practicaba Sims una ancha dilatación del orificio, introduciendo en él tapones de algodón, que retiraba al día siguiente, para sustituirlos por un dilatador de vidrio. Dejábase éste estacionado dos horas por la noche y otras tantas de día, durante semanas seguidas.

Electricidad

Queda por mencionar, finalmente, como tratamiento el empleo de la **electricidad**, con la cual Lomer (1) asegura haber obtenido dos éxitos notables.

Como generalmente las enfermas de esta clase suelen ser muy anémicas, no deberemos descuidar de someterlas á un **régimen tónico**. Por último, hay que vigilar el **estado mental** de ciertas enfermas, especialmente de las predispuestas por herencia á la locura. Si las circunstancias y posición de la enferma lo permiten, se prescribirán las distracciones, el cambio de localidad, los viajes, etc.

(1) Lomer. *Zwei Fœlle von Vaginismus geheilt durch den galvanischen Strom (Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 50, p. 869).

FAC. DE MED. LIMA

LIBRO VIII

ENFERMEDADES DE LA VULVA

CAPITULO PRIMERO

Desgarros del periné

Patogenia. Etiología. — Anatomía patológica. — Síntomas. — Diagnóstico. — Pronóstico. — Tratamiento. Desgarros recientes; sutura inmediata; sutura inmediata secundaria. Desgarros antiguos. Reseña histórica de la perineorrafia; 1.º Desgarros incompletos y relajamiento del periné: procedimiento de Simon; procedimiento de Emmet; procedimiento de Lawson-Tait. 2.º Desgarros completos: procedimiento de Simon y Hegar; procedimiento de Freund; procedimiento de Hildebrandt; procedimiento de Heppner: procedimiento de Lauenstein; procedimiento de A. Martin; procedimiento de Le Fort; procedimiento de Richet; procedimiento de Emmet; procedimiento de Lawson-Tait; procedimiento de Simpson; procedimiento de Fritsch. — Cuidados consecutivos á la perineorrafia. — Pronóstico y resultados. — Elección del procedimiento.

Patogenia
Etiología

Patogenia. Etiología.—El periné forma un suelo fibro-muscular, que cierra la cavidad abdominal por su parte inferior y soporta el peso de las vísceras que en aquélla se alojan. Visto de dentro afuera, afecta la forma de un embudo muy ensanchado por su boca, que toma en la pelvis sus puntos de apoyo, y que en su parte anterior está agujereado excéntricamente por un orificio que sirve de paso á la vagina. Visto por el exterior, el periné se reduce al espacio que media entre la horquilla y el ano, formando la base de una especie de pirámide triangular. El plano profundo de esta pirámide corresponde á la piel y al entrecruzamiento formado por el esfínter del ano, el constrictor de la vulva y el músculo transverso, mientras que su vértice se va á perder en el tabique recto-vaginal. A lo largo de uno de sus lados se extiende la vagina, y su borde inferior está orlado y reforzado por el himen ó los vestigios

de esta membrana; por el otro lado forma tangencia con el recto; como estribo de las partes laterales del prisma perineal, sirven las porciones profundas de los bordes internos de los elevadores del ano, que por los lados se hallan fijados al recto; estos músculos, por el laberinto que forman sus fibras en la parte inferior, constituyen un verdadero sostén para toda esta región.

En el acto del **parto**, la vulva debe dar paso al feto, pero las dimensiones de éste son excesivas, si se comparan con las del orificio que debe atravesar. Sin la ruptura de este anillo no podrá el feto atravesarlo, á menos que intervenga el doble artificio siguiente: imbibición de todas las partes blandas que lo forman, como efecto de la intensa congestión venosa del término del embarazo, y elasticidad de los planes musculares y cutáneos.

Faltando una de estas dos condiciones normales, el periné cede y se desgarra. Varias son las circunstancias en que se presenta este accidente: rigidez excepcional de los tejidos en los primíparas de edad algo avanzada ó que presentan una estrechez especial de la vulva; volumen excesivo ó posición posterior no reducida de la cabeza del feto; paso muy brusco de la cabeza y espaldas; estrechez de la arcada púbica, pelvis viciada par una posición demasiado perpendicular del sacro, que permite que la cabeza se mantenga demasiado hacia atrás, como acontece en los casos de pelvis aplastada ó raquítica; mala aplicación de fórceps; introducción demasiado prematura de la mano en la vagina durante la versión; ulceraciones sifilíticas, etc.

Tenemos, pues, que en el acto del parto el obstáculo principal que se opone á la distensión, no lo constituye tanto el revestimiento cutáneo-mucoso de la comisura vulvar, como las fibras musculares que la doblan inmediatamente. Según Olshausen estas fibras son las del constrictor de la vulva, mientras que por H.-A. Kelly son las fibras más internas del elevador del ano, en su inserción en el recto. Budin (1) concede menos importancia al plano muscular y opina que la rigidez de la vulva procede del himen. Cuando la distensión es exagerada, el desgarro que se produce en el himen entra á

(1) P. Budin *(Semaine méd.*, 1887, p. 90) hace observar que en casos de condiciones normales, se debe atribuir, á menudo, la causa de ruptura del periné á una falta del comadrón inexperimentado, el cual permite que durante un esfuerzo violento de la mujer, se efectúe la salida brusca de la cabeza, y no toma la precaución de no dejarla desprender sino en el intervalo de dos contracciones. Una vez el sub-occipucio se ha pegado á la sínfisis, la *vis a tergo* proyecta la cabeza demasiado hacia abajo, y la reacción del periné es la que está encargada de repeler el bregma y después de éste la frente y luego la cara hacia adelante y arriba. El comadrón viene obligado á atenuar la distensión perineal, apretando con los dedos en dirección de abajo arriba, para facilitar el movimiento de ascenso de la frente y de deflexión de la cabeza.

obrar, según expresión de Pajot, lo mismo que el tijeretazo que practica en una tela el dependiente de un almacén de novedades cuando se dispone á cortarla por rasgadura. Sin embargo, los desgarros de las partes blandas superficiales no constituyen, según parece, el fenómeno inicial. Por mi parte, creo que primeramente se producen rupturas subcutáneas de las fibras musculares destinadas á reforzar la resistencia de los tegumentos. Cuando la vulva se presta á una dilatación suficiente, puede muy bien acontecer que esta ruptura profunda sea la única que ocurre, y entonces en vez de un desgarro manifiesto, sólo existe una **debilitación del periné**, cuyo papel etiológico es muy importante en la producción del prolapso genital (1). Únicamente cuando la horquilla no es suficientemente elástica, después de haberse producido la ruptura de la especie de cincha muscular que la retenía en lo profundo, puede rajarse á su vez, produciéndose entonces el verdadero desgarro perineal. Suele éste tener lugar las más veces un poco hacia el lado izquierdo, muy contiguo á la línea mediana, y se extiende á mayor ó menor distancia: unas veces no alcanza más allá del tegumento; otras llega hasta á afectar el orificio anal y sube á mayor ó menor altura á lo largo del tabique recto-vaginal.

El mecanismo de las **rupturas centrales**, por lo demás muy raras, se verifica de un modo análogo: desarrollándose la cabeza en mala dirección, pasa por detrás cerca la parte media del periné, distendiéndolo y rupturándolo; luego, después de la tregua que sobreviene á la disminución momentánea de la distensión, la cabeza puede volver á subir ligeramente, dirigirse hacia el orificio vulvar y franquearlo, causando en él á su paso una segunda ruptura más ó menos extensa. Otras veces el niño pasa por la abertura central, como ocurrió en un caso de Simpson (2).

Por último hay que citar como causa relativamente rara de desgarro del periné los **traumatismos** diversos: una cornada, un horquillazo, una caída á horcajadas sobre un objeto puntiagudo.

Anatomía patológica.—La descripción que sigue sólo es aplicable á los desgarros antiguos, ya cicatrizados. Anatomía patológica

La rasgadura se produce en la horquilla algo hacia un lado, pero siempre cerca de la línea mediana. Se llama **incompleta** cuando no llega al ano, y **completa** en el caso contrario.

En el **desgarro incompleto** se pueden distinguir además dos varie-

(1) Howard—A. Kelly. *Injuries and Lacerations of the perineum*, en *A System of Gynecology*, Filadelfia, 1888, t. II, p. 726.
(2) J.-Y. Simpson. *Edinb. med. Journ.*, julio 1855, t. I, p. 1.

dades, según esté la horquilla ligeramente, interesada, ó según llegue el desgarro á lo profundo de la misma y comprenda el plano muscular, quedando, sin embargo, ileso el esfínter del ano.

La vulva se presenta alargada por su parte posterior y entreabierta; al nivel de la horquilla se descubre una superficie cicatricial lisa; cuando la lesión es antigua, siempre suele haber un ligero cistocele y hasta descenso del útero.

En el **desgarro completo**, los orificios vulvar y anal han confluído en uno solo, formando una especie de cloaca, en la cual descuellan á menudo repliegues y excrecencias de mucosa hemorroidal. El tabique recto-vaginal se presenta redondeado en arco de medio punto ó en ojiva; á veces del vértice de la curva que describe, descuella un pequeño colgajo triangular en forma de pechina. En efecto, á menudo la columna posterior de la vagina queda aislada por dos desgarros laterales, que le imprimen el aspecto de una úvula flotante. Pero todavía es mucho más frecuente que el desgarro se haya producido en el lado izquierdo de esta prominencia. El tejido cicatricial desfigura toda la región de un modo muy diverso, engrosando uno de los bordes de la hendidura, adelgazando el otro, tendiendo á veces entre ellos bridas á modo de puentes (fig. 119). Esta ruptura puede propagarse hasta el fondo de saco posterior de la vagina.

En los límites inferiores del desgarro la contracción de las fibras del elevador del ano atrae los bordes hacia arriba. En ocasiones se puede descubrir una fosícula lateral, que corresponde al muñón retraído del esfínter.

Se han distinguido dos variedades en las rupturas completas, según se hallen únicamente rotos el esfínter y el orificio anal, ó según alcance la ruptura el tabique recto-vaginal (Gaillard Thomas). Desde el punto de vista operatorio esta distinción tiene cierta importancia, porque el restablecimiento del tabique requiere un tiempo especial.

Es muy común que el cuello presente desgarros profundos coincidiendo con los del periné, y entonces no suele faltar la metritis. Gaillard Thomas pretende que en tales casos también la vagina persiste en estado de subinvolución (1). Con mucha frecuencia se observan cistocele y prolapso uterino.

Síntomas

Síntomas.—El reconocimiento con el tacto y con el espéculo pone de manifiesto los desórdenes que acabo de enumerar. Para practicar bien el examen, es preciso que la mujer tome alternativamente la posición dorso-sacra y la genu-pectoral. Se abrirá paso á la luz hacia la región por medio de una ancha valva anterior y por separadores laterales.

(1) Gaillard Thomas. *Mal. des femmes*, trad. al franc., p. 109.

Diagnóstico

Diagnóstico.—Los signos racionales varían según sea la ruptura incompleta ó completa. En la **ruptura incompleta**, todos los

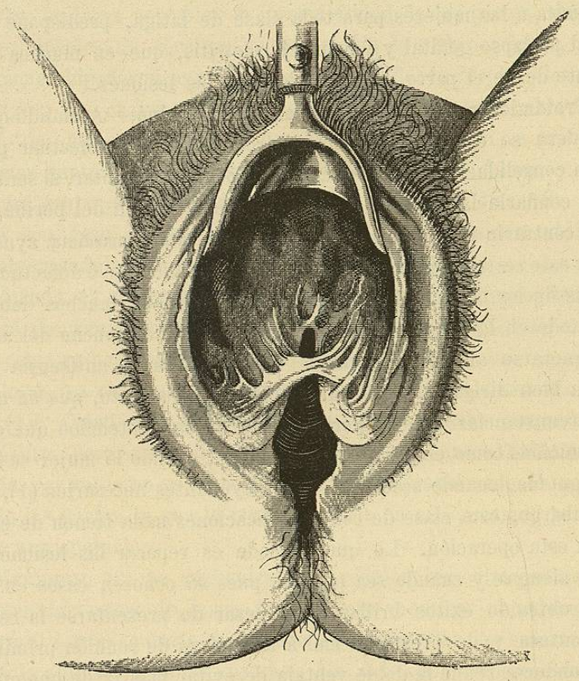

Fig. 119.—Ruptura completa del periné y de una porción del tabique recto-vaginal

desórdenes proceden del **estado entreabierto de la vulva**, que favorece el **cistocele, el descenso del útero** y también la **metritis**. Además no es raro que las mujeres se quejen de la dificultad que experimentan en la marcha, y de dolores vagos, propios de la **enteroptosis**, los cuales indican el trastorno profundo que la falta del sostén perineal ha producido en la estática uterina.

En la **ruptura completa** hay **incontinencia** de gases intestinales y de materias fecales líquidas, mientras que son retenidas las materias fecales sólidas (1). Sin embargo, observando la posición del

(1) G. Bouilly. *Manuel de Pathologie externe*, t. IV, p. 319.

decúbito horizontal, algunas enfermas logran también retener los gases, hasta en los casos en que el desgarro parece coger el esfínter en todo su espesor.

Pronóstico

Pronóstico.—Aunque la ruptura no sea muy profunda, ni determine la dolencia que produce la abolición del esfínter del ano, esta lesión es altamente molesta en todos los casos. Ordinariamente incapacita á las mujeres para toda clase de fatiga, predispone además al prolapso genital y fomenta la metritis, que en muchos casos subsiste desde el parto, primer origen de las lesiones.

Tratamiento Desgarros recientes Sutura inmediata

Tratamiento.—Desgarros recientes del periné.—Atendido que la naturaleza se encarga en ciertas circunstancias de efectuar por sí sola la consolidación de estos desgarros, ocurre preguntar, si será prudente confiarle las más de las veces la restauración del periné, ó si por el contrario valdrá más, por medio de la **sutura inmediata**, ayudar y dirigir este restablecimiento, que suele ser insuficiente ó defectuoso en los más de los casos. Esta cuestión ha originado muchos debates, sobre todo en la época en que los éxitos dependían mucho del acaso, por ignorarse aún los beneficios que reportan la antisepsia y la asepsia bien dirigidas. Se ha dicho con mucho acierto, que en algunas circunstancias debe esperarse más de la abstención que de la intervención, como es el caso, por ejemplo, cuando la mujer se halla muy agotada, cuando se carece de los ayudantes necesarios (1), etc. Sin embargo, esta clase de contra-indicaciones nada tienen de especial en esta operación. Lo que procede es reparar las lesiones de frente, siempre y cuando sea posible, pues se conocen casos en que se han obtenido éxitos brillantes, á pesar de presentarse la región muy contusa y de prestarse mal á un ensayo de reunión primitiva. Esta conducta reune la doble ventaja de evitar más tarde una operación mucho más compleja y de cerrar la puerta á las inoculaciones. La cicatrización espontánea que, en casos de desgarros muy superficiales, puede tener lugar sin intervención quirúrgica, sólo se verifica excepcionalmente cuando los desgarros son profundos. Por más que Pajot, Tarnier y Guéniot hayan observado ejemplos de esta clase, sería una imprudencia por parte del cirujano abandonarse á la naturaleza en espera de tan felices resultados.

El procedimiento de reunión más simple y más expedito es la sutura de repulgo con planos superpuestos (2), que se ejecutará procurando restablecer la continuidad de las partes del mismo modo

(1) Hegar y Kaltenbach. *Gynécol. operat.*, trad. al franc., p. 611.
(2) Doléris. *Périnéorrhaphie immédiatement après l'Accouchement, au moyen des Sutures continues (Arch. de Tocol.*, 1885, p. 174).

que antes existía, y aprovechando para ello el avivamiento natural que ofrece la herida, sea cual fuere su extensión. Esta sutura es muy preferible al uso de garras finas, las cuales únicamente dan buenos resultados en los casos de simples desgarros del repliegue cutáneo-mucoso de la horquilla. Ordinariamente no hay necesidad de la anestesia general. Como el procedimiento no exige gran duración, se logra muy bien la insensibilidad de las partes con aplicaciones locales de cocaína, ya por medio de embrocaciones, ya en inyecciones hipodérmicas. Ningún cuidado deben inspirar los hilos de catgut, los cuales, disolviéndose espontáneamente, ahorran el trabajo de que se les retire. Después de la operación se procurará mantener juntas una con otra las piernas de la enferma, y se le prohibirá sentarse en la cama por espacio de quince días. Se mantendrá con gran esmero limpia la región, lavándola con sublimado y espolvoreándola con yodoformo.

Sutura inmediata secundaria

Cuando el cirujano no ha podido intervenir inmediatamente, ¿deberá practicarse pasado el primer mes la **reunión inmediata secundaria**, como se ha propuesto, ya por aproximación de las superficies granulosas, ya raspando los brotes carnosos con una cucharilla cortante (1)? Cierto que se han obtenido algunos éxitos por este procedimiento, pero creo que debe producir más inconvenientes que ventajas, si antes no se aguarda que haya desaparecido la congestión de las partes, y que la mujer se halle en mejor estado para soportar una operación.

Verneuil (2) ha preconizado la reunión inmediata secundaria hasta en los casos de larga fecha. Para practicar el avivamiento recurre al termo-cauterio y, cuando se desprenden las escaras, procede á la aplicación de las suturas. No debe confundirse este procedimiento con el de la cauterización angular del desgarro, que es semejante al que J. Cloquet practicaba en los casos de fisuras palatinas, y que en ocasiones ha sido de provecho para obtener la disminución de una división demasiado extensa del tabique recto-vaginal. En casos de esta naturaleza también yo lo he adoptado con éxito.

Desgarros antiguos. Reseña historica de la perineorrafia

Desgarros antiguos del periné.—Reseña histórica.— Según parece, el primero que concibió y propuso la operación de ruptura del

(1) Maisonneuve. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1849, t. I, p. 263.—Nélaton. *Éléments de Pathol. chirurg.*, t. V, p. 859.—J. Holst. *Monatschr. f. Geburtsh.*, 1863, t. XXXI, p. 303.—E. Schwartz. *Revue de Chir.*, 1885, p. 966.—H. Dayot. *Contribution à l'étude de la Périnéorraphie.* Tesis de París, 1886.
(2) Verneuil. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1884, p. 314.