemático, como signo de una transformación maligna.

*Dolor.* — Raro en las primeras fases de evolución es frecuente, en los períodos avanzados: intermitente al principio, en relación a los esfuerzos y fatigas adquiere después un carácter lacinante, haciéndose después continuo. En la mujer que no ha entrado en la menopausis, se observan dolores lacinantes que se exageran durante la menstruación, comparable a crisis neurálgicas.

Estos caracteres son los más comunes y propios del epiteloma en general. Establecemos como forma más frecuente el adenocarcinoma, carcinoma del seno; recordando el epiteloma encefaloide y que se caracteriza por su rápida infiltración cutánea y por ser propio de la mujer joven; aumenta rápidamente de volumen y la piel se adhiere, rápidamente a la superficie del neoplasma, presentando a la palpación bolsas blandas, fluctuantes y pseudo-fluctuante. Los ganglios son invadidos y adquieren gran volumen. Se pueden confundir con procesos inflamatorios.

*Escirro.* — De constitución opuesta a la forma encefaloidea; se distinguen tres variedades: atrofica, seirro pustuloso o diseminado y seirro en coraza.

*La variedad atrófica* es poco frecuente; el carácter especial es, según Velpeau, la de producir arrugas en el tejido; con retracción rápida del pezón, que se enchufa y se hace umbilicado. De forma aplanada y bien limitado en unos casos, siendo en otros, nodulado y provisto de ramificaciones, que pueden palpase muy bien al través de los tegumentos, en íntima adherencia con el tumor, que termina por ulcerarse. Es común en la edad avanzada, y excepcionalmente se observa antes de los 45 años. La ulceración no es exuberante. Curso lento, 10 a 15 años de evolución hasta 20 sin alterar el estado general.

*Escirroustuloso.* — Se caracteriza por la evolución de un gran número de nódulos neoplásicos, del volumen de una cabeza de alfiler y de una nuez, situado en el espesor del tejido subcutáneo y dispuesto en sentido radiado, respecto al nódulo principal. El número de estos nódulos es variable y se encuentra en relación con la edad del proceso. No se trata de una forma neoplásica, pero sí de una propagación de estos elementos que pueden invadir las regiones vecinas, el tórax, cuello, dorso, abdomen, brazo y cuero cabelludo. Algunos autores consideran esta variedad como una recidiva del seirro. Esta propagación de los nódulos, contraindica la intervención quirúrgica.

*Escirro en coraza.*— Es un estado más avanza-

do de la forma precedente. Según Handley, no se trata, como generalmente se admite, de una invasión de la piel por el neoplasma, es una forma de paquidermis, semejante a la elefantasia,, consecutiva a obstrucciones de los plexos linfáticos de la aponeurosis profunda.

Se caracteriza por un estado de pseudo-elefantosis de los tegumentos que no tardan en ulcerarse; con dolores violentos, acompañados de disnea y de fenómenos de asfixia; debido a probables metástasis pleuro-pulmonar o por inmovilización progresiva de la caja torácica por la extensión de la coraza neoplástica. Existen también síntomas de complicación vascular y nerviosa del cuello y de las articulaciones del hombro del lado correspondiente.

### DIAGNÓSTICO

Se puede establecer, que el diagnóstico de los tumores benignos y en especial del adenofibroma, es bastante fácil; pero en algunos casos, suelen presentar dificultad, en la distinción con el epiteloma. En esta circunstancia, debemos recordar la perfecta movilidad del primero, el cual se palpa netamente separado del resto de la glándula, especialmente el adenoma y fibroma puro; en cambio el nódulo epiteliomatoso hace cuerpo con el tejido vecino, siendo, en algunos casos imposible, apreciar las zonas de pasaje, de mediana consis-

tencia entre el nódulo y el parenquima mamario siendo movable con todo el órgano.

Cuando el adenofibroma es voluminoso la duda es más difícil y cuando existe aplanamiento del pezón, podrá distinguirse de la retracción, porque en este caso, después de la tracción no vuelve a tomar su forma primitiva mientras que es posible cuando el pezón es simplemente aplanado.

El aumento de volumen del tumor puede producirse, no solamente por desarrollo expansivo del núcleo adenofibromatoso, sino también, por la superposición de núcleos secundarios que se originan en la periferia, resultando una superficie nodulosa que se puede confundir con mastitis quística.

En cuanto a la evolución del adenofibroma, sabemos que es lenta, hasta el punto, que ciertos tumores de pequeño volumen pueden permanecer estacionarios durante mucho tiempo.

Broca, Labbe y Coyne afirman, como en muchos casos puede encontrarse una regresión al nivel del volumen del tumor, debido en realidad, a condensación por fenómenos de esclerosis, dando lugar a confusión con el Escirro. El aumento de volumen puede destender la piel, dando lugar a ulceración, proporcionando confusión con la ulceración epiteliomatosa; pero los caracteres indicados anteriormente hacen el diagnóstico.

Una forma que puede inducir a error en el neoplasma benigno en general, es el galactocele.

Sin embargo, siendo este, un receptáculo de leche más o menos alterado, de origen inflamatorio, evoluciona en la máma independiente del amamantamiento. Este se desarrolla lentamente, su superficie no presenta ninguna característica, es regular como irregular, el nódulo es libre y su tensión se encuentra en relación con la mayor o menor cantidad de leche que contenga.

Independiente del amamantamiento, la salida de leche por el pezón, mediante la comprensión de la tumefacción, representa un signo patognómico del galactocele. Signo característico es la persistencia de la comprensión digital en su superficie. En ciertos casos faltan estos síntomas, entonces el diagnóstico puede ser difícil, sea con el epiteloma quístico, adenofibroma blando y con el lipoma.

Entre el adenofibroma y una mastiti crónica, el diagnóstico se basa, en los datos que proporciona la ananesis entre los cuales se encuentra el amamantamiento o un traumatismo, la variación en el volumen de la tumefacción y sobre todo los dolores a la comprensión que no se encuentra en el adenofibroma. En este último los ganglios no están inflamados mientras que en las mastitis se observan con facilidad: además debemos tener en cuenta la coincidencia del tumor con la mas-

titi crónica y en ciertos momentos se hace imposible la diferenciación, cuando se trata de adenofibromas múltiples.

La mastitis aguda debe tenerse presente a propósito de la mastitis cancerosa. En esta los dolores son menos lacinantes y la palpación no revela una verdadera colección de pus. La anamnesis demuestra que el curso es más lento que la mastitis aguda y no coincide con el período funcional de la glándula.

---

## CAPITULO V

### Tratamiento

El neoplasma de mama, sea de naturaleza benigna o maligna, ha de ser tratado por el medio quirúrgico.

En la actualidad no es posible adaptar el criterio clínico, a la reserva de los antiguos cirujanos, que con la esperanza de una evolución benigna y dado el carácter refractario de la mujer, no justificaban como importante, la intervención quirúrgica, que en la actualidad ocupa un lugar predominante, entre los diversos medios empleados, desapareciendo de acuerdo con conocimientos modernos, todas las reservas que no tenían razón de ser: hasta que Baungartner, se declaraba gran partidario de la operación diciendo que solamente en los casos de duda entre un adenofibroma y un nódulo de mastitis crónica, se debiera adoptar

el tratamiento de compresión Yoduro y otros medios.

¿Cuál es, dentro de este tratamiento, el que proporciona mayor beneficio? ¿La simple enucleación y extirpación de un nódulo neoplásico? ¿o la intervención amplia haciendo desaparecer el órgano?

El tratamiento operatorio, no pierde su importancia ni en aquellos casos, en donde existe, causa predisponente que como las mastitis quísticas, evoluciona hacia la formación de un neoplasma maligno; encuadrándose dentro de los medios profilácticos del tumor.

Todas las estadísticas, respecto al resultado operatorio, en la cura del neoplasma mamario y especialmente, en los casos que la intervención se ha efectuado en distintos períodos de evolución del tumor; prueban evidentemente, lo que acabo de indicar.

Se ha empleado otros tratamientos; pero no han dado resultado. Se han indicado una enorme cantidad de sustancias modificadoras, para la cura del neoplasma mamario, sin obtener con estos medios, una franca curación entre los cuales tenemos los Agentes químicos, y agente cáusticos; la cauterización ignea con termocauterio y con el gálvano cauterio, ha dado buenos resultados seguidos de la aplicación de sustancias cáustico-químicas. Algunos autores, piensan que este medio es superior

a los rayos X; debiendo ser usados después de 8 días, una vez desprendida la costra, debiendo ser restringida su aplicación cuando el proceso se encuentra muy extendido, y cuando es muy rápido su curso.

Se ha tentado también la cura antimicrobiana. Con esto no se trata de obtener una cura local, sino una acción general directa y específica.

Ultimamente y especialmente en estos últimos años, se ha discutido extensamente, sobre la aplicación de la Radioterapia, y radiunterapia, fulguración y la castración útero-ovárica, curas que han encontrado en el neoplasma mamario gran aplicación; llegando a la conclusión que, con la Radioterapia, se puede hacer desaparecer, pequeños neoplasmas cutáneos, siendo su acción muy limitada para los tumores profundos.

Morangoni, junto con todos los cirujanos actuales, admiten que este tratamiento no tiene aplicación cuando el tumor es operable, debido, a que se pierde tiempo y no excluye la metástasis profunda y que este debe ser propuesto como medio coadyuvante del tratamiento operatorio. En las mismas circunstancias se encuentran los otros medios que acabo de indicar.

### CURA QUIRÚRGICA

De acuerdo con nuevas y delicadas investigaciones, que nos colocan en condiciones de recono-

cer aquellas formas morbosas que favorecen la evolución del neoplasma maligno; lo mismo que la transformación constante de procesos benignos en malignos, no revelados por la clínica; se puede llegar a la conclusión que la intervención quirúrgica, estirpando no solo el tumor o el nódulo sospechosos, aún la glándula misma, se obtienen casos de curación definitiva.

Se acepta actualmente, que entre los tumores del organismo humano, los cutáneos bien pronunciados y aquellos que se desarrollan en la glándula mamaria, se prestan mejor que ningún a una estirpación completa y que por su situación topográfica, deben ser reconocidos clínicamente a tiempo encontrándonos en condiciones y de acuerdo con la estadística del servicio de cirugía que dirige el Dr. Lenzi, de opinar con Baungartner, que este tratamiento, es el único que existe para la cura del cáncer del seno, pudiendo ser definitiva siempre que se aplique oportunamente y según una técnica en relación con la extensión de la infección neoplástica.

La estirpación de la glándula, sacando los ganglios linfáticos, no es un medio operatorio de nuestros días.

Faloppio dice al respecto: «se debe extraer la glándula y toda la membrana que lo circunda y con el dedo investigar detenidamente, si hay glán-

dulas cancerosas o raíz del cáncer, debiendo estirpar todo, sin temor a la efusión de sangre.»

Fabricio D'Asquapendente, reconoce gran importancia, la incisión de la piel sospechosa, «como también la estirpación de la glándula axilar escirroica.

Handley considera a Moore, el padre de la cirugía del cáncer, aplicado a la glándula mamaria. A éste, se debe el mérito de haber demostrado que la recidiva post operatoria, debida a la ablación incompleta del foco primitivo y de sus nódulos satélites, circunvecinos, demostrando la necesidad, de cortar en masa la glándula, la piel y ganglios linfáticos. Lister se inicia con idénticos principios en 1860. Banks en 1882 inicia la necesidad, de amputar junto con el seno, la piel que recubre la glándula, aponeurosis profunda y músculo pectoral sospechoso y ganglios axilares.

Después de las modificaciones, introducidas en la técnica operatoria, por varios cirujanos, entre los cuales se encuentran Gross, Handley, Jacobson aparece en 1894 la técnica empleada por Halsted, preconizando en unos casos la exeresis de la mitad esternal del gran pectoral, recomendando la resección del pequeño pectoral y la mitad clavicular del gran pectoral; insistiendo en la necesidad de amputar, en block el seno y tejido, axilar, cortando todo el tegumento sobre el cuerpo

glandular y dejando curar la herida por granu-  
laciones.

### TÉCNICA OPERATORIA

El hecho esencial, consiste entonces en extir-  
par en bloc todo el tejido enfermo, incidiendo en  
el tejido sano, sacando en masa, la piel, glándula,  
tejido grasoso perimamario, ganglios linfáticos va-  
ciando, todo lo completamente posible, el hueco  
axilar. Se debe evitar durante la intervención  
toda clase de maniobras, que puedan diseminar  
los elementos neoplásicos, tanto que algunos re-  
curren a procedimientos especiales durante el  
tiempo que la herida se cicatriza.

En el servicio del Hospital Italiano, se ha inter-  
venido basándose en este criterio, según las ob-  
servaciones clínicas.

La anestesia empleada ha sido el cloroformo  
en la mayoría de los casos, y en otros, la novo-  
caina, vía intraraquídea, 0,15 centigramos, con  
muy buen resultado.

Establecido el criterio quirúrgico, para la ex-  
tirpación de la glándula y la evacuación de los  
ganglios linfáticos, las incisiones responde al fin  
de circundar la glándula, comprendiendo en un  
modo o en otro la parte alta de la axila.

Se ha discutido, la cuestión, de cuál es la zona  
cutánea que se debe extirpar con la glándula.

Bangartner opina que se debe incidir circu-

larmente de manera que tenga como centro no el pezón, pero si el neoplasma.

Tancini propone una larga excecresis de los tegumentos, aconsejando recubrir la brecha con un colgajo antoplástico del dorso; la incisión en este caso es ovalar y comprende bajo la glándula y arriba los tegumentos del hueco axilar.

Morangoni establece que no es fácil, determinar una línea de incisión, que puede variar de un caso a otro y admite que la exceresis debe ser conservadora, aun para los tegumentos, para evitar la autoplastia. En estas circunstancias necesitando tener un campo apropiado, para el aislamiento del paquete adiposo axilar, en donde se encuentra gran cantidad de ganglios, la incisión debe llegar superiormente hasta esta región.

En estas condiciones admitimos de acuerdo con lo que acabo de exponer, la incisión de Halsted, como clásica y para evitar la retracción cicatricial que puede limitar el movimiento del brazo, se conduce la incisión lineal sobre la pared anterior de la axila de acuerdo con Gosset.

La profundidad de la incisión debe interesar los tegumentos y escasa porción de tejido adiposo, en íntima adherencia a la facia profunda del dermis, mientras el tejido perimamario y la aponeurosis debe ser mucho más extensa que

la piel, con el objeto de cortar el plexo linfático de la aponeurosis profunda.

La extirpación de los planos musculares, ha dado lugar a una gran cantidad de discusiones. Pero es indudable y de acuerdo con el criterio empleado en el servicio, la extensa demolición de los tejidos profundos es una garantía de éxito en la mayoría de los casos; teniendo siempre en cuenta que en algunos casos el vaciamiento ganglionar se hace sin necesidad de sacrificar el músculo, desde el momento que con maniobras especiales en relación con los movimientos de la articulación y un separador, es siempre posible rechazar toda la superficie muscular, dejando al descubierto la región.

Al mismo tiempo debemos tener presente que la presencia del pequeño pectoral, dada la unidad de acción con el grande, puede hasta cierto punto, disminuir la alteración de función, debido a la supresión del pectoral mayor. Por estos motivos el criterio de extirpación de los planos musculares, se ha encontrado supeditado siempre al grado de invasión del proceso neoplásico.

En cuanto a la modalidad de la técnica en la extirpación del músculo, se ha efectuado de acuerdo con Halsted, comenzando desde el tórax para salir por la inserción tendinosa, lo contrario al criterio de otros autores que seccionan la par-

te tendinosa, atacando sucesivamente los músculos de la caja torácica.

Uno de los tiempos más importantes y que requiere gran atención y tiempo es el vaciamiento de los ganglios del hueco axilar y el celular grasoso y en cuyo seno se encuentran contenidos vasos y ganglios linfáticos.

La técnica seguida en el servicio ha sido la indicada por Walter y Baumgartner, conservando el pequeño pectoral. Se comienza por el hueco subclavicular, por encima del pequeño pectoral se disea la masa ganglionar libre en el hueco, con un separador se levanta el pequeño pectoral, para comenzar el vaciamiento ganglionar de la axila. Una vez descubierta la vena axilar, se disea de arriba hacia abajo. En estas condiciones, se ligan todos los vasos eferentes de la vena subescapular, respetando su nervio; se disea de arriba abajo el nervio del músculo gran redondo y gran dorsal y los vasos escapulares posteriores e inferiores. Sobre la pared interna se aísla el nervio del gran dentado, separando sus digilaciones, cortando nervio y vasos perforantes. Durante toda esta maniobra se van disecando los ganglios con su tejido grasoso.

Una vez terminada esta maniobra se sutura la piel, tratando de hacerlo primero por tres o más puntos de acercamiento, sutura de la herida por medio de una sutura continua con seda, o puntos

de crin, previo drenaje de tubo de goma, colocado en la parte pōsterior de la herida.

Se saca el drenaje al tercer día, juntos con los puntos grandes de afrontamiento; dejando el resto una vez pasado los 11 días.

Se inicia en este momento los movimientos correspondientes a la articulación escápulo humeral.

El adema del brazo se trata con masajes suaves, o inmovilización por medio de un vendaje de todo el brazo, desde la extremidad de los dedos hacia el hombro.

### PRONÓSTICO

Los resultados de la cura quirúrgica obtenidos en el servicio, han sido bastante halagüenos en lo que se refiere a la evolución local y a distancia del foco primitivo.

Se han producido recidivas locales en la herida operatoria, interrumpiendo el proceso normal de cicatrización. En otras la recidiva se presentó bajo forma de nódulos bien palpables, aherentes a la piel y a los planos profundos, más raramente móviles entre uno y otro. También se ha producido la recidiva ganglionar, subclavicular y axilar.

Se encuentra en la estadística casos de metástasis.

Conclusión:

En general, si bien es cierto, los resultados no

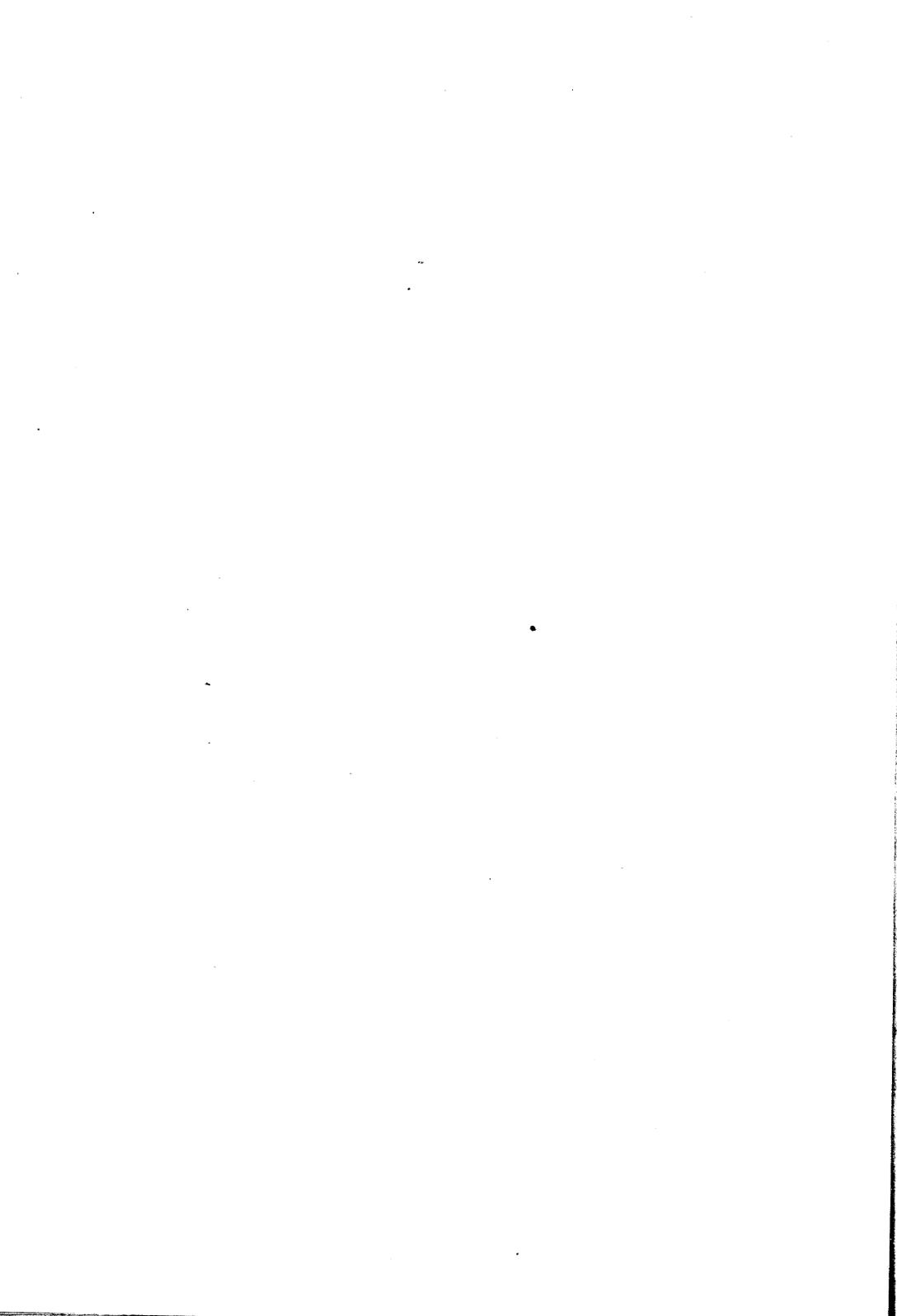
llegan a su máximo de perfección, pero nos indican, que el tratamiento quirúrgico es el único que existe en la actualidad, para la cura de los tumores de la glándula mamaria y que esta depende de tres factores: 1.º técnica operatoria; 2.º forma histológica; 3.º diagnóstico precoz.

La primera, basada en la adundante excrecencia de los tegumentos, extirpación completa de la glándula y de todo su tejido adiposo, aponeurosis del músculo gran pectoral; del músculo mismo en el mayor número de casos y vaciamiento lo más completo del hueco axilar, sacrificando en algunas circunstancias el pequeño pectoral.

Que el diagnóstico debe ser precoz, en relación al valor, que se debe dar, aquellas formas de naturaleza clínicamente benignas y que algunos autores clasifican como formas sospechosas y el porcentaje de tumores malignos en relación con el neo benigno y con la mastitis crónica; siendo la intervención en muchos casos un medio profiláctico de cáncer mamario.

Y que en ciertas formas histológicas el resultado es muy seguro.

---



## Observaciones Clínicas

### OBSERVACION I

Angela C., ingresa 20 de Noviembre 1911, soltera, 26 años, N.º de matrícula 79010. Sale curada por primera, 1.º de Diciembre 1910.

Antecedentes.—Menstruó a la edad de 13 años regulares e indoloros. Hace 6 años nota un tumor, del tamaño de un huevo de gallina, con aumento progresivo, sin ocasionar molestia.

Estado actual.—Glándula mamaria derecha aumentada de volumen; se palpa un tumor de volumen de un puño, que ocupa casi toda la mama, movable e indoloro.

Operación.—Diciembre 12 de 1911, Dr. J. Caliguiri, amputación de la glándula con vaciamiento de ganglios, pequeños y duros.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico.—Adeno-fibroma.

## OBSERVACION II

Rosa D., ingresa 27 de Septiembre 1911, casada, 51 años, N.º de matrícula 78293. Sale curada por primera, 22 de Octubre de 1911.

Antecedentes.—Dolor en la glándula mamaria derecha, dándose cuenta de la existencia de un tumor hace tres meses.

Estado actual.—Se palpa un tumor duro un poco doloroso del volumen de un durazno, movable, sin adherencia con los planos profundos.

Operación. — Dr. Caliguiri, amputación de la glándula, con vaciamiento de ganglios.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico.—Adeno-fibroma.

## OBSERVACION III

Laura., ingresa 7 de Enero 1915, casada, 41 años, N.º de matrícula 92876. Sale curada por primera, 3 de Febrero de 1915.

Antecedentes.—Tumor desde hace 5 meses, sin ocasionar molestia.

Estado actual.—Se palpan en la mama izquierda, nódulos de consistencia quística. En la cara anterior, existe un nódulo, duro rugoso, del tamaño de una nuez, sin adherencia indoloro.

Operación.—Enero 12 de 1915, Dr. L. Lenzi,

amputación de la glándula, vaciamiento de ganglios.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico.— Adeno-fibroma quístico.

#### OBSERVACION IV

Isabel G., Noviembre 2 de 1914, soltera, 26 años, N.º de matrícula 92267.

Antecedentes.—Hace 10 o 12 años que ha notado un tumorcito en la mama izquierda, pequeño, sin ocasionarle molestia.

Estado actual.—Tumor pequeño del tamaño de un grano de maíz, movable, de la glándula mamaria izquierda.

Operación.—Noviembre 5 de 1914, Dr. Pini, enucleación. Sale curada por primera, 14 de Noviembre de 1914.

Diagnóstico anatómo patológico.— Adeno-fibroma.

#### OBSERVACION V

Angela L., ingresa 11 de Agosto, casada, 56 años, N.º de matrícula 49436.

Antecedentes.—Hace algún tiempo sufrió un golpe en la región mamaria derecha. Desde hace tres meses nota un tumor en la misma mama, que ha aumentado de volumen.

Estado actual.—Red venosa visible en la piel de la mama, tumor indoloro movable, del tamaño de una avellana, que ocupa casi toda la glándula, movable, de consistencia dura.

Operación.—Agosto 18 de 1914, amputación de la mama. Sale curada por primera, 30 de Agosto de 1914.

Examen anatomico patológico.—Adeno-fibroma.

#### OBSERVACION VI

Juana P., ingresa 26 de Diciembre 1913, viuda, 28 años, N.º de matrícula 88807.

Antecedentes.—Mastitis hace 3 años, nota un tumor hace 2 meses, doloroso a la presión.

Estado actual.—Tumor pequeño, movable, doloroso, de la mama derecha, sin adherencias.

Operación.—Diciembre 27, Dr. C. Rosasco, extirpación del tumor. Sale curada por primera, 31 de Diciembre de 1913.

Examen anatomico patológico. — Fibroadenoma.

#### OBSERVACION VII

Pia B., ingresa 5 de Mayo 1913, soltera, 35 años, N.º de matrícula 85805.

Antecedentes.—Hace 3 años que notó un tumor en la mama derecha, sin ocasionarle mo-

lestia, hace 10 días que empieza a sentir dolores.

Estado actual. Mama derecha, un tumor pequeño del tamaño de un huevo de gallina, duro, movable, sin adherencias a los tejidos vecinos.

Operación.—Mayo 7 de 1913, Dr. Lenzi, enucleación. Sale curada por primera, 17 de Mayo de 1913.

Examen anatómico patológico.—Fibro adenoma.

### OBSERVACION VIII

Genoveva H., ingresa Febrero 23 de 1912, soltera, 19 años, N.º de matrícula 80256.

Antecedentes.—Hace un año recibió un traumatismo en su mama derecha, hace tres meses notó un pequeño tumor en el mismo lado, ligeramente doloroso.

Estado actual. Presenta un tumor, en el seno derecho, del tamaño de una avellana, doloroso a la presión, movable, sin adherencia con los tejidos vecinos.

Operación.—Febrero 27 de 1912, Dr. Caligiuri, enucleación. Sale curada por primera, Marzo 17 de 1912.

Diagnóstico.—Adenoma.

### OBSERVACION IX

Elena P., ingresa Agosto 9 de 1912, soltera, 31 años, N.º de matrícula 82522.

Antecedentes.—Hace 6 años fué operada de una mastitis aguda, desde hace 5 meses notó en el sitio de su antigua afección, un tumor doloroso.

Estado actual.—Presenta un tumor, del tamaño de una avellana, movable, doloroso y duro.

Operación.—Agosto 12, Dr. Guirola, enucleación. Sale curada por primera, Octubre 20 de 1912.

Examen anatómico patológico.—Fibroma-adenoma.

#### OBSERVACION IX

María L., ingresa Julio 30 de 1914, casada, 34 años, N.º de matrícula 91314. Sale curada por primera, Agosto 16 de 1914.

Antecedentes.—Período menstrual 13 años regulares. Tiene un hijo sano. Hace un mes se da cuenta de la presencia, de un tumor en la glándula mamaria izquierda.

Estado actual.—Se palpa en la glándula mamaria izquierda, un tumor del tamaño de una nuez, movable, sin adherencia a los tejidos vecinos.

Operación.—Agosto 1.º de 1914, Dr. Caligiuri, enucleación.

Diagnóstico clínico y anatómico patológico.—Adenoma.

### OBSERVACION XI

Josefa C., ingresa Febrero 12 de 1914, casada, 19 años. Sale curada por primera, Marzo 12 de 1914.

Antecedentes.—Ha tenido un embarazo. Comienza hace dos años con un tumorcito a nivel de la mama izquierda, con aumento lento, con dolores que en estos últimos tiempos se hacen continuos y muy intensos.

Estado actual.—Al nivel de la región mamaria, existe aumento de volumen de la glándula del volumen de una cabeza de feto, con abundante desarrollo venoso superficial. Tumor que ocupa toda esta región, sin adherencia con los tejidos vecinos.

Operación.—Febrero 27 de 1914, Dr. C. Rosasco.

Diagnóstico clínico y anatómico patológico.—Adeno fibroma.

### OBSERVACION XII

Angela M., ingresa Enero 20 de 1910, casada, 44 años, N.º de matrícula 70638. Sale en vía de curación, Febrero 14 de 1910.

Antecedentes.—Un embarazo. Hace 15 días que nota un tumor en la mama izquierda.

Estado actual.—Se palpa en la glándula mamaria izquierda, un tumor del tamaño de una nuez,

en íntima relación con otros nódulos de menor tamaño, colocados por debajo de la piel y en pleno tejido mamario. Se palpan ganglios axilares.

Operación.—Dr. C. Rosasco, enucleación, 27 de Enero 1910.

Examen anatómo patológico.—Adenofibroma papilífero.

### OBSERVACION XIII

Erminda J., ingresa Junio 26 de 1913, viuda, 50 años.

Antecedentes.—Período menstrual, bien. Comienza hace un año, con un tumor del tamaño de una avellana, se hace asistir con un médico, que le indica la necesidad de hacerse operar, le manifiesta que el tumor es benigno, en estas condiciones deja pasar un tiempo, hasta que se decide ingresar a este servicio.

Estado actual.—Tumor en el cuadrante externo de la glándula, de consistencia quística del tamaño de una mandarina, sin adherencia a los tejidos vecinos.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico—Fibroadenoma quístico.

### OBSERVACION XIV

María M., ingresa Enero 24 de 1910, casada, 40 años, N.º de matrícula 70697. Sale curada por primera, Febrero 12 de 1910.

Antecedentes.—Dolores desde hace 4 años en la mama izquierda.

Enfermedad actual.—Pezón retraído, invaginado. Tumor en la mama, haciendo cuerpo con ella y movable, sin adherencia con los planos profundos. Infarto ganglionar en la axila. Tamaño de tumor una naranja, de superficie regular.

Operación.—Enero 20 de 1910, Dr. Salvador Marino, amputación y vaciamiento axilar.

Examen anatómo patológico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION XV

Ana F., ingresa Octubre 27 de 1909, casada, 19 años, N.º de matrícula 69607. Sale en vía de curación, Enero 28 de 1910.

Antecedentes.—Aparece hace 10 meses dos o tres tumorcitos pequeños, del volumen de una avellana. El pezón retraído poco tiempo después, notó a nivel de los tumorcitos una ulceración, desde entonces el aumento ha sido rápido.

Estado actual.—Pezón destruido, ocupado por un tumor del volumen de una mandarina, ulcerado, dejando salir un líquido seroso, doloroso. Infarto ganglionar axilar.

Operación.—Noviembre 2 de 1909, Dr. Luis Lenzi, método Halsted.

Examen anatómo patológico.—Escirro.

### OBSERVACION XVI

Severina M., ingresa Abril 17 de 1915, casada, 51 años, N.º de matrícula 93928. Sale curada por primera, Mayo 1.º de 1915.

Antecedentes.—Período menstrual regular en cantidad y duración indolora, con dos hijos sanos. Hace un año que nota un tumor en la mama izquierda. Desde hace tres meses, acusa dolores en esta región.

Estado actual.—Pezón ulcerado, de una coloración rosada, tumefacción que interesa a la mayor parte de la glándula. A la palpación se nota un tumor, del tamaño de una mandarina, duro, ligeramente doloroso, movable con la glándula, siendo los movimientos de esta limitados, con la contracción del músculo pectoral. Existen ganglios axilares infartados.

Operación.—Abril 27 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted.

Diagnóstico clínico y anatómico patológico—Epitelioma ulcerado.

### OBSERVACION XVII

Gerónima P., ingresa Octubre 25 de 1915, casada, 45 años, N.º de matrícula 96395. Sale curada por primera, Noviembre 14 de 1915.

Antecedentes.—Hace un año y medio se ini-

ció la menopausis. Tiene 5 hijos y 3 abortos. Refiere la enferma que hace un mes y 15 días, notó su mama aumentada de volumen y que el pezón se invaginaba.

Estado actual.—Aparece en relación a la opuesta de mayor volumen, con pezón retraído, tumor de consistencia dura, con adherencia a la piel y músculo pectoral; hay pequeños ganglios en la axila.

Operación.—Octubre 29 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted. Se deja el pequeño pectoral.

Diagnóstico.—Escirro.

#### OBSERVACION XVIII

María M., ingresa Septiembre 11 de 1915, casada, 45 años, N.º de matrícula 95714. Sale curada por primera, Octubre 3 de 1915.

Antecedentes.—Con 5 hijos vivos y 8 abortos, desde hace un año nota en su mama izquierda un tumor, que en estos últimos meses ha crecido rápidamente.

Estado actual.—Se palpa en el cuadrante externo de la glándula izquierda un tumor difuso, con adherencias cutáneas y profundas del tamaño de una manzana. En la región axilar se palpan ganglios aislados, pequeños y de consistencia dura. Reacción Wasserman positiva.

Operación.—Septiembre 16 de 1915, Dr. Caligiuri, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XIX

Lucía D., ingresa Diciembre 14 de 1915, viuda, 46 años, N.º de matrícula 97011. Sale curada por primera, Enero 6 de 1916.

Antecedentes.—Regló a la edad de 18 años regulares, en cantidad y duración. Ha tenido 6 embarazos. Hace 6 meses comienza su enfermedad, con dolor de su mama izquierda; hace dos meses que noto que esta aumentaba de volumen.

Estado actual.—Glándula mamaria izquierda, pezón retraído; tumor en el cuadrante inferior externo, con adherencia a la piel, del tamaño de un huevo de pavo, indoloro, movable en la glándula.

Operación.—Diciembre 17 de 1915, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Examen anatómico patológico.—Epitelioma atípico.

#### OBSERVACION XX

Alejandra B., ingresa Diciembre 13 de 1915, casada, 48 años, N.º de matrícula 96998. Sale curada, Enero 23 de 1916.

Antecedentes.—Regló a la edad de 14 años re-

gulares, en cantidad y duración. Ha tenido dos embarazos. Hace 20 días notó en el pezón izquierdo un tumorcito, duro e indoloro. Ha sido operada en este Hospital de un tumor benigno de la glándula mamaria derecha.

Estado actual.—Se nota en la mama izquierda un tumor del tamaño de un huevo de gallina, indoloro, con adherencia a los planos profundos. Se palpan ganglios, infartados, duros.

Operación.—Diciembre 17 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION XXI

Manuela H., ingresa Octubre 31 de 1915, casada, 73 años, N.º de matrícula 96456. Curada.

Antecedentes.—Doce embarazos, período menstrual regulares, en duración y cantidad. Comienza hace 6 meses con dolóres en la región axilar izquierda y 3 meses después notó que la mama izquierda aumentaba de volumen.

Estado actual.—Mama izquierda mayor que la opuesta, pezón retraído y en la parte superior existen pliegues de la piel que corresponden al límite de un nódulo del tamaño de una mandarina, adherente y doloroso. Infartos ganglionares.

Operación.—Noviembre 8 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted.

Examen anatómico patológico.—Escirro.

### OBSERVACIÓN XXII

Juana M., ingresa Septiembre 12 de 1915, casada, 34 años, N.º de matrícula 95808. Sale curada por primera, Octubre 6 de 1915.

Antecedentes.—Ha tenido 3 hijos y 4 abortos. Hace un mes que se da cuenta de la existencia de un tumor en su mama derecha.

Estado actual.—Tumor del tamaño de un huevo de gallina, movable en la glándula, sin adherencias cutáneas ni profundos. Infarto ganglionar.

Operación.—Septiembre 14 de 1915, Dr. J. Caliguri, amputación de la glándula, vaciamiento ganglionar.

Diagnóstico.—Epitelioma.

### OBSERVACION XXIII

Atalía D., ingresa Agosto 21 de 1915, casada, 50 años, N.º de matrícula 95461. Curada por primera, sale Septiembre 18 de 1915.

Antecedentes.—Ha tenido dos hijos. Período menstrual bien. Se da cuenta de la existencia de su tumor, por indicación de un médico, a quien consultaba por trastornos gástricos.

Estado actual.—Por el pezón sale un líquido

sanguinolento. En el cuadrante externo de la glándula, se palpa un tumor difuso, con adherencia a la piel y músculo pectoral. En la axila se encuentran ganglios aislados, pequeños y duros.

Operación.—Agosto 26 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted.

Diagnóstico.—Adeno carcinoma.

#### OBSERVACION XXIV

Carolina G., ingresa Diciembre 15 de 1915, casada, 40 años, N.º de matrícula 97029. Sale curada por primera, Enero 25 de 1916.

Antecedentes.—Tiene 4 hijos, menstruación regulares e indoloras. Se inicia desde hace tres meses, con tumor en la mama derecha, doloroso, con crecimiento rápido.

Estado actual.—Tumor del volumen de un huevo de pavo, con adherencias cutáneas, movable en la glándula, siendo los movimientos de esta muy limitados cuando contrae el músculo pectoral, prueba de su adherencia con éste. Existen ganglios infartados.

Operación.—Diciembre 18 de 1915, Dr. J. Caligiuri, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XXV

Matilde L., ingresa Mayo 31 de 1915, casada,

43 años, N.º de matrícula 94350. Sale curada por primera, Junio 16 de 1915.

Antecedentes.—Hace 3 meses notó un tumor sobre su mama izquierda, con aumento progresivo, indoloro.

Estado actual.—Presenta en el cuadrante externo de la mama, un tumor del tamaño de un huevo de gallina, adherente a la piel, movable con la glándula, no hay infarto ganglionar.

Operación.—Junio 2 de 1915, Dr. L. Lenzi, amputación con vaciamiento de ganglios.

Diagnóstico.—Escirro.

#### OBSERVACION XXVI

Juana C., ingresa Agosto 11 de 1915, casada, 46 años, N.º de matrícula 95316. Sale curada por primera, Noviembre 16 de 1915.

Antecedentes.—Mastitis hace dos años operada. Período menstrual, bien. Comienza hace un año con tumor, cuyo volumen aumenta continuamente.

Estado actual.—Presenta a la palpación un tumor en el cuadrante externo de la glándula mamaria derecha, adherente a la piel del volumen de una manzana, se palpan ganglios axilares.

Operación.—Agosto 14 de 1915, Dr. S. Marino, método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

### OBSERVACION XXVII

María L., ingresa Julio 30 de 1914, casada, 24 años, N.º de matrícula 91314.

Antecedentes.—Hace 2 años mastitis, nota un tumor desde hace dos meses, indoloro.

Estado actual.—Tumor duro movable, sin adherencia, que ocupa el cuadrante externo de la glándula, indoloro.

Operación.—Agosto 1.º de 1914, Dr. Caligiuri, enucleación. Sale curada por primera, Agosto 16 de 1914.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico.—Fibro adenoma.

### OBSERVACION XXVIII

Josefa C., ingresa Febrero 21 de 1914, casada-19 años, N.º de matrícula 89559.

Antecedentes.—Hace 15 meses que nota un tumorcito en la mama izquierda, al nivel del pezón, aumentando constantemente de volumen, con dolores continuos e intensos.

Estado actual.—(Mama con gran volumen, se palpa un tumor del tamaño de una cabeza de feto con abundante desarrollo venoso, superficial, piel lisa. De consistencia aumentada en ciertos puntos algo quística, lobulados, con surcos su-

perificiales y profundos. No tiene adherencias profundas.

Operación.—Febrero 27 de 1914. Dr. Lenzi, extirpación de la glándula, vaciamiento de ganglios. Sale curada por primera, Marzo 12 de 1914.

Examen anatómo patológico.—Adeno fibroma quístico.

#### OBSERVACION XXIX

Carlota C., ingresa Octubre 10 de 1914, casada, 43 años, N.º de matrícula 92020. Sale curada por primera, Noviembre 6 de 1914.

Antecedentes.—Menstruación regular. Hace un mes que sufre dolores, en su mama derecha, notando al mismo tiempo un tumor de consistencia dura.

Estado actual.—Piel de aspecto de cáscara de naranja, se palpa un tumor del volumen de una naranja, con adherencias profundas. En la axila existen ganglios pequeños y duros.

Operación.—Octubre 15 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Examen anatómo patológico.—Mastitis carcinomatosa.

#### OBSERVACION XXX

Ana S., ingresa Marzo 23 de 1914, viuda, 62 años, N.º de matrícula 89895. Sale curada por primera, Abril 23 de 1914.

Antecedentes.—Siete embarazos y dos abortos, menopausis, desde hace 12 meses. Comienza hace 6 meses, con un tumor indoloro, que ha aumentado de volumen paulatinamente.

Estado actual.—Se palpa un tumor en la mama derecha, del volumen de una naranja. Retracción del pezón, adherente a la piel y planos profundos. Ganglios axilares infartados, consistencia dura.

Operación.—Marzo 27 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

### OBSERVACION XXXI

Benedetta D., ingresa Abril 16 de 1914, casada, 51 años, N.º de matrícula 90162. Sale curada por primera, Mayo 10 de 1914.

Enfermedad actual.—Hace 6 meses notó accidentalmente, un pequeño tumor en el cuadrante externo de la mama derecha. Este tumor tiene el tamaño de una mandarina, acompañado de otros dos más pequeños.

Estado actual.—Tumor del volumen de un huevo de pavo, vecino a otros dos de menor dimensión, en íntima relación con el primero a través de tejido mamario, con adherencia a la piel y músculo pectoral. Piel de aspecto de corteza de naranja. Infarto ganglionar, duro, en la axila.

Operación.—Abril 24 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Escirro.

### OBSERVACION XXXII

Magdalena L., ingresa Octubre 25 de 1914, casada, 52 años, N.º de matrícula 92170. Sale curada por primera, Noviembre 15 de 1914.

Antecedentes.—Regló a la edad de 13 años, han sido regulares en su aparición y duración. Diez embarazos. Hace 10 meses que se da cuenta de la existencia de un tumor en la mama derecha, con aumento de volumen posteriormente, algo doloroso.

Estado actual.—Tumor en la mama derecha, del tamaño de un huevo de gallina, movable con la glándula, siendo estos movimientos muy limitados durante la contracción del pectoral, adherente a la piel. Ganglios axilares aislados del tamaño de una nuez algunos.

Operación.—Octubre 26 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

### OBSERVACION XXXIII

Fortunata A., ingresa Octubre 10 de 1914, casada, 27 años, N.º de matrícula 92026. Sale el 18 de Enero de 1915. El tumor ha recidivado al poco tiempo de ser operada.

Antecedentes.—Período menstrual regular. Tiene un hijo vivo y sano, un aborto de tres meses. Comienza su enfermedad hace 8 meses, con la aparición de un tumor duro en la mama izquierda, que ha aumentado de volumen, siendo doloroso a la presión. Embarazo de 4 meses.

Estado actual.—Presenta en el seno izquierdo, un tumor, del tamaño de una naranja grande, duro, renitente, con adherencia a la piel, que invade los planos profundos.

Operación.—Octubre 14 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted. En este caso dado el tamaño del tumor, hubo necesidad de hacer plástica con colgajos de piel vecina. Al mes y medio se nota en la cicatriz algunos nódulos duros redondeados, que poco a poco han aumentado de volumen. Se observa además del brazo, pérdida del apetito y adelgazamiento. La enferma sale del servicio por su propia voluntad.

Diagnóstico.—Carcinoma, recidiva.

#### OBSERVACION XXXIV

Rosa L., ingresa Abril 15 de 1914, casada, 74 años, N.º de matrícula 90142. Sale curada por primera, Mayo 9 de 1914.

Antecedentes.—Comienza hace 8 meses con dolores, a carácter neurálgicos en la mama izquierda, notando al mismo tiempo un tumor.

Estado actual.—Se palpa un tumor, en el cuadrante súpero-externo de la glándula mamaria izquierda, duro, adherente a la piel y del tamaño de un huevo de pollo; ganglios axilares pequeños y duros.

Operación.—Abril 18 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Examen anatómico patológico.—Epitelioma típico.

#### OBSERVACION XXXV

Francisca L., ingresa Agosto 11 de 1914, viuda, 40 años, N.º de matrícula 91438. Sale curada por primera, Octubre 27 de 1914.

Antecedentes personales.—Siete embarazos, mastitis curada por operación hace tres años.

Enfermedad actual.—Hace 10 meses que comienza su enfermedad, con la aparición de un tumor en su mama derecha.

Estado actual.—Glándula mamaria derecha reducida de volumen, pezón retraído, cicatriz adherente, profunda, dura en relación con el tejido glandular, el cual se encuentra ocupado por un tumor, del tamaño de una naranja, que invade los músculos. Infarto ganglionar, duro en el hueso axilar.

Operación.—Agosto 14 de 1914, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico clínico.—Epitelioma.

OBSERVACION XXXVI

Teresa B., ingresa Diciembre 3 de 1913, casada, 40 años, N.º de matrícula 88545. Sale curada pro primera, Diciembre 24 de 1913.

Antecedentes.—Ha tenido 12 embarazos, de los cuales 6 abortos. Menstruación, regulares e indoloras. Principia hace dos años con retracción del pezón derecho, se hace asistir por un médico, quien le aconseja operarse, por un tumor de la mama. Padece de dolores articulares.

Estado actual.—Presenta a nivel de la mama derecha, retracción del pezón y se palpa un tumor del tamaño de una naranja, con adherencias cutáneas, con cadena ganglionar en el hueso axilar.

Operación.—Diciembre 13 de 1913, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Examen anatomo patológico.—Carcinoma.

OBSERVACION XXXVII

Julia F., ingresa Febrero 25 de 1913, casada, 37 años N.º de matrícula 84951. Sale curada por primera, Marzo 19 de 1913.

Antecedentes.—Ocho embarazos. Fué operada de mastitis hace algunos años, período menstrual bien. Hace tres meses que empieza su enfermedad, con dolores irregulares en su aparición. No-

tó hace 6 meses un tumor, que aumentó paulatinamente de volumen.

Estado actual.—Tumor de la mama izquierda cuadrante súpero externo, del tamaño de un huevo de gallina, de piel vascularizada y cianótica, de consistencia fluctuante, con adherencia a la piel y músculo pectoral. En la axila se palpan ganglios de gran tamaño.

Operación.—Febrero 27 de 1913, Dr. Luis Lenzi, método Halsted

Examen anatómo patológico.—Carcinoma encefaloide.

#### OBSERVACION XXXVIII

María G., ingresa Abril 29 de 1913, casada, 40 años, N.º de matrícula 85746. Sale curada por primera, Mayo 18 de 1913.

Antecedentes.—Menstruaciones regulares. Comienza hace 10 meses con un tumor en su mama derecha, desde entonces ha crecido poco a poco, especialmente en estos últimos días, que su desarrollo se hace rápido.

Estado actual.—Mama derecha se palpa tumor grande, del tamaño de un huevo de gallina, de consistencia tensa, sin adherencias cutáneas, pequeña rebracción del pezón. Cadena ganglionar subpectoral y axilar.

Operación.—Mayo 1.º de 1913, Dr. C. Rosasco, método Halsted.

Examen anatómico patológico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION XXXIX

Rosario B., ingresa Enero 17 de 1913, casada, 46 años, N.º de matrícula 84369. Sale curada por primera, Febrero 19 de 1913.

Antecedentes personales.—Cinco embarazos y un aborto. Comeinza hace cuatro meses, dice haber notado al nivel de la axila izquierda ganglios infartados.

Estado actual.—Piel de aspecto de cáscara de naranja; tumor duro, leñoso, adherente, del tamaño de una naranja, ganglios aumentados de volumen en la región supraclavicular y axilar.

Operación.—Enero 23 de 1913, Dr. Rosasco, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XL

Rosa M., ingresa Junio 23 de 1913, casada, 42 años, N.º de matrícula 86434. Sale curada por primera, Julio 17 de 1913.

Antecedentes.—Dos meses de evolución.

Estado actual.—Tumor al nivel de la mama izquierda, que ocupa toda la glándula, adherente a la piel, con ganglios axilares.

Operación.—Junio 27 de 1913, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

#### OBSERVACION XLI

Ana B., ingresa Enero 8 de 1912, casada, 35 años, N.º de matrícula 79625. Sale curada por primera, Enero 25 de 1912.

Enfermedad actual.—Tumor desde hace cuatro meses.

Estado actual.—Se palpa un neo en la glándula mamaria, del tamaño de un huevo de gallina, adherente a la piel y planos profundos. Infarto ganglionar axilar.

Operación.—Enero 11 de 1912, Dr. C. Rosasco, método Halsted.

Diagnóstico.—Cáncer de mama.

#### OBSERVACION XLII

Josefina S., ingresa Enero 31 de 1912, casada, 36 años, N.º de matrícula 79946. Sale curada por primera, Febrero 22 de 1912.

Enfermedad actual.—Desde hace un año, nota una secreción por el pezón izquierdo.

Estado actual.—Se palpan pequeños nódulos quísticos de regular tensión, diseminados en la glándula, del tamaño de un huevo de paloma; sin límites netos. La piel es móvil sobre la glándula, no hay adherencias. Haciendo presión al nivel del pezón, da salida a un líquido seroso.

Operación.—Febrero 8 de 1912, Dr. S. Marino, amputación de la glándula.

Diagnóstico.—Mastitis quística. La glándula presenta los conductos galactóforos dilatados, encontrándose en estos tumores quísticos, un líquido seroso.

#### OBSERVACION XLIII

Ana I., ingresa Agosto 18 de 1913, casada, 38 años, N.º de matrícula 87163. Sale curada por primera, Septiembre 7 de 1913.

Antecedentes.—Comienza hace 4 meses, con un tumor al nivel de la mama derecha, indoloro, el cual aumenta paulatinamente de volumen.

Estado actual.—Tumor duro, del tamaño de un huevo de gallina, con adherencias cutáneas e infarto ganglionar en la axila.

Operación.—Agosto 24 de 1913, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Examen anatomo patológico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XLIV

Catalina N., ingresa Agosto 11 de 1913, casada, 56 años, N.º de matrícula 87055. Sale curada por primera, Agosto 30 de 1913.

Antecedentes.—Se inicia hace un mes, con un tumor al nivel de la glándula mamaria izquierda, que ha aumentado de volumen.

Estado actual.—Mama izquierda se palpa un

tumor duro, leñoso; piel de cáscara de naranja. Infarto de ganglio en la axila.

Operación.—Agosto 13 de 1913, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XLV

Angela Z., ingresa Marzo 19 de 1912, casada, 45 años, N.º de matrícula 80606. Sale curada por primera, Marzo 18 de 1912.

Antecedentes.—Ha tenido 14 embarazos, de los cuales 4 abortos, dos 7 meses y los otros de 3 meses. Notó la enferma hace un mes un tumor en la mama derecha.

Estado actual.—Nódulo duro, leñoso, adherente a la piel, presentando esta los caracteres de cáscara de naranja; del tamaño de una mandarina. No se palpan ganglios axilares.

Operación.—Marzo 23 de 1912, Dr. Luis Lenzi, amputación de la mama, vaciamiento del hueso axilar, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XLVI

Teresa B., ingresa Diciembre 3 de 1913, casada, 40 años, N.º matrícula 88545. Sale curada por primera, Diciembre 24 de 1913.

Antecedentes.—Doce embarazos, de los cuales 6 abortos, de 2, 3, 5 y 7 meses.

Enfermedad actual.—Comienza hace dos años, con retracción del pezón, no le da importancia; hace 6 meses que se da cuenta de la presencia de un tumor, en la mama derecha.

Estado actual.—Retracción marcada del pezón de la glándula mamaria, tumor de consistencia blandusca, del tamaño de una mandarina, con adherencia a la piel, la cual presenta el aspecto de corteza de naranja. Cadena ganglionar subpectoral y axilar, aislado y de consistencia dura.

Operación.—Diciembre 13 de 1913, Dr. C. Rosasco, método Halsted.

Examen anatómo patológico.—Mastitis carcinomatosa.

#### OBSERVACION XLVII

Guillerma U., ingresa Octubre 7 de 1912, casada, 47 años, N.º de matrícula 83097. Sale curada por primera, Noviembre 4 de 1912.

Antecedentes.—Hace un año se da cuenta de la presencia de un pequeño tumor en la mama izquierda, del tamaño de un grano de café; posteriormente ha aumentado de volumen continuamente.

Estado actual.—Se palpa un tumor en la glándula mamaria izquierda, del tamaño de un huevo de gallina, de superficie irregular, adherente a la piel y músculo pectoral. Se palpán ganglios en la axila izquierda, algunos del tamaño de una

nuez. Piel de un color obscuro, con el aspecto de cáscara de naranja.

Operación.—Octubre 15 de 1912, Dr. S. Marino, amputación de la glándula, método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION XLVIII

Angela M., ingresa Noviembre 9 de 1912, casada, 45 años, N.º de matrícula 83459. Sale en vía de curación.

Antecedentes.—Transtornos gástricos, por los cuales consultaba al médico, quien le hace notar la existencia de un tumor en la glándula mamaria izquierda.

Estado actual.—Tumor duro, del volumen de una nuez, con adherencia a la piel, con ganglios en la axila.

Operación.—Noviembre 9 de 1912, Dr. L. Lenzi, amputación de la glándula, vaciamiento de ganglios.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION XLIX

María G., ingresa Junio 10 de 1912, casada, 59 años, N.º de matrícula 81631. Sale curada por primera, Agosto 13 de 1912.

Antecedentes.—Comienza hace un año y medio, con un pequeño nódulo a nivel de la mama izquierda, con aumento rápido de volumen.

Estado actual.—Tumor de volumen de una naranja grande, con adherencia a la piel, movimiento de la glándula limitado, cadena de ganglios sub pectoral y axilar.

Operación.—Junio 12 de 1912, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION L

Juana D., ingresa Septiembre 3 de 1912, casada, 40 años, N.º de matrícula 82593. Sale curada por primera, Octubre 3 de 1912.

Antecedentes.—Hace 5 meses notó un nódulo a nivel de la mama izquierda, el cual ha aumentado de volumen lentamente.

Estado actual.—Mama izquierda, se palpa un tumor adherente a la piel, duro, leñoso, poco doloroso, con ganglios axilares en cadena por el borde inferior del pectoral, duros y leñosos.

Operación.—Septiembre 7 de 1912, Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.Escirro.

#### OBSERVACION LI

Carmen C., ingresa Febrero 17 de 1911, viuda, 39 años, N.º de matrícula 75505. Sale curada por primera, Marzo 16 de 1911.

Antecedentes.—Hace tres meses sufre dolores

lacinantes en su mama izquierda; a este nivel notó un tumorcito, duro y doloroso.

Estado actual.—La glándula mamaria izquierda presenta un tumor en su cuadrante externo, duro, con adherencia a la piel y planos profundos.

Hueso axilar infarto ganglionar.

Operación.—2 de Marzo 1911. Dr. Lenzi. Método Halsted.

Examen anatomo patológico. — Epitelioma atípico.

### OBSERVACION LII

Valentina V., ingresa 23 de Julio 1911, 70 años, casada, número de matrícula 78661. Sale curada 23 de Noviembre 1911.

Antecedentes.—Manifiesta la enferma que desde hace cuatro años, sale por el pezón de la mama derecha, un líquido sanguinolento, acompañado de vez en cuando, por dolores, al mismo tiempo ha notado un pequeño tumorcito del tamaño de una nuez, duro y algo doloroso, que en estos últimos tiempos ha aumentado de volumen.

Estado actual.—Tumor palpable, en el cuadrante externo de la mama derecha, con adherencia a la piel, movable con la glándula, siendo muy limitado este, cuando se hace contraer el músculo pectoral. Se palpan ganglios linfático axilares.

Operación 31 de Octubre 1911. Dr. S. Marino.

Amputación de la mama derecha, vaciamiento ganglionar axilar. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION LIII

Brizu C., ingresa 1.º de Noviembre 1911, casada, 51 años, número de matrícula 78769. Sale curada por primera, 20 de Noviembre 1911.

Antecedentes.—Comienza hace 5 meses, con un tumor de la mama izquierda.

Estado actual.—Se palpa un tumor, del tamaño de un huevo de gallina, con adherencia a la piel; con infarto ganglionar en la axila.

Operación. — 4 de Noviembre 1911, Dr. C. Rosasco. Amputación en la glándula, con vaciamiento ganglionar. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION LIV

María F., ingresa 22 de Junio 1911, 56 años, casada, número de matrícula 77072. Sale curada 14 de Julio 1911.

Antecedentes.—Dos embarazos. Período menstruales regulares. Comienza su enfermedad hace dos años, con una pequeño induración del tamaño de una nuez. Desde hace cuatro meses se ha ulcerado dejando salir pus sanioso.

Estado actual.—Se palpa un tumor, en la mama

derecha, sin límites netos, con adherencia a la piel y músculo pectoral; piel de aspecto cáscara de naranja. Infarto ganglionar en la axila.

Operación.—Dr. Lenzi.

Diagnóstico clínico.—Epitelioma.

#### OBSERVACION LV

María C., ingresa 26 de Mayo 1910, 44 años, casada, número de matrícula 72234. Sale curada por primera, 19 de Junio 1910.

Antecedentes.—Se inicia hace dos años con dolores, de irregular aparición, de su mama derecha.

Hace un año nota un tumor del tamaño de un huevo de paloma, con aumento de volumen en estos últimos tiempos.

Estado actual.—Tumor del tamaño de una naranja grande, adherente a la piel, indoloro. Se palpan ganglios.

Operación.—28 de Mayo 1910. Dr. S. Marino. Amputación de la glándula, vaciamiento de ganglios. Método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION LVI

María C., ingresa 14 de Noviembre 1911, 58 años, casada, número de matrícula 78938. Sale curada por primera, 10 de Diciembre 1911.

Antecedentes.—Hace cuatro años que ha notado su tumor, en la mama izquierda.

Estado actual.—Tumor del tamaño de un huevo de pavo, adherente a la piel; pezón retraído.

Ganglios axilares infartados.

Operación.—23 de Noviembre 1911. Dr. J. Caligiuri. Método Halsted.

Examen anatómo patológico, adeno carcinoma.

#### OBSERVACION LVII

Eugenia P., ingresa 14 de Noviembre 1911, 60 años, casada, número de matrícula 78940. Sale curada, 8 de Diciembre 1911.

Antecedentes.—Hace un año notó un tumor en su mama izquierda.

Estado actual.—Tumor del tamaño de huevo de gallina, movable con la glándula, adherente a la piel; ligera retracción del pezón.

Operación. — 20 de Noviembre. Dr. J. Caligiuri. Método Halsted.

Diagnóstico.—Adeno carcinoma.

#### OBSERVACION LVIII

Julia G., ingresa 3 de Septiembre 1910, 52 años, casada. Sale curada, 16 de Octubre 1910, número de matrícula 73393.

Antecedentes.—Período menstrual regular. Se inicia hace un año, con la aparición de un nódulo al nivel del pezón, de la mama derecha, dicho

nódulo ha crecido de tamaño; indoloro; ha enflaquecido en estos últimos meses.

Estado actual.—Tumor en la glándula mamaria derecha, del tamaño de una mandarina, adherente a la piel; retraído. Ganglios axilares pequeños aislados.

Operación.—8 de Septiembre 1910. Dr. L. Lenzi. Método, amputación de la glándula, con vaciamiento axilar. Método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION LIX

María C., ingresa 6 de Julio de 1910, 68 años, casada. Sale curada por primera, 31 de Julio de 1910, número de matrícula 72709.

Antecedentes.—Hace un año, nota un pequeño nódulo al nivel del pezón, de la mama izquierda; que aumentó de volumen posteriormente; siendo en estos últimos tiempos, de evolución rápida y ulcerándose con salida pus sanioso.

Estado actual.—Tumor del tamaño de una cabeza de feto, en la mama izquierda, ulcerado profundamente, dando salida a una secreción saniosa. Los bordes de esta ulceración, tienen aspecto rosado muy adherente a la piel y músculos profundos. No se palpan ganglios.

Operación.—12 de Julio 1910. Dr. L. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma ulcerado.

### OBSERVACION LX

Teresa D., ingresa 1.º de Noviembre 1910, 38 años, casada, número de matrícula 74071. Curada por primera, 24 de Noviembre 1910.

Antecedentes. — Período menstrual doloroso. Embarazo bien. Mastitis supurada, y operada hace un año, de su mama izquierda. Hace 7 meses que por su pezón, sale un líquido sanguinolento; poco tiempo después se da cuenta de la presencia de un tumor en la parte interna de la glándula, del tamaño de un huevo de pollo, que ha aumentado de volumen posteriormente.

Estado actual.—Piel de la glándula al nivel del tumor de aspecto rosado. Se palpa al mismo tiempo, un tumor del tamaño de una mandarina grande; adherente a la piel, movable con la glándula. Infarto ganglionar axilar.

Operación.—Dr. L. Lenzi, método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

### OBSERVACION LXI

Carmen F., ingresa 2 de Marzo 1911, 58 años, viuda, número de matrícula 75657. Sale curada por primera, 11 de Abril 1911.

Antecedentes.—Manifiesta la enferma, que poco tiempo después de un traumatismo, de su mama izquierda, nota un tumor en la parte externa, duro, y ligeramente doloroso a la presión. Des-

de la aparición -de este tumor, hace ya 7 meses, ha tenido un aumento de tamaño bastante rápido.

Estado actual. — Tumor de consistencia blanda, del tamaño de una naranja, adherente a la piel y planos profundos, su pezón retraído infarto ganglionar.

Operación.—4 de Marzo 1911. Dr. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

#### OBSERVACION LXII

Caterina C., ingresa 30 de Septiembre 1910, 35 años, soltera, número de matrícula 73697. Sale curada por primera, 10 de Noviembre 1910.

Antecedentes.—Hace dos meses empieza su enfermedad con dolores, en la mama izquierda, irradiado a toda la región torácica del mismo lado. Notando un tumor en la glándula, del tamaño de un huevo de gallina, poco doloroso, que ha tenido su aumento rápido.

Estado actual.—Pezón retraído, se palpa en parte interna de la glándula, un tumor duro, del volumen de una naranja. Piel de cáscara de naranja. No se encuentran ganglios.

Operación.—4 de Septiembre 1910. D. Luis Lenzi. Amputación de glándula, vaciamiento de ganglios axilar. Método Halsted.

Diagnóstico.—Carcinoma.

### OBSERVACION LXIII

Julia M., ingresa 28 de Noviembre 1910, 43 años, casada, número de matrícula 74404. Sale curada por primera, 21 de Diciembre 1910.

Antecedentes.—Mastitis hace dos años, operada. Comienza hace 7 meses, tumefacción de mama derecha, indolora.

Estado actual.—Se palpa en la mama derecha, parte interna, un tumor duro, adherente a la piel, del tamaño de una mandarina, movable sobre los planos profundos. Huevo axilar, ganglios de diferente tamaño, aislados.

Operación.—29 de Noviembre 1910. Dr. Marino. Amputación de la glándula, con vaciamiento ganglionar. Método Halsted.

Diagnostico.—Epitelioma.

### OBSERVACION LXIV

María M., ingresa 14 de Enero 1910, 40 años, casada, número de matrícula 70697. Sale curada, 28 Marzo 1912.

Antecedentes.—Dolores desde hace cuatro años en su mama izquierda.

Estado actual.—Pezón retraído. Se palpa un tumor, del tamaño de una mandarina, sin adherencia con la piel y músculo pectoral, movable. Axila ganglios, pequeños, duros, indoloros.

Operación.—20 de Enero 1910, Dr. S. Marino.  
Método Halsted.

Diagnóstico anatomo patológico. Epitelioma.

Nota.—Vuelve por segunda vez, con un tumor de la glándula mamaria derecha, después de tres años de su primera operación. Este tumor tiene análogos caracteres clínicos que el anterior.

Se opera 17 de Marzo 1912. Sale curada, 28 de Marzo 1912.

#### OBSERVACION LXV

Carlota S., ingresa 13 de Julio 1911, 50 años, casada, número de matrícula 77329. Sale curada por primera, 7 de Agosto 1911.

Antecedentes.—Hace tres días la enferma nota casualmente un tumor en la glándula mamaria izquierda, indoloro, teniendo de vez en cuando una sensación de peso en dicha región.

Estado actual. — Glándula mamaria izquierda aumentada de volumen. Piel aspecto de cáscara de naranja. Se palpa un tumor del tamaño de una mandarina, sin adherencias a la piel, movable con la glándula. Axila, infarto ganglionar.

Operación.—17 de Julio 1911. Dr. L. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico clínico y anatomo patológico. — Epitelioma.

### OBSERVACION LXVI

Manuela D., ingresa 9 de Junio 1910, 62 años, viuda. Sale curada por primera, 27 de Junio 1910.

Antecedentes.—Comienza con un traumatismo de la región mamaria derecha, nota un tumor del tamaño de una naranja, que ha aumentado de volumen posteriormente.

Estado actual.—Tumor del tamaño de una cabeza de feto que ocupa casi toda la glándula, adherente a la piel, que tiene el aspecto de cáscara de naranja, que no invade los planos profundos. Axila. Cadena ganglionar, de pequeño tamaño y duros.

Operación.—13 de Junio 1910. Dr. C. Rosasco. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

### OBSERVACION LXVII

Rosa V., ingresa 23 de Junio 1911, 48 años, casada, número de matrícula 77089. Sale curada por primera, 6 de Agosto de 1911.

Antecedentes.—A los 17 años menstruó, dolorosas y con vómitos. Comienza hace dos años con un pequeño tumor, del tamaño de un huevo de paloma; con aumento lento, ha tenido dolores, irradiados hacia la espalda y brazo.

Estado actual.—Se palpa un tumor en el cuadrante supero interno de la glándula mamaria iz-

quierda, del tamaño de un huevo de aveztruz; red-venosa cutánea, estando esta adherida al tumor, con el aspecto de cáscara de naranja, y movable con la glándula.

Axila.—Infarto ganglionar.

Operación.—27 de Junio 1911. Dr. C. Rosasco. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma atípico.

#### OBSERVACION LXVIII

Adelina E., ingresa 23 de Julio 1914, 38 años, casada, número de matrícula 92228. Sale en vía de curación, 23 Agosto 1914.

Antecedentes.—Regló a los 13 años, un hijo muerto por parto distócico; dos abortos. Data su enfermedad desde hace dos meses, que se da cuenta de un tumor en su mama derecha.

Estado actual.—En el cuadrante infero-externo de la glándula mamaria derecha se palpa un tumor del tamaño de una naranja, de superficie nodulada, duro, adherente con la piel que tiene aspecto de cáscara de naranja, movable con la glándula cuando se hace contraer el músculo pectoral. Axila: ganglios pequeños, indoloros, duros.

Operación.—28 de Julio 1914. Dr. S. Marino Méto Halsted.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico. — Epitelioma.

### OBSERVACION LXIX

Angela B., ingresa 30 de Agosto 1915, 47 años, casada, número de matrícula 95206. Sale curada, 1.º de Abril 1915.

Antecedentes.—Regló a los 14 años, han sido regulares; ha tenido 5 hijos sanos. Hace cinco meses que ha notado un tumor en la glándula mamaria izquierda del tamaño de una nuez; ha aumentado de tamaño lentamente, sin ocasionar molestia. Por el pezón ha salido un poco de líquido sero-sanguinolento.

Estado actual.—Se palpa en el cuadrante inferior de la glándula un tumor del tamaño de una mandarina, liso indoloro; adherente a la piel, que tiene el aspecto de cáscara de naranja, sin adherencia a los planos profundos. Axila se palpan, pequeños ganglios, indoloros, movibles bajo el dedo.

Operación.—5 de Agosto 1915. Dr. S. Marino. Método Halsted.

Diagnóstico clínico y anatomo patológico. — Epitelioma.

### OBSERVACION LXX

Juana B., ingresa 2 de Enero 1911, 42 años, casada, número de matrícula 74863. Sale curada por primera, 22 de Enero 1911.

Antecedentes.—Manifiesta la enferma que hace

cinco años, padeció de mastitis que fué curada por el medio quirúrgico; ha notado un tumor desde hace un año en su mama izquierda, del tamaño de una mandarina, con retracción del pezón.

Estado actual.—Mama izquierda aumentada de volumen, pezón retraído. Piel de naranja. Se palpa un tumor del tamaño de una cabeza de feto, adherente a la piel y músculo pectoral. Ganglios en la axila, aumenta de volumen, duros, y aislados.

Operación.—5 de Enero 1911. Dr. L. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico clínico y anatómo patológico. — Carcinoma.

Nota. — Ingresa por segunda vez, 3 de Mayo 1911, con un recidiva, en la cicatriz, bajo forma de nódulos, duros, adherentes y del tamaño de un huevo de paloma.

Tratamiento. — Radioterapia. En vía de curación.

#### OBSERVACION LXXI

Adelaida O., ingresa 16 de Octubre 1910, 47 años, casada, número de matrícula 69471. Sale curada por primera, 11 de Noviembre 1910.

Antecedentes.—Hace tres meses notó un tumor del tamaño de una nuez, en su mama izquierda, con fuertes dolores en toda la región.

Estado actual.—Se palpa un tumor en el cuadrante supero-externo de la glándula izquierda del tamaño de un huevo de gallina, de límites difusos, con adherencia al músculo pectoral. Infarto ganglionar duro en la axila.

Operación.—23 de Octubre 1910. Dr. L. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico clínico y anatomo patológico. — Carcinoma.

Nota.—Ingresa nuevamente con una recidiva en la cicatriz operatoria, en forma de nódulos, duros y adherentes. Metastasis ganglionar supraclavicular. Tratamiento Rayos X.

Sale en vía de curación.

## OBSERVACION LXXII

Ernesta D., Ingresa el 14 de Enero de 1912, 51 años, viuda, número de matrícula 79704. Sale curada, 4 Febrero 1912..

Antecedentes.—Operada de absceso de la región tiroidea. Menstruó a la edad de 13 años, ha tenido un embarazo. Comienza su enfermedad hace 6 años, notando un tumor en la glándula mamaria derecha del tamaño de una almendra, con aumento progresivo y con dolores en estos últimos meses.

Estado actual.—Estado general bueno. Se palpa un tumor del tamaño de una naranja con adhe-

rencia a la piel, movable con la glándula, sin que estos movimientos se encuentren dificultados con la contracción del músculo pectoral.

Operación.—15 de Junio de 1912. Doctor L. Lenzi. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

Nota.—Ingresa por segunda vez, 22 de Octubre de 1913 con metastasis de los ganglios sub y supra clavicular y edema del brazo derecho, cicatriz operatoria bien.

#### OBSERVACION LXXIII

María L., Ingresa el 5 de Noviembre de 1914, 38 años, casada. Sale curada, 5 de Enero de 1915. Número de matrícula 92569.

Antecedentes.—Hace un año fué operada de mastitis supurada. Se inicia con retracción del pezón de la mama izquierda; hace tres meses que se dá cuenta de la existencia de un tumor del tamaño de un puño, que no ha aumentado posteriormente.

Estado actual. — Inspección aumento de volumen de la glándula mamaria izquierda, retracción del pezón, piel de naranja, a la palpación, tumor del tamaño de un puño adherente a la piel, de superficie regular y doloroso. Ganglios axilares infartados.

Operación.—8 de Diciembre 1914. Dr. L. Lenzi. Método Halsted.

Nota.—El 16 de Marzo de 1915 ingresa nuevamente, manifestando que no puede mover su brazo porque se encuentra todo tumefacto. A la inspección, se observa que la cicatriz de la operación anterior se encuentra adherente a los planos profundos. Región axilar rubicunda tumefacta y dolorosa a la presión. Hay edema de todo el brazo, con limitación de sus movimientos. Región supraclavicular se palpan ganglios aumentados de volumen. Tratamiento Radioterapia.

#### OBSERVACION LXXIV

Catalina N., ingresa 7 de Octubre 1914, 46 años, viuda, número de matrícula 91989. Sale curada 29 de Noviembre 1914.

Antecedentes. Menstruación a la edad de 15 años. Ha tenido cuatro hijos. Desde hace un año nota un tumor de la mama izquierda, con dolores que se irradiaban, hacia la espalda.

Estado actual.—Glándula mamaria izquierda es pequeña y dura. Se palpa un tumor, adherente a la piel, del tamaño de un durazno, de superficie ulcerada, sin adherencia al músculo pectoral. Ganglios axilares infartados, grandes y duros.

Operación.—16 de Octubre 1914. Dr. J. Caligiuri. Método Halsted.

Diagnóstico clínico.—Carcinoma ulcerado.

Nota.—Esta enferma ingresa por segunda vez, el 12 de Junio 1915, con un adenitis de la región

axilar izquierda, con edema del brazo correspondiente; siendo este infarto ganglionar, duro y doloroso; existe también adenitis del cuello.

Muere el 6 de Julio de 1915. Metastasis.

### OBSERVACION LXXV

Florentina B., ingresa 10 de Octubre 1912, 36 años, casada, número de matrícula 83086. Muerta el 29 de Octubre de 1912 por síncope cardíaco, al tercer día de la operación.

Antecedentes.—Ha tenido tres embarazos de los cuales dos a término y un aborto de tres meses. Menstruaciones irregulares. Se inicia su enfermedad hace 9 meses, con la presencia de un tumorcito, en su mama derecha, del tamaño de un poroto, con aumento de volumen progresivo. Desde hace cuatro meses siente fuertes dolores en dicha mama.

Estado actual.—Al nivel de la mama derecha se palpa un tumor, del tamaño de un huevo de gallina, adherente a la piel, la cual tiene el aspecto de cáscara de naranja; con adhencias al músculo pectoral. En la región axilar se notan ganglios infartados, duros.

Operación.—19 de Octubre 1912. Dr. C. Rosasco. Método Halsted.

Diagnóstico.—Epitelioma.

OBSERVACION LXXVI

María S., ingresa 5 de Febrero 1914, 42 años, casada. Muerta el 15 de Mayo 1914. Metastasis. Número de matrícula 89341.

Antecedentes. Hace tres meses, nota accidentalmente un tumor en su mama derecha; este tumor fué progresando poco a poco, durante ese tiempo se forma, una ulceración en el pezón, que de tres meses a esta época, ha tenido un aumento rápido.

Estado actual.—La enferma se encuentra deprimida; responde con dificultad a las preguntas que se le dirigen. Tiene poco apetito. Piel pálida y flácida. Presenta en la glándula mamaria derecha, una profunda ulceración, de fondo granuloso, adherente y del tamaño de un cobre de dos centavos. Esta ulceración, se encuentra en la glándula derecha, sin adherencia a los planos profundos. Se palpan ganglios infartados en el hueco axilar.

Operación.—Se extirpa todo el tumor, se deja la herida abierta, se hace tratamiento Rayos X.

Diagnóstico.—Epitelioma ulcerada.

OBSERVACION LXXVII

Angela M., ingresa 17 de Junio 1910. 38 años, casada. Muerta el 19 de Agosto de 1910. Número ro de matrícula 72429. Metastasis.

Antecedentes.—Período menstrual, regular, 12

embarazos. Hace dos años, durante el amamantamiento del último hijo, padeció de mastitis supurada. Se inicia su enfermedad hace un mes, advierte la enferma, en su mama izquierda una induración dolorosa de piel rosada, que al poco tiempo se ulceró.

Estado actual.—La palpación, demuestra la presencia de un tumor duro, doloroso que ocupa casi toda la glándula. En la región axilar existen ganglios infartados.

Hígado grande, no se palpan nódulos.

Operación.—20 de Junio 1910. Dr. S. Marino. Método Halsted.

30 de Junio.—Examen anatomo patológico. Carcinoma. Piel de la sutura senecrosa, se abre la herida dando salida a gran cantidad de pus.

15 de Agosto. Hígado grande con algunos nódulos en su superficie.

OCTAVIO A. PALADINI.

---

## Bibliografía

*G. Marangoni.* — Patología y terapéutica quirúrgica de los tumores del seno.—1915.

*Testud.*—Anatomía humana.

*Testud.*—Anatomía topográfica.

*Labbe y Coyne.*—Tumores del seno.

*Cornil.* — Anatomía patológica de los tumores del seno.

*Corniz y Ramvier.*—Anatomía patológica.

*Cornil y Ramvier.*—Anatomía patológica.

*Menestier.*—Cáncer.

*Rappin.* — Investigación sobre etiología de los tumores malignos.

*Lampiasi Rubino.*—Reforma médica 1883.

*Doyea.*—Etiología y tratamiento del cáncer.—  
Bull. de la Soc. de Anatomía. 1905-1906.

*Letulle y Bravet.*—Sociedad de Anatomía. 1905.

*Gaboulay.*—Patogenia del cáncer epiteliol. Lion  
Med. 1903.

*Roncali.*—El Policlínico. 1895.

*Roncali.*—Tratado del neoplasma maligno.

*Marfucci y Sirleo.*—El Policlínico. 1895.

*Lanceriaux.*—Sobre el tratamiento del cáncer.  
Boletín de la Academia de Medicina, París.

*Debove.*—La naturaleza del sáncer y la caque-  
sia cancerosa. Presse Med. Noviembre 1906.

*A. Roffo.*—Tumores. Tesis 1910.

*Bertrand.*—Crítica de la intervenció quirúrgica  
en el cáncer del seno.

*Baillet.*—Resultado del tratamiento quirúrgico  
del seno.

*Banks.*—La operación practicada para el cán-  
cer del seno.

*Delaunay.*—A propósito de la cirujía del cán-  
cer de mama. 1910.

*Fauce.*—Técnica de la amputación de la mama.  
Presse medical N.º 88, 1906.

*Fidelin.*—Resultado a distancia de la operación  
del cáncer de mama. Tesis 1609.

*Bressaud, Periord y Reclus.*—Práctica médico-  
quirúrgico.

*Keen.*—Tratado teórico y práctico de patología  
y clínica quirúrgica.

*Carlos Edo.*—Tratamiento quirúrgico del cán-  
cer del seno.—Tesis 1906.

*Juan Gemesio.*—Carcinoma de mama.—1907.—  
Tesis.

*Luis Busto.*—Cáncer de mama. 1904.

Buenos Aires. Septiembre 14 de 1916.

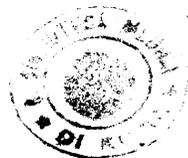
Nómbrese al señor Consejero Dr. Daniel J. Cranwell, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

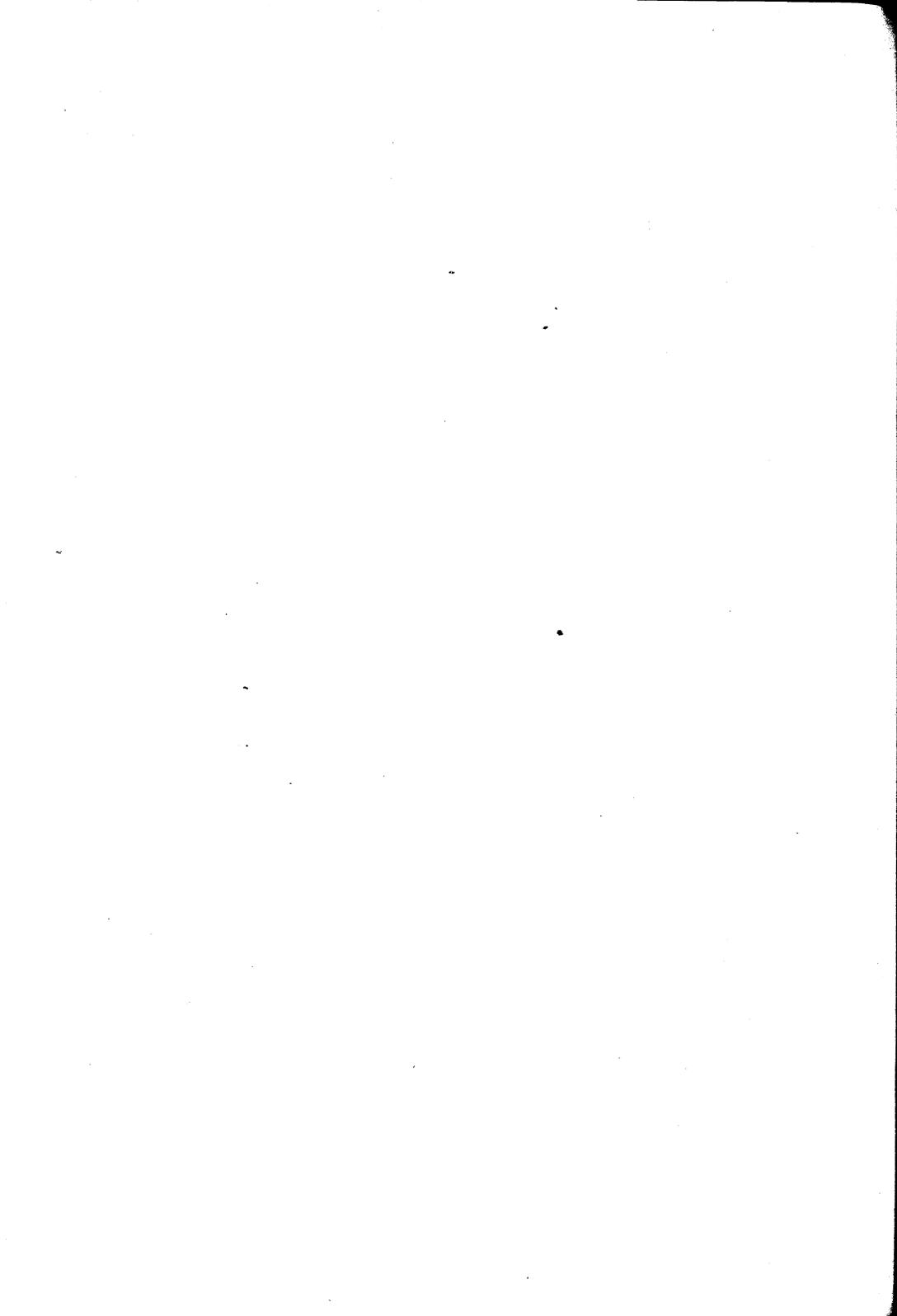
E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires. Octubre 11 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3195 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*





## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Extensión anatómica del carcinoma de la mama.

*Daniel J. Cranwell.*

### II

En el carcinoma de la mama ¿qué extensión te debe dar a la operación?

*Avelino Gutiérrez.*

### III

¿Posee la glándula mamaria vasos linfáticos perforantes en relación con los ganglios mamaris internos?

*Jaime Salvador.*

30513

