

porción de su circunferencia que penetra la primera, debe deprimir con alguna fuerza la horquilla, el periné y también el recto, hasta que la otra porción haya descendido bastante para deslizarse por debajo del arco pubiano; la introducción se concluye entonces por sí misma, y únicamente falta dar al instrumento su posición definitiva, casi transversal á la vagina, con una de sus caras mirando adelante, la otra atrás y la pared superior de la circunferencia por detrás del cuello uterino. No hay necesidad de que nos entretengamos en describir el modo de introducción de los demás pesarios.

Para extraerlos, basta coger el borde superior con el índice doblado en forma de gancho, y atraerlos suavemente á lo largo de la vulva, cuando se trata de los de caucho. El pesario en boliche debe salir oblicuamente. Para el de rosquilla, ó bien se le coge pasando el dedo por su orificio central, ó se le vuelve de canto y se le extrae en esta disposición.

Los pesarios tienen muchas veces una notable eficacia, pero en cambio tienen una porción de inconvenientes. Para mantenerlos suficientemente limpios, es necesario extraerlos cada noche para volverlos á colocar por la mañana; de lo contrario, quedan bañados en un moco vaginal, que puede hacerse purulento y á la larga adquiere una fetidez insoportable. La acción deletérea de este líquido la experimenta también el mismo pesario, pues el caucho se reblandece y se reduce á un verdadero putrilago; los pesarios llamados de goma elástica pierden su barniz, su cubierta y se incrustan en las partes blandas; ni siquiera el marfil resiste la acción de semejante líquido.

VIII.— Del cistocele y del rectocele vaginales

Reuno estas dos especies de hernia, porque, en ambas, la vagina, rechazada á través de la vulva, arrastra consigo la vejiga ó el recto, órganos que es necesario respetar por igual al llevar á cabo las operaciones que se han propuesto para la cura radical. Estas operaciones tienen todas por objeto estrechar la porción de la vagina dilatada que forma parte de la hernia. Se han aplicado á estos casos la escisión seguida de sutura, la sutura sin escisión y la ligadura. Huguier había tanteado igualmente la escisión sin sutura con la estrangulación lineal, pero ha renunciado á ella.

1.º *Escisión.*—La escisión, derivada de un procedimiento de Marshall-Hall para la caída del útero, consiste en separar con el

bisturí un colgajo de la vagina, ya de la parte anterior, ya de la posterior, reuniendo inmediatamente la herida por sutura. Stoltz, en 1842, hizo aplicación de la sutura á punto por encima, que no tiene ventaja alguna sobre la ensortijada. La principal dificultad consiste en no herir el recto ni la vejiga. Velpeau, desde 1835, puso en práctica contra la caída del útero un procedimiento, que creo útil consignarlo en este punto.

Procedimiento de Velpeau.—Con una erina cogía este operador, lo más arriba posible, la cresta media posterior de la vagina, y del mismo modo hacía que un ayudante la cogiera en la parte inferior, el cual debía tirar de las dos erinas, de suerte que hiciera formar un pliegue vertical á la pared de la vagina. Entonces el operador introducía el índice izquierdo en el recto para proteger el intestino, y con la mano derecha armada de una aguja curva, pasaba tres ó cuatro hilos dobles en la base del pliegue vaginal; separaba luego con un bisturí las partes comprendidas en este pliegue hasta 6 ó 7 milímetros, y terminaba anudando éstos como en la sutura entrecortada.

Dicho cirujano no ha dicho de qué medios se valía para proteger la vejiga; pero Huguier, que ha practicado la escisión por este lado á beneficio de dos incisiones elípticas, introduce previamente en la vejiga su dedo meñique.

2.º *Sutura sin escisión. Procedimiento de Jobert.*—Este cirujano practica sobre la porción dilatada de la vagina dos incisiones verticales casi paralelas y separadas una de otra de 2 á 3 centímetros; después las reúne entre sí por sutura ensortijada, dejando con ello por detrás de la sutura un repliegue de la mucosa vaginal.

3.º *Ligadura. Procedimiento de Bellini.*—Cogida y atraída por medio de una erina doble la porción que se trata de extirpar, rodea su base con un hilo que atraviesa primero la pared vaginal en una extensión de 5 á 6 milímetros, corre igual trecho paralelamente á la superficie de la mucosa, y continúa así sucesivamente, tal como se hacía en la antigua sutura hilvanada ó de puntos pasados. Procediendo así, el hilo debe describir una especie de U invertida (\cap), de manera que los cabos del hilo vengán á salir por el orificio exterior. Anudando entonces los dos cabos, constreñirán las partes comprendidas obrando como el cordón de una bolsa, y se los sujetará con un segundo nudo bastante apretado para producir la estrangulación.

Procedimiento de Huguier.—Este cirujano introduce previamente el dedo meñique en la vejiga ó el índice en el recto para proteger

estas vísceras, y luego, con unas pinzas de Museux, atrae la porción que trata de escindir de manera que venga á formar un pliegue, cuya base atraviesa con dos alfileres dispuestos en cruz y los sujeta con una ligadura. Si después de esto le parece insuficiente la pérdida de sustancia, coloca otros dos alfileres á alguna distancia de los primeros, sujetados asimismo con un hilo, y reúne el todo con otro hilo fuerte que lo deja colocado hasta que se caen las partes estranguladas y esfaceladas.

Podríamos añadir á estos procedimientos muchos otros, pero como son aplicables sobre todo á la curación del prolapso uterino, nos ocuparemos de ellos al hablar del tratamiento de esta enfermedad, y entonces examinaremos la cuestión de su eficacia y de la estabilidad de la curación.

IX.—Rasgadura del periné

La rasgadura del periné puede ser completa ó incompleta. Se han visto rasgaduras incompletas en el centro y en la parte posterior, pero son lesiones muy raras, que curan generalmente por los solos esfuerzos de la naturaleza. Es mucho más frecuente que el periné se desgarre en la parte anterior, y entonces esta lesión puede alcanzar dos grados principales: ó bien la rasgadura queda limitada á la horquilla, ó continúa hacia atrás hasta las inmediaciones del ano, habiendo sido únicamente el esfínter el que ha resistido. La rasgadura completa presenta también dos grados, según que comprenda únicamente el periné, ó que ascienda más ó menos sobre el tabique recto-vaginal.

Cuando las rasgaduras quedan limitadas á la horquilla, generalmente se las abandona. Cuando se prolongan un poco hacia atrás, se pueden practicar algunos puntos de sutura entrecortada; pero probablemente alcanzaríamos igual resultado con las cauterizaciones repetidas según el procedimiento de J. Cloquet, de que hemos hablado al ocuparnos de las fisuras del velo del paladar (pág. 252); este cirujano ha aplicado este mismo procedimiento hasta en las rasgaduras completas, y ha reunido cinco casos de curación completa por el empleo del nitrato ácido de mercurio, del cáustico de Viena y principalmente del cauterio actual.

Comunmente la rasgadura se extiende más allá; puede interesar una parte más ó menos grande del esfínter, dividirlo en su totalidad la mucosa anal inclusive, y puede, por último, prolongarse á lo largo del tabique en mayor ó menor extensión. La gravedad en los tres casos es muy distinta, porque las probabilidades de éxito de la perineorrafia son muy diferentes según que la rasgadura interesa

ó no el tabique, por lo cual á cada uno de estos casos conviene determinada operación.

Contra la rasgadura *incompleta* del periné se aplican las operaciones que tienen por objeto estrechar el orificio vulvar; las de Baker Brown, Martin y Emmet de que me ocuparé más adelante al hablar del prolapso del útero. Aquí nos ocuparemos únicamente de las que se aplican á la rasgadura completa interesando todo el esfínter, y de las aún más graves que interesan el esfínter y el tabique.

Parece que Guillemeau fué el primero que intentó reunir por sutura los bordes de una rasgadura perineal. La operación no se reprodujo hasta el siglo XVIII: De la Motté en 1704, Emellie y Noel (de Reims) en 1794, Murena en 1796, Salcerotte en 1797 y Menzel en 1799 la practicaron con éxito diverso. Dieffenbach la rehabilitó en Alemania, y Roux, á partir de 1832, la vulgarizó en Francia. En estos últimos veinte años los procedimientos se han multiplicado de tal modo, que sería difícil enumerarlos todos y más difícil aún distinguirlos unos de otros, porque la mayoría no son más que procedúnculos, diferenciándose únicamente de los procedimientos anteriores por insignificantes detalles ó no diferenciándose en nada. Se los puede clasificar en procedimientos por autoplastia, por sutura simple, asegurando la coaptación por incisiones liberatrices ó por suturas suplementarias.

Autoplastia.—Aplicada por Langenbeck y Bischoff, se toma el colgajo de la pared posterior de la vagina despegada de la del recto.

Procedimiento de Langenbeck.—Empieza por refrescar el espolón cicatricial que limita la rasgadura del tabique, escindiendo una tirilla con las tijeras. Después de esto y poniendo el tabique tirante con los dedos introducidos en el recto, se practica sobre la cara vaginal una incisión transversal y semicircular de convexidad inferior, no comprendiendo más que la hoja vaginal; esta incisión se prolonga por ambos lados en la extensión de algo más de un centímetro, y se disea de abajo arriba el colgajo así circunscrito, el cual queda adherido por su base, que es superior. Después se refrescan por cada lado las partes laterales de la vulva como en todos los procedimientos de perineorrafia, se pasan los hilos empezando por el borde superior de este refrescamiento y atravesando después los bordes del colgajo, con lo cual resulta éste atraído hacia delante, viniendo á cerrar ó, mejor, á ocultar la línea de reunión vaginal de los dos labios de la vulva aproximados por los puntos de sutura. La operación termina por las incisiones perineales liberatrices de Dieffenbach.

Sutura simple. Procedimiento de Roux.—Este cirujano empleó

exclusivamente la sutura enclavijada, que encontraremos en otros procedimientos. Se refresca la solución de continuidad y luego se pasan transversalmente tres hilos dobles, haciendo de manera que el medio suba hasta el tabique. Estos hilos se anudan por cada lado sobre trozos de sonda. Como que esta sutura deja entreabiertos los labios de la herida exterior se corrige este defecto por tres puntos de sutura entrecortada.

Incisiones laterales en el periné. Procedimiento de Dieffenbach.—Empieza por reunir el centro de la división por medio de un punto de sutura entrecortada; aplica además dos puntos de la ensortijada por delante y otros dos por detrás, y finalmente, si el tabique está dividido, aplica en él dos puntos de sutura entrecortada pasada con una aguja de coser muy fina. Después de haber apretado todas estas suturas, practica á cada lado del periné una incisión semilunar de convexidad externa, que, empezando á 12 ó 13 milímetros del borde posterior del grande labio, se separa hacia afuera hasta 2 centímetros de la rasgadura, para terminar á 1 centímetro por delante y por fuera del ano. Estas incisiones, además de dejar transversalmente sueltas las partes que circunscriben, les permiten descender unos 13 milímetros del nivel de los tegumentos circunstantes, lo cual impide igualmente toda tirantez en sentido vertical.

Incisiones del esfínter. Procedimiento de Baker-Brown.—Inmediatamente después del refrescamiento, se introduce en el ano un bisturí de botón, con el cual se practica por cada lado del esfínter y á 6 milímetros de su inserción coxígea, una incisión dirigida hacia afuera y atrás en la extensión de 3 á 5 centímetros. Tres puntos de sutura enclavijada sirven para aproximar la rasgadura, cuyos bordes superiores se reúnen por puntos de sutura entrecortada; se termina colocando una planchuela empapada de aceite en cada una de las incisiones del esfínter.

Desdoblamiento del tabique vagino-rectal. Procedimiento de Demarquay.—El procedimiento aplicado por el autor en 1858 se ejecuta de la manera siguiente: se escinde de cada lado dos colgajos triangulares cuya base mira á la nalga y el vértice truncado corresponde al espolón del tabique desgarrado. En el segundo tiempo, se disecciona por cada lado las mucosas de la *vagina* y del *recto*, que forman los bordes superior é inferior de la V que representa el refrescamiento, formando dos pequeños colgajos de 1 centímetro de altura. Después de esto se procede á la sutura: 1.º de la vagina, 2.º del recto, 3.º del periné. Después de terminada la sutura se practican por cada lado las dos incisiones liberatrices de Dieffenbach.

El procedimiento de Demarquay me parece que llena una indicación importante, la de prevenir por dos planos de suturas la infiltración de las materias vaginales y rectales en la herida; pero el simple refrescamiento del espolón me parece insuficiente, porque es fácil que en este punto no se opere la reunión, como le sucedió á Demarquay en su primera operación, que no pudo evitar la formación de una fistula recto-vaginal. Por otra parte, Demarquay disecciona la mucosa rectal y á mí me parece importante respetarla. Estas consideraciones me condujeron á modificar su operación haciéndola más completa y segura. Existe tal confusión en la denominación de los procedimientos, que creo conveniente advertir que, si bien el que voy á describir como propio es derivado del de Demarquay, es á corta diferencia idéntico al que se describe á veces con el nombre de procedimiento de Richet. No obstante se diferencia de éste en que yo practico la sutura rectal y las incisiones liberatrices de Dieffenbach. Los procedimientos de Sée y Polaillon apenas se distinguen de los precedentes, y en cuanto á los de Hildebrand, Hegar y Kalténbach, son de muchos años posteriores á las operaciones de Richet y á la mía.

Procedimiento de León Le Fort.—Este procedimiento es especialmente aplicable á las rasgaduras completas que interesan gran parte del tabique. Después de haber separado los bordes de la vulva, practico en la parte media del tabique intacto, y á partir del ángulo de reunión de sus restos (punto C, fig. 749) una incisión de 1 centímetro de longitud, que únicamente interesa su hoja vaginal, es decir, la mitad de su grosor; después practico una incisión ligeramente convexa hacia abajo que por cada lado sigue la línea C D E subiendo hasta el punto E. Del mismo punto de partida C sale una segunda incisión C G á lo largo de la parte rectal de los restos del tabique, pero sin interesar la mucosa rectal y llegando hasta cerca del ano por cada lado. Estas dos incisiones separadas en ángulo agudo se unen por una tercera incisión curva E I G limitando un triángulo H, de cuya área se escinde la piel y la cicatriz á fin de tener por cada lado una superficie triangular refrescada. Después de esto, cogiendo con las pinzas de garfios la hoja vaginal del tabique y el borde anterior de la incisión C D E, la disecciono hasta la línea de puntos C E, lo cual me proporciona un pequeño colgajo vaginal D que por su cara cruenta se unirá con el del otro lado. Por lo que respecta al tabique, se efectúan tres planos: uno rectal formado por la sutura de los dos bordes del recto; uno vaginal constituido por la unión de los dos pequeños colgajos D, y un ancho plano intermedio formado por la coaptación de los dos triángulos refrescados H.

Para formar la parte rectal coloco á lo largo de las incisiones

nes C G que costean el recto y el ano puntos de sutura entrecortada, empezando por debajo del espolón C. A este fin introduzco la aguja á lo largo del borde izquierdo, dirigiéndola desde el recto hacia la vagina, y luego contra el labio derecho de la incisión (fig. 750) desde la vagina hacia el recto. Este primer punto de sutura se anuda y luego se coloca el segundo y sucesivamente el tercero y hasta el cuarto, hasta que la pared anterior del recto queda nuevamente formada hasta el ano. Terminado este tiempo

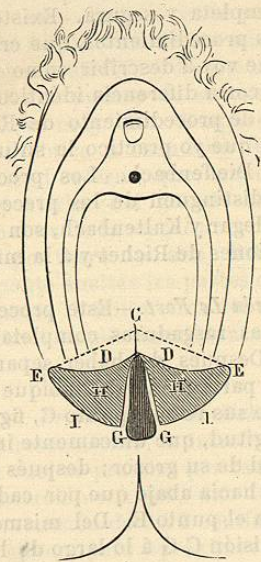


FIG. 749

Procedimiento de L. Le Fort.—Trazado de las incisiones

de la operación, el recto queda, aunque por una delgada hoja, completamente formado de nuevo y separado de la vagina.

Después de esto, paso á la formación de la parte intermedia del tabique, aproximando, en la parte que corresponderá al mismo las superficies triangulares cruentas H. El primer hilo (fig. 751), se introduce más allá de la línea C D, punto en donde se adhiere la base del pequeño colgajo vaginal. Este hilo corre de arriba abajo y de derecha á izquierda por el espesor de las partes blandas refrescadas á nivel del triángulo H, sale al exterior en la línea media y luego corre de abajo arriba y en la misma profundidad á través del labio izquierdo de la herida para volver á salir igual-

mente á medio centímetro de la línea CE. De la misma manera se pasan tres ó cuatro hilos en el punto que deberá formar la parte más posterior del tabique. Durante todo el tiempo de la colocación de estos hilos, el índice izquierdo, introducido en el recto, guía la aguja y evita que penetre en el intestino.

Estos hilos son colocados, pero por el momento no se anudan; esto no se hace hasta después de haber pasado los hilos que deberán reconstituir el periné y el esfínter. Estos hilos (fig. 753), son dos ó tres, según la altura del periné. La aguja penetra á un centímetro ó centímetro y medio del borde perineal del triángulo refrescado H. Un primer hilo de plata (1, fig. 752), introducido por

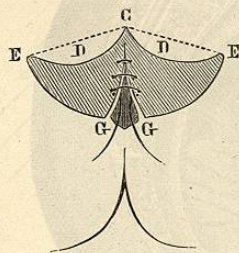


FIG. 750

Reconstitución de la pared rectal; trayecto de las suturas

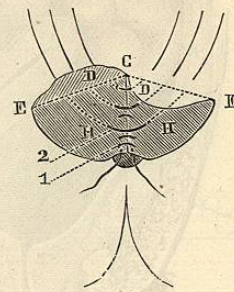


FIG. 751

Reconstitución del tabique. 1. Suturas de la mucosa rectal saliendo los cabos por el año. 2. Suturas del tabique saliendo los cabos por la vagina. A la izquierda el colgajo vaginal D está levantado.

el punto E (fig. 751), penetra hasta el espolón y sale por la nalga opuesta en el punto correspondiente. Un segundo hilo (3, fig. 752), corre menos profundamente y muy cerca de la mucosa rectal, no llega hasta el tabique y tiene por objeto mantener formado el esfínter. En caso necesario, coloco un tercer hilo (2, fig. 752) entre los dos anteriores. Los cabos de estos tres hilos se introducen por cada lado y cada uno por separado dentro de un pedazo de sonda de goma elástica agujereada y se mantienen en su respectiva posición por medio de tubos de Galli. Estos hilos despliegan toda su acción en las partes profundas del refrescamiento y tienden á aproximar el tabique vagino-rectal á la superficie del periné. Antes de aplicar las sondas y de atar estos hilos, ato los hilos vaginales que se sujetan con tubos de Galli, y á medida que los voy ligando aplico algunas suturas superficiales que unen entre sí los

pequeños colgajos vaginales D D. Una vez ligadas las suturas, por poco tensos que estén los tejidos, practico los desbridamientos de Dieffenbach.

Así he practicado diferentes veces esta operación desde 1868, y según se puede ver en la fig. 752, uno de los hilos profundos va desde el periné al tabique, como lo ha imaginado después Emmet. Pues bien, he observado que cuando se trata de rasgaduras extensas

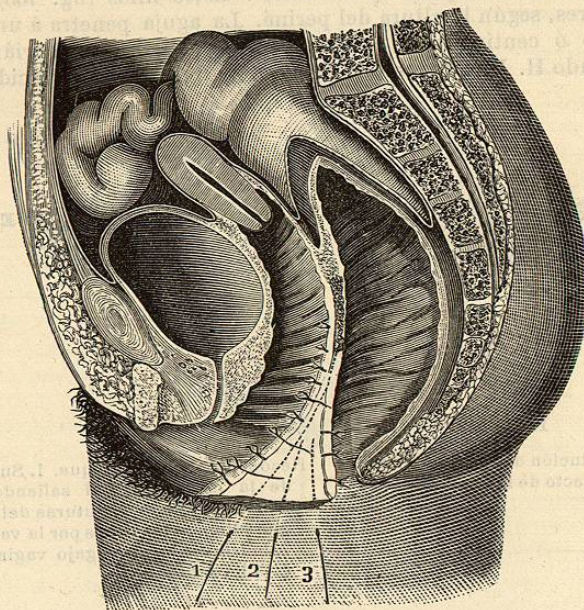


Fig. 752

Procedimiento de Le Fort (1868). Esquemas de las suturas

del tabique, el hilo así colocado es, por razones que señalaré después, mucho más perjudicial que útil. Por esto, desde algunos años he desistido de introducir el hilo á tal profundidad, de modo que los hilos transversales ó perineales no los hago penetrar más allá de un centímetro ó centímetro y medio, resultando entonces la operación de la manera siguiente.

Por lo que respecta al refrescamiento y á la sutura del tabique rectal, opero del modo indicado ya; pero en vez de aproximar las partes divididas del periné por suturas, cuya dirección es más ántero-posterior que transversal; en vez de ir desde el periné

hacia el tabique (fig. 752), reuno la parte que deberá reconstituir el tabique por suturas vaginales transversales (C C C, fig. 754) que profundizan casi hasta la mucosa rectal. Entre éstas se encuentran las suturas superficiales (B B) que unen entre sí los dos pequeños colgajos vaginales (D, figs. 750 y 751). Los hilos perineales transversalmente colocados, pero introducidos de delante atrás (D D D, fig. 754), no penetran más allá de un centímetro y son generalmente en número de tres. El primero penetra por el punto E (fig. 753), á un centímetro por fuera de la base del triángulo de refrescamiento; el segundo I es intermedio y el tercero K se halla muy próximo á la mucosa rectal y sirve principalmente para reconstituir el esfínter. La operación se termina, si es necesario, con

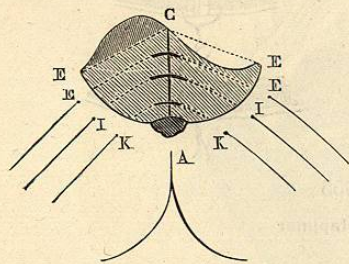


FIG. 753

Procedimiento de 1868.—Suturas perineales cuyos cabos corresponden al periné.

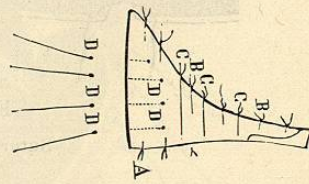


FIG. 754

Procedimiento actual de Le Fort.—Esquema de las suturas.—B. Suturas superficiales de la mucosa vaginal.—C. Suturas vaginales profundas del tabique.—D. Suturas perineales.

las incisiones liberatrices de Dieffenbach, que tienen la doble ventaja de disminuir la tirantez transversal y de permitir á la parte suturada subir hacia el espolón del tabique, por lo cual resulta inútil que el hilo superior llegue á atravesar el tabique, disposición que empleé en 1868, la describí en 1869 y Emmet no la ha empleado hasta muchos años después.

Procedimiento de sutura de Heppner.—Para asegurar mejor la reunión, Heppner (de San Petersburgo), en vez de practicar una sutura profunda y otra superficial, practica á la vez las dos suturas ya con uno solo, ya con dos hilos separados. Cuando emplea dos hilos, hace de manera que se crucen en el centro de la parte refrescada, de suerte que el hilo que se introduce por la superficie del colgajo del lado izquierdo, reaparece en la parte media de la

herida del mismo lado; después se introduce asimismo al nivel de la parte media de la herida derecha, para salir por la cara profunda del colgajo del mismo lado. Resulta de esto que los dos hilos se cruzan formando una X (fig. 755), y sólo falta reunir por torsión dos á dos sus extremos libres. También podemos emplear un solo hilo fijando una aguja á cada uno de sus cabos; en este caso, la parte media del hilo corresponde á la cara profunda del colgajo y sólo hay que reunir los extremos libres superficiales.

Los procedimientos de Verneuil y de Trélat no ofrecen particu-

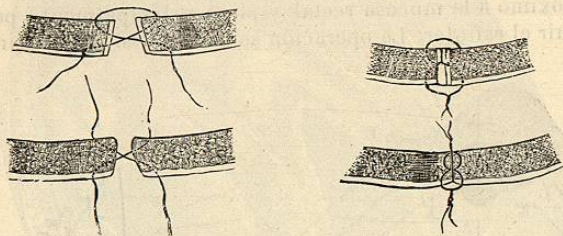


FIG. 755

Sutura de Heppner

laridades importantes que los distinguen de los demás; por otra parte, habiendo sus autores abandonado estos procedimientos prefiriendo el de Emmet, creo inútil describirlos.

Procedimiento de Emmet.—En la actualidad este procedimiento es el más generalmente empleado por los cirujanos franceses; pero como que las descripciones que de él dan nuestros autores me parecen poco conformes con la, por otra parte bastante confusa, del autor, creo conveniente entrar en algunos detalles.

Emmet, en su edición de 1879, apenas se ocupó más que de las rupturas incompletas del periné y de las que interesan el esfínter, prescindiendo casi del todo de las rupturas del tabique recto-vaginal. En su tercera edición, de la cual no poseo más que la traducción francesa, habla de la del tabique, y para restaurarlo no propone un procedimiento suyo personal. Como procedimientos de Emmet hay que describir, no uno solo sino dos y hasta tres aplicables á lesiones de diverso grado.

A. *Ruptura incompleta del periné.*—Este procedimiento en rigor debería describirse al hablar del prolapso del útero al lado de los de Baker-Brown, Martin, etc.; si lo describo en este lugar es con el objeto de facilitar la comprensión de la operación más completa

tal como la practica Emmet, y porque él mismo la describe como operación aplicable á la *laceration of the perineum*.

En este procedimiento no se trata más que de las rupturas que no alcanzan al esfínter; son simples rasgaduras de la horquilla acompañadas ó no de un cierto grado de rectocele. La operación se practica del modo siguiente: á nivel del periné y del lado interno inferior de la vulva se escinde un colgajo mucoso que tiene la forma de dos hojuelas (fig. 756) exactamente lo mismo que en el

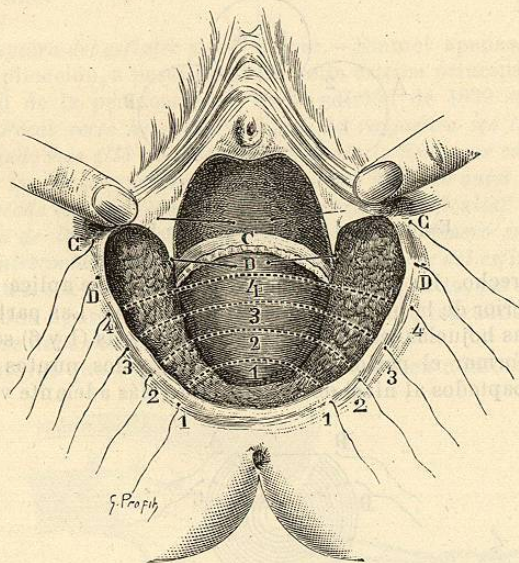


FIG. 756

Procedimiento de Emmet para la rasgadura parcial del periné

procedimiento de Baker Browns. Pero Emmet quita también la mucosa de toda la parte inferior de la pared vaginal posterior cerca de la horquilla. El fin que se propone no es precisamente, como en los demás procedimientos, reunir las partes izquierdas del refresco con las derechas sobre la línea media, sino atraer la parte vaginal refrescada detrás de la vulvar igualmente refrescada, de manera que la una preste apoyo á la otra. Para obtener este resultado, el hilo C (fig. 756), que pasa á través del grande labio por encima del refresco, atraviesa la parte de la pared vaginal C que no ha sido refrescada. El hilo D pasa por debajo de la parte superior del refresco del labio mayor y

luego á través de la parte refrescada de la vagina, pero únicamente sobre la línea media, quedando libre en todo el resto de su extensión. Los hilos 1, 2, 3 y 4, al contrario, corren en todo su trayecto á través del espesor del labio y del tabique ocultos en toda su extensión. Después de atados los hilos, el resultado es el siguiente: la parte derecha (3) de la hoja media vaginal (fig. 757) se pone en contacto con la parte más posterior (2) de la hoja refrescada sobre

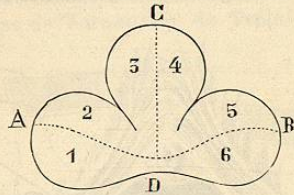


FIG. 757

Esquema del procedimiento de Emmet

el labio derecho. La parte vaginal izquierda (4) se aplica sobre la parte posterior de la hojuela labial izquierda (5). Las partes anteriores de las hojuelas labiales derecha é izquierda (1 y 6) se adhieren para formar el periné y la horquilla, y los puntos A C B resultan coaptados al nivel de la horquilla. Más adelante volveré á

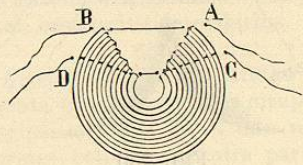


FIG. 758

Esquema de la sutura del esfínter (Emmet)

ocuparme de este procedimiento, que es de fácil ejecución y de buenos resultados.

B. *Rasgadura interesando el esfínter anal.*—En este punto Emmet no tiene procedimiento particular, á no ser que se considere tal la manera como aplica el punto de sutura que debe reunir el esfínter dividido. En efecto, Emmet insiste sobre la circunstancia de que las fibras musculares más concéntricas del esfínter después de la ruptura han sufrido una muy fuerte retracción, de manera que si la aguja penetra á cierta distancia por cada lado

de la línea media (en A y B, fig. 758), el hilo no abrazará más que las fibras circunferenciales del esfínter y no se restablecerá la continuidad de las fibras centrales. Según este autor, la aguja debe atravesar de C á D (fig. 758), haciendo de manera que el hilo pase casi por el ano mismo. Pues bien, puesto que estas fibras se han retraído debajo de la mucosa de la parte posterior del ano que quedó intacta, para obtener el restablecimiento de su continuidad, se hace preciso disecar y suprimir la mucosa que en este punto tapiza el ano.

C. *Ruptura del esfínter y del tabique.*—Emmet apenas habla de esta complicación, á pesar de que en ella estriba principalmente la dificultad de la perineorrafia. En su edición de 1879 se limita á decir: «Pocas veces he encontrado que la rasgadura sea tan extensa que, pasando más allá del esfínter, no pueda la fisura ser comprendida dentro de las suturas profundas pasadas como he dicho antes. Cuando se ha presentado este caso excepcional, he resuelto la dificultad desnudando los bordes de la división y reuniéndolos por un número suficiente de suturas entrecortadas colocadas hasta el mismo borde del esfínter anal.»

En su tercera edición no es el autor más explícito, pero remite al lector á una figura, que he creído conveniente reproducir, porque por ella se debe comprender el procedimiento.

Las suturas que deben formar el periné son en número de cinco,

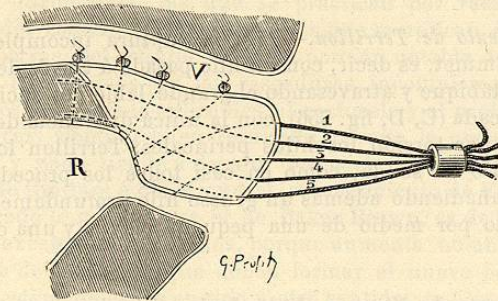


FIG. 759

y Emmet las representa colocadas de la manera siguiente: El hilo más inmediato á la horquilla (1, fig. 759) muy oblicuo hacia abajo pasa por encima de la parte rectal del esfínter; el segundo (2) penetra de delante atrás por el interior de una de las caras laterales refrescadas hasta el tabique (como lo hacía yo en mi procedimiento de 1868) y viene á salir á través de las partes profundas del labio opuesto en el punto correspondiente del otro lado. El

tercer hilo, corriendo de arriba abajo y de delante atrás, abraza la parte media del esfínter y es casi transversal. El cuarto, lo mismo que el segundo, va de delante atrás paralelamente á la superficie interna del refrescamiento de los grandes labios, y atraviesa también el tabique antes de inclinarse de atrás á delante á través del grande labio opuesto. El quinto y último pasa oblicuamente de delante atrás á través de la parte más central del esfínter, y este es el hilo cuyo trayecto viene representado en la figura esquemática (D C, fig. 758). Cuando todos estos hilos están ajustados por la torsión de su parte libre, las partes refrescadas que deben formar de nuevo el periné quedan coaptadas entre sí por una especie de fruncimiento á la manera que la abertura de una bolsa cerrada por un cordón. Esto es lo que tiene de particular este procedimiento, porque tocante al tabique recto-vaginal, Emmet, como casi todos los cirujanos, aplica suturas transversales sujetándolas por medio de plomos aplastados contra los hilos (fig. 759).

Es, pues, inexacto decir, como lo repiten casi todos los artículos escritos en Francia sobre este particular, que el procedimiento de Emmet tiene un solo plano de suturas, pues tiene al menos dos: uno ántero-posterior ú oblicuo de arriba abajo para formar de nuevo el periné, y otro transversal que comprende el tabique. Tampoco es exacto afirmar que este procedimiento exige el empleo de una larga aguja curva con su mango, pues Emmet se ha servido siempre de las agujas ordinarias.

Procedimiento de Terrillon.—Para la ruptura incompleta es el mismo de Emmet, es decir, con un hilo pasado á través de la parte intacta del tabique y atravesando el grande labio por encima de la parte refrescada (C, D, fig. 756), con la única diferencia de que, en vez de unir por torsión los hilos perineales, Terrillon los anuda sobre un trozo de sonda, como en casi todos los procedimientos anteriores, añadiendo además un grueso hilo profundamente colocado y sujeto por medio de una pequeña clavija y una chapa de plomo.

Procedimiento de Hegar y Kaltenbach.—Consiste este procedimiento en la aplicación de tres planos de suturas: las primeras reúnen transversalmente la parte rectal del tabique, las segundas son igualmente transversales y reúnen la parte vaginal desde la rasgadura profunda hasta la horquilla; las terceras, transversales como todas las demás, reúnen la parte de piel que deberá formar el periné y son bastante superficiales comprendiendo únicamente la piel.

Procedimiento de Hildebrandt.—El tabique rasgado es en su

parte más profunda unido por suturas transversales. Lo mismo sucede con la parte rectal del tabique. En cuanto á la porción que corresponde al periné y al esfínter, se reúne por suturas que penetran directamente de delante atrás y vienen á salir de atrás á delante á través del tabique opuesto. Por detrás todas traspasan el límite posterior del refrescamiento y por consiguiente todas ellas tienen su asa posterior visible dentro de la vagina. Los hilos son paralelos á la cara interna de los grandes labios en dirección ántero-posterior, como dos de los hilos del procedimiento de Emmet, pero ninguno de ellos llega hasta el tabique que ha quedado intacto, sino que todos tienen su asa dentro de la vagina.

3.º *Operación en dos tiempos. Procedimiento de Laugier.*—En un caso en que el tabique estaba igualmente dividido, Laugier empezó por refrescarlo y reunirlo por medio de tres puntos de sutura entrecortada; al noveno día, pudo quitar los hilos siendo completa la reunión. Un mes después, procedió á la reunión del periné, que se obtuvo igualmente mediante cinco puntos de la misma clase de sutura y sin practicar incisión alguna.

Apreciación.—Para tratar este punto con alguna claridad, ya que está oscurecido por la reunión de procedimientos que se aplican á operaciones en realidad muy diferentes, aunque llamadas todas perineorrafias, será conveniente distinguir las perineorrafias por rasgadura incompleta, las que se practican por rasgadura del periné y del esfínter, y por último, las que se aplican á la rasgadura del periné, del esfínter y de una porción notable del tabique.

No nos ocuparemos en las rasgaduras incompletas, que son operaciones igualmente aplicables al rectocele y al prolapso uterino y dan casi siempre buen resultado, porque la operación en sí es simple y nada tiende á desunir las partes aproximadas por la sutura. Me limitaré á decir que el procedimiento de Emmet, que he practicado lo mismo que el de Baker Brown, es de fácil ejecución y da excelentes resultados, porque aumenta notablemente la resistencia de las partes que deben formar el nuevo periné. Que los hilos estén colocados en uno ú otro sentido, que se los reúna por torsión ó que se fijen sobre una sonda, la escasa profundidad de las partes hace que todas las suturas den buen resultado si se las aplica de un modo conveniente y se procura no apretarlas demasiado hasta el punto de determinar la sección de las partes que comprenden.

Las dificultades empiezan cuando se trata de la ruptura completa del esfínter; pero estas dificultades son aún de escasa importancia. Si se cierra el ano, haciendo aplicación de la sutura especial de Emmet, aunque el enfermo se vea obligado á hacer deposi-