

## SOBRE EL CÁNCER DE LA MAMA (\*)

Prof. Domingo Prat

Permitidme expresar mi emotivo reconocimiento a la Sociedad de Cirugía del Uruguay por sus dos últimas distinciones hacia mí: la primera cuando el presidente, Dr. R. García Capurro, me encargó dar la bienvenida al mensajero de la cirugía francesa Prof. Mallet-Guy, y ahora, cuando el presidente Karlen, me designa para la honrosa tarea de hacer una comunicación sobre un tema quirúrgico. Podéis estar seguros y convencidos que estos gestos de gentil atención y generosa simpatía, me obligan a una perdurable gratitud y reconocimiento para la C. D. y la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

El problema clínico y terapéutico del Cáncer de la Mama (C. de la M.), ha sido siempre de palpitante actualidad y mucho más en este momento, cuando han surgido tan opuestas y encontradas opiniones sobre este complejo y tan debatido problema científico y quirúrgico. La situación actual en el tratamiento del C. de la M., se ha vuelto paradójal y confusa, pues mientras se preconiza la restricción quirúrgica por una parte, se aconseja la operación más amplia por otra.

Desde que en 1894 Halsted y Willy Meyer iniciaron la extirpación del cáncer de la mama con una técnica que se caracterizó por la amputación del seno en un solo block, extirpación amplia, con el mayor sacrificio de piel y supresión lo más completa posible de los linfáticos; esta terapéutica quirúrgica se fue perfeccionando progresivamente y es así, que la técnica de Halsted se realizó preferentemente hasta nuestros días, siendo la operación preferida y consagrada como técnica de elección durante muchísimos años.

Los cirujanos pronto se convencieron de la gran malignidad

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de junio de 1957.

del C. de la M., al punto que sólo se logró alcanzar con su tratamiento, una proporción del 25 al 30 % de curaciones a los cinco años, y ese tratamiento se consideraba más bien, como un problema de diagnóstico, cuya lesión debía ser tratada muy ampliamente y cuando ella era bien limitada. Por eso se fue más severo y apremiante en el diagnóstico inicial del cáncer y en su táctica operatoria, exigiendo un riguroso diagnóstico incipiente, o precoz como vulgarmente se dice, con indicación de amputar el seno, con la más amplia extirpación de piel y el más completo vaciamiento de los grupos ganglionares invadidos, con supresión completa y en block de los linfáticos regionales.

Más aún, se estableció una precisa clasificación del C. de la M., en cuatro grandes grupos de malignidad creciente y cuyos buenos resultados terapéuticos se comprobaron en el primero; inferiores en el segundo y malos o desastres en los dos últimos, lo que permitió dividir estos tumores con criterio de Steinthal, de incurabilidad u operabilidad de Portmann, y de categóricamente inoperables de Haagensen y Stout, clasificaciones bien conocidas, que establecieron estos autores y donde la metástasis significaba la exclusión de la cirugía.

Estas indicaciones pronto fueron transformadas en dogmas por la práctica, que hoy día son criticados y se trata de suprimir algunas de estas conclusiones, que parecían consagradas. A la técnica de Halsted (1) tan generalizada en el mundo, se le hace actualmente dos críticas fundamentales: que no suprime la piel de la axila y no extirpa los ganglios de la cadena mamaria interna, que cuando se practica con esta técnica, se dice que es un Halsted ampliado.

---

La extirpación de la mama cancerosa con sus ganglios y la piel correspondiente, está en íntima relación con la incisión operatoria realizada, por eso debemos ocuparnos de ella. Debido a que los linfáticos del grupo axilar de la mama, contornean el borde inferior del gran pectoral, en la inmediata vecindad de la piel axilar, cerca del grupo ganglionar de Sorgius y del Ge-

---

(1) En el Uruguay consideramos en general como operación de Halsted la preconizada por este cirujano y realizada con la técnica de A. Gosset del J. de Chirurgie de 1908.

rota, se recomienda extirpar la piel de la base de la axila, de acuerdo con las comprobaciones de los patólogos y en particular, con las de Leyro Díaz, quien, en la Academia Argentina de Cirugía y en el Congreso Argentino de Cirugía de 1954, demostró la invasión neoplásica de la piel de la axila y no es esto una novedad, pues debemos recordar que Greenough y Rodman en 1907, describieron y emplearon incisiones que reseocaban la piel de la axila.

La incisión de Halsted no es la más cómoda para extirpar ampliamente la piel de la base axilar y los ganglios de la mamaria interna y entonces, conviene emplear las incisiones de Tailhefer o la de De Nicola y otras más prácticas y apropiadas, como lo demuestra las fotografías adjuntas.

Consideramos de mayor importancia aún, la crítica al Halsted por no realizar la extirpación de la cadena linfática de la mamaria interna y por eso se transforma en una operación incompleta e insuficiente, aunque consideramos que es posible extirpar esta cadena con la incisión de Halsted, realizándose entonces una operación más cruenta. Actualmente se conocen bien los linfáticos de la región mamaria interna y se ha comprobado la frecuencia estadística de invasión de estos ganglios por el neoplasma y es por eso que, si en una operación de C. de la M. no se extirpan estos ganglios, se dice que la operación es insuficiente o que constituye una aberración quirúrgica que debe subsanarse cuanto antes.

Hay cirujanos que realizan frecuentemente la extirpación de los linfáticos de la mamaria interna en el C. de la M. y algunos lo hacen sistemáticamente en las localizaciones internas de la glándula, práctica que se ha generalizado en el medio quirúrgico mundial, contándose a Wagensteen y Adair en Estados Unidos de Norte América; Handley y Thackray en Inglaterra; Redon y Lacour, Tailhefer, Brénier, F. Brentano en Francia; Margottini y Buccaloni en Italia; Dahl Iversen y Sorensen en Dinamarca; Brachetto Brian y Moguelevsky en Argentina y en el Uruguay sabemos que del Campo ha establecido en su clínica como práctica corriente, la extirpación de estos ganglios en el tratamiento del cáncer del seno; dos de sus asistentes, Valls y Asiner, presentaron a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en

1956, una comunicación "Estado actual de la cirugía de la cadena mamaria interna, en el cáncer del seno".

Algunos cirujanos como Brénier, quien preconizó en la Academia de Cirugía de París la extirpación sistemática de la cadena linfática de la M. I., y Redon y Lacour, que en el Journal de Chirurgie consideraba frecuente la indicación de esta extirpación en las localizaciones internas del cáncer mamario y esto despertó la crítica de algunos cirujanos sobre la lógica de esta operación y con razón F. Brentano les ha contestado, que sin pretensión de sobrepasar *con seguridad* con esta técnica, la propagación interna del cáncer afirma, que esta operación sería *menos lógica* que el Halsted.

Redon y Lacour encontraron invadida la cadena M. I. en el C. de la M., en:

27 % de los casos en el conjunto de los C. de la M. (Est. de 800 casos).

39 % de los casos de los cánceres del cuadrante interno. (Est. de 295 casos).

17 % de los casos de los cánceres del cuadrante externo. (Est. de 297 casos).

Vale decir, que una mujer en cada seis casos estará propensa a la recidiva si no se extirpan estos ganglios del cuadrante externo en el cáncer de la mama y uno en cada dos y medio, si es de localización interna. Además este complemento de la operación es simple y benigno y si a esto se agrega, que la comparación que realizaron entre el Halsted simple, que dió 27 por ciento de recidiva y el Halsted ampliado, con la extirpación de la cadena linfática de la M. I. y que dió sólo 17 por ciento de recidiva. Estos datos bien documentados hacen que F. Brentano diga que, ellos significan la condenación irremediable del Halsted clásico y que como afirma Redon, "no pueden dejarse ganglios en el cáncer de la mama que sabemos que a menudo están invadidos y cuya extirpación es benigna, conclusión confirmada por 100 casos de su práctica".

En 34 casos de Tailhefer en cánceres centrales o internos, encontró invadidos los linfáticos de la M. I., nueve veces, 26 por ciento y Moyse en 17 casos, 8 veces al examen histológico en-

contró invadidos los ganglios de la M. I. (Comunicación a la Academia de Cirugía de París, sesión 15 de enero de 1955).

F. Brentano llama la atención que en el relato de Tailhefer del Congreso Francés de Cirugía de 1954, la cirugía del C. de la M. tiene casi la misma mortalidad, ya sea en la localización interna o externa y como no se practicó la extirpación de los linfáticos mamarios internos, supone que esto se debe a que esta estadística que corresponde a la Fundación Curie, donde se realiza una excelente e intensa irradiación por Baclesse, cree que la causa de la similitud de los resultados puede ser la excelente práctica de la radioterapia realizada y por eso, cuando se interviene esta localización interna del cáncer de la mama y no se dispone de buena radioterapia, debe hacerse la extirpación de la cadena linfática de la M. I.

Brachetto Brian y Moguilevsky desde 1947 realizaron el Halsted ampliado con incisión vertical u horizontal y prolongamiento cervical interno. Para realizar el vaciamiento linfático superior e interno, practican la desarticulación o resección de la clavícula, como queda establecido en sus publicaciones de los Anales de Medicina Experimental de Buenos Aires en 1949 y 1950.

De los comentarios y la documentación examinada, se infiere que la operación de Halsted clásica es *insuficiente e inadecuada* y que no representa ya, la operación radical del cáncer de la mama, por lo cual se debe realizar la amputación de la mama con la extirpación de los linfáticos de la axila y de la cadena mamaria interna, con una incisión más conveniente y favorable, ya sea la de Tailhefer, la de Stewart o la modificación de ésta y la de De Nicola. Sería conveniente y deseable que los cirujanos uruguayos presentaran su experiencia del cáncer de la mama, en la Sociedad de Cirugía, estableciendo la incisión de elección.

Algunos cirujanos preconizan la extirpación de los ganglios supra claviculares invadidos, pero esto es muy discutido; cirujanos que la han realizado están ya de vuelta, son casos que quedan generalmente incluidos en el grupo de la incurabilidad y cada cirujano adoptará la práctica que le dicte su experiencia. Deliberadamente, no deseamos referirnos a la operación muy ampliada de Wangensteen, la súper radical Halsted, que es una

intervención muy cruenta y mutilante, que extirpa los ganglios supra claviculares, de la mamaria y mediastinales. Estos comentarios corresponden a lo que consideramos ampliación de la terapéutica en el cáncer de la mama; ahora haremos los comentarios que conciernen a la parte paradójal, en que se recomienda la restricción quirúrgica o asociación de otra terapéutica menos cruenta que la cirugía.

Hace años ya que el cirujano inglés Mc. Whirter, de Edimburgo, después de haber tratado el cáncer de la mama con la operación clásica de amputación y vaciamiento completo ganglionar; desde 1947 a 1955, con una estadística de más de 1.600 casos, realizó el tratamiento con la mastectomía local solamente, con y sin radioterapia. Los resultados fueron mejores que con la terapéutica clásica como lo pone bien de manifiesto esta estadística de Mc. Whirter.

Estado	Mastectomía simp. e irrad.			Cirugía rad. e irrad.		
I y II	58	%	sobrevida	48	%	sobrevida
III	29	%	"	18	%	"
IV	4	%	"	2	%	"
	<hr/>			<hr/>		
	42	%	"	31	%	"

Taylor de EE. UU. ha denominado apostasía y herejía retrógrada la técnica de Mc. Whirter.

Demmer de Viena tiene una conducta similar a la de Mc. Whirter, pues trata desde varios años a los cánceres de mama no extensivos y aparentemente localizados, por una acción quirúrgica mínima, que consiste en la ablación local del tumor, extirpación que no sobrepasa la aponeurosis pectoral; los ganglios axilares no los toca, aunque aparezcan invadidos; luego realiza un tratamiento radioterápico rápidamente establecido y vigilado. En 112 casos tratados así tuvo 71 sobrevividas de 5 años. (Datos del Dr. Gueullette, Acad. de Cirugía. París, 1954, Ses. 2 de junio).

Froelich en su publicación de homenaje a Leriche, Lyon Quirúrgico (1956-2), sobre "Tratamiento del cáncer del seno. ¿Mastectomías locales u operaciones radicales?", presenta 31 casos de cáncer de la mama tratados por mastectomía local, segui-

da de radioterapia; 24 pacientes están vivos después de 5 a 9 años (74 por ciento).

Debemos confesar que estos hechos presentados por grandes y honestos cirujanos, representan resultados paradójales y sorprendidos, puesto que desde que Halsted estableció su técnica, ella se ha ido ampliando, depurando y perfeccionando, pero en el sentido de la ampliación y extensión del tratamiento y resulta que ahora, técnicas más limitadas, pero con la intervención de la radioterapia, obtienen iguales o mejores resultados, que las amplias y cruentas intervenciones que había preconizado la cirugía moderna. Son paradojas y sorpresas a que nos tiene habituado la cirugía, sobre todo en afecciones como el cáncer, del que no se conoce aun su etiología; pero estos efectivos resultados nos obligan a estudiarlos cuidadosamente y a analizarlos con el máximo rigor científico, hasta establecer su estricta veracidad y regularidad y que ahora, como compás de espera, tendremos que acostumbrarnos a considerar que nuestros dogmas quirúrgicos no son tan absolutos ni invariables como creíamos y que debemos trabajar afanosamente para resolver las aparentes o reales incógnitas de la ciencia quirúrgica.

Pero no son desgraciadamente sólo estos hechos desconcertantes los que provocaron la perplejidad y la duda en los cirujanos y para convencernos, deseo considerar con ustedes, una al parecer intempestiva comunicación de P. Denoix a la Academia de Cirugía de París, sobre "Diversidad de los cánceres del Seno" y que será el tema de una monografía del Instituto Nacional de Higiene, que seguramente habrá aparecido ya.

En la primera comunicación de Denoix a la Academia en 1954, estudia 5.931 historias clínicas de cáncer de la mama y sin pretender comentarla con Uds. porque prefiero que la lean personalmente y la interpreten después de cuidadoso examen y en particular su conclusión principal, que considero paradójal. En efecto, Denoix en su estudio llega a la conclusión *de que la precocidad del diagnóstico clínico del cáncer de la mama en relación al primer síntoma, comprobado por el enfermo y en consecuencia con la precocidad del tratamiento, no juega el rol esencial, como es admitido actualmente, en la función fundamental del pronóstico de los cánceres del seno.* Establece además Denoix

que considera que cuando el cáncer de la mama se hace perceptible, se debe abandonar el concepto clásico de lesión local, para considerarlo como enfermedad general. Concluye Denoix su comunicación diciendo: "Los tratamientos actuales en las condiciones en que podemos ponerlos en actividad, no permiten lograr la curación sino de un cierto número de casos *a priori* "favorables" y nos es imposible prever con certeza, cuál será el resultado de nuestros esfuerzos". "Es permitido esperar que podremos en breve, en la diversidad de los cánceres, que tendremos la posibilidad de ponerle a cada uno de ellos, una etiqueta precisa, corolario de un tratamiento específico y eficaz". Esto parece significar la severa crítica de no aceptar el tratamiento de cánceres diferentes con una terapéutica general uniformemente estandarizada y es posible que se tenga plena razón en esto.

Los cirujanos que comentaron muy suscintamente esta comunicación en la discusión, la consideraron algo exótica y revolucionaria, que va contra la actual y arraigada opinión de los cirujanos, que quizás pueda ser interpretada erróneamente en la práctica y traducirse en desmedro y perjuicio de la profilaxis del cáncer.

La segunda comunicación de Denoix a la Academia de Cirugía de París la realiza el 8 de junio de 1955, con el tema: "Relaciones entre la precocidad del tratamiento y el pronóstico lejano de algunos cánceres", basado en el estudio de 13.219 casos y analizando cinco grupos de cánceres; de la piel, de la mama, de la lengua, del útero y de la laringe. Dice Denoix que la práctica y la costumbre establecen que el pronóstico del cáncer se considera habitualmente en relación directa con su volumen y está establecido, que el tamaño del tumor se relaciona al tiempo transcurrido desde el primer síntoma comprobado y el momento del diagnóstico, lo que hace establecer que el pronóstico es función de la precocidad diagnóstica y de ahí la aspiración terapéutica mundial, que el cáncer debe ser diagnosticado y tratado lo más temprano y lo más cerca posible de su iniciación, lo que aumentará intensivamente, la proporción de los casos curados.

Del examen de sus casos, agrupados en tablas y cuadros estadísticos, saca Denoix la impresión de que cada cáncer pueda poseer un *potencial evolutivo particular*, que se manifiesta en

los primeros momentos de su exteriorización clínica, que permite establecer la conclusión de que *la precocidad del tratamiento, no parece jugar una función principal o primordial, tal como se le atribuye actualmente; en suma, afirma que precocidad diagnóstica y pequeño volumen del tumor no son siempre sinónimos.* Sostiene Denoix que un sistema de nomenclatura de los cánceres, es de importancia fundamental y la Unión Internacional contra el cáncer, de la cual Denoix es presidente y la Organización Mundial de la Salud, están muy empeñadas en establecerla cuanto antes; proyecto de clasificación que ha sido presentado por Denoix y Baclesse, a la Acad. de Cirugía de París el 25 de abril de 1956. Sin dejar de reconocer la elevada autoridad científica de Denoix y la extraordinaria y monumental investigación realizada, no podemos menos de reconocer que su orientación en la investigación del cáncer y las conclusiones sugeridas o previstas, constituyen una derrota y total descalabro de la actual lucha contra el cáncer mundial, que se basa fundamentalmente en el diagnóstico incipiente y su extirpación completa lo más próximo a su iniciación. No podemos olvidar que los mejores resultados en la terapéutica del cáncer los hemos obtenido en su período inicial, en los grupos I y II, cuando el tumor era pequeño o insignificante y no existía invasión linfática. Es cierto que la comunicación de Denoix puede abrir otras orientaciones en la investigación y que conviene que no nos mantengamos como fascinados por los conceptos modernos o dogmas actuales de la terapéutica del cáncer; en ese sentido, si Denoix no está equivocado, quizás pueda reportarnos un gran beneficio, pero ¡guay! si la piqueta iconoclasta demoleadora, destruye todo el andamiaje de la gran obra de progreso, que con tanto trabajo, sacrificio y entusiasmo hemos construido y que costó tantos años de ruda labor

Como se ve el neoplasma de la mama presenta muchas incógnitas y paradojas y uno de los problemas es poder reconocer la invasión maligna de los ganglios por la clínica y la histología. Tailhefer ha tratado de establecer la cantidad de errores entre la clínica y la histología en el cáncer de la mama.

En 652 cánceres sin adenopatía palpable, encontró en el 33 por ciento de los casos una invasión maligna y en 470 casos con

cáncer palpable, el 20 por ciento de los ganglios, no estaban invadidos por el neoplasma; lo que quiere decir que la conducta terapéutica debe basarse en el examen histológico de los ganglios, durante el acto operatorio por examen de *emergencia* y a continuación, su estudio histológico lento, que es más seguro y que constituye la *cirugía controlada*.

La *cirugía ampliada* del cáncer de la mama y la *cirugía controlada* con examen anatómo patológico extemporáneo post operatorio, significan un evidente progreso terapéutico, porque le indican al cirujano la región o zonas, donde debe ampliar la extirpación, sin limitarse a una operación standard y en último término, debemos emplear y recurrir si es posible, a los isótopos, ya sea de las sales de oro coloidal 198, que ensayó Fontaine o la técnica que nos enseñó Leborgne, en esta misma Sociedad, *para evidenciar los ganglios que el cirujano pueda dejar olvidados en el campo operatorio*. El cáncer a menudo puede pasar inadvertido o suele escapar a la acción del cirujano, no obstante haber sido sospechado o diagnosticado; cosa que ocurre con el epiteloma *in situ* o *intra epitelial*, variedad positiva y existente, corrientemente aceptada hoy y que puede persistir más o menos tiempo en ese estado y que es irreconocible para el cirujano y también para el anatómo patólogo, si éste no realiza el examen histológico. Hay más aun, conocemos la existencia del cáncer incipiente de estómago, diagnosticado radiológicamente por Gutmann y que operado por A. Gosset, no lo encontró al tacto ni a la exploración ocular y sin embargo, Gosset tiene que reoperar ese mismo enfermo, meses después con un cáncer inextirpable. El caso reciente de un diagnóstico hecho por examen esofagoscópico de una lesión de la terminación del esófago, caracterizada por simple cambio de coloración de la mucosa y que la biopsia positiva, repetida tres veces con el mismo resultado, hace que este paciente sea operado por un especialista y que, cuidadosamente examinado el esófago, no se encuentra la lesión y el cirujano se niega a realizar la esofagectomía; meses después el paciente tiene disfagia y grandes hemorragias, comprobándose un neoplasma inoperable en el sitio de la primitiva lesión.

Por razones obvias emito detalles del caso, pero declaro que poseo la documentación que asegura la autenticidad del caso y

aunque estos hechos no sean frecuentes, evidentemente existen y quizás más corrientemente de lo que se cree.

Aprovecho la oportunidad para comentar un hecho y que se refiere a la biopsia y que lamento que por razones de tiempo, tengamos que reducir el comentario a la más limitada síntesis. Sabemos que la *biopsia* es el medio más simple, rápido y práctico para establecer la verdadera naturaleza de un tumor o una lesión dudosa y es bien conocido lo mucho que se ha discutido esta biopsia, tanto en el cáncer de la mama como en otros órganos, respecto a si favorece o no la *generalización y las metástasis*, sin haberse logrado resolver aún, con toda seguridad y definitivamente esta debatida cuestión. Por nuestra parte y de acuerdo a la experiencia adquirida, somos entusiastas partidarios de la biopsia, cuando está precisamente indicada y realizándola siempre con la extirpación completa del tumor o de la lesión, cosa practicable regularmente como operación banal en la mama, sin *mayor inconveniente y sin dejar duda de la propagación por abertura de vasos o linfáticos*.

Ya vimos que Mc. Whirter, Demmer, Froelich y otros cirujanos, obtienen resultados iguales o superiores a los conseguidos por la técnica clásica y la más radical, realizando sólo la amputación simple de la mama o del tumor y radioterapia consecutiva o previa a la operación. Además cuando los cirujanos teníamos recidivas después del Halsted, realizábamos generalmente la radioterapia paliativa y a menudo lográbamos la desaparición de las metástasis y conseguíamos así la prolongación de la vida de las pacientes por varios meses y a veces, años; esto quiere decir, que la radioterapia es eficiente en el tratamiento del cáncer de la mama y existen radioterapeutas e Institutos, que se han dedicado especialmente a esta terapéutica y la han perfeccionado; hoy día la radiocirugía constituye un tratamiento muy generalizado y eficiente del cáncer, del que no poseo competencia ni experiencia y que contando la Sociedad de Cirugía del Uruguay con distinguidos integrantes radiólogos, es a ellos a quienes corresponde orientarnos y transmitirnos la experiencia de su práctica. Sin embargo considero que dada la gran importancia del tratamiento de las radiaciones debemos sintetizar el concepto actual de tan importante método terapéutico.

En el Congreso Francés de Cirugía celebrado en París en 1948, Ducuing, Tailhefer y Baclesse, presentaron un excelente y completo relato sobre el tratamiento del cáncer de la mama, donde establecen que la cirugía sola ha obtenido resultados en conjunto muy mediocres e insuficientes, que se han mejorado netamente con la asociación de la radioterapia en el tratamiento mixto de la radiocirugía.

En una síntesis estadística establecen estos autores que la cirugía sola, da el 22 y medio por ciento de sobrevida a los 5 años; con radioterapia método Stockolmo, 30.9 por ciento y 35.3 por ciento con la radioterapia post operatoria; resultados que han sido superados en la actualidad. En el grupo I, con nódulo pequeño sin invasión ganglionar, la cirugía sola da del 70 al 85 por ciento de curaciones y la mayoría de los radioterapeutas admiten que en este grupo I, es innecesaria la radioterapia; se destaca su acción en el grupo II débil y es más eficiente en el grupo II fuerte.

A la radioterapia se le considera causante de algunos inconvenientes, tales como el dar mayor número de metástasis óseas, edema del brazo, más comúnmente con la irradiación que con la cirugía. Que en ciertos y limitados casos, parece ser desfavorable, puesto que exacerba la evolución del cáncer, como si significara un "latigazo" a la marcha normal del neoplasma; esto, es claro que sólo debe ser tenido en cuenta, cuando se haya descartado que la irradiación, que constituye una especialidad compleja y muy difícil de dominar; que se haya practicado con máquinas de Rayos X potentes y muy perfeccionadas, Radium o la bomba de cobalto, etc., y un personal técnico de élite, muy preparado, especializado y competente, cosa que consideramos esencial y capital.

Ducuing dice en su relato que cree que la técnica radiológica defectuosa juega un rol preponderante en la producción de los grandes edemas del brazo y en las recidivas óseas. No olvidemos además, que Séneque y otros cirujanos comprobaron la presencia de células cancerosas en los ganglios y tumores irradiados previamente.

Destacados cirujanos como Glenn Bell y Taylor discrepan categóricamente con la acción terapéutica de la radioterapia

(1949) ; para Bell esta radioterapia como complemento de la cirugía de la mama, considera que no ha aumentado en forma significativa el promedio de supervivencia de 5 años y Taylor opina que el tratamiento radioterápico pre o post operatorio, no da ninguna ventaja, ni tampoco la amplia extirpación de piel y en cambio achaca a la radioterapia el exceso de casos de edema del brazo. Hay que convenir que estas severas críticas datan de ocho años atrás y que evidentemente los resultados parecen haber mejorado con la radioterapia.

Estos comentarios nos llevan a considerar el concepto que Denoix atribuye al "potencial" de malignidad del cáncer, de ahí su diferente y paradójica evolución, que si su criterio es exacto, no corresponde tratarlo con una terapéutica standard. Además debemos plantear en el problema de la discusión, un elemento de juicio que nos parece muy importante y que se refiere al "*potencial - terapéutico*" de la radioterapia. Solicitamos y rogamos se nos perdone la emisión de este juicio, porque hablamos como profanos de esta especialidad y que sólo lo hacemos fundados en la observación clínica de los hechos; al comprobar que en muchos casos, en años anteriores, no pudimos confirmar los excelentes resultados de la perfeccionada acción de la radioterapia de Estados Unidos de Norte América y de Europa. Teníamos el firme convencimiento de que la radioterapia uruguaya no era tan eficaz como aquéllas y tuvimos la satisfacción de que destacados profesionales de la irradiación nos confesaron, sino el fracaso, por lo menos, la *ineficacia* de la radioterapia empleada y que aceptaron su *insuficiencia*, pero que esperaban lograr en breve, el perfeccionamiento máximo al igual de las mejores. Todo esto nos lleva a establecer que el distinto comportamiento del cáncer de la mama en el tratamiento radioquirúrgico, habrá que investigarlo si se debe al temperamento bio-patológico del paciente o al "potencial" de la irradiación.

Este importante y complejo problema terapéutico de la irradiación en el cáncer requiere un estudio exhaustivo, pero no tenemos tiempo ni preparación para ello y esperamos que nuestros colegas radiólogos de la Sociedad lo realicen en su oportunidad.

No podemos terminar esta comunicación sin decir algo de la profilaxia práctica del cáncer de la mama, que a pesar de

las opiniones en contra, creemos que esta campaña intensa y activa, será beneficiosa y efectiva para mejorar los resultados de su terapéutica, al lograr diagnosticar el cáncer en el período incipiente y sin invasión ganglionar.

Somos entusiastas partidarios del examen obligatorio de salud y en particular de la difusión del Dispensario especializado con orientación a la investigación del cáncer. Como el nódulo mamario constituye el elemento común y corriente de iniciación de la enfermedad, consideramos en consecuencia, que pueda tomarse este signo fácilmente comprobable por la mujer y el médico, como el *agente principal* de profilaxia, en el diagnóstico incipiente, en una gran campaña de enseñanza y previsión en la mujer, como lo hemos tentado ya. Para Wagensteen el nódulo mamario es el único signo inicial de cáncer utilizable para el diagnóstico, tanto para el médico como para la enferma.

Los tumores benignos de la mama (adenomas, distrofias esclero quísticas, mastosis, etc.), deben ser muy vigiladas por el clínico y *extirpadas totalmente* en caso de *cambios en su evolución o de duda diagnóstica*.

Se debe realizar el examen post-operatorio sistemático y cuidadoso de todas las piezas de extirpación del cáncer de la mama, realizando el estudio radiográfico de la pieza y estableciendo su plano topográfico de localización de la lesión y de los ganglios. Consideramos también una excelente práctica de investigación del cáncer de la mama, la realización pre y per operatoria de la lebografía y de la linfografía (Arnus). Se efectuará el estudio anatomo patológico de emergencia de la lesión y por el método lento, así como también la *citología* que ha dado resultados promisorios.

La cirugía del cáncer de la mama, debe ser realizada por dos equipos, el del cirujano general y el del cirujano plástico o sólo por el primero, cuando éste ha llegado a dominar la especialidad y está habilitado para practicar una excelente plástica inmediata que representará una curación más estética y más completa, lo que seguramente suprimirá muchos complejos psicológicos y depresiones morales de las operadas del seno, que tienen tendencia a considerarse como mutiladas o despreciadas. Los cánceres inoperables de mama a menudo ulcerados, verdaderos focos

o cloacas de putrefacción, pueden ser favorablemente operados en intervenciones *paliativas de limpieza*, realizando una amplia plastia de piel inmediata, que logrará dar meses o años de vida agradable o tolerable a estas desgraciadas pacientes.

Recordemos finalmente que White y Brandes encontraron células cancerosas en los guantes e instrumentos durante la operación, lo que indica las precauciones fundamentales que deben adoptar los cirujanos, en el cambio de guantes e instrumental de estas operaciones.

Para terminar, ruego a ustedes, estimados colegas, quieran perdonar lo extensa que ha sido esta comunicación, pero pongo más énfasis todavía, para solicitarles que disculpen, que un cirujano que actúa ya en la pasiva, pretenda dictarles cátedra, pero confieso que lo hago confiado en la benevolencia de ustedes y con el generoso deseo de estimularlos para luchar contra el mayor y más terrible flagelo de la humanidad: el cáncer. Nuestra constante y vigorosa acción contra el cáncer, a veces se vuelve terrible y decepcionante, porque a menudo nos vence y nos derrota sin compasión; es por eso, que a los desgraciados pacientes atacados por tan maligna enfermedad, debemos atenderlos con más solicitud y humanismo que a todos los demás enfermos, porque los sabemos condenados y eso justifica que el cirujano los trate con más amor y afecto, cuanto menor esperanza haya de salvarlos.

El cirujano en su altruista y generosa misión de curar sabe bien que sólo cura a veces, calma a menudo, pero eso sí, debe tener siempre la santa vocación de la asistencia que suministra sincera y eficaz esperanza a sus enfermos, mientras lucha encarnizadamente para lograr la gloriosa y suprema satisfacción de curar el cáncer.