

NUEVO ACADEMICO



Dr. Antonio Sordo Noriega  
Académico de número en la Sección  
de Obstetricia

**Datos Biográficos del**  
**DR. ANTONIO SORDO NORIEGA**

Sustentó su examen profesional de Médico-Cirujano en la Facultad Nacional de Medicina el 28 de mayo de 1926.

Ha sido médico del Departamento de Asistencia Infantil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; Médico encargado de la consulta pre-natal en varios Centros de Asistencia Materno-Infantil y es actualmente director de la Maternidad de las Lomas de Chapultepec y del Hospital Concepción Josefa, de la Fundación Torres Adalid.

Ha desempeñado sucesivamente los cargos de Ayudante y Profesor de Obstetricia en la Facultad de Medicina, Profesor del Instituto Regional para Administradores de Hospital, Profesor de Ginecología y Obstetricia con cursos para Graduados. Es miembro de las Sociedades: Mexicana de Higiene, Mexicana de Pediatría, Mexicana de Ginecología y Obstetricia; y del American College of Surgeons (U. S. A.)

Ha escrito numerosos artículos acerca de su especialidad.

# GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2ª clase en la Administración de Correos  
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

---

---

TOMO LXXXI

DICIEMBRE DE 1951

NUMS. 2-3-4

---

---

## TRABAJOS ACADEMICOS

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS DESGARROS TOTALES DEL PERINEO\*

por el Dr. ANTONIO SORDO NORIEGA,  
académico de número

#### P R E F A C I O

No voy a exponer la etiología de los desgarros totales del perineo, ni a hacer la exposición anatómica de los mismos, por ser de sobra conocidos.

Su frecuencia ha disminuído de manera notable en la Ciudad de México y puede decirse que los contados casos que se presentan son de mujeres que han recibido mala atención obstétrica en el medio rural en el que viven.

Los desgarros totales del perineo. originan varias complicaciones, como son:

a).—Complicaciones de orden mecánico. Hay tendencia al prolapso que se encuentra favorecido por las modificaciones que sufre el canal vaginal ya que el desgarro del piso perineal ha hecho que el citado canal, que normalmente tiene una dirección ligeramente oblicua, tienda a verticalizarse por la falta del sostén del cono muscular perineal, del perineo muscular y cutáneo. Esta verticalización del canal vaginal, acompañada de relajamiento de la fascia subperitoneal favorece de modo indiscutible el descenso de los órganos, y por esta cau-

---

\* Trabajo de ingreso como académico de número, Sección de Obstetricia.  
Leído en la sesión del 12 de julio de 1950.

sa se presenta colpocistocele y descenso uterino inicial que posteriormente, termina en un verdadero prolapso. Descendiendo la vagina y faltando al útero parte de su apoyo y sostén, por razón de pesantez, el fondo uterino tiende a caer hacia atrás, es decir, se establece la retroversión uterina, retroversión que a su vez favorece las metrorragias.

b).—Complicaciones de carácter infeccioso. En las enfermas examinadas he mandado practicar estudio bacteriológico del exudado endocervical uterino y casi todas se han encontrado infectadas por gérmenes de la flora intestinal asociados con gérmenes banales. El paso casi continuo de materias fecales por los residuos del canal vaginal son causa de las infecciones del oërvix que abandonadas a sí mismas y sobre todo no quitada la causa infectante, avanzan en extensión, en profundidad, en propagación, estableciéndose los cuadros de las metropatías infecciosas hemorrágicas y complicaciones anexiales.

c).—Complicaciones de orden nervioso. Las pacientes acusan dolores de localización lumbosacra, dolores que son debidos a los estiramientos de los ligamentos, al estiramiento de los plexos nerviosos, originados por el descenso uterino inicial. Otras enfermas acusan dolor que aumenta en decúbito dorsal, que seguramente es debido a la retroversión.

d).—Complicaciones de índole conyugal. Las mujeres que padecen esta clase de desgarros, verdadera cloaca recto-vaginal, viven en un continuo sufrimiento moral porque las relaciones sexuales son para ellas un verdadero problema.

e).—Complicaciones de carácter social. Este grupo de enfermas, muchas veces sin causa, y en ocasiones al menor esfuerzo, sufren de salida involuntaria de materias fecales y de orina.

## NECESIDAD Y TIEMPO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA

Como regla general todos los desgarros perineales deben suturarse, deben reconstruirse, inmediatamente después del accidente obstétrico que los produjo.

Cuando no se obtenga éxito con la sutura inmediata, soy de opinión que no debe intentarse nuevamente la reparación sino hasta pasados generalmente dos meses de la fecha del accidente obstétrico que

los produjo; y pienso así, porque varias enfermas me han dado datos ciertos de que no habiéndose obtenido éxito con la sutura inmediata, les fué practicada la reparación antes de los quince días del puerperio y en todas (tres de los casos tratados) los resultados no fueron satisfactorios ya que o no se obtuvo la reparación de los planos suturados (dos casos) o la reparación se obtuvo de manera incompleta e ineficaz (un caso). Este tratamiento que podemos llamar secundario-inmediato, quizá no dé resultado por las siguientes razones: por las pequeñas contusiones, con extravasación sanguínea y linfática, de las partes blandas por reparar; por la infiltración de los tejidos del perineo, infiltración que es mayor en los partos prolongados o distócicos, en los que ha habido mortificación de las partes blandas o lesiones de las mismas y porque el escurrimiento serosanguíneo en tejidos con contaminación rectal, se convierte en medio de cultivo, aumentando la infección y trayendo como consecuencia el fracaso de las suturas reparadoras.

Para elegir la fecha de la intervención secundaria-tardía o primaria-tardía, deben haberse llenado los siguientes requisitos: que la involución uterina esté totalmente terminada; que no exista infección de los tejidos perineales, ni del cervix ni del útero y que de ser posible, se haya obtenido la granulación de segunda intención.

### CUIDADOS PREOPERATORIOS

Para los desgarros del perineo como para toda intervención quirúrgica, no se debe pensar en realizarla, si el estudio clínico general y loco-regional de la enferma y el examen de las pruebas preoperatorias de laboratorio, no dan suficiente garantía de seguridad quirúrgica.

Es útil administrar antibióticos que tengan acción sobre la flora intestinal cuando menos tres días antes de la intervención y cuatro días después de ella, como medida preventiva.

La antevíspera de la operación, en la tarde, se administrará un purgante de preferencia oleoso y se practicarán lavados vaginales antisépticos.

La víspera de la intervención, la enferma será sometida a dieta líquida, se continuará la antisepsia vaginal y en la noche se pondrá un enema evacuante.

En la mañana, una hora antes de la intervención, se volverá a practicar la antisepsia vaginal y se le dará la medicación preanestésica que el anestesista haya indicado, según el tipo de analgesia o anestesia que se juzgue más adecuado para el caso, pues no hay que olvidar que no es el enfermo el que debe adaptarse al anestésico, sino que es el anestésico el que debe ser adaptado al enfermo.

### PUNTOS ESENCIALES DE LA INTERVENCION

El tratamiento quirúrgico de los desgarros totales tiene algunos puntos de gran cuidado porque si no se toman en cuenta, los resultados de la intervención que se practica no son todo lo satisfactorios que debieran ser.

Los puntos principales que deben tomarse en cuenta en la reconstrucción anatómica de dichos desgarros, son:

1º—Suficiente aislamiento de la vagina y el recto tanto en sentido anteroposterior como en ambos sentidos laterales.

2º—Reconstrucción del recto que debe realizarse de manera tal que los puntos de sutura y afrontamiento no queden en contacto con las materias fecales a fin de evitar infecciones en el postoperatorio.

3º—Aislamiento amplio y correcto de los músculos elevadores del ano, a fin de poder realizar la reconstrucción del piso perineal obteniéndose además con ello una capa muscular que separe al recto de la vagina.

4º—Diseción minuciosa para aislar, a cada lado, los cabos del esfínter anal roto, para que la reconstrucción del citado esfínter se realice correctamente.

### TECNICA QUIRURGICA

Puesta la enferma en posición ginecológica, previo sondeo vesical, se practica amplia antisepsia de la región operatoria.

Si la enferma presenta colpocistocele se procederá, en primer término, a practicar la colporrafia anterior con colgajo vaginal en rombo. Para conseguir el buen funcionamiento vesical, sobre todo en los grandes cistoceles es de gran utilidad practicar un ligero columnamiento

de la vejiga por puntos separados de catgut atraumático 00 con aguja curva, puntos que partiendo de un pilar de la vejiga toman pared vesical sin perforarla y terminan en el pilar vesical del lado opuesto. Sobre la región del cuello se pondrán dos o tres puntos separados con igual catgut y aguja, tomando tan sólo la pared vesical sin penetrarla. Se termina la colpografía anterior como es costumbre, haciendo la sutura vaginal con puntos separados de catgut crómico del número 1 o del número 2.

Para el tratamiento del desgarro del perineo y del esfínter anal antes de hacer ninguna incisión, colocamos por la hendidura rectal un ligero tapón de gasa que se introduce con una pinza de que menos unos diez centímetros dentro del recto y se repite la antisepsia de la región periesfinteriana. Este tapón de gasa tiene por objeto el evitar la salida de las materias fecales durante el acto operatorio.

Por el tiempo transcurrido desde la fecha del accidente obstétrico generalmente los cabos del esfínter anal se han separado hacia los lados y hacia afuera y el tabique recto vaginal toma una forma horizontal casi en línea recta que termina hacia los lados en unas pequeñas depresiones, en unos pequeños hundimientos de la piel, depresiones que corresponden a los cabos del esfínter anal.

Sobre el tabique recto vaginal se practica una incisión con bisturí a medio centímetro hacia adentro de la línea de unión de las dos mucosas, teniendo cuidado para evitar la perforación del recto, de efectuar la disección llevando el filo del bisturí sobre la capa vaginal.

Una vez encontrado el plano de deslizamiento se continúa la separación de recto y vagina con el dedo solo o envuelto en gasa, esta separación ordenada y cuidadosa debe continuarse hacia atrás hasta encontrar el septum recto-vaginal y hacia los lados hasta conseguir la separación del recto y encontrar las fibras de los elevadores y conseguir el aislamiento de ellos.

Con catgut atraumático 00 de aguja curva, por puntos separados se practica un columnamiento del recto partiendo del septum, es decir, desde el fondo de la separación y terminando a un centímetro del borde la incisión. Este columnamiento se hace con puntos en U para adosar por afrontamiento la superficie externa del recto, invirtiendo sus bordes en la luz del mismo. Estos puntos deben compren-

der la pared rectal sin perforarla a fin de que esta reconstrucción quede fuera del contacto de las materias fecales.

El objeto de este columnamiento es el de tratar de reconstruir la anatomía normal del recto desgarrado, ayudando, además, a la posterior reconstrucción del esfínter.

Sirve también, para que no quedando íntimamente unidos el recto y la vagina, se eviten adherencias que puedan favorecer desgarros en partos subsecuentes.

Si el desgarró alcanza algunos centímetros de la mucosa rectal, en ese caso lo que tiene que hacerse antes del columnamiento es avivar los bordes del desgarró rectal, hacer la reparación de él por medio de dos suturas: la primera de afrontamiento y la segunda a la Lambert por puntos no perforantes para invertir la primera, con catgut atraumático 00 de aguja curva. Una vez que se han terminado estas dos suturas de reparación entonces se procede al columnamiento del recto como se expone más arriba.

De los puntos en los que termina la primera incisión, puntos que corresponden a los cabos del esfínter, se practican dos incisiones: una de cada lado como de dos centímetros de extensión, que contornean a la hendedura rectal a un centímetro de distancia.

Se incide piel y tejido celular, disecándose hasta encontrar, en cada lado, los cabos del esfínter anal que son tomados por dos puntos separados de catgut crómico N° 1, puntos que se anudan hacia arriba cerrando la hendedura rectal y obteniéndose la reconstrucción del esfínter.

Hasta este momento práctico estas incisiones buscadoras de los cabos esfínterianos para evitar que durante las maniobras de los tiempos anteriores, principalmente cuando se ha tenido que hacer reparación del desgarró rectal antes del columnamiento, pudieran infectarse, trayendo como consecuencia el que durante el postoperatorio se observara el fracaso de la reconstrucción esfínteriana. Además creo que ya columnado el recto y con la gasa introducida en él, el peligro de infección se disminuye aún más.

La disección cuidadosa para conseguir el aislamiento de los cabos esfínterianos garantiza la reconstrucción del esfínter y evita el que una sutura realizada en un cabo no bien aislado el paso de la aguja,

pueda hacer un punto perforante del recto en su porción posterolateral que puede ser causa de infección y fracaso en la reconstrucción que se perseguía.

Si se juzga que el esfínter en su parte superior reconstruída no va a cubrir ampliamente al tejido rectal columnado, es útil poner unos puntos con catgut atraumático 00 de aguja curva que tomando la pared rectal sin perforarla la fijan al esfínter reconstruído.

Terminada la reconstrucción del esfínter, retiro la gasa rectal, hago cambio de guantes, nueva antisepsia de la región periesfínteriana, cambio de campos operatorios y cambio de instrumental.

Se toman los elevadores y se sutura generalmente con dos puntos en cruz de catgut crómico N<sup>o</sup> 1. Si la mujer aún está en edad de fecundar debe cuidarse de no cerrar demasiado el canal vaginal.

Se termina la perinorrafia por puntos separados de catgut crómico N<sup>o</sup> 1, practicando o no la resección de la pared vaginal, según el caso.

Terminada la intervención, se coloca en la vejiga sonda de Petzer, que generalmente se deja durante tres días.

Se coloca gasa vaselinada, estéril, en la cavidad vaginal.

Se introduce al recto un delgado tubo de goma, tubo que permitirá la salida de los gases intestinales y si acaso hubiera algún escurrimiento de materia fecal, éste se efectúa hacia el exterior sin contaminar los tejidos suturados.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El día de la intervención y el siguiente la alimentación de la enferma queda limitada a infusiones azucaradas.

Los otros dos días siguientes, la enferma queda sometida a dieta líquida o dieta blanda, en pequeñas cantidades y varias veces al día, alimentación que se sostendrá, siempre que sea posible, hasta el octavo día, cuando menos.

A partir del segundo día se retiran las gasas vaginales y se practica diariamente curación seca antiséptica con cambio de gasa exterior.

Olvidaba decir que el tubo de goma introducido en el recto, debe tratar de no quitarse antes del tercer día, cuando menos, de la intervención.

Al quinto día se suministra purgante oleoso e inmediatamente antes de que la enferma defeque se pone un enema de aceite de oliva (200 grs.), enema que tiene por objeto facilitar la evacuación intestinal.

Cada dos días se hace evacuar a la enferma por medio de un ligero laxante, sin olvidar el uso del enema de aceite.

Los puntos cutáneos de la perinorrafia se quitan generalmente después del quinto día de la intervención.

### CASUISTICA

Siguiendo este procedimiento operatorio he tratado a ocho pacientes, con los siguientes resultados:

Una de ellas hizo una pequeña fístula recto-vaginal retro-esfintérica que cicatrizó espontáneamente por granulación de segunda intención.

Dos de ellas, después de operadas, han tenido partos espontáneos a término y ha bastado una simple episiotomía lateral profiláctica para evitar lesiones de las partes blandas.

En todas las operadas se ha conseguido el correcto funcionamiento del esfínter anal.

### COMENTARIO

Beck (1).—Recomienda la reconstrucción del recto con puntos perforantes de seda, cuyos hilos se dejan salir por el esfínter y recomienda hacer un segundo plano de sutura con puntos aislados de catgut no perforantes, para invaginar a los antes citados.

Yo creo que los puntos perforantes de seda deben dar un alto porcentaje de infección en el postoperatorio.

DeLee (2).—Al hablar de la reparación de los desgarros de tercer grado, propone para la reconstrucción del esfínter anal hacer la busca de los cabos por medio de pinzas de Allis, sin disección previa.

Esta búsqueda es un tanto ciega por lo que en ocasiones no se consigue el objeto que se persigue.

Martius (3).—Recomienda pasar un punto con crín que atraviesando la piel tome el esfínter haciéndolo a uno y otro lado, punto que anuda cuando termina la perinorrafia y en su obra en inglés (4) aconseja el uso de la seda para los mismos puntos.

Creemos que es preferible hacer la disección de los muñones o cabos del esfínter como lo proponemos, por ser de este modo más segura la reconstrucción de él.

Fabre (5).—Dice textualmente: "La captura de las extremidades del esfínter se ha dificultado por su retracción en la herida. Es preciso dirigir la aguja muy atrás y afuera, de manera que se prenda, no sólo el esfínter, sino también el tejido celular próximo, evitando cuidadosamente penetrar en el recto".

El sólo enunciado de lo que dice Fabre, justifica la disección y búsqueda de los muñones esfínterianos.

Keller y Ginglinger (6).—Exponen que en la reparación de los desgarros totales del perineo se obtienen algunos fracasos debido a la infección determinada por la lesión del recto, citando un porcentaje de 10 a 15 por ciento de fracasos en la reparación y estos mismos autores opinan que la reparación del esfínter anal es el tiempo esencial de la intervención.

Con el procedimiento operatorio que he descrito la reparación esfínteriana se obtuvo en todos los casos por mí operados.

Sturmodorf (7).—Expone la necesidad de liberar los cabos esfínterianos del tejido cicatricial que los rodea y dice que para ello deben buscarse con unas pinzas jalando hacia arriba para realizar la liberación cicatricial.

Yo creo que este procedimiento es un tanto ciego y se expone con él a la ruptura de los haces musculares del esfínter, por lo que juzgo que las incisiones que realizo permiten liberar, por así decirlo, a cielo abierto, en correcta disección los muñones del esfínter anal.

Wharton (8).—Recomienda hacer un colgajo en V invertida con el vértice hacia el fondo de la pared vaginal posterior e introducir en los extremos de la rama de la V una pinza de cada lado con la cual se toman y jalan los muñones esfínterianos que deben cruzarse y suturarse con puntos en X.

En la práctica este procedimiento es de poca utilidad, porque encontramos que las fibras esfinterianas son generalmente escasas y están muy retraídas, lo que dificulta, de hecho, el practicar esta maniobra.

Kerr (9).—Aconseja hacer primero la reparación de la pared anterior del recto por puntos perforantes cuyos nudos quedan dentro del recto y propone que con catgut ordinario se hagan unos puntos que podemos clasificar de ciegos para tomar los cabos esfinterianos. Para esto recomienda que la enfermera ayudante conserve el plano operatorio limpio con soluciones antisépticas.

Esta antisepsia es extraordinariamente difícil de conseguir, dada la septicidad de la región en que se trabaja, dificultad que aumenta por haberse realizado la reparación de la pared del recto con puntos perforantes; la reconstrucción esfinteriana tal como la recomienda Kerr, no da seguridades de correcta realización.

Te Linde (10).—Hace notar la observación de que siendo tan difícil saber cuándo se han tomado los cabos esfinterianos, aconseja aproximar los muñones hacia la línea media e introducir un dedo en el recto para estudiar la acción esfinteriana.

Las incisiones laterales que he realizado para conseguir la disección y aislamiento de los muñones esfinterianos, da plena certeza de la toma de los cabos y por tanto de la reparación esfinteriana.

### CONCLUSIONES

He realizado la técnica que he descrito porque cuando practicaba yo la operación de Lawson-Tait, con la incisión en H, observé que algunas de las enfermas por mí operadas tuve que reoperarlas para conseguir la reconstrucción del esfínter. Ahora bien, desde que practico las incisiones laterales para la búsqueda de los cabos esfinterianos, de la manera y en el tiempo descrito, no he vuelto a observar ningún fracaso en la reconstrucción esfinteriana y las operadas además del correcto funcionamiento de los esfínteres vesical y anal, no han tenido complicaciones de desgarros en los partos subsecuentes.

### BIBLIOGRAFIA

- (1) Beck.—"Práctica de Obstetricia". Edición 1947, Pág. 779.
- (2) DeLee.—"Principles and Practice of Obstetrics", Edición 1939, página 823 y siguientes. \*

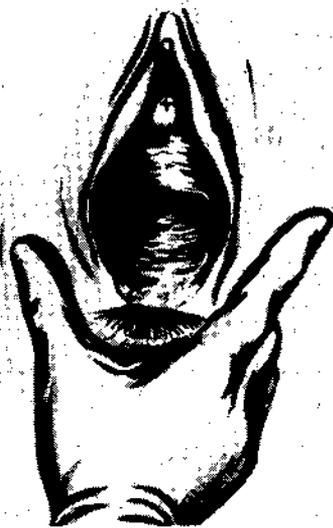


Fig. 1.—Desgarro total del perineo

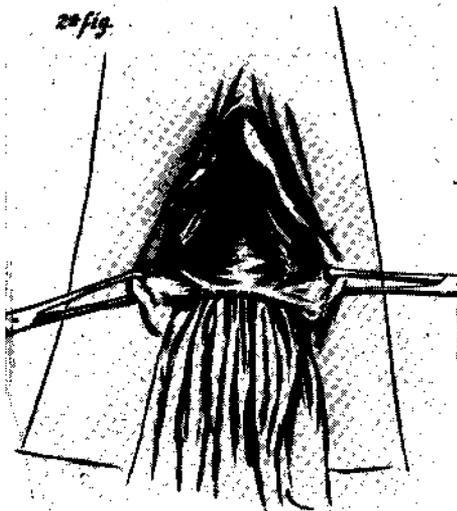


Fig. 2.—Gasa colocada en el recto. La línea punteada muestra el lugar en la primera incisión

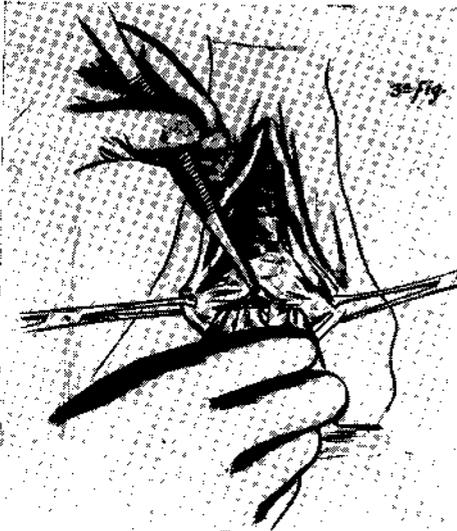


Fig. 3.—Incisión del tabique recto-vaginal

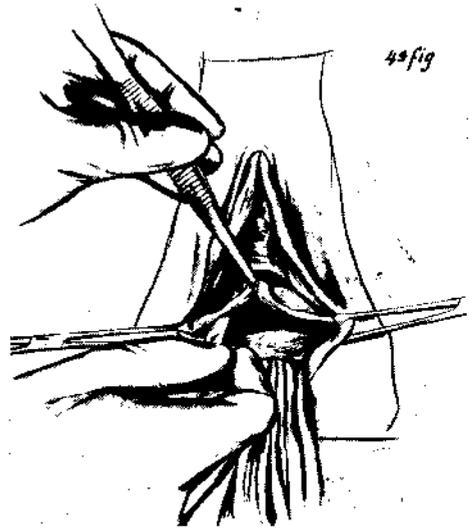


Fig. 4.—Disección sobre la capa vaginal



Fig. 5.—Separación del recto y la vagina

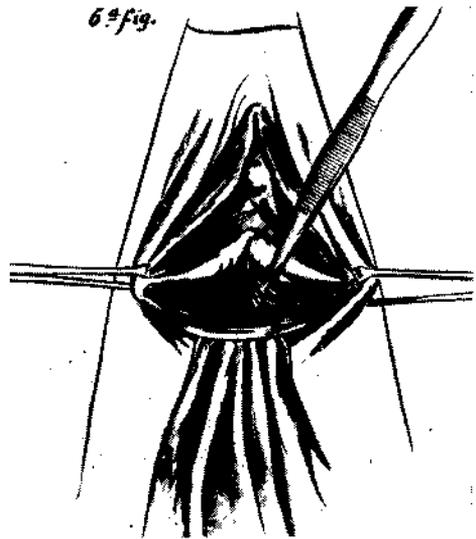


Fig. 6.—Aislamiento del músculo elevador

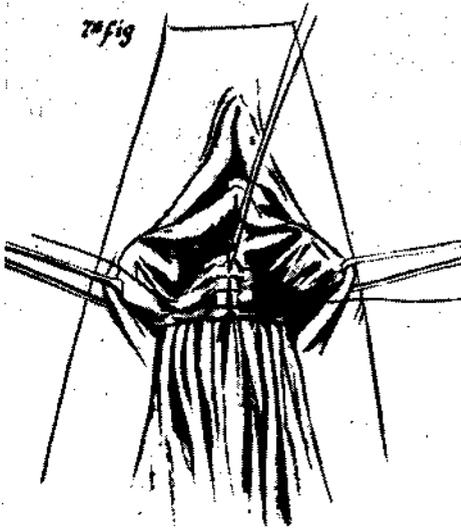


Fig. 7.—Columnamiento del recto

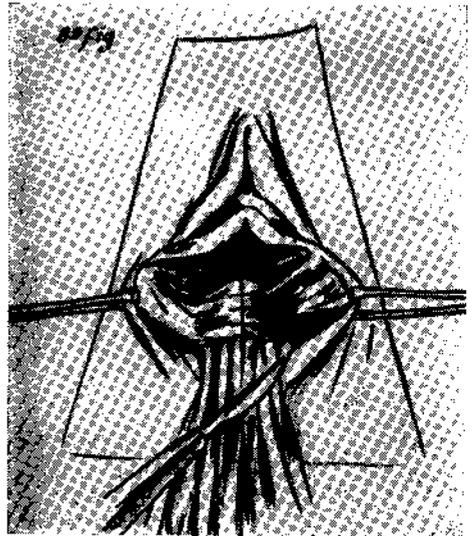


Fig. 8.—La línea punteada muestra el trazo de las incisiones laterales

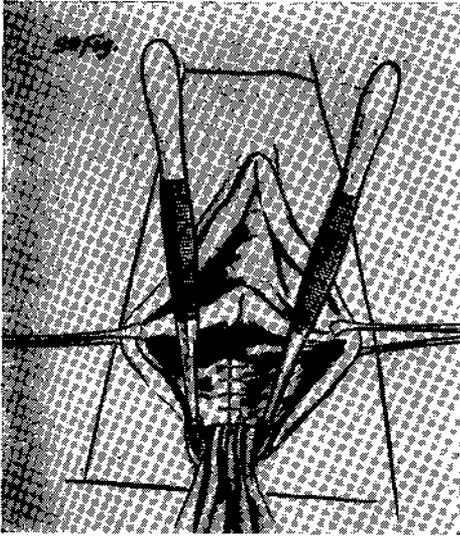


Fig. 9.—Diseción de los cabos esfinterianos

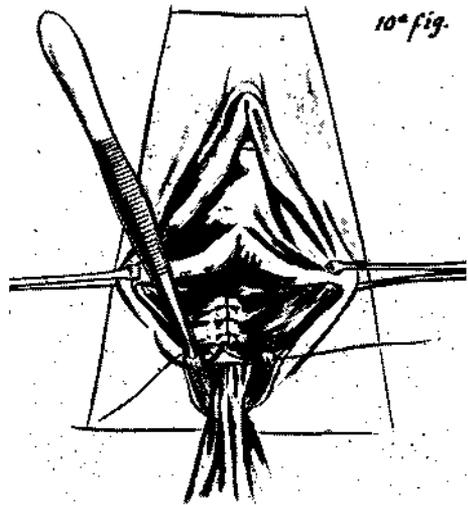


Fig. 10.—Sutura de los cabos esfinterianos

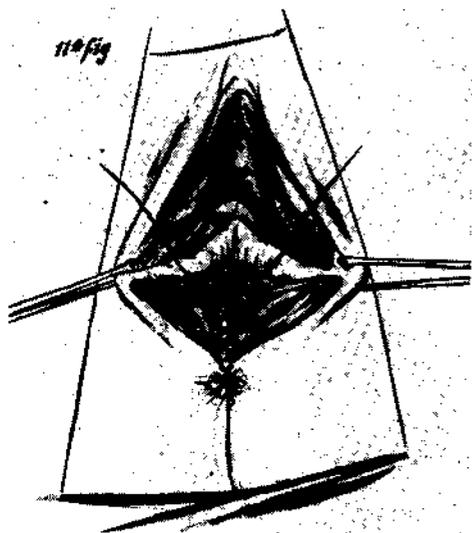


Fig. 11.—Sutura de los elevadores

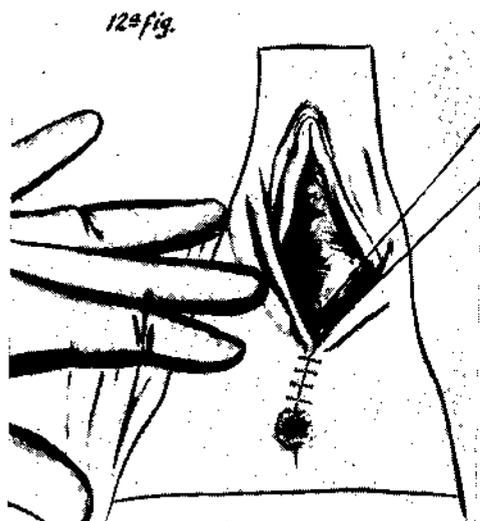


Fig. 12.—Perinorrafia terminada

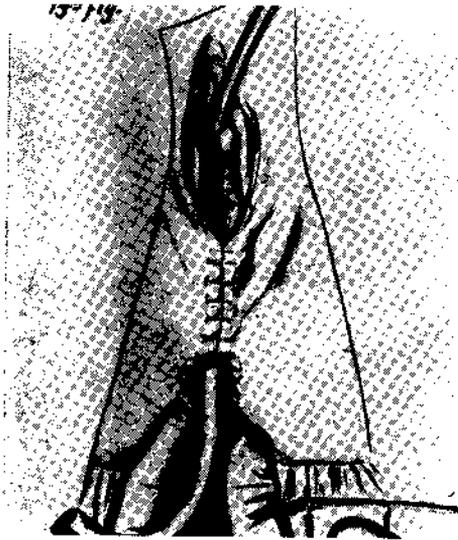


Fig. 13.—Introducción de tubo de goma  
al recto

- (3) **Martius Heinrich.**—"Operaciones Obstétricas", Edición 1940, página 188.
- (4) **Martius Heinrich.**—"Gynecologic Operations and their Topographic Anatomic Fundamentals", Edición 1939, página 315.
- (5) **Fabre.**—"Obstetricia", Octava Edición, página 393.
- (6) **Keller y Ginglinger.**—"La Chirurgie en Obstétrice", Edición 1946, pág. 211.
- (7) **Sturmdorf.**—"Gynoplastic Technology", Edición 1920, página 200.
- (8) **Whuarton.**—"Gynecology Including Female Urology", Edición 1943, página 259.
- (9) **Kerr.**—"Obstetrics and Gynecology", 1944, página 595.
- (10) **Te Linde.**—"Operative Gynecology", Edición 1946, página 239.
- (11) **Mengert William F.**—"Postgraduate Obstetrics", Edición 1947, página 199.
- (12) **Bland and Montgomerly.**—"Practical Obstetrics", Edición 1940, página 664.

**COMENTARIO AL TRABAJO PRESENTADO POR EL DR.  
ANTONIO SORDO NORIEGA PARA INGRESAR A LA  
ACADEMIA N. DE MEDICINA, TITULADO:  
"TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS  
DESGARROS DEL PERINEO"**

por el Dr. JOSE RABAGO,  
Presidente de la Sección de Obstetricia

Por la sentida muerte del Maestro Don Everardo Landa, y el paso a la categoría de miembro titular del Dr. Emilio Varela, me toca dar la bienvenida a nuestra corporación a mi buen amigo y compañero Dr. Antonio Sordo Noriega, así como hacer el comentario a su trabajo de ingreso.

Yo esperaba que, siendo el señor Dr. Sordo director de un importante servicio obstétrico, el tema de su trabajo de ingreso estuviera relacionado con alguna modalidad fisiológica, patológica o terapéutica del trabajo de parto y no que abordara un punto de cirugía ginecológica.

Como el autor asienta en el principio de su trabajo ya no es frecuente ver los desgarros perineales completos que no se hayan saturado inmediatamente después del parto o en los cuales haya fracasado totalmente la sutura. Esto nos explica la corta casuística personal que presenta.

Continúa exponiendo las complicaciones que sobrevienen a consecuencia de los desgarros perineales completos.

---

\* Leído en la sesión del 12 de julio de 1950.

Sin negar la posibilidad de prolapso uterino consecutivo a los desgarros no creo que sean su causa única y eficiente; pues en la práctica vemos numerosas pacientes que teniendo cisto y rectocele consecutivos a un desgarro, sin embargo, el útero conserva su dirección y situación normales. En cambio se ven prolapsos en mujeres con musculatura perineal suficiente, citándose casos de prolapso en mujeres vírgenes.

Estoy de acuerdo en que no debe intentarse la sutura en los días que siguen al parto, pues el fracaso es casi seguro.

Como en todos los casos en que una herida cierra por segunda intención, sobre todo cuando ha existido una infección, hay una gran infiltración serosa de los tejidos subyacentes que en ocasiones tarda en desaparecer más de los dos meses que el autor fija como plazo para intentar la plastia perineal. Creo que no debe señalarse un tiempo fijo; sino que debe esperarse a que en el sitio del desgarro no haya sino tejido cicatricial consistente y debajo de él, tejido conjuntivo y muscular perfectamente sano.

La técnica que se describe no difiere, en sus líneas generales, de las descritas en los diferentes tratados de Ginecología; pudiendo anotarse como detalles especiales la introducción de un rollo de gasa en el recto para evitar la salida intempestiva de las heces y la insistencia en la búsqueda y aislamiento de los cabos del esfinter anal.

Ayudándose con dos incisiones verticales a los lados del ano. El aislamiento de los cabos de esfinter es mencionada ya sea en el texto o en los grabados, en las obras de Davis, Adair y Kerr.

En cambio Curtis no busca especialmente el esfinter sino que dice: "Se sutura con varios puntos los músculos que dan soporte al ano en sus partes anterior y laterales formando así un nuevo y poderoso esfinter".

Otros autores opinan que basta tomar los tejidos a los lados del ano para la reconstrucción del esfinter y algunos aconsejan introducir un dedo en el ano y aproximar los tejidos tomados por pinzas o asas de catgut para sentir cómo quedará el esfinter al anudarse las suturas.

Con respecto a la incisión para abordar el esfinter se recomienda por algunos, encorvar al rededor del ano la incisión horizontal, otros siguen prefiriendo la incisión en H. de Lawson Tait.

Por último queda el debatido asunto de la sutura del recto en los casos en que se ha roto en mayor o menor extensión.

Todavía quedan autores que suturan la pared rectal en totalidad anudando los puntos hacia adentro del recto. Pero la mayoría sutura la pared rectal sin tomar la mucosa y el Dr. Sordo hace una doble sutura, una de afrontamiento y otra de recubrimiento a la Lembert.

Son mis mejores deseos que el ingreso del Dr. Sordo Noriega, a la sección de obstetricia de esta academia reporte los frutos que debemos esperar de su cultivado espíritu y su reconocido dinamismo y dedicación.