

Sesión del 5 de Junio de 1935

Preside el Prof. Clivio Nario

ÓRDEN DEL DIA

Secreciones anormales del seno

Por el Prof. CARLOS STAJANO

Nota previa

La glándula mamaria, órgano acinoso y de activa función secretora en determinados momentos de actividad fisiológica, vive en completo reposo funcional fuera de estos períodos, como así lo atestigua su histología. Sin embargo, al clínico se le presentan dudas, frente a no pocas consultas de secreciones anormales del seno que, por su carácter, su ritmo y su naturaleza, plantean problemas de diferente trascendencia y de grave responsabilidad en ciertos casos. Es, por otra parte, un capítulo poco conocido de la patología actual.

Hacemos en forma sintética esta nota previa, agrupando nuestras observaciones alrededor de los distintos tipos de secreción que hemos observado.

TIPOS DE SECRECION

En orden de su interés los hemos agrupado en secreciones:

- a) Lechosas.
- b) Calostrales.
- c) Serosas.
- d) Pseudo-hemáticas.
- e) Hemorrágicas verdaderas.

Nos ocuparemos hoy de estos tipos.

Primer tipo: Secreciones lechosas y calostrales. — Hemos agrupado cuatro casos de este tipo, que tienen características aparentemente distintas, pero que tienen un nexo etiológico a nuestro parecer común.

Caso N.º 1. — Enferma A. L., 45 años. En plena lactancia de 8 meses es operada de un neo incipiente del cuello uterino. Histerectomía ampliada y anexectomía bilateral, con raquianestesia. La enferma cría a su hijo en el post operatorio y nos consulta 2 y $\frac{1}{2}$ años después porque tiene una abundante secreción láctea que no disminuye y que preocupa a la enferma por su persistencia. Hace un año que su hijo ha sido despechado. Vendajes compresivos — antipirina-alcanfor. — ●oterapia densa sin resultado. Enferma que observamos recientemente no consiguiendo agotar la secreción anormal por su persistencia.

Casos N.os 2, 3, 4, 5. — **OVARIO QUISTICO MUCOIDE.** — Enfermas que hemos operado de degeneración quística bilateral de ovario. La secreción mamaria relativamente abundante, se hace contemporáneamente al desarrollo de la enfermedad y perdura hasta la extirpación de las lesiones quísticas.

Caso N.º 6. — **NEOPLASIA PERITONEAL CONSECUTIVA A UN PAPILOMA BILATERAL DEL OVARIO.** — Inicia su secreción blanco lechosa (sin estudio citológico) 6 meses antes de las manifestaciones clínicas de su enfermedad abdominal. Ambos senos secretan igualmente y esa secreción es contemporánea a una amenorrea sintomática del proceso en evolución. Caso avanzado, inoperable.

Caso N.º 7. — Srta. L. Z., 18 años. Amenorrea irreductible a la terapéutica instituída. Secreción anormal, blanquecina, tipo clínico calostrál, irreductible a toda la terapéutica instituída y cuyo tratamiento es la contemplación, dado la ignorancia absoluta sobre el mecanismo fisiopatológico de este síntoma.

Resumen. — Se nos figuran que estos siete casos totalmente diferentes en apariencia, tienen un nexo común y es el que corresponde al ovario extirpado, en el caso de la castración (N.º 1) determinando una prolongada secreción mamaria del mismo tipo al observado en la práctica de ciertos establecimientos de campo que practican en las vacas lecheras viejas la castración bilateral, prolongando en esta forma la producción de leche, durante tres años o más.

2.º) La degeneración papilomatosa bilateral de ovario de los casos N.os 2, 3, 4, 5, proporciona una resultante similar a la ovariectomía y se traduce en la amenorrea y en la galactorrea satélite.

3.º) La amenorrea funcional del caso N.º 6 se desarrolla concomitantemente a una galactorrea. Ambos síntomas funcionales son irreductibles, por lo menos en el estado actual de nuestros conocimientos.

He aquí un primer conjunto de casos en los cuales la insuficiencia ovárica parece obrar ya suprimiendo la acción de freno fisiológico, que normalmente ejerce sobre la secreción externa de la glándula mamaria prolongando una secreción láctea establecida — en el primer caso — y provocando en otros una reacción calostrál irreductible, por acción de un estímulo anormal, por productos de elaboración mucosa. (Contenido mucoide de quistes de ovario, dishormonas, sustancias proteicas de elaboración ovárica, etc.).

Existe un segundo grupo de secreciones anormales, tipo lechoso calostrál, que parecen tener por substractum anatomoclínico una concomitancia de lesiones anatómicas y trastornos funcionales del ovario

no del tipo de la insuficiencia, sino de la disfunción y determinando excitaciones anormales, que creemos acertado denominar bajo la provisoria denominación de ovariotóxicas. El tratamiento de las lesiones ováricas nos ha mostrado con casos evidentes, que la glándula mamaria deja de sufrir en unos casos o modifica sus anomalías funcionales en otros. Este enorme e inexplorado capítulo de fisiopatología ovárica lo dejamos para otra oportunidad, aportando documentación clínica y resultados que no pueden presentarse en una nota previa, como lo es la actual. (Acción ovariotóxica a distancia).

En este capítulo agrupamos una serie de hechos relacionados con las reacciones mamarias a consecuencia de influencias ováricas, en el curso de las congestiones venosas del ovario, tal cual se observan en:

- a) En las congestiones esenciales;
- b) En las congestiones secundarias a las retroversoflexiones uterinas;
- c) En los varicoceles pelvianos constituídos.

La glándula mamaria recibe de su parte, en estos casos, la agresión de hormonas ováricas elaboradas en ese ambiente congestivo y da su resultante en el síndrome que resulta, así como lo dan otras glándulas, tales como la glándula tiroidea, pensándose muy poco cuando ella da trastornos en la etiología ovariotóxica: Basedow y retroflexión uterina, por ejemplo.

Segundo tipo: Secreciones serosas. — Un grupo muy numeroso de mujeres (en este sentido haremos de este tópico un trabajo documentado especial), experimentan en el período premenstrual una reacción neurotrófica de ambas glándulas mamarias, consistente en una turgencia bilateral, dolorosa, de ambos senos y cuya intensidad constituye un motivo de consulta. Este síndrome no es otra cosa que una reacción vasomotriz, pasajera y episódicamente periódica y que hemos estudiado con detención agrupando en nuestro libro de notas estos casos, con la denominación de "mastalgia congestiva" del período premenstrual. Hemos podido extraer del estado general de estas mujeres, las constantes clínicas que acompañan al síndrome y hasta hemos ensayado con resultado una terapéutica eficaz.

Este tipo de enfermas muy excepcionalmente, es cierto, dan lugar en ciertos casos al flujo mamario seroso, de un significado totalmente diferente a los anteriores. Este tipo se intensifica en el período menstrual o post menstrual, caracterizándose por una descarga serosa, que como fluxión descongestiva, alivia la turgencia del seno de los días anteriores. Es un flujo semejante al flujo corporal uterino, que hemos denominado "flujo de descongestión" y que, como un transudado, apa-

rece como síntoma satélite de la defervescencia de los estados periódicamente y episódicamente congestivos de la pelvis.

Este tipo de secreción mamaria puramente serosa, por su aspecto citológico, por su ritmo clínico, por las concomitancias con otros hechos del estado general, responde a un tipo de enferma que tiene reacciones dolorosas y vasomotrices intensas de la glándula mamaria en período premenstrual.

Estudiados bajo el punto de vista general, podemos adelantar en esta nota previa que estas enfermas, sanas en realidad, dan:

- a) La resultante de la hiperovaria; vale decir, que la reacción foliculínica sobre la glándula mamaria es anormalmente intensa (reacción fluxionaria congestiva, dando la turgencia y el dolor). Mastalgia bilateral premenstrual.
- b) Esta reacción foliculínica puesta de manifiesto por el reactivo glandular mamario, coincide con una insuficiencia tiroidea a veces discreta, puesta de manifiesto por el examen clínico y por el estudio del metabolismo basal.
- c) Son estas comprobaciones fisiológicas y clínicas las que han podido orientar una terapéutica razonable en estos procesos oscuros aún de la patología.
- d) Es abundante numéricamente la cantidad de enfermas con síndrome congestivo del período premenstrual y es relativamente escaso el número de enfermas con flujo mamario de tipo seroso del que nos ocupa. Consignamos el hecho sin comentario. (Trabajo especial con datos estadísticos).

Tercer tipo: Las secreciones pseudo hemáticas. — Importantísima comprobación clínica al través de numerosos casos. Secreción oscura achocolatada que los enfermos y los médicos hemos catalogado más una vez como secreción hemática por su aspecto clínico, pero cuyo estudio citológico nos impone de su verdadera naturaleza.

Mi colaborador, el Dr. Lucas, ha estudiado la citología muy particular de este flujo mamario, y que ha sido considerado alguna vez por nosotros y por los clínicos en general como flujo de "mama sangrante" por su aspecto clínico, no siéndolo en realidad. Las características de nuestros casos son idénticas en todos.

- a) Flujo pseudohemático.
- b) Secreción bilateral.
- c) Ausencia de lesiones mamarias palpables.
- d) Cronicidad del trastorno — años, — a veces toda la vida.
- e) Aumento del flujo pseudohemático en el período premenstrual.
- f) Muy frecuentemente inmediatamente post menstruación.
- g) La constancia de su composición citológica. Existencia

grueso moronuclear, elemento celular característico. Ausencia total de otro elemento celular.

- h) Irreductibilidad ante la terapéutica actual. Medicación opoterápica y medicamentosa diversa.

El único recurso que poseemos es el de tranquilizar a estas enfermas, aliviándolas de la fobia del cáncer que las persigue sin tregua, especialmente cuando tenemos la seguridad de que la secreción, a pesar de su aspecto macroscópico y clínico, es pseudohemática en realidad.

Sesión del 19 de Junio de 1935

Preside el Prof. Clivio Nario

Meningo-Blastoma fronto-parietal con hiperostosis craneana.

Por los Prof. JOSE M. JORGE y DOMINGO BRACHETTO BRIAN
(de Buenos Aires)

Como un homenaje al ambiente de cultura, preparacion y gentileza que ofrece esta "Sociedad de Cirugía de Montevideo", nos tomamos la libertad de traer algunos rápidos comentarios que nos sugiere un meningoblastoma frontal, operado hace más de un año y cuyo diagnóstico y tratamiento creemos que puede tener interés práctico.

Pasemos por alto las clasificaciones que se han hecho de los tumores meníngeos en distintas épocas, cambios de nombres que obedecían a interpretaciones distintas y desde Virchow hasta Cushing, descritos como sarcomas, psammomas, endoteliomas o meningiomas, se les reconocía por su tendencia a invadir el hueso y a considerarlos como tumores benignos, con una gran facilidad para comprometer los tejidos vecinos.

Schmidt expuso su posible origen aracnoideo; dice que tienen un crecimiento constante y aprovechan las vías vasculares para infiltrarse a través de la dura y penetrar en la calota, tabla interna, progresando cómodamente en los lagunares del díploe, hasta que llenando su trama horadan la tabla externa y hacen irrupción en el pericráneo, llegando en ocasiones a invadir la grasa del cuero cabelludo.

Infiltración tumoral benigna, neoplasia peculiar, sin semejanza con otros tumores y como alguien ha repetido: de crecimiento benigno, pero de hábitos malignos.

Este tumor debe irritar al hueso, que reacciona en más de la mitad de los casos publicados, espesando la porción invadida y produciendo verdaderas hiperostosis circunscritas.