

La seccion subcutánea de los músculos insertados en el coccix, no es tan fácil en las mujeres gordas como sin duda podría creerse ántes de haberse hecho el ensayo. En estos casos se simplifica la operacion y se hace mas segura, al mismo tiempo, incindiendo los tejidos sobre el coccix, hasta llegar á él, elevando con el dedo la estremidad espuesta del hueso, y cortando los músculos con unas tijeras. Este procedimiento, en los casos en que realmente se requiera, es á la vez fácil de practicar y seguro en cuanto al resultado.

Cuando el hueso se halla enfermo, no se logra el deseado objeto practicando la seccion de los músculos. Se hace entónces una incision sobre el coccix dividiendo todas sus adherencias, y se le estirpa completamente con unas tenazas, ó bien se le desarticula con una bisturí, como lo practicó el Dr. Nott, en el caso que dejamos referido. Puede prometerse con entera confianza la curacion por uno ú otro de estos dos métodos, y como ninguno de ellos es peligroso, nuestros recursos para el tratamiento de esta enfermedad pueden considerarse como bastante satisfactorios.

Como quiera que se presentan muchos casos insignificantes de cocciodinia que no requieren otro remedio que el tiempo y un tratamiento paliativo, importa no usar demasiada precipitacion en recomendar la operacion.

Hemos estudiado las afecciones mas frecuentes é importantes de la vulva. Otras hay que hemos silenciado, por cuanto tienen los mismos característicos que las demas condiciones análogas que se manifiestan en otras partes del cuerpo.

Los órganos genitales externos pueden ser el sitio de tumores de grandes dimensiones. Por ejemplo, hay tumores causados por la hipertrofia del clítoris ó de las ninfas, un lipoma de los labios mayores, y quistes de mucho volúmen adheridos á las partes por medio de pedículos. Tambien se desarrollan con frecuencia en aquellos órganos enfermedades malignas, que siguen su curso natural, como cuando ocurren en otras regiones.

CAPÍTULO V.

RASGADURA DEL PERINÉ (37).

Anatomía.—Al conocimiento poco exacto de la anatomía de la region en que se opera, se deben en gran parte las dificultades que se experimentan en la reparacion de este accidente. La definicion del periné como parte formada por la union de los tendones de cierto número de músculos, entre la horquilla y el ano, da lugar á deducciones erróneas. Si la parte superficial indicada por esta definicion, se reuniese á efecto de una operacion reparativa, muy poco valdría el resultado, pues la fuerza de resistencia del periné no reside en dicha parte superficial, sino en el triángulo macizo y sólido, llamado *cuerpo perineal*, que tiene por base la superficie muscular mencionada, y cuyo vértice se estiende hácia arriba hasta el punto de divergencia de las paredes anterior del recto y posterior de la vagina.

La vagina y el recto se dirigen juntos y en un mismo plano hácia la abertura inferior de la pélvis; y se separan mas arriba del periné, encorvándose la primera hácia adelante, para adaptarse á la curva pelviana, y el segundo, ligeramente hácia atras en direccion del coccix. De este modo se forma un triángulo irregular que tiene por base el periné y cuyos lados son respectivamente la pared posterior de la vagina y la anterior del recto. Este triángulo, cuya base es la union de tendones musculares, está compuesto de tejido fibro-elástico y vasos sanguíneos. Descansando uno de sus costados sobre el recto, el otro, da fuerza, elasticidad y firmeza directamente á la pared posterior de la vagina, y empujándola contra la anterior, la hace servir de apoyo á esta y á la vejiga sobrepuesta. Las Figs. 22 y 23 representan las relaciones del cuerpo perineal, y el efecto determinado en las paredes vaginales por la falta de dicho cuerpo. Suprimido, pues, este último, la pared anterior ó superior de la vagina, privada de apoyo, cae, presentando un estado de prolapso, acompañado del cistocele. La pared posterior se desvía de su direccion normal, y en vez de encorvarse adelante, hácia la vulva, se dirige en línea recta hácia el ano. Este cambio de direccion,

junto con la falta del apoyo que le prestaba el cuerpo perineal, fuerte y elástico, da por resultado la caída hácia adelante de la pared posterior, siguiéndose muy en breve el prolapso de esta también, y la dislocación del útero, como consecuencia inevitable (38).

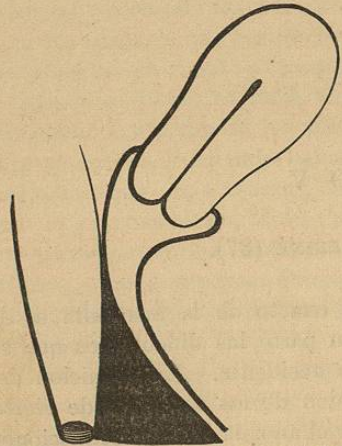


FIG. 22.—El cuerpo perineal en su estado normal, sosteniendo ámbas paredes de la vagina.

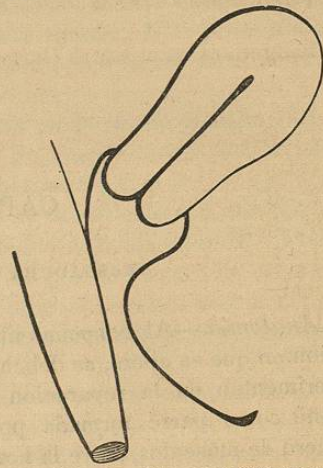


FIG. 23.—Supresión del cuerpo perineal por la rasgadura: falta de apoyo de ámbas paredes vaginales.

Si, hallándose en el decúbito dorsal una mujer con el periné intacto, se le introduce en la vagina un dedo, este, al recorrer la sustancia perineal, apoyará fuertemente contra la pared vaginal superior. Al retirar el dedo, las paredes desunidas entre sí volverán á ponerse en contacto inmediato, elevándose la pared posterior.

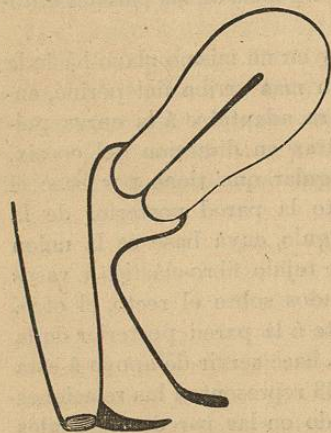


FIG. 24.—Periné mal reparado. La sustancia perineal no repuesta en su sitio. Paredes vaginales no sostenidas.

Si la sustancia perineal ha perdido su fuerza, se notará que no existe semejante impulso de abajo hácia arriba, y que es ménos íntima la aproximación de las paredes vaginales entre sí.

Concluida la operación para la reunión del periné rasgado, deberá hacerse un exámen de esta naturaleza. Si se ve que el impulso de abajo hácia arriba de la sustancia perineal es suficiente para poner á la pared vaginal posterior en contacto con la anterior, se habrá conseguido el objeto de la operación. En el caso contrario, las dos paredes carecerán de apoyo, por mas que la superficie del periné, base del triángulo perineal, se

haya reunido y parezca perfecta. Este último resultado engañará á la enferma, y tal vez al mismo cirujano, con falsas esperanzas: solo el primero ofrecerá futura inmunidad de los peligros de prolapso vaginal y de las consecuencias de este (39).

Varietas.—Todos los casos pueden clasificarse como:—

Rasgadura completa ó Rasgadura parcial.

Estas incluyen los siguientes grados de destrucción:—

- 1º. Rasgadura superficial de la horquilla y del periné, sin interesar los esfínteres;
- 2º. Rasgadura hasta el esfínter del ano;
- 3º. Rasgadura que interesa el esfínter del ano;
- 4º. Rasgadura que interesa el esfínter del ano y el tabique recto-vaginal.

Una rasgadura completa presenta tan grandes inconvenientes, que muchos médicos miran la parcial como una circunstancia de poca entidad; y lo es en efecto si se confrontan ámbos casos; pero la rasgadura parcial puede determinar con tanta facilidad el prolapso de una de las paredes vaginales ó de las dos, que es preciso no tenerla jamas por de poco momento. No bien se ha verificado este prolapso, vienen á ser casi inevitables las perturbaciones uterinas, vesicales y rectales.

Los daños que resultan de la rasgadura parcial no son en manera alguna insignificantes, pero son mas remotos y mas llevaderos que los que vienen en pos de la rasgadura completa. Cuando se ha rasgado de parte á parte el esfínter del ano, y mas notablemente aun, cuando se ha roto la pared rectal, se observa la incontinencia de las materias fecales y de los gases rectales en términos de acibarar la existencia de la infeliz paciente. Las consecuencias de la rasgadura del periné pueden presentarse así:—

- Subinvolucion de la vagina;
- Prolapso de la vagina, con cistocele ó rectocele;
- Prolapso del útero;
- Incontinencia de las materias fecales y de los gases intestinales;
- Prolapso del recto.

De las tres primeras de estas consecuencias pueden resultar ámbas variedades de rasgadura—completa y parcial; las dos restantes no pueden ser determinadas sino por la completa. Aun cuando los dos canales se hallan reducidos á uno solo, es sorprendente á veces ver lo insignificante de los padecimientos; si bien la posicion de las enfermas en semejantes circunstancias suele ser verdaderamente deplorable. Escápanse las materias escrementicias y los gases, pues nada hay que los retenga; y el útero, la vagina, la vejiga, y el recto tienden tan fuerte-

mente á descender, que el movimiento, los esfuerzos musculares ó el tenesmo producen postracion y languidez, dolores de la pélvis y estiramiento de los ligamentos anchos. En algunos casos es tan grande la perturbacion de las funciones, que la desventurada mujer se ve un objeto de aversion para sus compañeras y de repugnancia para su marido.

Yo no he visto jamas aludir á la subinvolucion de la vagina como causa de la rasgadura del periné; pero veo coexistentes estas dos condiciones muy á menudo para poderlas considerar como una simple coincidencia. “*Las paredes musculares de la vagina, dice Savage, no son separables en zonas ó capas. Los dos tercios del espesor de la vagina variando de $\frac{2}{3}$ de línea por arriba á $\frac{1}{3}$ por abajo, se hallan constituidos de este tejido muscular, consistiendo el tercio interno en una túnica de membrana celular densa que le está unida inseparablemente.*”

Los elementos elásticos contractiles de este canal son, en lo tocante á la estructura, idénticos á la fibra uterina; verificándose en ellos el desarrollo del mismo modo que en los del útero bajo el estímulo de la gestacion. Esperimentan igualmente una metamórfosis retrógada despues del parto; y así como este proceso es impedido frecuentemente por la rasgadura del cuello, así tambien lo es en la vagina por la rasgadura del periné. Cada cual puede invocar la esperiencia propia en cuanto á la frecuencia de la subinvolucion de la vagina como concomitante de la rasgadura del periné. Podrá objetarse que la segunda resulta de un parto laborioso, particularmente cuando fué necesaria la aplicacion de instrumentos, lo cual puede dar origen á ámbas condiciones. Examinando la historia de los casos, se verá que esto no es exacto, habiéndose producido en casos de partos rápidos y espontáneos. Podrá objetarse además, que el prolapso de la vagina, consecuencia de la desgarradura, provoca un desarrollo escesivo de las paredes vaginales; pero las dos cosas en cuestion coexisten casi tan frecuentemente cuando la rasgadura perineal no ha producido prolapso de la vagina, como cuando esto último ha sucedido.

Causas.—Las causas comunes de la rasgadura del periné son:—

- El parto;
- El paso de un tumor grande;
- El uso del fórceps;
- El parto manual;
- La craniotomía;
- Lesiones por caídas ó golpes.

En las obras de obstetricia se hallarán descritos con menudencia este accidente y los medios que pueden adoptarse para impedirlo. Todo cuanto importa establecer aquí es, que el parto es la gran causa escitante del accidente, el cual por otra parte casi nunca se presenta en las mujeres núlparas, excepto despues de la estirpacion de tumores grandes por la vagina.

Pronóstico.—En un caso de rasgadura incompleta de carácter insignificante, en que ni el esfínter de la vagina ni el del ano tienen lesion, no resultará probablemente ninguna condicion grave. Aunque, presentándose, como se presenta la herida casi siempre, inmediatamente despues del parto, hay poca probabilidad de verificarse la curacion por primera intencion, bien puede efectuarse por granulacion, sin mas auxilios que el mantener unidos los muslos á efecto de vendajes, y procurar la constipacion mediante el opio.

Los grados primero y segundo del accidente tienen casi siempre consecuencias de poco momento, y frecuentemente pasan desapercibidos tanto por la enferma como por quien la asiste. El tercero es de mucha mas entidad, y en manera alguna susceptible de curar espontáneamente; y el cuarto representa la forma mas grave de la condicion.

Cuanto mas grande sea la herida, tanto mas difícil será la curacion espontánea y tanto mas probables los resultados que dejámos enumerados; pudiendo afirmarse de una manera general, que en los casos en que no hay division completa del esfínter del ano, puede obtenerse la curacion sin ayuda de la cirugía, y que no sucede así con las rasgaduras que reducen los dos canales á uno solo. Hay quien asegure haber visto ejemplos de curacion espontánea, aun cuando fué completa la desgarradura; pero semejantes afirmaciones necesitan confirmarse. Peu¹ declaró una vez haber visto restablecerse perfectamente una mujer que se hallaba en este estado, y en quien las materias fecales salian involuntariamente. De la Motte asegura que treinta años mas tarde examinó á la enferma de Peu, y supo que no se había obtenido la curacion (40).

Tratamiento en el momento del accidente.—Si se trata de una rasgadura parcial, para la cual no se tiene por conveniente recurrir desde luego á la sutura, debe siempre procurarse asegurar la union de los labios de la herida por los medios siguientes. Lavada primeramente la herida, con objeto de separar los coágulos sanguíneos, que pudieran estorbar la reunion, se juntarán los muslos, manteniéndolos así á efecto de un vendaje alrededor de las rodillas. En seguida se colocará á la enferma en el decúbito lateral de costado, de modo que los loquios se derramen por la comisura superior de la vagina y no se pongan en contacto con la superficie viva. Se administrará el opio para producir la constipacion, se mantendrá vacía la vejiga á beneficio de la sonda; y cada veinte y cuatro horas la enferma se pondrá en el decúbito dorsal, á fin de que se le pueda lavar con inyecciones de agua tibia la vagina, con la mayor precaucion y suavidad. Se continuará esto durante diez ó doce dias, por si se verificare la reunion; lo cual, por desgracia, en los mas casos no sucederá.

Tiempo para la operacion.—Sobre este punto no están acordes los autores, siendo de parecer algunos que se debe obrar inmediatamente,

¹ Velpeau, Traité de l'Art des Accouchements, vol. ii., pág. 639.

otros que se debe retardar la operacion hasta que hayan desaparecido por completo los efectos del parto, otros en fin, transigiendo sobre la cuestion, prefieren aguardar solo unos cuantos dias. A la primera categoria pertenecen Baker Brown, Demarquay, Scanzoni, Simon, y otros no ménos notables. Hé aquí el modo claro con que Scanzoni presenta las ventajas de la intervencion inmediata: "*Debe practicarse la operacion inmediatamente despues del parto, porque sangrando entónces los labios, será mas fácil su reunion, y no teniendo que avivarse los bordes, el procedimiento es mas simple y ménos peligroso.*" Los peores casos que encontramos son por lo comun los producidos por el parto instrumental ó manual; y cuando se descubre la existencia de la rasgadura, la enferma se halla las mas veces en un profundo sueño anestético. Todo operador en semejantes circunstancias debe estar pronto para remediar la lesion; por cuanto, ó tiene buen éxito la operacion y se evitan á la paciente muchos padecimientos, ó resulta ineficaz y el estado general de la mujer no puede por ello empeorarse en lo mas mínimo. Por cuyo motivo, ninguna caja de instrumentos quirúrgicos puede tenerse por completa como no contenga agujas de sutura para practicar la mencionada operacion. En numerosos casos he recurrido desde luego á la operacion, y, fundado en mi esperiencia, me inclino á adoptar siempre este sistema, á ménos que la rasgadura interese el esfínter del ano y el tabique recto-vaginal, en términos de hacer la operacion larga y difícil, ó de asegurar el derrame del flujo loquial por entre los labios de la herida. Entre los votos contrarios á la operacion inmediata, se cuentan los de Roux, y de Velpeau; miéntras que Nélaton, Verneuil, y Maisonneuve opinan que se debe aguardar algunos dias, hasta que la hemorragia haya cesado completamente, y se hallen cubiertas de granulaciones¹ las márgenes de la herida. Hay tres circunstancias que tienden á comprometer el buen éxito de la operacion inmediata, á saber: 1.^a Muchas veces, la ejecutan personas no acostumbradas á practicarla; luego, siendo la operada una mujer recién-parida, está espuesta al peligro de una hemorragia *post-partum*, y rodeada de amigos ansiosos, es probable que se concluya la operacion con demasiada premura. 2.^a El flujo loquial, pasando constantemente sobre los labios de la herida, penetra fácilmente en esta é impide la reunion. 3.^a Teniendo la mujer que estar acostada, por motivos dependientes del parto, y servirse del bacín, la orina, goteando sobre la herida, puede entrar en ella con los loquios y estorbar la adhesion (41).

Mi consejo y práctica relativamente á esta cuestion son por la reunion inmediata de las partes desgarradas, para mayor ventaja de la enferma. Si no se alcanza un feliz éxito, sin embargo, jamas se debe intentar otra operacion (á ménos de existir razones especiales y poderosas para ello), hasta despues de haber superado la paciente todos los efectos del parto. Esto no tendrá lugar sino á los dos ó tres meses del

¹ Wieland and Dubrisay, French Trans. of Churchill on Dis. of Women.

parto: inmediatamente despues de este, hay una razon para operar que quince dias mas tarde ya no existe.

Tratamiento de los casos en que la cicatrizacion ha tenido lugar.—

La operacion mas generalmente adoptada en el dia para estos casos y que se designa con el nombre de *perineorrafia*, consiste en la avivacion de las orillas de los labios de la herida y la reunion de estos por medio de la sutura. Aunque los antiguos describieron el accidente para el cual se ha instituido este procedimiento, no se había recomendado ningun método quirúrgico de tratamiento hasta la época de Ambrosio Paré. Este recomendó la sutura, cuyo uso fué adoptado por su discípulo Guillemeau, y mas tarde por De la Motte, Saucerotte, Trainel, Noël y otros. Dieffenbach la empleó con buen éxito, añadiendo á la operacion incisiones laterales oblicuas, que comprendian la piel y el tejido areolar, con objeto de mitigar la tension de las partes unidas por la sutura.

Hácia el año 1832, Roux, de Paris, obtuvo resultados los mas brillantes con esta operacion, debiéndosele á él, probablemente mas que á nadie, la elevacion de aquella al rango de verdadero procedimiento quirúrgico. Él empleó la sutura enclavijada obteniendo la curacion de cuatro de los cinco primeros casos operados. A pesar del buen éxito obtenido en Francia en aquella época, vemos á los autores ingleses, aun los que escribieron en 1852 y 1853,¹ dudar de la eficacia de la sutura, y aconsejar que la asistencia médica se limitase á ayudar los esfuerzos de la naturaleza. En estos últimos años se han hecho grandes adelantos en la operacion por Brown en Inglaterra; Verneuil, Laugier, Demarquay y otros en Francia; Langenbeck, y Simon, en Alemania; y Sims, Emmet, Bozeman, Agnew, y Thompson, en los Estados Unidos.

Son muy numerosas las variedades de la operacion que hoy se presentan á la práctica, para que sea necesario mencionarlas. Los principales puntos en que no están acordes los operadores, son los siguientes. Algunos incinden los tejidos á lo largo del periné, ó del mismo esfínter del ano, y usan la sutura enclavijada; miéntras que otros no hacen *incisiones libertadoras*, como las llaman los franceses, y emplean la sutura entrecortada. Las variedades de la operacion con la sutura enclavijada son modificaciones del procedimiento de Roux; y las de la sutura entrecortada, con hilos de plata, pertenecen al de Marion Sims. Al describirlas no me haré partidario de ningun método en particular; presentaré solamente los que he escogido como mejores en mi práctica; aludiendo despues á ciertas modificaciones especiales recomendadas por diversos operadores.

Modo de disponer á la paciente.—Debe examinarse solícitamente en qué estado se halla la salud general. Si esta es mala, se demorará la operacion, sometiéndola á la enferma al uso de los tónicos, y poniéndola en las mejores circunstancias higiénicas. Se mantendrá libre el vientre, por

¹ Baker Brown, Surgical Diseases of Women.

medio de laxantes suaves, durante una semana ántes de la operacion, para que despues de esta no sea comprometida la curacion por el descenso de escíbalas, que no hayan sido espulsadas á efecto de un cártico administrado veinte y cuatro horas ántes de operar. Este punto es de la mayor importancia y no debe descuidarse. Con este motivo puedo recomendar las fórmulas siguientes, no solo para esta, sino para otras operaciones que deben ser seguidas de constipacion intestinal:—

R. Sen,	$\frac{z}{3}$ j,	} =	30 gramos.
Anis,	$\frac{z}{3}$ j,		30 "
Agua hirviendo,	Oj,		$\frac{1}{2}$ litro.
Hágase infusion, cuélese, y añádase.			
Creomor tártaro,	$\frac{z}{3}$ j,		30 gramos.

Mézelese. Para tomar una copita de las de vino al levantarse por la mañana.

R. Crema de azufre,	$\frac{z}{3}$ j,	} =	30 gramos.
Crémor tártaro,	$\frac{z}{3}$ j,		30 "
Confeccion de sen,	$\frac{z}{3}$ j,		30 "
Miel ó jarabe,	q. s.		c. s.
Hágase en confeccion.			

Tómese una porcion del tamaño de un huevo de paloma al levantarse y al acostarse.

Durante la semana se inyectará bien la vagina por las mañanas y por las noches, con objeto de desembarazarla de las secreciones y aliviar la irritacion local. La paciente, en paños menores, debe colocarse sobre una mesa en la posicion de la litotomía, y someterse á la influencia de un anestésico; y la mesa se pone frente á una ventana que reciba mucha luz. Conviene tener cuatro ayudantes, aunque tres pueden bastar. Uno de ellos debe administrar el anestésico, dos sujetarán cada uno una rodilla, encargándose el cuarto de alcanzar los instrumentos al operador á medida que los vaya necesitando, y de lavar las esponjas empapadas en sangre. Los ayudantes, levantando los piés de la enferma de encima de la mesa, y doblando los muslos de modo que vengan á quedar horizontales las crestas de las dos tibias, deben sujetar las rodillas debajo del brazo y mantener firmes los piés con las manos del mismo lado, miéntras que con las manos desocupadas del lado opuesto, separan los labios, esponiendo á la vista la parte rasgada.

Pero el ayudante que sujeta la pierna izquierda debe hacer mas que esto. Las indicaciones que acabamos de dar deben ser observadas por el ayudante que sujeta la rodilla derecha; el otro debe afirmar la izquierda con el brazo derecho, y con la mano derecha separar el labio, sirviéndose de la mano izquierda para lavar la herida con esponjas, fijadas en un mango largo de alambre á fin de no impedir la vista del operador. A primera vista parecerá difícil que un ayudante pueda

hacer todo esto. Quien tal creyere, haga la prueba y verá que no es así, y que semejante disposicion de sus ayudantes le es sumamente ventajosa.

Instrumentos necesarios.—Consisten estos en unas tijeras encorvadas y de mango largo; un bisturí de hoja angosta; unas pinzas dentadas, y una erina (ó tenáculo); una docena de esponjas pequeñas (del tamaño de una nuez), fijas en mangos de diez pulgadas de largo; pinzas de ligar vasos; hilos de seda; agujas corvas y redondas de pulgada y media de largo, enhebradas con hilos de seda dobles, atados inmediato al ojo de la aguja con un nudo tan pequeño como sea posible; y si se quiere usar la sutura enclavijada, se emplearán para ello unos trozos de cáterter de goma elástica. Se habrá dispuesto además una palangana con agua para lavar las esponjas, y un jarro, un cubo ú otra vasija de agua de repuesto.



FIG. 25.—Pinzas dentadas de Thomas.

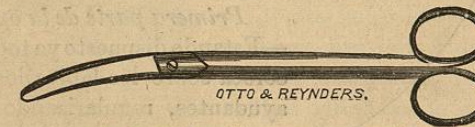


FIG. 26.—Tijeras ligeramente encorvadas.



FIG. 27.—Tijeras corvas de Emmet.

Operacion para la rasgadura parcial.—Mucho me sorprende que los autores no hayan descrito separadamente los procedimientos operatorios para la rasgadura parcial, y para la completa. El operador mas inesperto puede tener buen éxito en el primero, el cual es tan simple y tan fácil que apenas merece el nombre del *perineorrafia*; miéntras que el segundo es una de las operaciones mas delicadas é inoértas de la ginecología, y en ella bien puede fracasar el operador mas hábil. Estoy seguro que el haber confundido un procedimiento simple con uno dificultoso ha dado resultados perjudiciales, y por lo tanto estableceré entre ellos una gran diferencia.

La operacion para la rasgadura parcial tiene únicamente por objeto la reparacion del cuerpo perineal: la operacion para la rasgadura completa tiene por objeto principal el restablecimiento de las

fuerzas y las funciones del esfínter del ano. Conseguido el objeto principal de esta segunda operación, se atenderá al de la primera; pero este, aunque de gran importancia, es insignificante comparado con la operación para la rasgadura completa.

Antes de describir estos procedimientos, diré dos palabras sobre la división del esfínter del ano. He practicado muchísimas veces la operación para la rasgadura del periné, sin que pueda citar un solo caso de haber fracasado: y hasta ahora nunca he dividido el esfínter del ano. Mi propia experiencia, así como la de mis colegas del Hospital de Mujeres, Sims, Emmet, y Peaslee, me mueven á convenir en el dictámen del Dr. Savage, quien dice que "*evidentemente la división del esfínter externo del ano no facilita el éxito en las operaciones para la reintegración del periné rasgado.*"

El operador debe tener muy presente la forma y dimensiones del cuerpo que está para restablecer. Es un triángulo cuyo vértice esté arriba y cuya base está abajo.

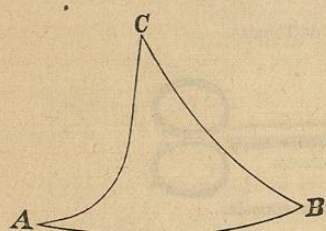


FIG. 28.—El periné visto de perfil. *A C*, pared rectal. *A B*, superficie cutánea. *B C*, pared vaginal.

Avivar dos superficies de esta forma y mantenerlas en contacto una con otra por medio de la sutura: hé ahí toda la operación.

Primera parte de la operación (42).
—Estando dispuesto ya todo, el operador coloca sobre los labios los dedos de los ayudantes, regularizando el grado de tracción que deben ejercer. Agarrando luego, con las pinzas dentadas ó el tenáculo, la membrana mucosa, algo por encima de la orilla superior del ano, donde aquella se une con la piel, practica en la vagina un corte longitudinal de pulgada y media de extensión, próximamente. Esto puede ejecutarse con mas comodidad elevando la pared vaginal anterior y poniendo visible la posterior, á efecto de un spéculum de Sims que se introduzca por debajo de la sínfisis del púbis. Hecha de esta manera, la incisión marca la extensión de la base del cuerpo perineal y el punto de unión de las bases de las dos avivaciones triangulares que ahora deben hacerse, una á derecha y la otra á izquierda. Asiando en seguida la membrana mucosa de uno de los labios mayores, un poco mas abajo del nivel del meato urinario, se practican desde este punto otras dos incisiones, una de las cuales se extiende á la extremidad superior, y la otra á la extremidad inferior de la incisión primera ó básica. En medio de este triángulo quedará otro pequeño que se procede en seguida á refrescar. El procedimiento tal como se ha descrito se repite en el lado opuesto, con lo cual queda terminada esta parte de la operación.

¹ Soy deudor de esta figura al excelente artículo del Dr. Teófilo Parvin insertado en el "American Practitioner" sobre la perineorrafia.

El operador se detiene ahora, y mira atentamente si alguna arteria está echando sangre, ó si ha quedado alguna superficie sin denudar. En el primer caso, tuerce las arterias, ó, si es menester, las liga con hilo de seda muy fino, dejando cortos los extremos; y en el segundo, las aferra con el tenáculo, y las estirpa con un bisturí.

Con esto queda concluida la primera parte de la operación. El operador no debe apresurarse á empezar la segunda, pues conviene que

los tejidos queden espuestos algun tiempo al aire, á fin de evitar el riesgo de la hemorragia. Nunca deben aplicarse las suturas ántes que haya cesado toda hemorragia. La Fig. 29 representa la incisión practicada.

Segunda parte de la operación.

—El operador coloca en el portaguja una aguja cilíndrica y corva, (la cual causa ménos hemorragia que una de aristas cortantes,) como de dos pulgadas y cinco octavos de largo, provista de un hilo doble de seda que forme un asa de ocho á diez pulgadas de largo, y la introduce en frente del ángulo inferior externo del triángulo avivado, (es decir algo mas arriba del nivel del ano,) haciéndola pasar al través de la parte central de las bases unidas

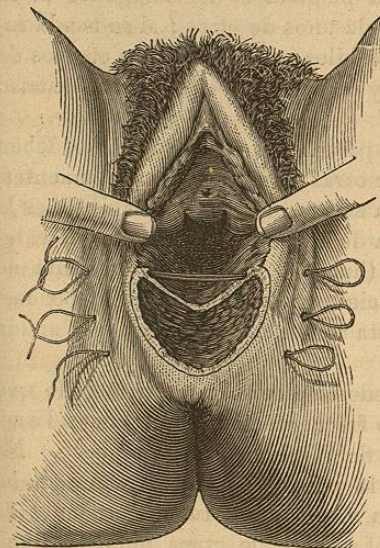


FIG. 29.—Superficie denudada, y suturas en posición.

de los triángulos, encima del recto, y salir por el punto correspondiente del lado opuesto. Esta sutura, escondida en los tejidos sobrepuestos al recto, no está visible en ninguna parte de la vagina. Puede pasarse la sutura en un solo tiempo, ó, si esto es difícil, se puede sacar la aguja en la mitad de su trayecto, haciéndola entrar de nuevo en el mismo agujero. La sutura se deja en posición, sin retirar la aguja; y tomándose otra aguja, se la introduce mas alto que la primera, haciéndola atravesar los tejidos en el ángulo superior extremo de la superficie refrescada. Guiada por el dedo en el recto, esta aguja se desliza al través del tabique recto-vaginal, y sale en el punto correspondiente del lado opuesto. Tengo la costumbre de dirigir esta sutura, como la primera, de tal modo al través de los tejidos que no está visible en ninguna parte de la vagina. Esto no es costumbre general: la mayoría de los operadores dejan libre sobre la superficie la parte media de cada sutura. Yo creo que internada en los tejidos, esta escita menor irritación sobre la superficie denudada y obra ménos á manera de sedal que cuando se la deja espuesta (43).