

laríngeas, tirotomías, etc., con el tratamiento Radium y Radioterápico. Dicen que con éxito grande—somos escépticos. Nosotros que no vemos la ventaja de una extirpación de cartílagos sobre la extirpación de una cuerda enferma nos inclinamos a otro procedimiento.

Hasta la fecha todos los enfermos tratados con aplicaciones repetidas Roentgen, por neoplasia epitelial, por nosotros observados, presentan una esclerosis de todos los tejidos de la laringe, especialmente de las cuerdas que quedan inmóviles, la laringe incancerada después de dos años de tratamiento con casi desaparición de la glotis y disnea consecutiva que en algún caso nos ha obligado a un tratamiento dilatador consecutivo y en algún otro a sesiones de diatermia que han mejorado mucho la esclerosis y han devuelto en parte la movilidad de la laringe. Este proceso tan intenso de esclerosis es otro factor que debemos tener en cuenta, por cuanto nos obliga alguna vez a un tratamiento quirúrgico tardío.

Los resultados son poco controlados y seguros, las curaciones escasas y algunas con diagnóstico dudoso. Conocemos dos casos en los que se ha comprobado a posteriori la falta de elemento neoplásico y sí la existencia de sífilis antigua; en uno de ellos la esclerosis de la laringe nos ha obligado a una laringo-fisura y raspado del tejido inflamatorio.

La acción que tiene la radioterapia sobre el cáncer de la laringe es poco eficaz, esclerosa en gran manera los tejidos hasta alterar gravemente la laringe, haciéndola inútil para la fonación y la respiración.

Las operaciones parciales que practican los franceses, especialmente HAUTAUT, que con GOTARD estudian estos fenómenos, así como los usados por PRUNARD, nos dejan poco satisfechos y complican la técnica de una manera nada ventajosa a las intervenciones totales o parciales que nosotros practicamos con fines curativos. Pero si por sí sola la radioterapia no tiene garantía suficiente de curación es un buen colaborador al tratamiento quirúrgico. Es el complemento de una intervención cruenta. Nosotros hasta la fecha no hemos visto recidivas en ninguno de nuestros enfermos tratados por laringectomía o por extirpación parcial de tejidos blandos previa laringo-fisura, sometidos a Radioterapia post-operatoria; es verdad que el primer caso tratado por este procedimiento data sólo de dos años y medio y todos los demás son mucho más recientes.

También debemos hacer constar que la mayoría de nuestros operados llevaban neoplasias muy extensas, con invasión de base de la lengua, hioides, o infiltración de glándulas submaxilares, cuerpo tiroideos, ganglios, etcétera, enfermos con lesiones muy extensas y con estado general muy precario; en algunos de ellos no habríamos operado si no contásemos con la ayuda complementaria de un tratamiento Roentgen. Ahora operamos con mucha mayor tranquilidad sabiendo que disponemos de una sólida garantía de tratamiento que destruirá todas las células aberrantes que hayan podido quedar *in situ* después de la extirpación de la neoplasia.

Hay casos que, contrariamente, son tributarios de este procedimiento. Son aquellos con neoplasias muy extensas, inoperables y que sometemos a tratamiento

Roentgen antes de intervenir quirúrgicamente, para buscar una reducción del tumor y hacerlo operable. Nosotros no hemos visto ningún hecho grave y si cicatrificaciones iguales a las de los demás enfermos, en los pacientes que se han sometido a un tratamiento Roentgen previo.

Nuestra particular opinión es que debemos recurrir a la Radioterapia profunda siempre que necesitamos reducir una neoplasia extensa para hacerla operable, y en segundo lugar, aplicaremos la Radioterapia a todos los operados de cáncer de laringe por extirpación total o parcial.

Sintetizando más, afirmaremos, según se desprende de nuestras observaciones, que el tratamiento del cáncer de laringe es quirúrgico, y que previamente debemos esterilizar el tumor en lo posible en los casos de tumuraciones muy extensas y, en segundo lugar, tratar con Radioterapia todos los enfermos operados de extirpación total de laringe o de tirotomía y ablación de una cuerda.

LA PUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

por el Dr. J. ROURA ROSÉS

de Barcelona

La disposición anatómica del fondo de saco de Douglas, en la mujer, le concede una importancia extraordinaria desde el punto de vista del diagnóstico de un gran número de afecciones de las vísceras pelvianas.

En efecto, situado entre el útero y el recto, descendiendo sobre una buena porción de la cara posterior de la vagina y constituyendo de este modo la parte más declive de la cavidad abdómino-pelviana, este divertículo peritoneal posee una sintomatología muy rica y en extremo variada.

Sólo hemos de ocuparnos de la punción del Douglas desde el punto de vista de la práctica ginecológica que es, por otra parte, en donde tiene sus casi únicas y más importantes aplicaciones.

INDICACIONES.—Fué E. DOUAY, jefe del servicio de ginecología del Prof. J.-L. FAURE de París, quien nos demostró prácticamente la importancia del procedimiento, empleado por él con mucha frecuencia para el diagnóstico del hematocele retrouterino en sus formas disimuladas y de repetición, sin retardo aparente de las reglas y con fiebre moderada, que, simulando un brote de pelviperitonitis, se prestan a errores diagnósticos de importancia, mucho más frecuentes de lo que en general se cree, y tanto más graves cuanto que la terapéutica es completamente distinta en uno y otro caso.

La punción del Douglas es también de gran utilidad en el diagnóstico de las anexitis y de los quistes del ovario y ligamento ancho caídos en dicho fondo de saco, y en general, en todos los casos en que, ante un Douglas ocupado, nos sea necesario precisar la naturaleza del contenido del mismo.

MATERIAL.—Como instrumentos especiales, una aguja de raquianestesia más larga que el espéculum (14 cm.), provista de su mandril, y una jeringuilla de 5 cm. c. DOUAY ha hecho construir material especial,

sumamente práctico, constituido por una aguja de 4 cm. de longitud y un tubo porta-agujas, a uno de cuyos extremos se enrosca la aguja. Al otro extremo del tubo se adapta la jeringuilla.

Este material debe ser cuidadosamente esterilizado, ya por ebullición, ya mucho mejor, como hacemos nosotros, por el calor seco, manteniéndolo media hora a la estufa a 156°. Procediendo de este modo aseguramos la asepsia, punto muy importante, y evitamos los errores a que podría conducir la pequeña cantidad de agua que queda en la aguja, tubo y jeringa después de la ebullición, difícil de expulsar completamente.

TÉCNICA.—Acostumbramos a vaciar, cuando es posible, el intestino por medio de una enema y la vejiga por cateterismo.

El operador debe usar guantes de goma esterilizados.

Colocada la enferma en posición ginecológica, se introduce en la vagina el espéculum bivalvo de modo que, ante todo, quede bien expuesto el hocico de tenca. Se retira luego el espéculum un poco y, cerrando sus valvas, se introduce en el fondo de saco vaginal posterior.

En esta última posición, se abren las valvas, se pincela con tintura de yodo y se procede a la punción.

Debe punccionarse con la aguja montada en el tubo porta-agujas, a 1 cm. por detrás del cuello uterino, paralelamente al eje del mismo y hudiendo la aguja unos 3 cm. aproximadamente.

No apartándose de la línea media, es imposible lesionar el uréter o la arteria uterina. La punción de una asa intestinal fijada en el Douglas, es rarísima y, por lo demás, sin grandes peligros. La punción del recto, evitable con sólo pensar en ello, no tiene importancia.

Hecho esto, ¿QUÉ SE ENCUENTRA?

Primer caso: Por el extremo del tubo, no fluye líquido alguno. Es la "punción blanca". Se pasa el mandril por el interior de la aguja; se aspira con la jeringuilla. Por poca que sea la cantidad de líquido que se obtenga, siempre hay la suficiente para solicitar del laboratorio una orientación.

Si a pesar de todo ello no se obtiene nada de líquido, y se trata por otra parte de una anexitis cuya naturaleza pedíamos nos aclarase la punción, existen grandes probabilidades de que estemos en presencia de una anexitis tuberculosa.

Segundo caso: a) Por el extremo del tubo se escapa, gota a gota, o sale por aspiración, sangre de color oscuro, espesa, siruposa, característica. La duda no es posible; se trata de un hematocele.

b) La sangre es de color más claro, rutilante y más fluida. Es que se ha picado un vaso, accidente sin importancia, o bien, si las circunstancias del caso hacían sospechable una hemorragia interna de origen traumático, por contusión, obtenemos de este modo un signo de gran probabilidad en favor de la misma.

Tercer caso: Se obtiene pus. Si se sospecha una anexitis o una pelviperitonitis supuradas, el resultado de la punción las confirma plenamente. En los quistes del ovario o del paraovario supurados obtenemos también así la prueba evidente de la complicación y siempre, además, en tales casos, se puede practicar el examen histo-bacteriológico del pus obtenido. El procedimiento también permite, si se juzga conveniente, la preparación de la correspondiente auto-vacuna.

Ultimo caso: No se obtiene ni sangre ni pus. Se trata de un líquido claro, cuyos caracteres pueden variar según las circunstancias, y cuyas formas principales son las tres siguientes:

a) El líquido es francamente seroso. Se trata casi siempre de una pelviperitonitis serosa. Es este el único caso en que se está autorizado para utilizar la punción del Douglas como medio terapéutico. Sin quitar la aguja de su sitio, se vacía la bolsa por medio de unas cuantas aspiraciones con la jeringa, evitando de este modo la colpotomía y abreviando considerablemente la evolución de la dolencia.

Ciertos quistes mucoides uniloculares del ovario, pueden también contener un líquido de aspecto exactamente igual al del caso precedente. Es muy raro sin embargo que la exploración cuidadosa de la enferma no resuelva por completo todas las dudas.

b) El líquido es viscoso, hilante y untoso. Caracteres son estos propios de los quistes mucoides del ovario, hacia los cuales deberá, en tal caso, ser orientado el diagnóstico.

c) El líquido claro puede ser, por último, perfectamente límpido y transparente. Es entonces probable que se trate de un quiste del paraovario, o hasta, hecho más raro, de un quiste hidatídico caído en el Douglas, en cuyo caso el examen microscópico y las diversas reacciones de laboratorio fijarán el diagnóstico con exactitud.

OBSERVACIONES.—Desde Mayo de 1924 hasta Abril de 1925, hemos practicado 23 punciones del Douglas con fines exclusivamente diagnósticos. Estas 23 punciones las dividiremos para su rápido examen en tres grupos.

Primer grupo: Comprende 16 punciones, en todas las cuales se trataba de hacer el diagnóstico diferencial entre pelviperitonitis y hematocele. En 10 casos de este grupo, el diagnóstico probable que habíamos emitido antes de la punción era el de hematocele. La punción elevó a definitivo tal diagnóstico en 8 casos. En los 2 restantes se trataba, respectivamente, de una pelviperitonitis serosa y de una punción blanca en la que, al operar al cabo de cinco días, encontramos una salpingitis tuberculosa bilateral con pelviperitonitis plástica del Douglas.

Los seis casos restantes del primer grupo van repartidos del siguiente modo:

Diagnóstico más probable antes de la punción	Resultado de la punción	Evolución
1.—Pelviperitonitis.	Hematocele.	Operación = Hematocele
2.—"	" "	" " = " "
3.—"	" "	" " = " "
4.—"	Pelviperitonitis.	Tratamiento médico. Resolución
5.—"	" "	" " " "
6.—"	Hematocele.	Tratamiento expectante.

