

LA EFICACIA DE LA PERINEORRAFIA PRIMARIA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

CHARLES ALBERT AINSLIE, B. S., M. D.

Miembro de la Asociación Médica Americana; Miembro de la Asociación de Cirujanos Militares de los Estados Unidos; Teniente del Cuerpo Médico de la Fuerza Naval de Reserva de los Estados Unidos; Médico del Hospital Americano en Guatemala,

EN EL ACTO

DE SU INCORPORACION A LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE GUATEMALA



DICIEMBRE DE 1922.



GUATEMALA, C. A.

IMPRESO EN LOS TALLERES SANCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur N° 24.

LA EFICACIA DE LA PERINEORRAFIA PRIMARIA

Todos los que se dedican a la Obstetricia han de admitir que en realidad ocurren rasgaduras del piso pelviano. Gran número de ellas no son atendidas en el acto, o la operación, si se efectúa, no alcanza feliz éxito, o sólo se forma un perineo epidérmico. La antigua creencia de que la herida debía curarse por granulación, y la costumbre de dejar que así se curase, imaginándose los doctores que de tal manera se volvía a formar un buen perineo, indujo a muchos de ellos a tratar la lesión de un modo menos quirúrgico y anti-séptico de lo que habría acontecido, si alguna otra parte del cuerpo hubiera sido afectada.

Una objeción que milita enérgicamente en contra de la operación inmediata, es que el vulgo, injustamente, culpa al partero, haciéndolo personalmente responsable de las rasgaduras, y atribuyendo a su descuido o inexperiencia el que ellas se produzcan. Sin embargo, los mejores tocólogos en los hospitales montados más a la moderna, diariamente observan desgarraduras en un gran porcentaje de casos, como lo muestran los siguientes datos estadísticos de Hance. Credé, en 1,000 partos habidos en la clínica de Leipzig, observó 392 desgarraduras, o sea un 39.2 por ciento; Fasbender, en la Casa de Maternidad de Berlín, en 300 casos, 67 rasgaduras, o sea un 22.3 por ciento; Liebman, en 1064 casos, 170 laceraciones, o sea un 15.9 por ciento; Winckel da un 20 por ciento de rasgaduras perineales; y Beckwith, de New Haven, informa que en 200 casos, hubo un 62 por ciento de desgarraduras, 25 de las cuales llegaron hasta el esfínter. De estos diversos datos estadísticos, se puede dar por concluido, con toda seguridad, que 25 por ciento de las mujeres que paren, tienen desgarraduras perineales.

Por tanto, sabiendo que las rasgaduras perineales son muy a menudo inevitables, el único recurso que se nos presenta, es encontrar un método que sea el mejor para restaurar al perineo un piso que sea tan fuerte, y que funcione tan bien como el que había antes de la desgarradura.

El objeto de esta tesis es exponer en conjunto, las varias operaciones que se emplean en la reparación inmediata del perineo, con los resultados obtenidos en más de dos mil casos que se consignan en publicaciones. Algunas operaciones muy buenas que se describen en dichas publicaciones, las hemos omitido aquí, adrede, debido a que no se dan informes sobre el resultado, y por consiguiente se salen de la órbita de este trabajo.

La práctica de la perineorrafia data de tiempos remotos, del pasado de la tradición, cuando Trótula—mujer perteneciente a la Escuela de Salerno—trató de suturar un perineo desgarrado, en el Siglo XVIII. “Post modam rupturam intra anum et vulvum tribus locis vel quatuor suimus cum filo de serico”.

El primer caso auténtico de perineorrafia, tuvo lugar cuando Guilleneau de Francia, discípulo de Ambrosio Paré, suturó un perineo desgarrado en 1650. Desde entonces, multitud de hombres han pensado en multitud de métodos, cada cual siendo—en el concepto de sus propios inventores—la mejor solución del problema. La gran variedad de operaciones justifica el axioma clínico: “La multiplicidad de métodos implica la diversidad de conceptos fundamentales.” Thomas, hace un poco más de treinta años, escribió: “A ninguna sección de la ginecología se le ha lanzado más ripio quirúrgico, que a la perineorrafia, y necesita por ello de una limpieza completa. Ha proporcionado un campo fecundo para ensayos de originalidad e innovación; investigadores de éxito parece que se han empeñado a menudo, no tanto en obtener simplicidad, sino en descubrir un procedimiento peculiar que ellos puedan llamar propio.”

Emmet, en 1863 demostró por primera vez la importancia de los elementos músculo-fasciales en la naturaleza y reparación de las lesiones perineales. Sin embargo, no parece que sus ideas tan buenas hayan producido marcada impresión en la clase médica, pues encontramos que Jewett, veinte años después, dice: “El perineo de la mujer, con sus problemas quirúrgicos, puede denominársele muy bien el *pons asinorum* del ginecólogo”, y “su anatomía, la naturaleza de sus lesiones obstétricas, y lo racional de su reparación, son cuestiones que han estado largo tiempo en disputa, y cuya solución parece todavía remota.” También Hayes, en su tratado, indica que el tratamiento de las rasgaduras pelvianas, se halla lo bastante caótico para justificar un

examen razonablemente cuidadoso de los puntos sobresalientes del tema.

Un breve resumen de la anatomía y de la función del perineo, puede servir para arrojar luz sobre los varios métodos empleados, y las razones en que se apoyan dichos métodos.

La obra minuciosa y laboriosa realizada por Deaver, Toldt y Spalteholz, ha servido de mucho para poner en claro la anatomía de la región perineal. Antiguamente se sostenía que el cuerpo perineal actuaba como soporte de las vísceras pelvianas; que su misión principal era la de servir de sostén, a manera de llave de arco, de la salida pelviana. Ultimamente, ha disminuido un tanto la importancia que se había atribuido al cuerpo perineal, y ahora la opinión de los ginecólogos está dividida en cuanto a si los músculos o la fascia son las principales estructuras de apoyo. Los músculos que forman el piso pelviano, son: el elevador del ano, el transverso superficial y el profundo del perineo, el esfínter externo e interno del ano, el esfínter bulbo-cavernoso de la vagina, y el isquio-cavernoso. La fascia (aponeurosis) se compone de un haz de fibras superficial y otro profundo; el haz superficial se subdivide en una capa profunda y otra superficial. La capa superficial es continua con la que cubre los muslos, el abdomen y la región anal. La capa profunda es continua con la fascia de Scarpa en la porción anterior del abdomen, doblándose hacia abajo posteriormente, detrás de los músculos transversos del perineo, donde se repliega y contribuye a formar el ligamento triangular. Se continúa con el dartos de los grandes labios, el que a su vez se continúa con la capa fibrosa de la vagina. Esta capa de la fascia está firmemente adherida a las ramas del pubis y el isquión, extendiéndose hacia atrás hasta llegar a los tubérculos isquiáticos. Pasa a formar parte del cuerpo perineal, y recubre de una capa aponeurótica a los músculos. El ligamento triangular, o fascia perineal profunda, se extiende por el arco del pubis, cerrando la porción anterior de la salida o abertura pelviana. El ligamento triangular de la mujer es más grande y más débil que el del hombre; más grande, porque la pelvis es más grande; más débil, porque está perforado por la vagina.

En cuanto al tejido que más tiene que ver con el sostén del perineo, las autoridades en la materia difieren. Strundorf, Noble, Somers, Jellet y otros, consideran los músculos—a saber,

los elevadores del ano—como la base principal del apoyo. Ulrich, Cannaday y otros, dicen que la fascia (aponeurosis) es la principal base de fuerza. Y hay otros que se colocan en un término medio, y aseguran que tanto los músculos como las aponeurosis son igualmente importantes.

En las páginas que siguen, tendremos oportunidad de hacer referencia a las desgarraduras de primero, segundo y tercer grados, y sería bueno que explicáramos aquí lo que queremos significar con esos términos. En las desgarraduras de primer grado se incluyen las superficiales o perineo-vaginales que afectan la piel o las mucosas. Desgarraduras de segundo grado son las que afectan los músculos (generalmente los elevadores del ano), pero no los esfínteres del ano, afectando o no la piel. Desgarraduras de tercer grado son las vagino-perineo-rectales, en las que ha sido afectado el esfínter del ano.

Muy tenues desgarraduras de la horquilla se presentan en casi todo trabajo, y por lo general no se cree necesaria la intervención quirúrgica en esos casos. Sin embargo, si es afectada la vagina o el perineo, entonces por pequeña que sea la herida hay que cerrarla en el acto. Algunos autores han dicho que las rasgaduras perineales se curan por primera intención sin la ayuda de suturas; pero si eso acontece, será tan pocas veces que no vale la pena hacer serias investigaciones. De 600 casos de desgarraduras observadas por Reamy, de primero y segundo grados, ni uno solo se curó por unión primaria, y es un hecho reconocido que nunca se presenta la unión primaria sin la intervención quirúrgica.

Las rasgaduras se tratan quirúrgicamente, practicando la perineorrafia primaria o la secundaria. La perineorrafia primaria se efectúa inmediatamente después de terminado el tercer período de trabajo. Las operaciones posteriores se clasifican como perineorrafias secundarias. Algunos autores, sin embargo, incluyen algo más en las de primer tipo, diciendo que toda operación que se verifique antes de la formación de las granulaciones, es primaria.

Al tratar de sacar conclusiones, y de clasificar los resultados de las perineorrafias primarias, encontramos el gran obstáculo de la multiplicidad de métodos de técnica empleados en la ope-

ración reparadora. Algunos operan simplemente atando las piernas juntas; otros usan suturas profundas, rectas o en forma de ocho; no obstante, todos ejecutan la misma operación. Por tanto, en esta tesis es necesario considerar todos estos métodos, aunque muchos hayan sido descartados desde hace largo tiempo y sustituidos por otros métodos de técnica más nuevos y eficientes.

Trataremos de clasificar los métodos empleados por diversos cirujanos, en escala ascendente, atendiendo a su complicación, y en la mayoría de los casos, a su eficiencia; hablaremos primero de los más sencillos, y en seguida de los más complicados y más modernos.

“Mi objeto, dice Barry,” es tratar de mostrar que la sutura no es sólo innecesaria, sino que algunas veces puede ser causa de desunión. En ninguna herida se emplean las suturas con el fin de mantener acercados los bordes hasta que la reparación se halle lo suficientemente adelantada. Ahora bien, el acercamiento de un perineo desgarrado sólo es interrumpido por el movimiento independiente de un muslo con respecto a su compañero. Si impedimos ese movimiento, habremos impedido la separación de las superficies lesionadas. El sencillo procedimiento de atar un pañuelo alrededor de las rodillas, o mejor, alrededor de los muslos, efectuará este resultado. Los movimientos de ambas piernas, cuando se atan juntas, únicamente se verifican en la flexión o en la extensión, y no afectan el acercamiento de las superficies vivas. No se toque el vendaje durante cuatro días. Sondéese por la mañana y por la noche si fuere necesario. Una condición *sine qua non* para el éxito con este procedimiento, es la asepsia. He adoptado este método en casi 100 casos de rasgadura, y he llegado a la conclusión de que el fracaso de la unión es muy excepcional, y que lo ocasiona únicamente la sepsis.”

En aquellos casos en que la mucosa del recto ha sido afectada, él practica suturas estando la paciente en estado general de anestesia.

Los ganchos “Mitchel”—que fueron usados por primera vez por su inventor en 1849—estuvieron muy en boga en Alemania en los primeros años del Siglo XX. La herida se junta pronto, sin dolor y asépticamente. Se dejan los ganchos hasta que se ha curado la lesión, y en seguida se quitan con un par de tijeras

romas, o mejor, con un instrumento especial que los remueve con más facilidad y prontitud. Por regla general, estos ganchos se emplean únicamente en rasgaduras superficiales.

Betz informa que ha usado este método durante más de un año, y especifica siete casos consecutivos en que obtuvo curación por primera intención.

Mayer y Sigwart informan que han usado este método en 30 y 125 casos, respectivamente, con unión primaria en 30 casos (Mayer), y 123 (Sigwart). Mediante el empleo de ganchos "Mitchel" exteriormente, y atando las piernas juntas, pero sin ninguna sutura interna, Liebman dice que ha obtenido los resultados siguientes: 49 curaciones completas y 37 parciales en un total de 103 rasgaduras. Mientras Steinman, aplicando el mismo método, obtuvo 43 curaciones completas y 13 parciales en 98 desgarraduras. Bidder no indica el número de rasgaduras tratadas, pero informa que obtuvo un 47.6 por ciento de curaciones completas y 26.9 por ciento de parciales. Según muestran estos resultados, el ahora procedimiento anticuado de dejar que la herida se cure por granulación, y simplemente aproximando los bordes cutáneos, ha dado margen a efectos desastrosos: únicamente un 45 por ciento, poco más o menos, de los casos salía bien; es muy probable que se haya logrado éxito en aquellos en que se efectuaba unión primaria en la rasgadura epidérmica, y no en aquellos en que era preciso restaurar un piso perineal.

Mann, que usó un método ligeramente diferente, aboga por el empleo de los ganchos *serre fine*, para aproximar las partes, y mantenerlas acercadas hasta que se ha verificado la cicatrización. La operación se hace en Viena, aproximadamente una hora después del alumbramiento. Los resultados en el Hospital de Viena han sido tan buenos, que el primer ayudante declaró que tenía la esperanza de curar todos los casos. En aquellos casos en que se ha desgarrado el esfínter, o ha sido afectado el tabique recto-vaginal, por lo común se emplean suturas profundas; siendo necesarias aproximadamente en un 7 por ciento de todos los casos. Se atan juntas y flojas las rodillas, y la paciente se mantiene quieta. Los intestinos se mantienen inactivos durante tres días mediante el uso del opio. Los ganchos *serre fine* se quitan a las 48 horas. Mann dice que en 14 casos reparados por este procedimiento, 7 salieron completamente bien.

— 15 —
Schütte va un poco más lejos al usar suturas de seda en la costura de las desgarraduras internas, mientras que para la porción perineal externa emplea los ganchos Mitchel. Informa que según observaciones hechas en el año de 1909, en 127 rasgaduras obtuvo 125 cicatrizaciones por primera intención.

Alloway se aparta del uso de los ganchos metálicos, pero no entra en el campo de la sutura extensiva de las desgarraduras. El pone toda su confianza en una sutura. Dice que una sutura en forma de cordón de bolsa, si se coloca perfectamente, hará lo que muchos puntos, en el sentido de lograr la unión de las partes lesionadas. Según su inventor, una sutura da el punto fijo desde donde puede empezar la cicatrización; basta mantener en acercamiento los labios de la herida durante el período de descanso que requiere el puerperio, y cuando ha llegado el tiempo de la retracción lateral, la cicatrización está tan fuerte que resiste semejante influencia. El método de la operación que se emplea, es el siguiente: Después de la expulsión de la placenta, y habiéndose cerciorado el ayudante de que no ha quedado en el interior ninguna porción de membrana, se examinan las partes, y si se encuentra una desgarradura, se coloca a la paciente en una posición dorsal o dorso-lateral. Se comprime el útero, y se sacan todos los coágulos. En seguida se irriga la herida con un chorro de bicloruro de mercurio, caliente, al 1 por 4,000, hasta que cesa la hemorragia. El índice de la mano izquierda se introduce en el recto, y se empuja hacia adelante la pared rectal, de modo que puede verse claramente el ángulo de la herida en su parte superior. Luego se pone un punto de seda en los tejidos, en el lugar donde comienza la desgarradura, al lado izquierdo, a media pulgada del borde, hacia arriba a lo largo del eje imaginario de la vagina y junto al labio de la desgarradura en todo el trayecto, hasta llegar al vértice de la lesión. Entonces la sutura muda de curso, y se prosigue del mismo modo a lo largo del labio derecho de la herida hasta llegar a media pulgada del margen. Después se pone a prueba la sutura, para asegurarse uno de que está a suficiente profundidad en todo el trayecto en el tabique; si así fuere, se anuda. "De esta manera restauramos la pared vaginal de la pelvis y los repliegues de la aponeurosis pelviana." Si el esfínter está desgarrado, aconseja el punto Emmet para el esfínter, a fin

de acercar los músculos. Escribiendo en 1887, el autor de ese sistema dice que el método ha sido apoyado por la mayoría de los ginecólogos de América y Europa, y ahora se está practicando casi de una manera general, con resultados completamente satisfactorios. En las desgarraduras recto-vaginales totales, emplea más puntos para acercar la herida.

Johnson avanza un poco más hacia el actual concepto del método ideal de practicar la perineorrafia. Usa suturas de plata que son introducidas a un cuarto o un tercio de pulgada de distancia del borde de la rasgadura, y se les hace llegar a profundidad en los tejidos, y de allí hasta el recto, después alrededor del cuerpo perineal, evitando así la nueva introducción de las suturas en la herida. Por lo general cuatro suturas son suficientes. La reparación se verifica en unos cuantos minutos, con unión primaria en cada caso. El tratamiento posterior se hace con hilas yodoformadas, manteniendo la asepsia de las partes y atando las rodillas juntas, para impedir su separación durante unos cuantos días.

Uno de los que más creen en la suprema importancia de la aponeurosis como sostén de los órganos pelvianos, es Ulrich. Sin embargo, da también debida atención a los músculos, empleando una sutura para aproximar los extremos de los músculos. En seguida, pone una segunda sutura en la aponeurosis que cubre los músculos para obtener una unión completa. El resto de la operación generalmente se practica del mismo modo que la reparación de una desgarradura profunda. El consiguiente tratamiento consiste en echar ácido bórico, lisol, o soluciones salinas normales, sobre la vulva, a intervalos frecuentes y cubriendo los órganos genitales con almohadillas esterilizadas, inmediatamente después de la irrigación. No se aplican las irrigaciones internas, pero la limpieza a que nos hemos referido la constituye prácticamente un lavado con irrigador. Los puntos de seda se quitan a los ocho o diez días, salvo que corten la carne o se infecten, pues entonces es preciso removerlos antes. Los intestinos, por regla general, no se ponen en funcionamiento sino hasta el segundo día.

Anspach informa haber tenido muy buenos resultados con el uso de suturas profundas de cátagut en los músculos de la vagina.

Doscientos casos habidos en el Hospital de la Universidad, salieron bien sin dificultad. El emplea cátagut de diez días en las suturas profundas, y cátagut o seda en las costuras intracutáneas.

Hance dice que obtuvo veinte y ocho curaciones en treinta y dos casos, empleando suturas externas e internas como se acostumbra, y usando el tratamiento posterior que sigue: Sondéese únicamente cuando sea necesario; introdúzcase un supositorio de yodoformo todas las noches y todas las mañanas, después de haber limpiado antisépticamente los órganos genitales externos; úsense almohadillas antisépticas para cubrir los órganos genitales; póngase en corriente los intestinos al tercer día, y manténgase en funcionamiento de entonces en adelante.

Keller, en cuarenta y dos casos, tuvo más de un 97 por ciento con buenos resultados, usando la sutura de cátagut continua para trabajos internos, comenzando la reparación de la vagina, pues "todas las desgarraduras comienzan allí, y la sutura de las rasgaduras vaginales se hace mejor cuando está todavía abierta la herida perineal." También habla de la labor realizada por Bröse con feliz resultado en un 92 por ciento, en veinte y cinco casos.

Batman informa de un caso que se curó perfectamente, usando hilo de plata en la costura del esfínter desgarrado. Una sutura de seda se empleó para aproximar los bordes de la herida en la mucosa vaginal.

Page es, probablemente, el que más notables resultados ha obtenido, entre todos los que hasta aquí se han mencionado en esta tesis, si se toma en consideración que nos habla de sus casos particulares. Refiere cien casos, de los cuales noventa se curaron; nueve se mejoraron, y uno no. Fué uno de los primeros en recomendar la colocación de una esponja o de un tapón bien aplicado contra el cuello del útero, antes de la operación. El desinfecta la zona de la operación con fenol al tres por ciento, y usa cátagut fenicado para suturas profundas, en la parte superior de la vagina o del recto; y la seda, el hilo de plata o el cátagut, como sutura interrumpida para trabajos externos. En los puntos se coge media pulgada o más de músculo y de aponeurosis, de modo que los tejidos queden firmemente acercados; los puntos se quitan al séptimo u octavo día. El tratamiento posterior a la operación,

consiste en una irrigación vaginal de loción carbónica al tres por ciento, una o dos veces al día.

El cita unos cuantos casos que se presentaron a médicos del Hospital de Nueva York. Estos casos son de poco valor para esta tesis, debido a que no se describe el método operatorio; los mencionamos por la importancia que tienen desde el punto de vista estadístico. El Dr. Frankenburg del Hospital de Emergencia, da el resultado de 18 casos, de los cuales 11 tuvieron éxito, y 7 fracasaron. Kate Parker, del Asilo de Infantes, refiere cuatro casos con dos curaciones y dos fracasos. C. Remsen, del Hospital de Niños y Sala Cuna, habla de dos casos, ambos curados. Y Stanton Allen, del Asilo de Maternidad, cita un caso de cicatrización perfecta.

Baughman da los datos estadísticos de Schutte, de la Frauen Klinik, Berlín, respecto a 14,200 partos habidos durante los años 1905-1910. En 2,671 hubo desgarraduras. En 1,863 hubo desgarraduras de primer grado; en 704, desgarraduras de segundo grado, y en 24, de tercero. No hay datos estadísticos acerca de los resultados obtenidos en ese gran número de alumbramientos; pero se incluyen allí 370 desgarraduras que ocurrieron del primero de abril de 1905 al seis de abril de 1906, y que fueron suturadas. De ese número, 352 se curaron por primera intención, y 18 por segunda intención. Todas estas desgarraduras fueron reparadas inmediatamente, suturándose la porción vaginal con cátgut, y la perineal con hilo de seda. La línea de sutura se espolvoreó después con yodoformo.

Notamos aquí una marcada discrepancia en el valor de los resultados que se nos dan. El cirujano que operó se muestra muy cuidadoso en indicar el número de cicatrizaciones por primera y segunda intención, mas no expone hechos acerca de la eficiencia de la operación. No se hace mención de la fuerza del piso perineal restaurado, ni del tamaño de la abertura vaginal. Por tanto, aunque los datos estadísticos de muchas de las clínicas alemanas parezcan ser tan concluyentes, por razón del gran número de casos tratados, sin embargo de ellas puede aprenderse muy poco que sea definido.

Bucura, con las mismas faltas generales que el cirujano anterior, en lo concerniente a datos estadísticos, habla de los resul-

tados de la Crobak Klinik de Viena. En 1,901 hubo 3,333 alumbramientos, con 313 desgarraduras. Todas ellas fueron suturadas y curadas de la siguiente manera: en 279 casos no se presentó fiebre, y la curación se hizo por unión primaria; en 21 casos no hubo fiebre, y la curación se verificó por combinación de la primera y segunda intención, o por segunda intención solamente; en ocho casos hubo fiebre baja, mientras que en doce la fiebre fué intensa. La estadística en esto no muestra nada respecto a la eficacia de la perineorrafia, sino tan sólo la facilidad con que se produjo la cicatrización.

Eversman, en 1040 casos de parto, observó 59 rasgaduras de primer grado; todas ellas se curaron por unión primaria después de practicarse una perineorrafia primaria; 86 casos de desgarraduras de segundo grado; de ellos, sólo en uno no dió buen resultado la perineorrafia; las heridas se curaron sin fiebre. En 28.6 por ciento de las mujeres que tuvieron rasgaduras de tercer grado, se curaron felizmente, con excepción de una. Eversman opera con la paciente acostada de lado. No usa anestesia. Las regiones glúteas quedan colocadas sobre el borde de la cama; un ayudante levanta lo suficiente un muslo. Se lava la herida con lisol; se cortan las puntas del colgajo y se ponen las suturas de tal manera que no queden receptáculos en los que puedan retenerse los loquios. Las suturas se hacen en la piel, abajo y atrás del extremo de la desgarradura, hasta llegar al lado opuesto. Se emplea hilo de seda.

Baughman, en 158 partos, observó 21 desgarraduras, las cuales fueron operadas según el método de Robins. Diez y nueve de las operaciones, o sea alrededor del 90 por ciento, dieron buen resultado. La operación Robins es como sigue: La mucosa y la aponeurosis sub-mucosa de la desgarradura vaginal, de un lado, son cosidas con la mucosa y la aponeurosis sub-mucosa, del lado opuesto de la desgarradura, empleando para ello cáatgut humedecido en una solución cromizada. No deben ser cogidos los músculos en la sutura, la cual comienza en la parte superior de la desgarradura de la vagina, y continúa hacia abajo hasta la vulva. El operador trata de hacer que corresponda la parte de un lado con aquélla de donde se ha desprendido el colgajo. Esto restaura la forma de la cavidad vaginal. Así que se ha llegado a la vulva,

se pone la sutura en la vagina, a fin de usarla más tarde para unir la piel con una sutura continua. Las suturas de remate con hilo de seda, se ponen comenzando desde la superficie epidérmica, y desviándose en seguida hacia abajo y hacia atrás. Se tira la herida bien hacia adelante, con las suturas; pero antes de anudar, para procurar que quede bien el perineo. Luego se atan las suturas. El punto de cátagut que se puso en la abertura de la vulva, se levanta ahora, y con una sutura continua se acercan las superficies descubiertas, y la sutura se sigue debajo de la piel. En caso necesario, los extremos desgarrados del esfínter, se juntan con hilo de seda introducido en la piel hasta llegar debajo del recto, pasando por el músculo, y fuera, en el extremo opuesto, pasando por la piel. Una sutura semejante, por encima de la mucosa del recto, se introduce desde la piel, pasando alrededor de la desgarradura en el recto, y al llegar al lado opuesto, baja la mucosa a manera de cordón de bolsa.

Townsend habla de la perineorrafia primaria tal como la practican los Hermanos Mayo. No haré una descripción completa de la operación como él la expone, pero ensayaré resumirla. Se lava la vagina perfectamente con jabón y agua, y se aplica en seguida alcohol y después agua esterilizada. Entonces se hace una incisión suficiente y disección, para descubrir los extremos de los músculos elevadores. Para determinar si está a la vista el tejido que se busca, se coge y se ejerce tracción sobre él, y se observa el efecto en el recto. Una aguja curva, provista de un hilo de cátagut cromizado, o de seda, se introduce en la porción inferior del músculo elevador expuesto, de fuera adentro, teniendo cuidado de coger suficiente músculo. En seguida se hace pasar por el fondo de la herida, y el músculo elevador del lado opuesto queda de igual modo cogido con la misma sutura, con la diferencia que la aguja entra allí de dentro afuera. Después de eso, la aguja se pasa por encima y a través del constrictor, o más bien, del ángulo inferior de la herida, poco más o menos a un cuarto de pulgada de distancia de la línea media o ángulo inferior, apareciendo precisamente dentro del borde cortado de la mucosa. La aguja se enhebra de nuevo en el otro extremo de la ligadura, y se hace pasar a través del constrictor, a una distancia de un cuarto de pulgada o más, de la primera. Ninguno de éstos pun-

tos se pone en el tejido conjuntivo de la línea media, sino únicamente en los músculos mencionados. La tercer sutura pasa por los mismos músculos, y a medida que se cruza por encima, coge los tejidos del ángulo superior de la disección, frente al recto.

La cuarta sutura sigue un curso semejante, y la quinta pasa por los músculos antes mencionados, y se encamina por el margen de la mucosa apartada. Cada sutura se anuda bien ahora, estando uno seguro de que las fibras del elevador se hallan perfectamente aproximadas en la línea media, antes de proceder a anudar. Por este método se forma el piso normal. No hay suturas expuestas a secreciones vaginales, y todas las suturas están en el exterior.

Después de la operación no se aplican irrigaciones vaginales, pero de cuando en cuando un lavado externo puede hacerse sobre la línea de sutura; no obstante, esto es raras veces necesario. La paciente es sondeada cada dos o tres días.

El Dr. W. J. Mayo dice que sus resultados han sido muy satisfactorios y Townsend informa que él está más que complacido de los resultados que ha obtenido. Manifiesta: "Yo no sostengo que de la técnica de poner el punto dependan todos los resultados, más bien diría que toda operación que confíe en los tejidos musculares, puede dar igualmente buenos resultados. Esta operación atiesa el elevador del ano no sólo lateralmente, sino también hacia atrás. Establece una base muscular muy fuerte, evitando el rectocele, y en gran parte el vesicocele."

En la investigación de las varias clases de operaciones que se emplean, y los resultados obtenidos de dichas operaciones, escribí cartas a las distintas grandes Universidades y Escuelas de Medicina de los Estados Unidos y del Canadá. De sólo uno de los mencionados establecimientos, recibí una contestación que, por sus datos estadísticos, vale la pena consignar.

Plass de JOHN HOPKINS, dice así: "El método usado aquí varía ligeramente, según las ideas de los individuos; pero el principio de reparación inmediata de todas las rasgaduras, y la tendencia de usar el cátgut para todas las suturas profundas, y el hilo de seda para trabajar en la piel, se observan por igual en todas las perineorrafias. No se emplea cuidado extraordinario para asegurar la correcta aproximación."

Habla de 81 casos de desgarraduras de primero y segundo grados. De ellos 61 se "curaron bien," según se observó en el momento de darles de baja a las pacientes de 11 a 13 días más tarde. Ocho "se curaron bastante bien", 5 "se curaron por granulación," y 5 "se curaron mal." De aquí no puede deducirse el mejor método de operación, pero se hace resaltar bien el principio de reparación inmediata.

Gardner informa de 13 casos con once resultados perfectos y dos parciales. Esto arroja un porcentaje de 84.7 de casos que se logran.

Child estableció un procedimiento no enteramente nuevo, pero al menos un tanto diferente, al emplear la sutura en forma de ocho, sin puntos profundos, en la operación. Las suturas vaginales se hacen y se anudan de la manera corriente. En el perineo se usa la sutura en forma de ocho; la primera puntada coge los músculos elevadores del ano, y la segunda los músculos transversos del perineo y la piel. Al anudar, las suturas no se aprietan demasiado, pues hay peligro de que la piel se corte. La operación, según el inventor del sistema, en un gran porcentaje de uniones primarias, produce aproximación perfecta, con obliteración de todos los espacios muertos; no quedan suturas profundas, pues todas se quitan más tarde. Se emplea el hilo de seda, porque "no es absorbible, porque es de indiscutible fuerza, no infeccioso y absolutamente estéril."

Wylie dice que de cada 20 casos pueden obtenerse 19 curas primarias, si se hacen funcionar los intestinos todos los días. No se describe ningún método de operación, por tanto la sola manifestación del hecho es de poco valor, salvo por la razón de que quien tal afirma es un buen cirujano.

CONCLUSIONES

I.—En la gran mayoría de mujeres, y en el momento del alumbramiento, se presentan desgarraduras en el piso perineal, de más o menos gravedad. Estas desgarraduras, especialmente si afectan los elementos musculares del perineo, deben operarse ya sea inmediatamente después del parto (perineorrafia primaria), o más tarde (perineorrafia secundaria).

II.—Respecto a los resultados de la perineorrafia primaria, los datos estadísticos que aparecen en las publicaciones, son muy indefinidos, y a menudo les faltan los elementos que los harían valiosos, por ejemplo: la condición en que queda el piso perineal después de la operación, la presencia o ausencia de cistocele o rectocele unos meses después, y así sucesivamente.

III.—Un gran porcentaje de las operaciones hechas por los métodos más modernos para efectuar la reparación primaria, alcanza éxito, por lo menos así lo muestran los datos estadísticos que nos traen las publicaciones.

IV.—Las operaciones que tienen por objeto la reparación de la cavidad vaginal, o el restablecimiento de la base muscular del perineo, implantando una aproximación tan íntima como sea posible de los planos aponeuróticos, parece que son las más racionales, y han de dar los mejores resultados, debido a que están basados en sólidos principios anatómicos.

CHARLES ALBERT AINSLIE.

Vº Bº,

EZEQUIEL SOZA.

Imprímase,

M. SANTA CRUZ V.,

Decano.

Resultados de Perineorrafias Primarias.

| NOMBRE | Total de casos | Buen éxito |
|-------------------|----------------|------------|
| Allen | 1 | 1 |
| Anspach | 200 | 200 |
| Barry | 100 | Mayoría |
| Batman | 1 | 1 |
| Baughman | 21 | 19 |
| Baughman | 17 | 15 |
| Betz | 7 | 7 |
| Bröse | 25 | 23 |
| Bucura | 313 | 279 |
| Clark | 50 | 50 |
| Eversman | 59 | 59 |
| Eversman | 86 | 85 |
| Frankenburg | 18 | 11 |
| Gardner | 13 | 11 |
| Hance | 32 | 28 |
| Keller | 42 | 41 |
| Liebman | 103 | 49 |
| Parker | 4 | 2 |
| Page | 100 | 90 |
| Plass | 14 | 7 |
| Remsen | 2 | 2 |
| Schutte | 127 | 125 |
| Schutte | 370 | 352 |
| Sigwart | 125 | 123 |
| Steinman | 98 | 43 |
| | 2039 | 1767 |

Porcentaje de casos fructuosos: 86.6.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbot, A. W. Jour. Minn. Med. Assoc. Vol. XXX
2. Alloway, T. J. Amer. Jour. of Obstet. Vol. XVII
3. Anspach, B. M. Univ. Pa. Med. Bull. Vol. XXI
4. Anspach, B. M. Amer. Jour. of Obstet. Vol. LIV
5. Barr, R. A. N. Y. Journal Vol. LXXXVI
6. Barry, D. T. The Practitioner Vol. LXXXVI
7. Batman, W. F. Ft. Wayne Med. Mag. Vol. IV
8. Baughman, G. Amer. Med. Ass. Jour. Vol. LX
9. Baughman, G. Tr. So. Sur. & Gyn. Ass. Vol. XXVI
10. Baughman, G. Amer. Jour. of Obstet. Vol. LXVX
11. Betz, O. Chicago Med. Rec. Vol. XXX
12. Beyea, H. D. Penn. Med. Jour. Vol. XV
13. Bidder (Véase Page, R. M. C.)
14. Blesh, A. L. Southwest J. of M. & S. Vol. XXIII
15. Bloch, L. Kentucky Med. Jour. Vol. VIII
16. Bonnet, L. A. J. D. SC. de Lille Vol. I
17. Bonnet, L. A. Gaz. Méd. de Paris Vol. LXXXIII
18. Brock, J. Zentralbl. für Gynak. Vol. XXXV
19. Bröse (Véase Keller, H.)
20. Buck, A. H. Reference Handbook of the Med.
Sciences
21. Bucura, C. J. Muchener Med. Wochens. Vol. LI (i)
22. Campbell, J. L. J. Med. Ass. Georgia. Vol. III
23. Cannaday, J. E. Oild Dominion Journal. Vol. IX
24. Child, C. J. Amer. Med. Ass. Jour. Vol. LX
25. Clark, G. Ann. of Gyn. & Ped. Vol. XVIII
26. Davis, W. R. Penn. Medical Journal. Vol. XVIII
27. Davis, E. P. Ann. of Gyn & Ped. Vol. XVIII
28. Deaver, J. V. Surgical Anatomy 1899-1903
29. Dickinson, R. N. Y. Med. Journal. Vol. e
30. Dobbin Stereo-Clinic, Troy, N. Y. 1910, Sec. III
31. Dorsett, W. B. Journal of the Am. M. ASS. Vol. LIX
32. Edgar, J. C. N. Y. Medical Journal. Vol. XVI
33. Emmet, T. A. Am. Jour. of Obstetries. N.º VIII, 1904
34. Eversman, J. Zentralblatt für Gyn. Vol. LXVIII
35. Flint, A. AM. Jour. of Obst. Vol. XXVI
36. Von Franqué, O. Fraunartz Vol. XXVI
37. Gardner, F. Wisc. Med. Recorder. Vol. IV
38. Goodman, S. J. Amer. Jour. of Obst. Vol. LXVII
39. Grunebaum, M. Prag. Med. Wochen. Vol. XXXVI

40. Hammer, G. P. Virginia Med. Semi-Monthly Vol. XVI
41. Hance, I. H. Med. Record. Vol. XXXVIII
42. Haynes, I. S. Am. Jour of Obstet. Vol. LVIII
43. Hegar, Karl Munschener Med. Wch. Vol. LI (i)
44. Henson, J. W. N. Y. Medical Journal Vol. LXXXVIII
45. Hirst, B. C. Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXXI
46. Hirst, B. C. Tr. Amer. Gyn Society Vol. XXXIX
47. Horne, G. Australian Med. Journal Vol. I n. s.
48. Jellett, H. Surg. Gyn. and Obstet. Vol. XIX
49. Jewett, C. Brooklin Med. Journal Vol. XX
50. Johnson, J. L. American Practitioner Vol. XIX
51. Keller, H. Archiv. of Gyn. Vol. XXVI
52. Kime, R. R. Atlanta Journal Rec. Med. Vol. LVI
53. Lepage Rev. Prat. d'Obst. 1911
54. Liebman Zeitschrift f. Geb. (Véase Hance)
55. Mann, M. D. Amer. Journal of Obstet. Vol. VII
56. Manton, W. P. Archives Diag. Vol. VII
57. Mayer, K. Zentralblatt für Gynak. Vol. XXXIII (i) 5
58. McDonald, E. American Medicine Vol. VIII n. s.
59. McGirk, C. E. American Medicine Vol. IX
60. McMillan, W. A. West Va. Medical Journal Vol. V.
61. Noble, C. P. Medical Age. Vol. VIII
62. Page, R. M. C. Medical Record Vol. XXIV
63. Palmer, D. H. Amer. Med. Ass. Journal Vol. LVII
64. Plass, E. D. Comunicación Particular
65. Polak, J. O. N. Y. Medical Journal Vol. XCI
66. Reamy Gynecological Trans. Vol. VIII
67. Pozzi, S. Bull. Soc. d'Obst. (Paris) Vol. III
68. Pozzi, S. Rev. de Gyn et de chir. abd. Vol. XXII
69. Robertson, R. Tr. Edinb. Obstet. Soc. Vol. XXXVIII
70. Rosenstein, S. R. Zentralblatt f. Gynak. Vol. XXXVIII
71. Saladino, A. Ginecología Vol. VIII
72. Saladino, A. Ginecología Vol. IX
73. Schaback, K. F. Mon. für Geburst. Vol. XXXII
74. Schutte, B. (Véase Baughman, Amer. J. of
Obstet) Vol. LXIX
75. Sigwart, W. Zentralblatt für Gynak. Vol. XXXIII (i)
76. Schumann, E. A. Amer. Journal of Obstet. Vol. LVIII
77. Smithwick, J. W. P. Ann. of Gyn. & Ped. Vol. XVIII
78. Somers, G. B. American Medicine Vol. X
79. Spaltcholz, W. Handatlas der Anatomie des
Kenschen
80. Spalding, A. B. Comunicación Particular
81. Spalding, A. B. Surg., Gynec. & Obstet. Vol. XXII
82. Stephenson, H. A. Comunicación Particular

83. Steinmann, F. Archiv. für Gynak. Vol. XXII
84. Sturmdorf, A. American Journal of Obstet... Vol. LXVI
85. Sturmdorf, A. N. Y., Medical Record..... Vol. LXVII
86. Thomas, T. G. Diseases of Women..... 1880
87. Toldt, C. Atlas of Human Anatomy..... 1904
88. Townsend, F. Jour. of the Mich. S. Med. Soc.. Vol. X
89. Tweedy, E. H. Dublin J. Medical Sciences..... Vol. CXXXVII
90. Tweedy, E. H. Medical Press and Circular.... Vol. XCVII
91. Tweedy, E. H. Tr. Roy. Academy of Medicine.. Vol. XXXII
92. Ulrich, G. A. Surgery, Gynecology & Obstet.. Vol. III
93. West, J. N. Amer. Journal of Obstet..... Vol. LXI
94. West, J. N. Post-Graduate, N. Y..... Vol. XXV
95. Williams, J. T. Amer. Journal of Obstet..... Vol. LXXI



PROPOSICIONES

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ANATOMÍA DESCRIPTIVA | Del Perineo. |
| ANATOMÍA PATOLÓGICA | Del Hidrocéfalo. |
| BACTERIOLOGÍA | <i>Bacterium Coli.</i> |
| CLÍNICA MÉDICA | Ulcera Duodenal. |
| CLÍNICA QUIRÚRGICA | Anestesia Espinal. |
| FARMACIA | Lisol. |
| FÍSICA MÉDICA | Pelvímetros. |
| FISIOLOGÍA | Contracción Muscular. |
| GINECOLOGÍA | Prolapso Genital. |
| HIGIENE | Del Perineo. |
| HISTOLOGÍA | Del Músculo Estriado. |
| MEDICINA LEGAL | Suturas Profundas. |
| MEDICINA OPERATORIA | Perineorrafia. |
| OBSTETRICIA | Posición del Niño. |
| PATOLOGÍA EXTERNA | Vesicoccele. |
| PATOLOGÍA INTERNA | Pelvis Osteomalácica. |
| PATOLOGÍA GENERAL | Idiosincrasias. |
| QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA | <i>Apotesina (Apothesine).</i> |
| TERAPÉUTICA | Estricnina. |
| TOXICOLOGÍA | Intoxicación por la Apotesina. |
| ZOOLOGÍA MÉDICA | <i>Anopheles Maculipennis.</i> |
