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.

periné por la **sutura**, fué AMBROISE PARÉ, pero el cirujano francés GUILLEMEAU fué quien la ejecutó por vez primera en el siglo XVII (1). En el siglo siguiente, ensayáronla con más ó menos éxito DE LA MOTTE, SMELLIE, NOËL (de Reims), MURENNA y SAUCEROTTE (2). En la época actual, DIEFFENBACH (3), en Alemania, ha sido el promotor de un método que ha servido de tipo á un gran número de procedimientos, método que ROUX (4) ha perfeccionado é introducido en Francia. A más de lo **extenso del avivamiento**, caracterizan esencialmente el procedimiento de DIEFFENBACH las **incisiones para el desprendimiento**, que más tarde vuelven á reaparecer en parte en el desprendimiento del esfínter, practicado por MERCIER (5) y BAKER-BROWN (6); el punto capital del procedimiento de ROUX consistía en la sutura enclavijada de una herida, que era mucho más extensa que las que antes de él se osaban cerrar. Con LANGENBECK nace un nuevo método, la **perineo-síntesis**, que se basa en la combinación del avivamiento y de la autoplastia por desdoble; este método inspiró en Francia los procedimientos de DEMARQUAY (7), RICHET (8), LE FORT (9), MARC SÉE (10) y POLAILLON (11); de Alemania deben también citarse muchísimos nombres, de los cuales los principales son: SIMON (12), FREUND (13), HILDEBRANDT (14), WILMS (15), STAUDE (16), BISCHOFF (17) y HEGAR (18).

En América, ya en 1855 MARION SIMS aplicaba á la ruptura del periné los mismos principios sencillos y precisos, que le habían guiado en la operación de la fístula vésico-vaginal. Abandonando toda complicación inútil y en particular los varios planos de sutura, volvió á tomar sencillamente el procedimiento de ROUX, pero exten-

(1) J. GUILLEMEAU. *Œuvres de Chirurgie*, Ruán, 1649.
(2) Véase, para la parte histórica, VERNEUIL. *Gaz. hebd.*, 1862, p. 369 (art. reproducido en *Mém. de Chir.*, t. I, p. 954).
(3) J. F. DIEFFENBACH. *Die operative Chirurgie*, Leipzig, 1845.
(4) ROUX. *Gaz. méd. de Paris*, 1831, t. II, p. 17.
(5) MERCIER. *Journ. des Connaiss. med.-chir.*, 1839, p. 89.
(6) BAKER-BROWN. *The surgical Diseases of women.* Londres, 1866.
(7) DEMARQUAY. *Gaz. des Hóp.*, 24 septiembre 1864, p. 445.—E. BOURDON. *Des Anaplasties perinéo-vaginales.* Tesis de París, 1875.
(8) RICHET. *Union méd.*, 1863, p. 63.—PICQUÉ. *Encycl. intern. de Chir.*, edic. franc., t. VII, p. 753.
(9) LE FORT. *Manuel de Méd. opér. de* MALGAIGNE, 9.ª edic., 1889, t. II, p. 716.
(10) MARC SÉE. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1885, t. XI, p. 360.
(11) POLAILLON. *Ibid.*, p. 242, y *Arch. de Tocol.*, 1885, p. 298.
(12) G. SIMON. *Mittheilungen aus der chir. Klinik des Rostocker Krankenhauses*, 1861-1865, p. 241.
(13) FREUND. *Ueber Dammplastik (Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 317).
(14) HILDEBRANDT. *Die Krankh. der weibl. Genitalien.* Stuttgart, 1877.
(15) Véase GUETERBROK (alumno de WILMS). *Arch. f. klin. Chir.*, 1879. t. XXIV, p. 108.
(16) STAUDE. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 71.
(17) Véase W. MATZINGER (alumno de BISCHOFF). *Zur Kolpoperineoplastik nach* BISCHOFF *(Wien. med. Blœtt.*, 1880, t. III, p. 703, 728, 758, 781, 802, 829, 854, 875, 901 y 972).
(18) HEGAR y KALTENBACH. *Loc. cit.*, p. 607.

dió el avivamiento á mayor altura y adoptó los **hilos metálicos**; esto representaba una simplificación de mucho alcance, que sirvió para preparar el camino al procedimiento de su discípulo y amigo, EMMET (1). La originalidad de este procedimiento consiste, de una parte, en el modo de hacer la sutura, cuyo efecto es aproximar los bordes de la herida, cerrándola como se cierra una bolsa, y por otra, en el cuidado con que se acercan uno á otro los dos cabos divididos del esfínter mediante la aplicación de un hilo especial llamado **hilo sub-esfintérico**, dirigido muy profundamente y en sentido muy oblicuo de arriba abajo. Este procedimiento, tomado del de MARION SIMS, perfeccionado, fué vulgarizado en Francia por JUDE HUEE (2) (de Ruán), aceptándolo luego la mayoría de los cirujanos. Principalmente VERNEUIL (3) y TRÉLAT (4) lo adoptaron muy pronto, renunciando á otros procedimientos que antes habían empleado.

Por un momento se pudo creer entonces que la técnica operatoria había alcanzado el colmo de la sencillez. Pero no fué así: LAWSON-TAIT (5), perfeccionando un procedimiento debido á J. DUNCAN y á SIMPSON (6) (de Edimburgo), redujo la operación de la perineorrafia á un rápido **desdoble**, seguido de la aplicación de algunos puntos de sutura; la duración de la operación sólo exigía unos 5 á 10 minutos. Muy en breve adoptóse esta técnica, con modificaciones ó sin ellas, tanto en América como en Alemania (7).

(1) T.-A. EMMET. *Med. Record*, 1872, p. 121.—*The principles and practice of Gynecol.*, 3.ª edic., 1885, p. 379.
(2) GUÉNIOT. *Rapport sur un Mémoire de* JUDE HUEE *(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 5 abril 1876, p. 291).—KIRMISSON. *Ibid.*, 1885, p. 228, 237 y 240.—JUDE HUEE. *Ibid.*, 1886. p. 705.
(3) VERNEUIL. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1861, t. XXXVI, p. 173.
(4) BORAUD (discípulo de TRÉLAT). *Étude sur la Périnéorrhaphie.* Tesis de París, 1879.
(5) HEIBERG, de Copenaga *(Om Perinœoraphie til* LAWSON-TAIT'S *Methode* en *Gynœk. og obst. Meddel.*, 1887, Bd. VI, Heft 3), hizo la primera descripción del procedimiento de L.-TAIT.—Después de este trabajo siguió otro muy importante que fué publicado por SÆNGER. *Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung (Samml. klin. Vortræge*, 1887, n.º 301). Según SÆNGER, Voss (de Cristiania) precedió á L.-TAIT en esta modificación operatoria, pero hay que confesar que sus operaciones permanecieron ignoradas.—Véase también SÆNGER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 47, p. 765.
(6) HART y BARBOUR. *Manuel de Gynécol*, trad. al franc., 1886. p. 600.
(7) H. FRITSCH *(Ueber Perineoplastik*, en *Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 30, p. 473) no se inspiró, según parece, en el procedimiento de L.-TAIT, cuando por su lado preconizó el desdoble como único medio de avivamiento; por otra parte su procedimiento de sutura es enteramente diferente del de L.-TAIT.
Entre los cirujanos que han adoptado de un modo más ó menos completo el procedimiento de L.-TAIT, además de SÆNGER, deben citarse: ZWEIFEL. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, p. 629, — MEINERT. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 40, p. 649. — ROKITANSKY, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1888, p. 249. — SCHAUTA, PIERING, RIEDINGER, *Ibid.*, 1888, n.º 26. p. 531.—A.-v. WINIWARTER. *Ibid.*, 1888, p. 631, 654 y 682.— SCHUBERT. Disert. inaug., Greifswald, 1888.—A. MARTIN. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1889, n.º 6, p. 108.— MENDES DE LEON (de Amsterdam). *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 23, p. 408.
Por el contrario, en Alemania han combatido el procedimiento de LAWSON-TAIT los siguientes autores: HIRSCHBERG (de Francfort). SCHATZ y HEGAR. 3.er Congreso alem. de Ginecol. en Friburgo, junio 1889 *(Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 30, p. 515).

No es mi ánimo describir todos y cada uno de los procedimientos que acabo de enumerar; contentaréme con la exposición de los principales de ellos, toda vez que ya dejo anotadas las indicaciones bibliográficas necesarias para que se puedan consultar las memorias ó publicaciones en que se hallan descritos las demás.

1.º Desgarros incompletos y relajamiento del periné

1.° **Desgarros incompletos del periné.**—Todos los procedimientos de colpo-perineorrafia, indicados en el capítulo de los PROLAPSOS GENITALES, tienen también aplicación como tratamiento de las lesiones que nos ocupan. Entre el **relajamiento del periné**, que constituye uno de los elementos de la mayor parte de los prolapsos vaginales ó uterinos, y los desgarros incompletos del mismo, sólo hay una diferencia de grado, al propio tiempo que una gran semejanza. En el caso de relajamiento, la piel ha hecho resistencia y no se ha producido cicatriz exterior, mientras que sucede todo lo contrario en el caso de desgarro. Sin embargo, uno y otro tienen como factor común la siguiente circunstancia: la tonicidad del plano muscular profundo ha sido forzada y la armazón fibrosa ha sufrido la distensión consiguiente, con lo cual quedan modificadas de la misma manera las condiciones estáticas del útero. Casi podría decirse que el **relajamiento perineal** es un verdadero **desgarro sub-cutáneo.** Es muy fácil convencerse de este hecho, si con dos dedos introducidos en la vagina y el recto, se cogen los tejidos intermedios, con cuya maniobra se reconocerá desde luego la menor consistencia y la disminución que ha sufrido la pirámide muscular que separa dichos conductos. Esta lesión coincide con la forma apabellonada de la horquilla intacta, con el estado entreabierto de la vulva (que es mucho más marcado cuando la mujer ha tomado la posición de semi-pronación ó posición de SIMS), con la mayor profundidad del orificio anal, y con la amplitud inusitada del periné, que se ha hundido y extendido, pudiendo esta última particularidad despistar fácilmente al cirujano.

Habiendo ya descrito en otro lugar los medios de consolidación del periné, sería superfluo repetirlos en este lugar; tales son la colpo-perineorrafia de HEGAR, la periné-auxesis de A. MARTIN, la perineoplastia por deslizamiento de DOLÉRIS, etc., (págs. 598 y siguientes del tomo I).

Procedimiento de SIMON

Sin detenerme en describirlo, me limito á representar la figura del **procedimiento de SIMON** para la ruptura incompleta (1) (fig. 120);

(1) P. ZWEIFEL. *Die Krankheiten der œussern weibl. Genitalien und die Dammrisse (Deutsche Chir.*, Lief. 61, 1885, p. 116).

este procedimiento de avivamiento y de sutura fué el que inspiró á HEGAR el suyo para las rupturas completas.

Procedimiento de EMMET

Procedimiento de EMMET.—No debe confundirse este procedimiento con otro del mismo autor para la ruptura completa (véase más adelante), del cual es esencialmente distinto. Al nivel del periné y en el lado interno é inferior de la vulva, EMMET extirpa

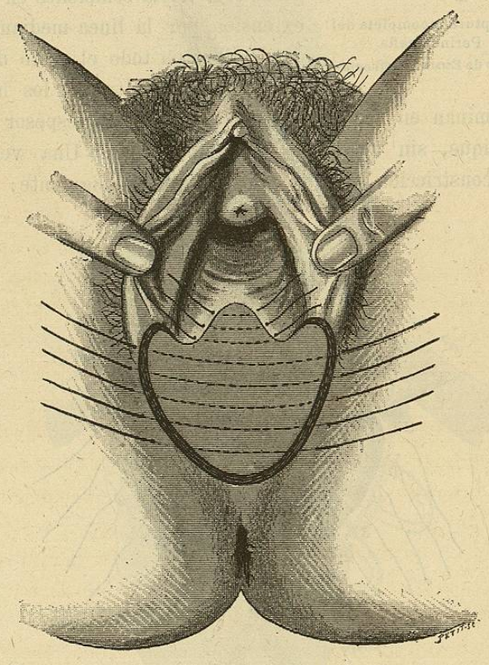

FIG. 120.—Ruptura incompleta del periné. Perineorrofia. Procedimiento de SIMON

un colgajo mucoso de la forma de dos folíolos (fig. 121), del mismo modo que lo había hecho antes BAKER-BROWN. También despoja de su mucosa toda la parte inferior de la pared vaginal posterior, inmediata á la horquilla. Con esta maniobra no se propone, como en los demás procedimientos, la reunión de las partes de la izquierda del avivamiento con las de la derecha, plegándolas en cierto modo por la línea mediana, sino que su objeto es atraer la parte vaginal avivada hacia la cara posterior de la parte vulvar, así mismo avivada, á fin de que se refuerzen mutuamente una á otra y queden dobladas. Para obtener este último resultado se hace pasar por la parte