

Una tercera aguja se introduce luego, pero no internada, sino de modo que se la vea atravesando el orificio vaginal. Entra mas hácia arriba que la segunda, pasa dentro de la vagina en la márgen interna de uno de los triángulos y sale en el punto correspondiente del triángulo opuesto. Otras se pasan del mismo modo, hasta ver el operador que se ha empleado un número suficiente.

Cuando se emplea la sutura entortillada, con hilos metálicos, se introducen estos de un cuarto á media pulgada de las márgenes de la herida, y distantes un tercio de pulgada unos de otros; si se usa la sutura enclavijada, se hacen penetrar los hilos metálicos á tres cuartos de pulgada de las márgenes desnudas, y en este caso bastan tres ó cuatro suturas.

Como quiera que sea, las que se pasan en primer lugar, no deben servir mas que de medio para colocar otras mas fuertes y permanentes, de plata, de seda ó de cáñamo. Si la sutura ordinaria enclavijada es la que se emplea, se introduce en el asa de las suturas un pedazo de cánter de goma elástica, de candelilla (hueca ó maciza) ó una varita de goma dura; se aproximan las superficies opuestas de la herida por medio de la compresion, la clavija opuesta se pone en posicion, y se anuda sobre ella el hilo.

Pero esta variedad de sutura puede emplearse por un método que me parece mejor, y que hemos usado frecuentemente Mr. James Lane, de Lóndres, el Dr. J. H. Thompson, de Washington, y yo mismo. No sé á cuál de los primeros pertenezca la prioridad; pero Mr. Lane lo ha empleado desde 1860.¹ Consiste en sustituir los tubos ó cañones de pluma con unas varitas de marfil, (Lane,) ó de goma dura, (Thompson,) perforadas de tres ó cuatro agujeros á traves de los cuales se pasan y aseguran las suturas. Ambos operadores usan suturas de plata en vez de seda; asegurándolas el Dr. Thompson con perdigones perforados; y Mr. Lane, por cierto método no mencionado en la descripción que yo he visto de su operacion. Una memoria del mismo Lane da treinta casos así operados, en ninguno de los cuales dejó de obtener una curacion completa; y el Dr. Thompson refiere cincuenta y tres en que se alcanzó un feliz éxito. No sé de fijo el número de los casos por mí operados; pero es bastante considerable; y no recuerdo haber dejado de obtener buen éxito en uno solo.

Colocadas en posicion las clavijas, se traslada á la enferma á la cama, atadas las rodillas de modo que se mantengan unidas, y se le administra el opio como calmante, debiéndose evacuar la vejiga cada seis horas por medio de la sonda, y mantener el vientre constipado, (ó libre —Thompson). Las suturas profundas deben retirarse al tercer dia, dejando hasta el octavo las superficiales, que se aplican en número de tres ó cuatro, para mantener en contacto las superficies cutáneas.

Cuando el operador quiere emplear la sutura entrecortada con hilos

¹ *Lancet* (de Lóndres), setiembre, 1865.

metálicos, despues de haber pasado las de seda, cuyas estremidades deja en manos de los ayudantes, toma un hilo de plata de ocho pulgadas de largo, lo fija al asa de la sutura inferior, lo pone en posicion tirando del

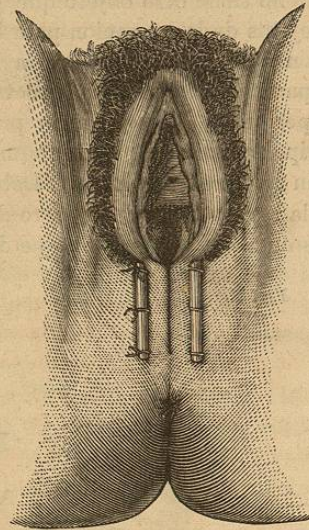


FIG. 30.—Suturas enclavijadas, en posicion.

hilo de seda, y lo tuerce ligeramente, á fin de mantener unidos los extremos, doblando estos hácia abajo, para que no le estorben. En seguida pone en posicion otro hilo de la misma manera, y así á continuacion hasta dejarlos colocados todos. Los recoge todos entónces y los pone debajo del dedo de uno de los ayudantes, limpia bien la herida de coágulos, reúne sus bordes, coloca en su lugar la clavija, y habiendo tomado la sutura mas baja, esto es, la que se pasó primero, la tuerce hasta lograr la aproximacion necesaria de los tejidos. En el artículo sobre la *Fistula vésico-vaginal* describiremos detalladamente el método para colocar en posicion y torcer los hilos de plata. Segun este método el operador los tuerce uno tras otro, empezando por el mas bajo. Si lo juzga

necesario, puede pasar suturas superficiales entre las profundas, á fin de aproximar mas eficazmente las superficies cutáneas.

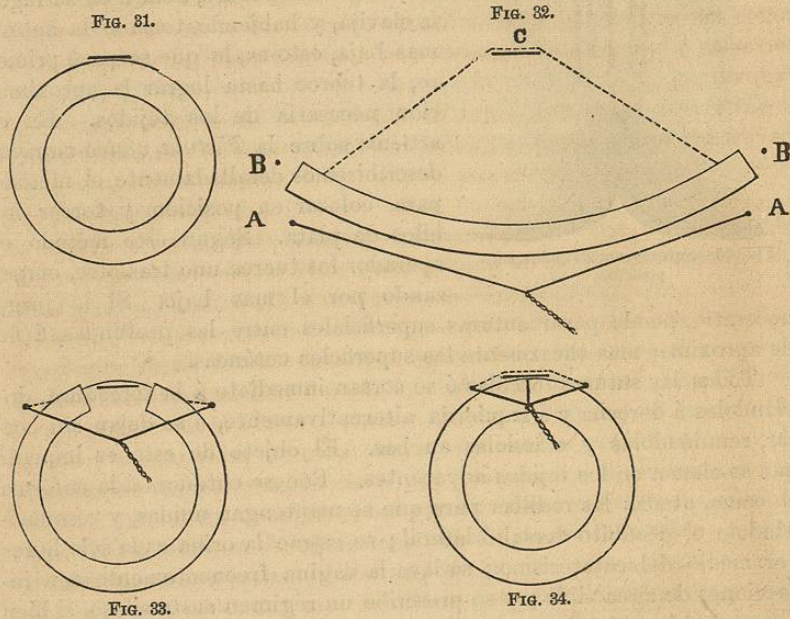
Todas las suturas torcidas ó se cortan inmediato á la torcedura, doblandolas á derecha y á izquierda alternativamente, ó se dejan sin cortar, reuniéndolas y atándolas en haz. El objeto de esto es impedir que se claven en los tejidos adyacentes. Pónese entónces á la enferma en cama, atadas las rodillas para que se mantengan unidas, y recomendándole el decúbito dorsal ó lateral; se estrae la orina cada seis horas por medio del cateterismo; se lava la vagina frecuentemente con inyecciones de agua tibia; y se prescribe un régimen sustancioso, si bien ligero y nada estimulante. A los ocho ó nueve dias deben quitarse las suturas, y al siguiente se administra un purgante salino, teniendo cuidado de evitar el tenesmo.

Operacion para la rasgadura completa.—La rasgadura completa del periné trae siempre consigo la de la pared anterior del recto, en mayor ó menor estension. Si la rasgadura del intestino se estiende á mas de una pulgada ó pulgada y media encima de la orilla superior del esfínter del ano, conviene cerrarla por medio de una operacion preliminar, la cual consiste en avivar los bordes de la herida y reunirlos en toda su estension hasta el ano; pudiendo procederse entónces á la reparacion del periné. Pero si la lesion del intestino no se estiende á mas de una pulgada ó pulgada y media sobre el esfínter anal, puede verifi-

BIBLIOTECA
MUSEO DE MED. Y ANAT.

carse la coaptacion entera en una sola operacion. No se entienda por esto que deseo sentar una regla invariable: indico solamente una norma aproximada á la línea de conducta que me parece mas segura.

La operacion para la rasgadura parcial no tiene otro objeto que la reintegracion del cuerpo perineal. Los objetos de la operacion para la rasgadura completa son: 1°. la restitution completa de la fuerza y funciones del esfínter del ano; 2°. la reparacion del intestino rectal rasgado; 3°. la restauracion del cuerpo perineal. Lo que en la primera operacion constituye el objeto principal, viene á ser en la segunda el menor de aquellos á que se dirigen nuestros esfuerzos. Debe penetrarse, pues, el operador de que la sola reparacion del desgarró de la fisura genital no es lo que se desea. Esto, puede lograrlo sin que de



nada sirva á la enferma, por cuanto puede continuar la incontinencia de las materias fecales y los gases. El buen éxito depende siempre de la perfecta reunion de las estremidades del músculo dividido y la completa reintegracion del intestino desgarrado; para cuyos fines los estremos del músculo, abiertos y estendidos, se ponen en contacto uno con otro, y se les une al tabique recto-vaginal, tirándolo hácia abajo para este objeto. Disminuyen notablemente las dificultades de la operacion, teniendo presentes estos hechos, bien pesados y comprendidos; cuya demostracion por resultados prácticos se debe, mas que á nadie, al Dr. T. Addis Emmet, de esta ciudad.

La Fig. 31 representa el esfínter intacto. En la Fig. 32 se le ve

desgarrado y abierto, con los puntos de entrada y salida de la aguja. La línea de puntos indica el trayecto de las suturas metálicas al traves del espesor del tejido. Se observa que el tabique recto-vaginal constituye un punto fijo, y que á medida que se va torciendo el hilo, se van elevando los estremos del músculo, aproximándose mutuamente los tres puntos en c. Continúa abreviándose cada vez mas la distancia en tre ellos, conforme sigue la torsion, como se ve en la Fig. 33, hasta que finalmente quedan unidos, como en la Fig. 34.

Si entra y sale la primera aguja sobre la estremidad del músculo desgarrado, (BB, Fig. 32,) puede efectuarse la aproximacion de los tejidos en dicho punto y el contacto íntimo de los estremos; pero no se consigue la coaptacion absoluta y completa, y existe todavía la pérdida de la funcion. La primera sutura es la mas importante, y debe coger las estremidades del músculo desgarrado y estendido, á fin de elevarlas y ponerlas en contacto una con otra y con el tabique recto-vaginal.

Al avivar las partes, ántes de introducirse las agujas, se refrescan los dos triángulos laterales que representan el cuerpo perineal dividido en dos mitades, prolongando la línea de denudacion hácia atras, á lo largo del borde del tabique recto-vaginal, para hacer lo cual, sirve de guia la márgen de la membrana mucosa del recto en los estremos del músculo roto, y hasta la parte superior de la rasgadura del intestino.

La Fig. 35 representa el intestino roto, el músculo estendido en su estremidad anal, el punto de entrada y salida de las agujas, y el trayecto de las suturas profundas (líneas de puntas). La línea de denudacion va indicada por el trayecto de dichas suturas.

El desgarró del recto representa al operador como un triángulo isósceles imperfecto, con el vértice arriba y la base abajo, y cuyos dos bordes laterales son las partes que han de refrescarse. Los dos ángulos de la base se hallan en un plano mas bajo que el ángulo del vértice, y están ménos fijos que él en su posicion. Sometidos los tres ángulos á la accion constrictora de la sutura circundante, conforme se verifica la torsion de esta, los dos ángulos de la base se elevan al plano del ángulo del vértice, mientras que este, cediendo á la fuerza de traccion, viene bajando á su encuentro. Al mismo tiempo se aproximan naturalmente las superficies denudadas del triángulo, quedando así completamente cerrada la abertura rectal.

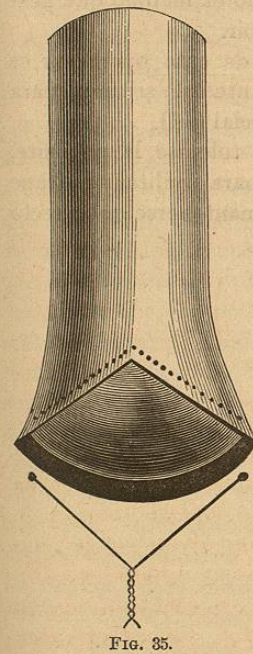


Fig. 35.

En resumidas cuentas, la regla para pasar la primera sutura consiste en la introduccion de la aguja tan abajo como el márgen inferior del ano. De aquí pasa hácia arriba á través del tabique recto-vaginal, circundando completamente el desgarramiento rectal, y saliendo por el lado opuesto, cerca del borde inferior del ano.

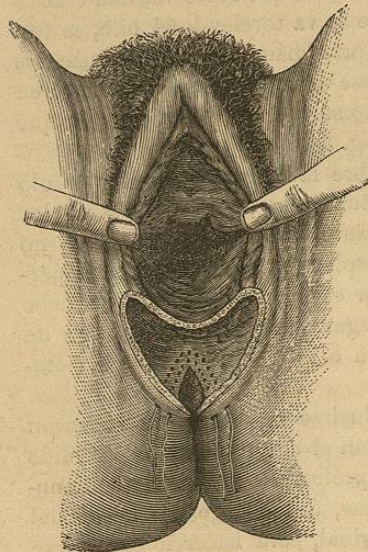


Fig. 36.—Superficie desnuda (en la rasgadura completa del periné), y las dos primeras suturas en posición.

Si el lector observa la Fig. 36, comprenderá que una sutura aplicada del modo indicado, obra á manera de cordon de bolsa, frunciendo las partes abiertas y adoptándolas entre sí, y gobernando la accion del esfínter. Las dos condiciones de temerse como causa del mal éxito de esta operacion, son la fistula recto-vaginal, y la persistencia de la division del esfínter. Una y otra se pueden evitar en gran manera siguiendo el método que acabamos de describir.

Lo restante de esta operacion es del todo semejante á lo sentado para la rasgadura parcial (44).

Puede, si lo tolerase la paciente, introducirse de cuando en cuando un tubo rectal, para facilitar el escape del aire del intestino, ó en lugar de aquel puede mantenerse en el recto un cáterter hueco, grande.

CAPÍTULO VI.

VAGINISMO.

Definicion.—Esta afeccion consiste en una sensibilidad peculiar ó hiperestesia de los nervios, de la membrana mucosa vaginal, en la intermediacion del hímen, cuyos nervios, al irritarse, se supone causan una contraccion espasmódica del esfínter de la vagina.

Frecuencia.—El vaginismo se presenta con bastante frecuencia. Poca mención se ha hecho de él hasta ahora, no por motivo de su rareza, sino porque los prácticos no le prestaron una especial atención. El Dr. Sims dice haber observado diez y siete casos en dos años, y por mi parte he observado trece bien caracterizados durante un período de cuatro años.

Historia.—Dupuytren, Roux, y Burns,¹ de Glasgow, no ignoraban que semejante condicion se presenta, y constituye un estado morboso de no poca importancia. Estos autores, no solo la describieron sino que adoptaron un procedimiento operatorio que ha sido restablecido despues, y que aun en la actualidad muchos consideran como el método mas eficaz para su curacion. Sus teorías no llamaron mucho la atención, segun parece, ni fué realmente apreciado su verdadero valor hasta mas tarde, cuando las presentaron con insistencia los profesores Simpson, y Scanzoni. Esta enfermedad fué descrita por Debout,² Michon, y Huguier, entre los meses de agosto y octubre, de 1861; é inmediatamente despues por Marion Sims, quien le dió el nombre que yo he adoptado. Estos autores, imitando á los investigadores que les precedieron, recomendaron la incision subcutánea, ó á través de la membrana mucosa, para despues de haberse ensayado inútilmente otras medidas de curacion ménos enérgicas. Desde la época á que hemos aludido se ha asignado á esta afeccion un lugar en los varios libros sistemáticos publicados sobre la ginecología.

Anatomía y patología.—Es opinion bastante generalmente recibi-

¹ Simpson, Clin. Lec. Dis. of Women.

² Bul. Gén. de Thérap. Méd. et Chir., 1861.