

# CURIETERAPIA DEI CARCINOMI DEL CAVO ORALE E DEL FARINGE

Prof. V. PALUMBO

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » N. 27 del 30 settembre 1934-XII)

81  
B  
44







# **CURIETERAPIA DEI CARCINOMI DEL CAVO ORALE E DEL FARINGE**

**Prof. V. PALUMBO**

---

*(Estratto da « Le Forze Sanitarie » N. 27 del 30 settembre 1934-XII)*

---

81  
13  
+ +

11. 7. 1941. [illegible] [illegible] [illegible]  
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

La sede al cavo orale e faringeo del carcinoma, se ha consentito al Radium possibilità di successi sempre buoni, spesso ottimi e talvolta insperati, ha costituito anche un ottimo campo di studio clinico, biologico ed anatomo-patologico dell'azione delle varie irradiazioni radioattive sui tessuti normali e patologici.

A differenza infatti della sede uterina del carcinoma, nella quale è più difficile il seguire il comportamento delle localizzazioni metastatiche regionali sotto l'azione dei raggi, noi possiamo osservare sulle regioni cervicali l'evoluzione dei tessuti irradiati giorno per giorno, ed ora per ora se più ci conviene: disponiamo inoltre della possibilità di un controllo istologico attraverso l'eseresi chirurgica.

L'ordine cronologico dell'esposizione impone di trattare prima della lesione iniziale e dopo delle localizzazioni secondarie: vedremo però fra poco come la tecnica terapeutica consigli nella sua esplicazione un ritmo differente.

Come aggredire la lesione primaria? I primi tentativi terapeutici sono stati praticati per contatto diretto: è seguita quindi la radio-puntura e infine la irradiazione a distanza mediante la tele-curie-terapia.

L'irradiazione per contatto con apparecchio *moulé* tuttora praticata da qualche A. può trovare la sua indicazione in certe determinate sedi sulle quali è impossibile la pratica della radio-puntura: come ad es. la superficie dei mascellari superiore e inferiore (epulidi, localizzazioni circoscritte del carcinoma). Allorchè

però lo spessore delle parti molli lo consente, la radio-puntura è da preferirsi. Astrazione fatta dalla lingua e dal pavimento orale nelle cui sedi tale pratica è agevole, essa può essere applicata con prudenza e coi necessari accorgimenti di tecnica anche nella sede tonsillare e faringea: ed i risultati ottenuti durante un ventennio ci autorizzano a confermare tale asserto ormai collaudato da un'esperienza se non lunghissima, come per certi presidii chirurgici, abbastanza lunga in riguardo alla Curietherapie.

L'irradiazione Gamma a distanza può essere adoperata da sola anche per la fusione completa del carcinoma orale: la sua azione è basata sulla quantità del Radium occorrente e sul tempo. Essa è sempre necessaria anche nei casi nei quali si pratica l'irradiazione diretta sia per infissione che per contatto ed è consigliabile che venga praticata *d'emblée*.

Nel nostro Istituto l'irradiazione viene praticata in tre tempi consecutivi:

- 1) Tele-Curie-Therapia transcuteanea;
- 2) Irradiazione diretta;
- 3) Tele-Curie-Therapia transcuteanea.

In genere sospendiamo l'irradiazione dall'esterno prima che si inizi la radio-epitelite e la riprendiamo subito dopo l'intervento diretto sul carcinoma.

La dose che somministriamo è quella di *saturazione*: radio-epidermite umida o secca (a seconda dei casi) all'esterno e radio-epitelite all'interno.

La superiorità dell'intervento col Radio in confronto all'eseresi chirurgica in questi casi è ormai universalmente riconosciuta: il Chirurgo

più abile non può certamente ritrarre delle risorse dell'arte sua quanto può ottenere il Curie-terapista e, non soltanto in riguardo all'estensione del campo d'azione dei raggi in confronto ai limiti imposti al coltello chirurgico, ma anche in riguardo agli effetti plastici dell'intervento per le peculiari caratteristiche delle cicatrici che si ottengono sia al pavimento orale che al retrobocca e che hanno la prerogativa principale di conservare l'elasticità al movimento dei tessuti sottostanti. In riguardo alla lingua, è possibile assistere infatti ad una sua ricostituzione come nelle forme ulcerative della *portio* uterina: e, ove sia compromesso l'uso dell'organo per lesione grave della base, è consentito ottenere in seguito all'intervento col Radium, il ripristino della sua funzionalità mediante la partecipazione al processo di ricostituzione, che segue alla fusione del neoplasma, della parete anteriore del faringe che permette, attraverso il ritorno della loro azione di reciprocità, la reintegrazione delle sue funzionalità: la deglutizione e la fonazione ridiventano normali.

La terapia del carcinoma del cavo orale e faringeo deve però implicitamente e soprattutto riferirsi alla rete linfatica regionale, anche se clinicamente immune da localizzazioni metastatiche. Noi pensiamo che, anche in questa evenienza, l'irradiazione transcutanea è sempre necessaria: non è possibile infatti sorprendere anche con l'esame più attento e minuzioso un focolaio metastatico appena in gestazione: solo considerando questa eventualità conviene irradiare. E d'altra parte l'irradiazione sterilizza — diciamo così — il terreno e, nei casi immuni, esplica quindi azione di prevenzione.

Ove ci si trovi a constatare la presenza di ingorghi ghiandolari, sorge il problema della loro diagnosi di natura: infiammatori o neoplastici? Alcuni AA. ritengono necessaria l'escresi chirurgica che praticano sistematicamente; solo se all'esame istologico le ghiandole risultano metastatizzate consigliano l'irradiazione. La nostra opinione è decisamente contraria a questa tecnica e per i seguenti motivi. E' lecito pensare che se il reperto è negativo per le ghiandole asportate, esso potrebbe essere positivo anche per una sola piccolissima linfo-

ghiandola del plesso carotideo non estratta. A questo obbiezione può essere risposto che con un intervento largo mediante l'allacciatura della carotide e della giugulare, l'escresi della rete linfatica può considerarsi completa. L'operazione radicale costituisce un intervento se non grave, di una certa importanza: ammissibile nei casi a diagnosi non dubbia di forme metastatiche, è consigliabile nei casi a diagnosi dubbia?

La necessità dell'intervento cruento è stata suffragata dalla presunta radio-resistenza delle ghiandole all'azione delle irradiazioni. Tale affermazione non può rivestire oggi carattere di assolutezza. L'irradiazione Gamma ultra-penetrante, se praticata a rigor di tecnica, consente di potere ottenere la fusione anche delle ghiandole infiltrate: affermazione questa suffragata da un collega dell'autorità del BERWEN del Radium-Hemmet di Stoccolma.

Questa possibilità conduce alla deduzione logica di dare la preferenza all'irradiazione: e, ove questa non consente di ottenere la fusione completa dei pacchetti ghiandolari, ricorrere in secondo tempo all'escissione chirurgica che potrà essere praticata senza pregiudizio della cicatrizzazione se si è irradiato correttamente: l'esame istologico consentirà di controllare i risultati dell'irradiazione e costituirà una precisa indicazione per la condotta terapeutica da tenere in proseguo di tempo.

La tecnica esposta si impone naturalmente nei casi di metastasi ghiandolari bilaterali.

La chirurgia può avere un compito importantissimo nella cura del carcinoma del cavo orale qualora sieno interessati dal processo neoplastico sia il mascellare superiore che l'inferiore. Nel primo caso mediante l'apertura dei seni consente l'irradiazione diretta cavitaria alla quale può essere necessario ricorrere in particolari evenienze: cito incidentalmente un caso di carcinoma spino-cellulare del palato duro nel quale è stato proceduto dal prof. TORRICIANI all'apertura di entrambi i seni mascellari ed etmoidali: si è potuto così portare i tubi radiiferi a diretto contatto delle masse neoplastiche da fondere: il paziente sopravvive da oltre dieci anni.

Si potrà obiettare che tale intervento espone



all'osteo-radio-necrosi: ma se questa evenienza costituisse anche di per sè stessa la condizione *sine qua non* per combattere il carcinoma è giuoco-forza ricorrerci! Quali che possono essere le conseguenze di tale intervento radio-chirurgico è bene riflettere che il sacrificio cui si va incontro è più che giustificato trattandosi di lottare con ogni mezzo a nostra disposizione per la salvezza del paziente, sia pure col rischio di una mutilazione permanente che potrà essere facilmente compensata dall'applicazione di un apparecchio di protesi.

Il secondo intervento radio-chirurgico riguarda i casi con compromissione della branca mandibolare: in questi è consigliabile la resezione parziale prima dell'irradiazione. E' possibile così ovviare agli inconvenienti dello stabilirsi della osteo-radio-necrosi che oltre i disturbi che arreca al paziente ritarderebbe notevolmente la *restitutio ad integrum* dei tessuti irradiati. Il caso del quale presento i radiogrammi e le fotografie, dopo tre anni dall'intervento misto radio-chirurgico è oggi in completo benessere: è questa una prova evidente del mio asserto.

L'infiltrazione ossea, sempre secondaria nel carcinoma, depone purtroppo sfavorevolmente per tutti quei provvedimenti finora adottati per indurre alla diagnosi precoce la cui importanza riceve maggior conferma da questa eventualità ora prospettata.

Così pure se ci soffermiamo un istante a considerare il problema terapeutico delle metastasi ghiandolari, dobbiamo convenire che le forme che per la loro consistenza, sede, fissità, ecc. rendono difficile l'eseresi chirurgica, sono anche radio-resistenti: e viceversa nei casi nei quali è facile l'asportazione è presumibile una certa radio-sensibilità e conseguentemente è facile ottenere la fusione sotto l'azione dei raggi.

L'infiltrazione ghiandolare è sempre seconda-

ria e quindi valgono anche per essa le considerazioni sopra esposte a proposito dell'infiltrazione dei mascellari.

Dopo questo accenno alla necessità della diagnosi precoce non si può passar sopra la spinosa questione del tecnicismo terapeutico. I mezzi a disposizione sono strumenti di lavoro: occorre saperli adoperare. Ed ecco assurgere la personalità del Radioterapista, finora misconosciuta, a quell'altezza morale raggiunta dalla personalità dell'operatore Chirurgo. Come si parla di alta chirurgia così si può parlare oggi di alta radioterapia: per un caso, specialmente se difficile, da curare, non basterà indirizzare un malato ai raggi più vicini, ma al radioterapista più prossimo o più lontano che riscuota la maggior fiducia della famiglia, del curante, ecc. così come si fa generalmente allorchè si prospetta la necessità di un intervento chirurgico.

Può sembrare ma non è questa una digressione dall'argomento che trattiamo. Il giudizio del pubblico ed anche dei colleghi è spesso falsato perchè basato sui risultati ottenuti senza pregiudizio alcuno della tecnica adoperata e del valore dell'operatore: quanto sopra ho esposto non ha alcun spirito polemico ma è soltanto motivato dal desiderio di chiarificare una situazione privata fin oggi della luce della verità: ho creduto utile accennarne in un Congresso internazionale perchè i Colleghi qui convenuti dalle varie Nazioni possano riconoscere che anche per quanto accade nella nostra specialità i mali sono comuni al genere umano e che solo da un'azione contemporaneamente spiegata su tutti i fronti si potrà far riconoscere alla Radioterapia, nuovissima fra le arti del curare, l'importanza del suo potere, magico per i profani, ricolmo per gli scienziati delle più grandi promesse per il suo avvenire in molti campi della medicina e, soprattutto, per la salvezza di tanti malati.





