

# 269

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de Ingreso.....
No. de la clasificación.....

DE LAS DESGARRADURAS PERINEALES

Y

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

TESIS PARA EL GRADO DE BACHILLER

PRESENTADA

A

LA FACULTAD DE MEDICINA

POR

LUIS A. PHILIPPS

LIMA. - 1,908.



Señor Decano:

Señores Catedráticos:

La frecuencia de las desgarraduras del periné, que he tenido oportunidad de observar en el Hospital de "Santa Ana", servicio de partos, y las consecuencias y tratamiento quirúrgico, clínica ginecológica, han motivado estas ligeras observaciones, que someto á la consideración de vosotros, acogiéndome á vuestra indulgencia que sabrá disimular con justicia, las deficiencias que habreis de notar á cada instante, y que como es natural han de tener cabida dentro de mi modesto estudio.

A fin de dar la mayor claridad posible á este trabajo y de que os informéis desde un principio de los puntos que trata, dividiremos su exposición en dos partes, cuyo orden será el siguiente:

En la primera me ocuparé de la topografía de la región del periné, de las causas que pueden dar lugar á los desgarros del suelo pélvico, de los principales síntomas y medios de hacer el

diagnóstico y en la segunda haré una descripción de todos los métodos operatorios propuestos y la elección del que me parece mejor, apoyándome en las historias clínicas que presento.

#### LIGERAS NOCIONES SOBRE LA TOPOGRAFÍA DEL PERINE.

Se conoce con el nombre de periné en la mujer, al conjunto de partes blandas que forman el suelo fibro-muscular resistente, que cierra inferiormente la cavidad abdominal y soporta el peso de las vísceras que ella contiene. Visto de dentro hacia afuera se presenta bajo la forma de un embudo ampliamente ensanchado, tomando sus inserciones sobre la pelvis, excéntricamente atravesada, en su parte anterior, de un orificio que dá paso á la vagina y hacia atrás por el recto.

Visto exteriormente el periné está reducido al espacio comprendido entre la horquilla y el ano; formando la base de una especie de pirámide triangular, su plano profundo corresponde á la piel y al entrecruzamiento del esfínter del ano, del constrictor de la vulva y del transverso, mientras el vértice de la pirámide se pierde en el tabique recto-vaginal. Uno de los lados está contorneado por la vagina y el borde superior está bordeado y reforzado por el himen ó sus vestigios; el otro lado es tangente al recto; las partes laterales del prisma perineal tienen por apoyo, profundamente; los bordes internos del elevador del ano, insertos en los lados del recto. Estos músculos, por el entrecruzamiento inferior de sus fibras, forman un verdadero sostén á toda la región.

Las vías génito-urinarias y el recto forman parte integrante del periné en una porción de su trayecto.

Es útil establecer una división en armonía con la anatomía

y patología de la región: el periné comprende una porción anterior ó génito urinaria y una porción posterior ó recto-anal. La línea de demarcación entre estas porciones se encuentra en el esqueleto representada por la línea bi-isquiática, y sobre las partes blandas por el borde posterior de los dos músculos trasversos del periné. La porción recto-anal comprende el recto y el hueco isquio-rectal.

Las capas que componen el periné son: 1°.- La piel; 2°.- La fascia superficialis; 3°.- La aponeurósis perineal superficial; 4°.- Una primera capa muscular formada por los músculos trasversos del periné, isquio-cavernoso y bulbo-cavernoso; 5°.- La aponeurósis perineal media; 6°.- Una segunda capa muscular formada por los músculos de Wilson, elevador del ano, de Guthrie é isquio-coxígeo; 7°.- La aponeurósis perineal superior; 8°.- La capa celular sub-peritoneal; y, 9°.- El peritoneo.

- 1°.- La piel del periné presenta diferencias notables en algunos puntos. En la línea media se encuentra un rafé más ó menos saliente, vestigio de la unión que se opera durante la vida embrionaria. La piel generalmente es delgada, adquiriendo aún mayor delgadez al rededor del ano, en el punto designado con el nombre de margen, donde es difícil disecarla; además, está privada de movilidad porque las fibras longitudinales del recto se fijan en su cara profunda.
- 2°.- La fascia superficialis se descompone en dos láminas: la primera superficial se confunde con la capa análoga de las partes vecinas; la segunda profunda, se continúa hacia adelante con la fascia vulvar y hacia atrás con el esfínter externo. Entre estas dos láminas, existe tejido adiposo en cantidad muy diversa según los sujetos y que se continúa con el que llena la fosa esquio-rectal. La

presencia de este tejido adiposo dá al periné un espesor más ó menos considerable.

3°.- La aponeurósis perineal superficial ocupa el espacio traingular que circunscriben las dos ramas isquio-pubianas. Sus bordes laterales ~~se insertan en el labio anterior de dichas ramas.~~ Su base, que forma el límite recíproco del periné anterior y del periné posterior, se refleja de abajo arriba por detrás de los dos músculos transversos, para continuarse, encima de estos músculos, con la aponeurósis perineal media. Su vértice, dirigido hacia adelante, se pierde insensiblemente en el tejido celular del monte de Vénus. Su cara inferior está en relación con la facia superficialis y con la piel. Su cara superior cubre las raíces del clítoris y los músculos transversos, isquio-cavernoso y bulbo cavernoso. Su parte media, finalmente, nos presenta un ancho orificio, alargado de atrás adelante y destinado á dar paso al conducto vulvo-vaginal. Los bordes de este orificio, situados inmediatamente por dentro de los dos músculos bulbo-cavernoso ó músculo constrictor de la vagina, se pierden en las paredes de la vulva.

4°.- Después de haber desprendido la aponeurósis perineal superficial ó de haberla rebatido hacia atrás, se descubren tres músculos dispuestos de manera que circunscriben un triángulo, <sup>el triángulo</sup> isquio-bulbar; cuya base dirigida hacia atrás y abajo está constituida por el músculo transverso superficial; el lado externo por el isquio-cavernoso y el lado interno por el bulbo cavernoso. El área de este triángulo está ocupado por grasa: se percibe en él una porción de la aponeurósis media, que forma así la pared superior del saco ocupado por los músculos. El transversos del periné, nace en la cara inter-

na de la tuberosidad isquiática por fibras aponeuróticas á las que siguen las fibras musculares.

Desde allí se dirige hacia adentro y, al llegar á la línea media, termina en el rafé fibroso que se extiende del ano á la comisura posterior de la vulva, ó sea al rafé preanal ó ano-vulvar

Al contraerse junto con el <sup>del</sup> lado opuesto, pone tenso este rafé fibroso y suministra así un punto fijo al músculo bulbo-cavernoso que en su mayor parte se inserta en dicho rafé.

El bulbo-cavernoso, nace por detrás del rafé ano-vulvar, donde sus haces de origen se entremezclan siempre con los del esfínter del ano. A partir del rafé ano-vulvar, el músculo se dirige hacia adelante, cubre sucesivamente la glándula de Bartolino y la porción anterior de la uretra y llega al codo del clítoris, donde termina suministrando dos lengüetas tendinosas: una inferior que se inserta en la cara dorsal del clítoris, y otra superior que se fija en el lado correspondiente del ligamento suspensor. Por debajo del clítoris, el bulbo-cavernoso presenta algunas otras inserciones que se verifican en las partes laterales del bulbo y en la mucosa vulvar en el espacio comprendido entre el clítoris y el meato.

El bulbo-cavernoso reviste en su conjunto la forma de un haz arqueado, cuya concavidad mira hacia la línea media. Uniéndose el del lado derecho con el del lado izquierdo, constituyen un músculo impar y medio, de forma anular, que abraza la extremidad inferior de la vagina, del mismo modo que el esfínter anal abraza la del recto: es el músculo constrictor de la vagina. Cuya acción es: estrechar el orificio inferior de la vagina; hacer descender

el clítoris y aplicar su extremidad libre sobre el pene en el acto de la cópula; comprimir lateralmente el bulbo y la glándula de Bartolino y por último comprimir la vena dorsal del clítoris favoreciendo así su erección.

El isquio-cavernoso, llamado también isquio-clitorídeo por ciertos autores, se inserta por detrás en el isquión y la rama isquio-pubiana que lo continúa. Desde allí, se dirige oblicuamente hacia adelante y adentro, abarca en una especie de semi-vaina la raíz del cuerpo cavernoso correspondiente, y vá á terminar en el clítoris á nivel de su codo; sus fibras se insertan á la vez en la cara superior y en la cara lateral de este órgano. El esquio-cavernoso hace descender el clítoris y en el acto del coito aplica el glande clitorídeo sobre la cara dorsal del pene.

5°.- La aponeurosis perineal media ó ligamento de Carcassonne, se inserta en el labio posterior de las ramas isquio pubianas. Se compone de dos hojas una superior y otra inferior, en cuyo intervalo se encuentran los vasos pudendos internos y cierto número de haces musculares, de dirección transversal ú oblicua que son: el músculo transverso profundo, llamado todavía músculo esquio-bulbar, músculo de Guthrie; el músculo de Wilson; elevador del ano é esquio-coxigeo. El orificio uretral, muy pequeño en el hombre, adquiere en la mujer dimensiones considerables, pues además de la uretra, deja pasar la vagina; se convierte en el orificio uretro-vaginal.

6°.- La segunda capa muscular está constituida por el músculo de Wilson hacia adelante, el elevador del ano en una gran parte de su extensión y el isquio-coxigeo hacia atrás. En este plano se encuentra el plexo de Santorini.

Estos músculos se observan bien por el interior de la pel-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

vis, después de haber levantado el peritoneo, la capa celulosa sub peritoneal y la aponeurósis pelviana.

Músculo de Wilson, este ha encontrado en la mujer el músculo que había descrito en el hombre y que lleva su nombre. Este músculo nace también, en parte del ligamento sub-pubiano, en parte de haces fibrosos que rodean las venas del plexo de Santorini. Desde allí, sus fibras se dirigen hacia la uretra y van á entrecruzarse con sus homólogas del lado opuesto, inmediatamente por debajo de la uretra, entre ésta y la pared anterior de la vagina. Terminan en el tejido conjuntivo de la región, en el mismo punto en que termina el transversus vaginae.

El músculo elevador del ano que hace el papel de un diafragma que cierra completamente hacia abajo la cavidad pelviana y llena el espacio que queda libre entre el recto y la vagina. El músculo nace de la cara posterior del pubis y del arco fibroso que forma parte de la aponeurósis, del obturador interno; sus fibras las más anteriores forman un borde interno claramente limitado que cruza perpendicularmente las partes laterales de la vagina á dos ó tres centímetros por encima de la vulva y después se dirigen sobre las partes laterales del recto. Las otras fibras van hacia atrás del intestino y se fijan en el rafe ano-coxigeo. Algunas se confunden con las fibras longitudinales del recto yendo á insertarse en la cara profunda de la piel que rodea el ano.

Los haces musculares de un lado, uniéndose con los homólogos del lado opuesto, forman una especie de banda que comprime lateralmente la vagina, al mismo tiempo que la aplica contra la sínfisis.

El esquio-coxigeo no presenta ninguna consideración digna de mención.-Existen en la mujer entre las dos hojas de la aponeurósis perineal media, fibras musculares estriadas, que son las homólogas de las que constituyen en el hombre el músculo de Guthrie. Al músculo que ellas forman lo denominaremos como en el hombre músculo de Guthrie. Henle lo describe con el nombre de transverso profundo.

Las fibras constitutivas de este músculo nacen de las ramas isquio-pubianas. Algunas de ellas, sin embargo, parecen originarse de la aponeurósis perineal media.

Desde las ramas isquio-pubianas, estas fibras se dirigen hacia adentro, siguiendo un trayecto transversal más ó menos oblicuo. Por su situación las dividiremos en posteriores, medias y anteriores. Las fibras posteriores se dirigen hacia atrás de la vagina, se ponen en contacto en la línea media con las del lado opuesto, se entrecruzan más ó menos con ellas y, finalmente, se insertan en la aponeurósis perineal media. Las fibras medias se dirigen hacia los lados de la vagina: forman el transversus vaginae de Feihrer. Las fibras anteriores, por último, se dirigen hacia adelante de la uretra y constituyen el transversus uretrae.

- 7°.- La aponeurósis perineal profunda ó pelviana, presenta exactamente la misma disposición que en el hombre, con la variante, sin embargo de que la próstata se halla aquí reemplazada por la vagina. En los puntos en que se pone en contacto con la vagina, la aponeurósis perineal profunda se adhiere intimamente á la túnica conjuntiva fibrosa de este último conducto.
- 8°.- Entre las aponeurósis perineal superior y el peritoneo se encuentra una capa abundante de tejido celular laxo que contiene grasa.

Estando separada de la masa adiposa que llena el hueco isquio+rectal, por el espesor del músculo elevador del ano y sus dos aponeurosis. El espacio ocupado por esta capa ha sido designado por Richet con el nombre de espacio pelvi-rectal superior en oposición á la fosa isquio-rectal que se llama espacio pelvi-rectal inferior. La capa celulo adiposa sub-peritoneal de la pelvis se continúa ampliamente con la de la fosa isquio-rectal.

3°.- Encima de ella se encuentra por fin el peritoneo, el que después de haber descendido por la pared anterior del abdomen, pasa ligeramente levantado por el uraco, por encima de la vejiga, tapiza la región posterior y lateral de este reservorio desde donde se refleja, formando un fondo de saco (Fondo de saco vesico-uterino) y asciende por la parte superior de la porción supra vaginal del cuello.

De aquí resulta que el bajo fondo de la vejiga se encuentra desprovisto de peritoneo y en relación inmediata con la parte inferior del cuello uterino.

El peritoneo se eleva en seguida tapizando toda la pared anterior del útero, su fondo, su cara posterior y la de la región supra-vaginal del cuello, hasta la inserción de la vagina, sobre la pared posterior, de la cual desciende en una extensión de tres centímetros próximamente. En este punto el peritoneo se refleja de nuevo y forma el fondo de Douglas, subiendo por la pared anterior del recto.(1).

Anatomía patológica.- En las desgarraduras del periné se admiten tres grados. /

En el primer grado desaparece la horquilla y una pequeña  
(1).- Tillaux. Anatomía topográfica.

parte del cuerpo perineal en la zona anterior limítrofe con la vulva; en consecuencia, ésta se presenta algo más abierta en el sentido ántero-posterior, pero la entrada de la vagina, aunque un poco más dilatada, no ha sufrido mucho; pudiendo decirse que es una lesión puramente vulvar.

En el segundo grado, todo el cuerpo perineal desaparece desde la horquilla hasta el borde del ano, respetando, sin embargo, el esfinter. La vagina presenta su entrada dilatada y abierta hacia atrás, de modo que separando los labios vulvares se ven las paredes vaginales anterior y posterior; el periné y la entrada de la vagina han desaparecido.

El desgarro de tercer grado alcanza hasta el ano, con rotura del esfinter anal y de una porción mayor ó menor del tabique. Algunos autores señalan todavía un cuarto grado, cuando la desgaradura alcanza al tabique recto-vaginal, pudiendo perfectamente comprenderse en el anterior, que se conoce también con el nombre de desgarro completo.

En la línea media raras veces tiene lugar el desgarro, por eso se observa con frecuencia que se prolonga hacia uno de los lados de la vulva. La superficie cicatricial en los desgarros antiguos forma una línea blanquecina, que desde los grandes labios, vá hasta la margen del ano, terminando en los casos de desgarro completo, en una fosita que se encuentra á cada lado, producida por la retracción de los extremos del esfinter y que para el tratamiento debe tenerse en cuenta.

Cuando existe un desgarro completo, la vulva y el ano forman un solo orificio, que parece de forma oval, algo ensanchado hacia la parte posterior.

Ocurre á veces que aparentemente no existe desgarró ninguno, porque las capas mucosa y cutánea conservan su integridad, pero el periné está adelgazado, flojo y la entrada de la vagina dilatada; <sup>ó dilatable</sup> constituyendo una verdadera relajación de la entrada vaginal. En estos casos á consecuencia de partos repetidos, los planos musculares, principalmente el elevador del ano, se han relajado, si no es que han sufrido roturas sub cutáneas que no se han reparado.

Cuando existe una relajación ó rotura sub mucosa del elevador del ano, el periné esta más bajo, la entrada de la vagina está dilatada en sentido antero posterior, ofreciendo poca resistencia todo el suelo perineal; encontrándose el ano algo dislocado hacia atrás.

A veces existe desgarró del periné de segundo grado, sin que el elevador del año haya sufrido en su integridad, observándose entonces fácilmente que todas las partes conservan mejor su topografía, á pesar del desgarró, que cuando el elevador está relajado. Se comprenderá fácilmente que sea así, si se recuerda que los haces del elevador del ano, en su unión al periné y al esfínter anal, tienen entre sus funciones la de elevar el periné y estirar la porción inferior del recto hacia el pubis, dándole la forma transversal que tiene la abertura de la vagina en los casos normales, y conservando para el recto la forma de S que tiene á su terminación, con una acodadura hacia adelante al nivel del esfínter. Kelly insistía con muchísima razón acerca de la importancia de este músculo en los desgarró del periné y en la relajación de la entrada vulvo-vaginal; el periné tiene una gran importancia como cuerpo fibroso de sostén, pero los músculos que lo integran ex-

plican la facilidad con que recobra su posición y forma cuando es propulsado hacia abajo. (1).

Aunque con frecuencia el desgarró perineal de segundo y tercer grado se acompaña de prolapsos de la pared vaginal anterior y de la vejiga, más tarde de la pared vaginal posterior y recto, estos órganos vienen á formar eminencia en la vulva (c. anterior y c. posterior), muchas veces se encuentra el desgarró pero sin que le acompañen dichas lesiones, que si se producen más fácilmente cuando existe una destrucción del cuerpo perineal, necesitan otras causas para desarrollarse. El desgarró perineal favorece el desarrollo de los prolapsos vaginales pero no los produce necesariamente.

Ocurre á veces un hecho raro, es que conservando su integridad el tabique recto-vaginal, el esfínter del ano sufre una rotura completa ó incompleta sub-cutánea, y la relajación consecutiva; cierto también que generalmente se vén á la vez ambas relajaciones, pues esto supone un estado muscular espasmódico en el acto del parto, en virtud del que las partes cutáneas, mucosas y fibrosas se dilatan, pero las musculares, no pudiendo seguir la distensión se rasgan y separan. Esta rotura sub-cutánea del esfínter, puede ser tan completa que haga imposible las funciones de retención del ano, como se vé en la historia N°1.

Como hechos raros debémos citar el desgarró central del periné, en el que la cabeza fetal atravieza dicha región, dejando por delante la horquilla y por detrás el ano, y aquellos otros que no por ser ménos raros, dejan de ser auténticos, en los que

(1).- Kelly: Operative Gynecology, tomo I pag.35.

el feto atravieza el tabique recto-vaginal y es expulsado por el ano.

## DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS Y MEDIOS DE HACER EL DIAGNÓSTICO.

Prescindiendo de las molestias locales que ocasiona la ulceración durante el período puerperal, una vez constituido el desgarro los signos funcionales varían mucho con el grado del mismo y su antigüedad.

El desgarro de primer grado es perfectamente tolerado, por regla general, sin embargo hay enfermas que acusan dolores al más pequeño movimiento.

El de segundo grado también es bien tolerado en muchas ocasiones. En otras produce manifestaciones dolorosas y dificultad en la marcha, porque la enferma encontrando que le falta el punto de apoyo perineal, siente una sensación de vacío, como si las partes profundas quisieran salir. Por lo general estas sensaciones llegan á desaparecer, viniendo á establecerse más ó menos tarde, la tolerancia, como se vé en la historia N°2.

El desgarro completo es para las enfermas una verdadera pesadilla. No funcionando el esfínter rectal la incontinencia es completa para los gases y materias fecales líquidas y si un estreñimiento acentuado no viene á corregir en parte tal estado, la enferma se vé obligada muy penosamente á vivir aislada de la sociedad, porque gases y materias fecales se expulsan por el ano á cualquier instante. Solamente en los desgarros elevados del tabique recto-vaginal, se observa la incontinencia absoluta, hasta para las materias fecales sólidas; sin embargo de que algunas enfermas, con desgarros que parecen considerables, pueden retener en

el reposo horizontal, las materias líquidas y hasta los gases, si persisten algunas fibras musculares. Aparte la importancia de esta incontinencia, casi siempre existen vulvo-vaginitis, metritis, particularmente si el desgarró interesa algo el tabique, porque los materiales se dirigen hacia la vulva y vagina, produciendo fenómenos irritativos, constantes y sumamente molestos, como se vé en la historia N°3.

Los desgarró incompletos no tienen signos particulares. Los signos que se describen habitualmente: sensación de pesadez en el periné, abertura ámplia de la vulva, ineptitud para el esfuerzo y la fatiga, no son más que los primeros síntomas del prolapso genital, cuyos factores más importantes son estas lesiones á consecuencia de la perturbación que en la estática uterina se produce por la insuficiencia ó falta del apoyo perineal.

El prolapso genital puede considerarse como una consecuencia habitual del desgarró en un espacio de tiempo variable. No siendo consecuencia inmediata, ni fatal, porque su producción no guarda relación absoluta con la extensión del desgarró, pues además de las condiciones mecánicas, exige para su constitución alteraciones especiales en la nutrición de los tejidos.

Las causas morbosas que actúan sobre los órganos genitales y que pueden ser agentes indirectos en la determinación del prolapso, como inflamaciones uterinas, peri uterinas, gonococia etc, juegan un papel secundario en la génesis de estas lesiones, cuyo factor etiológico principal debe atribuirse á la congestión y trastornos circulatorios originados por la ptósis genital misma.

Por último los desgarró del periné en muchos casos son causas de esterilidad por los procesos metrítricos y endometrítricos

que á la larga producen.

Por lo que toca al diagnóstico debo decir, que no ofrece ninguna dificultad: bastando el examen directo por la vista, el tacto y el espéculo, comprobando los signos físicos, ó mejor las lesiones con sus múltiples variedades, es la única manera de hacer el diagnóstico. Por la inspección bien practicada, basta separando las nalgas de la enferma, para darse cuenta hasta qué punto el cuerpo perineal está destruido; pero ocurre á veces que se practica un examen ginecológico para otra afección y pasa desapercibida la lesión perineal.

Por el tacto se reconoce la insuficiencia perineal provocada por el desgarro intersticial, con la conservación de la mucosa y piel. Para esto el dedo introducido en la vagina deprime fácilmente la pared vaginal posterior, sin experimentar la sensación de resistencia muscular elástica ordinaria. Por el tacto vagino-rectal se aprecia la reducción del cuerpo perineal á los tegumentos que se deslizan uno sobre otro, porque ya no existen los planos musculares.

Para apreciar si el desgarro es ó no completo, basta, en general, con los antecedentes de la enferma, pero más de un caso se ha visto en que siendo el desgarro muy antiguo, la enferma no tenía conciencia de ello; al ser interrogada sobre su incontinencia fecal; contesta que, realmente, si alguna vez tenía diarrea, la molestaba algo. Algunas veces se ha observado que después del primer parto, enfermas que han quedado incontinentes, creyendo su estado como una consecuencia natural.

Por otra parte el tacto rectal permite apreciar fácilmente el estado del esfínter y la altura que puede alcanzar el desgarro

en el tabique recto-vaginal.

Siendo más difícil de apreciar la rotura sub-mucosa del elevador del ano, vulvo-cavernoso y del esfínter anal, por no existir lesiones perineales ni vulvares que lo indiquen; pero con todo á los lados de la entrada de la vagina, por dentro de la rama isquio-pubiana, puede apreciarse la resistencia del elevador del ano cuando está íntegro, exista ó no desgarró perineal. En cuanto al desgarró total ó parcial del esfínter del ano, es fácil encontrarlo por medio del tacto rectal; si es completo puede hallarse fácilmente el sitio de la rotura por la separación de los extremos; en un punto del anillo esfinteriano, comunmente en la parte anterior, se encuentra que falta la resistencia del esfínter.

#### CAUSAS QUE INFLUYEN EN LOS DESGARROS DEL PERINÉ.

La causa principal de la mayor parte de los desgarró perineales, que se nos presentan en la práctica y que nos vemos precisados á tratar, se encuentra <sup>casi</sup> siempre en los efectos producidos por el parto; si bien es cierto que en ciertas circunstancias los desgarró traumáticos del periné son raros, por lo que no insistiremos en ellos.

En el trabajo del parto, pueden influir dos séries de causas, para producir las dislaceraciones del periné, unas dependientes de la madre y del feto, y otras consecutivas á intervenciones operatorias.

Por parte de la madre se observan como causas predisponentes un primer parto, porque en efecto, la vulva debe dejar pasar al feto cuyas dimensiones son excesivas, relativamente al orificio que atravieza. No pudiendo conseguirlo, sin causar efracción, sino gracias á un doble artificio: la imbibición de todas las partes

blandas á consecuencia de la congestión venosa intensa al final del embarazo, y la elasticidad de los planos musculares y cutáneo.

Cuando una de estas condiciones normales falta, el periné cede y se desgarrá. Pudiendo este accidente ocurrir en circunstancias diversas: la estrechez exagerada de la vulva y del arco pubiano; la elasticidad insuficiente de las partes blandas tan común en las primíparas, principalmente en las que tienen alguna edad, y que suele exagerarse por lesiones especiales sobre todo las sifilíticas; se observa también en las albuminúricas cuyos tejidos infiltrados tienen una resistencia mínima.

Ciertas disposiciones anatómicas, como la orientación muy acentuada de la vulva hacia adelante, la situación muy baja del pubis, obligan al periné á una distensión exagerada y consecutivamente al desgarró.

Independientemente de estas circunstancias la calidad de los tejidos influye poderosamente, para hacer inevitables los desgarró.(1).

Algunos autores y entre ellos Puzos citan casos en mujeres de pequeña talla y portadoras de un periné corto; admitiendo otros una verdadera predisposición, lo cual sería muy difícil comprobar.(2).

Por lo que respecta al feto, puede invocarse el volumen excesivo de la cabeza, porque un periné por distensible que sea, tiene necesariamente sus límites de elasticidad; si en estas condiciones no se crea el espacio suficiente mediante las insiciones pro-

(1).- Ribemont-Dessaigues- Précis d'Obstetrique.

(2).- E. Bumm.- Tratado completo de Obstetricia.

filáticas de la vulva, se producirá fatalmente la solución de continuidad perineal. (1).

En el mismo orden de causas encontramos las posiciones viciosas aunque la cabeza sea normal, pero sobre todo las rotaciones del occipucio hacia atrás y las presentaciones de cara, como se vé en la historia N°5.

Estos casos en los cuales puede decirse que la rasgadura es inevitable está en oposición á otros muchos, en los cuales el periné aún poseyendo una distensibilidad normal se dislacera porque el paso de la cabeza por el canal del parto se verifica de un modo desfavorable. Habiendo sido el error más común el de permitir una expulsión demasiado rápida; bastando una ó dos contracciones uterinas enérgicas, acompañadas de presión abdominal muy viva, para hacer avanzar de golpe la cabeza sobre el periné, el cual encontrándose violentado de este modo se desgarrá antes que la elasticidad de sus partes constituyentes entre en juego. Sucede lo mismo en los partos precipitados de las multíparas con periné elástico y distensible, si no se procura el desprendimiento lento de la cabeza, como hemos tenido la oportunidad de observar en la clínica obstétrica.

Es más raro que las rasgaduras sean producidas por anomalías en el mecanismo del desprendimiento. Así puede suceder cuando la frente, empieza á salir antes que el occipucio se desprenda por debajo del arco pubiano. En tal caso la cabeza presiona contra el periné y provoca una distensión máxima de las partes blandas del estrecho inferior ocasionando su rotura.

Ambos factores, desprendimiento demasiado rápido y falso me

(3).- E.Bumm.- Tratado completo de Obstetricia.

canismo del mismo obran con frecuencia en los partos operatorios.

Los desgarros dependientes de maniobras obstétricas, no solo son muy frecuentes, sino que las más de las veces son también muy profundas. Las mismas dislaceraciones extensas del suelo perineal que llegan hasta el recto, se verifican casi exclusivamente en los partos con el forceps y en las extracciones manuales de la cabeza.

Otras veces son dependientes del instrumental defectuoso ó de lesiones preexistentes en los tejidos.

Por último, como hechos excepcionales, debemos mencionar los desgarros centrales del periné, por los cuales sale el feto sin que se complete del lado de la vulva. Esto se observa en los casos de negligencia del partero que debe rechazar la cabeza del feto, introduciendo el dedo en el ano.

Fargas, dice al respecto: "Cuesta trabajo comprender como no son más frecuentes los desgarros del periné, si se observa la manera cómo la cabeza fetal asoma y desaparece de la vulva varias veces antes de ser expulsada: sólo teniendo en consideración el reblandecimiento que sufren durante el embarazo los órganos genitales, se comprende que puede distenderse sin que ocurran desgarrros en todos los casos."(1).

Ahora tratemos de explicar la manera como se fraguan los desgarrros perineales, sin entrar en grandes detalles.

A consecuencia del parto, particularmente en los operatorios, como en las extracciones con el forceps y en los casos de estrechez del arco del pubis, la rasgadura se hace de dentro afuera. Encontrándose en su mayor distensión la mucosa vaginal junto con los hacesillos musculares subyacentes del suelo de la pelvis,

(1).- Fargas.- Ginecología Nacional Mayor de San Marcos

empieza á ceder á nivel de los vestigios del himen según Buden y este desgarró desempeña según la expresión del profesor Pajot, el mismo papel que el tijerazo dado por el mercader para desgarrar una tela, se extiende á mayor ó menor profundidad, interesando las fibras musculares que están por debajo, quedando en este momento el periné adelgazado y reducido á su capa cutánea, que al fin se rompe en el momento del desprendimiento de la cabeza ó del hombro posterior, avanzando más ó menos hacia la región del ano, incluyendo á veces el esfínter, y una porción mayor ó menor del tabique. (1).

El modo opuesto de rasgadura ó sea desde fuera hacia adentro, se encuentra las más veces en los partos espontáneos, cuando la abertura vulvar es estrecha. En este caso la piel excesivamente distendida, toma un color blanquecino y se adelgaza á nivel del frenillo y sigue el rafé, pudiendo conservar su integridad las capas musculares profundas. (2).

En algunos casos los planos musculares se rasgan submucosamente sin que la piel, ni la mucosa den señales de división; formándose de este modo los diferentes grados de desgarró y relajación vulvo-perineal.

El mecanismo de las rupturas centrales que son más raras, es análogo; la cabeza mal dirigida vá hacia atrás al medio del periné al que distiende y hace estallar; en seguida después del intervalo que sigue á la disminución momentánea de la distención, ella puede subir ligeramente, dirigirse al orificio vulvar y franquearlo, ocasionando todavía una ruptura más ó menos extensa.

(1).- Ribemont-Dessaigues- *Precis d'Obstetrique.*

(2).- E. Bumm.- *Tratado de Obstetricia.*

Otras veces, como en un caso relatado por Simpson, el niño pasó por la abertura central.(1).

TRATAMIENTO DE LOS DESGARROS DEL PERINÉ.  
DIVERSOS MÉTODOS.

Pocas cuestiones existen en ginecología, que hayan suscitado tanta discusión como las que se refieren al tratamiento de los desgarros del periné. A diario se proponen métodos nuevos, distintos procedimientos, que hacen la selección sumamente difícil; tal operador encomia un procedimiento, para abandonarlo en seguida. Siendo muy reciente la predilección para determinados métodos.

Así si revisamos las obras contemporáneas nos encontramos con descripciones que presentan en dibujos, procedimientos diferentes para reparar los desgarros del periné; estando unidos los nombres de Dieffenbach, Langenbeck, Hegar, Martín, Polaillon, Roux, Schroder, Sanger, Fritchs, Lauenstein, Pozzi, Terrillon, Condamin, Simpson, Sims, Emmet, Lavvson-Fait, Dudley, Lefort, Edebolds, Dilke, Simon, Dolerism etc. á otros tantos procedimientos, algunos con verdadera originalidad, otros casi imitaciones y separándose por un pequeño detalle sin importancia.

En la actualidad las cosas han cambiado:

Los recursos terapéuticos de que podemos disponer no corren el riesgo de ser aplicados á ciegas, se *precisam* mejor las condiciones que debe llenar cada uno de ellos, y si quedan algunos puntos oscuros, si muchos métodos son demasiado recientes para que se pueda aventurar un juicio definitivo acerca de su eficacia, traza-

(1).- Pozzi: *Traité de Gynecologie*.

das están las principales líneas sobre las que hay perfecto acuerdo entre los cirujanos.

Tres indicaciones existen en la práctica del tratamiento de las rasgaduras del periné; rasgaduras recientes; rasgaduras antiguas y el tratamiento de las metritis y lesiones concomitantes.

Creo que una vez restaurado el suelo perineal, es mucho más fácil el tratamiento de la inflamación del útero, recurriendo para esto al tratamiento antiflogístico ó al curetaje, pues cuando el útero está desviado es casi imposible la curación de la metritis, porque constantemente está congestionado por la posición anómala, que produce alteraciones en la circulación del órgano, haciendo inútil ó moroso el tratamiento de las metritis.

Sólo me ocuparé del tratamiento de los desgarros recientes y de los antiguos.

Para conseguir esto podemos disponer de los siguientes medios: puntos de sutura; avivamiento y desdoblamiento para los desgarros antiguos.

En unos y otros hay que considerar dos partes: el restablecimiento de las relaciones primitivas y el retorno de los órganos de la pelvis á su sitio normal.

La mayor parte de las operaciones en el periné, se hacen con el objeto de obtener el restablecimiento de las relaciones primitivas, cuando han ocurrido desgarros en el parto. Por eso me ocuparé de ellos solo como tratamiento profiláctico de los trastornos á que dan origen los desgarros antiguos.

Después de haber suscitado discusiones, durante mucho tiempo, la necesidad de la reunión inmediata, hoy después de los éxitos de Dieffenbach y las maravillosas conquistas de la sepsia y antisept-

sia, todos los cirujanos y parteros están de acuerdo para aconsejar la sutura inmediata, de los desgarros del periné, cualquiera que sea su extensión y la gravedad de ellos.

Solo en circunstancias determinadas es prudente la abstención, cuando la enferma se encuentre en agotamiento absoluto y falten los auxilios necesarios.

Para obtener el restablecimiento de las relaciones primitivas basta sola la sutura; que se hace ó bien inmediatamente, con la intención de obtener una curación por primera intención, ó más raramente, estando ya herida ya en granulación, para tener la curación por segunda intención, ó bien se puede intervenir tardíamente haciendo una operación de plastia con excisión, ó nó, de la formación cicatricial y con formación de colgajos, ó sin ella.

En todo caso, lo más racional es suturar inmediatamente, sin tardanza, el desgarró perineal, instantes después del alumbramiento, con la ventaja de que en estas circunstancias las superficies no están ni separadas, ni deformadas y por otra parte no hay necesidad de hacer excisiones, ni avivamientos y aún todavía la intervención se realiza sin anestesia general ni local, porque sin duda los tejidos recientemente traumatizados por la expulsión del feto conservan poca sensibilidad. Con esta conducta se persiguen fines distintos: la curación de la herida, el curso normal del puerperio, el ulterior retorno de los órganos de la pelvis á su sitio normal, evitar una operación ulterior más compleja y cerrar la puerta de entrada á las infecciones.

El necesario derrame de los loquios que siempre están más ó menos infectados, hacen supurar fácilmente la herida; las condiciones favorables de absorción de estas partes durante el puerperio,

ocasionan con facilidad procesos inflamatorios de marcha ascendente á lo largo de los linfáticos y venas de la pelvis.

La sutura tardía tiene el inmenso peligro de provocar no sólo vaginitis, sino sobre todo, el prolapso de las paredes vaginales, al cual, en caso de no existir aparato ligamentoso fijo, siguen el prolapso de la vejiga, del recto, de los fondos de saco vaginales y del útero para constituir las diversas modalidades de cistocele, rectocele, descenso y prolapso del útero.

La cicatrización espontánea, sin intervención, que es posible en los desgarros superficiales que solo interesan la mucosa, es excepcional en los profundos por las condiciones desfavorables que los acompañan.

Aunque hay tocólogos como Pajot y Tarnier que dicen haber observado ejemplos, es preciso no contar demasiado con la reparación espontánea, sobre todo bajo las condiciones que dejamos anotadas.

#### TECNICA DE LAS SUTURAS.

La técnica de las suturas es bastante sencilla: pero antes de ocuparme de élla, debo insistir aunque muy ligeramente sobre el instrumental y material de sutura.

El instrumento más sencillo para hacer la sutura es la aguja pequeña de perineo rrafia ó cualquiera aguja curva con mango y agujero en la punta, á falta de éstas puede utilizarse cualquiera aguja curva, de Reverdin, manejada con el porta-agujas.

Como material de sutura se han empleado los más diversos, teniendo cada uno de ellos sus defensores. Asi en la infancia de la cirugía, los antiguos usaban los hilos de cáñamo, lino y algodón;

como ignoraban los beneficios de la antisepsia, tampoco conocían la utilidad exacta de la pureza de los materiales de sutura; estos hilos por su porosidad se hacían verdaderos nidos de microbios, siendo la regla la supuración de los trayectos.

La introducción de los hilos metálicos por los ginecólogos americanos Sims y Bozeman, fué un positivo progreso para la cirugía antigua, siendo los de plata los más asépticos que los otros; de allí sin duda los resultados inesperados que dieron y el justo entusiasmo que despertaran. Sin entrar en más detalles, indiquemos que al rededor de sus pocas ventajas se encuentra el mayor número de inconvenientes: 1° se rompen con más facilidad, 2° cortan los tejidos más fácilmente que los otros hilos, sobre todo cuando abrazan una masa poco espesa, 3° exigir más tiempo su empleo y 4° estar expuestos á las tracciones.

El crin de Florencia une á su impermeabilidad, el no ser absorbible, de romperse menos que el hilo de plata, siendo menos flexible. El inconveniente que tendría para algunos sería el de no mantenerse en el nudo y el ser refractario á la torción.

El crin de caballo prestaría iguales servicios que el de Florencia, con la única diferencia de que siendo más elástico y fino, cortaría con menor facilidad los tejidos; pero tiene el defecto de quebrarse más fácilmente.

La seda más sólida es la trenzada y no la torcida, siendo un buen hilo de sutura cuando se le hace aséptica y aunque las experiencias hechas han demostrado que es bien soportada por los tejidos y que puede absorberse según Thomson (1) en menos de sesenta y cuatro dias, sin embargo no es superior bajo este doble punto de vista al buen catgut.

(1).- Pozzi.- Ginecología, pag. 47.

Le seda tiene un grave inconveniente, debido á su porosidad: es la de infectarse secundariamente; por esta razón las ligaduras y suturas á la seda en regiones que pueden supurar, son algunas veces las causas de fístulas interminables que duran hasta la eliminación del hilo que se ha hecho séptico.

En la cirugía general y en la ginecología, no hay otro agente de ligaduras y sutura que sea comparable al catgut. La propiedad que posee de disolverse y de absorberse en un espacio de tiempo que varía entre ocho y quince días, según su grosor y preparación, lo hace de un valor inestimable para las ligaduras perdidas en la cavidad abdominal y para las suturas del cuello y vagina á consecuencia de las operaciones plásticas, en que las ablaciones de los hilos es difícil y algunas veces penosa. Con todo el reproche que se le hace, es la tendencia grande á desatarse y no mantenerse en el nudo; pero haciendo tres nudos superpuestos y anudándolos con cuidado, se pondrá al abrigo de cualquier sorpresa.

Después de esta ligera exposición nos será fácil la elección del material: prefiriendo el catgut para las ligaduras y suturas profundas y perdidas; la seda y crin de Florencia para las suturas de afrontamiento

Condiciones pre-operatorias.- Las condiciones que deben llenarse antes de la operación pueden resumirse en tres principales: evacuación del intestino, antisepsia y anestesia.

Siguiendo las prácticas, hemos procedido en la siguiente forma: antes de la operación hemos asegurado la vacuidad intestinal, administrando los evacuantes, tratando de desinfectar los intestinos y esta precaución tiene mucha importancia, en las operaciones plásticas de desgarros antiguos, en las que se prepara la enferma

con días de anticipación, prescribiendo tan solo alimentos líquidos: caldo, leche, claras de huevo.

En el día mismo de la intervención, un enema boricado al 30 por 100 ha sido la primera condición, antes del preparado de la región.

El preparado de la región consiste en el escobillonaje con jabon y el afeite, seguido de una buena y abundante irrigación antiséptica de la vagina, haciendo previamente el cateterismo de la vejiga. El instrumental preparado, haciendo hervir en soluciones de carbonato de potasa al 2%, y colocándolo en recipientes flambeados al alcohol, conteniendo soluciones de formol al 1 por 1000.

La antisepsia personal ha consistido en grandes lavados calientes con escobillonaje de jabón al sublimado, renovando después los lavados con otros al alcohol y al sublimado al 1 por 1000.

Siempre á nuestro alcance hemos conservado un recipiente con esta última solución, para mojar las manos según las necesidades en el curso de la operación.

La anestesia general al cloroformo, ha sido precisa por tratarse de una región dolorosa.

Operación.- Sutura.- Colocada la enferma en una mesa de operaciones en la posición dorso-sacra y después de llenadas las condiciones pre-operatorias indicadas; efectuamos el despejamiento del campo operatorio mediante la colocación de tres pinzas, una en el ángulo superior de la herida, en la vagina; las otras dos en los ángulos extremos, en el periné, se dá principio á la sutura.

Para lo cual debe tenerse en cuenta dos particularidades

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

de la herida: esta tiene tres soluciones de continuidad en los tejidos, cada una de las cuales exige una sutura propia, y dos de estas líneas se encuentran en la parte delgada del tabique recto-vaginal.

Se comienza la sutura por el recto, para esto con una aguja curva de Reverdin, enhebrada con catgut, atravezamos la mucosa del recto, por su lado derecho, en el extremo superior de la herida; comprendiendo ampliamente los tejidos de ese lado, pasa en seguida al lado opuesto, saliendo nuevamente por la mucosa rectal. En seguida se pasan de igual manera por debajo de este punto y á medio centímetro de distancia otros puntos hasta llegar al extremo inferior de la herida; de modo que el último hilo reuna los extremos del esfínter del ano.

Al pasar la aguja debe tenerse cuidado de que no pase demasiado cerca de los bordes de la herida, á fin de que los hilos de sutura no los desgarran y no se formen de esta manera abscesos que después comprometerían la curación de toda la herida. Al apretar los hilos para que confronten bien los bordes de la herida, quedan aquellos inaccesibles,, deben anudarse hacia la luz del recto y para mayor seguridad haciendo nudos dobles.

El segundo plano de sutura reúne el desgarró de la vagina, y se hace al catgut y de la misma manera que la anterior, yendo de dentro á afuera, hasta llegar al frénulo del periné; siendo también necesario anudar solo después de haber pasado todos los hilos. Debe tenerse especial cuidado en la aplicación de estos puntos, especialmente en la parte alta -donde el tabique es más delgado- de no tocar los puntos de la sutura rectal; porque si así

fuera al producirse una necrosis, tendríamos como resultado el pasaje de las materias fecales á la vagina.

Terminadas estas dos suturas á lo largo del recto y de la vagina, se hace la sutura á lo largo del periné, para lo cual con la aguja curva de Emmet se pasan hilos de Florencia, empezando por el ángulo inferior de la herida, hasta llegar al superior, no debiendo sobrepasar el frénulo del periné; porque de lo contrario resultaría un periné demasiado bajo y una vagina prominente y entreabierta.

Sucede á menudo que la herida por su gran amplitud, ofrece demasiado tejido para hacer una sutura única, en este caso como lo aconseja Werth y como tantas veces, con abundamiento de razones he recomendado mi ilustre maestro el Doctor Carvalho, de hacer una sutura en pisos, colocando una doble serie de puntos de catgut, á fin de que no queden lagunas ó espacios muertos en la herida, en donde reteniéndose las secreciones, producen fácilmente la supuración, tanto más, cuanto que antes de la sutura estas lagunas corresponden á los puntos de desgarró de los músculos, los cuales no poniéndose en contacto, dan lugar á retracciones del tejido; estando naturalmente en la exacta coaptación de dichos extremos musculares, el interés de la restitutio ad integrum del periné, especialmente con respecto á su resistencia.

Los cuidados post-operatorios.- Son tan importantes para el éxito de la curación como la exactitud de la sutura misma, se refieren éstos á la higiene y antisepsia de la operada, esto es en resumen: á las curaciones que deben seguir á la operación, hasta la disipación de los síntomas de cada caso particular.

En los casos de desgarró completos, la primera cuestión:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

que surge es si debe dejarse en el recto un tubo para la salida de gases y excrementos. Mucho preocupó este tema á Emmet, estudio que lo condujo al descubrimiento de la necesidad de suturar el esfínter y desde entonces, sin tubo rectal, se han obtenido resultados perfectos; razón porque la inmensa mayoría de cirujanos han desechado su empleo, que no sirve sino para provocar tenesmo, fenómenos de rectitis y facilitar la infección de la herida. Siendo preferible en todo caso dejar el tubo digestivo en reposo por unos días; lo que se consigue fácilmente si antes de la operación, como queda dicho, se purga abundantemente á la enferma y después se la tiene en reposo y á dieta líquida, caldo, leche, por unos cinco días. Caso de existir tendencia á la diarrea está indicada la administración de cierta cantidad de opio.

Enumeraremos la conducta que hemos seguido, cuidando ser concisos para no alargar este trabajo.

En el curso de los cinco primeros días, guarda la operada reposo en cama y el decubito supino, teniendo los muslos juntos mediante un vendaje que no esté demasiado apretado, á fin de que no se acumule ninguna secreción en la vulva; haciendo un cateeterismo cada ocho horas para que la orina no empape la línea de sutura y renovando el aposito vulvar siempre que se encuentre empapado.

Las curaciones las hemos hecho en este orden: el sexto día lavados externos con solución tibia de bicloruro de mercurio al 1 por 1000, reservando los vaginales para las puérperas; en seguida pulverizamos la entrada de la vagina y el periné con xeroformo y un aposito con vendaje en T de ano.

El sexto día administramos un purgante con el fin de pro-

vocar varias cámaras líquidas y no el segundo día como aconsejan algunos, porque en esta plazo aún no se ha verificado la reunión de las superficies cruentas. Este sistema que tiene por objeto provocar cámaras líquidas, está en oposición con el que consiste en constipar las enfermas por diez ó doce días, dando lugar por ello á la formación de bolos fecales que al ser expulsados dilatan excesivamente el ano y pueden rasgar parte de la cicatriz obtenida; aún purgando el sexto día no siempre se evita la formación de esos bolos que penosamente expulsan las enfermas de manera espontánea, teniendo necesidad de ser extraídos por el ginecólogo ó por un ayudante experto, mediante una maniobra sencilla que consiste en introducir el índice y extraer porciones de materia fecal endurecida, haciéndolas pasar rozando la parte posterior del ano en tanto el dedo protege la anterior; como los puntos permanecen todavía en su sitio, no hay peligro de la separación de la unión obtenida. Desde el séptimo día hemos acostumbrado los enemas para facilitar la evacuación del recto.

Las suturas se retiran al décimo día, colocando la enferma en la mesa para tener bien despejado el campo operatorio y actuar con entera libertad. A propósito debemos hacer notar las dificultades é inconvenientes con que se tropieza en la técnica que recomendamos, por hallarse á veces los puntos de sutura y los nudos ocultos debajo de la línea de cicatrización. Para extraerlos se cogen los extremos, á cuyo fin se deben dejar los dos largos y anudados para evitar confusiones, se corta el nudo de un punto y se cogen con pinzas de Pean los dos cabos, que á veces salen de la herida separados por una banda de cicatriz y se tira de uno de ellos hasta *hacer* visible el nudo; en general hay que dislacerar al-

go la cicatriz para hacerlos visibles y poder cortar el asa. Como se ha de cortar profundamente, á veces se corta el cabo cogido y no el asa, y entonces queda el otro extremo como fiador para cortar el asa y no dejar el punto perdido.

A pesar de estas precauciones queda alguna vez un punto perdido que debe procurar evitarse en lo posible, no porque comprometa el éxito de la operación, sino porque ocasiona una pequeña molestia hasta su eliminación.

Es de esta manera como hemos asistido al restablecimiento de nuestras enfermas, practicando la perineorrafia, cuando su necesidad terapéutica, ha sido indicada por la naturaleza de los casos que no requerían más remedio, que esta intervención de técnica tan sencilla como fácil.

#### TRATAMIENTO DE LOS DESGARROS ANTIGUOS.

Cuando la intervención inmediata no ha tenido lugar, surgen dos cuestiones ante la consideración del ginecólogo: 1° deberá intervenir en los días que siguen al parto, durante el período de granulación de la herida y 2° si debe esperarse el período de cicatrización completa para intentar la perineorrafia.

Muchas veces operando á los quince ó veintiun dias después del parto, los resultados han sido coronados de éxito, sin embargo, no hay conformidad en los cirujanos al apreciar su conveniencia.

Por nuestra parte creemos que mayores son los inconvenientes, de no esperar que todas las superficies perineales se encuentren cicatrizadas, á fin de que los tejidos no ofrezcan solución

de continuidad, ni congestiones que los hacen fácilmente friables. La misma enferma se encuentra en mejores condiciones, dando el tiempo necesario para prepararla de la manera más conveniente á fin de poder soportar la operación que puede ejecutarse por los procedimientos siguientes:

#### OPERACIONES.

Los medios quirúrgicos propuestos para el tratamiento de los desgarros antiguos, tratase de desgarros completos ó incompletos, se derivan de dos métodos: avivamiento y autoplastia ó desdoblamiento.

En los procedimientos por el método de avivamiento, se separa una parte de la mucosa vulvo-vaginal para poder reunir convenientemente las superficies; en los de autoplastia, se desdobra más ó menos el tabique recto-vaginal y se reúnen los colgajos que resultan.

#### PERINEORRAFIAS POR AVIVAMIENTO.

#### RESEÑA HISTORICA.

La primera operación fué propuesta por Ambrosio Paré y practicada por primera vez por J. Guillemeau, cirujano francés, en el siglo XVII; más tarde hicieron intervenciones con más ó menos éxito los cirujanos Murena, Saucerotte, La Motte y Smellie.

El año 1845 Dieffenbach, en Alemania, fué el promotor de un método que sirvió de base á numerosos procedimientos, que tenían por característica el ancho avivamiento, que modificado por

Roux fué introducido en Francia.

Sin tener la menor noticia de esta modificación, Langenbeck á su vez, fué autor de un nuevo método, la perineo-síntesis fundado en la combinación del avivamiento con la autoplastia por desdoblamiento; dió nacimiento en Francia á los procedimientos de Richet, Le Fort y Demarguay y en Alemania, á los de Simon, Freund, Hildebrand, Wilms, Bischoff y Hegar.

En Estados Unidos de América, el año 1855, Mariou Sims, aplicó á las roturas del periné, los principios que le guiaron en la operación de la fístula vesico-vaginal; operación que despejada de toda complicación inútil y de los diversos planos de sutura, vino á imitarse el procedimiento de Roux, aumentando la altura del avivamiento y empleando los hilos metálicos, se llegó á simplificar la técnica que preparó el procedimiento de su discípulo Emmet, consistiendo su originalidad en el modo de hacer la sutura que tiene por objeto aproximar sus bordes, cerrándola como se cierra una bolsa y en el cuidado para aproximar los dos extremos del esfínter divididos, por la aplicación de un hilo especial llamado por esta razón hilo sub-esfínteriano, muy profundo y muy oblicuo de atrás adelante.

Jude Hüe (de Ruen) fué el vulgarizador de este procedimiento en Francia, siendo aceptado inmediatamente por la mayoría de los cirujanos.

Vamos ahora á enumerar los diversos procedimientos operatorios fundados en el método de avivamiento.

#### PROCEDIMIENTO DE HEGAR.

Consiste en separar de la pared posterior vulvo-vaginal, un

colgajo mucoso de forma triangular cuyo vértice se encuentra á quince milímetros del cuello uterino y la base en la vulva.- Haciendo en seguida una sutura entrecortada de vértice á base

#### PROCEDIMIENTO DE MARTIN.

Respetando la columna posterior de la vagina que es la parte más resistente de dicha pared y después de ponerla tensa mediante dos pinzas tira-balas, se dibuja y disecciona á cada lado, dos pequeños colgajos triangulares, cuyos vértices están en la proximidad del cuello uterino y las bases á un travez de dedo de la horquilla. En seguida sutura al catgut las dos superficies cruentas, vaginales separadamente.

Hecho esto, se practica una excisión más extensa por debajo de las precedentes, en forma de media luna con la concavidad dirigida hacia arriba, trazando el dibujo de la manera siguiente: la primera incisión transversal pasa un poco por encima de la horquilla para elevarse á cada lado hasta la mitad de la altura del anillo vaginal. De las extremidades de esta incisión parte otra concéntrica, que separándose en angulo agudo y pasando por la base de los labios menores viene á unirse al pié de las incisiones triangulares. vaginales.

De esta suerte la superficie cruenta que en reposo tiene la forma de una media luna, toma la de un losange cuando se la estira con dos pinzas en el sentido antero-posterior.

Se hace al catgut un doble plano de suturas que reunen entre si las dos mitades del losange, cuya extremidad superior sirve para la refección de la comisura vulvar. Quedando asi terminada la última parte de la operación.

### PROCEDIMIENTO DE SIMÓN.

Consiste en avivar al nivel del periné un triángulo de bordes ligeramente convexos, de ángulos redondeados y de base anterior. Completando este avivamiento la excisión de un pequeño triángulo de mucosa vaginal. Haciendo en seguida una sutura entrecortada del vértice á la base de la superficie cruenta.

### PROCEDIMIENTO DE DOYEN.

Con un bisturí circunscribe la cicatriz del desgarró por cuatro incisiones curvilíneas; las dos posteriores divergentes limitan un triángulo cuya base se dirige desde la extremidad posterior del labio mayor á la otra del lado opuesto; las dos anteriores se prolongan ligeramente hacia la vagina.

En seguida con el auxilio de las tijeras extirpa el tejido intermediario á una profundidad de cuatro á cinco milímetros.

Los puntos de sutura tienen la misma disposición que en los procedimientos de Simón y Hegar; es decir, sutura primero la mucosa vaginal hasta que los grandes labios volviendo á reunirse reconstituyen la horquilla y después continuando la sutura cutánea pasando puntos separados hasta llegar á la extremidad posterior de la herida reconstituye el cuerpo perineal.

### PROCEDIMIENTO DE EMMET.

Esta operación que según Pozzi es la más generalizada en América para las rupturas incompletas del periné, ha sido últimamente recomendada por Kelly, añadiéndole la disección del esfínter y la sutura aparte del mismo.

Comprende: un avivamiento de forma triangular, de base curvilínea y de vértice bífido, recordando la incisión la forma de la letra M. Sutura sucesivamente cada uno de los ángulos vaginales para estrechar la vagina, mientras <sup>que</sup> el paso de los hilos en forma de bolsa, al nivel del periné, cuidando que el primer punto, llamado sub-esfinteriano, recoja el esfínter permite afrontar correctamente la herida triangular que aún subsiste.

## PERINEORRAFIAS POR DESDOBLAMIENTO.

### RESEÑA HISTÓRICA.

Creyóse por un momento que la técnica operatoria había llegado á su más alto grado de simplificación. Fué Lawson-Tait el primero que tuvo la idea, en 1887, de modificar y perfeccionar un procedimiento imaginado por J. Duncan y Simpson (de Edimburgo), para reducir la operación de la perineorrafia á un desdoblamiento rápido del tabique recto-vaginal, seguido de la aplicación de algunos puntos de sutura; empleando en los diversos actos de la operación el escaso tiempo de cinco á diez minutos.

Posteriormente Fritsch y Pozzi no tardaron mucho tiempo en seguir su ejemplo, presentando procedimientos que modificaban también la técnica primitiva de Lawson-Tait para la refección del suelo perineal.

El principio fundamental en el cual se basan las plastias de colgajos é incisiones, es la conservación de partes de tejido existente, sin destruir nada, utilizando todos los elementos necesarios para reparar una lesión en la que hay insuficiencia de te-

jidos; acortando aquellas partes, sin embargo, á menudo, y separando las que defectuosamente se han soldado entre sí.

Vamos ahora á reseñar los principales procedimientos operatorios derivados de este método.

#### PROCEDIMIENTO DE FRITSCH.

Consiste en practicar sobre la cicatriz perineal, una incisión transversal, separando, una de otra, el recto y la vagina por clivaje (sin filo), en seguida por medio de pinzas aplicadas, la una en la mitad del borde vaginal, la otra en la mitad del borde anal, tiende la herida transversa en sentido longitudinal, de modo que cerrando en seguida con suturas transversas profundas y superficiales se obtiene un periné alto.

#### PROCEDIMIENTO DE DOLERIS.

Para comodidad dividiremos este procedimiento en cuatro tiempos:

Primer tiempo:- Insición. Se toma con doz pinzas de Kocher los puntos donde debe terminar hacia adelante la incisión. Se pone tirante la piel, para trazar con el bisturí una incisión curva, cóncava hacia adelante, rodeando la parte posterior del orificio vulvar, exactamente en la unión de la mucosa con la piel.

Segundo tiempo: Desdoblamiento. Con el bisturí se disecciona el labio anterior (vaginal) de la incisión, teniendo cuidado sobre todo de hacerlo en la línea media. Pronto se encuentra á este nivel un plano de deslismiento que permite separar con facilidad

el recto de la vagina; desde este instante se abandona el bisturí para no servirse sino del dedo ó de un instrumento obtuso para concluir con la separación de *los dos* órganos; siendo necesario llevar el desdoblamiento lo más alto posible, sobre todo cuando la pared vaginal posterior está más ancha y flácida.

El dedo de la mano izquierda dá la seguridad de la integridad de la pared rectal durante esta disección.

Resultando de este desdoblamiento una herida profunda de forma de embudo aplanado de delante atrás.

Tercer tiempo: Fase de los hilos profundos. Una vez cogido y levantado el colgajo vaginal por una pinza; con una aguja de Emmet provisto de hilo de plata, se conduce la aguja por el espesor del periné, á la izquierda del ano, sale en el fondo de la herida; abrazando allí, lo más alto posible el colgajo vaginal, sin perforarlo; después siguiendo un trayecto simétrico atravieza el lado opuesto del periné para venir á salir por el lado derecho del ano.

Se coloca de igual modo, los otros dos hilos, un poco por fuera del primero; en seguida se ajustan y anudan los tres hilos; resultando una sutura lineal anterior-posterior, reconstituyendo el cuerpo perineal; existiendo por delante de ella en la comisura posterior de la vulva, un colgajo vaginal, exuberante y plegado, haciendo eminencia que sobrepasa el plano del orificio vulvar.

Cuarto tiempo: con una tijera se corta el excedente de pared vaginal posterior á nivel del periné; en seguida se sutura cuidadosamente entre si los dos colgajos formados por el adosamiento del colgajo vaginal con el labio cutáneo; una vez terminada la operación todas las suturas son exteriores.

## PROCEDIMIENTO DE LAWSON-TAIT.

Para comodidad dividiremos el procedimiento en tres tiempos.

Primer tiempo: Incisión.- Despejado el campo operatorio por un ayudante, mediante la colocación de dos pinzas fijadoras colocadas en las partes laterales, á fin de extender y poner tenso en sentido transversal, el periné, entre la horquilla y el ano en los límites de la mucosa y la piel. Se comienza á practicar con el bisturí una incisión transversal de treinta y cinco á cuarenta milímetros de longitud, á nivel del borde inferior del tabique desgarrado; otras dos incisiones verticales de dos á tres centímetros de longitud, partiendo de las extremidades de la incisión transversal, llegan por delante á la parte media de la vulva, pasando por la unión de los grandes y pequeños labios, y por detrás se prolongan hasta el borde posterior del ano. En conjunto la incisión representa una H mayúscula, cuya barra transversal está muy próxima á las extremidades inferiores de las verticales.

Segundo tiempo: Desdoblamiento.- El índice izquierdo protegido por un guante, se introduce en el recto y levanta el tabique recto-vaginal; al mismo tiempo el ayudante pone tenso el periné ejerciendo tracciones moderadas de cada lado por intermedio de las pinzas.

En seguida con una tijera acodada, se procede al desdoblamiento del tabique, para lo que, se hunde la punta del instrumento en la línea media, á igual distancia de la vulva y del ano, desbrindando primero á la izquierda y después á la derecha; se obtiene dos colgajos, uno vaginal y otro rectal, de espesor sensible-

mente igual; la cubierta mucosa vaginal se levanta hacia la vagina y se baja hacia el recto la porción rectal del tabique desdoblado. La profundidad del desdoblamiento es de dos á tres centímetros tanto en el fondo, como en toda la longitud de los desdoblamientos laterales; resultando una herida, formando un embudo, limitado hacia adelante y atrás por un velo vaginal y otro rectal.

La hemorragia es á veces regular, pero se prescinde de ella por completo, dada la rapidez de la técnica y se procede inmediatamente á la sutura, terminada la cual cesa por completo la hemorragia.

Tercer tiempo: Suturas.- Estas se hacen de diversos modos, constituyendo otras tantas modificaciones al procedimiento, en lo referente á la sutura, así han estado en uso las siguientes:

a).- La primitiva de Lawson-Tait, reúne la superficie avivada, mediante suturas transversales con crin de Florencia, pasadas inmediatamente por dentro del borde lateral del avivamiento sin incluir la piel.

b).- La de Mundé por el contrario, aplica sus suturas á travez del borde de la piel.

c).- La de Pozzi en dos planos comprende las siguientes: afronta superficies con una sutura continua de catgut en planos superpuestos que reúne las partes profundas, suprimiendo todo espacio muerto, y una sutura de sostén por medio de dos ó tres hilos de plata, profundos, dobles, colocados á un centímetro de los bordes de la herida y pasados por debajo de toda la superficie avivada, correspondiendo su parte media á la porción más profunda del desdoblamiento, casi á nivel del espolón intacto del tabique. Estos hilos en lugar de ser apretados por torsión sobre la línea media,

se fijan á derecha é izquierda sobre pequeños rollos de gasa yodofórmica, colocados dentro del asa que forma el hilo doble.

Como se vé cada operador ha introducido modificaciones en el modo de hacer las suturas; por nuestra parte creemos con nuestro ilustre maestro Doctor Carvallo, que para el sostenimiento de las superficies de coaptación, son lo bastante suficientes los hilos de crin, tan ventajosamente empleados en la clínica, por los resultados satisfactorios que hemos observado en todos los casos.

#### ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

Como se comprenderá por la exposición que acaba de hacer de los métodos operatorios; pocas cuestiones habrán en ginecología que hayan motivado tantas controversias.

Analizando ahora las ventajas de los distintos procedimientos operatorios derivados de los dos métodos descritos, veremos que todas se encuentran reunidas en el procedimiento por desdoblamiento de Lawson-Tait, hoy en boga, más sencillo, rápido y conservador.

En cuanto á las técnicas fundadas en la excisión de colgajos, mucosos, vulvo-vaginales, diré únicamente que estos procedimientos, sólo son aplicables en aquellos casos en que habiendo desgarros incompletos, la relajación vulvo-perineal es bastante considerable.

Por otra parte, todos estos procedimientos, no son, si se quiere, sino un derivado de la sutura inmediata de las superficies cruentas, provenientes de la excisión de un colgajo mucoso ó cutá-

neo, de forma y dimensiones convenientes.

El inconveniente más grande de estos procedimientos, es para mí, que aunque la reunión resulte inmediata ó en los casos de fracaso, lo que significaría una defraudación de los resultados apetecidos, siempre el resultado es imperfecto; puesto que, ni al hacer el avivamiento, siempre superficial, ni la sutura, se hace nada absolutamente por la coaptación de los extremos musculares separados; á más de la destrucción de tejidos, pérdida real de ellos, deja tras sí una superficie cicatricial mucho más ancha, la que careciendo de la elasticidad de los tejidos normales, es el punto de partida á veces de desgarraduras en los tejidos próximos que más tarde reclamarán una nueva intervención más seria.

Ocupándonos de los procedimientos derivados del método por desdoblamiento, vamos á ver las ventajas que nos proporcionan.

Encuentran su indicación tanto en los desgarros completos ó incompletos, como en las relajaciones acentuadas.

Es un método conservador, pues no significa pérdida de substancia ninguna; sin pérdida de substancia aumenta en la mitad las superficies de coaptación y como si el desdoblamiento está bien hecho, vá profundamente (lo menos á 1 c.m.), descubre los planos musculares profundos y fibrosos, que suturas apropiadas podrá unirlos para obtener un suelo perineal perfecto desde el punto de vista anatomo-funcional, en un tiempo que dada la destreza del operador no excede de diez minutos.

Pero conviene añadir que, para sacar todas las ventajas apetecidas de este procedimiento, hay un punto que podemos decir es su complemento obligado: la refección del esfínter del ano, detalle al parecer insignificante y sin embargo era la única causa de

los trastornos funcionales que persistían á despecho de un periné en apariencia perfectamente reconstituido, hasta el día en que el genio observador de Emmet lo puso en relieve decía: "Para llegar á darme cuenta de una cosa tan sencilla, tuve que prestarle más atención de la que he concedido nunca á ningún asunto médico".(1).

Lo expuesto hasta aquí parece autorizar las siguientes

#### CONCLUSIONES:

Primera.- La perineorrafia es una operación inocua y un medio de elección incomperable en ciertas formas de ptosis genital

Segunda.- La anestesia y la antisepsia constituyen su base fundamental.

Tercera.- El procedimiento de Lawson-Tait, debe ser el de elección en el tratamiento de los desgarros perineales cualquiera que fuese su causa.

Cuarta.- La perineorrafia es el mejor tratamiento profiláctico de los prolapsos uterinos.

Quinta.- La perineorrafia por su papel hasta cierto modo profiláctico de las infecciones útero-anexiales, la coloca como un recurso de urgencia indispensable.

Sexta.- Los cuidados post-operatorios, son tan capitales como la operación misma.

Sétima.- La perineorrafia por el poco costo de su instrumental y la facilidad de su técnica, está al alcance de todos.

Octava.- La perineorrafia es una intervención, que basada en la

(1).- La pratique des maladies des femmes pag.378 y siguientes.

práctica y la pericia del cirujano, puede realizarse en diez minutos, lo que hace más inocua su realización.



HISTORIAS CLINICAS.

Historia N°1.

DESGARRADURA PERINEAL DE 2° GRADO CON PROLAPSO UTERO-VAGINAL Y METRITIS CONCOMITANTES.

F.B. mestiza, natural de Chorrillos, de 48 años de edad, de ocupación lavandera, ingresó al hospital de Santa Ana el 5 de agosto de 1906, ocupando la cama N°23 de la sala de "Santo Tomás". Servicio del Doctor Gomez Sanchez.

Multipara.

Hereditarios:

Procede de artriticos, el padre fué reumático, la madre hemorroidaria, no presentando F. manifestaciones de <sup>este</sup> diatesis.

Antecedentes.

Fisiológicos:

La aparición de las reglas tuvo lugar á los trece años, siendo siempre regulares con períodos de tres días invariables antes y después del matrimonio.

Patológicos:

Sarampión y viruela á los siete años.

Embarazos y partos anteriores

Ha tenido diez partos y un aborto que ocupa el 5° lugar de la serie de sus embarazos que han transcurrido sin incidente digno de mención. Hace once años del último parto, que se verificó dos años des-

pués del penúltimo: habiendo sido todos normales y fisiológicos, menos el último, que fué parto á término con hijo vivo y lo está actualmente. Todos son hijos del mismo padre, el que es sano. En el último parto el niño fué expulsado súbitamente, con dolores intolerables y una rasgadura casi completa del periné que la enferma lleva, aunque sin haberlo notado. En este último parto su asistencia corrió á cargo de receptoras.

Algún tiempo después, á los cuatro años más ó menos, comenzó á sentirse enferma. Refiere que ha sufrido dolor hacia la parte posterior del pubis, dolores que se acentuaban con los más ligeros esfuerzos; cansancio con dificultad para la marcha; una sensación de peso hacia el periné, que la fatigaba, determinándole trastornos en la micción y defecación.

Más tarde sus períodos desaparecieron por dos años, lo que atribuyó á su edad, pero que después de este tiempo, flujos leucorreicos y pequeñas cantidades de sangre, sin orden y periodicidad se le presentaban con alguna frecuencia.

Ultimamente hace un año, que sus molestias se hacen continuas y nota que al mismo tiempo siente que el aire penetra por la vulva, originándole una sensación extraña; también que algo del interior le asoma por la vagina; y los dolores de cintura y de las caderas, así como el cansancio al caminar, le han llamado la atención seriamente.

Hacen pocos meses, hallándose ocupada en su trabajo, de lavandera, notó que bruscamente "se le presentaba un cuerpo redondeado, entre la vulva, semejante á un trozo de carne, que había to

mado definitivamente esa posición, sintiendo al mismo tiempo que asomaba cada vez más con los esfuerzos naturales".

La sorpresa de este hecho, la persistencia y aumento progresivo de estas molestias la compelieron á abandonar sus labores y á trasladarse inmediatamente en busca de asistencia médica al hospital, ingresando el 5 de agosto.

#### EXAMEN GINECOLOGICO.

Colocada la enferma en el decubito dorsal presentó: grandes labios, normales, pequeños y el clitoris algo inflamados. La vulva flácida y entreabierta. La vagina con su entrada dilatada y abierta hacia atrás y la mucosa que la tapiza rugosa, presentando los pliegues transversales perfectamente visibles y bañadas las paredes por un líquido de naturaleza leucorreica.

El periné ofrece una desgarradura desde la horquilla hasta el borde del ano, con rotura sub-cutánea del esfínter.

Utero muy movable, llevándosele á su sitio con facilidad, aumentando de volumen, en anteversión forzada y prolapsado habiendo salido casi íntegramente, arrastrando la vejiga (cistocele) y un poco el recto (rectocele) fuera de la vulva.

Cuello uterino redondeado, orificio abierto, labios borrosos, presentando ulceraciones y un flajo purulento con estrias sanguinolentas. El cuello dirigido hacia abajo en contacto con el ano, contacto que se hace más íntimo por la rasgadura del periné, que se detiene á un centímetro apenas del orificio *anal*.

El útero en estas condiciones, accesible á todos los gérmenes y muy próximo á tan mala vecindad, se ha infectado y nos es

fácil explicarnos la existencia de una metritis.

Indicaciones.- Lavados antisépticos con taponamiento, procurando alejar el útero del contacto anal. La curación á pesar de la quietud en el lecho, dura poco tiempo, los menores esfuerzos la arrojan fuera de la vagina. Por eso nos vemos obligados á cubrir el órgano de gazas, para rodearlo de un medio antiséptico. De este modo modificado el órgano por la higiene y la antisepsia, desaparecen las ulceraciones y practicamos el curetaje con la cureta de Pozzi-Recamier, para hacer fácil la antisepsia intra-uterina.

Por estos medios conseguimos mejorar á la enferma, disminuyendo la infección y colocándola en condiciones de ser tratada por los medios operatorios, que constituyen verdadera curación.

La persistencia del prolapso uterino desciden á los Doctores Aljovín y Beraún á hacer la histerectomia abdominal sub-total, fijando el cuello uterino en los muñones de los ligamentos anchos por el procedimiento de Jacobs, operación que aceptada por la enferma fué practicada el 30 de agosto de 1906. Sin accidentes de ninguna especie, curando la incisión abdominal de primera intención.

Pero como la desgarradura del periné es considerable, siempre subsisten el cistocele, las sensaciones molestas, la polaquiuria y la incontinencia de las materias fecales.

Se trata pues, de reconstituir el periné después de más de un mes de la primera intervención.

Al efecto se escoje la perineorrafia procedimiento de Lawson-Tait, como técnica operatoria, llevándose á cabo el 7 de octubre de 1906 por los mismos doctores.

Con este tratamiento la curación fué completa, refeccionado el periné desaparecieron todos los accidentes que la atormentaban; sólo tuvimos que lamentar la inflamación de dos puntos de sutura, debido sin duda al fuerte anudamiento con el crin de Florencia, circunstancia por la que se le dió de alta el 22 del mismo mes.



Historia N°2.

DESGARRADURA PERINEAL CON CISTOCELE Y RECTOCELE.

M.D. india, natural de Jauja, de 26 años de edad, de profesión doméstica, ingresa al hospital de Santa Ana, el 12 de junio de 1906 y ocupó la cama N°3 de la sala de "La Merced". Servicio del Doctor Carvallo.

Múltipara.

Antecedentes.

Hereditarios: Sus padres viven y gozan de buena salud.

Fisiológicos: Sus primeras reglas á los catorce años, siempre regulares, menstruando todos los meses en una misma fecha y durante cuatro dias. Constitución débil, temperamento linfático nervioso.

Patológicos: Paludismo.

Embarazos y partos anteriores

Ha tenido tres embarazos, que han evolucionado normalmente. Sus partos á término han sido buenos, al decir de la paciente, menos el último que fué muy laborioso para necesitar la extracción manual del feto la que se llevó á cabo por una partera. No ha tenido abortos.

Hace dos años de su último parto. Refiere la enferma que á los pocos meses de haberse levantado de la cama, comenzó á sufrir de un estorbo en la vagina, sensación de peso en la vulva, á la vez que ligeros dolores que se irradiaban hasta las ingles y te-

nesmo, circunstancias que la decidieron á consultarse con una em-  
pírica, la que mediante sus remedios "caseros" la alivió ligeramen-  
te para emprender viaje á esta capital en busca de empleo, que lo  
consiguió en una casa, como sirvienta; destino que conservó por  
pocos meses, porque vió con inmenso asombro que al hacer ligeros  
esfuerzos ó al caminar se le aparecía entre los grandes labios al-  
go así como un tumor liso; rpjizo y redondeado como una cabeza de  
feto.

Refiere que notaba el crecimiento del tumor hasta el extre-  
mo de molestarla al andar y por primera vez vió alterarse sus mens-  
truos.

En tal condición solicitó permiso de sus patrones para en-  
trar al hospital, en donde se la admitió trasladándosela á la sa-  
la de "La Merced".

#### EXAMEN GINECOLOGICO.

Colocada la enferma en la estación de pié y con las pier-  
nas ligeramente separadas notamos al tacto: una tumoración blanda,  
esférica, haciendo prominencia en la vulva y aumentando de volu-  
men cada vez que invitábamos á la enferma á pujar. Al examinarla  
en la posición dorso-sacra, confirmamos los datos que nos suminis-  
tró el tacto, notando á la inspección: la vulva ligeramente abier-  
ta y entre los labios dos prominencias mucosas redondeadas, la u-  
na anterior y la otra posterior. Separando bien los grandes la-  
bios comprobamos la continuidad de la tumoración anterior con la  
vulva.

Haciendo pujar á la enferma, esas prominencias aumentan á  
consecuencia de un verdadero desenvolvimiento de la vagina, borrarán

dose y ascendiendo cuando el esfuerzo ha cesado.

Periné con una desgarradura antigua de tres centímetros de longitud, partiendo de la horquilla tiene una dirección oblicua hacia la derecha. Al tacto advertimos la falta de resistencia muscular del elevador del ano; la integridad del esfinter anal.

Utero en ligera retro desviación, cuello uterino esfoliado y la mucosa vaginal erosionada.

Diagnóstico.- Comprobada la existencia de dos tumuraciones en las paredes anterior y posterior de la vagina respectivamente y del útero en su sitio, se hizo el diagnóstico de cistocele y rectocele.

Indicaciones.- La persistencia del útero en retro desviación, la imposibilidad de la enferma para la marcha y la estación de pié; no obstante de someterla al tratamiento antiflogístico; consistente en irrigaciones vaginales y rectales calientes, reposo, etc. nada se consigue por cuyo motivo, mi ilustre maestro Doctor Carvallo; descide á restaurar la estática uterina, reconstituyendo el suelo perineal de sosten, pero antes trata de reducir el prolapso vaginal por creersele causante de todos los sufrimientos de la paciente y se escoje como procedimiento operatorio la colporrafia anterior, que aceptada por la enferma fué practicada el 23 de junio de 1906 sin ningún accidente sobrevino la curación de la excisión vaginal; dos meses después se procedió á la perineorrafia por el procedimiento de desdoblamiento de Lawson-Tait.

Después de esta última operación desaparecieron todos los trastornos y al mes se la dió de alta completamente curada de sus tormentos.

Historia N°3.

DESGARRADURA PERINEAL CON ENDOMETRITIS CATARRAL  
CONCOMITANTE.

D.C. de Tarma, mestiza, cocinera, de 34 años, casada, multipara, ingresó al hospital de Santa Ana el 29 de agosto de 1906, donde ocupó la cama N°5 de la sala de clínica del Doctor Constantino Carvallo.

Antecedentes.

Su padre murió súbitamente; su madre  
Hereditarios: vive y es sana. Tiene tres hermanos que gozan de buena salud.  
Constitución robusta, hábitos moderados. Sus reglas iniciales á los trece años han sido siempre regulares, enfermándose todos los meses en una misma fecha y durante cinco días.  
Fisiológicos:  
Patológicos: Dice haber sido sana?.

Embarazos y partos anteriores.

Ha tenido dos partos á término. El primero á los 25 años y el último hace cinco años. El primer embarazo evolucionó normalmente, terminando por un parto laborioso para haber tenido que solicitar la intervención de una empírica, quien le extrajo un niño muerto después de maniobras largas y penosas que le "lastimaron los órganos". Ha tenido dos abortos que ocupan el intermedio de la serie de sus embarazos.

No ha tenido ningún trastorno en sus organos genitales hasta hace un año más ó menos. Refiere que desde esta fecha empezó á sentir una sensación de peso en la vagina, acompañada en ocasiones de tenesmo vesical y dolores erráticos al mismo tiempo que de flujos sanguíneos irregulares y flujos leucorreicos.

Ultimamente lo que más le mortificó dice la enferma es el haber notado la presencia de un "bulto" que descendía hasta la vulva, sintiéndolo ostensiblemente al caminar.

La persistencia de la dificultad para la marcha y ultimamente lo que más la molesta: la frecuencia de deseos de orinar. Es por esto que se presenta al hospital reclamando asistencia.

#### EXAMEN GINECOLOGICO.

Nos reveló lo siguiente:

A la inspección: grandes labios flácidos, los pequeños apenas desarrollados. Meato urinario inflamado. Vulva rubicunda y entre abierta, con desgarradura profunda de la horquilla y parte anterior del periné.

Al tacto combinado con la palpación: útero aumentado de volumen en ante-flección moderada, muy movable y doloroso, fondos de saco normales. Cuello del útero muy blando, edematoso y erosionado; sangra al tacto, orificio transversal entre abierta del que fluye secreción mucosa.

El examen al especulum confirma los datos anteriores; descubriendo además algunos huevos de Nabot.

Al cateterismo la cavidad uterina mide ocho centímetros y medio.

Diagnóstico.- Por los datos recogidos y por el examen, nuestro maestro, Doctor Carvallo, cree se trata de una endometritis catarral.

Tratamiento.- Lavados intra-uterinos y vaginales diarios, con sublimado al 1 por 1000 los vaginales; al 1 por 4000 los intra-uterinos, y taponamiento vaginal con gaza yodoformada. Régimen medicamentoso puramente tónico. Vencida la infección con un tratamiento en esta forma, agregamos los tapones de glicerina ictiolada para la metritis.

Operación.- El 1° de enero de 1907 se hizo una amputación del cuello uterino por el procedimiento de Simón-Marckwald, con un buen éxito. El 11 de marzo, previa antisepsia de la vagina y vulva con cloroformización, se practicó la perineorrafia por el procedimiento de Lawson-Tait. Con este último tratamiento el estado general de la enferma mejora notablemente, desapareciendo todos los síntomas que acusaba á su ingreso al servicio, declarándose curada del todo, se la dió de alta el 4 de abril de 1907.

### Historia N°4.

M.C. natural de Lima, de 26 años de edad, de ocupación costurera, casada, de constitución débil y talla baja, múltipara ingresó á la maternidad el 23 de junio de 1907, ocupando la cama N° 22 de la sala de Santa Rosa.

Número del parto: cuatro.

Hereditarios: Ninguno digno de mencionarse.

Antecedentes.

Fisiológicos: La aparición de las reglas tuvo lugar á los quince años, escasas en cantidad y de larga duración (ocho dias). Ignora la edad á la que principió á andar. Ha caminado siempre bien.

Patológicos: Dice haber gozado siempre de buena salud.

Embarazos y partos anteriores.

Ha tenido tres partos anteriores á término, espontáneos y con feto vivo en todos ellos. El último bastante laborioso para reclamar la extracción manual del feto, la que se llevó á cabo en el hospital de Santa Ana. No ha tenido abortos.

#### Embarazo actual:

Las últimas reglas aparecieron en setiembre del año anterior, por consiguiente se trata de un embarazo á término.

Ignora la fecha en que aparecieron los movimientos activos. En el curso de su embarazo actual no se presentó ningún accidente digno de mención.

### Parto:

Los fenómenos premonitores del parto se iniciaron el 22 en la tarde, los dolores continuaron durante la noche, haciéndose cada vez más intensos que obligaron á la enferma su ingreso al hospital el 23 por la mañana (8 a.m).

### Examen.

a). General:- Dió el siguiente resultado. Se notaba gran ansiedad, cara inyectada, vómitos glerosos, agitación, disnea é intranquilidad notable, temperatura normal, pulso frecuente, vientre muy doloroso.

b). Obstétrico.- A la inspección se encuentra: vientre voluminoso, desigual, con notable predominio del diámetro transversal, diseñándose á travez de sus paredes, el útero claramente ensanchado en su segmento inferior.

La palpación era dolorosa y ponía de manifiesto el útero contraído, rígido, tenanizado, como dividido en dos cavidades por una zona más estrecha que corresponde al anillo de contracción.No era posible tocar á travez de su pared ninguna parte fetal.

Auscultación.- Revela la ausencia de ruidos fetales.

Al verificar el tacto, la bolsa de las aguas estaba completamente rota, se notaba la axila izquierda y la parrilla costal cerca de la vulva; brazo prociidente frio.

Diagnóstico.- Presentación acromial izquierda anterior, variedad braquial, feto muerto.

En presencia de este cuadro, el Señor Aguila, interno de guardia, creyó necesario practicar la extracción del feto y la lle

vó á efecto á las 4 p.m. previa cloroformización, practicando la versión podálica por maniobras internas, extrayendo un feto muerto, ligeramente macerado de 3,300 gramos de peso y 50 c.m. de longitud.

El Señor Aguila con la sinceridad que le honra nos dijo, y nosotros pudimos observarlo, que el primer tiempo de la operación, es decir, la introducción de la mano para hacer la prehensión de un pié fué difícil y laboriosa, pues á pesar de la cloroformización el útero continuaba contraído, dificultando este acto operatorio; pero llegó un momento en que la resistencia que la matriz oponía cesó bruscamente y pudo con gran facilidad coger un pié y hacer la evolución y extracción del feto no sin dificultades y á pesar de las precauciones tomadas para resguardar el periné, éste sufrió una desgarradura extensa, con gran sorpresa para todos.

El estado de la paciente después de esta intervención, reclamaba otra: la perineorrafia de urgencia, que previa las precauciones de estilo fué hecha, por el mismo Señor Aguila, retirándose los puntos de sutura el décimo día, sin accidentes dignos de anotarse y quedando el cuerpo perineal vigorosamente reconstituido y la puerpera en perfectas condiciones para pedir su alta el 18 de julio de 1907.

Historia N°5.

M.J.C., natural de Puno, india, de 32 años, profesión cocinera, casada, ingresó al hospital de Santa Ana el 18 de agosto de 1907, sala de Santa Rosa, ocupando la cama N°27.

Número del parto: seis.

Antecedentes.

Hereditarios:

El padre murió de afección cardíaca, la madre de pneumonia. Ha tenido tres hermanos, de los que sólo está vivo uno, el que es enfermizo.

Fisiológicos:

Constitución débil, temperamento linfático; sus reglas aparecieron á los catorce años, siempre irregulares en su aparición y duración.

Patológicos:

Viruela á los diez años.- Paludismo.

Embarazos y partos anteriores.

Ha tenido cinco embarazos antes del actual, todos han sido normales en su evolución. Sus partos malos: aunque de término, algunos (tres) no se verificaron espontáneamente. En los tres anteriores fué necesario extraer el feto manualmente; parece que se presentaron de nalgas. Solo uno de estos nació vivo y tiene en la actualidad nueve años. Todos, según parecen han sido hijos del mismo padre. No ha tenido abortos.

**Embarazo actual:**

La aparición de sus últimas reglas tuvo lugar en noviembre, no recuerda la fecha; por consiguiente se trata de un embarazo de término ó cerca de él.

No recuerda la fecha en que aparecieron los movimientos activos del feto.

El curso de su actual embarazo se ha realizado sin ningún accidente ni complicación digno de mencionarse,

El examen de la orina reveló la presencia de albúmina en la proporción de 1/2 gramo por 1000 al albuminómetro de Esbach.

**Parto:**

Los dolores se iniciaron en la noche del 17 de agosto, siendo asistida hasta su ingreso al hospital por una empírica. Los dolores continuaron durante toda la noche, rompiéndose las membranas en la mañana del 18. Se ignora si la ruptura fué precoz ó en dilatación completa, espontánea ó artificial.

Como el estado de la parturiente fuese inquietante y á pesar del tiempo transcurrido, desde el comienzo del trabajo, no se realizaba el parto; la empírica insinuó á la familia la necesidad de trasladarla al hospital.

Fué en este estado que recibimos á la enferma, los alumnos de la clínica, que estábamos de guardia, poco después de la 1 p.m. del 18 de agosto.

**EXAMEN.**

El que se practicó á su ingreso dió el resultado siguiente:

La mujer muy agitada, era presa de dolores frecuentes y expulsivos. El vientre con el veteado de partos anteriores, era voluminoso y más ensanchado del lado izquierdo.

A la palpación se notaba el vientre poco tenso, musculatura exigua de sus paredes y separación manifiesta del borde interno de los músculos rectos, estado que probablemente obedece á los embarazos anteriores. Se notaba así mismo la escavación desigualmente ocupada; encontrándose el polo cefálico á la derecha y el pelviano á la izquierda.

La auscultación reveló los latidos fetales muy lentos, en el intervalo de las contracciones uterinas.

Al tacto constatamos: la vagina húmeda bañada por abundante líquido amniótico, mezclado de meconio. Membranas rotas. Orificio uterino incompletamente dilatado. Sutura sagital en el diámetro oblicuo izquierdo. Fontanela anterior orientada hacia la eminencia ileo-pectínea izquierda. Lograba tocarse, aunque con alguna dificultad la fontanela posterior mirando atrás y algo á la derecha, lo que revelaba que la cabeza no estaba bien flexionada.

Diagnóstico.- Como resultado del examen general y obstétrico se reconoció que el feto estaba en presentación cefálica derecha posterior (O.I.D.P.).

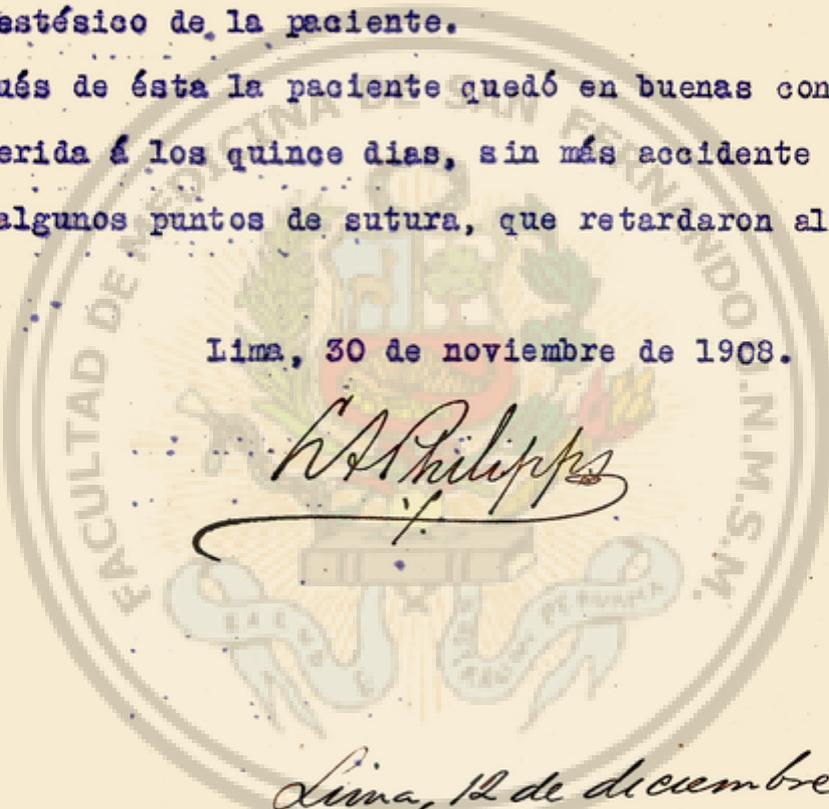
En vista del largo tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas y la inercia uterina, hicimos llamar á nuestro Jefe de clínica Doctor Belisario Sosa Artola, quien informado por los datos que le suministramos y al frente de este cuadro, creyó necesario intentar la extracción del feto y así lo hizo. Momentos después 2 y 1/2 p.m. y previa cloroformización de la paciente, el

Doctor Sosa Artola, hizo la aplicación del forceps, extrayendo un niño muerto, de 3,500 gramos de peso y 49.5 centímetros de longitud. Diámetros: OM = 13 cent. BiAcr = 12.

De parte de la madre tuvimos que deplorar la desgarradura casi completa del periné, con compromiso de una porción algo extensa del tabique recto-vaginal; reclamaba una intervención inmediata, la que se hizo, la perineorrafia de urgencia, aprovechando del sueño anestésico de la paciente.

Después de ésta la paciente quedó en buenas condiciones, curando su herida á los quince días, sin más accidente que la supuración de algunos puntos de sutura, que retardaron algunos días más su alta.

Lima, 30 de noviembre de 1908.



*W. A. Philipps*

Lima, 12 de diciembre de 1908.

Nombre jurado examinador a los Drs. Carral, Fernandez Bonche y Gastaneta.

*Harrios*

FACULTAD DE MEDICINA
No. de ins. 11689
No. de la clasificación.....