

EL Pronóstico del Cáncer del Seno.

Por el Dr. PIERRE GUENIN, Jefe de Clínica

Quirúrgica de la Facultad de Medicina de París.

El pronóstico del cáncer del seno ha sido y continúa siendo muy discutido. El cáncer superficial, cuyos primeros ganglios se extirpan fácilmente, sería para ciertos autores de pronóstico más bien favorable. Para otros, el cáncer sigue siendo una afección terriblemente maligna. En realidad "la verdad" ocupa un término intermedio entre las dos opiniones extremas.

Este trabajo está basado en los casos operados en la Clínica Quirúrgica de -la Salpetriere y en clientela por el Profesor Cosset de 1919 a 1932. El examen histológico del tumor y de los ganglios fue realizado por I. Bertrand. La técnica operatoria fue unyoca y aquellos enfermos que sufrieron un tratamiento radiotécnico, fueron encomendados a Ledoux Lebard.

Nuestra estadística comprende 385 casos; desgraciadamente en 115 no pudimos comprobar los resultados tardíos. En vez de eliminarlos, los consideramos como muertos de cáncer un año después de la intervención. De esta manera podemos afirmar que los éxitos no son superiores a la realidad.

Antes de emprender dicho trabajo, buscáis una base anatómica de los límites de una ínter venecón-logica. Revisamos la anatomía del sistema linfático mamario practicando las inyecciones linfáticas siguiendo la técnica de Gerota en 40 recién nacidos, en los Laboratorios *de los Profesores Rouviere y. Hovelacque.*

LINFÁTICOS DEL SENO

Insistiremos sobre todo en el trayecto y punto de drenaje de los colectores linfáticos. El origen y punto de emergencia tienen mucho menos importancia.

Pueden clasificarse en 4 pedículos:

- 1.—Pedículo externo que se vierte en los; ganglios axilares.
- 2.—Pedículo interno que se termina sea en los ganglios de la cadena mamaria interna, sea en los axilares del lado opuesto.
- 3.—Pedículo superior, el cual gana directamente los ganglios supra claviculares.
- 4.—Pedículo inferior, poco importante.

1) *Pedículo externo.* Constante. Único en 42.2% Constituido por eferentes superficiales y profundos.

- a) *Eferentes superficiales*: Nunca faltan. Caminan oblicuos hacia arriba y afuera sobre la cara anterior del gran pectoral, directamente subcutáneos. Llegan al hueco axilar pasando bajo el borde inferior del pectoral mayor o perforando este borde. Se drenan sea en los ganglios de la cadena mamaria externa (37.5%).
- b) *Eferentes profundos*: Existen en un 25 % de casos Perforan el pectoral mayor cerca del borde inferior, caminan entre las dos pectorales para drenarse, sea en la cadena mamaria externa (37.5%), sea en los de la cadena escapular inferior (15%), sea en los dos grupos al mismo tiempo (47.5), sea directamente en los ganglios del grupo infraclavicular (15%) los más altos de los ganglios axilares.
- Hay que notar que en un (7.5%) de casos comprobamos la existencia de un linfático profundo perforante a nivel de la porción externa del 4 y 5 espacio intercostal, que siguiendo los vasos intercostales va a terminarse en los ganglios de la cadena mamaria interna.
- 2) *Pedículo interno*. Constante en 50% de casos. Formado por eferentes superficiales y eferentes profundos.
- a) *Eferentes superficiales*: (15%). Se desprenden del borde interno de la glándula mamaria, cruzan el esternón, surcan el tejido celular subcutáneo para terminarse en la axila opuesta. La existencia -de esta vía cruzada, es indiscutible, confirmada además por la clínica en los casos de adenopatía bilateral o recidiva de un cáncer en la mama opuesta.
- b) *Eferentes profundos*: (42.5%). Perforan la parte interna de uno de los cinco primeros espacios intercostales para terminarse en los ganglios mamaros internos, intratorácicos, por lo tanto más allá de los límites razonables de un intervención quirúrgica. Dicha noción impone la necesidad de un tratamiento mixto: Cirugía y Radioterapia.
- 3) *Pedículo superior*: (7.5%). Formado por los eferentes que salen de la parte superior de la mama y ganan directamente los ganglios de la región supraclavicular pasando por delante o por detrás de la clavícula. Noción muy importante para las directivas terapéuticas.
- 4) *Pedículo inferior*: El menos importante (5%). Constituido por pequeños troncos linfáticos que bajan a perderse en el músculo recto del abdomen.

En resumen las primeras "estaciones de parada" de la linfa de la mama están situadas en regiones muy diferentes:

- ganglios axilares del mismo lado y del lado opuesto.
- ganglios mamarios internos intratorácicos.
- ganglios supra-claviculares.

TRATAMIENTO APLICADO

Intervención sistemática. Radioterapia, casi siempre como complemento del acto operatorio.

Técnica quirúrgica: La amputación extensa de la mama no es una intervención simple, ni fácil, requiere grandes precauciones y una estricta minuciosidad.

Posición de la enferma: En decúbito dorsal, el hombro del lado enfermo desbordando la mesa, el brazo colocado sobre un soporte que forma con el tórax un ángulo ligeramente superior al ángulo recto. Al final de la operación es conveniente aproximarlo al tórax para facilitar la sutura cutánea.

Posición de los ayudantes: Primer ayudante: frente al cirujano. Segundo ayudante del mismo lado que el cirujano, separado de éste por el brazo de la enferma.

Examen histológico extemporáneo: Debe practicarse desde el momento que existan dudas sobre la naturaleza del tumor. Por una incisión estética se extirpa el tumor dudoso que será confiado al anatomopatólogo, el cual por el método de congelación dará la respuesta en 5 o 6 minutos.

En caso de tumor maligno, cerraremos provisionalmente la incisión con una pinza de Museos y después de 'cambiar campos operatorios, guantes e instrumentos, se procederá a la amputación extensa de la mama.

Incisión cutánea anterior e interna: La incisión comienza en la raíz del brazo, sobre la cara anterior 'del tendón del pectoral mayor. Se dirige hacia la clavícula, pasando un centímetro por debajo del hueso, desciende para-esternal. a 2 3 cms. de la línea media, sigue el contorno infero-interno de la mama para terminarse a 6 u 8 cms. por debajo del surco infra-mamario.

Los ayudantes harán presión sobre la parte interna de la incisión para limitar la hemorragia.

Liberación del plano cutáneo: Se libera el labio interno de la incisión raspando la cara profunda de la piel, dirigiendo siempre la punta del bisturí hacia adentro.

Sección del tendón del pectoral mayor: El índice (en forma de garfio) levanta el tendón que se seccionará lo más cerca posible de sus inserciones humerales. Para lo cual un separador reclinará al máximo el labio cutáneo superior de la incisión. Algunos cirujanos respetar el haz clavicular 'del músculo, seccionando sólo los haces esterno-costales. Una vez practicada la sección se reclinará el tendón hacia abajo y adentro seccionando las inserciones esterno-costales superiores.

Sección del tendón del pectoral menor: Incindir la aponeurosis clavi-pectoro-axilar sobre el borde externo del tendón que se levantará con él índice izquierdo para seccionarlo a ras de la inserción coracoidea. Apareciendo de esta manera el hueco axilar.

Hemostasis: La hemostasis de los vasos subcutáneos 'preferimos practicarla 'con el bisturí eléctrico, que nos permite una economía de tiempo, pero impide la anestesia con ciclo-propano.

Vaciamiento axilar: Es el tiempo capital de la intervención: El pronóstico ulterior dependerá en gran parte de la perfección de este tiempo operatorio. Se practicará de dentro hacia afuera y de arriba abajo —después de cambiar de instrumentos— utilizando las tijeras curvas y la pinza de disección sin garfios.

inmediatamente por debajo de la clavícula disecaremos todo el tejido celular ganglionar situado sobre la cara anterior de la vena axilar entre ésta y la de costilla. Siempre en contacto íntimo de la ven, bajaremos más y más hacia afuera, seccionando los vasos que se desprenden el pedículo axilar, entre una ligadura superior y una pinza inferior. De este modo seccionaremos los vasos mamarios externos y escapulares inferiores así como los nervios del redondo mayor y del gran dorsal, siendo mejor respetar el nervio del serrato mayor. La vena axilar aparece así completamente desnuda por sus caras anterior, interna y posterior. Continuaremos el vaciamiento de alba hacia abajo, raspando las paredes del hueco axilar, las cuales asigna de la intervención quedarán tan netas y limpias, como en una buena preparación anatómica. Especial cuidado debemos de tomar a nivel del ángulo de la pared costal con la cara posterior de la axila.

En caso de adherencia íntima de los ganglios a la vena se researá entre dos ligaduras.

Sección de las inserciones esterno-costales de los pectorales: Después de cambiar nuevamente de instrumentos y de guantes, se rechazará hacia abajo y afuera toda la masa común formada por la mama, los pectorales y el tejido célula-ganglionar de la axila, seccionando de dentro afuera las inserciones esterno-costales de los pectorales, raspando constantemente las costillas que aparecen al final completamente al descubierto. La hemostasis aquí preferimos practicarla con ligaduras. El bisturí eléctrico sobre todo a la izquierda, puede tener inconveniencia. Conocemos tres casos de muerte súbita, debida quizá a la acción del bisturí eléctrico sobre el corazón.

Incisión posterior: Con una pinza de Museux levantaremos la masa de la mama. Comienza la incisión posterior a 3 cms. hacia abajo sin sacrificar la piel de la base de la axila con objeto de evitar las bridas cicatriciales. La incisión contornea, el borde externo de U mama para terminar formando un ángulo muy agudo con la incisión interna.

El plano cutáneo se liberará como en la cara profunda de la piel.

HEMOSTASIA DEFINITIVA

Drenaje: Se colocará un drenaje por una contraapertura practicada con un bisturí limpio, en el labio posterior del colgajo cutáneo, a distancia de la incisión.

Sutura cutánea: Después de aproximar el brazo al tórax se afrontarán los labios de la incisión con dos o tres hilos de bronce pasados con la aguja de Doyen. La sutura definitiva se practicará con un surjet de seda No. 1 bis. comenzando en la parte superior de la herida, pudiendo entonces suprimir los bronces. ¡La operación se terminará fijando el drenaje a la piel con un punto de seda.

El post-operatorio es en general excelente. La mortalidad inmediata no llega a un 1%. Debemos insistir para obtener una piolización precoz del brazo desde el 2° o 3° día.

TÉCNICA DE LA RADIOTERAPIA

Radioterapia pre-operatoria.—Parece dar excelentes resultados, según las estadísticas americanas. Desgraciadamente es difícil aplicar en nuestro medio. Ciertas enfermas ven disminuir el tumor y rehusan la intervención ulterior. Otras no siguen el tratamiento regularmente y el resultado es un gran retraso de la operación. Sólo tenemos 16 casos tratados. Se trataba de neoplasmas voluminosos al límite de la operabilidad.

Radioterapia post-operatoria.—Debe aplicarse sistemáticamente, puesto que tiene una influencia considerable sobre el pronóstico tardío.

El tratamiento comenzará tres semanas después de la intervención.

Las irradiaciones se practicarán alternativamente sobre tres campos cutáneos. 1.—Un campo supra-clavicular debordando hacia el vértice de la axila. 2.—Un campo torácico-anterior, subyacente al precedente, que va desde la línea media hasta la cara interna del brazo. 3.—Un campo torácico posterior, que responde a la parte postero-lateral del tórax y a toda la parte posterior de la axila, la cual de esta manera se irradia por los tres campos.

Con una tensión de 200 kilovoltios, se colocará el ánupula a 40 cms, de los tegumentos. El filtro será de 2 mm. de aluminio. Las sesiones serán diarias alternando cada uno de los campos a razón de 450 a 500 r. por día. La serie comprenderá 9 sesiones de tal manera que cada región recibirá un promedio de 1,500 r.

Dos meses después volverá a irradiarse. Tres meses después practicaremos una tercera serie de irradiaciones. Luego dos series por año durante dos años, y en fin una sola serie anual durante dos años.

RESULTADOS

Los resultados muestran el valor de la dicha terapéutica.

Resultados globales.—Recordamos que las enfermas no vistas las consideramos como muertas de cáncer en el primer año que sigue a la operación.

Porcentaje de supervivencias a	5 años: 38.8%
V	7 años: 32.2%
V	10 años: 27%

Estudiaremos el valor pronóstico de toda una serie de factores.

Influencia de la edad.—Confirmando la noción clásica, 60% de nuestros casos el cáncer aparece entre los 45 y 65 años. Sin embargo 40 enfermas tenían menos de 40 años y 6 menores de 30. La noción de la edad no tiene un valor diagnóstico absoluto.

La proporción de supervivencias de 5 años según la edad son las siguientes: N°

Enfermas de menos de 40 años	48.3%
„ 40 a 50 „	36.8%
„ 50 a 60 „	47.6%
„ 60 a 70 „ ..	37 %
„ mas de 70 „ ..	25 %

Influencia de la fecha de comienzo (aparente). — Es decir el tiempo transcurrido, entre la aparición del primer síntoma y la aplicación de la terapéutica apropiada. Es evidente que dicho período es muy variable, pero disminuye cada día *mas* con los progresos de la lucha anti-cancerosa. En efecto de 1919 a 1925, sólo el 22% de las enfermas consultaron durante los tres primeros meses de evolución aparente, mientras que dicha cifra, pasa a 40% de 1926 a 1931. Factor muy favorable puesto que la importancia pronostica de este período es indiscutible como lo prueban las cifras siguientes:

	Supervivencia a los 5 años
"Tiempo inferior a 1 mes . . "	69 %
Tiempo entre 1 y 12 meses	35.6%
Tiempo superior a 12 meses.....	24 %

embargo en 23 casos la histología dijo ganglios cancerosos cuando la clínica afirmaba ganglio indemne. Hecho curioso los 49 casos corresponden a formas histológicas de pronóstico relativamente favorable. Dicha noción ha llamado la atención de ciertos autores que consideran que una adenopatía clínica sin adenopatía histológica sería un signo de benignidad relativa. Podemos asociarla a la opinión que considera como un elemento de pronóstico favorable, la existencia de una inflamación banal crónica de los ganglios que llegando a la esclerosis se opondría a la diseminación de las células cancerosas.

El estudio histológico sistemático de los ganglios axilares, nos permite establecer el valor de lo que llamamos el *índice ganglionar*, que es la relación entre el número total de ganglios examinados. El valor pronóstico de este índice ganglionar es grande; pero lo más importante sería apreciar el estado del ganglio más superior de la cavia axilar. Por ello aconsejamos al cirujano de tomar en seguir el ganglio infra-clavicular a fin de tener la certeza de su localización.

El cuadro siguiente convence del valor de la extensión ganglionar; las cifras indicadas son el porcentaje de supervivencias de más de cinco años:

Ausencia de invasión ganglionar es decir índice ganglionar	61.6%
Invasión ganglios axilares ..	28.3%
Con índice ganglionar inferior a	43.7%
Con índice ganglionar superior a $\frac{1}{2}$	22.4%
Invasión de ganglios axilares opuestos o de ganglios supra-claviculares	0 %

Nótese en fin que los cánceres con inflamación banal de los ganglios axilares, dan un porcentaje de supervivencia de 68% de más de 5 años.

En fin, la ruptura histológica de la pared ganglionar con invasión de la grasa de la axila es de un pronóstico muy desfavorable. En tales casos el porcentaje de supervivencia de mas de cinco años sólo llega a 15.4%.

Tales cifras no dejan duda alguna sobre el valor pronóstico de fía adenopatía cancerosa, sobre todo la comprobada histológicamente.

Formas histológicas del neoplasma.—Siguiendo a Leroux y Perrot hemos clasificado nuestros casos en tres grupos histológicos. Recordaremos rápidamente las características de los dos grupos extremos, el grupo dos corresponde a los tipos que presentan al mismo tiempo signos histológicos favorables y desfavorables.

Grupo 1 de pronóstico favorable:

- a) el cáncer: Epitelioma típico o atípico a células coherentes o a células claras. Débil actividad mitósica sin monstruosidades. Epitelioma muco secretor.
- b) el estroma: Denso, fibroso, que parece ahogar la zona neoplástica. Sin necrosis estromatosa. Reacción fibrosa del tejido fibroso periférico.
- c) *formas clínicas*: Epitelioma dendrítico, cáncer coloide, escirro atrófico.

Grupo 3 de pronóstico desfavorable:

- a) El cáncer: Epitelioma típico o atípico de células no coherentes, independientes, células "en polvo." Intensa actividad mitósica con numerosas monstruosidades. Epitelioma hemófilo o linfófilo.
- b) El estroma: Lazo, no fibroso, en trabéculas delgadas. El tejido adiposo periférico se deja invadir sin reacción.
- c) Forma clínica: Epitelioma celular megacelular, cáncer del seno presentando varios focos, varios puntos de partida.

El pronóstico tardío del cáncer difiere según el grupo histológico:

Grupo 1	65.3%
Grupo 2	40.5%
Grupo 3	22.1%

Nuestra estadística nos muestra el pronóstico relativamente favorable del cáncer secretante de Delbet (53% de más de 5 años) aponiéndose al pronóstico grave del cáncer hemófilo o linfófilo (27.2% de más de 5 años).

Clasificación.—Adoptamos la clasificación clínica de Steintal y de Anschutz:

Según Steintal:

Grupo	Frecuencia	Porcentaje de más de 5 años
1	20.4%	64.5%
2*	66.4%	33.8%
3.....	9.8%	15.7%

Según Anschutz:

I	20.4%	65.8%
II	17 %	45.4%
III	26.8%	34.6%
IV	8 %	13.3%
III	8.2%	15.6%

En estas clasificaciones no podemos agrupar ciertas formas de pronóstico relativamente favorables, por ello proponemos una clasificación mixta csuica e histológica. Damos las características de nuestra clasificación personal.

Grupo I.—Sin invasión ganglionar histológica.

Sub-grupo IA.—Sin adherencias ni cutáneas, ni musculares.

Epitelioma pertenece al grupo histológico I.

Sub-grupo Ia.—Sin adherencias ni cutáneas, ni musculares.

Epitelioma del grupo 2 o 3.

Sub-grupo IB.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares. Grupo histológico 1.

Sub-grupo Ib.—Aherencias superficiales con o sin adherencias musculares. Grupos histológicos 2 o 3.

Grupo II.—índice ganglionar inferior a y_2 -

Sub-grupo IIA.Sin adherencias superficiales, ni musculares.

Grupo histológico 1.

Sub-grupo Ha.—Sin adherencias superficiales, ni musculares.

Grupo histológico 2 o 3.

Sub-grupo IIB.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares.

Sub-grupo IIb.—Adherencias superficiales con o sin adherencias musculares. *

Grupo histológico 2 o 3.

Grupo III.—índice ganglionar superior a y_2 .

Sub-grupo IIIA.— ídem.

Sub-grupo IIIa.— ídem.

Sub-grupo IIIB.— ídem.

Sub-grupo IIIb.— ídem.

Grupo IV.—Adenopatía cancerosa axilar bilateral, o supra-clavicular o adherencias al plano costal, o presencia de metástasis o ulceraciones.

Compleja al parecer esta clasificación es extremadamente simple. Es muy fácil encontrar el grupo a que pertenece un cáncer de la mama examinado clínica e histológicamente. á

El cuadro siguiente muestra el interés pronóstico de nuestra clasificación.

Grupo	Sub-grupo	de casos	Total suervivencias de 5 años	Porcentaje más de 5 años
I		140	88	61.6%
	IA	38	34	89.5%
	Ia	50	31	62 %
	IB	18	9	50 %
	Ib	34	14	41 %
II		55	24	43.7%
	IIA	2	2	2/2
	IIa	16	8	50 %
	IIIB	11	6	54 %
	IIb	26	8	30.8%
III		141	32	22.4%
	IIIA	11	8	72.7%
	IIIa	9	4	44.4%
	IIIB	17	7	41.2%
	IIIb	104	13	12.5%
IV		40	4	10 %

porcentaje

Un sólo grupo, el IA da una casi certitud de supervivencia mayor de más de 5 años. Si seguimos más allá de cinco años las 34 enfermos, vemos que una sola murió de una metástasis vertebral 15 años después; de la operación.

El grupo IV al contrario, ninguna de las cuatro supervivientes a los cinco años se encuentra en vida al cabo de 10 años. Lo mismo

en el grupo IIIB de los 13 supervivientes de 5 años, sólo quedan 41 al cabo de 10 años. En fin los 141 enfermos del grupo III el porcentaje cae a 10.6% al cabo de 10 años.

Influencia del método terapéutico empleado: Es un punto de capital importancia: Juega un papel muy importante en el pronóstico del cáncer del seno.

1) *Radioterapia pre-operatoria:* No podemos apreciar exactamente el valor de dicho método con 16 casos solamente. Pero las estadísticas extranjeras insisten sobre el valor de dicho método.

Lee y Burton, 1928, porcentaje global de supervivencias de más de 5 años; 57%. Pfaler y Widmann, 1929, dan el 63 % si no existen ganglios cancerosos y el 40% en caso de adenopatía neoplásica.

Westermarck, 1930, porcentaje de supervivencias de 7 años: 40% contra 29.3% con sólo radioterapia post-operatoria. V Pfahler y Paray, 1931, porcentaje de 5 años 54%. V Pfaler, 1932, porcentaje de supervivencia de 5 años con adenopatía axilar 57% contra un 24.5% radioterapia post-operatoria solamente.

Lee, 1933, 41% de supervivencia a los 5 años.

Pfahler y Vastine, 1935, a los 5 años 47.6%.

Ganz, 1936, porcentaje de supervivencia a los 3 años 46%.

Pfahler y Vastine, 1938, porcentaje de supervivencia a los 5 años sin adenopatía axilar 73%; con adenopatía 57%.

Tales son las principales cifras que hemos podido encontrar en la mayor parte de la literatura. Confrontando 130 estadísticas, el porcentaje promedio de supervivencias de 5 años, son respectivamente :

34.2% con tratamiento quirúrgico.

42.6% con tratamiento radioterápico post-operatorio.

51.6% con radioterapia pre-operatoria.

La mejoría del pronóstico se refiere sobre todo al cáncer que se acompaña de adenopatía axilar.

Sin embargo tenemos que tener en cuenta ciertos inconvenientes del tratamiento radioterápico pre-operatorio so pena de experimentar graves fracasos. El primero es que toda enferma sometida a un tratamiento radioterápico adivina que se trata de un cáncer, argumento psicológico de importancia; por otra parte es difícil llegar a obtener de las enfermas una regularidad constante en las sesiones de radioterapia; en fin un tercer inconveniente es la mejoría obtenida por el tratamiento impregna a las enfermas de un optimismo curativo exagerado que las hace rehusar la intervención ulterior indispensable, puesto que el examen histológico jamás ha mostrado la desaparición total de las células cancerosas después de un tratamiento radioterápico.

2) *Tratamiento quirúrgico aislado*: No cabe duda que es inferior al tratamiento mixto radioquirúrgico. Sin embargo 204 de nuestras enfermas sólo beneficiaron de la operación pues no vinieron a las sesiones de radioterapia indicadas.

El tratamiento quirúrgico único nos ha dado en las 204 enfermas en porcentaje de supervivencia de años de 32.3%.

El tratamiento radio-quirúrgico en 172 casos nos ha dado una supervivencia de 5 años en un 47.7%.

h) *Radioterapia post-operatoria*: Tenemos la Convicción que el tratamiento mixto radio-quirúrgico ha mejorado considerablemente el pronóstico. Mejoría que sería aun más neta si las enfermas se hubiesen ceñido estrictamente a la terapéutica post-operatoria prescrita. Desgraciadamente muchas venían muy irregularmente a las sesiones de radioterapia.

Hemos notado sin embargo que los casos muy, avanzados parecen beneficiar gran cosa de la radioterapia post-operatorias. El cuadro siguiente permitirá de apreciar los resultados obtenidos por los dos grandes métodos terapéuticos teniendo en cuenta el estado evolutivo del tumor.

Grupo	Número de enfermos	Porcentaje global de supervivencias 5 años	Porcentaje de supervivencias por cirugía	Porcentaje de supervivencias con tratamiento
Según la clasificación de Steintal.				
I	79	64.5%	0. %	83. %
II	257	33.8%	26.1%	42.8%
III	38	15.7%	20. %	7.7%
Según la clasificación de Anschutz.				
I	79	65.8%	54.7%	78.4%
IIa	33	45.4%	40.9%	54.5%
IIb	104	34.6%	27.6%	43.5%
IIc	30	13.3%	0	28.7%
III	32	15.6%	23.8%	0
Según la clasificación de Jungling.				
I	69	70.6%	56.7%	87.1%
II	59	52.5%	45.9%	63.6%
III	196	26.4%	20.2%	32.6%
IV	31	16.1%	25. %	0

Según nuestra clasificación.

I	150	61.6%	50.7%	77. %
II	55	43.7%	40.7%	46.4%
III	141	22.4%	18.1%	28.1%
IV	40	10. %	16. %	6.6%

Un último problema se plantea con respecto al valor de la radioterapia en el cáncer del seno: el pronóstico según la forma histológica del cáncer. Estudiamos pues los resultados obtenidos según los grupos, 1, 2 y 3 de, nuestra clasificación histológica.

Grupo	Cirugía aislada supervivencias de cinco años	Cirugía y Rayos X supervivencias de cinco años
1	58.3%	76.3%
2	32.5%	50. %
2	17. %	27.5%

La radioterapia mejora pues todas las formas histológicas del cáncer del seno.

Antes de terminar, mostraremos la rareza relativa de recidivas locales o ganglionares en relación con la frecuencia de metastasis, hecho que prueba lo excelente del método empleado.

Recidiva local	6.3%
Recidiva axilar	1. %
Recidiva supra-clavicular	4.2%
Metastasis vertebrales	22.1%
Metastasis pleuro-pulmonares	22.1%
Metastasis del lado opuesto	8.4%
Metastasis hepática	5.3%
Metastasis cerebral	3.2%
Metastasis del esqueleto	3.2%
Metastasis mediastinal	2.1%
Evolución ulterior de un cáncer del estómago	2.1%

En conclusión: aconsejamos para mejorar el pronóstico tardío del cáncer de la mama, el empleo sistemático de la radioterapia asociada a la cirugía, bajo la formación de radioterapia pre-operatoria profiláctica.

—De "Revista de Medicina y Cirugía de la Habana."—