

Algunas consideraciones acerca de los tumores de las mamas.

Ejecutando a menudo un mismo acto, llega a formarse el hábito de hacerlo automáticamente. Lo mismo pasa con las ideas y los conocimientos que tenemos de las cosas: a fuerza de pensar siempre en la misma idea o en la misma serie de cosas que nos preocupan a diario, nos habituamos a considerarlas y a sentir las como buenas, y no pocas veces abrigamos en nuestra mente equivocaciones y errores que redundan en perjuicio propio o ajeno. En efecto, en medicina ha sucedido esto con varios de los principios establecidos de antaño; a fuerza de oírlos repetidas veces y de leerlos en nuestros autores de texto, los hemos creído indiscutibles y sancionados por el criterio científico más verdadero, y difundidos como ciertos y bien establecidos. Esto acontece con la clasificación de los tumores de los pechos, que por ser tan clara y tan simple, como se manifiesta en su primera división de tumores benignos y tumores malignos, la hemos aceptado sin dificultad y sin discutirla porque es esencialmente cierta; pero esta misma verdad entre la benignidad



y malignidad ha inducido, por decirlo así, al criterio médico, a respetar y hacer respetar los tumores benignos y no decidir a las pacientes que los tienen al tratamiento quirúrgico debido, sino solamente en casos de tumores graves y apreciados ya como malignos. Es un craso error creer que el tumor benigno no debiera extirparse, y al efecto, es de recordar que en la actualidad está bien comprobado que el mayor número de tumores comienzan siendo benignos y terminan siendo malignos, si la vida de las pacientes alcanza el momento oportuno de esta transformación. Así pues, en lo que respecta a los tumores de las mamas, hay que establecer, de una vez para todas, que, cualquiera de las neoplasias de esta región deberá extirparse lo más pronto posible, persiguiendo esta idea: alejar para siempre la recidiva de los tumo-

res que se extirpan cuando ya son malignos. Nos hemos encontrado con frecuencia, y así sucede a diario en la práctica profesional, que explorando enfermas cuyas perturbaciones radican en los pechos, no podamos establecer positivamente el diagnóstico de tumor maligno. En cambio, muchas de esas neoplasias al principio de su evolución, tienen las apariencias de la benignidad, y no obstante esto, nunca podríamos asegurar que después de algún tiempo más o menos largo, estos pequeños tumores, que de pronto no causan molestias graves, no llegarán a verdaderos tumores malignos, prestos a la invasión más o menos amplia de la región misma y aun a la extensión de lejanas regiones, por las metástasis que se desarrollan en esta clase de neoplasias, que minan todo el organismo y por consiguiente alejan el mayor número de probabilidades en favor de la curación de las enfermas.

Sería más racional agrupar todos los tumores en una sola clase desde el punto de vista terapéutico, con la idea de que todos debieran extirparse precozmente, empleando el procedimiento que más convenga en cada caso particular, a fin de evitar las amplias y grandes mutilaciones que están de moda en nuestra época quirúrgica, porque como lo probaré después, estas grandes operaciones no mejoran la situación de las enfermas ni alejan la recidiva cuando se trata de los diversos cánceres de esta región. Este modo de pensar y de hacer, obedece al resultado de la observación que hemos hecho en varios años de labor constante en esta clase de asuntos. Efectivamente, cuántas veces habrán notado los señores médicos, como yo mismo lo he observado, que, tumorcitos insignificantes y que no producen durante mucho tiempo ninguna perturbación dolorosa o cuando menos estorbo en la glándula, repentinamente, sin causa apreciable o por algún traumatismo en esta región, crecen, se desarrollan y aparecen todos los síntomas de las neoplasias malignas, obligando a las enfermas, portadoras de estos tumores, a consultar a su médico, que hasta este momento decide la operación a fin de extirpar completa y radicalmente el padecimiento. ¡Vana esperanza! La cirugía no tiene acción radical sobre el cáncer avanzado y solamente obtendrá buenos éxitos cuando se intervenga precozmente, es decir, cuando el mal esté circunscrito y bien limitado.

Está fuera de duda que de todos los tumores de las mamas, ochenta por ciento pertenece a los malignos y que treinta o treinta y cinco por ciento de ellos fueron benignos en su principio y terminaron siendo malignos. Por consiguiente es de insistir en lo dicho anteriormente, que es mejor operar todo tumor en su más temprana evolución y no esperar que la transformación maligna obligue a una intervención menos útil y por lo mismo insuficiente.

Cierto es que los distintos procedimientos para extirpar las glándulas con todas sus dependencias linfaticoganglionares dan garantía casi absoluta en cuanto al resultado inmediato; pero sucede lo contrario en lo que a la recidiva se refiere. En el primer caso, en lo que a la mortalidad toca, todos los cirujanos consideran esta operación sin grandes peligros para la vida, y yo mismo he notado, revisando los libros del Hospital General, que en los distintos casos operados desde el año de 1907 hasta 1913, no hubo una sola defunción; el mismo buen resultado he obtenido en treinta y tres casos operados en la clientela particular. Esto es animador, impresiona favorablemente, conduce al cirujano fácilmente a practicar esta clase de intervenciones, por la se-

guridad que tiene de salvar la vida de su paciente; pero no es esto todo: después de practicada una operación como la indicada por Halsted, las enfermas, además de quedar con varias perturbaciones dependientes directamente de la extirpación de los músculos pectorales y del vaciamiento ganglionar de la axila como después lo detallaré, quedan en las mismas condiciones casi que si no se hubiera extirpado más que la glándula con sus extensiones linfático-ganglionares; es decir la recidiva llegará más o menos tarde, resurgirá. He tenido oportunidad de observar a las enfermas después de haberlas operado y varias de ellas han vuelto a consultarme en un tiempo más o menos largo porque el mal había vuelto a aparecer. En pocas de las enfermas operadas ha sucedido que la curación parece haberse establecido después de algunos años



de la intervención, lo que quiere decir que éstas se atendieron en tiempo oportuno o lo que es lo mismo, en la época precancerosa de sus tumores. Así pues, las enfermas bien avanzadas en su cáncer, en mi concepto no deberán tocarse, o, lo que quiere decir, no deberán operarse radicalmente según el procedimiento de Halsted, porque con su padecimiento bien cuidado durarán más tiempo vivas, pues ya en estos casos no podría hacerse una operación completa y mucho menos radical, dado que las redes linfaticoganglionares estarían impregnadas de los elementos neoplásicos y por consiguiente la recidiva sería inmediata.

Se encuentran casos operados en los que, dada la facilidad con que se extirpa un pecho con sus músculos pectorales y ganglios axilares, se ha realizado la operación con éxito inmediato y sin duda alguna con el deseo de hacer el mayor beneficio posible a las pacientes; pero, en éstas, la recidiva no tardó ni dos meses en aparecer y desde este momento las pacientes, insomnables y con síntomas dolorosos agudos, han llegado violentamente al estado más grave de este padecimiento y a la muerte: esto es debido a la imposibilidad material con que se tropieza al tratar de extirpar amplia y completamente la red linfaticoganglionar de las distintas regiones tributarias de la malla linfática que envuelve al pecho.

En esta región pasa lo que en la pequeña pelvis cuando se trata del cán-

cer uterino. En efecto, se ha notado que a pesar de emplear cualquiera de los distintos procedimientos descritos por los operadores, y todos éstos, tendiendo a satisfacer la idea del vaciamiento pélvico, la recidiva aparece fatalmente en un lapso más o menos largo, siempre que haya habido necesidad de extirpar los ganglios de la región ureteral, porque en semejantes circunstancias estos ganglios son cancerosos, y el cáncer uterino ya en su desarrollo avanzado ha afectado los ganglios de regiones lejanas; por consiguiente, la operación radical en estas condiciones, como en las del pecho, será ideal sin resultados verdaderamente completos para la salud de la enferma.

Es indudable que la cancerosis avanzada es enfermedad general, y de esto depende también, que a pesar de haber practicado operaciones técnicamente correctas y aparentemente completas, las enfermas queden de pronto curadas de su enfermedad local, pero afectadas de regiones lejanas y quejándose constantemente de dolores agudos, ya sea de un muslo, de un brazo, o de alguna otra región, en donde algunas veces se presentan tumefacciones de exquisita sensibilidad que ulceran la piel y terminan con la muerte de las pacientes. Esto hace creer que lo que pasa en estos casos es dependiente de embolías cancerosas detenidas en su peregrinación en estas regiones. Es de recordarse que la extensión del mal no solamente se hace por la contigüidad del tejido o por la corriente linfática, sino que la misma circulación sanguínea arrastra celdillas cancerosas en su curso, para depositarlas en regiones lejanas que principalmente son el sistema huesoso o el hígado.

Estas primeras consideraciones nos llevan fácilmente al concepto de obligarnos a proponer prudentemente la extirpación de cualquiera de los tumores de las mamas en cuanto sean bien apreciados, y a no considerarlos como benignos en su primera época de aparición, porque, como queda dicho, varias neoplasias y aun algunas mastitis crónicas están expuestas a sufrir la transformación maligna en cualquiera de sus formas.

Hay un segundo punto que considerar referente al *modus faciendi* o sea el procedimiento que juzgo más conveniente, menos mutilante, y que, en tratándose de los tumores malignos, no dejará a las enfermas en iguales condiciones y tan expuestas a la recidiva como cuando se hubiere practicado la operación de Halsted, la que tiene por principal mira descubrir ampliamente la región sacrificando los principales músculos.

A semejanza de John B. Murphy, respeto los músculos pectorales, por estar convencido de la inutilidad de su sacrificio y aun de la posibilidad que hay, conservándolos, de limpiar por decirlo así, los planos celuloaponeuróticos, y con estos tejidos la mayor cantidad de vasos blancos y ganglios.

Es bien sabido, que la extensión o invasión del cáncer a otras regiones se realiza principalmente por los linfáticos. Al principio, una neoplasia es un simple botón o foco y de aquí pasa en primer término a los espacios linfáticos del pecho; en seguida se extienden las celdillas cancerosas siguiendo las canales linfáticas que desembocan en los ganglios axilares, y todas estas canales y ganglios están alojados en los tejidos celuloaponeuróticos que cubren los músculos, sin que se haya podido demostrar que los ganglios estén incluidos en el propio tejido muscular. Después de esta primera extensión o invasión que es comunmente la que se verifica más a menudo, el mal sigue otros caminos linfáticos, los que conducen a los ganglios supra y sub-

claviculares y aun los subpleurales. También se encuentran linfáticos cutáneos y quizás algunos profundos que se entrecruzan o envían amplias anastomosis al lado opuesto y por esto se observan algunos casos de adenitis cancerosa en el lado contrario al que ocupa la neoplasia maligna. También los linfáticos que pasan por el segundo y cuarto espacio intercostal desembocan en los ganglios del mediastino y por esta vía se dirigen al hígado. Algunas de estas canales de la linfa acompañan a los vasos sanguíneos de la columna vertebral, lo cual explica la extensión del padecimiento hasta esta región. Se asegura formalmente que los músculos no son atacados por extensión linfática sino por contigüidad del mal y en casos muy avanzados, de tal suerte, que, en circunstancias como éstas, es decir, cuando la cancerosis es muy avanzada, la cirugía no podrá ni deberá intervenir amplia y radicalmente. Por consiguiente las recidivas se verifican siempre por los restos de tejido celuloaponeurótico que, como queda demostrado, forman el nido de los linfáticos y ganglios que cubren las superficies musculares, de tal manera que estas canales linfáticas no atraviesan verdaderamente los músculos pectorales sino que algunas veces se encuentran ganglios entre el pequeño y grande pectorales. Además, la vía metastásica que presta suficiente campo a la recidiva se verifica: primero, en la axila; segundo, en el segundo espacio intercostal, cerca del esternón o fuera del músculo intercostal; tercero, en la línea axilar anterior, en el sexto espacio intercostal; cuarto, en la fosa supraclavicular; quinto, en la cara anterior del músculo recto del abdomen; y por fin la misma piel del tórax queda expuesta a la reproducción por irradiaciones metastásicas del principal foco de infección.

Ahora bien, si de lo expuesto resulta que el tejido muscular no es frecuente y directamente atacado por las neoplasias malignas y que lo más común es que esta extensión se haga por intermedio de los linfáticos y ganglios o por la vía sanguínea directamente ¿para qué sacrificar los músculos pectorales en todas las operaciones de tumores del pecho? La única razón que obra en favor de la extirpación de éstos es, que, una vez extirpados, las regiones axilar y subclavicular quedan enteramente descubiertas, facilitando, de esta manera, la disección cuidadosa y amplia de estas regiones; pero si es ésta la única razón que existe en su favor, no bastará para justificarse a la postre, de las perturbaciones que les sobrevienen a las pacientes, puesto que la misma labor quirúrgica se puede satisfacer correctamente, despegando estos músculos y desprendiéndolos inferiormente para levantarlos y poder diseccionar tanto la pared costal como los bordes musculares hasta el hueso subclavicular y la axila.

Además, puesto que la evolución de toda neoplasia del pecho tiene dos etapas distintas ya en sus manifestaciones sintomáticas, bien en las consecuencias y perturbaciones que provoca en las pacientes, la terapéutica que conviene aplicar en cada caso será diferente también y al menos en la primera etapa, cuando el mal está del todo circunscrito, trátase de los verdaderos tumores benignos, como son los fibroadenomas, quistes y aun algunas mastitis crónicas que tienden algunas veces a transformarse o degenerar, o sea el núcleo ya maligno, pero sin extensiones macroscópicas ganglionares y linfáticas o con ligeras repercusiones axilares, es decir, en el verdadero período precanceroso, cuando todo el mal está bien limitado; entonces, al menos,

juzgo innecesaria y perjudicial la operación de Halsted, puesto que no bastará salvar la vida de una paciente si se tienen probabilidades de dejar alguna invalidez irreparable.

En efecto, extirpando estos músculos se perturba el funcionamiento del brazo, y a esto se añade que vaciando la axila de todo su tejido celular que es el cojín natural sobre el que descansa el paquete vásculonervioso de la axila, algún tiempo después cuando la cicatriz ha llenado este espacio y se ha retraído sobre los vasos y nervios, la circulación de vuelta quedará perturbada; y, no pocas veces hemos visto como consecuencia de esta acción constrictiva cicatricial, producirse edema y dolor del brazo. En mi propia estadística he encontrado esta consecuencia fatal que acabo de señalar, en algunos casos, causada por la amplia operación de Halsted. Además, si hemos de creer al Dr. Greenough, de Boston, en su artículo leído en el Congreso de la Asociación de Cleveland, resulta que en su análisis de los casos operados del Hospital General de Massachussetts durante veinticinco años, encontró que en el treinta por ciento de las operadas por el método de Halsted, hubo edema del brazo, y algunas de estas enfermas quedaron incapacitadas para desarrollar movimientos rápidos y fuertes con el miembro; todo esto fué resultado de la compresión de los vasos por el tejido cicatricial. Resulta, pues, que de la operación de Halsted se aprovechará única y exclusivamente, al tratarse de la capa muscular, de la extirpación total de la aponeurosis en toda la superficie de los músculos para limpiarlos separando el tejido grasoso. Esta misma labor de disección para limpiar las superficies musculares del tejido grasoso y aponeurótico se continuará entre los músculos mismos; y destruyendo las inserciones costales de los pequeños pectorales se levantarán y quedará descubierta ampliamente la región para continuar la disección que se crea conveniente y necesaria, quedando en tales condiciones en posibilidad de extirpar la grasa y ganglios de la axila. Queda bien establecido, pues, que no habrá necesidad de extirpar los músculos, si tal sacrificio se hace exclusivamente para facilitar la tarea quirúrgica descrita, puesto que se puede realizar sin llegar a tal extremo. Ahora bien, si después de haber terminado la amplia disección de todos los tejidos sospechosos, se volvieron a colocar los músculos en su situación anatómica anterior o normal, no habríamos aventajado gran cosa puesto que los síntomas de edema y dolor del brazo, consecutivos a la retracción cicatricial se verificarían, y, a este propósito, para evitar estas perturbaciones tan molestas, Murphy desliza los músculos, después de haberlos disecado en sus bordes perfectamente, hacia el hueco axilar formando un paquete carnososo en esta región y fijando el pectoral pequeño a la pared de la axila mediante unos puntos de sutura con catgut, cerca y enfrente del gran dorsal. Después se desliza el gran pectoral hacia afuera y hacia la axila sobre el pequeño pectoral suturándolo a la misma pared lateral del tórax y al borde anterior del gran dorsal, y con esta maniobra quirúrgica, la axila sustituirá su cojín natural célulograsoso por otro muscular que tendrá por objeto evitar el edema y dolor que es frecuente encontrar en enfermas que han sido operadas según Halsted.

Hay, pues, dos métodos distintos uno de otro para el tratamiento quirúrgico de los pechos cancerosos: el de Halsted que sacrifica los músculos pec-

torales y que en consecuencia deja, en las enfermas operadas, estigmas e invalideces irreparables postoperatorios, sin que esté probado positivamente que con este proceder se haya llegado a obtener la verdadera curación radical del cáncer, o cuando ménos de alejar o retardar la recidiva del mal en relación con el método americano de Murphy; y el segundo, que conserva los músculos disecando y resecaando todos los tejidos adenolinfáticos y celulares; es decir, el que a semejanza del anterior tiende a vaciar, por decirlo así, y a extirpar todos los tejidos más propensos a la propagación y extensión de las neoplasias malignas, pero que tiende y logra conservar el funcionamiento completo del brazo del lado correspondiente al operado, a la vez que evita las perturbaciones que la retracción cicatricial provoca sobre el paquete vasculonervioso de la axila.

Mi experiencia personal en los casos tratados tanto en el hospital como en la clientela particular, me hacen afirmar desde luego que el procedimiento de Halsted tiene los inconvenientes que hemos señalado antes. En cuanto al americano o de Murphy sólo lo he practicado tres veces desde fines del año pasado a la fecha, y sería prematuro hacer algún comentario en lo que a la recidiva se refiere; pero sí es de indicar que estas tres enfermas han quedado aparentemente curadas y con las funciones del miembro superior correspondiente al lado operado en completo equilibrio, es decir: indoloro, sin edemas, sin entorpecimientos, y con la fuerza necesaria para verificar los movimientos de este miembro. La última de estas tres enfermas fué operada en el Hospital de Jesús, con asistencia y eficaz ayuda de mi compañero y amigo el doctor Alvarez Amézquita. La enferma era portadora de un voluminoso sarcoma del pecho derecho, según se verá por la fotografía adjunta, y, no obstante su desarrollo y la ulceración crateriforme que producía abundante escurrimiento fétido, tan común en esta clase de enfermas, resolvimos operarla, según la técnica de Murphy, conservando los músculos, pero separándolos para disecar ampliamente la aponeurosis, linfáticos y ganglios infraclaviculares, axilares y aun el seno celular del borde anterior del gran dorsal y músculos profundos. Esta enferma no sufrió ningún cambio perturbador postoperatorio apreciable, habiendo curado en el término de doce días, sin que haya experimentado ninguna de las molestias ya señaladas en su miembro correspondiente, puesto que conserva los movimientos del miembro, completos, con fuerza suficiente, y no se ha notado hasta la fecha ninguno de los otros síntomas, como dolor y edema parcial o difuso del miembro.

En resumen: de lo expuesto resulta, primero: que, todos los tumores de las mamas deberán ser tratados quirúrgicamente en tiempo oportuno, a fin de evitar que el período benéfico, el precanceroso de estas neoplasias, avance más allá de su evolución y llegue al período maligno, exponiendo a las enfermas con esta contemporización a las fatales consecuencias de la propagación y generalización.

Segundo: en las enfermas portadoras de neoplasias malignas, pero que aún sean operables, es de aplicar el procedimiento de Murphy, que, según quedó indicado, satisface todos los detalles del procedimiento de Halsted y evita las varias perturbaciones que se producen sacrificando los músculos pectorales.