

tro del esferoide. En la figura 9 se ve un acúmulo de sustancia amorfa poco calcificada rodeada de células alveolares cargadas de carbón.

Respecto al por qué de la precipitación del calcio, es posible, como quieren BADGER y colaboradores, que recogen la opinión coincidente de LAZARUS, HOFFMEISTER, VERSE, HARBITZ, etcétera, que el depósito de calcio se produzca como consecuencia de una alcalinidad local secundaria a la pérdida de carbónico. Según WELLS, la acidez carbónica mantiene la solubilidad del carbonato de calcio, que precipitaría al perderse óxido de carbono.

Nuestro caso ofrece además la peculiaridad no existente en los anteriores, de la presencia de numerosos focos de osificación en torno a los esferolitos. Aparte de la bien conocida osificación del complejo primario pueden encontrarse osificaciones pulmonares en las supuraciones crónicas del pulmón, en la estenosis mitral (ELKELES y GLYNN), etc. Pero en nuestro caso no había lesión valvular ni supuración pulmonar alguna, por lo que hemos de considerar a estos

focos óseos como reacción a la presencia, prolongada durante muchos años, de los depósitos cálcicos intraalveolares.

SUMARIO.

Los autores presentan un caso de "Mikroli-thiasis alveolaris pulmonum" que creen el doceavo de la literatura mundial y que presentaba la peculiaridad de que además de los esferolitos intraalveolares existían numerosos focos de osificación en el pulmón.

BIBLIOGRAFIA

- BADGER, T.; GOTTLIEB, L., y GAENSLE, E.—New England J. Med., 253, 709; 1955.
 BENARD, H.; RAMBERT, P., y PEQUIGNOT, T.—Bull. et mem. Soc. med. d. hosp. Paris, 66, 482; 1952.
 ELKELES, A. y GLYNN, L.—J. Path. y Bact., 58, 517; 1946.
 FRIEDREICH, N.—Virchows Arch. f. path. Anat., 10, 507; 1856.
 HARBITZ, F.—Arch. Int. Med., 21, 139; 1918.
 JONA, G.—Políclínico, 40, 1.679; 1933.
 LEICHER, F.—Zentralbl. f. allg. u. path. Anat., 85, 49; 1949.
 MARIANI, L.—Ann. Inst. Carlo Forlanini, 10, 179; 1949.
 MUNK, E.—J. de radiol. et d'électrol., 23, 58; 1939.
 FUHR, L.—Virchows Arch. f. path. Anat., 290, 156; 1933.
 SCHILDKNECHT, O.—Virchows Arch. f. path. Anat., 285, 466; 1932.
 SHARP, M. y DANINO, E.—J. Path. Bact., 65, 389; 1953.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE CAVUM

C. DEL CAÑIZO SUÁREZ y J. M.^a JIMÉNEZ GUERVÓS.

Salamanca.

Tendrá como única mira el intento de curación del enfermo, y si esto no se consigue, la prolongación de la existencia el mayor tiempo posible. Por último, hacerle más llevaderos los trastornos y molestias mediante un tratamiento sintomático.

Para conseguir un tratamiento curativo (que ya hemos dicho es difícilísimo) es preciso destruir totalmente el tumor y sus prolongaciones linfoganglionares, si las hay. Mientras no se consigan estas dos cosas sólo obtendremos una prolongación de la vida del enfermo.

La terapéutica puede ser: 1.º Cirugía. 2.º Agentes físicos (electrocoagulación, radiumterapia, telecuriterapia y radioterapia).

1.º *La cirugía.*—Está actualmente descartada del tratamiento de estos tumores porque fracasa siempre. Ello es natural y evidente. El tratamiento quirúrgico del cáncer, tanto del cavum como el de cualquier otra parte del organismo, se basa para ser eficaz en una exéresis ampliamente desbordante de la lesión maligna, y en el nasofarinx esto es posible sólo en teoría, pues en la práctica no puede conseguirse. Se debe a que las vías de acceso al cavum son muy estrechas, el tumor es difuso y se extiende además rápidamente, por lo que la extirpación es fatalmente incompleta.

La cirugía en estos enfermos tiene, en cambio, ciertas indicaciones, que pueden ser: Operaciones de necesidad, operaciones para limpieza ganglionar y operaciones para tener una vía de acceso y apreciar el asiento exacto y extensión de la tumoración y ayudar a la radiumpuntura.

Como operación de necesidad en los enfermos que padecen un tumor de cavum está la ligadura de la carótida externa, en casos de hemorragias graves. Autores hay que dicen que dicha operación no es necesaria y la hemostasia la hacen con la aplicación de radium paratumoralmente. Comunican que ello es suficiente para reemplazar la ligadura de la arteria (SARGNON y BIGORIE).

La limpieza ganglionar se suele hacer en ciertas formas en que la extensión linfoganglionar está poco extendida.

Para abordaje del tumor y ver su asiento y extensión hay varias técnicas quirúrgicas. La vía natural: nasal, bucal. La vía palatina: que incide el paladar en su parte media o en la lateral. La vía del maxilar superior: la transmaxilo-nasal de MOURE, la latero-nasal de FAURE y la de ROUGE-DENKER.

2.º *Agentes físicos.*—La electrocoagulación. Es insuficiente, aunque hay autores como el Dr. SAMENGO, de Buenos Aires, que la defienden, utilizando la vía bucal con un elevador del velo especialmente construido para ello. Este procedimiento puede ser utilizado después de la curiterapia para destruir zonas sospechosas o de recidivas que estén muy localizadas.

La radioterapia. Puede ser utilizada para tratar

el tumor primitivo y también las adenopatías metastásicas. Es un método eficaz que siempre debe ser empleado como coadyuvante de los otros tratamientos, y a todos los enfermos que nosotros hemos aplicado radium sufrieron después un tratamiento con terapia profunda. Es más, en uno de ellos, la radioterapia precedió a la aplicación de radium, porque se trataba de un tumor que ocupaba todo el cavum y no había sitio material donde introducir los tubos. La radioterapia se emplea cada vez más, primero porque las técnicas han mejorado, y segundo, porque la calidad y potencia de los aparatos de hoy día es mucho mayor. Su empleo está indicado en los tumores linfoides, que tienen una gran sensibilidad al tratamiento. Las técnicas empleadas no vamos aquí a describirlas, pues son misión del radiólogo. Sin embargo, debemos saber que actualmente se emplea un localizador de terapia profunda que hace que la radiación se aplique por vía natural y directamente sobre el tumor por medio de un dispositivo en ángulo recto para que, girándolo hacia arriba, previo desplazamiento del velo del paladar hacia adelante, puedan incidir los rayos X sobre la misma masa neoformativa sin necesidad de atravesar los planos externos de la cara. Este mismo aplicador se emplea también en el tratamiento del cáncer de laringe, colocándolo hacia el mismo vestíbulo laríngeo, después de haberlo hecho girar para que quede mirando hacia abajo.

La radiumterapia. Es el método de elección para el tratamiento del cáncer de la rinofaringe. Se emplea colocando el radium por vías naturales y siguiendo una de las técnicas principales que diremos a continuación.

1.º Aplicación intratumoral. Se emplean para ello agujas o tubos de radium introducidos dentro de la misma masa tumoral. Es una aplicación difícil de conseguir por la situación tan profunda y tan inabordable del tumor.

2.º Aplicación paratumoral. Es el método empleado por casi todos los especialistas y el que nosotros hemos seguido para el tratamiento de este tipo de enfermos. El radium se coloca en contacto directo con el tumor primitivo y allí se deja puesto el tiempo que hayamos calculado necesario. Tiene el inconveniente de que las zonas donde está asentado el tumor reciben menos dosis de radiación, en razón del cuadrado de las distancias. Por esto el cálculo de miligramos de radium y el tiempo de permanencia habrá que hacerlo pensando en que las zonas donde está arraigado el tumor más alejadas reciben menos dosis, precisamente las partes que más importa atacar con eficacia.

LEMAITRE coloca en el cavum un tapón de corcho que contiene el radium sujeto con seda que pasa con una sonda nasal, tal y como para hacer un taponamiento posterior.

CANUYT utiliza una torunda de gasa para llevar el radium al cavum y lo fija con seda. Hace después un examen radiológico para comprobar su buena situación.

SARGNON aplica el radium incluyéndolo en una masa de caucho negro, para evitar las radiaciones secundarias, y lo fija de la misma forma que los anteriores. Emplea 18 milicurios para los tumores linfoides y dosis más elevadas en los epitelomas. Aconseja esperar por lo menos dos semanas si es necesaria una nueva aplicación, debido a la reacción inflamatoria de las mucosas y al edema. Aun con estas precauciones confiesa que no es excepcional la perforación palatina producida por radionecrosis.

La radiumterapia externa es empleada exclusivamente en las adenopatías de cuello: en uno de nuestros casos que tenía una metástasis cervical del lado derecho, le aplicamos un tubo de radium externamente y la adenopatía desapareció totalmente, no volviendo a recaer a pesar de que este enfermo murió pasando por todos los períodos del curso evolutivo de estos tumores.

Telecuriterapia. Consiste en la aplicación de dosis fuertes de radium a distancia de 8 ó 9 centímetros. Se emplean de 1.000 a 1.500 miligramos de radium, cantidad que sólo en muy pocos centros la tienen. Además, usando 1.250 miligramos (por ejemplo) a nueve centímetros de distancia, es preciso cincuenta horas de radiaciones para obtener una dosis epidérmica de 4.500 r. en piel, consiguiéndose esta dosis haciendo aplicaciones de dos horas cotidianamente durante veinticinco días. Es, por tanto, un método terapéutico raramente realizable.

TRATAMIENTO EMPLEADO POR NOSOTROS.—Todos los enfermos que hemos tenido ocasión de tratar con radium han recibido la aplicación paratumoral mediante técnica semejante a las que prescriben LEMAITRE, CANUYT o SARGNON, si bien con algunas variantes que hemos creído oportuno introducir para evitar complicaciones, sobre todo a las que se refieren a la perforación necrótica de la bóveda palatina. De la misma forma, el material empleado para la introducción y fijación "in situ" de los tubos en nasofarinx ha sido distinto, ya que hemos encontrado enormes ventajas con la pasta de golibar que emplean los dentistas para modelar. Además todos los enfermos después de pasados unos días desde que se quitó el radium, fueron mandados al radiólogo para que les hiciese un tratamiento con terapia profunda, detalle que es muy conveniente tenerlo en cuenta y que creemos ha sido un importante coadyuvante para conseguir los resultados que hemos obtenido.

Sentado clínica e histológicamente el diagnóstico de cáncer de cavum, en cualquiera de sus variantes radiosensibles y aceptado por el enfermo el tratamiento físico, hay que determinar si antes de la aplicación de los tubos conviene o no hacer radioterapia profunda. Nosotros prescribimos los rayos X como primera medida en los enfermos que padecen un tumor muy extenso, que nos va a dificultar la colocación del radium y, además, que por su volumen puede originar que las radiaciones eficaces lleguen a las partes más importantes de su implantación muy debilitadas por las masas que las cubren. Disminuido el tumor por las radiaciones de terapia profunda, o en los casos en que no se ha hecho ésta por no creerlo necesario, haremos un cálculo aproximado del volumen del tumor en centímetros cúbicos, y así poder saber la dosis de radium a colocar y su tiempo de aplicación.

Hay que reconocer que este cálculo nunca podremos conseguir sea exacto, como ya hemos dicho antes, pues aparte de la sensibilidad del tumor al radium, hay otros factores, como apatencia de los tejidos a las radiaciones y, sobre todo, saber con exactitud el volumen de la neoplasia en centímetros cúbicos. El volumen lo calcularemos por visión de la tumoración por rinoscopia posterior, midiendo mentalmente los centímetros cúbicos que ésta ocupa. Conseguido esto tenemos que saber que la dosis mínima eficaz se ha calculado en 132 miligramos hora por centímetro cúbico. Como ésta es la dosis mínima eficaz, siempre se deberá añadir más tiempo al que salga por el cálculo, cosa que la experiencia nos da la pauta. Variará, por tanto, el tiempo de perma-

nencia del radium según empleemos en la aplicación más o menos dosis, siendo ello inversamente proporcional: a más dosis, menos tiempo; a menos dosis, más tiempo de aplicación.

Hecho el cálculo de la dosis de radium que vamos a aplicar y el tiempo que ha de permanecer en el cavum, hay que preparar los tubos de tal manera, que una vez puestos en la región no se muevan ni peligren de caerse a faringe oral y ser deglutidos, o cosa peor, ser aspirados a laringe o tráquea. Se describen en la literatura algunos casos de caída de tubos de radium a vías digestivas, y en todos ellos fué necesario hacer una laparotomía e incindir intestino delgado para extraerlos, ya que habían originado una parálisis intestinal por la radiación.

Nosotros preparamos pasta de golibar dándole por el calor una forma de placa de tamaño ligeramente mayor a la superficie que nos van a ocupar los tubos de radium colocados uno junto a otro paralelamente. Para moldear la pasta empleamos el calor de la lamparilla de alcohol y una espátula de tabique nasal previamente calentada a la llama para cortarla y tallarla con perfección. Colocamos a continuación los tubos sobre la placa calentada y en la que antes habremos hecho una ranura para cada tubo a colocar y en la que embutimos a cada uno de ellos. Con la misma espátula caliente vamos recubriendo estos tubos con más pasta hasta quedar ocultos completamente. Pocos segundos tarda la pasta en enfriarse y adquirir la dureza de la madera. Entonces colocamos una lámina de plomo de uno y medio a dos milímetros de grosor y del tamaño de la superficie de la placa de golibar en la que están ya incluidos los tubos y la pegamos a ésta por medio de más pasta reblandecida con la espátula de tabique nasal. Antes de pegar esta placa de plomo conviene hacerla dos orificios equidistantes para pasar una seda, cada uno de cuyos extremos ocupará la fosa nasal correspondiente. Por estos orificios, y una vez ya unidos plomo y golibar con el radium, introducimos un estilete abotonado calentado al rojo y así perforar también la pasta que contiene los tubos de radium.

El enfermo debe de ser anestesiado localmente por medio de solución de cocaína en toques faríngeos y nasales, o con cualquier anestésico de este tipo (pan-tocaína al 2 por 100, anestesia tópica Miró, etc.). Nosotros empleamos en estas anestesis el líquido de Hirsch en pulverizaciones con el pulverizador americano de DE VILVSS.

Anestesiado el enfermo se pasará una larga seda gruesa por cada fosa nasal, que rebase velo del paladar y salga por boca, valiéndonos de una sonda de Nelaton. Esta seda que sale por la boca del enfermo es pasada por los orificios que hicimos en el bloque golibar-radium-placa de plomo, y firmemente anudada y tirando de los cabos que salen por vestíbulos nasales, se introducirá en el cavum la masa con el radium. Pero siempre se debe de ayudar esta penetración hacia rinofaringe por medio de un dedo que guíe la buena posición del radium. Hay que tener en cuenta que la atadura de la seda al molde de golibar se hará de tal manera, que el radium quede bloqueado entre el tumor y la placa de plomo, o sea, que esta placa contacte más o menos con coanas para los tumores de pared posterior y superior de cavum. Por medio de gasa introducida entre placa de plomo y coanas se hará que el radium quede lo más cerca posible de la masa tumoral. Asimismo, en casos de tumores de pared lateral, esa gasa acumulada en una coana nos va a lateralizar según de-

seemos el molde de golibar, para que el radium se oriente convenientemente. En realidad para estos tumores laterales hacemos el molde de golibar en forma de cuña con más o menos abertura de su ángulo, según la situación del tumor; pero con la gasa simplemente hemos logrado orientar perfectamente el radium en algún caso. En todos los enfermos se ha colocado la placa protectora de plomo para evitar complicaciones de radium-necrosis y grandes edemas de las mucosas del cielo de la boca. Asimismo todos recibieron un preparado de rutina, desde unos días antes de la aplicación del radium, continuando su administración hasta diez o doce días después de extraídos los tubos. Desde los estudios de COUCH y colaboradores se sabe que la rutina disminuye la fragilidad y permeabilidad capilar, y el edema secundario que se suele producir en las aplicaciones de radium no aparece o, por lo menos, es mucho más discreto.

Ya hemos indicado el cálculo aproximado de la dosis de radium y del tiempo de permanencia "in situ", pero en realidad esto es muy difícil de conseguir con exactitud. Varía mucho de unos enfermos a otros la sensibilidad de sus tejidos frente a la acción de la radiación y, por lo tanto, nunca podremos obtener la dosis óptima de "eliminación del tumor sin reacción secundaria tisular".

Nosotros empleamos tubos de 25 miligramos con filtro de oro y solemos poner de dos a tres tubos de éstos (de 50 a 75 miligramos) durante setenta y dos o cincuenta horas de radiación. Conviene no tener aplicado el radium ininterrumpidamente durante este tiempo, sino sacarlo y tenerlo fuera veinticuatro o cuarenta y ocho horas, para volverlo a colocar otra vez. Es decir, si pensamos tenerlo durante setenta y dos horas en total, se hará una aplicación de treinta y seis horas, se sacará entonces y se dejarán pasar veinticuatro o cuarenta y ocho horas para volver a aplicarlo durante otras treinta y seis horas. Esto es lo ideal, pero algunas veces no podemos conseguirlo por la resistencia del enfermo, que se niega a la nueva colocación, y en ese caso no habremos aplicado sino la mitad de dosis. Nos ha pasado esto con un enfermo, pero tuvo la suerte de que la primera aplicación fué de 50 miligramos durante cincuenta horas, le dejamos descansar sin radium otras cuarenta y ocho horas para volverle a poner durante treinta horas más; entonces se negó a la segunda administración. Este enfermo lleva ya más de tres años desde que se le trató, pero hace unos días hemos tenido noticias de que, al parecer, tiene una recidiva local.

Pasados de dos a cuatro meses conviene hacer una nueva aplicación de radium, aunque no haya síntomas de nuevo crecimiento. Entonces será más prolongada que la primera vez, pero con varias pausas de descanso.

El motivo por el cual se debe de quitar el radium y dejarlo fuera durante el tiempo indicado, está basado en que las células cancerosas que forman el tumor no están todas en la misma fase de su evolución en el momento de la aplicación, y sabemos que son más sensibles a la radiación cuanto más jóvenes sean. Por ello, dejando un espacio de tiempo sin radiar, daremos lugar a que se completen carioquinesis que formarán jóvenes células, más sensibles a la aplicación segunda. Pero ya decimos, esa interrupción de aplicación tiene el inconveniente de que no todos los enfermos son dóciles y podemos exponerles a una dosificación incompleta. Ya hemos relatado lo que nos sucedió con un enfermo, que se

negó a la segunda aplicación. Se comprende fácilmente, porque el tener puestos los tubos en cavum produce un sufrimiento grande para el paciente. Son alrededor de tres días con la masa del radium colocada firmemente, sin poder respirar absolutamente nada por nariz, segregando moco sanguinolento y materias de destrucción tumoral que caen hacia orofaringe. Las sedas de sujeción se clavan en los tejidos de tal forma, que el vestíbulo nasal se debe proteger con gasa para impedir que los hilos lo corten.

Resultados del tratamiento radiumterápico. — El tratamiento del cáncer de cavum por medio de la aplicación paratumoral de radium es de momento espectacular. Se ve fundir y desaparecer el tumor como lo escrito con tiza en una pizarra es borrado con un paño humedecido. Si exploramos el enfermo un mes después de haberlo extraído, veremos el cavum completamente limpio de neoplasia. La mejoría del enfermo es acusada pocos días después de quitar los tubos. Desaparece rápidamente la obstrucción nasal y de trompa y la otitis si existía tiende en seguida hacia la curación. Pocos tratamientos dan un resultado al principio tan demostrativo como éste, para más tarde encontrarnos con que el tumor vuelve a crecer en el sitio de implantación o da metástasis en cuello o propagación a base de cráneo.

Por lo tanto, el tratamiento con radium, bueno, excelente de momento, no suele producir la curación radical. El tumor volverá a progresar pese a todo y son raras las curaciones de más de cinco años. Más o menos pronto el castillo que habíamos levantado con la terapéutica radiumterápica se nos viene abajo derrumbándose por el nuevo crecimiento del mismo tumor o sus metástasis.

Los enfermos que han sufrido la aplicación de radium en cavum por tumores malignos, tienen unos días después una abundancia enorme de la secreción hacia faringe. Secreción que es de mal olor, espesa, de color achocolatado o sanguinolento, que corresponde a la eliminación de las masas neoplásicas destruidas y a un aumento de la secreción del moco de fosas nasales.

Pero si verdaderamente está demostrado que el tratamiento del cáncer de cavum por el radium en aplicación paratumoral no es definitivo y que las supervivencias de los enfermos son cortas, es bien cierto también, que este tratamiento es actualmente el mejor, sin duda alguna. La cirugía fracasa siempre si la usamos como medio de extirpación tumoral. La electrocoagulación es insuficiente. La radiopuntura es difícil de emplear y de resultados inciertos. La radioterapia es también insuficiente y sólo debe de emplearse como coadyuvante del tratamiento con el radium paratumoral. Hay que reconocer que la terapia profunda está adelantando en su eficacia terapéutica de una manera asombrosa, por mejora de las técnicas de aplicación y perfeccionamiento y potencia de los aparatos, pero aun así, por ahora se empleará como complemento del tratamiento principal: el radium.

ESTADÍSTICA DE ENFERMOS VISTOS CON CÁNCER DE CAVUM Y SU TRATAMIENTO.

Ya indicamos al comienzo de este modesto trabajo la relativa frecuencia de enfermos con cáncer de cavum que hemos podido observar hasta ahora en nuestro consultorio particular. Esta frecuencia es la que nos impulsó a hacer un estudio de la afección y, por último, a escribir nuestras impresiones sin

pretender en ningún momento sentar teorías nuevas en una materia, que, además, está harto bien trillada por las investigaciones de buenos maestros españoles y extranjeros. Pero sí nos hemos visto movidos en todo momento por un fin determinado e importante: "La exploración detenida del enfermo y no olvidar que el cáncer de cavum, aunque raro, se ve de vez en cuando y el no pensar en él tiene una trascendencia que puede ser fatal."

Todos los enfermos que figuran en la estadística que presentamos de forma reducida son del consultorio particular. Este es otro dato de interés, puesto que casi todo lo publicado sobre la materia se refiere a material hospitalario, donde el tipo de enfermo de condición humilde por lo general da un contingente más elevado de esta localización tumoral, lo mismo que sucede con el cáncer de laringe.

Presentamos nueve casos (ocho hombres y una mujer). Estos enfermos han sido objeto de una publicación extensa en la Revista de la Sociedad Española de O. R. L. (*Acta Otorrinolaringológica Española*). Todos los enfermos que se trataron lo fueron con la misma técnica, radium paratumoral y radioterapia profunda. Algunos no aceptaron el tratamiento y no hemos vuelto a saber nada de ellos, excepto dos, que tenemos noticias fallecieron poco después. En el cuadro adjunto se puede ver cómo se trataron los enfermos y los resultados. Entre los nueve casos vistos hay tres que se negaron tenazmente a dejarse tratar.

CONCLUSIONES.

De todo lo expuesto en páginas anteriores podemos sacar numerosas conclusiones, que nos van a dar la pauta a seguir ante todo enfermo que por nuestro consultorio pase.

1.º La cavidad nasofaríngea es una región anatómica de situación profunda y no fácil exploración clínica, que solamente el otorrinolaringólogo puede actualmente lograr una inspección correcta.

2.º En la cavidad nasofaríngea, una neoplasia puede evolucionar largo tiempo sin molestar al enfermo, o por lo menos no le produce la preocupación que le obligue a consultar a un especialista.

3.º La proximidad con el cavum de ciertos órganos importantes, como son trompa de Eustaquio, encrucijada vasculo-nerviosa de base de cráneo y redes linfáticas que vierten en los canales yugulo-carotídeos, condicionan la aparición de ciertos síntomas que en un principio no llaman la atención sobre el cavum.

4.º Lo indicado en el apartado 3.º nos explica la frecuencia de las "formas latentes" y, por consiguiente, los errores diagnósticos de que ya hablamos en el primer período o de comienzo.

5.º Todo enfermo que veamos en nuestros consultorios debe de sufrir la exploración minuciosa del cavum, sobre todo si pasa de los treinta y cinco o treinta y seis años de edad.

6.º Siempre que se sospeche una neoformación en nasofarinx, esa exploración será aún más minuciosa sin importarnos la edad del paciente. Se repetirá las veces que creamos oportuno hasta relacionar juiciosamente los síntomas dispares con su verdadero origen. Importa también recordar en todo momento la dificultad que hay para diagnosticar este asiento tumoral en sus comienzos.

7.º Volvemos a insistir sobre el valor de la salpingoscopia, pues a menudo sucede que el tumor situado en un repliegue de la mucosa o en el orificio

de la trompa, o bien recubierto de moco-pus, escapa a una rinoscopia posterior. La salpingoscopia da imágenes aumentadas y nos da detalles de configuración imposibles de obtener con cualquier otro examen.

8.º Descubierto un tumor de cavum nunca descartaremos la idea de cáncer mientras uno o varios exámenes histológicos nos den la naturaleza exacta de la lesión.

9.º Es imprescindible hacer siempre una biopsia. Debe ser repetida en todos los casos y todas las veces en que el clínico y el histólogo estén en desacuerdo.

10. Es preciso recordar siempre que el diagnós-

tico positivo de cáncer arrastra una responsabilidad y decisión graves y que sólo un diagnóstico precoz permite a veces un tratamiento eficaz.

11. Tener siempre presente que el cáncer de cavum confirmado nos obliga a instaurar un tratamiento que es un suplicio horroroso para el enfermo, que puede ser causa de complicaciones graves y hasta mortales si no sabemos manejar el radium, y todo ello con resultados sombríos.

12. El pronóstico será siempre muy sombrío, aun en los casos de diagnóstico precoz y aunque actualmente las técnicas terapéuticas han mejorado. Pero en el fondo hay que pensar que es el único en nuestros días que da resultados aceptables.

Casos clínicos	Dosis de radium	Tiempo de permanencia del radium "in situ"	Tiempo de supervivencia de los diferentes casos vistos	Enfermos fallecidos hasta el momento actual
Núm. 1.....	39 mg.	76 horas	Tres años de duración	Muerte por recidiva tumoral.
Núm. 2.....	75 mg.	78 horas	Dos años de duración	Muerte sin recidiva por enfermedad intercurrente.
Núm. 3.....	75 mg.	50 horas	Tres años y ahora con recidiva	—
Núm. 4.....	0	0	Un año	Muerte sin tratamiento.
Núm. 5.....	75 mg.	69 horas	Dos años y sigue bien	—
Núm. 6.....	0	0	Desconocido	Sin noticias.
Núm. 7.....	75 mg.	70 horas	Dos años y sigue bien	—
Núm. 8.....	75 mg.	68 horas	Un año y medio y vive bien	—
Núm. 9.....	0	0	Muerte pocos días después de visto	Muerte por tumor.

Enfermos vistos con tumor maligno de cavum	9	Enfermos tratados con radium y que fallecieron por recidiva	1
Enfermos tratados con radium paratumoral	6	Enfermos tratados con radium que fallecieron sin recidiva	1
Enfermos tratados con radium que viven sin recidiva	3	Enfermos tratados con radium que viven pero con recidiva	1
Enfermos no tratados y que fallecieron por el tumor. 2			

BIBLIOGRAFIA

- APRIGLIANO, F.—Rev. Brasileña de O. R. L., 15, 1947.
 ARREBILLAGA, R.—Rev. Arg. de O. R. L. 4.ª parte, 334, 1950.
 BERMEJO GARCÍA, P.—Anal. Casa Salud Valdecilla, 5 y 6, 1951.
 BARRIA GOYANES.—Tumor de cavum. Instituto Médico Valenciano. Sociedad de O. Neuro-Oftalmol. Sesión de 15 de marzo de 1944.
 BARENGER.—Contribución al estudio de los tumores malignos del nasofarinx. Tesis doctoral. París, 1936.
 BECCO, R.—Rev. Ass. Med. Argent., 150-1581, 1936.
 BERTOLOTTI.—Minerva Méd., 13 enero 1929.
 BIGORIE.—Los tumores malignos del nasofarinx. Tesis doctoral. Lyon, 1938.
 BOCCIA, D., y RIZZO, J.—Prensa Méd. Arg., 9 dic. 1936.
 BONNAHON.—Soc. Franc. Laryng., 1931.
 CANUYT, G.—Les maladies du Farinx. París, 1935.
 CAÑIZO SUÁREZ, J.—Actas Españ. de Neurol. y Psiquiatría, 3, julio 1941.
 CENTENO, R.—Otolaringológica, 1, 2, 1949.
 CHATELLIER.—Medecine, 1, 63, 1952.
 CHAVANNE, F.—O. R. Laryng. Internat., sept. 1941.
 COLWELL.—Lancet, 26, abril 1927.
 D'ORS y ALVAREZ SALA, J. L.—Anal. Med. Int., 2, 1934.
 DAVIS y MARTÍN.—Ann. Surg., diciembre 1940.
 GIRAUD, CH.—Bull. Algérien de Cancerol., 1951.
 GARCÍA.—El síndrome paralítico unilateral global de los nervios craneales. Tesis doctoral. París, 1927.
 GARCÍA IBÁÑEZ, L., y ARGENTE CANTERO, A.—Rev. Esp. de O. N. Oftalm., 4, 1944.
 GARCÍA TAPIA, A.—Antología, tomo 1, 1945.
 JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Rev. Clin. Esp. Sesiones Clínicas, 3, 15 mayo 1950.
 JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Rev. Clin. Esp. Sesiones Clínicas, 2, 31 enero 1952.
 JACOB.—Soc. Opht. y Soc. Laryng., marzo 1933.
 JACOB.—Rev. Oto-Neuro. Opht., 11, 1933.
 KOHLER.—Ann. Otolaryng., 164, 1936.
 LE ROY SCHALL, A.—Jour. Am. Med. Ass., 15, 1948.
 MARTÍN CALDERÍN, A.—Medicamenta, 62, 1944.

MORRISON, L., y otros.—Ann. Otol. Rhin. and Lar., 58, 18, 1949.
MIRROUX.—Contribución al estudio de ciertos cánceres de cavidad de sus complicaciones oculares. Tesis doctoral. París, 1941.
NABIAS.—Ass. Franc. et Cencer, 15 feb. 1932.
OYA, J. C., y SEGOVIA, J. M.—Rev. Clin. Esp., 3, 15 agosto 1952.
OREGGIA.—Otorrino-Laring. Uruguay, 6, 162, 1936.
PINTO VIEIRA, A.—Rev. Española de O. R. L., 15, 1947.
PORTMANN.—Monde Med., 733, 1928.
RODA y FERNÁNDEZ CRIADO.—Rev. Clin. Esp., 3, 41, 3, 1951.
REBATTU.—Rev. Prat. Méd. Pays Chauds., nov. 1928.
RICHTER.—Med. Klin., 42, 1940.
RIDOUH y SCOTT.—Proc. Roy. Soc. Med., junio 1932.

ROGER y CARREGA.—Rev. Oto-Neuro-Opht., 2, 1947.
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A.—Conferencia pronunciada en la cátedra del Prof. CASADESUS, de Barcelona, en Cursos de ampliación, 1951.
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A.—Conferencia en la Academia Deontológica el 5 de diciembre de 1952.
SEBASTIÁN, J.; SIRS, N. J.—Publ. Alger de Cancer, 1951.
SUBIRANA, A.—Rev. de Med. Cirug. y Especial., enero 1936.
TERRACOL, BERT y REYMCND.—Soc. Med. Biol. Montpellier, 1930.
TAVARES, A.—Portugal Médico, 6, 1942.
GARCÍA TAPIA, R.—Rev. Esp. y Ame. La. O. R., 5 y 6, 1952.
VASALLO DE MUMBERT, A.—Bol. Españ. de O. R. L. y Bronc., 6, 8, 1951.
WOODWARD y ARCHER.—Virginia Med. Month., 67, 751, 1940.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Diátesis hemorrágica con aumento de la fragilidad capilar en el curso de tratamientos salicílicos.—La posibilidad de hemorragias durante la cura salicilada se conoce de muy antiguo, pero siempre ha sido considerada como sumamente rara. La mayor parte de los casos que se conocen se deben a la ingestión de dosis muy superiores a las terapéuticas. Ocasionalmente, sin embargo, aparecen publicaciones sobre síntomas hemorrágicos surgidos tras la ingestión de dosis no excesivas de compuestos salicílicos. La similitud estructural entre el ácido salicílico y los derivados cumarínicos hizo pensar en que las hemorragias podrían deberse a una hipoproteíнемia, inducida por la droga. FRICK (*Am. J. Med. Sci.*, 231, 402, 1956) ha podido observar tres enfermos en los que se presentaron hemorragias (metrorragias, hematemesis, epistaxis), en el curso de tratamientos con aspirina. Todos ellos tenían prueba de Rumpel-Leede positiva y un tiempo de hemorragia prolongado; tan sólo en uno se observó una prolongación del tiempo de consumo de protrombina. La supresión de la administración de aspirina suprimió la prolongación del tiempo de hemorragia y el signo de Rumpel-Leede y, al reanudar el tratamiento, nuevamente se presentaron tales anormalidades. La acción del salicilato parece establecerse directamente sobre la permeabilidad capilar.

Empleo de silicona para evitar las úlceras por decúbito.—BATEMAN (*Br. Med. J.*, 1, 554, 1956) ha empleado una silicona, denominada lactagol (poli-dimetil-siloxana, al 20 por 100) en los puntos en los que se suelen producir úlceras por decúbitos, en pacientes viejos, reclusos en cama. El producto se extiende en capa fina y uniforme en las áreas de presión, dos veces al día, durante una semana, y luego una vez al día; la posición del enfermo se cambia por lo menos cinco veces al día y la piel se lava lo menos posible con agua y jabón (aproximadamente, dos veces en semana o cuando se manchan de secreciones, etc., aplicando agua templada y secando cuidadosamente). A los enfermos se les administra además 25 mg. de tolazolina y 50 mg. de ácido ascórbico, tres veces al día. Cuando ya existen úlceras por decúbito, la aplicación de silicona solamente se realiza en los alrededores de la lesión. Con el procedimiento indicado, BATEMAN afirma haber conse-

guido una menor frecuencia de úlceras y un ahorro de diez minutos diarios en el cuidado de cada enfermo.

Tripsina en las enfermedades reumáticas.—Ya en 1954, GOODSEN y colaboradores emplearon tripsina en el tratamiento de la artritis reumatoide. SANS SOLÁ y BARCELÓ (*Rev. Esp. Reum.*, 6, 373, 1956) han utilizado el proceder en afecciones reumáticas muy diversas: dos casos de artritis reumatoide, seis de espondilitis anquilopoyética, ocho de artrosis, tres de periartritis del hombro y uno de reumatismo psoriásico. La dosis utilizada en la mayoría de los casos ha sido de 1 c. c. (5 mg.) por vía intramuscular cada doce horas, durante diez días, y después 2 c. c., dos veces por semana, durante quince días, y luego 2 c. c. a la semana, hasta mes y medio o dos meses, a partir del comienzo del tratamiento. Los resultados son alentadores, ya que se observaron algunos resultados buenos (especialmente en dos casos de periartritis escapulo-humeral, en tres de artrosis y en tres artritis reumatoideas), en tanto que en los restantes el resultado fué escaso o nulo. Localmente pueden producirse reacciones dolorosas o indurativas, que se evitan, en parte, con la administración de antihistamínicos a los enfermos.

Descompresión orbitaria en el exoftalmos progresivo.—La progresión del exoftalmos, con o sin oftalmoplejía, constituye frecuentemente un problema de difícil solución y que conduce en ocasiones a la ambliopía. En los casos hipertiroideos, el tratamiento antitiroideo suele agravar la afección oftalmológica. Han fracasado los estrógenos y la p-hidroxipropiofenona, así como la cortisona y los estrógenos. Aún se halla en experimentación la aplicación intraorbitaria de hialuronidasa (LAURENT y SCOPES, 1955) y algunos han obtenido éxito con la radioterapia hipofisaria. ROWBOTHAM y CLARKS (*Lancet*, 1, 402, 1956) creen que esta medida terapéutica no está justificada en la citada afección y sostienen que el mejor tratamiento es la descompresión quirúrgica, mediante una intervención ideada por ellos y que han empleado en 15 casos no hipertiroideos (12 de ellos unilaterales) y en 15 hipertiroideos (todos ellos bilaterales). La operación es sencilla; se practica por una incisión en la región frontotemporal y aper-