miento de las partes laterales dificultaría la operación. Con razón hace observar Jude Huee, que el avivamiento del tabique produce gran derrame de sangre, por sumo cuidado que se ponga en practicarlo todo lo superficial posible: razón de más para que debamos comenzar por la parte mediana, pues de este modo habrá tiempo para que se produzca la hemostasia durante la operación del avivamiento de las partes laterales. El dedo de un ayudante, introducido en el recto, mantiene tenso el tabique recto-vaginal y lo hace proyectar hacia adelante, resultando así mucho más fácil el avivamiento de esta parte mediana. También es necesario que un ayudante, por una ligera tracción hacia afuera, distienda las partes sobre las que debe caer el bisturí durante el avivamiento de las superficies laterales. Terminado el avivamiento hay que librar el campo operatorio de la sangre que ha fluído y asegurar la hemostasia; para esto se practican irrigaciones frías con un líquido antiséptico (ácido bórico, solución fenicada ó sublimada débil) en la vagina, en el recto y también en las superficies avivadas. Después se pasa á la sutura, que constituye el tiempo más especial en la perineorrafia, según el procedimiento de Emmet. Puede practicarse esta sutura en un solo tiempo con una aguja de gran corvadura, montada en un mango, y de tallo que represente algo más que una semi-circunferencia, (fig. 18, p. 46 del t. I), ó simplemente con una aguja muy grande de las de Hagedorn, fijada sólidamente á mi porta-agujas (fig. 20, p. 47, y fig. 22, 3, p. 49. del t. I). Ordinariamente suelen tomarse para este caso hilos de plata de grosor mediano, los cuales deben colocarse en dirección de atrás adelante. Para esto el operador introduce, en el lado izquierdo del periné, la punta de la aguja cogida con la mano derecha, á 1 centímetro y medio, poco más ó menos, por detrás y fuera de la circunferencia posterior del ano, y haciéndola caminar á través de la parte inferior del tabique recto-vaginal, la hace salir al lado derecho del ano en un punto simétrico al de su entrada. Cuando el tejido que se ha de atravesar presenta gran espesor, es más cómodo que se pase el hilo practicando dos puntadas en vez de una: primero se introduce una aguja de mediano calibre hasta el nivel del tabique, en cuyo punto se la retira, después se vuelve á introducir la misma aguja haciéndola penetrar exactamente por el punto que acaba de salir. Durante todo este tiempo es absolutamente indispensable que el índice izquierdo permanezca introducido en el recto, á fin de distender el tabique recto-vaginal, guiar la aguja en el camino que debe recorrer por el espe-

sor del tejido é impedirla que penetre en el interior del recto. Esta maniobra de conducción del hilo requiere mucha atención y cierto grado de lentitud en su ejecución, porque es preciso evitar que la aguja atraviese la pared del recto, y se pierda en las partes profundas, procurando que vuelva á salir por el lado de la piel en un punto exactamente simétrico al de su entrada. Encima del hilo que se habrá colocado de este modo deben colocarse luego cuatro ó cinco más observando igual conducta. Introducidos á 1 centímetro por la parte de fuera de la línea de avivamiento, deben caminar asimismo á través del tabique recto-vaginal, guardando la distancia de cosa de medio centímetro unos encima de otros y viniendo á salir al lado opuesto del periné.

Es de suma importancia efectuar con toda precisión el paso del primer hilo, por ser el que está destinado á reunir las dos extremidades divididas del esfínter y á reconstituir todo lo posible el ano en su primitiva integridad: este hilo debe caminar por debajo de la superficie cruenta muy cerca del borde posterior de ésta, sin dejar, empero, de penetrar con toda libertad en el ángulo de división del tabique, en cuyo lugar debe tomar un punto sólido de apoyo. Generalmente suelen bastar cinco ó seis puntos de sutura para asegurar la completa restauración del periné, pero esto no quita que en la región de la horquilla se haga un punto superficial de sutura, cuando dicha región ofreciere una coaptación insuficiente. Del mismo modo, si la sutura profunda no estableciera un perfecto contacto en toda la extensión de los labios cutáneos de la incisión perineal, se colocarán algunos puntos complementarios de sutura superficial. Después de esto queda terminada la operación, faltando sólo practicar una vez más un lavado esmerado de todas las partes para proceder á la cura.

Como se desprende de la descripción anterior, fuera de los casos excepcionales en que el desgarro del tabique recto-vaginal alcanza gran altura, el procedimiento de Emmet para la ruptura completa entra en los procedimientos de un solo plano de sutura. En efecto, en el mismo no hay ninguna sutura rectal, tampoco hay sutura vaginal aislada; todos los hilos se pasan siguiendo un plano único, desde la piel á través del tabique recto-vaginal ó á través de la pared de la vagina. Como se ve, representa esto una importante simplificación del modo operatorio. Pero no es este su objeto principal. La colocación del hilo posterior por detrás del ano y su conducción á través del tabique recto-vaginal tiene por objeto, según

Emmet y Gaillard Thomas, atraer hacia adelante los dos extremos divididos del esfínter, que han sido impelidos hacia atrás por la retracción, y ponerlos de tal modo en contacto, que quede restablecido en su integridad el anillo representado por el esfínter anal, recobrando éste á la vez su forma y sus funciones. En todos los casos la aplicación de este hilo posterior exige suma vigilancia por parte del operador; así, cuando la operación se ha terminado, es

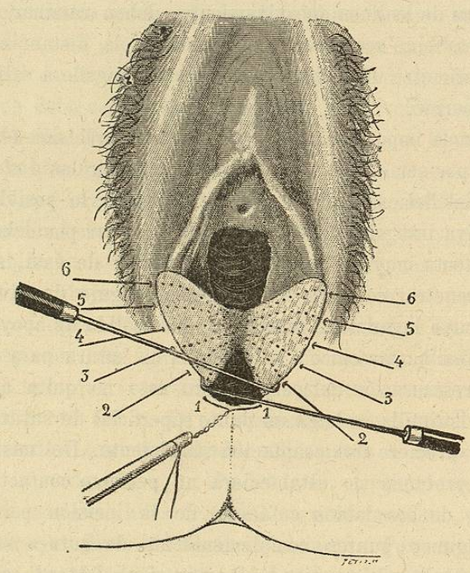

Fig. 139.—Ruptura completa del periné. Perineorrafia. Procedimiento de Emmet
Constricción del hilo posterior, sub-esfintérico

preciso que el cirujano introduzca de nuevo el dedo en el recto para asegurarse de que la sutura no ha estrechado demasiado el conducto anal, porque resultaría en lo sucesivo un gran percance para la enferma si los gases y las materias fecales no hallaren expedita la salida.

Otra ventaja importante del procedimiento de Emmet consiste en que la solución de continuidad queda cerrada por una constricción circular al atravesar con el hilo la pared recto-vaginal, del mismo modo que se cierra una bolsa tirando de los cordones que la rodean. Al propio tiempo se hace descender el tabique recto-vaginal, con lo cual se ahorra á menudo tener que suturarlo por separado. De este

modo se realizan, por el lado de la vagina, la oclusión exacta y la protección de la línea de sutura, que se proponía obtener Langenbeck al idear su colgajo autoplástico. Por último, el peligro de infección resulta considerablemente reducido con la ausencia de sutura rectal.

Cuando la división del tabique es excesivamente extensa hacia arriba y hace necesaria la sutura, Emmet, al avivarla, procura interesar únicamente la superficie vaginal del desgarro y hace pasar los hilos por toda la extensión de la superficie cruenta, evitando la cavidad intestinal. Con granos de plomo fija estos hilos en el interior de

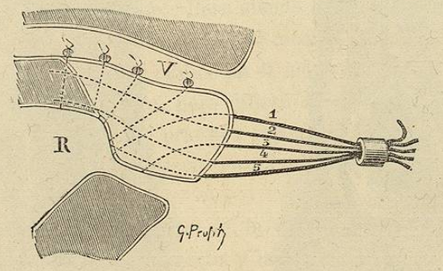

Fig. 140.—Desgarro completo del periné y del tabique recto-vaginal. Perineorrafia
Procedimiento de Emmet; conjunto de las suturas (corte vertical)

la vagina (fig. 140). Pero raros son los casos en que hay necesidad de esta operación complementaria, de manera que como tipo del procedimiento de Emmet queda siempre la sutura del periné únicamente.

Procedimiento de Lawson-Tait

Procedimiento de Lawson-Tait.—Difiere poco este procedimiento del que se aplica á los desgarros incompletos que se ha descrito antes. También aquí comienza el cirujano por hacer el desdoble del tabique recto-vaginal, á fin de convertirlo en una lámina rectal y otra vaginal. Cuanto más extenso es el desgarro, tanto más profundo deberá ser el avivamiento. Según Sænger, se ejecuta mejor este desdoble con el bisturí que con las tijeras. Por los lados debe extenderse hasta las líneas verticales que pasan por la unión de los labios mayores y menores. Para los desgarros incompletos del periné bastan estas tres líneas de desbridamiento, pero para los completos hay que añadir otro desbridamiento posterior, que da al conjunto de la incisión la figura de una H con la barra transversal fuera del centro de la figura y más cercana de la parte inferior que de la superior de dicha letra (fig. 141). Se puede comenzar el des-

doble con el bisturí ó bien sirviéndose de tijeras. Después se conduce hacia arriba el labio vaginal del tabique y, al contrario, el labio rectal hacia abajo, para poder desprender con cautela con las tijeras las superficies mucosas laterales que se hallan comprendidas entre los ángulos de las líneas de sección.

El alzamiento y abajamiento respectivos de las dos tapas vaginal y rectal, resultantes del despliegue del tabique recto-vaginal, forman juntos un plano cuadrilátero, en cuyo fondo se destaca el

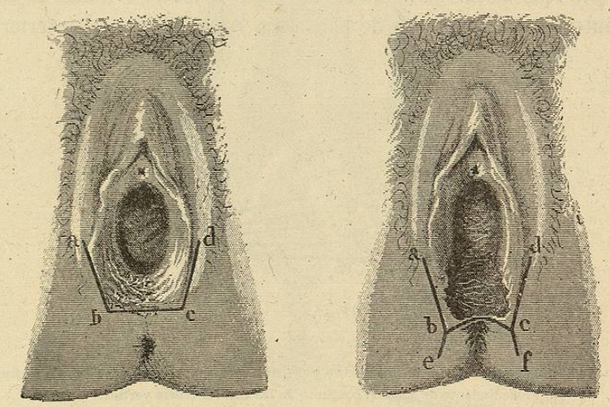

Fig. 141.—Desgarros del periné. Perineorrafia. Procedimiento de Lawson-Tait
Trazado de las incisiones
a. b. c. d. Incisión para el desgarro incompleto.—a. b. c. d. e. f. Incisión para el desgarro completo

borde del tabique que ha permanecido intacto (fig. 142); por los lados estas dos pequeñas tapas van á fijarse al nivel de las partes blandas y engrosadas que luego se han de seccionar.

Al colocar el primer punto de sutura se ha de procurar con sumo cuidado que atraviese las extremidades del esfínter, cuyo emplazamiento se puede reconocer muy fácilmente antes del avivamiento por una ligera fosícula que se dibuja en la cicatriz. Lawson-Tait y Mundé practican esta sutura con crin de Florencia, mientras que Sænger se sirve de hilo de plata (3 á 6 hilos), como si se tratase de desgarro incompleto del periné. Todas las suturas van á parar á este último y ninguna de ellas se anuda en la vagina, ni en el recto. Lawson-Tait deja la piel libre en las suturas profundas, pero Mundé recomienda que se atraviese (1). Martin aplica tam-

(1) También opino yo asimismo. L.-Tait no incluye la piel en la sutura, formando de este modo pequeños desagües con los hilos que pasan por entre los labios de la herida no reunida en su superficie; esta precaución resulta inútil cuando se practica la antisep-

bién en este caso la sutura continua con catgut dispuesta en capas.

Por toda cura basta con la insuflación de yodoformo. La ablación de los hilos debe tener lugar en los días séptimo y decimocuarto.

Este es el procedimiento actual de Lawson-Tait, esencialmente distinto del que primitivamente con el nombre de este autor se describió y representó con figuras en algunas obras (1).

Procedimiento de Simpson

Procedimiento de Simpson. — Siguiendo el orden cronológico, este procedimiento debería describirse antes del de L.-Tait, por ser de fecha muy anterior. Pero siendo de importancia menor, sólo lo agrego al mismo á modo de apéndice. Se le parece en el modo de verificar el avivamiento, pero difiere enteramente de él por la práctica que se observa en la sutura. Su descripción la copio de Hart y Barbour (2).

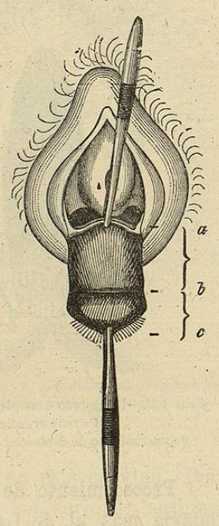

Fig. 142.—Desgarro completo del periné. Perineorrafia. Procedimiento de Lawson-Tait.

La primera incisión parte de la extremidad del tabique (entre el recto y la vagina), y, siguiendo la cara interna del labio mayor de dentro afuera (fig. 143), va á parar al punto 1; desde el punto *a* parte otra incisión paralela al orificio vulvar, que pasando por la extremidad externa de la primera incisión se detiene en *b*, en la extremidad del esfínter rupturado. Por el otro lado se opera de igual manera. Luego se disecan los dos colgajos triangulares que de este modo se han obtenido (fig. 144). Por delante de la vagina de cada lado se levanta el colgajo *a* 1 S, de manera que los vértices angulares designados con la cifra 1 en la primera figura vayan á parar al 1 de la segunda figura. Lo mismo se verifica con los colgajos *b* 2 S.

Los colgajos vaginales se suturan con hilo de plata ó con seda, teniendo cuidado de anudar los hilos sobre la cara vaginal de los

sia, que por su parte rechaza el eminente operador de Birmingham. Para pasar los hilos de plata me sirvo de una aguja de las más grandes de Hagedorn. De este modo he obtenido cuatro éxitos, sin fracaso alguno, en cuatro casos de ruptura completa y muy extensa del tabique.

(1) Edis. *Diseases of women*. Londres, 1882, p. 402 —Zweiffel. *Die Krankh. der œusseren weibl. Genitalien*, etc. *(Deutsche Chir.*, Lief. 61, 1885, p. 127).

(2) Hart y Barbour. *Manuel de Gynéc.*, trad. al franc., 1886, p. 600.

colgajos. Los cabos de los hilos se dejan bastante largos para que salgan fuera de la vagina. Por el lado del recto vale más servirse de catgut y dejar los hilos cortos. Finalmente, para reunir la cavidad cruenta remanente, se hacen pasar dos suturas perineales profundas, anudándolas sobre placas metálicas, y se termina la operación con suturas superficiales.

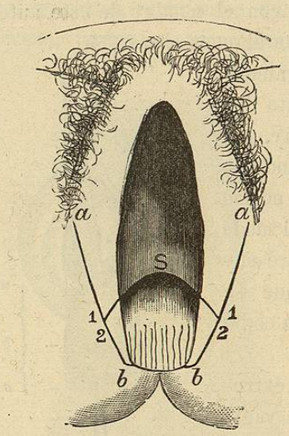

Fig. 143.—Desgarro completo del periné. Perineorrofia
Procedimiento de Simpson. Avivamiento

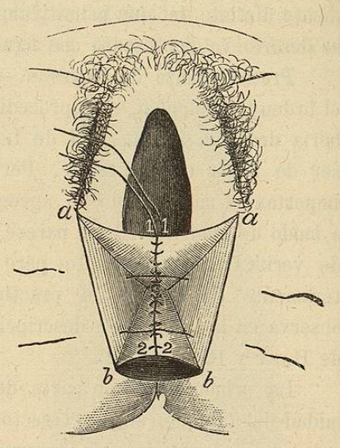

Fig. 144.—Desgarro completo del periné. Perineorrafia
Procedimiento de Simpson. Suturas

Procedimiento de Fritsch

Procedimiento de Fritsch (1).—Este procedimiento se parece todavía más al de Lawson-Tait. Al igual del de este autor, parte del principio de substituir el avivamiento por el desdoble, con objeto de ahorrar los tejidos de la vagina y del periné, que están en parte destruídos, y evitar todo lo posible la formación de nuevo tejido cicatricial. Fritsch se limita en las rupturas incompletas á descoger el recto de la vagina, añadiendo en las completas una incisión lateral para descubrir las extremidades del esfínter que han sufrido retracción. Para su reunión adopta un hilo provisional, el cual durante la operación sirve para reformar el orificio, á fin de que aquélla pueda verificarse con toda regularidad. Después hace con catgut la sutura de la mucosa rectal por puntos separados, colocados desde la vagina y anudados en el fondo de la herida (suturas perdidas, con puntos separados de Werth, véase páginas 54 y 55 del t. I). Estas suturas no deben penetrar en el recto,

(1) Fritsch. *Die Krankheiten der Frauen*, 3.ª edición, 1886.—*Ueber Perineoplastik* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 30, p. 473).

pues de este modo, según el precepto de Lauenstein, se evita que la infección de la herida se produzca por el trayecto de los hilos. Iguales suturas perdidas se practican en la herida para cerrar la

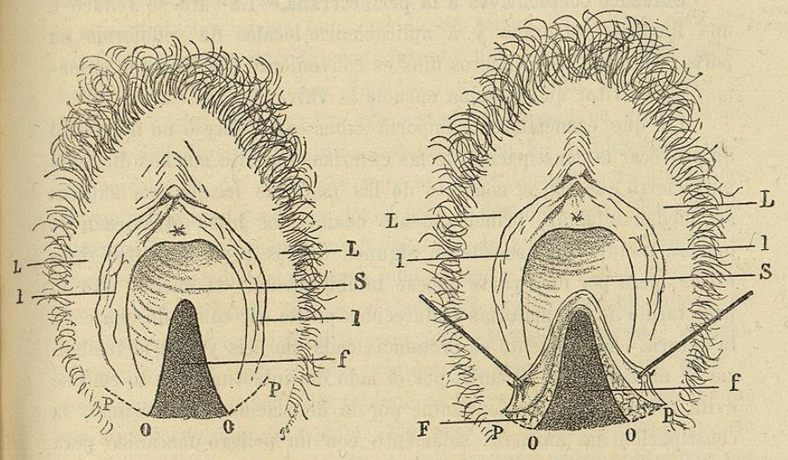

Fig. 145.—Desgarro del tabique recto-vaginal. Procedimiento de desdoble (Fritsch Walzberg)
Desdoble y sutura del tabique desgarrado. S. Tabique recto-vaginal; f. Hendidura ó desgarro de este tabique; L. Labio mayor; l. Labio menor; P. Periné; F. Porción rectal del colgajo desdoblado.

vagina, cuyas suturas tampoco deben penetrar en esta cavidad. Por último, sólo falta juntar la herida perineal por una serie de suturas

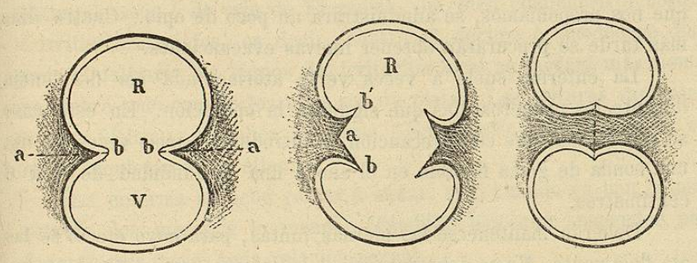

Fig. 146.—Desgarro del tabique recto-vaginal. Procedimiento de desdoble (Fritsch-Walzberg)
Desdoble y sutura del tabique desgarrado (Esquema). R. Recto; V. Vagina; a b b'. Incisión 1. Incisión. 2. Desdoble. 3. Reunión

perdidas de planos superpuestos, procedimiento que Fritsch prefiere á la sutura continua por capas.

Si el desgarro del tabique se extiende á mucha altura, á veces

habrá necesidad de desdoblarlo, como lo ha hecho WALZBERG (1), y practicar luego la sutura, siguiendo los mismos principios (figs. 145 y 146).

Cuidados consecutivos á la perineorrafia

Cuidados consecutivos á la perineorrafia.—La cura se reduce á una limpieza esmerada y á aplicaciones locales de yodoformo en polvo. Durante los primeros días es conveniente sondar á las enfermas para evitar que la orina ensucie la vulva.

Lo que esencialmente importa saber es, si hay ó no necesidad de provocar la constipación de las enfermas durante muchos días. Es muy cierto que con el contacto de las materias fecales las suturas se pueden infectar, principalmente cuando los hilos atraviesan la mucosa rectal, como sucede en algunos de los procedimientos descritos; pero por otra parte débese también tener en cuenta que el paso tardío de las materias endurecidas puede ser causa de que ceda la sutura. Actualmente se pronuncia cada día más y más la tendencia á abstenerse de suturas por el lado del intestino, con lo cual se evita que la herida se contamine por la defecación. Por último, la constipación no amenaza solamente con un peligro mecánico para dentro de corto plazo, sino que además, es nociva por el trastorno que causa á la nutrición general; de manera que también indirectamente sirve de obstáculo al trabajo plástico. Creo que lo mejor es hacer observar á las operadas una dieta láctea durante la primera semana y administrarles un ligero purgante hacia el quinto día. Cuando se hayan obtenido una ó dos deposiciones, se cesará con los purgantes, y si se hubiese propasado el efecto puramente laxativo que nos proponíamos, se administrará un poco de opio. Cuatro días más tarde se procurarán obtener nuevas evacuaciones.

La enferma suele á veces verse atormentada por flatulencia durante los primeros días que siguen á la operación. En este caso se recomienda que con precaución se introduzca varias veces al día una sonda de goma flexible en el ano á una profundidad de 6 á 8 centímetros.

Deberán mantenerse las piernas juntas, para cuyo efecto se las ata flojamente. No se debe permitir á la enferma que se siente antes de pasadas tres semanas.

Se observará el mayor esmero en la limpieza; después de cada necesidad se harán lavados en la vulva y en el periné.

Es preciso seguir con atención la temperatura de la operada.

(1) WALZBERG. *Ueber Dammbildung vermittelst Spaltung des Septum bei durchgehender Zerreissung des Dammes* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVII, p. 841.)

La menor elevación indica que ha habido infección de la herida y que amenaza un absceso. Ordinariamente éste suele originarse en un punto que no ha sido bien coaptado, en un *espacio muerto* en lo profundo de la herida donde han podido acumularse sangre ó serosidad, las cuales han servido de medio de cultura para los microbios que se introdujeron durante una operación insuficientemente aséptica ó que han llegado á dicho punto recorriendo el trayecto de las suturas. En este estado la región se vuelve dolorosa é inflamada y los hilos penetrando en los tejidos edematosos los cortan. Si no se quitan muy en breve, la inflamación adquiere mayor intensidad y acarrea por sí sola la desunión total. En cambio, retirando oportunamente uno ó dos hilos de sutura, en ocasiones se logra circunscribir el proceso inflamatorio y la desunión no pasa de ser parcial. Cuando es por el lado del periné que ha dejado de verificarse la reunión primitiva en una extensión limitada, ordinariamente suele muy pronto completarse secundariamente, pero si esto ocurre por el lado del tabique recto vaginal, es de temer que se siga formación de fístula. En caso de llegar á formarse esta perforación recto-vaginal, si es muy pequeña podrá obliterarse por granulación, mediante algunas cauterizaciones; pero si es más extensa, quedará subsistente y hará necesaria una nueva operación, que sólo será lícito ejecutar después de transcurrido un mes de la perineorrafia. El signo patognomónico de esta desunión profunda es la incontinencia de gases que aqueja de nuevo á la enferma.

Por regla general se quitarán las suturas perineales de hilo de plata, de seda ó de crin de Florencia, no bien comiencen á cortar ó irritar los tejidos, es decir, contra el décimo ó duodécimo día; pero si faltaren los signos de irritación local se tardará más tiempo, sobre todo cuando los hilos son de plata. Las suturas vaginales son las últimas que deben retirarse. En cuanto á las de catgut, es inútil inquietarse por ellas.

La enferma no debe volver á andar, sino cuando ya han transcurrido dos meses á lo menos. También hay que suspender por durante seis meses toda relación sexual.

Pronóstico y resultados de la perineorrafia

Pronóstico y resultados de la perineorrafia.—Actualmente la perineorrafia es una operación que no encierra gravedad. En los más de los casos se puede terminar en algunos minutos sin ninguna necesidad de acudir al cloroformo, bastando la cocaína, ya en embrocaciones, ya en inyecciones hipodérmicas. No deben temerse la hemorragia profusa, ni la septicemia. Todos los casos que de