

**CANCER DEL SENO. COMENTARIOS Y REFLEXIONES MOTIVADOS
POR UN TRABAJO DEL SEÑOR DOCTOR SEAMAN BAINBRIDGE
DE NEW YORK ***

Por el DR. GABRIEL M. MALDA,
Académico de número.

Fui nombrado por esta Academia para hacer los comentarios referentes al interesante trabajo del doctor Seaman Bainbridge, que fué presentado por el señor doctor Alfonso Pruneda, nuestro Secretario Perpetuo, en una de las sesiones verificada por nuestra corporación.

¡Desgraciadamente, el doctor Bainbridge ha muerto! Tal vez el trabajo a que hago alusión esta noche fué una de sus últimas producciones, que legó a nuestra Academia Nacional de Medicina, en su testamento científico espiritual.

El doctor Bainbridge fué mundialmente conocido; fué cirujano de altos vuelos, con títulos y condecoraciones de diferentes partes del mundo. Trabajó sin descanso. Su muerte deja un gran vacío; sus recuerdos son imperecederos.

En el trabajo que hoy comento, el autor marca la necesidad de recalcar el estado actual en que se encuentra el problema del cáncer. Habla del misterio etiológico que domina al mundo acerca de la terrible dolencia. Los fracasos de las investigaciones personales, los de las sociedades científicas, los de los laboratorios oficiales y fundaciones mundiales; todo esto lo pone en relieve y lo comenta.

Expresa la opinión de que el factor principal del misterio es la múltiple anatomía patológica que tiene el cáncer, y la confusión que ha venido teniendo desde época remota con otros padecimientos: cree que aún en la actualidad están incorporadas otras entidades morbosas en el género cáncer que no son cancerosas.

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 7 de abril de 1948.

En las fases diferentes que presenta el problema, hace hincapié sobre el papel que tienen las irritaciones crónicas conduciendo a la malignidad. Cambios en la estructura histológica de un tejido producidos por el traumatismo, pueden engendrar cicatrices que, siendo irritadas, conducen a la formación de las neoplasias malignas.

Habla de golpes aplicados a la glándula, que dejan como residuo un hematoma: quizá la fibrina del coágulo desempeña el papel de un cuerpo extraño, produciendo fenómenos de irritación. De la misma manera, las quemaduras físicas o químicas y las radiaciones, determinan cicatrices más o menos profundas que deben conducir a la malignidad. La cicatriz representa también en estos casos una especie de cuerpo extraño, que traumatiza constantemente las glándulas delicadas y produce los cambios metatípicos de sus celdillas que simbolizan el cáncer.

Se han emprendido investigaciones referentes a las relaciones que puede haber entre las retenciones de los productos de la glándula mamaria y el desarrollo de la neoplasia maligna en esta región. Las ratas han sido los animales de observación. La ligadura de los conductos galactóforos verificada a un lado del pezón producía el estancamiento de la secreción del seno y determinaba el cáncer. Empero, el pezón no estaba invadido por la dolencia. Por otra parte, la glándula opuesta no ligada, permitía la succión y no desarrollaba el proceso maligno.

Por los anteriores argumentos se infiere como una generalización aproximativa, que la retención de productos en un órgano o glándula puede por la irritación prolongada que produce, llegar a desarrollar el cáncer.

Si las conjeturas se afocan al cuello de la matriz (ya lo expresé en un trabajo leído hace pocos años en esta corporación), toda cervicitis debe tratarse lo más activamente que sea posible. Las eversionses de la mucosa del cérvix producen secreciones alcalinas; éstas, yendo a neutralizar los productos ácidos vaginales, cambian de esta manera los medios químicos que predisponen tanto a la malignidad.

El autor del trabajo insiste en que las cicatrices del cuello pueden influir en la producción maligna. Mi opinión personal es que, después de un registro minucioso hecho por muchos años de cánceres del cuello de la matriz, no he encontrado un número suficiente de cánceres, en relación con el sinnúmero de mujeres que tienen el cuello desgarrado. Basta recordar que no hay parto que no produzca una desgarradura cervical aunque sea insignificante.

Si toda cicatriz del cuello de la matriz desarrollara el cáncer, serían cancerosas la mayor parte de las mujeres que hubiesen tenido hijos, y muy lejos está de ser así.

El autor del importante trabajo se refiere al cáncer, hablando de él como una enfermedad, en la que el género de alimentación debe tener su papel por los componentes químicos que encierran los alimentos, desempeñando quizá papel importante el poder de las vitaminas; y hace hincapié en el equilibrio bioquímico del cuerpo que interviene para desarrollar la malignidad.

Habla el autor de la teoría de "las hormonas sexuales"; marcando los buenos resultados obtenidos en el cáncer de la próstata por su aplicación, y haciendo hincapié también en que esta terapéutica ha sido aplicada al cáncer de la mamila, notándose un retardo en su evolución.

Habla también el doctor Bainbridge acerca de la teoría de Beatson que él puso en práctica hace 35 años; consistente en extirpar los ovarios, los paraovarios, trompas y ligamentos anchos en cánceres del útero, llevando el pensamiento de anular la secreción estimulante del ovario, y observa que en el sexo opuesto esta secreción parece tener un efecto retardatorio.

Empero, con esta manera de proceder en la mujer, he sido poco afortunado en los diferentes cánceres en que he intervenido, y no he visto resultados que me hayan convencido para seguir aplicando esta terapéutica.

Desgraciadamente, el autor del trabajo no emite opinión propia respecto a las estadísticas personales obtenidas en su experiencia con la aplicación de la teoría hormonal.

Se refiere en seguida al profesor Sidney Ross, del Hospital Middlesex de Londres, quien presenta un método de inmunidad, ofreciendo esperanzas también en cánceres avanzados.

Lo fundamental de este procedimiento consiste en extirpar los tumores cancerosos desarrollados en la glándula, y traérfalos con altas dosis de Rayos X, e inmediatamente verificar con los extractos, inyecciones al paciente.

Antes de la segunda guerra mundial, y pedido por algunos enfermos, dice el doctor Bainbridge, se permitió llamar al profesor Sidney Ross, y aplicando el método en dos pacientes con enfermedad avanzada hubo una eminente mejoría.

Añade el autor que este método tiene la ventaja de no someter los tejidos normales a los efectos deletéreos del radium o de los Rayos X.

Esta ventaja es afirmada también por el profesor de física de la Universidad de California, doctor Ernesto O. Lawrence.

El doctor Bainbridge lamenta, como yo siempre lo he lamentado, que muchas pacientes han sido atormentadas con el diagnóstico de un cáncer mamario que en realidad no tenían, siendo amenazadas de sufrir una mastectomía.

Estos diagnósticos, lo he afirmado en un trabajo leído ante esta Academia, nacen apoyados en la idea que todo cáncer del seno se inicia por un pequeño tumor que no es doloroso. Pero hay que insistir en que no todo tumor que se descubre en el seno y que no es doloroso es un cáncer.

Ideas preconcebidas al estudiar los enfermos, pueden llevar a sofismas extralógicos, cuyas raíces profundas dependen de flaquezas de la naturaleza humana. El anhelo de proporcionar el mayor bien a los enfermos, expone a aceptar como verídica la prueba que primero se presenta, con tal que apoye la conclusión a que el entusiasmo nos lleva. Por más que al razonar el espíritu se eleve a un plano superior, siempre invaden las pasiones y los deseos que todos llevamos, y puede el ánimo inclinarse a diagnosticar un cáncer pensando que el diagnóstico y la intervención terapéutica temprano simbolizarán la vida de un enfermo.

Así como es útil buscar el tumor y diferenciarlo, también lo es la búsqueda de los signos llamados de la "retracción", en los que tanto yo he insistido, y que en algunos casos son visibles por parte del pezón o de otra porción de la glándula. Se les debe buscar, aquí sí con idea preconcebida, porque ellos denuncian el cáncer oculto.

Aconsejo a mis enfermas colocarse en determinada postura para este género de investigaciones, evitando con este proceder los sofismas ópticos. Hay que recordar que una retracción que no se revela en postura determinada, se patentiza invitando a la paciente a cruzar sus brazos sobre la cabeza para que, en esta postura, se verifique la contracción de los músculos pectorales que fácilmente exhibe las retracciones.

He expresado en mis clínicas y trabajos referentes a la patología de la glándula mamaria, que no es mi sentir el edificar pluralidad de síntomas y signos, con la autonomía que se les ha querido dar para el diagnóstico del cáncer.

Si a un gran número de signos se les connota con rigurosa observación, se llega al convencimiento de que la mayor parte de ellos expresan el fenómeno de la retracción. Por ejemplo, el levantamiento del seno, el aplastamiento de su contorno, el acortamiento de uno de sus diámetros,

la movilidad disminuída de la glándula o de la piel que la cubre. Todas estas expresiones traducen signos de retracción, y mi pensamiento es que no tienen autonomía. El mecanismo íntimo que las produce es la destrucción del tejido normal que ha sido sustituido por el patológico.

Existen además retracciones de los pezones que no se refieren al cáncer; que son congénitas, como lo dice el autor del trabajo, y que yo también he encontrado en varias enfermas. Se han hecho diagnósticos falsos, también como lo dice el autor, porque las pérdidas de sangre procedente del pezón han sido mal interpretadas. Muchos de estos escurrimientos de sangre no traducen el cáncer; sólo expresan estados patológicos de los órganos pélvicos que bien tratados hacen desaparecer el síntoma. De la misma manera acontece cuando aparecen endurecimientos en el seno; se les ve borrar combatiendo infecciones coexistentes por parte del intestino, de la vesícula biliar, de las amígdalas, o de los dientes. Áreas de endurecimiento aparecen también en los senos cuando están colgantes.

El autor del trabajo afirma que una manipulación defectuosa en el cáncer de la glándula mamaria, tiene consecuencias muy serias.

Yo afirmo su manera de pensar; por eso al intentar el diagnóstico uso una delicadeza manual exagerada.

El doctor E. E. Tyzzer, de la Universidad de Harvard, asegura por sus experimentos en las ratas, que las metástasis se producen por el masaje y las bruscas manipulaciones del tumor; lo mismo en períodos ya avanzados, que en las épocas tempranas del padecimiento; lo mismo al explorar para edificar un diagnóstico, que en la mesa de operaciones.

Aconseja el doctor Bainbridge que al tomar una "biopsia" debe procurarse extirpar el tumor completo, o cauterizar por medios físicos o químicos el lugar traumatizado.

En mi práctica personal uso el cuchillo eléctrico, uniendo al corte la electrocoagulación.

El autor del trabajo entra en lo de adelante a hacer consideraciones respecto a la punción del tumor, seguida de aspiración, con el objeto de examinar las celdillas extraídas y describir la malignidad; no aprobando este procedimiento.

Después habla de los lugares elejidos para hacer las incisiones que van a trabajar la biopsia, y entra en algunos detalles acerca del cuidado que debe de tener el cirujano en el cambio de guantes, instrumentos, etc., cuando en el momento de operar, el laboratorista da el fallo positivo de la malignidad, llevando el pensamiento de evitar la siembra de las celdi-

llas del cáncer en la herida operatoria. Refiere que con el mismo pensamiento el doctor Carlos Ryall, del Hospital del Cáncer en Londres, lava la herida, con una solución muy débil de formalina, antes de suturar, con objeto de expulsar cualquiera celdilla cancerosa que pudiese haber quedado en el campo operatorio.

Después aborda el doctor Bainbridge lo que me parece culminante en su producción: "La terapéutica del cáncer de la glándula mamaria".

Establece como una generalización basada en los conocimientos actuales, que es la cirugía la que ofrece más esperanzas a las pacientes que sufren de cáncer de su mamila; agregando que el radium y los Rayos X tienen un campo limitado. Para apoyar esta última idea toma las expresiones de un fisiólogo británico, sir Leonardo Hill, quien afirmó durante la guerra reciente que "si todo el radium existente fuese sepultado profundamente, para protegerlo de los bombardeos, y si se perdiera, el mundo no quedaría peor; augurando que la energía atómica puede todo cambiarlo." ¡El futuro lo podrá decidir!

El doctor William Seaman Bainbridge pasa a conjeturar un punto importante: "La radiación de los cánceres".

Se expresa diciendo que no hace mucho tiempo los cirujanos aconsejaban firmemente tratar los cánceres del seno por los Rayos X antes de la operación. Empero, en los tiempos actuales ya muchos cirujanos desaprueban esta manera de proceder, proponiendo la radiación postoperatoria únicamente. Otros aún han suprimido todo género de radiaciones.

La radiación preoperatoria tiene tres inconvenientes según el autor del trabajo. El primero se refiere al retardo que produce para implantar un método quirúrgico conveniente. El segundo es disminuir la nutrición de los colgajos, volviendo la cicatrización más difícil. Por último, otro de los argumentos que se esgrimen es el referente a la producción de tejidos de cicatriz, formados por las quemaduras y traumatismos producidos por las radiaciones.

Un trabajo publicado por el autor con fecha 21 de mayo de 1941, presenta una estadística interesante de 223 enfermas tratadas durante su larga práctica en la cirugía del cáncer del seno. De estas enfermas, 21 habían sido radiadas. Como resultados unas tenían sus tumores notablemente disminuidos de volumen; pero en cambio, se habían producido metástasis rápida y extensamente, que hacían imposible toda intervención operatoria. De otras 52 enfermas radiadas antes y después, sólo cinco sobrevivieron cinco años; una 11 años. En los 150 casos restantes se

aplicó la cirugía radical únicamente, obteniendo resultados muy halagadores, pues unas han tenido sobrevida de cinco a 36 años, y 35 aún viven libres de la traidora enfermedad.

Apoyado en las premisas anteriores, el autor es un decidido partidario del tratamiento quirúrgico del cáncer.

Ha llegado ahora el momento de expresarme ante ustedes acerca de este problema trascendental de la terapéutica tan debatida del cáncer. Me apoyo para ello, no en elucubraciones ni en ilusionismos académicos, o en las impresionantes lecturas de libros sugestivos; me baso en lo que he visto, en lo que he convivido en mi ya largo ejercicio profesional.

Hago historia desde los albores de mi juventud quirúrgica. Siendo estudiante, fué la amputación del seno por cáncer, una de las operaciones que más vi practicar a distinguidos cirujanos de aquellos tiempos, cuyos nombres deben perdurar: Ramón Icaza, Fernando López, Regino González, Ramón Macías, Fernando Zárraga, Francisco de P. Chacón. Sus éxitos fueron retumbantes. Todos ellos, anatomistas distinguidos, emprendían el vaciamiento de la axila, de la región subclavicular, y de la supraclavicular, cuando los casos clínicos lo pedían, y nunca recuerdo haber visto metástasis pulmonares, hepáticas o en algún otro órgano o tejido, en aquellas enfermas.

En ciertas operadas, después de algún tiempo se presentaba un endurecimiento en la cicatriz o en algún lugar cercano a ella, que generalmente era enucleado en gran extensión por una segunda intervención, para nunca volver a aparecer.

Estas enfermas se les seguía con relativa facilidad en su marcha clínica durante años, porque en la mayoría pertenecían a la clientela particular de cada cirujano; la que en aquellos tiempos era leal con aquel que llamaban médico de cabecera o médico de la familia.

Los Rayos X y el radium no eran conocidos; no podía aplicarse lo que no existía. Los años fueron pasando, y ya siendo médico cirujano, empecé mis trabajos quirúrgicos en hospitales, y en los pocos enfermos que formaban mi incipiente clientela, copiando la conducta que seguían mis maestros en los cánceres del seno.

Todos fueron éxitos; nunca advertí una metástasis. Aún vive una de las enfermas operadas por mí, ya octogenaria, sin ninguna metástasis o reproducción, y fué operada desde hace 35 años.

Empero, los tiempos fueron avanzando y con ellos la evolución de la medicina. Viene el descubrimiento de los Rayos X y su aplicación a la

terapéutica del cáncer; comienzo a radiar los cánceres del seno antes de operar; y con gran pena veo que meses después o a los pocos años, aquellas enfermas presentaban metástasis en el hígado, o morían por cánceres del pulmón y de la pleura.

No podía marcar si la radiación había sido un antecedente o había sido la causa de aquellas producciones. Continúa la evolución terapéutica; se radía antes de operar y después de operar, con los mismos malos resultados. La sobrevida que alcanzaban mis operadas no llegaba a más de cinco años.

En el año de 1931 me inscribí en París a un curso de ginecología de postgraduados, dado en el Hospital Brocca por el profesor Jean Louis Faure y su jefe de trabajos ginecológicos el doctor Douay. En una de las lecciones escuché con sorpresa que el profesor Faure hablaba de las metástasis producidas por la aplicación del radium en los cánceres de la matriz.

Algún tiempo después encuentro en la obra de ginecología de Douay, en la página 66, los párrafos siguientes: "En otros casos la recidiva se produce a distancia; se trata de metástasis observadas en el cerebro, en el pulmón, riñones y esternón. ¿El radium ha favorecido estas metástasis? No se puede afirmar nada con certidumbre; pero estos hechos son desconcertantes y con el profesor Faure no puedo pensar en una simple coincidencia".

Continuando la lectura de este libro se encuentra en la página 72 otro párrafo que dice lo siguiente: "El profesor Faure no admite la indicación de la curieterapia preparatoria en todos los casos de cáncer; cree que la aplicación del radium puede a veces agravar el padecimiento, favoreciendo las metástasis y la invasión ganglionar".

En el mes de febrero del año de 1946 se verificó en México el Congreso del Cáncer con sede en Guadalajara, y allí expuse mis ideas que hoy formulo en este comentario, uniéndose a mi opinión en esa Asamblea muchos adeptos de diferentes nacionalidades.

Como conclusión a la pequeña digresión que acabo de exponer, creo que hay muchos factores referentes a la fisioterapia del cáncer, que producen éxitos y fracasos. Unos pueden referirse a los buenos aparatos de Rayos X; a la dosificación del radium; a la época de aplicación de la radioterapia; al tipo histológico del cáncer y a los profundos conocimientos del especialista sobre la materia.

El doctor Manuel Madrazo ha tratado enfermas de cáncer del seno ya inoperables, que yo le he enviado, con un gran éxito por la aplicación de atinadas radiaciones.

El doctor Gustavo Peter, al expresarle algún día mis ideas sobre el temor de las metástasis, se expresó de la manera siguiente: "Creo que hay un fondo de verdad en las ideas que usted me expone; el poder de los Rayos X para destruir determinadas celdillas cancerosas puede ser insuficiente, y algunas de entre ellas conservando su potencialidad, pueden emigrar arrastradas por la corriente sanguínea a lugares distintos, de la misma manera que son arrastradas las ya destruidas, produciéndose así las metástasis".

Como corolario de la anterior discusión, puede llegarse al final, que los procedimientos fisioterápicos a que me he referido tienen el anatema de los grandes métodos terapéuticos, de los grandiosos medicamentos, que son armas de dos filos, difíciles y delicados para manejar.

El doctor Bainbridge afirma y concluye que es la cirugía el método de elección en la terapéutica del cáncer. Afoca su escrito a precisar los detalles que deben usarse para obtener éxito completo. Mucho insiste en la buena preparación que debe sufrir la operada; habla de la medicación alcalina para vencer la acidosis que tan a menudo se asocia al cáncer, siendo un elemento para irritar los tejidos. El profesor Beard, de Edimburgo, piensa que la acidosis es un poderoso factor en la extensión cancerosa y la considera como uno de los elementos causales. Insiste en que deben aplicarse todas las pruebas preoperatorias que todos conocemos y usamos referentes a estudios hematológicos, pruebas renales, etc.

Se refiere al choque psíquico que produce la operación en la mujer que la va a sufrir, dando los consejos conducentes que ya son conocidos para poderlo evitar.

Expone que los años han encaminado al cirujano a practicar una cirugía segura para el paciente; pero es importante darle al paciente seguridad para la cirugía.

Pasa el autor del trabajo a describir la técnica que acostumbra practicar, de la que tomo lo que tiene de culminante, de original, haciendo omisión de lo que todos conocemos y hacemos. Aconseja evitar toda manipulación brusca al desinfectar la piel, y en el curso de la operación para no producir metástasis.

También recomienda hacer una incisión que permita el vaciamiento de la axila determinando una cicatriz estética y que puedan formarse colgajos que se disequen con libertad, no produciendo tensión en la línea de sutura, lo que más tarde dificultaría el uso del brazo. Procurar dejar una capa de grasa bajo la piel, que obrará como un amortiguador, y que

sin ella la piel se unirá a la pared costal produciendo molestias y contribuyendo por el traumatismo que determina a dar lugar a la recidiva.

El autor, en la técnica que emplea, empieza por desprender el gran pectoral en su inserción al húmero y ya con campo abierto y con mucha luz, emigra a lo alto de la axila, quitando todo el tejido celular y ganglios que unen la glándula al cuello, arrastrando el conjunto de tejidos rumbo al seno. Desnuda el pequeño pectoral de sus envolturas quitándolas todas; dejando este músculo para proteger vasos y nervios.

Al verificar cada una de estas maniobras, recomienda usar compresas siempre húmedas impregnadas en suero fisiológico caliente, prejuzgando un doble fin: el favorecer la hemostasis y el disminuir el choque.

El tiempo siguiente en su técnica es interesante; consiste en practicar una incisión sobre el músculo recto del abdomen colocado del mismo lado que el tumor, llegando casi a la altura del ombligo, y separando hacia arriba la hojuela anterior de su vaina rumbo al seno. Los vasos que están relacionados con el borde costal y extendidos a través de las inserciones del recto a la pared del pecho, pueden ser portadores de celdillas cancerosas hacia el mediastino, y por eso deben ligarse al descubrirlos de esta manera.

De la incisión primitiva bajo la axila hacer partir otra anterior y circular que incluya el pezón y termine hacia abajo en la incisión del músculo recto.

Todos los demás tiempos son los seguidos en esta clase de cirugía con ligeros variantes.

Completa sus cortes de la piel por otra incisión del lado opuesto del pezón a la primera, y hace disecciones cuidadosas de los colgajos.

Da el consejo de ligar los vasos principales con catgut, pero machaca o electrocoagula los que son pequeños para tener el menor número de nudos y así evitar irritaciones.

Invita también a seguir la práctica de los lavados con suero fisiológico antes de cerrar la herida, para eliminar cualquier fragmento de tejido que haya quedado desprendido y que pueda ser una siembra. Sutura por el método clásico y da la puñalada en la axila para introducir un tubo de canalización.

Mucho insiste en usar el suero caliente y las compresas para esponjear, recomendando que los instrumentos estén también en buena temperatura; afirma que por este medio se disminuye el choque y pérdida de sangre.

Refiere que algunos cirujanos, como Willy Meyer de New York, invariablemente injertan piel, por haber sacrificado demasiado; pero sir Watson Cheyne, de Inglaterra, lo hace rara vez, observándose menores recidivas que con el procedimiento anterior.

Termina su trabajo el autor, afirmando lo que todos ambicionamos: que la mejor solución que tiene el problema del cáncer es el evitarlo; mientras no sea así, vuelve a aseverar que es la cirugía minuciosa, radical y científica, en el presente estado de nuestros conocimientos, lo mejor y más seguro que se les puede ofrecer a las pacientes portadoras del terrible cáncer del seno.

Mi opinión final, relativa a este trabajo que he comentado, es que encierra una gran experiencia; se ve en él al cirujano aplomado que dice muchas verdades, que han nacido de una labor efectiva del autor, y una experiencia proporcionada por la marcha de los años. Indudablemente que el porvenir tendrá que descifrar algún día el geroglífico del cáncer. Pero en la impotencia en que nos encontramos, se debe aprovechar todo lo aprovechable, para proporcionar alivio y consuelo a estas enfermas, que llevan en su frente el apotegma tétrico que Dante en su Divina Comedia grabó en la puerta del infierno: "Renunciad para siempre a la esperanza".