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

esta última complicación se citan son, fuera de algunas raras excepciones, de fecha muy antigua.

Los resultados son también más completos desde que no hay ya que temer la supuración. En tiempo pasado la falta de antisepsia y la multiplicidad de suturas por el lado de la vagina y del recto hacían casi inevitable la infección de la parte profunda de la herida; además, á menudo la reunión se efectuaba únicamente en la superficie y quedaba sin verificarse por debajo de ésta, dejando subsistir una fístula recto-vaginal que constituía una dolencia casi de tanta importancia como la misma ausencia del periné. Este último accidente sólo se presenta rarísimas veces desde que se practica la antisepsia, desde que se aplica mayor cuidado á la coaptación de las partes profundas de la herida y que en la inmensa mayoría de los casos se prescinde de toda otra clase de suturas fuera de las del lado del periné (procedimientos de Emmet, de Lawson-Tait).

Por último, el cuidado que se dedica á la reunión de los planos musculares profundos y á la aproximación de los extremos del esfínter dividido, explica también los mejores resultados que se obtienen con relación á las funciones del intestino. Así antiguamente no era raro ver á mujeres, con periné, en apariencia enteramente reconstituído, imposibilitadas de retener los gases y las materias líquidas.

Numerosos hechos prueban que puede efectuarse un nuevo parto sin que ocurra otra vez ruptura del periné, aun cuando el cirujano haya reducido en alto grado las dimensiones de la vulva. De todos modos siempre se ha de procurar que la estrechez producida en este orificio no sea excesiva, porque esta circunstancia constituye siempre una falta operatoria.

Elección del procedimiento

Elección del procedimiento.—Habiéndose obtenido resultados satisfactorios con cada uno de los procedimientos que hemos descrito, pudiera decirse que todos ellos son buenos. Sin embargo, en igualdad de circunstancias, es evidente que merecerá la preferencia aquel que presente más sencillez y rapidez de ejecución. A estas razones debe atribuirse la gran boga que actualmente goza el procedimiento de Lawson-Tait. Es innegable que los servicios que presta son reales, pero no por esto debemos renunciar á todas las demás clases de técnica que hemos expuesto. Así vemos que muchos cirujanos sólo admiten dicho procedimiento para los desgarros incompletos, y aun en estos casos se le achaca la falta de crear un pequeño fondo de saco en la parte posterior de la horquilla. En los desgarros completos son infinitamente menores

los éxitos que se obtienen por este método de L.-Tait, y son muchos los operadores que prefieren los procedimientos antiguos, que han demostrado ser eficaces. Con todo, también se obtiene de él buenos resultados, aun en los casos en que la pared recto-vaginal presenta un desgarro muy extenso, si se tiene cuidado de extender el desdoble de esta pared á gran altura, como lo ha hecho Walzberg, y si se la sutura en un tiempo preliminar. Sin embargo, lo más ordinario en estos casos es practicar el deslizamiento de los colgajos de arriba abajo en gran extensión por el simple desdoble transversal, lo cual no suele presentar dificultad. En rigor la operación no requiere más que la simple anestesia local, que se obtiene con inyecciones de cocaína. A causa de la metritis concomitante, con frecuencia hay necesidad de practicar antes de la perineorrafia un raspado uterino y una operación en el cuello, y en estos casos es preferible administrar á la enferma el cloroformo.