

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

GINECOLOGIA.

Rasgaduras completas y antiguas del perineo.—Ventajas del procedimiento operatorio del Profesor Lawson Tait.—Descripción, conclusiones.



POCOS asuntos en Medicina Ginecológica me han preocupado de igual modo que el tratamiento de las rasgaduras perineales. Me inicié en el conocimiento de tan terrible achaque, bajo impresiones bien desagradables.

Hace poco más de trece años, fui consultado por una señora que había recorrido diversos gabinetes, tomando opiniones de médicos y aun especialistas; más todavía; contaba cuatro fracasos, porque había sido operada cuatro veces, y tácitamente divorciada del esposo, buscaba con su salud la restauración de su desierto hogar.

¡Deberé decir que en mis manos sufrió otras dos operaciones, aumentando con ellas el número de sus fracasos? En aquel entonces todavía no se conocían entre nosotros los nuevos procedimientos que hacen hoy segura y perfecta, podríamos decir, la intervención.

Simples avivamientos con suturas, que tenían una duración efímera, medida por el tiempo que tardaba el intestino en vaciarse; he aquí la base de los primitivos procedimientos, y si algunas veces se obtenía un perfecto resultado, era principalmente condenando á las enfermas á la constipación forzada por el opio, con peligro evidente de intoxicaciones fecales.

Posteriormente los procedimientos se han multiplicado, y con ellos los más completos éxitos. No es en verdad mi ánimo recorrerlos, ni mucho menos emitir un juicio crítico sobre ellos, sino que exclusivamente me voy

á limitar al que yo empleo y no sin advertir antes, que de algunos años á esta parte, he modificado ya bastante mi práctica de Obstetricia, no perdonando á ninguna primeriza el reconocimiento prolijo después de su parto, para suturar, acto continuo, en caso de que la rasgadura lo requiera por su magnitud.

Así lo profesé públicamente en el Curso Libre de Obstetricia que instituí el año próximo pasado; así lo aconsejo á las parteras, médicos y alumnos, que me consultan; y por último, así lo practico ya de una manera habitual y con las ventajas bien conocidas de todos los que me escuchan.

Si este modo de hacer se generalizara tanto como debía, perderían mucho de su importancia los bellos procedimientos modernos de perineorrafia, que han hecho justamente la gloria de sus inventores.

Volviendo á nuestro asunto, expresé ya, que sólo me ocuparía del procedimiento que practico, el cual, manifiesto con sinceridad, no me ha fallado ni una sola vez en más de media docena de hechos. Es de entenderse que me refiero aquí á la perineorrafia practicada mucho después del parto, cuando la cicatrización y deformación del perineo es ya antigua.

Desde la primera vez que en esta segunda época, tuve la necesidad de operar á una enferma, preferí el procedimiento de Lawson Tait, deplo-
rando únicamente que su descripción, aun en la obra del autor traducida al francés, fuese tan incorrecta, confusa y difícil de seguir paso á paso en su manual operatorio; mas ya una vez practicada, hízose la luz para mí, comprendiendo hasta en sus más pequeños detalles todas las condiciones del procedimiento.

Antes de describirlo referiré, que de mis operadas, una de ellas, que he podido seguir más de cerca, está próxima á tener su segundo parto; el primero, después de la operación. La he reconocido prolijamente y encuentro la cicatriz ó nuevo rafe perineal, tan perfecto y tan resistente que en verdad me parece muy remota su nueva ruptura por el próximo parto. Si por una desgracia me equivoco, cuidaré de consignarlo, para hacerlo saber alguna vez á esta ilustrada Academia.

He tenido también oportunidad de reconocer posteriormente á las demás operadas, y si éstas han quedado muy satisfechas del resultado, para mí no ha sido menor la satisfacción.

Debo advertir que de los hechos que cito, cuatro pertenecen á rasgaduras completas y antiguas, que habían condenado á las enfermas á la retracción social más absoluta, porque la salida tan continua como involun-

taria de los materiales fecales, las hacía alejarse de toda reunión. Dos de estos hechos son conocidos de algunos miembros de esta Academia, como el Sr. Dr. Bandera, quien tuvo la amabilidad de administrar el cloroformo á una de mis operadas. Conocen bien otro caso los Dres. Altamira, Leal y Martínez del Campo, quienes me ayudaron en la operación y cuyo éxito (siendo éste también de rasgadura completa) pudieron palpar. Algunos de los otros casos pertenecen á la consulta ginecológica gratuita y son en su mayor parte conocidos por los médicos y alumnos que concurren al Consultorio.

He aquí brevemente detallados los elementos con que cuento para hacer la descripción del procedimiento; no consulto libros sino que describo lo practicado, conservándole el nombre que le corresponde: "Procedimiento de perineorrafia del Profesor Lawson Tait."

Racional parecería hacer preceder esta descripción, del estado que guarda el perineo; de su constitución anatómica antes y después de la rasgadura; pero esto nos conduciría demasiado lejos, sin que pudiéramos imprimirle originalidad alguna. Existen además perfectamente descritas en cualquiera obra del ramo, y esas descripciones no se prestan á confusión alguna. Sólo sí, me permito señalar ciertos puntos importantes, relativos á algunas de las modificaciones que la rasgadura imprime á la larga en aquella importante región que debería ser perineo y que por el hecho de haberse rasgado, ya no lo es.

Ya se deja entender que tratamos de rasgaduras completas. En este caso al descubrir á la enferma y colocarla en la posición adecuada, en el decúbito dorsal, con los muslos elevados, dobladas y abiertas las piernas, colocando los huesos poplíteos en muletas *ad hoc*, tenemos el campo descubierto y en condiciones de perfecto estudio. Lllaman desde luego la atención las dimensiones de la vulva. Esta se extiende desde sus límites superiores naturales hasta el ano; de modo que aquella hendidura que principia arriba como es natural, termina abajo en una depresión llena de pequeños pliegues correspondientes al ano. Examinando cuidadosamente las partes sobre la línea media, se percibe en la proximidad y arriba del ano, un borde libre que, si se introduce el dedo en el recto, se aprecia claramente ser ese borde libre la terminación inferior del tabique recto-vaginal: es delgado por lo común en esta extremidad y ofrece además una ligera curvatura, cuya parte más cóncava se aleja del ano. Repito que ni copio ni consulto libro alguno: escribo lo que he visto, y si es malo, ó fué mal visto, ó está mal escrito, es, puedo asegurar, la exacta impresión que me ha dejado.

Este borde libre abandonado á sí mismo, cae, digámoslo así, sobre el recto y es todo el amparo ú obstáculo para la salida de los materiales líquidos del intestino. La mayor ó menor altura del borde libre del tabique recto-vaginal mide en verdad la mayor ó menor profundidad de la antigua rasgadura. Las extremidades de este borde libre van á perderse ó confundirse un poco abajo de los grandes labios, conservando suficiente elasticidad para permitir alguna distensión.

En resumen no hay perineo; las partes se hallan de tal modo cambiadas, que sin un estudio atento, apenas puede uno formarse idea completa de aquellos disimulados desórdenes; pero entre lo más importante de las rasgaduras profundas y antiguas, hay que señalar á los lados del ano y un poco más arriba, dos pequeñas fosetas perceptibles sobre la cicatriz cuando se distiende, y correspondientes á las extremidades del esfínter anal dividido. Dichas fosetas son de tal manera importantes, que servirán nada menos que de guías para la sutura inferior, cerrando así ó restableciendo la continuidad del citado esfínter.

Basta fijarse en la potencia del elevador del ano, cuyas fibras son transversales, para comprender las modificaciones que sufre á la larga esta región, divididos sus músculos verticalmente á la dirección de las fibras. Igual consideración justifica teóricamente el éxito sorprendente del procedimiento bellísimo de Lawson Tait.

Entremos ahora en los detalles de la operación para rasgaduras profundas y completas:

Previa la asepsia más completa de la región y cavidades; previa la precaución de haber purgado dos días antes á la enferma, bien dormida ésta y colocada en la posición conveniente, indicada más arriba para el reconocimiento, lo que logro yo satisfactoriamente en mi mesa ginecológica, se pone de manifiesto el borde libre del tabique, introduciendo el operador su dedo índice izquierdo en el ano y levantando el tabique. A la sazón, uno ó dos ayudantes entreabren bien el pliegue glúteo para facilitar la incisión. Practícase ésta introduciendo la punta del bisturí de plano en el medio del borde libre del tabique y se le lleva de uno y otro lado como desdoblado el tabique á una profundidad de uno y medio á dos centímetros. Hay que cuidar con empeño de no penetrar con la punta del bisturí ó bien en la cavidad vaginal ó bien en la rectal. Una vez que la incisión ha tocado los extremos del tabique, se prolonga hacia arriba de uno y otro lado, en dirección de una línea que alcanzará el espacio entre los grandes y pequeños labios; mas bien hacia el espesor del grande labio, midiendo cerca

de tres centímetros de longitud. Estas mismas incisiones se prolongan hacia abajo en la extensión de 8 á 10 milímetros, quedando el ano circunscrito en parte entre las ramas inferiores. La forma real de estos cortes, se asemeja por completo á una H. Abriendo el tabique, queda un grande espacio que se desangra, y además, vivos los lados. Al unir por suturas un lado con otro, sube la vagina, el colgajo superior se retrae, el inferior muy pequeño, por sí solo se aplica perfectamente bien, acabando de hacer pared superior del recto.

La colección de las suturas debe hacerse del modo siguiente: una aguja de Hagedorn de fuerte curvatura, se introduce un poco adentro del borde de la incisión; en partes vivas sangrantes se lleva hasta cerca del fondo; allí sale para introducirse en el punto opuesto, sacándola cerca del borde de la incisión lateral izquierda.

Colocadas de esta manera cuatro ó cinco suturas, al apretarlas, es sorprendente el efecto de restauración del perineo. La más importante de las suturas es la inferior, que corresponde á las fosetas antes señaladas é indicadores del esfínter. Este hilo restaura la continuidad de la jareta del ano, hecho que las enfermas aprecian en todo su valor desde el día siguiente á la operación, cerciorándose de que pueden retener con facilidad, aun los gases.

No mencionaré las descripciones que he leído del procedimiento, la necesidad que hay de poner algunas suturas, ya dentro de la vagina, lateralmente, ó donde alcanzan los extremos de la incisión vertical. Recomiendase para esta sutura la crin de Florencia, pero yo he usado, y siempre con buen éxito, la seda bien desinfectada y suficientemente resistente.

Con dos ó tres esquemas que me permito agregar, se comprende fácilmente este procedimiento.

Sea el primero, relativo á la forma de la incisión.

El segundo representa el aspecto de las superficies, levantados los colgajos.

El tercero, la colocación de las suturas.

Por último, el cuarto, la restauración del perineo.

Con estos datos creo suficientemente detallada la operación, y como se ve por lo que acabo de referir, en este bello procedimiento, nada se ha reseca de los tejidos; no hay en él pérdida de sustancia, de modo que aún fallando, puede volverse á principiar más tarde en condiciones análogas á las de la primera intervención.

Me he venido refiriendo como lo expresé desde el principio á las des-

garraduras completas y profundas; mas en cuanto á las rasgaduras incompletas, la operación es más sencilla. Consiste solamente en la incisión transversal, con las dos superiores, es decir, la mitad superior de la H: todo el resto de la operación es más sencillo, aunque igual en el mecanismo.

No concluiré sin insistir debidamente en un hecho capital. Siendo la causa evidente de este formidable achaque, el parto, debemos todos contribuir á generalizar la buena práctica de reconocer personal é inmediatamente después de la terminación del trabajo, el estado del perineo y reparar, acto continuo, los desórdenes que se hayan producido. La sutura en estos casos no ofrece dificultad alguna, y el éxito es absolutamente seguro, proporcionando además la ventaja de que se libra á las enfermas de los peligros de absorción por esas superficies accidentales, que, una vez abiertas, reciben directamente los productos que salen por el útero y la vagina.

Yo lo indicaba desde antes: cuando esa práctica se generalice lo suficiente, disminuirá con mucho la grande importancia actual de los diversos procedimientos de perineorrafia modernos.

Diré resumiendo:

1º Todo médico ó partera que asista á una primípara, debe reconocer prolijamente el estado de las partes, inmediatamente después de terminado el trabajo.

2º En caso de rasgaduras perineales de importancia, completas ó incompletas, se debe proceder acto continuo á la sutura.

3º Cuando se trate de rasgaduras antiguas, hay que proceder sin vacilación á la perineorrafia, recordando que, á la larga, este achaque agrega á sus inconvenientes naturales, el muy desagradable de la caída del útero.

4º Cualquier procedimiento que restaure bien la región y restablezca la continuidad del esfínter anal, es bueno.

5º El procedimiento de Lawson Tait, haciendo ganar al perineo en espesor y en longitud, me parece superior á todos los demás conocidos hasta ahora.

6º Justificase más aún la ventaja de este procedimiento, por el hecho de que no sustrae ó reseca ninguna porción de tejidos, como acontece en los demás.

7º En caso de fallar la perineorrafia en los otros procedimientos, el perineo ha perdido aún más; fallando el de Lawson Tait, no se pierde nada por la razón que se indica en la 6ª conclusión.

México, Mayo de 1893.—PROF. DR. D. MEJÍA.