

II. Operaciones sobre el perineo.

En la gran mayoría de los partos, el piso pélvico se rompe, aun cuando el perineo aparente estar ileso.

A. P. GOUBAREFF asegura que esta ruptura es constante en todos los partos. He aquí cómo procede á investigar esta ruptura cuando es sub-cutánea.

Si se introduce en la vagina el índice encorvado, dirigido hacia atrás y hacia afuera, se encuentra habitualmente un tractus elástico, formado por el músculo elevador del ano. Puede también el ginecólogo, darse cuenta de que los dos tractus, el de la derecha y el de la izquierda, existen en las nulíparas; el punto de reunión de los dos tractus da la impresión de una vaga resistencia, que se confunde con la resistencia del rafé posterior. En las mujeres que han tenido hijos, este lugar se presenta como una depresión ó foseta, donde el dedo puede hundir la mucosa vaginal. Esta foseta no es otra cosa más que el vestigio de las desgarraduras del piso pélvico, y como no existe sino en las mujeres uni ó múltiparas, se la puede designar *fossa maternitatis* de GOUBAREFF.

En las operaciones del perineo, la restauración del piso pélvico debe ocupar el primer lugar.

Para esta restauración hay que fijarse en los puntos siguientes:

I. La superficie de avivamiento debe reproducir exactamente la topografía de la región.

II. El avivamiento debe ser profundo para que alcance los músculos desunidos.

III. Mientras más precoz es la sutura, más esperanzas hay de éxito, pues menos atrofiados están los músculos.

IV. Adaptación perfecta de las superficies avivadas, y sutura separada en varios planos.

Estas operaciones, para la restauración del perineo, son de dos ordenes: 1º las *perineorrafias*; 2º las *perineoplastias*.

PERINEORRAFIAS.—No se debe contar con los esfuerzos propios de la naturaleza, para cicatrizar, debidamente, las lesiones perineales post-partum, y de un modo general, todas estas lesiones reclaman la intervención de un Cirujano.

Mucho se ha discutido la oportunidad de la acción del Cirujano; pero en tesis ordinaria se puede declarar: *que las lesiones perineales post-partum, deben repararse inmediatamente que se producen.*

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

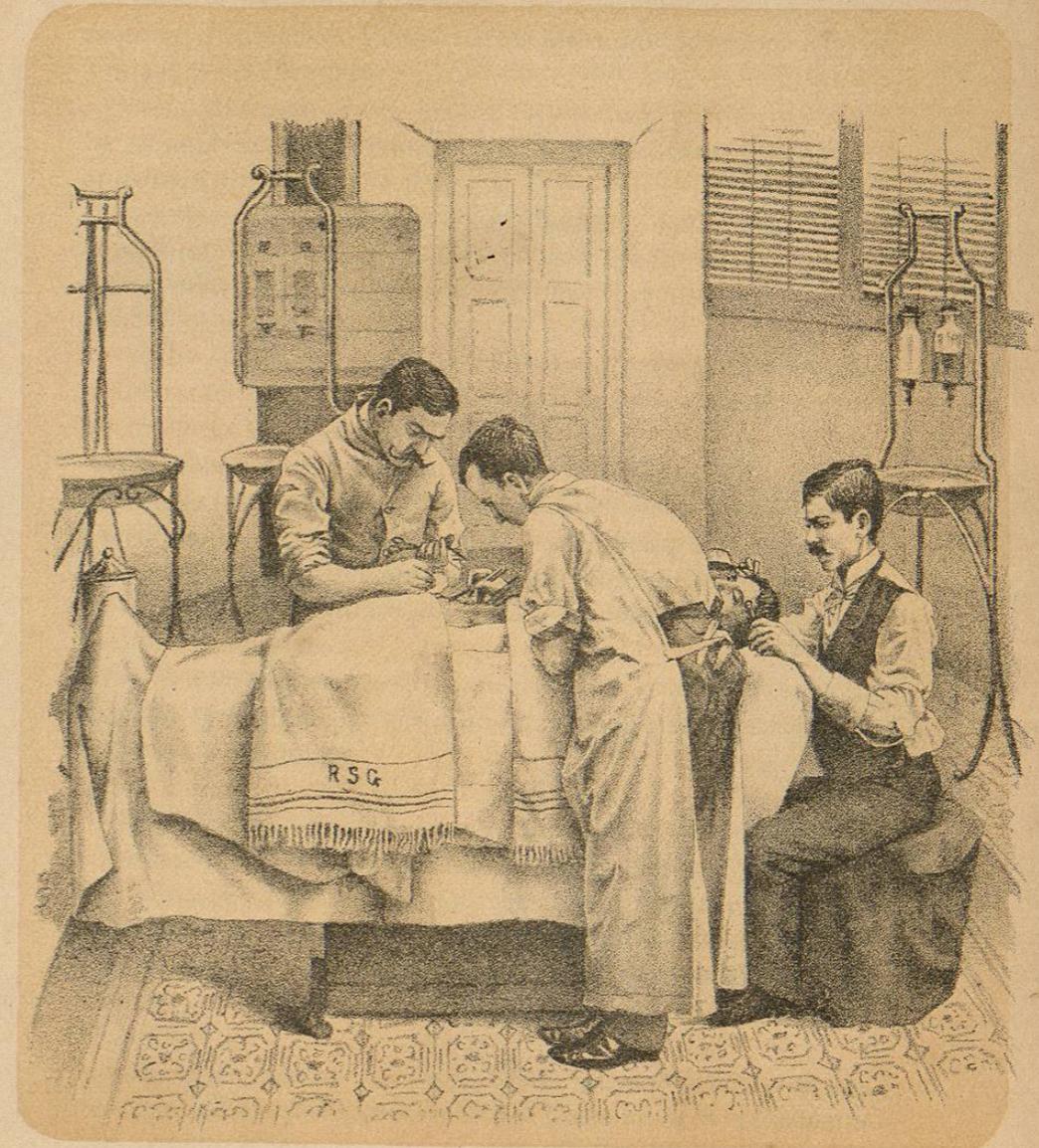


Fig. 45—Incisión de las paredes del vientre, en una histerectomía abdominal.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

Esta operación es la *perineorrafia inmediata primitiva*. El procedimiento más rápido y sencillo, es la coaptación de los tejidos desgarrados, mediante una ó varias series de suturas con catgut y con crin de Florencia.

Cuando el Cirujano, por algún motivo, no ha podido practicar la perineorrafia inmediata primitiva, debe procurar hacer la *perineorrafia inmediata secundaria*.

La antisepsia y la asepsia ginecológicas lo autorizan á intentar y á esperar el éxito, siempre, en esta operación secundaria. Los recientes estudios de KOLMOGOROFF le permiten plantear las conclusiones siguientes:

I. No se debe esperar el fin del período post-*puerperal*, para practicar la perineorrafia, si la sutura no se ha hecho durante las primeras horas después del parto.

II. Si los puntos de la sutura perineal se retiran sin que la reunión de la herida se hubiere hecho aún, es preciso practicar una nueva perineorrafia, sin esperar la cicatrización por yemas.

III. La ablación de las granulaciones con la cucharilla y la aplicación de suturas para la restauración del perineo, no ofrecen peligros para la mujer.

IV. Se obtienen resultados excelentes con la perineorrafia inmediata secundaria, practicada entre el segundo y el vigésimo día después del parto.

PERINEOPLASTIAS.—Cuando las rupturas del perineo son antiguas, cuando las desgarraduras están cubiertas por tejido de cicatriz, se hace indispensable recurrir á métodos que permitan restaurar el perineo, sin aumentar las pérdidas de los tejidos: he aquí la razón por la cual se comienzan á abandonar los *vivamientos por excisión*, con provecho de las *plastias por desdoblamiento*.

Los procedimientos que comprenden estos dos métodos son innumerables: desde AMBROSIO PARÉ, hasta nuestros días, las incisiones y los colgajos se han modificado sin cesar. No nos ocuparemos de la mención de ellos, que puede el lector que lo desee, encontrarlos en la obra de POZZI, en los artículos de KIRMISSON ó en el libro de PICQUÉ.

Nos limitaremos á conocer los métodos de MOND, de DOYEN y de POZZI, que dan una idea de los demás.

PROCEDIMIENTO DE MOND.—Dos pinzas tira-balas introducidas atrás, á la derecha y á la izquierda de la vulva, sirven para

tender la cicatriz perineal. En los casos de rectocele intensa, el índice izquierdo protegido por un guante de caucho, se introduce en el recto y hace resaltar bien la pared vaginal posterior. Incisión curva en la vulva, en medio de las dos pinzas. Una pinza de KÆBERLÉ levanta la medianía de la pared vaginal posterior, dividida. Con tijeras curvas se penetra en la línea media, dirigiendo la punta siempre hacia adelante: con pequeños movimientos de lateralidad se va penetrando bajo la mucosa vaginal hasta el vértice del triángulo por reseca. Se retiran entonces las tijeras, abriéndolas fuertemente. El colgajo se despega; se le divide en su medio y se hacen las ablaciones laterales que se juzguen necesarias, se sutura cuidadosamente la superficie avivada.

PROCEDIMIENTO DE DOYEN.—Circunscribe la superficie cicatricial por medio de incisiones que forman una especie de rombo, cuyos lados son curvos, y cuyos ángulos corresponden: uno á la vagina, dos á los bordes de la vulva y el cuarto al perineo, y extirpa el colgajo circunscrito.

Comienza la sutura por la vagina, de atrás hacia adelante, y la termina por la piel. Si se desea estrechar aun más la vulva y obtener un perineo más extenso, se prolongan los avivamientos angulares laterales, sobre la mucosa de los grandes labios.

PROCEDIMIENTO DE S. POZZI.—Emplea comunmente para las rupturas del perineo, completas ó incompletas, el procedimiento de desdoblamiento de LAWSON TAIT, pero con modificaciones muy profundas, tanto en el modo de realizar el avivamiento como en las suturas.

Hé aquí cómo procede Pozzi, en las desgarraduras incompletas: hace una incisión en U ó en H con los trazos inferiores muy cortos; la parte transversal de la incisión pasa en medio de los restos del perineo; la parte vertical sube á 2 ó 3 centímetros adelante, de cada lado, y si las partes blandas son muy gruesas, se prolongan un poco hacia atrás, dando así la forma de una H truncada inferiormente, á la incisión semi-elíptica primitiva. Para hacer fácilmente estas incisiones, tiende la piel por medio de pinzas tira-balas que previamente se han implantado en los límites del campo operatorio. Pozzi utiliza tijeras rectas, de las que sólo una rama tiene punta, ó mejor aún, tijeras curvas de ROUX. Desdobra luego el tabique recto-vaginal, en una altura que varía de 2 á 3 centímetros, y de cada lado disecciona la cara posterior de la vagina y la cara anterior del recto, hasta obte-

ner una herida tan ancha como la palma de la mano. Algunas veces esta herida sangra mucho: se ligan con catgut las arteriolas y se limitan las venas á una compresión transitoria, pues las suturas las ocluirán. Durante toda esta disección, se guía sobre el índice izquierdo sostenido en el interior del recto. En efecto, sin esto sería casi imposible evitar la herida del intestino, que POZZI moviliza muy alto, cuando se trata de una ruptura perineal completa, á fin de poder abatir la desgarradura rectal lo suficiente para que las suturas de ésta queden al exterior. Procediendo con precaución y siguiendo bien la cara anterior del recto, no se hará herida ni en éste ni en la vagina; mas si esto sucediese, se la cerraría inmediatamente, con un punto de sutura perdida, hecha con catgut, á la manera de LAUENSTEIN.

Esta gran extensión del desdoblamiento y del descenso del recto, en los casos de desgarradura perineal completa, constituye una de las modificaciones de POZZI al método de TAIT. Otra modificación feliz se relaciona con las suturas; he aquí cómo procede aquel autor: comienza por colocar tres ó cuatro hilos de plata profundos, que penetran y salen, á un centímetro de los bordes de la herida, y que recorren toda la superficie profunda del avivamiento. Su parte media corresponde á la parte más profunda del desdoblamiento, al nivel del punto en que la vagina se separa del recto. Antes de apretar estos hilos, se hace la sutura con catgut, de los planos profundos; y la de la piel, con erin de Florencia.

La curación se hace con gasa iodoformada, y las suturas se retiran hasta el octavo ó el décimo día, salvo indicación especial.

III.—Operaciones colpo-perineales.

Tienen por objeto estrechar, á la vez, la vulva y la vagina.

Los procedimientos más conocidos son los de HEGAR, de MARTIN, de DOLÉRIS y de DOYEN.

No nos detendremos en ellos, pues son en suma una reunión de las operaciones vaginales y perineales que hemos visto ya.

Pasemos, pues, á este otro punto de la terapéutica de los prolapsus genitales:

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSUS UTERINOS COMPLICADOS.

En buena lógica, este tratamiento es indiscutible: en presencia de un útero prolapsado canceroso, fibro-miomatoso, gangrenado ó infiltrado por supuraciones pélvicas, el prolapsus mismo se considera como de segundo orden, y la intervención del Cirujano se dirige más directamente á la complicación.

Nadie piensa en negar que sólo una indicación formal existe en semejantes circunstancias: la extirpación del útero caído y complicado. Es decir, la *histerectomía*.

DISCUSION CLINICA.

Hemos estudiado los principales conocimientos que sobre la etiología, patogenia y tratamiento de los prolapsus genitales, interesa conocer al médico ginecólogo. Hemos obtenido una suma de conocimientos que, aunque pequeña, nos permite analizar en la imaginación el desenvolvimiento de los fenómenos que conducen á la caída del útero y el planteamiento de las condiciones esenciales á la reintegración de la estática pélvica y al sostenimiento de ella.

Vamos, ahora, con nuestro caudal de conocimientos, á buscar las aplicaciones de ellos; vamos á estudiar las enfermas, procurando utilizar para la verdadera terapéutica clínica, los datos de Patología que hemos obtenido, sin olvidar que nuestra misión investigadora ha cesado, y que en el momento presente no tenemos más mira que curar á nuestras enfermas, procurando hacerlo con los menores peligros posibles y con las mayores probabilidades de éxito.

Nos hallamos en nuestra Clínica, y la enferma que estudiamos tiene un prolapsus genital completo.

Desde luego el primer punto que se nos ocurrirá tratar será el siguiente:

¿El padecimiento de esta enferma es de aquellos que reclaman imperiosamente una intervención terapéutica, ó bien puede abandonarse á los esfuerzos propios de la Naturaleza? ¿Esta mujer

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

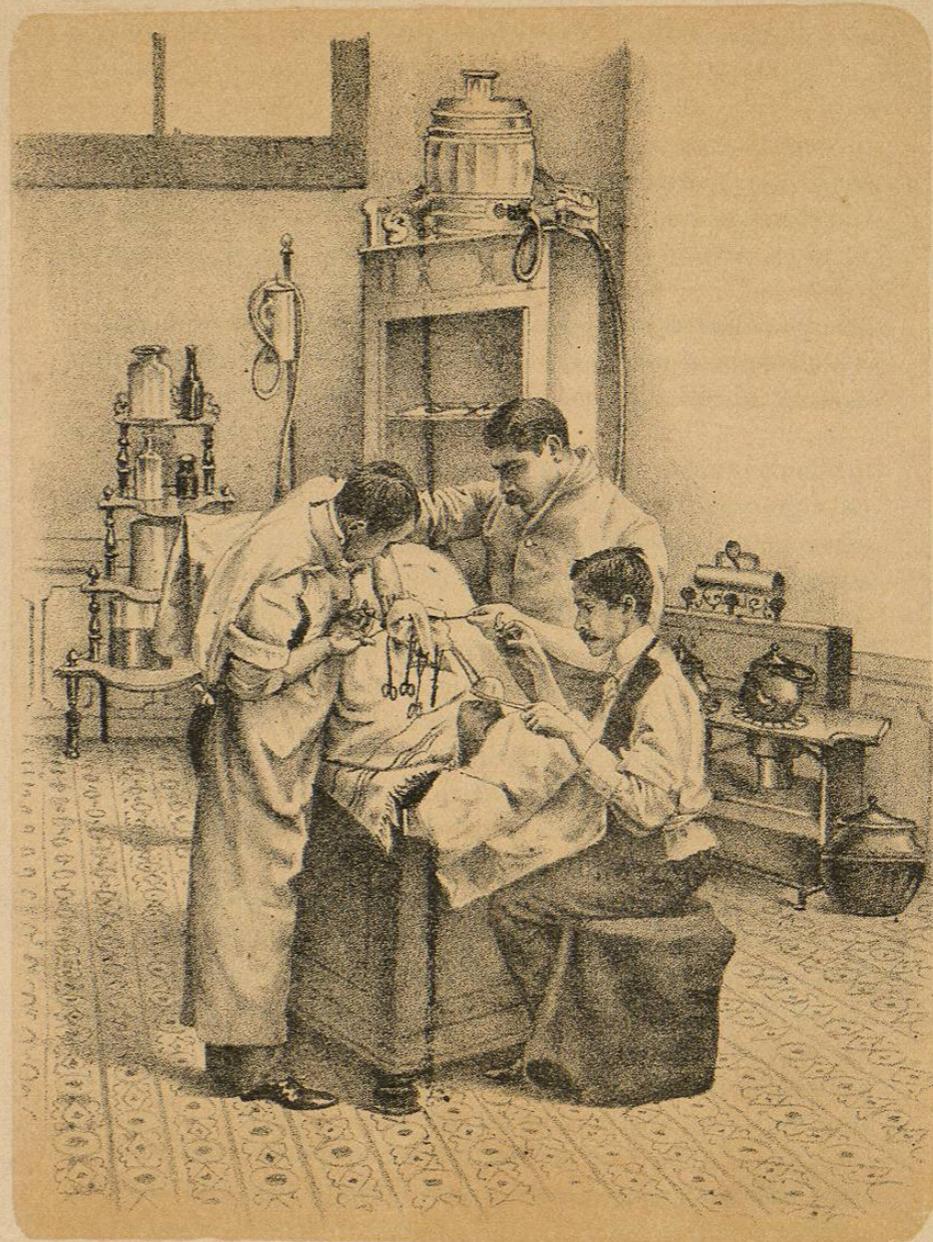


Fig. 46 Disección del uréter izquierdo en una histerectomía, por quistes wolfianos bilaterales muy adherentes.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA