

## Apuntes clínicos acerca de la glándula mamaria.

### El cáncer del seno.

#### Impresiones personales \*

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA,  
académico de número.

En la lista larga de las enfermedades que amenazan al ser humano, hay una que de tiempo inmemorial causa el terror y niega toda esperanza: es el "cáncer".

La etiología, la patogenia, de este fantasma universal, se reducen a hipótesis, a lucubraciones, que disipadas por la veracidad del tiempo se van apagando.

Ya que nuestra impotencia transforma la desesperación en conformidad, no hay que apocarse ante el coloso; enfrentarse a él y esgrimir como armas para vencerlo, la razón, la investigación y la fe.

En general, el cáncer es una aparición; nace donde menos se piensa y cuando menos se espera; acerca de él todo se puede decir, nada se puede probar; nada se puede prever.

Pero si algunos cánceres iniciados en los lugares más recónditos de una viscera sólo una revelación divina podría hacerlos presumir, hay otros que el talento del clínico logra despistar. En este último grupo se encuentran el cáncer del estómago, el del cuello de la matriz, y el del seno; personalidades morbosas todas que tienen como estigmas su ocultamiento y su hipocresía.

Pero el cáncer del seno y el cáncer del cuello de la matriz son fantasmas que persiguen a la mujer durante la trayectoria de su vida, porque la experiencia marca que el cáncer no respeta edades, avorazándose lo mismo con la niñez, la juventud y la ancianidad.

La elocuencia de la clínica demuestra que los cánceres al empezar se pueden detener, y esta proposición es argumento poderoso que se debe invocar para vencer al cáncer del seno, que tanto enluta las estadísticas de la mortalidad. El cáncer del seno debe

---

\* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 13 de mayo de 1946.

tenerse como visión fatídica, y se le debe perseguir sin descanso. El tiempo que todo lo depura y exhibe, ha venido a confirmar estas ideas con hechos visibles que no admiten discusión o duda,

El lema que enarbolará el médico cirujano es "llegar a tiempo", ser oportuno ante este padecimiento; porque la oportunidad es como la razón, un rico tesoro que Dios depositó en el destino del hombre. He profesado la idea en lo relativo al cáncer del seno, que nunca debe esperarse su voluntaria presentación; siempre buscarlo, obligándolo a que se presente ante nosotros.

Existe una premisa que es básica: "todo cáncer del seno se inicia con un pequeño tumor que no es doloroso"; pero no todo tumor que se descubre en el seno es un cáncer. Como la primera proposición es afirmativa y exacta, debe buscarse ese tumor que cifra el destino de la enferma. Nada creo que pueda ser más sólido y fundamental en la clínica azarosa de la glándula mamaria, que emprender esta investigación.

Siempre he censurado en los estudios clínicos, el llevar ideas preconcebidas o prejuicios al estudiar los enfermos, porque pueden conducir a sofismas extralógicos, cuyas raíces son muy hondas, muy profundas, y dependen de flaquezas de la naturaleza humana. El anhelo de una solución halagadora expone a ser poco riguroso en la prueba, y a aceptar como verídica la primera que se presenta con tal que apoye la conclusión a que el entusiasmo nos arrastra.

Por más que al razonar se eleve el espíritu a un plano superior, siempre invaden las pasiones, los afectos, los deseos y propósitos que llevamos consigo. Empero, no hay regla que no tenga excepción; al tratarse del diagnóstico del cáncer del seno no critico que la mente lleve la idea preconcebida de buscarlo. ¡En cuántas ocasiones este pensamiento ha sido la salvación de una vida!

El encontrar un tumor en la región del seno no es afirmar la existencia del cáncer; pero si se prueba que el tumor es canceroso, no pensar que el problema se encuentra resuelto para el salvamento de la enferma.

Enfermas acuden a nuestras clínicas portadoras de tumores en su glándula mamaria, a quienes la molestia o el dolor las han obligado a palpar el órgano y a descubrir su mal; pero, o se trata de procesos benignos, que por lo general son dolorosos desde su

iniciación, o son neoplasmas malignos evolucionando en época ya avanzada. Puede afirmarse que la molestia o el dolor bien marcados no aparecen en el cáncer sino cuando ha llegado a una época fuera del tiempo oportuno en que debe ser reconocido. Más frecuente es el dolor en los procesos benignos.

Siendo un tumor la revelación del cáncer, el médico o la enferma deben encontrarlo. Es difícil subyugar a las enfermas a exámenes periódicos; pero nadie como la misma mujer está capacitada para descubrir el tumor.

Me ha acontecido en repetidas ocasiones al explorar un seno voluminoso, el encontrar dificultad para localizar el pequeño tumor que la enferma me anuncia tener. No obstante, es ella quien lo ha descubierto y quien ha conducido mi mano al sitio donde se encuentra el mal. Ningún síntoma subjetivo ha motivado su atención hacia él; su auto-palpación ha verificado el descubrimiento. Maniobra providencial, que debe pregonarse entre el sexo femenino, como el único medio hasta hoy conocido para descubrir a tiempo el cáncer en esta región. Aun más, me atrevo a predecir que si al aproximarse la pubertad, se ilustrara a la mujer respecto a la glándula mamaria, como se hace con las funciones menstruales, enseñándoles a palpar sus senos, la curva de mortalidad producida por la letal dolencia se le vería bajar a una línea casi horizontal. Estas concepciones no son ilusionismos, o lucubraciones nacidas del deseo, son afirmaciones apoyadas en mis resultados terapéuticos.

Los argumentos etiológicos para fundar el diagnóstico de cáncer del seno son demasiado raquíticos, como en todo cáncer. "Felix qui potuit rerum cognoscere causas". No será la etiología la que proporcione ayuda efectiva en la adquisición de la verdad.

Todo lo que se ha dicho sobre la causa del cáncer va pasando por épocas; son llamas que el tiempo se encarga de extinguir. Los biólogos, los investigadores, encanecen y mueren sin descifrar el problema etiológico. Estudios sobre la fertilización artificial de los huevos del erizo; pacientes investigaciones en las formas inferiores de la vida: protozoarios, insectos, peces, mamíferos inferiores; estudios en la química de la sangre de los pacientes afectados; posibilidades bacteriológicas, serológicas. Estudios hormona-

les. Descripciones geográficas del padecimiento. Indagaciones de la alimentación y del metabolismo. Estudios pormenorizados de la acción de la luz y del calor. Papel desempeñado por los traumatismos, por los partos y la esterilidad; el amamantamiento y la inercia de la glándula. La irritación y la infección de los pezones y senos. Las mismas leyes de Mendel, y todo lo anteriormente marcado ha sido desconsolador. En algunos momentos han parecido algunos hechos verdaderas inspiraciones, han tenido espasmos febriles de delirio; pero una niebla misteriosa y densa se interpone siempre ante nosotros, que quizás el porvenir se encargará de disipar.

En la parte etiológica del cáncer del seno, la mirada se detiene ante los estados llamados "precancerosos", porque surge la duda. Son clasificados como benignos, pero debe confesarse que también han sido antecedentes de cánceres manifiestos. La enfermedad quística y la de Paget entran en el grupo.

Todo lo anteriormente referido no es suficiente para descifrar el diagnóstico etiológico, y como resumen se llega al convencimiento de que no puede existir diagnóstico etiológico en el cáncer del seno; el diagnóstico tiene que ser "sindromático". Son los signos y síntomas quienes lo edificarán.

Descubrir el tumor con su corolario de síntomas, debe ser el programa formulado por el médico; porque allí está lo básico, lo crucial. Para ello, un estudio general debe hacerse en la paciente, con un interrogatorio bien formulado, el que preparará la buena exploración física; la cronología sintomática espontáneamente referida por la enferma, proporciona grandes utilidades. Por ejemplo, el descubrir un tumor que en el lapso de dos a tres semanas ha adquirido desarrollo voluminoso, inclina más a un quiste, que a pensar en el cáncer. El descubrimiento ha sido accidental, o fué el dolor o molestia experimentados por la enferma quienes obligaron a descubrirlo.

Son datos de gran valía investigar el sitio del tumor, su tamaño y crecimiento; lo mismo que su consistencia. Los cambios que sufre con la menstruación. Debiéndose investigar si existen otros tumores, ganglios infartados, edemas, y dolores clasificados como reumáticos.

Todo lo anterior es básico, es cardinal, no sólo para el diag-

nóstico sino en lo que se refiere al pronóstico. En verdad es impresionante, y causa pena escuchar lo referente al dolor, porque la experiencia enseña que el tumor, cuando es doloroso, debe estar en época ya avanzada.

La exploración física es la que proporciona un caudal más verídico; procurar ser estricto en todos sus detalles; no olvidar las diferentes posturas y buena iluminación; insisto en aprovechar todo lo aprovechable, marcándose el estudio de anatomía de las formas como básico, para obtener óptimos resultados.

Desplegar mucho método al hacer el examen físico, y que éste sea completo. Una buena iluminación, y las posiciones clásicas de la paciente. Sentada frente a la luz, colgantes sus brazos, y descubierta hasta la cintura; aprovechando buenas condiciones de estabilidad, que permitan cambiar la postura, elevando los brazos, inclinando el tronco, o en un momento dado, aplicar el decúbito supino. Investigar la columna vertebral para descubrir escoliosis. Aprovechar los datos que proporcione la piel respecto al color, la circulación y las arborizaciones venosas, lo mismo que los edemas, y hundimientos minúsculos de la piel (piel de cochino, piel de naranja).

Precisar la situación exacta de los senos, su volumen, su rigidez o flacidez. Localizar la altura de los pezones, su dirección, su desarrollo, su saliente o hundimiento; la extensión de la areola y su distribución, tomando como centro el pezón. Su color, y el tipo de sus tubérculos. Precisar las asimetrías que puedan encontrarse, lo mismo que buscar las retracciones o la presencia de un tumor. No estar conforme con una sola postura, sino invitar a la enferma a cambiar la situación de sus brazos, del tronco, y hacer apreciaciones de perfil.

Me he expresado en líneas anteriores marcando el hecho que el hallazgo del tumor anuncia el cáncer; pero no siempre la protuberancia se exhibe al hacer la inspección. Por otra parte, un tumor en la región del seno, no significa una saliente visible, solitaria y aislada; tiene un séquito de síntomas, denominados "signos de retracción", que se debe buscar con una idea preconcebida, porque ellos son los denunciadores de que allí se encuentra un cáncer oculto a la vista del observador. La búsqueda de estos

signos de retracción es de gran importancia como apoyo para el diagnóstico. La inspección puede descubrirlos en alguna de las posturas aconsejadas, siempre que el clínico afoque toda su atención, apreciando la simetría de los hombros, la igualdad de colocación de los omóplatos, la igual situación de los ángulos que forma el tórax con la región lateral del abdomen, haciendo a un lado toda escoliosis.

Todos estos pormenores eluden los "sofismas ópticos", que conducen a fracasos en el diagnóstico. Siguiendo este programa el clínico puede apreciar la superficie convexa de los senos, donde la más ligera depresión o deformación se hace manifiesta. Los signos de retracción pueden encontrarse tan visibles, que la afirmación del diagnóstico viene al momento. Pero una retracción que no se revela en postura determinada, se patentiza cruzando la enferma sus antebrazos sobre la cabeza, lo que produce la contracción de los músculos pectorales.

En la patología del cáncer del seno se han descrito gozando de autonomía determinados signos; pero connotados, son los signos de retracción. Por ejemplo, la elevación del seno, el aplastamiento del contorno del seno, el acortamiento de uno de sus diámetros, la movilidad disminuída de la glándula, la movilidad disminuída de la piel sobre el seno, y la disminución de la movilidad de la glándula sobre la pared torácica. Observadas con imparcialidad, todas estas manifestaciones traducen formas diferentes de retracción, cuyo mecanismo íntimo es la destrucción del tejido normal en mayor escala que la sustitución por el tejido patológico.

Cuando la inspección se ha terminado, la enferma pasa a sufrir la maniobra que más puede proporcionar frutos para verificar un buen diagnóstico; me refiero a la palpación. Dos maneras pueden emplearse para palpar un seno. Se le puede tomar entre los dedos, o deprimirlo contra la pared torácica; la sensibilidad exquisita que se tiene en la extremidad de los dedos, ayuda a clasificar determinados atributos. Pero es un hecho convincente en la clínica del seno, que tumores no apreciables entre los dedos se descubren palpándolos contra el pecho. Muchas razones se han proporcionado para explicar el fenómeno; pero como acontece en numerosos hechos de la vida, la explicación de la explicación conduce a lo inexplicado.

cable. Así como en el curso de la historia, se observa que de breves territorios han brotado grandiosos hombres, así también sucede en medicina, que de un detalle con apariencia insignificante puede surgir un mundo de ideas. A mayor abundamiento, se ha notado en el ejercicio profesional que, cuando un tumor es más accesible al comprimirlo contra el pecho que al palparlo entre los dedos, la inclinación es clasificarlo como cáncer; así acontece con los tumores demasiado pequeños, y colocados profundamente en el interior de senos excesivamente grasientos.

Cuando la masa cancerosa ha reemplazado con su tejido anormal de menos volumen, un voluminoso tejido normal, la experiencia demuestra que los diámetros del tumor, antes de extirparse, son mayores que después de extirpados. La explicación se encuentra en la revolución que ha producido el tejido patológico en todos los tejidos normales que lo rodean, engendrando retracciones y cambios en la agrupación del tejido celular y de la grasa que rellena al seno. Lo que se siente a la palpación no es sólo el tumor, sino un halo de tejidos normales, atraídos, empujados, a su alrededor, lo que amplifica las dimensiones del neoplasma a la mano que está palpando.

El cáncer no es el único padecimiento que da las impresiones de retracción. Una infección o traumatismo puede producirlas; lo que implica que al hacer el interrogatorio se precise el antecedente de un traumatismo o de un proceso infeccioso. La enfermedad quística de la glándula puede conducir al sofisma; tal vez las perturbaciones nutritivas que produce a su alrededor motiven los cambios. Lo que justifica hacer operaciones exploradoras en estos casos.

El clínico no debe confundir los signos de retracción con las depresiones de la piel o canaladuras que pueden presentarse rodeando a tumores benignos, y que son producidas por la desigualdad que toman sus diámetros al crecer el tumor, y no por la destrucción de los tejidos. Al inspeccionar senos colgantes producidos por la vejez, exceso de grasa, o múltiples lactancias, pueden marcarse depresiones o surcos que simulan retracciones y que la palpación debe aclarar.

Las consideraciones anteriores ratifican que la palpación en

la clínica del seno no lleva como único fin el buscar un tumor, sino que pretende también descubrir los síntomas satélites que acompañan a ese tumor.

Como un principio, debe procurarse manipular el seno en masa, y la maniobra verificarla en todas las posiciones mencionadas en párrafo anterior. En alguna de las posturas se exhibirán los signos de retracción. Cuando se palpa para buscar el tumor, deben recordarse las prolongaciones que da la glándula; la prolongación axilar es la más constante; por ese motivo el cuadrante superior externo del seno es muy socorrido por la neoplasia.

Un atributo que debe buscarse con la mano que palpa, es la plasticidad, o maleabilidad del tumor, que en el cáncer desaparece; no se le puede inclinar ni menos doblar, está duro e inflexible. En la enfermedad de Reclus, en la mastitis de Phocas y en los tumores de Squilmerburg, el endurecimiento puede simular al cáncer; pero hay cierta flexibilidad, y la maleabilidad se ha conservado. En los tumores fibroepiteliales, la neoplasia salta de su lecho al ser comprimida con los dedos, y este desprendimiento augura su benignidad; pero hay tumores malignos que, aunque no encapsulados, están circunscritos y tienen una movilidad relativa.

Cuando la mano que palpa descubre un tumor, viene el catequismo mental de si será un fibroma, un quiste, o un carcinoma circunscrito. ¡Qué difícil es por la palpación, aun con exquisita sensibilidad, poder afirmar un fallo! Todo es confundible. No puede invocarse ni la forma ovoide o esférica, como peculiar al quiste o al tumor fibroso, como algún autor lo ha afirmado. Tampoco es la superficie del tumor que se confunde en los benignos y malignos; la unicentricidad la tiene el cáncer al principio, pero ya difundido se confunde con variados procesos. Empero, la vaguedad del contorno, la falta de precisión de los límites, militan mucho en favor de la malignidad.

La movilidad del tumor debe precisarse, y su inmovilidad traduce signos de retracción. El edema es de considerable interés el estudiarlo; la enferma puede haberlo descubierto; la localización es variable, en la piel del tumor, o generalizado a todo el seno. Su mecanismo siempre el mismo, obstáculos a la circulación roja y blanca.

El edema producido por el tumor, cuando es exagerado, se ha

confundido con el cáncer mismo, porque deforma la glándula haciéndola aumentar de peso; la presión del dedo deja sus huellas. La transformación que produce en la piel, da el aspecto del cuero de cochino o de la cáscara de naranja. Al inspeccionarse la piel con una lente, se observa una ancha separación en los orificios de desembocadura de las glándulas sebáceas y folículos pilosos.

No quiero dejar de mencionar en este trabajo los síntomas debidos a la extensión del neoplasma por vía linfática. Aunque en anatomía clásica los linfáticos del seno terminan en los ganglios axilares y subclaviculares, la clínica proporciona inmensas sorpresas; por ejemplo, la terminación supraclavicular, la terminación en los ganglios axilares del lado opuesto, en los mamarios internos y en los mediastinales. En anatomía de los linfáticos del seno, todo esquema estricto tiene que borrarse; ejemplo vidente son los cánceres en coraza, que envuelven el tórax, y se propagan por vía linfática superficial, siguiendo todo capricho. Aun más, se ha descubierto una vía linfática retrógrada de la axila a la región inguinal.

Una de las grandes sorpresas que he experimentado en esta cirugía, es practicar una mastectomía total y no encontrar dañados ni ganglios subclaviculares, ni axilares, en el estudio microscópico. Tener la impresión de un futuro muy halagador; pero meses después, presenciar la aparición del cáncer en la región supraclavicular del mismo lado. Esta aparición sólo es explicable por la existencia de linfáticos superficiales que, pasando sobre la clavícula, como un puente, vayan a terminar en la región supraclavicular.

También son explicables las metástasis por la transmisión de las celdillas cancerosas al grupo mamario interno, y de allí al supraclavicular. Todo esto descorazona y apena a un cirujano consciente e ilustrado. Queda aún otro fantasma que impide afirmar una curación radical; es la extensión del cáncer a la axila, o a la glándula opuesta. Todos los ganglios deben explorarse antes de emprender una operación radical.

Otra de las prácticas que siempre sigo es la transiluminación de la glándula con las lámparas "Cameron". Venas aisladas o redes venosas rodean al pezón, y desembocan en las mamas internas; otras pasan al lado opuesto, y otras aún se dirigen a la clavícula y región del hombro. Cuando la transiluminación las presenta

dilatadas, desconfiar de la existencia de metástasis mediastinales. Por otra parte, estudios sobre los vasos linfáticos en esta región que he emprendido en el cadáver, demuestran la riqueza en linfáticos, acompañando la riqueza venosa. Todo esto debe producir alarma.

El estudio radiológico de los canales galactóforos debe también emprenderse cuando se juzgue necesario. Lo que siempre ha despertado en mi mente duda e inquietud es la ignorancia del estado en que se encuentran los ganglios localizados atrás de la pared costal. Estos pueden dar sorpresas inesperadas. Exquisitas radiografías pueden fallar, y en mi experiencia personal la pleura, el pulmón y el hígado, han sido los órganos que principalmente han visitado las metástasis; en los huesos pocas veces las he encontrado, marcándose más en la columna vertebral.

Aunque el convencimiento es, apoyado en los casos clínicos, que la propagación del cáncer se produce por los canales y espacios linfáticos de los tejidos, todavía se discute si la corriente de la sangre no desempeñará algún papel. No se puede negar la comunicación entre el sistema linfático y el venoso; la gran vena linfática derecha y el canal torácico son elocuentes para afirmarlo. Pero no se puede negar ni afirmar que la celdilla cancerosa al entrar a la sangre pierda su poder o lo atenúe como pasa con algunos gérmenes. Todo es posible. Pero mi objeción es que, si la corriente de la sangre propagara el mal, más frecuente sería encontrar metástasis en las vísceras que tienen arterias terminales, como por ejemplo, el riñón y el cerebro.

Se edifican diagnósticos del cáncer atendiendo a su anatomía patológica, macroscópica y microscópica; pero son hipotéticos antes de la operación. Por la dureza y lenta evolución de un tumor, la inclinación es pensar en el esquirro; por la blandura, se piensa en un cáncer coloide; por la exuberancia circulatoria, en un sarcoma.

La situación anatómica del tumor en la glándula, es importante para el clínico. Temo más a los cánceres de los cuadrantes internos que a los del cuadrante superior externo.

No puede afirmarse un diagnóstico anátomo-patológico a la cabecera del enfermo; éste surgirá, macroscópico y microscópico, en los cortes practicados en el laboratorio y será crucial para el pronóstico.

En lo relativo al porvenir de las enfermas portadoras de un cáncer del seno, deseo expresarme con la sinceridad que dan las convicciones, producidas por los halagos, las amarguras y las sorpresas, en esta clínica llena de contradicción y de perplejidad, que obliga a guardar un mutismo absoluto. El cáncer del seno, en mi impresión personal y apoyado en una larga práctica, es siempre de "pronóstico reservado".

Por último, como final de mis impresiones que tengo sobre el cáncer de la glándula mamaria, deseo exponer la terapéutica que al partir de hace cinco años he seguido, cuando tengo la fortuna de descubrir el padecimiento en los albores de su desarrollo.

Adquirida la certeza de que se trata de un cáncer, y que éste está limitado, apoyándose en una clínica impecable y en los estudios radiológicos, emprendo la operación descubriendo el tumor con el cuchillo eléctrico, combinando la diéresis con la electrocoagulación al mismo tiempo. No practico la mastectomía total, limitándome a levantar el tumor con una pinza que no traumatice (la pinza elástica de Duval), y en esta misma pinza aplico el electrodo para electrocoagular lo que he tomado.

Extirpado el tumor, cambio el cuchillo por un electrodo esférico, y electrocoagulo todos los tejidos que han rodeado a la neoplasia. Afronto los labios de la pequeña herida por medio de tela adhesiva para no producir herida punzante con la aguja de sutura. Dejo uno de los ángulos abierto para dar salida a la linfa, durante dos o tres días; después obturo la abertura con la misma tela usando el apósito clásico. Esta operación me ha proporcionado muchas satisfacciones. He seguido a las pacientes en los años subsiguientes, y no he visto que se presente ni reproducción ni metástasis. El éxito lo fundo en lo temprano de mi operación, y en lo circunscrito de la neoplasia.

Durante mi vida de cirujano todas las técnicas sangrantes las he practicado. Con ellas he obtenido halagos y sinsabores. Empero, cuando se ha llegado a la madurez en la vida profesional, se pueden elegir los casos probables y desechar los dudosos. Por que mi convicción es que, tratándose del cáncer, es preferible dejar morir a un enfermo, pero nunca matarlo, ni acortarle la vida, ni exponerlo a reproducciones y a metástasis.

Como **conclusiones** de este trabajo formule las siguientes:

1a. El cáncer del seno es curable en la iniciación de su desarrollo.

2a. Para salvar a la mujer de la muerte por cáncer del seno, se le debe ilustrar de la manera como puede reconocerlo.

3a. No existe diagnóstico etiológico ni patogénico en el cáncer del seno.

4a. Antes de la operación, el diagnóstico que puede formularse es únicamente sindromático.

5a. El diagnóstico anatómico debe formularse porque ayuda a augurar pronósticos.

6a. Todo tumor del seno debe operarse, y lo más pronto que sea posible, porque nadie sabe la evolución que podrá tener.

7a. Los estados designados como precancerosos deben despertar alarma, y con rapidez ser operados.

8a. El diagnóstico anatomo-patológico antes de la operación lo apoya la probabilidad.

9a. La terapéutica que yo aplico es la quirúrgica con electrocoagulación y diéresis eléctrica.

10a. El pronóstico lo nubla el velo de la duda, porque refiriéndose al cáncer en general, todo se puede decir, nada se puede afirmar, todo puede acontecer.

11a. El cáncer del seno es de los que más enlutan las estadísticas de la mortalidad.

12a. La última conclusión que formule es que el cáncer del seno representa muchas páginas en blanco que el porvenir tendrá que llenar. Su historia es una escala de sepulcros. Recordar también que la Naturaleza es previsor y da facultades en armonía con sus maravillosos fines, y da órganos en proporción con sus respectivos destinos.

Quando he amputado un seno, una tempestad se despierta en mi cerebro y un dolor en mi corazón; viniéndome la idea que la resolución de algunos de los problemas de nuestra existencia en muchas ocasiones no está en vivir. En la mujer amputada su salvación está en su desgracia. Pienso en el despertar de la embriaguez anestésica, volver a sus facultades, llevar la mano a su pecho, y encontrar la mutilación...

Con sus sollozos, con sus lamentos, la Naturaleza no se conmueve; pero el cirujano de conciencia y de corazón formula una enérgica protesta, preguntándose por qué no se descubrió temprano el dramático mal. El porvenir tendrá que descifrar el enigma del cáncer; pero nunca despreciar los estudios clínicos de un pasado; porque como muchas veces ya lo he repetido, el pasado, el presente y el porvenir forman una trinidad que las pasiones humanas nunca podrán demoler.