

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio de las rasgaduras perineales y su
tratamiento tanto profiláctico como curativo : tesis de
doctorado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Jacinto Ovin Corte

Madrid, 2015

Facultad de Medicina.

Contribucion al estudio de las Pasgaduras Peri-
neales y su Tratamiento tanto Profiláctico
como Curativo.

Tesis Doctoral presentada por

Don Jacinto Ovin y Pórté

en Septiembre de:

— 1904 —



Excmo Señor:

A intentar obtener, mediante este trabajo la investidura de Doctor, señalada como término y recompensa de la carrera de Medicina, me lleva, no el convencimiento de mi aptitud científica, que sin fuerzas suficientes para tanto premio me creo y juzgo, sino la benevolencia vuestra, conida con mi deseo de dar cima y remate a la enseñanza que emprendí, confiando en que vuestra ilustración sa-

bra' seguramente perdonar este esfuerzo mio, si peque-
ño en si gigantesco para mi por falta de dotes propias
para llevarlo á término.

Perplejo é indeciso acerca de qué asunto
exponer á vuestra ilustrada atencion, he pasado no
poco tiempo sin atreverme á decidirlo, dado que á la
mayor parte de las cuestiones médicas han sido ya ma-
gistralmente tratadas, mas por los hombres eminentes
que en Medicina hemos tenido y tenemos y las mas
por otros que como yo han venido aqui buscando el
término de sus afanes y trabajos; mas entre ellos y yo

hay colossal diferencia, que por aquí han desfilado todos los que han sido, son y serán mis maestros, y á los cuales me creo obligado á dar las gracias por los muchos esfuerzos que han hecho para elevarme, sinó al grupo de los sabios, á que no llegaré, por lo menos al de los hombres útiles á la sociedad en que vivimos.

Hay, no obstante, un asunto, que, si bien muy tratado y discutido por los eminentes sabios é ilustras prácticos que de él se han ocupado, es de tal trascendencia, no solo en lo que á su gravedad se refiere por las afecciones que acarrea á la larga, sinó también por lo molesto del pade-

cimiento y es este punto: "Contribucion al Estudio de las cargas perineales y su tratamiento tanto profiláctico, como curativo"

La principal razon que me ha inducido a aceptarlo, a pesar de lo ya dicho y de ser el trabajo superior a mis no muy sobradas fuerzas, es que si bien tanto en las obras de Ginecologia como en las de Partos se estudia y dilucida este accidente, en aquellas se pasa muy por alto lo que a un tratamiento profiláctico atañe y en éstas cuanto se refiere al tratamiento curativo. Así, me ha parecido oportuno ofrecer a vuestra consideracion este modesto trabajo

que junto y dé la debida importancia á cada una de estas dos formas de Terapéutica

Es preciso, pues, el tema objeto de esta tesis y dicha causa de su aceptacion, pasemos á su exposicion y desarrollo. Para la debida claridad, lo dividiremos en seis partes: En la primera daremos una ligerisima nocion anatómico-fisiológica del periné; en la segunda la etiologia de la afeccion; la tercera se ocupará de las vargas de las propiamente dichas y su pronóstico, así como de los accidentes á que puede dar lugar; la cuarta del tratamiento profiláctico; la quinta del plan curativo, ya inmediatamente despues del ac-

-6-

cidente ya en aquellos casos en que se espera la vuelta de los genitales a su estado normal; y la sexta tratará de la exposición de algunos casos clínicos, para de todo ello deducir las conclusiones que estimo oportunas y necesarias.

- I -

Es el periné una región anatómica importante y complicada; es lo primero, por la frecuencia en la mujer de la afección que vamos a estudiar, y en el hombre por la formación de los accesos urinarios, operación de la talla, etc; y es lo segundo por no ser cosa fácil formarse una idea exacta, no solo de las diferentes capas musculares que constituyen esta región, sino también de sus aponeurosis.

Suele ser fácil y por desgracia frecuentemente, entender por periné solo la reunión de los tendones y aponeurosis de cierto número de músculos situados entre la horquilla de la vulva y el ano, y aceptado este concepto, nada más fácil que conclusiones erróneas y por ende operaciones incompletas, que si bien ocultan, permitásemme la frase, el desgarro causado por una de las causas que tendremos ocasión de observar más adelante, no hacen con ello más que establecer un puente de separación a la vista en la gran brechadura que comprende desde la cara anterior del recto, cuando éste no ha sufrido también la lesión, hasta la anterior de la vagina ó las paredes ve-

xicales rotas, formando así una cloaca por donde el orin, las heces fecales y los gases del intestino, juntamente con los loquios y secreciones uterinas y vaginales salen al exterior. Los que tal hacen, sucédeles con frecuencia creer terminada la operación y curadas las enfermas, mas al poco tiempo, las lesiones que consecutivamente tienen las desgraciadas perineales, se presentan y el práctico se convence de que ha perdido el tiempo inutilmente y molestado á la enferma sin obtener el apetecido resultado. Depende esto de admitir una equivocada nocion anatómica, y cuando la base de que se parte no es la que debe ser, es claro que las conclusiones deducidas han de ser

cuando menos perjudiciales.

Debemos, pues, entender por perine' lo que el sabio anatómico Gillis entiende y el cual lo define diciendo, que es "el conjunto de partes blandas que cierran inferiormente la cavidad pelviana, es decir, el suelo de la pelvis." Sentada esta definición, daremos una noción anatómica, lo mas ligera posible, para poder despues y fundado en ella dividir y clasificar las rasgaduras.

Si el estrecho inferior de la pelvis se atravesara por una línea que pase al nivel de las tuberosidades isquiáticas, tendríamos dividida la region perineal en dos mitades, una

anterior y otra posterior, estando comprendidas en la segunda, el recto y el hueso triangulo-rectal y a la cual llamaremos por tanto recto-anal, y en la primera el útero, vagina y uretra, designándola con el nombre de génito-urinaría.

Estudiemos primero el número de capas que constituyen, en conjunto, la región que nos ocupa, señalando la disposición que afectan y los órganos que la atraviesan, para darnos luego, valiéndonos de un sencillo esquema, una idea de la manera de separarse el recto de la vagina, describiendo lo que hemos de llamar espacio perineal.

De fuera a dentro, tenemos primero la piel, que

nos presenta como particularidad aplicable á nuestro estudio, la existencia de un rafe medio, indicio de la union en la vida intra-uterina y sitio por donde generalmente se ocasionan las variceluras. Sigue, despues, lo que se denomina frascia superficialis, que se divide en dos hojas, una superficial y otra profunda, existiendo entre ambas una cantidad mayor ó menor de tejido celular segun los sujetos; viene, luego, la hoja superficial de la aponeurosis perineal, ó aponeurosis perineal superficial, que es mas delgada y tenue en la mujer que en el hombre, y se inserta por los lados en la rama ascendente del inguion y en la descendente del pubis; por delante, en la cara anterior del

- 12 -

cuerpo del pubis y posteriormente se incurva por detrás del transverso del periné para irse a reunir con la aponeurosis media. Es de forma triangular, con la base dirigida hacia atrás y atravesado por la vagina que se adhiere a ella si bien débilmente. Siguiendo en idéntica forma, esto es, de fuera a dentro, nos encontramos con la primera capa muscular dispuesta en dos triángulos, uno a cada lado de la hendidura vaginal, formados por el transverso del periné, el bulbo cavernoso y el izquierdo cavernoso, ó erector del clitoris; cada uno de estos triángulos está ocupado en el centro por tejido celular y en algunos sujetos se percibe un tanto a través de este tejido, parte de la aponeurosis media. Como es sabi-

do en el hombre el bulbo cavernoso de un lado y el del otro confunden sus fibras, pero en la mujer están separados por la vagina y la rodean completamente, debiéndose á esto la denominacion de constrictor de la vagina con que algunos designan á este músculo.

Situándose en el ligamento triangular ó aponeurosis media, están los bulbos de la vagina, que son unas masas pequeñas de tejido erectil que tienen en su parte interna la membrana mucosa de la vagina; existen, ademas, las glándulas de Bartolino inmediatas á la estremidad posterior del bulbo, y que viene á verter á los lados del himen. Seguidamente se encuentran la hoja media de la aponeurosis perineal, fuerte y resis-

teinte y que ha sido objeto de grandes discusiones por creerse unos como una lámina simple y otros compuesta de dos y colocando entre ellas el músculo de Guthrie, la arteria-venas pudendas internas y la transversa del bulbo. Sea de esto lo que quiera, que no es este momento ni ocasión apropiada de determinararlo, diremos que se halla atravesada igualmente por la vagina, y que ésta se inserta, si vale la frase, en ella, pues le da punto de apoyo y fuerza.

Continuando la enumeración, nos encontramos con la segunda capa muscular, formada por el elevador del ano, el músculo de Wilson y el isquio-coxigeo, según unos, y por el elevador y el de Wilson según otros. Los que tal sostienen, como Farabeuf,

Dubois, Vernier, Ribemont-Dessaignes y Lapage entre otros, reunen el musculo elevador del ano y el izquierdo-coxigeo en uno solo denominandolo elevador coxigeo-perineal, denominacion propuesta por Dubois y lo describen como un verdadero diafragma invertido, cóncavo hacia arriba con una hendidura para la vagina y otra para el recto. Sigue á lo espuesto la aponeurosis profunda, que en la mujer de igual modo que la superficial es mas delgada que en el hombre; luego, el tejido celular sub-peritoneal y el peritoneo

Estas son, á grandes rasgos, las capas de que consta

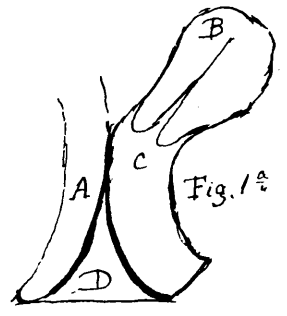
- 16 -

el periné de la mujer. Veamos ahora, aunque someramente lo que se entiende por cuerpo perineal, para podermos dar luego exacta cuenta de las recomposiciones completas é incompletas de que es susceptible, es decir, cuándo una perineorrafia está bien hecha

Se denomina cuerpo perineal á un triángulo formado por las partes ya enumeradas y por los vasos y nervios existentes entre la cara anterior del recto y la posterior de la vagina, que sirve de punto de apoyo á ésta así como á la vejiga, evitando el prolapso de la primera y consecutivamente el del útero. Como la vagina y el recto

se dirigen en la misma direccion y juntos hacia el estrecho inferior de la pelvis y por consiguiente a la region perianal, juntos llegarían a él si el recto no se inclinara hacia el coxis y la vagina un poco hacia adelante para adaptarse a la curva pelviana. Ahora bien, al separarse dejan entre si un espacio que se va agrandando a medida que ambos descienden hasta llegar al periné, formando así un triangulo que esquemáticamente se puede representar en esta forma:

A = recto.
B = útero



C = vagina
D = cuerpo perineal.

y que estará formado por delante por la pared vaginal posterior, por detrás por la pared anterior del recto, por debajo sirviéndole de base, la región perineal y por los lados limitado por tejido graso. Respecto á su vértice, aconsejan los autores ó mejor dicho le asignan á una línea oblicua de abajo arriba y de atrás á delante que partiendo del coxis en su extremidad fuere á parar al ligamento sub-púbiano. De altura mide próximamente unos cuatro centímetros ó sea pulgada y media, y de delante á atrás unos tres cuartos de pulgada. Los músculos que á él van á parar, son el esfínter del ano, el transversal del periné, el bulbo

cavernoso y el esfínter del ano.

Expuesta la anatomía de la región, vamos a dar una ligerísima idea de lo que á la fisiología del periné en general primero, y del cuerpo perineal despues se refiere. El oficio del periné es cerrar la cavidad pelviana por abajo y contener mediante su resistencia los órganos colocados en la hilerá pélvica y también la dislocación hacia abajo de las vísceras existentes en la cavidad abdominal. Durante el parto, sirve para que la cabeza fetal verifique el movimiento de extensión, y al par es una almohadilla para que este movimiento no sea brusco, pues debido á una

elasticidad muy acentuada se va distendiendo á medida que las contracciones uterinas van siendo mayores y que el feto avanza, llegando al maximum en el momento en que la circunferencia sub-occipito-frontal se desprende, retrayéndose despues á medida que la cabeza avanza para quedar casi en las dimensiones primeras. Despues de la expulsion de la cabeza, vuelve á aumentar á la salida de los hombros y disminuye definitivamente despues de la expulsion total del feto. El oficio del cuerpo perineal está reducido á mantener aproximadas las paredes vaginales y evitar los prolapso de las mismas; impide que el recto forme

bolsa hacia adelante y fortalece la parte del suelo de la pelvis que carece de apoyo óseo posterior. Tiene, al igual que el periné de que forma parte, una elasticidad notable, pues, si á una mujer puesta en decúbito dorsal y con el periné intacto, le introducimos un dedo en la vagina, veremos que el cuerpo perineal se apoyará fuertemente contra la pared vaginal superior, y si retiramos el dedo, volverá á ponerse en contacto ambas paredes.

Esperanto, ya, cuanto á Anatomía y Fisiología se refiere bajo el punto de vista que aquí nos interesa, y conforme con lo expuesto en la división que hemos hecho

- 22 -

de este trabajo, paremos a ocuparnos de la Etiología de esta
afeccion

Al empezar el estudio de la Etiología de esta afección, distinguiremos una causa que llamaremos primordial y varias que denominaremos ocasionales. La primera es el parto en un periodo de expulsión, que es cuando se producen tales lesiones, sin importancia notoria unas veces (después tendremos ocasión de demostrar lo contrario) ó ya de tal índole que desde luego reclamen la intervención médica, ó causa de los graves accidentes de que suelen venir acompañadas. Las ocasionales las dividiremos en tres grupos, estudiando en el primero las dependientes

de la madre; en el segundo las del feto y en el tercero las rasgaduras que se originan de mala asistencia durante el parto, ó por intervenciones intempestivas ó mal ejecutadas.

a) = Entre las causas dependientes de la madre, señalaremos como la primera la edad, pues sabido es, que en las primíparas de edad avanzada las rasgaduras se producen con mucha mas facilidad que en las primíparas jóvenes, debido, sin género de duda á la rigidez de los tejidos, pues á medida que los órganos destinados á una determinada función, la verifican mas tarde, es ésta mas pesada y espues-

ta a complicaciones. -25-

Es otra de las causas correspondientes a este grupo, la conformación de los genitales externos, pues sabido es por demás, que la altura perineal no es la misma en todas las mujeres, es decir, que la vulva está, permitáse nos la frase, más alta en unas mujeres que en otras y fácil es suponer que están mucho más expuestas a rasgaduras, mientras más cerca del piñbis se encuentra la abertura vulvar; y así sucede en efecto, siendo en los casos exagerados de esta índole donde se observa el mayor número de rasgaduras centrales, lo cual es ocasionado porque en las mu-

jerres atacadas de este vicio de conformacion, el parto es mas largo, pues el camino que el feto tiene que recorrer lo es igualmente y tiene necesidad de acentuarse el movimiento de estension de la cabeza para llegar al exterior. En las mujeres que han padecido chancros y presentan cicatrices, se dan con mayor frecuencia tambien las rasgadas. Sabido es por desnas, que aunque el chancre sea o no especifico, puede darse en cualquier parte de la vulva, sin embargo, debido a su disposicion particular, es en la horquilla donde tiene asiento, por la razon sencillissima de que esta durante el coito esta distendida y es facil o que

esté escoriada ó que esté afectada de alguna pequeña hendidura, ó tambien de que en el momento de su distension, por efecto de ella misma se hienda, aunque sea imperceptiblemente y ya tenemos la puerta de entrada, y tambien la razon de que sea la horquilla el asiento de los chancros. Pues bien, un chancre cicatrizado, es una causa abonada de rasgadura, porque el tejido indolax ó cicatricial, no se presta á distensiones de ningun género y como el periné tiene que sufrirla al igual que la vulva en el momento de expulsion, antes que distender, rasga y comenzada ya, es punto menos que imposible evitar su continuacion

La infiltración de los tejidos, es otra causa de las comprendidas en este grupo, pues en las mujeres albuminúricas, cardíacas, etc. que presentan algo de anasarca, la rotura es casi inevitable por la menor resistencia de los tejidos.

También debe señalarse como causa, la exageración en la contractibilidad uterina, pues, puede darse el caso, y se dá frecuentemente, que todos los tiempos necesarios para la salida del feto, se sucedan con gran rapidéz y aparte de las lesiones sufridas por el feto con este motivo, y de las del cuello uterino, afecta dicha circunstancia muy directamente al periné, que no ha proclido, por falta de tiempo, dilatarse

todo lo que le es preciso y la rasgadura es inevitable, pues si bien el periné es elástico, necesita tiempo y presión suficiente para ello.

De intento hemos dejado para la última de las causas de este grupo, las deformaciones pelvianas, pues en ellas son casi inevitables las rasgaduras. El cómo se producen, varía según la deformación y por no ser prolijos solo citaremos las principales, que son la llamada pelvis canaliculada de Ribemont-Dersaignes, ó sea la falta de incurvación sacra, y las pelvis oblicuo-ovales. En las primeras, que son ordinariamente pelvis viciadas por el raquitismo, puede ocurrir que salga deflexiona-

da en parte la cabeza y sustituya el diámetro sub-occipito-bregmático por el sub-occipito-frontal, que como es mayor la res-
gadura tiene muchas mas facilidades para llevarse a cabo, ó
bien que tenga que encajarse el feto en el área del estrecho superior, trans-
versalmente (en las muy pronunciadas) por tender a colocar
los diámetros mayores de su extremidad cefálica, en relación con
los mayores de la pelvis que tiene que atravesar, y en los casos en que
el parto es posible en estas condiciones, tiene la cabeza que sa-
lir algo oblicua con relación al eje vulvar, de aquí la prohibi-
ción, mejor dicho, la facilidad de la resgadura.

En las pelvis oblicuo-ovales, sucede otro tanto, es decir, que

como quiera que el eje del canal pelvi-genital, está lateralizado, ya a la derecha, ya a la izquierda, según sea el lado afecto (pues sabemos que consiste esta deformación en falta de desarrollo de una de las aletas del sacro) de aquí que la cabeza fetal se lateralice algo, y no valga el diámetro mayor de su cabeza - sub-occipito-bregmático - en relación con el antero-posterior de la vulva, que es el diámetro mayor de ella, por lo que faltando en algo la acomodación, la vergadura sobreviene como consecuencia lógica.

En las pelvis osteo-malácicas, no es posible dejar sentada nada en concreto, pues claro es que variará según sea la lesión, y únicamente podemos decir que tendiendo a aproximarse las

dos mitades pelvianas, á unirse, el diámetro antero-posterior, que á primera vista parece debía ser mas largo, no lo es, sino que reduce su extension por quedar entre las dos ramas del pubis, una angostura que en algunos casos permite pasar el dedo y en otros es solamente lineal, pero nunca ni la cabeza fetal, ni ninguno de sus órganos, y en el caso en que el parto es posible, la cabeza se lateraliza como sucede en las anteriores variedades de pelvis deformes y la rasgadura sobreviene por las mismas razones que hemos dado al exponer aquellas.

Otra serie de lesiones pelvianas etiológicas determinantes de esta afección, son las pelvis viciadas por lesiones en las ar-

articulaciones pelvianas y entre ellas tenemos la pelvis oblicuo-
oval de Nägele, de la cual ya nos hemos ocupado, y la pelvis
llamada de Robert, ó sea la aplastada transversalmente, de la cual
tanto por su rareza en presentarse como por ser casi imposible
el parto en las mujeres que la tienen, no nos ocupamos de
ellas, para dejar hueco á las últimas, que no son otras si-
no las pelvis viciadas por luxación coxo-femoral congénita,
ya doble, ya de un solo lado y las pelvis coxalgicas. En las pel-
vis luxadas dobles, toda la pelvis se halla en anteversión esa-
gerada y por tanto el área del estrecho superior es casi verti-
cal y por mas que la vulva se encuentre también colocada

muy posteriormente el trabajo tiene que ser mayor y á poco que se dificulte, la rasgadura es la consecuencia. En las luxadas de un solo lado, el parto resulta mas difícil y por tanto mas fácil la rasgadura por la asimetría pélvica y la tendencia á la lateralización de la cabeza. Otro tanto puede decirse de las pelvis coxalgicas, por lo que se refiere al porqué de las rasgaduras.

Noos resta otra clase de deformaciones que sinó recaen en la pelvis, por lo menos la hacen variar de posición y son las desviaciones raquidianas. Puede decirse con Farnier que « toda desviación de la columna vertebral, va generalmente acom-

pañada de una desviación en sentido inverso y fieles a ésta cuando la curvatura de compensación es igual a la original en ese caso queda neutralizada, la columna no varía y la pelvis resulta normal. Pero ocurre con frecuencia que este movimiento de compensación es exagerado y entonces, caemos en el extremo opuesto y si es una Scoliosis, nos dará una pelvis oblicuada y ya sabemos lo que influye en la afección de que nos ocupamos esta deformación: si es una Lordosis, resulta una anteversión exagerada y ocurre algo parecido a las pelvis ligadas dobles y congénitas, y si es Cifosis resultará el aplastamiento o falta de curvatura del pa-

cro de que ya nos hemos ocupado anteriormente.

Préstanos solo, como causas dependientes de la madre, las pelvis viciadas por espondiloliteias en las cuales sucede que el diametro antero-posterior esta' disminuido y la lateralizacion de la cabeza fetal, es el resultado con sus naturales consecuencias.

B) Es puesto ya lo que se refiere a las causas dependientes de la madre, paremos a las que reconocen por causa el feto, las cuales son dependientes o de una mala presentacion (entendiéndose por tal las occipito-posteriores persistentes) el paro de los hombros, o el tamaño exagerado de la extremidad cefálica

ó del feto en totalidad. Examinemos cada una de ellas:

Hay fetos que desde luego exceden de lo normal por su peso y dimensiones, sin que tenga nada de patológico y si bien en las pelvis anchas este mayor desarrollo no afecta en nada al mecanismo del parto, si se mira bajo el punto de vista en que nosotros lo consideramos, no deja de tener importancia, pues claro es que los diámetros han de ser mayores que los corrientes y como generalmente á una pelvis ancha, no por ser de esta índole, el tamaño de la abertura vulvar ha de ser mayor, el efecto se comprende casi sin necesidad de especificarlo, pues á diámetros vulvares corrientes y á diámetros fe-

tales exagerados, la consecuencia es casi segura, ó segura y ha de ser el no poder llevar á cabo el periné la distension necesaria y ceder en mayor ó menor estension, pero ceder al fin y establecerse la rasgadura. Esta es la que pudieramos llamar rasgadura por exceso de volumen fisiológico del feto. Veamos cuales pueden ser las causas patológicas de volumen excesivo y que favorezcan el hecho de la rasgadura.

Tenemos como primera la hidrocefalia, en las cuales, como en nombre indica, la cabeza es la afectá y tanto de este vicio patológico como de los que siguen, se puede para abreviar reducirlos á lo que hemos dicho del feto grande fisiológico.

pero debemos siquiera conocerlas para despues recurrir á ellas cuando del tratamiento profilactico nos ocupemos, y son, á mas ~~del~~ hidrocefalo, el encefalocele congénito, bien sea este propriamente dicho, ó meningo-encefalocele, pues en algunos casos en que son voluminosos resultan como dos cabezas separadas por un pedículo mayor ó menor y que se comunican ó no entre si. Igualmente el hidrotorax y la ascitis son causas etiológicas, pero generalmente no se presentan aisladas, sino que lo que se ve con mas frecuencia es el edema generalizado.

Otra clase de lesiones favorecen la rasgadura por el

misimo mecanismo, si bien se presentan muy rara vez y es la causada ó por retener el feto en la vagina una cantidad de orina considerable, ó por una degeneracion quística de los riñones, pues en uno y otro caso resulta la formacion de una tumoracion grande y por ella la lesion de que nos ocupamos.

Puede el feto presentar otra clase de tumores, como las llamadas inclusiones fetales, pudiendo en general decirse que todas las causas de aumento de volumen fetal, bien sea de un punto determinado — tumoracion, quistes, etc. — bien sea general, favorecen y son causas de rasgaduras porque el periné y el anillo vulvar estan dilatados para el paso de

un determinado tamaño y tienen que aumentarlo para dejar pasar otro mayor y como generalmente están dilatados al maximum, no pueden continuarla y la varicadura se presenta.

Hay una circunstancia que sin ser realmente exceso de volumen fetal, hace el mismo efecto y por tanto la consideramos dentro de ella, cual es la prociencia de una de las extremidades, generalmente las manos, cuando la presentación es de vértice, pues si mas del diametro fetal cefálico, hay que sumar el de la extremidad, resultando un diametro total mayor del que puede normalmente atravesar la vulva di-

latada

Es otra de las causas, el movimiento de flexion en las presentaciones occipito-posteriores persistentes. Rara vez ocurre, que pueda terminarse el parto, por sus solos esfuerzos, cuando un feto en presentacion occipito-posterior, en el momento de llegar el tercer tiempo del parto, ó sea el de la rotacion interna, en vez de hacerlo trayendo el occipucio hacia adelante para convertirse en anterior, lo hace hacia atras y lo lleva á la concavidad del sacro, encajándose entre las espinas ciaticas de donde no sale, y por eso hemos comenzado este párrafo diciendo que rara vez terminan los partos por si solos en las presentaciones occipi-

to-posteriores persistentes; pero como se han dado algunos casos, se considera posible y se colocan todavia á estas presentaciones entre las entóxicas, hecho que á nuestro juicio no debia ser así, pues, estas posiciones son francamente distóxicas, mas no es esta ocasion, ni nos consideramos con autoridad suficiente para intentar sacarlas del lugar en que tantos eminentes toxicólogos las han colocado. Deciamos, y perdoneremos esta digresion, que podian darse partos espontaneos con tales posiciones y como en ellas el movimiento de extension ha sido substituido por el de flexion, fijan la frente en vez del occipucio debajo de los pubis; esto, á primera vista no parece alterar en nada el fin, pues ambos mo-

movimientos tienen por objeto recorrer el periné de atrás a delante, y con tal que esto se verifique las rasgaduras no se producirían; pero, si examinamos la cuestión con algún más detenimiento, veremos que el movimiento de flexión en estas condiciones apenas tiene lugar por estar ya flexionado de antemano y no poder seguir por apoyar el mentón al plano external y ya en estas condiciones no puede deslizarse por el suelo perineal, como una varilla flexible, que se acomoda al canal vaginal, sino que se presenta una varilla rígida e inflexible que ejerce sus presiones sobre el periné y la consecuencia es la rotura.

Solo nos queda por examinar con relación al feto, el

paso de los hombros, y para abreviar diremos que salvo los casos de mayor volumen que ya hemos analizado, los hombros producen rasgaduras cuando el movimiento de rotación de ellos y externo de la cabeza no se producen, ó se producen mal ó incompletamente. En efecto, ocurre muchas veces que por causa de una gran energía en las contracciones del útero, salgan casi á la par el polo cefálico y el tronco, y en este caso, el diámetro bis-acromial que debe ponerse en relación con el antero-posterior de la vulva, no lo hace y saldrán los hombros al exterior en relación con uno de los diámetros oblicuos, y de aquí la necesaria rotura. Otras

veces, a pesar de llevarse á cabo el movimiento de rotación interna de los hombros, éstos se presentan á la vez en la hendidura vulvar y uno de los dirige convenientemente saldrán los dos á un tiempo con grave detrimento del periné que se rasgará indefectiblemente.

D) = Estas son las causas etiológicas que se refieren al feto; pasemos al tercer grupo para ocuparnos de las causas dependientes de una mala asistencia al parto.

Señalaremos entre éstas como la primera, una de que ya nos hemos ocupado en otro lugar, si bien consideramos el caso bajo distinto punto de vista, enal es, el no fa -

favorecer la salida de los hombros, siempre que éstos se presenten juntos en el momento de su expulsión. Igualmente la favorecen el no detener ó aminorar el exceso de contracciones uterinas, como el no enudear la cabeza, de lo cual ya tendremos ocasión de ocuparnos, al hablar del tratamiento profiláctico, ocupándonos preferentemente en esta sección del uso de cuidado del forceps y de la introducción demeriado pronta de la mano en la vagina en los casos de versión por maniobras internas ó combinadas.

Con el forceps, en efecto, debe tenerse proholigo cui-

dado, pues ocurre con frecuencia que por atender á su colocación se olvida la dirección que debe imprimirse á las tracciones en el momento de hacer uso de este instrumento, como de la fuerza y sobre todo de la velocidad con que estas deben ejecutarse y la rargadura viene á resultar consecuencia necesaria

Con respecto al forceps y su empleo, se ha suscitado desde antiguo una cuestión, que como no es de este lugar no entraremos á dilucidar, pero que conviene decir algo de ella, pues influye, al parecer, en las rargaduras, y es esta cuestión, si se debe tener aplicado el forceps hasta que

esté la cabeza al exterior, o no; es decir, si debe dejarse que la naturaleza termine el parto por sus solos esfuerzos, o debemos, una vez aplicado el instrumento, hacer con él la extracción total. Los que sostienen lo primero, se fundan en que si al diámetro de la cabeza fetal hay que añadir el tamaño del grueso de las ramas del instrumento, con esta operación favoreceremos la rasgadura. Ya hemos dicho que no es éste lugar de tratar este asunto, pero creemos que es una cuestión que no se puede resolver en conjunto y de una manera general, sino que en cada caso será conveniente una manera u otra de proceder. Esto

por lo que se refiere al uso del forceps; por lo que hace á la vulva, solo debemos decir que siempre que ésta no haya sido regular y metódica su dilatacion y se haya procedido de una manera gradual, nos encontraremos con casos de rasgaduras, mayores ó menores, pero siempre seremos llamados á intervenir. Estas son las principales causas por defecto de asistencia en las mugeres en ferómenos tan importante como es el parto, y cuando tratemos del tratamiento profiláctico indicaremos las reglas que nos parece deben seguirse

Queda para terminar con lo que á Stilogia se re-

fiere, otra serie de causas que no dependen únicamente de lesiones causadas por caídas o golpes, pero éstas o más de ser excesivamente raras, siempre van acompañadas de otra índole de lesiones, que reclaman no solo el tratamiento de esta afección, y caben más bien bajo el dominio de la cirugía general

Podemos ocuparnos en esta tercera parte del estudio de las rasgaduras propiamente dichas y de su pronóstico, así como de los accidentes a que puede dar lugar por sola su existencia y ante todo debemos y tenemos necesidad de dividir las rasgaduras, bajo este punto de vista en completas e incompletas.

Comenzaremos indicándole que es creencia generalmente admitida que el himen se rasga y destruye al primer contacto usual y dicho así resulta cierto; pero lo que no lo es menos, es que ni en las primeras relaciones

sexuales, ni despues, el himen se rompe completamente, es decir, que queda siempre un resto de esta membrana, que se destruye en el momento del primer parto; á esta rasgadura es á la que el célebre Matthews-Duncan llama "rasgadura inevitable," y esto mismo afirman otros muchos prácticos, entre ellos Budin al señalar (1) que la destrucción de la membrana no es producida mas que por el parto. Estas rasgaduras inevitables ó rasgaduras del himen, tienen distinto asiento, pudiendo presentarse en

(1) Budin = Semana Médica = Año 1892.

todo el borde libre de él, pero donde generalmente se dan es en elrafe medio posterior, es decir, al nivel de la horquilla de la vulva; y la frecuencia de que sea en este sitio, se puede explicar por dos razones: primera, porque, como hemos dicho que el paso del feto es una, quizás la mas frecuente y casi única causa, y el feto, segun todos sabemos al pasar por el orificio vaginal lo distiende en totalidad, pero que no sucede igual al pasar por el vulvar, más que de este anillo solo distiende el segmento inferior, pues por cima del meato urinario se hace una distension ligerísima, de aqui que tengamos explicado el porqué de las rasgaduras es casi de ordinario

en la parte posterior de la vulva

Supuesta esta razon, no debian darse con mas frecuencia en la línea media, sino por igual en las partes laterales, pero, si apelamos á la segunda razon, facilmente nos convencemos de que el hecho es cierto; pues, como la horquilla de la vulva forma un ángulo muy agudo, despues de la rotura primera, ó del primer contacto sexual, alli es donde conserva la mayor altura, aparte de que el ángulo de la horquilla se hace por la distension, mas abierto y el resto del himen que no puede seguirlo en la distension, tiene que romperse por la línea media. Ahora bien: curan -

do un círculo ó anillo se distiende y amenaza romperse, lo hace siempre por donde ya la rotura está iniciada y esto explica también la frecuencia de las rasgaduras perineales propiamente dichas en la parte posterior y línea media partiendo de la horquilla

Existen, pues, rasgaduras perineales en diferentes sentidos; unas llevan su dirección hacia las partes laterales interesando los pequeños y grandes labios; otras las más frecuentes, la línea media y por último existe otra clase que se denominan roturas centrales, que pueden tener muy distintas direcciones, pero que están caracterizadas

por no partir de la vulva, es decir, romper el perineo dejando un puente de reparación entre la horquilla y la desgarradura. Examinemos cada una de estas variedades:

5^a = Las vargaduras laterales ó lateralizadas, de otros, son las menos frecuentes y obedecen desde luego á una rotura anterior de los restos de la membrana himen en este sentido. Pueden interesar los pequeños y los grandes labios y algunas llegan á interesar el bulbo de la uretra ó llegar hasta el clitoris, pero son excesivamente raras por lo que creemos no es necesario detenernos en ellas para hacer lo que en las que siguen que son las centrales, estudiándose en

llas las dos variedades que hemos dicho anteriormente o sea las incompletas y las completas.

2.º = Las ragaduras centrales son las que por su frecuencia son llamados los prácticos a corregir y reconocen la misma causa que las laterales; la existencia de una rotura en el himen

a) = Se llama desde muy antiguo ragadura perineal incompleta, la que no interesa el esfínter del ano, sino sólo la horquilla; como esta definición encaja perfectamente y expresa muy bien el concepto, de aquí que ha sido universalmente aceptada y con este nombre se denomina.

No siempre las desgarraduras de esta clase son iguales, sino que pueden ser mayores ó menores, é interesar por tanto tejidos mas ó menos distantes del cuello vulvar y pueden ocurrir, desde una ligera rotura que no afecta mas que á la horquilla, hasta una tan grande que llegue al esfínter anal, pero sin interesarlo y por tanto, habrán sufrido lesión la piel, el tejido celular, la fascia superficial, el constrictor de la vagina, la hoja superficial de la aponeurosis perineal, el músculo transverso del perineo y la hoja media de dicha aponeurosis, siendo raras las veces que la hoja profunda ó subperitoneal

está afectá. Hemos dicho, y no es preciso repetirlo que no han de afectar necesariamente esta clase de desgarraduras á todos los órganos enumerados, sino que á medida que la lesión es mayor, así lo seran también los destrozos causados. Cuando tratemos del pronóstico veremos cómo se le han dado por algunos muy poca importancia á este género de lesiones; mas anticipemos ahora que toda rotura es peligrosa é incómoda por ser el cuerpo perineal afecto el principal sostén de los órganos de esta región.

b.) = Cuando la desgarradura no se limita á lo que llamamos dicho, é invade órganos mas distantes, entonces

la rasgadura se denomina completa y puede definirse diciendo que es, aquella que interesa el esfínter anal, y entre las tales se pueden citar dos variedades: primera la que interesa todo el cuerpo perineal, mas el esfínter anal, pero sin afectar á la pared rectal, y segunda, la que presenta estas mismas lesiones mas la pared rectal en mayor ó menor estension. Estas son desde luego mas raras, pero fácil es comprender que son muchísimo mas molestas y graves. Fácil es conocer y separar una de otra estas dos clases de rasgaduras, pues por la inspeccion lo apreciamos y mejor aun por la variedad de síntomas desarrollados por una

y otras es bien fácil diagnosticarlas. En efecto; en las roturas completas el intestino y la vagina forman una sola abertura, una verdadera cloaca por donde la sangre, procedente de las reglas, se escapa juntamente con los excrementos y los gases intestinales imposibles de retener por la falta del esfínter anal, mientras que en las primeras, ó sea en las incompletas las enfermas no reclaman la asistencia facultativa, sino cuando la rasgadura es asiento de inflamaciones, cuando hay un prolapso consecutivo, ó finalmente, cuando es imposible la realización completa y perfecta del acto genésico. Si dejamos abandonadas estas enfermas á los solos esfuerzos de

la Naturaleza, ocurre ordinariamente que en las incompletas, o se formará un tejido induror o cicatricial que obturará definitivamente la lesión y que curará mas tarde en partes sucesivos asientos de nuevas rasgaduras por su falta de elasticidad, o que cicatrizará dejando deformada y abierta la entrada de la vagina y predispondrá a multiples afecciones, como diremos mas tarde; y en las completas que continuará el esfínter dividido y en el caso mas afortunado, es decir, en el caso en que la pared rectal se suelde, siempre lo hará mal e incompletamente y tendremos establecida una fístula recto-vaginal, con todas las molestias y necesi-

dades de operacion de este género de lesiones.

3 = La otra clase de rasgaduras que se denominan centrales, y que ya hemos definido diciendo que son las que no tienen punto de union con la vulva y por tanto no arrancan de ella, son menos frecuentes que las que hemos estudiado hasta aqui y reconocen por causa generalmente a aquellos casos de que hablamos al tratar de la etiología, en los que las mujeres presentaban un periné grande, es decir, en las que la abertura vulvar era muy alta. Tambien puede producir las la presencia de una parte fetal — manos, antebrazos, etc. — y tanto en uno como en otro caso, no

se distiende el periné por igual, más que se verifica en una zona limitada y la rasgadura tendrá lugar por no poder resistir el periné, por ser poca la cantidad de él que se distiende

Estas rasgaduras pueden tener lugar bien de dentro á fuera y se ve adelgazar progresivamente la pared hasta que solo cubre á la parte fetal la piel, la cual cede también y queda constituida definitivamente la lesión, bien de fuera á dentro y en este caso es la piel la primera que se rasga. Tanto en uno como en otro caso, es raro que la rasgadura se prolongue hacia atrás y en caso necesa-

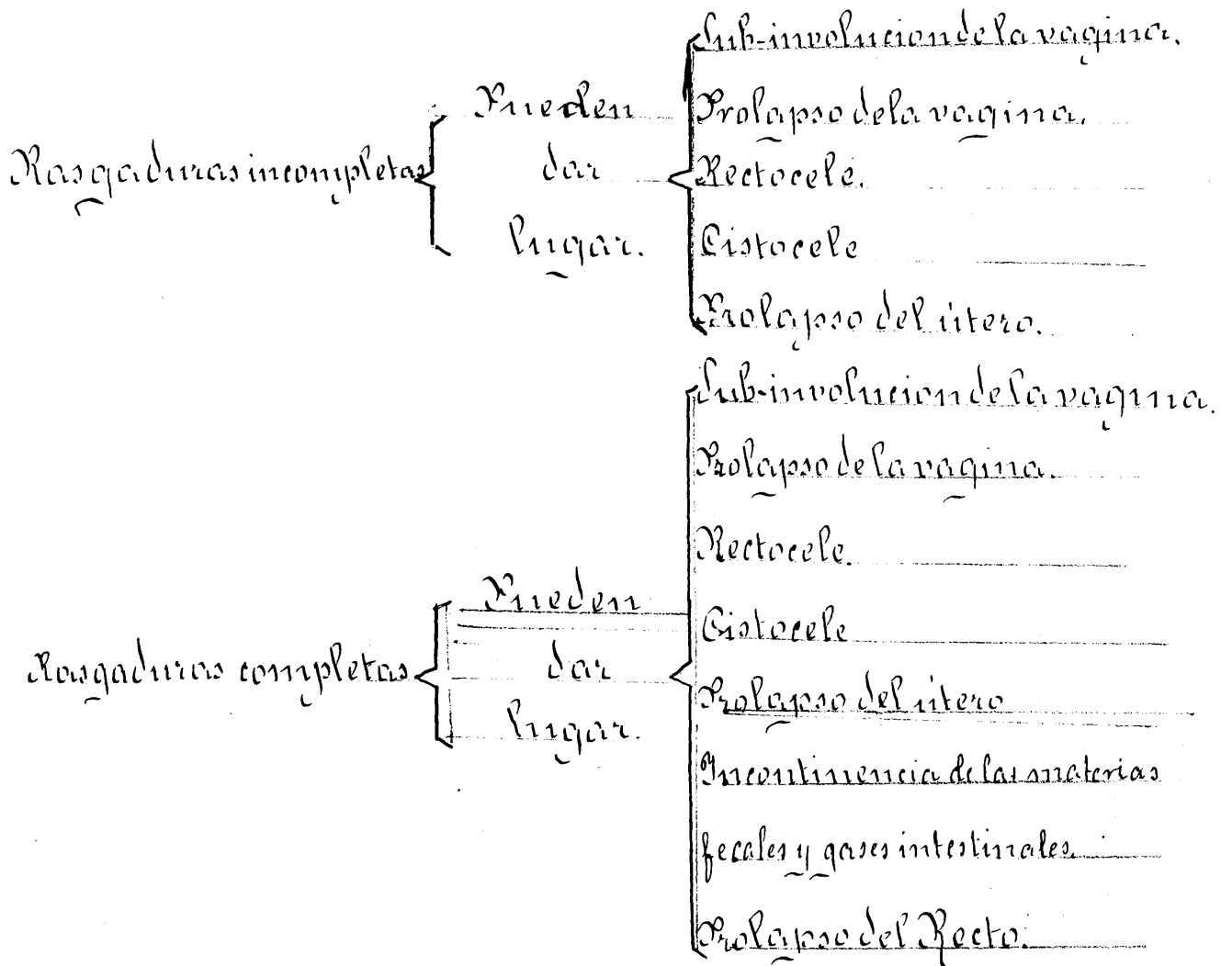
no podemos recurrir hasta la separación del puente entre la horquilla y la desgarradura. Esta lesión, al parecer es enorme, pero, se observa que únicamente en las que el feto ha salido a través de ellas, son las difíciles de cicatrizar espontáneamente, porque siempre se mortifican algo los bordes y la reunión no es todo lo perfecta que debiera ser, quedando fistulas perineales por las cuales pasan los productos de secreción vaginales y uterinos; en las que no sucede esto la cicatrización es mas rápida y fácil. Respecto a la dirección de la herida es difícil determinarla, pues mientras en unas son casi verticales, otras lo son casi horizontales e igual podemos de-

cia de su estension

El pronóstico de las rasgaduras es distinto segun de las que se trate. Si es solamente la himeneal, ni la paciente, ni probablemente el que la assiste se daran cuenta de ella y por tanto su pronóstico es inofensivo; en las que solo son incompletas, su pronóstico es mas ó menos grave, segun sea el grado de la lesion, pues en las que solo es la piel la rasgada sin que el esfinter vaginal esté lesionado, el pronóstico es casi el mismo, es decir, muy benigno; en las que este esfinter está lesionado y en general en todos los casos en que el cuerpo perineal haya sido invadido, el pro-

noticio sin ser grave es por lo menos reservado, pues veremos muy pronto las afecciones á que puede dar lugar; y respecto á las completas, fácil es determinarlas, pues las lesiones son de tal índole que hacen á las enfermas serles casi incompatibles la vida con la afección. En las centrales, ya al ocuparnos de ellas hemos tenido ocasion de exponerlas, por lo que no creemos necesaria su repetición.

Nos queda solamente ocuparnos en esta parte de los accidentes que pueden originarse como consecuencia de las rasgas duras y los cuales especificaremos en el siguiente cuadro que los pone de manifiesto con bastante claridad:



Examinemos cada una de estas lesiones y el mecanismo de su producción:

Lo que hemos dicho al tratar de la fisiología del cuerpo perineal, tiene aquí su aplicación, pues las rasgaduras del mismo pueden dar lugar entre otras infecciones a la sub-involución de la vagina. Es indudable que la vagina, en los últimos períodos de la gestación, se prepara, permitárenos la frase, para sufrir una distensión grande durante el paso del feto; tiene pues, que verificar después, al igual que el útero un trabajo de regresión ó involución en parte ayudado por el cuerpo perineal que tiende como y hemos

dicho á la aproximación de las dos paredes vaginales, y resultará que, si este refuerzo ha perdido su elasticidad, la sub-
involución vaginal será un hecho. A mas de lo expuesto, si
nos fijamos en lo dicho por Savage, al exponer la naturale-
za de las fibras musculares vaginales « Las paredes muscu-
lares de la vagina no son reparables en zonas ó capas. Los dos
tercios del espesor de la vagina, variando de dos tercios en li-
nea por arriba, á cinco sextos por abajo, se hallan constitui-
dos de este tejido muscular, consistiendo el tercio interno en
una túnica de membrana celular densa que le está unida
inseparablemente» y en lo expuesto por el Dr Gaillard Thomas

cuando afirma que la coexistencia de ambas afecciones, rasgadura y sub-involucion son causas mas que suficientes puesto que « los elementos elásticos contractiles de este canal son en lo tocante á la estructura idénticos á la fibra » y que por consiguiente « experimentan igualmente una metamorfosis retrógrada despues del parto y así como este proceso es impedido frecuentemente por la rasgadura del cuello, así también lo es en la vagina por la rasgadura del perinió », nos convenceremos de que la sub-involucion se presenta, ó se puede presentar en los casos de rasgaduras totales ó parciales, ó sean completas ó incom-

pletas. Verificada la sub-involucion y siguiendo obrando la causa, el prolapso de la vagina no tardará en presentarse, pues siendo mayores, valga la frase, las paredes vaginales, el peso de los órganos pelvianos gravitando sobre ellas y disminuida la resistencia por otra parte, se plegará mas de lo normal y sobresaldrá por la abertura vulvar. Una vez llegado á este extremo, no tardaran en presentarse ó el citocelo ó el rectocelo, lesiones constituidas como ya sabemos por el descenso hacia la vagina, y proyeccion por su abertura anterior formando verdaderas hernias, bien de la vejiga urinaria, bien del recto.

cuyo mecanismo es fácil de comprender, por lo que no insistimos, pues serian repeticiones enojosas que harian interminable este trabajo

Igual pudieramos decir del prolapso uterino, que sigue á ésto como consecuencia, pues en los casos en que el cistócele ó el rectócele no se han presentado, lo que veremos asomar á traves de la vulva es el cuello uterino, debido á las mismas causas que no vacilamos en repetir, pues son la base de todo este mecanismo, á saber, mayor presión dentro de la cavidad abdominal y sobre todo menor resistencia en el suelo perineal, á consecuencia de la lesión.

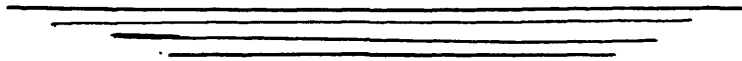
Estos son los principales accidentes á que puede dar lugar una rotura incompleta; pero esto no quiere decir que siempre que una rotura se dé han de venir tales trastornos, pues se observan casos en los que las mujeres tienen rasgaduras estensas, sin ninguno de estos accidentes y en este estado se llevan largos años, mas pueden sobrevenir en un momento determinado, es decir, que mujer que presenta una rasgadura, se encuentra siempre amenazada de dichos trastornos, de cuyo tratamiento no nos ocupamos por no ser de la índole de este trabajo.

Los accidentes á que pueden dar lugar las rasga-

duras totales ó completas, son á mas de todos los enumerados, la incontinencia de las materias fecales y gases intestinales, afeccion. quizas y sin quizas, la mas molesta de todas las que las vargas duras pueden dar lugar, pues llegan en algunos casos estas pobres mujeres á ser objeto de diversion hasta de sus mismas compañeras y frecuentemente de sus maridos, por lo que acuden para que se les remedie tamaño mal, pues en tal situacion es imposible la vida. Quédanos solo por señalar el prolapso del recto, sobre el cual creemos tambien innecesario insistir, pues reconoce las mismas causas y el meca-

- 77 -

misma de su producción es idéntico del del prolapso vagi-
nal y uterino



1880

Expuesto ya, cuanto á las rasgaduras se refiere, nos queda solamente ocuparnos del tratamiento y conformes con el plan trazado, hablaremos en esta parte del profiláctico, tan importante quizás como el curativo y mucho menos sabido, pues los que ordinariamente se dedican á la asistencia de partos — causa primordial de la lesión — no tienen el debido cuidado en este punto.

Examinémoslo, pues, bajo el mismo aspecto que hemos estudiado la etiología y por separado daremos el tratamiento profiláctico de cada causa.

de rasgadura, uniendo entre ellas la procedente del perineo grande y por consiguiente la vulva muy cerca de la sínfisis pubiana. En presencia de mujeres en estas condiciones, debemos favorecer el movimiento de extensión de la cabeza fetal, y procurar de este modo que no se distienda una parte sola para evitar las rasgaduras centrales. Cuando hayamos conseguido esto, y esté el feto en la abertura vulvar, se tendrán bien en cuenta las precauciones que ya tendremos ocasión de exponer al tratar de la enucleación parietal, tan importante y que tan buenos resultados proporciona.

Si somos llamados con anterioridad al parto, procuraremos evitar, por los medios conocidos de todos el edema vulvar; y esta afirmacion nos induce a decir algo de asunto tan capital como es la exageracion en la contractibilidad uterina. Los no habituados á la asistencia de partos, creen beneficiar la paciente y procuran por ello mismo la mayor rapidez posible, sin comprender lo perjudicial que esta práctica es para la madre y para el feto. No nos causaremos nunca de repetir que en los partos con exageracion de la contractibilidad uterina, se procure mitigar ésta y hacer retardar en lo

posible esta función. Los medios de que debemos valer nos son los medicamentos que moderan estas contracciones, como la morfina, el cloral y en caso preciso recurrir al cloroformo en dosis analgésicas; y si todo esto no fuese bastante y la vulva no estuviese dilatada lo suficiente y viésemos aparecer una parte fetal, no vacilar un instante en impedir su salida aplicando de lleno la mano sobre la vulva y apretando hacia adentro al par que las contracciones lo hacen en sentido contrario, para contrarrestar su efecto; cuando la contracción cese, debe cesar la presión pero dejando aplicada la mano para prevenir la

sucesiva. Por este sencillo mecanismo, la vulva y el periné sufriran la conveniente dilatacion y la rasgadura no se presentará. Este procedimiento, exagerado al parecer, proporciona excelentes resultados prácticos aplicado con la pericia y costumbre necesarias, y no nos causaremos nunca de aconsejarlo á cuantos á este ramo de la Ciencias Médicas se dediquen.

En los casos de pelvis viciadas por el raquitismo, el tratamiento profiláctico debe variar segun la lesion, pues en aquellas en que se deflexiona la cabeza, se debe procurar por todos los medios que á nuestro al-

cance, estén volver las cosas á su debido lugar y favorecer de nuevo la presentación del diametro sub-occipito-bregmático como diametro apropiado para que la sagadura tenga menos probabilidades de presentarse, mientras que en aquellas en que la cabeza se lateraliza y tiende á salir en la direccion de uno de los diametros oblicuos, procurar completar el movimiento de rotacion uterina

De lo dicho se deduce claramente que tanto en estas deformaciones pelvianas como en las que vamos á indicar, estas reglas seran aplicables en tanto en

cuanto la deformacion lo permita, pues con estos casos verdaderos compromisos en los que se colocan las enfermas, compromisos de tal entidad, que si la deformacion es compatible con el parto de término, lo que menos se deben preocupar los prácticos es de que pueda ó no haber rasgaduras, máxime cuando ésta es en muchas ocasiones inevitable; por es obligacion de todo el que á este ramo de la Medicina se dedica, evitar cuantas rasgaduras se puedan, promuevendo en práctica los medios aconsejados que bastantes tenemos con las que por imprevision ó por ser inevitables se nos presentan. En general podemos decir que

to de este punto que en las pelvis con vicios de conformacion lo que ordinariamente afecta al perine' son los casos de lateralizacion y en estos ya hemos dicho la conducta que debe seguirse al encontrarlos en presencia de ellos.

En aquellos que hemos señalado como por exceso de volumen del feto, ya sea este volumen fisiológico o patológico, debemos proceder al empleo de forceps, pues generalmente tales fetos no llegan á encajarse y es precisa su extraccion, por lo cual, en lo que á él se refiere podemos referirnos á lo que hemos dicho con respecto á ello; mas debemos también exponer aqui, que en los casos en que el feto

encaje y verifique todos los tiempos y movimientos necesarios para su salida, a pesar de su volumen mayor, al llega á la salida de la cabeza, debe vigilarse atentamente el perini y dado caso que su sangadura sea inevitable y no den resultado los procedimientos menos cruentos, apelar hasta las incisiones laterales, de que ya nos ocuparemos al final de esta parte. En los casos en que el exceso sea patológico procederemos de la forma indicada con tal de que el feto esté vivo y cuando nos cercivemos que ha dejado de existir, entonces no vacilaremos en la aplicacion del cefalotribo, ó de recurrir á las operaciones mutilantes sobre el feto, para

evitar ya el escollo de las rasgaduras ya otra clase de operaciones mas comprometidas.

Lo mismo que dijimos respecto al exceso de volumen de la cabeza, debemos decir por lo que se refiere al hidrotorax, la ascitis, retenciones urinarias, tumores quísticos de los riñones, tumores de otra índole, etc. y de los cuales hicimos ya mención al tratar de la etiología. Dijimos tambien entonces, que la precidencia de una de las partes fetales era circunstancia etiológica; pues bien, cuando nos encontremos llamados á resolver en un caso de esta naturaleza, no debemos vacilar en procurar

reducirla por todos los medios que á nuestro alcance estén y volver de nuevo la parte procedente dentro de los genitales maternos. Claro es que esta regla será de aplicación en casos especiales, pues cuando la procedencia sea del cordón, debemos hacerlo, pero no por la razón de evitar la rasgadura, sino bajo otro punto de vista, del cual no nos debemos ocupar. Si la procedencia es de los miembros superiores, en las presentaciones de vértice, cae de lleno en la regla indicada, pero si la presentación es de malgas, aun cuando no se llame el retardo de las extremidades en el momento de la expulsión de la ca-

bera prociencia, suó retención, como hace el mismo efecto, al considerarlo bajo este punto de vista en la presente sección lo citamos, aconsejando hacer todo lo contrario, es decir, procurar su extracción siguiendo las reglas para ello dadas y que no son de este lugar.

En las presentaciones occipito-posteriores perisistentes, en los pocos casos en que el parto es posible, no debemos hacer nada sobre el feto, pues el movimiento de flexión, en sustitución del de extensión, no se puede exagerar por tener el mentón aplicado al plano esternal y en este caso nos contentaremos con procurar que la lesión sea lo más

pequeña posible, ó recurrir al procedimiento de los cortes laterales.

Otra circunstancia que debe temerse en cuenta es la salida de los hombros, en cuyos casos si una atenta vigilancia nos descubre que el movimiento de rotación externa de la cabeza va á faltar, no permitiremos la salida al exterior de dicho feto, sin que este movimiento se realice y procurar por este medio evitar la lateralización de los hombros; y en los casos en que estando ambos en la línea media, por exceso de contracción ó por otra causa cualquiera, traten de salir violentamente y al mismo tiempo, evitarlo volviendo-

nos para ello de la inmovilización del hombro anterior y no permitiendo que éste salga mientras el posterior no esté completamente fuera, práctica muy recomendable y que frecuentemente se olvida en el momento oportuno.

Frente a la aplicación del fórceps bajo el punto de vista de las rasgaduras nos bastará con recordar: 1.º que deben hacerse siempre las tracciones en el sentido del eje pelvi-genital, y 2.º — y esto es lo más capital, como dice muy acertadamente Bibemont-Dessaignes — "las tracciones deben ser muy lentas: cualquiera que sea la lentitud con que se opere se va siempre más deprisa que la naturaleza"

consejo que no nos causaremos nunca de repetir, pues en nuestro concepto es el punto capital de las aplicaciones de este instrumento.

Exponiendo ya, en terminos generales los principales casos de rasgaduras y cómo se evitan, daremos de una manera general unas cuantas reglas de protección al periné con lo que daremos por terminado lo que al tratamiento profiláctico atañe. Es práctica corriente y por desgracia inútil tratar de evitar la rotura perineal con lo que se conoce en la práctica con la frase sostener el periné. Decimos que por desgracia es inútil porque se limitan en

ella á comprimir, no sostener dicha región anatómica, con lo que consiguen el impedir la distension natural y además no evitan la rasgadura. No queremos decir con esto que no se deba trazar, sino que no se olvide que por este procedimiento lo único que se consigue es darle al periné un punto de apoyo para que su distension no sea en un solo punto, ó en una pequeña estension, sino por igual y entre en juego el periné totalmente; este es nuestro modo de sentir, es el papel que debe asignarse á tal procedimiento, pues, si lo vemos amenazado de rotura, lo que debemos hacer no es comprimir el periné sino comprimir

la parte fetal presentada, como ya hemos ~~tenido~~ ocasion de decir. Por arriesgado que pueda parecer este método lo es ~~menos~~ contentarse con fijarse la ilusion de que se protege.

Debemos evitar, deciamos, que salga la cabeza, cuando el periné este amenazado y al par verificar dos movimientos muy necesarios y bastante fáciles de llevar a cabo, la enucleacion de la cabeza, y el movimiento de extension de la misma. El primero consiste en evitar que las dos eminencias parietales salgan al mismo tiempo. En efecto, sabemos que el diametro bi-parietal del feto mide nueve centímetros y medio, y

que el bi-temporal solo mide ocho; pues bien, lo que tratamos de hacer con esta práctica es sustituir el diametro bi-parietal (0.095) por su diametro temporo-parietal (0.08) y para ello favoreceremos si está ya algo pronunciado, ó llevaremos á efecto en caso contrario el asinditismo de la cabeza fetal. Para ello, en el momento en que vamos á aparecer las dos eminencias parietales impediremos la salida de una de ellas y favoreceremos la de la otra, haciendo una verdadera enucleacion; una vez conseguido esto, tendremos la cabeza por su diametro temporo-sagital en relacion con el transversal de la vul-

va; llegado este momento dejaremos salir la otra eminencia parietal y tendremos entonces en relacion con el transversal de la vulva, el temporo-parietal, diametro mas pequeño y facil es comprender lo beneficioso de esta práctica. El segundo movimiento que deciamos es, una vez terminado el primero, favorecer el movimiento de extension de la cabeza, para lo cual debe aplicarse la mano directamente sobre la cabeza apoyando el antebrazo sobre la sínfisis pubiana y en esta posicion, al par que el movimiento de extension de la mano se lleva a efecto el de la cabeza fetal. Claro se está que tal operacion sera en

los casos de presentaciones de vértice, pues en los demás huelgan estas indicaciones.

Hay otra práctica, debida al célebre tocólogo Ritgen, que consiste en introducir un dedo en el recto y favorecer, empujando con él, el movimiento de flexión de la cabeza fetal; pero tal proceder no es recomendable por conturbar la pared rectal y además por ensuciar las manos del tocólogo, cosa tan importante en este período, pues de la asepsia ó sepsia del mismo dependen el número de complicaciones puerperales que en muchas ocasiones terminan con la vida de la enferma.

Otra práctica de la que se ha abusado no poco y sin necesidad alguna, si bien en las circunstancias en que está indicada produce excelentes resultados, es llevar á cabo las denominadas incisiones laterales. Su objeto es evitar que el ano pueda sufrir lesión, y solo está indicada en el caso en que los demás procedimientos hayan fracasado y entonces, seguros de que después de haberlo puesto en práctica no conseguiremos librar al periné de una raspadura mayor ó menor. Claro, que siendo su objeto poner á salvo el esfínter, el ano y el cuerpo perineal, no han de hacerse tales incisiones en sentido antero-posterior,

pues favoreceríamos con ello precisamente lo que trata-
mos de evitar. Deben, por tanto, ser laterales, es decir, que par-
tiendo de la línea media vagan hacia las partes laterales y
posteriores, profundizando mas o menos según las ne-
cesidades en cada caso. Decimos que no deben ser perfectá-
mente horizontales, para evitar la lesión de las arterias pe-
rineales superficiales; deben, pues, llevar una dirección
oblicua de arriba á abajo y de delante á atrás.

El procedimiento para llevarlas á cabo, el me-
jor de los empleados es el descrito por Farnier cuando
aconseja que con una tijera bien limpia se deslice de

plano una de sus ramas entre la cabeza fetal y el perineo quedando la otra rama fuera, debiendo introducirla tanto como vaya á ser la profundidad de las incisiones; hecho esto, deben tenerse en cuenta dos preceptos importantísimos, cuales son, el que el corte sea durante una contracción uterina, y que se practique de un solo golpe. Esta pequeña operación salva muchas roturas perineales y es recomendable en los casos dichos á condición de hacer la sutura inmediatamente despues de haber espulsado la mujer el feto y sus anejos

Solo nos queda recordar la necesidad y la

conveniencia de la vacuidad de la vagina y el recto en el momento del parto, pues influye de una manera decisiva, habiendo ya con esto dicho lo mas importante para proteger el periné y con ello haber cumplidamente llenado lo que al tratamiento profiláctico atañe, objeto de esta parte del presente trabajo.

Podemos ocuparnos en esta parte del tratamiento curativo y para mayor claridad lo dividiremos en inmediato, o sea aquel en que la reconposición perineal se hace inmediatamente después de la rotura, y tardío en el que se espera la regresión de los genitales, o aquellos casos que se operan después de pasado un tiempo más o menos largo. Nos ocuparemos de ambos, por el orden enumerado, dejando para después otro tratamiento que pudiéramos llamar intermedio y que consiste en esperar algunos días después

de la lesion para recomponer el periné'

Antes de pasar adelante diremos cuatro palabras acerca de la discusion suscitada hace mucho tiempo y todavia no resuelta para todos, cuales, si se debe hacer la operacion inmediatamente despues del accidente ó por el contrario esperar algun tiempo; mas breve, si la operacion ha de ser inmediata ó tardia. Expondremos brevemente las ventajas é inconvenientes de cada una de ellas segun los respectivos defensores.

Al frente de los primeros, ó sea de la inmediata, figuran nombres tan respetables como los de Ba-

ker, Brown, Demarquay, Scanzoni, Simon y otros no menos notables; fundan su acerto en que la operación ha de ser mas fácil puesto que no es preciso el primer tiempo de ella, esto es, el avivamiento de los bordes y ademas porque sucede de ordinario que se dan estas vargas en partos en los que hay necesidad de intervenir y en los cuales generalmente las enfermas estan cloroformizadas y no debe dejarse pasar esta ocasion; y en los casos en que la mujer no está bajo la accion del anestésico, como la distension que precede á la ruptura produce en general la insensibilidad de los tegidos, el paso de la aguja

no produce dolor. Contra estas ventajas se han alzado entre otros Broux y Velpeau, señalando como ineficaz esta operacion, primero por el estado irregular de las partes, y sabido es, que es tanto mas difícil que una sutura tenga resultado, cuanto mas irregulares sean las superficies de adaptacion; segundo por el flujo loquial, que ordinariamente es séptico y cuando no lo es, su sola presencia basta para evitar la cicatrizacion; y tercero por el paso de la orina, que produce el mismo efecto. Pero todos estos inconvenientes quedan, sino destruidos al menos muy debilitados al considerar que los bordes se

pueden regularizar por medio de la tigura, que el flujo lo-
quial se evita que se ponga en contacto con la superficie,
viva haciendo que la enferma adopte un decubito ade-
cuado y que el paso de la orina se evita con el empleo de
la sonda.

En vista de tan encontrados pareceres, nos parece
deber aconsejar que las circunstancias señalaren el tiem-
po de operar, pero que siempre que se pueda debe hacerse
inmediatamente en las raras que no interesen el
esfinter del ano, es decir, en las incompletas, pues en las
completas, como la operacion es esencialmente delicada.

da, debe esperarse á que todo vuelva á su estado normal, valga la frase; es decir, á que la involucion sea completa. Hay circunstancias, es verdad, en las que la sutura inmediata es inutil, como por ejemplo, en los casos de anasarca, pero son los menos y por eso decimos autoritariamente que "siempre que sea posible"

Volviendo al objeto determinado y concreto de esta parte, estudiemos los puntos siguientes: 1.º Restauracion de las heridas incompletas, en el momento del accidente. 2.º = Restauracion de las completas en dicho momento. 3.º = Recompensacion de las incom-

pletas despues de pasado tiempo. 4.^o = Operacion de las com-
pletas mediando tiempo entre ellas y la lesion y 5.^o y úl-
timo: Restauracion de las completas e incompletas se-
gun el parecer de Velaton, Permeuil y Noaisonmeuve,
i sea despues de pasados algunos dias, es decir, en ple-
no puerperio

5.^o Rasgaduras incompletas en el momento del
accidente ~ La recomposicion de estas rasgaduras son
las mas fáciles de llevar a cabo, pues se puede decir, que
poca pericia hace falta dado que la operacion es sencilla
no se necesita mucho instrumental y si las partes no

están muy contundidas, la curación sobreviene. En efecto, como ya tenemos á la enferma preparada, pudiéramos decir, esto es, evacuado el recto, la vejiga y cloroformado ó insensible, basta solo con lavar cuidadosamente la herida y la vulva con una solución antiséptica débil y proceder á regularizar por medio de la tijera las superficies de adaptación en el caso en que estuviesen contundidas ó hubiese partes que nos pudiesen ofrecer pocas probabilidades de vitalidad y una vez llevado á cabo esto, procederemos á la sutura, que se puede hacer bien con crin de Florencia, bien con seda, catgut y valiéndonos

solamente de agujas bien curvas y un porta-agujas, comenzando a poner puntos de sutura, teniendo cuidado solamente de que los puntos no sean superficiales, es decir, que pase el hilo siempre por detrás de la superficie viva, ó de otra manera, que no se vea en el fondo de la herida el hilo de sutura. Puestos los puntos necesarios y amarrados, espolvorearemos con yodoformo la union y se pondrá sobre ella una capa de algodón hidrófilo, colocaremos á la enferma en decúbito lateral para que los loquios se derramen por la comisura superior de la vagina, colocando una sonda para asegurarnos el paso

de la herida, procuraremos la constipacion intestinal a beneficio del opio y esperaremos el resultado, que no tardará. Al poco tiempo veremos que el perineo ha quedado en las condiciones apetecidas.

Los mismos cuidados tendremos cuando la rasgadura haya sido insignificante, con la sola diferencia de no proceder a la sutura, sino solamente mantener juntos los muslos de la paciente, o aplicar pinzas de presion, pues cuando es pequeña se puede esperar con ellos solo algunos resultados.

2.º = Rasgaduras completas en el momento del accidente = Si bien las operaciones que este accidente trae consigo, no siempre pueden llevarse a cabo, ya por no disponer en un momento preciso del número necesario de ayudantes, ya por no tener á mano los elementos necesarios, y teniendo en cuenta, además, que se necesita un poco tiempo para hacer la recomposición del esfínter y del tabique recto-vaginal, prolongando con tales operaciones el estado anormal de la enferma, estado y operaciones que no siempre son beneficiosas y teniendo en cuenta que no en todas las partes lesionadas se puede hacer

una antisepsia rigurosa y que la reunion de los bordes mortificados en todos los casos no tiene el apetecido resultado, con todo, como si disponemos de ayudantes y del material necesario, debe intentarse, nos ocuparemos de ella. El procedimiento que debe ponerse en practica, correspondremos al tratar de las desgarraduras despues de pasado algun tiempo, es decir, en las perineurafias tardias, y unicamente diremos aqui que son iguales todos los tiempos, a excepcion del avivamiento, pues este no es necesario y en sustitucion de él está el de regularizacion como hemos indicado al tratar de las incom-

pletas en el momento del accidente. Tanto éstas como las anteriormente tratadas, estarán contraindicadas siempre que la salud general de la enferma en el momento de producirse la rotura sea defectuosa.

3.º Roturas incompletas después del accidente ~ Si todos los tocólogos pensasen en la conveniencia de hacer esta operación en el momento de producirse la rotura, pocas veces nos encontraríamos en las condiciones enunciadas y que sirven de epígrafe a este tercer modo de considerarlas; pero como no todos, según ya hemos dicho, piensan igual, de aquí que los ginecólogos ten-

gan que ocuparse con frecuencia de estos accidentes y por ello le concederemos cierta importancia al exponerlos.

Ante todo, se preparará la enferma en la siguiente forma: se procurará lo primero, que el vientre esté libre, y respecto de este punto tendremos una consideración que hacer, á saber: es practica usual y corriente, administrar veinte y cuatro horas antes de verificar la operacion un purgante. Tal practica nos parece deficiente, debiendo ser substituida por la administracion durante una semana antes de laxantes suaves, pues, con el primer procedimiento

se corre el peligro de que sea comprometido el éxito de la operación, por el descenso de esfibalos. Débese, igualmente, practicar el lavado y desinfección de la vagina, por medio de irrigaciones con una disolución antiséptica cualquiera, teniendo gran ventaja sobre las demás las de agua bórico; debemos hacer también una desinfección de tenidísima de las partes adyacentes á las afectas, y el rasurado del monte Vénus, es precepto capital, á pesar de la oposición que generalmente hacen las enfermas. Nada diremos de la desinfección del operador y ayudantes, así como del instrumental y sala de operacio-

nes, vendajes, apósitos, material de curas, etc. etc. pues caen dentro y son exactamente los mismos que para cual-
quier otra operación quirúrgica y son de todos sabidas, por lo que describiremos el instrumental necesario, que por otra parte, no es largo ni complicado, bastando con un bisturí de mango fijo y hoja estrecha, pinzas hemostáticas de Pean, pinzas de dirección, tijeras rectas y curvas por sus planas, agujas y sedas ó hilo metálico.

Llegado el momento de la operación, anestesiada la enferma y afectando el decúbito dorsal, se procede á colocarla en la posición de la talla, es decir, con los mus-

los doblados sobre el tronco y las piernas sobre los muslos, manteniéndolos en esta posición bien por ayudantes, bien con fajas ó tirantes colocados en la misma mesa de operaciones, é inmediatamente se procede á terminar la desinfección de los genitales externos, haciendo un jabonado de las partes, lavadas, con una disolución de sublimado al uno por mil y por último, después de otro lavado con agua boricada, ó hervida simplemente, se procederá á un lavado con alcohol fuerte. Colocados operador y ayudantes en sus respectivos puestos, se procede á hacer el avivamiento, que puede ser de dos mo-

dos, avivamiento triangular y semilunar, este último, mas antiguo y de menos aplicación casi está desechado, y hoy por regla general el que se emplea es el triangular, que consiste en fijar los puntos lateralmente hasta donde nos proponemos prolongar el periné y partiendo de estos puntos trazaremos dos incisiones cóncavas ligeramente hacia afuera que vengán á reunirse en un punto situado en la mitad de la pared vaginal posterior; despues se practicará otra, que partiendo de uno de los puntos laterales que hemos señalado venga á terminar en el del lado opuesto, haciendo que esta segunda inci-

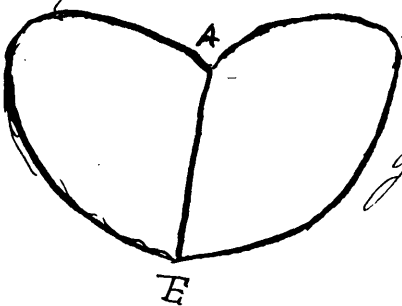
si sea cóncava hacia arriba, es decir, algo convexa del lado del ano.

Otro procedimiento muy recomendado es el de Martin, en que la superficie de avivamiento tiene la figura de un rombo, cuyo ángulo anterior se encontrará en el rape de la vagina, el posterior en el periné, y los laterales debajo de la extremidad inferior de los grandes labios. Las dimensiones de este rombo variaran según los casos; cuanto mas suban los ángulos laterales en los lados de la vulva, mas ganará en altura el periné con detrimento del orificio vulvar, pero debemos tener

siempre como precepto capital que la extensión del avivamiento debe exceder al área de la desgarradura en todo caso.

Hay otro procedimiento de avivamiento, y es el que podríamos llamar de doble triángulo, y consiste en trazar una incisión longitudinal, incisión que marca la extensión de la base del cuerpo perineal haciendo después desde los puntos situados debajo, ó en los mismos labios mayores, dos incisiones que van una á la parte superior y otra á la inferior de la línea primera y quedan determinados dos trián-

gulos, como esquemáticamente se pueden ver en esta

figura:  Otro el ángulo ABE y el otro el ángulo ACE.

Terminado el avivamiento, se procederá al

segundo tiempo de la operación, esto es, á la sutura,

y en este punto los pareceres están divididos hasta

el extremo de poderse decir que cada maestro ó ca-

da práctico emplea uno distinto; así que solo ex-

pondremos algunos, y esto lo mas sucintamente

que nos sea posible, por no dar mayor estension á

este trabajo

- 123 -

El avivamiento en doble triángulo, que es el último que hemos expuesto, debido al célebre profesor de Obstetricia y Enfermedades de Mujeres de Nueva-York, el Doctor Gaillard Thomas, se procede á la sutura, comenzando por la parte más baja de la desgarradura, suturando por medio de puntos profundos y para ello introducía, á un centímetro del borde avivado, y un poco por encima del ano, una aguja entebreda con un asa de seda; con el dedo en el recto guiaba esta aguja para que no llegase á él y la re-

caba á la misma distancia por el lado opuesto, siendo para él condicion importante que la seda no se vie- se en el fondo de la desgarradura; seguia colocando asas de seda en igual forma hasta llegar á la parte superior; en que la última ó las dos últimas suturas se ven á través de la superficie desnudada. Llegado este mo- mento, procede á la reunion y cuando emplea la sutura enclavijada, introduce en el asa de la sutura un pedazo de cateter de goma elástica, ó una varita de goma dura, pero él mismo confiesa que desde el año de 1868. en que vió á Mr. Lane, de Londres, y

al Doctor Thompson de Washington, sustituir estos trozos de goma por barritas de marfil perforadas en tres ó cuatro puntos á través de los cuales pasaban y aseguraban las suturas, ha seguido siempre este método obteniendo los mejores resultados. Este es su procedimiento tal como él lo describe, agregando que ha empleado algunas veces el hilo de plata, pero siempre pasando el de seda anteriormente, y uniendo á aquel ó éste para que tirando del primero quedase en posición el segundo. Recomienda, en otras ocasiones dar algunos puntos menos profundos, pero solo en algunos y determinados casos.

El procedimiento de Martin, ya que de este autor hablamos al tratar del avivamiento de los bordes, es digno también de tenerse en cuenta, mas como donde generalmente se emplea es en las roturas completas, allí lo expondremos juntamente con otros. No pocos mas podrian citarse, pero todos convienen en el fondo, variando solo la forma, puesto que todos pasan los hilos de sutura muy profundos, por ser ésta condicion indispensable para que el cuerpo perineal quede restituido a su primitivo estado y por lo que hace a la aguja, la mayoria se sirven de la curva de Emet, o en

su defecto de agujas curvas ordinarias y porta-agujas.

No creemos necesario estendernos en mas detalles, ~~pero~~ no hacer repeticiones siempre enojosas y paremos, dicho lo mas importante de esta seccion a la cuarta y ultima, ó sea a las

4. = Pasaduras completas despues del accidente =

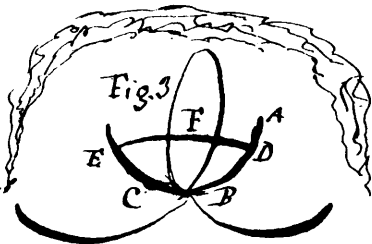
En ellas, lo que en las anteriores era el asunto primordial, esto es, la restauracion del cuerpo perineal, viene a ser lo menos importante, pues ante la enormidad de la lesion, el papel del cirujano debe ser evitar por todos los medios que a su alcance esten, que el útero

timos y el esfinter anal sufran la desgarradura. Así pues, el objeto y fin de esta clase de operaciones podemos concretarla en esta forma: 1.^o restitución de la fuerza y funciones del esfinter anal: 2.^o reparación del intestino rectal; 3.^o restauración del cuerpo perineal

Decís que esta rargadura es la mas difícil de curantas hemos expuesto y de las mas graves, sobre prolijo seria superfluo, que todos sabemos, por desgracia su importancia y con solo tener en cuenta como se presentan las enfermas y en qué estado, basta para apreciarlas, pudiendo asegurarse que es imposible olvidarlo una vez

visto; procederemos, pues, á su descripción, advirtiéndole que las operaciones preliminares de preparación son las mismas que ya hemos expuesto al tratar de las desgarraduras incompletas. En cuanto á instrumental, el mismo, y por lo que hace al avivamiento, entre los muchos procedimientos que existen, citaremos el debido á Simpson, que es como sigue: se formará con las incisiones una H. de modo que resulten cuatro colgajos (Fig. 3.) FAD. y FED.

angulos superiores
angulos inferiores



rios; FDB y FEC. inferiores. Después se van levantando estos colgajos con una tijera - cuidando

levantando estos colgajos con una tijera - cuidando

siempre de su espesor — y nos quedará al descubierto una superficie cuadrangular que es la que se ha de poner en contacto con la sutura. Esta se lleva á cabo comenzando por abajo y procurando que el primer punto pase por los esfinteres para poderlo reunir; la profundidad de los hitos debe ser á dos centímetros ó más del borde de la herida y constituirán los puntos profundos, pudiendo colocar despues otros superficiales. Este nos parece el procedimiento mejor y el que generalmente se adopta por lo que lo hemos llamado clásico; pero hay otros como el de Hegar y Kattenbach, el de Spier-

tin, el de Savion-Fait, el de Warberg, etc, y aunque muy a la ligera nos ocuparemos de ellos por impedir el tratarlos con mas estension la de este trabajo

El de Hegar y Kallénbach, es de sutura entrecortada. Consiste en colocar primero los puntos rectales, despues los vaginales y por ultimo los perineales. Se puede formar una idea bastante exacta examinando esta figura del mismo Autor:

Fig. 4.



Segun ellos este procedimiento les ha dado

buenos resultados, pues cita treinta y tres casos de curación y cuatro de fistulas recto-vaginales entre treinta y siete operadas. Martin emplea la sutura continua de repulgo y en hilera y acepta su forma de cuadrilátero: tiene este procedimiento pocas ventajas sobre ninguno de los demas, por lo que no hacemos su descripción minuciosa.

Por el método Larion-Fait, se obtiene como adivamiento dos arcos de círculos, uno con los extremos dirigidos hacia arriba y otro hacia abajo, pero que se confunden en su centro: viene á ser muy parecida la figu-

ra resultante a la H de que hablamos en el procedimiento Simpson. Los puntos de sutura se dan con hilo de plata y se comienzan a colocar por abajo; cada hilo de plata va provisto en su extremidad de un grano de municion perforado y se coloca ademas un pequeño recorte hecho con el mismo hilo de plata arrollado en espiral.

El de Wareberg no es más una modificación del anterior y se emplea algunas veces para evitar las retracciones vaginales tan corrientes en el método antedicho. Estos son los principales métodos; otros muchos hay como decíamos al principio de esta

parte y puede decirse que cada uno que la practica emplea uno **distinto** y le da su nombre, pero ninguno viene á nuestro entender las ventajas del método de Simpson

El tratamiento consecutivo es fácil de comprender y casi no necesita exposicion; la enferma permanecerá sin mover el vientre durante unos cuantos dias á beneficio de la constipacion producida en él despues, merced á ligeras dosis de aceite de ricino se evacua el aparato digestivo; como alimentacion la general de todo operado, es decir, liquida y los puntos de

sutura se quitaran á los quince ó veinte dias.

5.º Hargaduras suturadas en pleno puerperio ~

Aunque este modo de proceder, ha sido defendido ca-
lurosamente por Delaton, Verneuil y Noaissonneuve, no
ha tenido sin embargo, muchos partidarios y hoy está ca-
si abandonado, pues no ofrece ventajas alguna ni sobre
unos ni sobre otros, por lo que no nos ocupamos mas
determinadamente de él

Ferminado cuanto es de trascendencia e importancia acerca de las rasgaduras perineales, queda solo segun lo expuesto en el plan general de este trabajo ocuparnos de algunos casos clinicos o ejemplos prácticos. Pocos son en verdad de los que hago mérito, pero mis escasas facultades de un lado y mi corta vida médica de otro, pueden servir de causa mas que suficiente para ellos; mas pocos o muchos, expongo lo que he visto en el Hospital Central de Sevilla durante el tiempo que desempeñé el cargo de Alumno Interno, cargo debido

en verdad mas á la bondad de mis queridos profesores que á los méritos propios.

Estos casos se reducen á dos suturas en el momento del accidente, una dejada para mas tarde por la enormidad de la lesi6n, muchas salvadas del accidente mediante los cortes laterales de que hemos hecho mencion al ocuparnos del tratamiento profiláctico y seis de sutura despues del accidente, unas con rotura completa y otras incompletas. Alie van, pues estos números para el acervo comun de la Estadística Clínica. Los espondremos brevemente pues el trabajo se va

haciendo de estension desmedida y no quiero fatigar mas la atencion de los que me escuchan.

N.º = Es la primera N. N. de veinte y seis años, soltera, de temperamento nervioso, constitucion robusta. Menstruó segun propia afirmacion por primera vez á los quince años siendo buena esta funcion durante toda su vida; primipara, no tenia antecedentes ningunos ni hereditarios ni patológicos; ingresó en los primeros dias del mes de Agosto de 1902 en la sala de Obstetricia siendo reconocida y quedando diagnosticada la presentacion y posicion fetal tratandose de una O. I. I. A. Comenzaron

Los síntomas del parto ó las doce de la noche del seis de
Soviembre, terminando felizmente para la madre (sal-
vo la rasgadura) y para el feto ó las nueve de la maña-
na del siguiente día. El alumbramiento fue fisiológico,
pero al verificar el feto el movimiento de extensión y por
tanto el desprendimiento de la cabeza, la vulva, que era de
pequeñas dimensiones, no pudo resistir la dilatación y
se rasgó por la horquilla; terminado el parto, pudimos
reconocer una rasgadura incompleta y de poca exten-
sión, por lo que inmediatamente se procedió á su su-
tura con seda despues de la desinfección de rigor en ta-

los casos. Se le colocaron tres puntos de sutura, comenzando por la parte inferior de la lesión y procurando pasar los hilos muy posteriormente, es decir, por el esfínter del cuerpo perineal; terminada esta pequeña operación se le trasladó a su cama, sometiéndola al régimen ulterior de toda parida, se tuvo cuidado de evacuar tres veces al día la vejiga, y la enferma pudo ser dada de alta el quince del mismo mes con la herida perineal casi cicatrizada

2^a = Es la segunda una joven de veinte años, que dijo llamarse J. S. soltera, de constitución mediana,

temperamento linfático, que menstruó por primera vez a los catorce años, siendo esta función regular, primipara y sin antecedentes hereditarios, pero sí patológicos, pues nos dijo que su madre falleció de tuberculosis. Ingresó en la clínica con un embarazo de ocho meses, y se diagnosticó la presentación y posición tratándose de una O.I.D.A. Comenzaron los fenómenos del parto a las cuatro de la mañana, dando a luz una niña; había durado todo aquel día terminando de madrugada a las cuatro de la misma y sobreviniendo una rasgadura perineal incompleta y de poca extensión, co-

mo la anteriormente citada; se procedió de la misma forma, se sometió á las mismas reglas, siendo el resultado á los catorce dias el mismo, es decir, que la enferma quedó restablecida, siendo dada de alta por curacion.

Estos son los dos casos que hemos tenido ocasion de presenciar, de sutura despues del accidente y á juzgar por ellos no pueden ser ni de mas éxito ni mas franco y pronto, por lo que creemos (no por estos dos casos solamente, sino por el resultado estadístico visto en distintas ocasiones) que la sutura, salvo en los casos de desgarras considerables, ó en que la salud de la enferma se compro-

meta por ello, ó que el estado de los genitales lo impida (como en el caso que exponemos) la sutura, decimos, debe hacerse inmediatamente después de sufrida la lesión, es decir, antes de trasladar la enferma definitivamente á su cama.

De casos salvados mediante los cortes, como hemos indicado, podríamos citar infinidad, como son N.º G. el día veinte y cinco de Diciembre, J. F. P. el cuatro de Enero, J. N. V. el mismo día (4 de Enero) C. V. R. el diez y seis de Noviembre (por aplicación de forceps), C. A. L. el catorce de Noviembre y muchísimos otros que

seria prolijo y enojoso citar.

3.^a = El otro caso de que he hablado anteriormente y en el que no fué posible la restauracion inmediatamente es el que sigue. N. B. F. ingresó en la clínica de Obstetricia en los primeros dias de Junio y presentaba los siguientes fenómenos. Segun nos manifestó tenia diez y nueve años, era soltera, gozaba de buena constitucion y no tenia antecedentes hereditarios ni patológicos; nos dijo que no era de Sevilla y que habia venido á esta Ciudad para ocultar su estado. Con este fin y para que la viese el menor número posible de personas, se fué á casa de una comadrone, la

cuál, o no diagnosticó la presentación o posición o pensó que podría verificarse el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza, siendo lo cierto que ingresó en esta clínica con un feto encajado fuertemente en la posición O.I.D.P. una falta considerable de fuerzas (llevaba cuatro días en esta posición) y un edema considerable que invadía no solamente los genitales externos, sino el perineo en toda su extensión y todo el tercio superior de los muslos. En tal situación y condiciones llegó a la clínica siendo necesaria la aplicación del fórceps, pero, efecto del edema antes mencionado, al intentar in-

Introducir la mano para la colocacion de la primera rama, cedió el esfinter vulvar y la rasgadura se inició, rasgadura que fué acentuandose (pues era imposible detajarla una vez iniciada) en el momento de la colocacion de la segunda rama y extraccion, resultando una rasgadura completa con lesion del tabique recto-vaginal en una profundidad considerable. El feto salió en completo estado de putrefaccion y en estas condiciones (infeccion, edema y rasgadura completa) era improcedente intentar la reunion, pues era casi seguro, ó seguro, que ésta no habia de te-

mer lugar, por lo que se pensó en suturarla despues, es decir, cuando se pudiese. No es extraño que despues de una enfermedad de esta naturaleza sobreviniere la septicemia y en efecto se presentó con todo el cuadro sintomático propio de ella; fué violenta pero se combatió gracias á la irrigacion continua, y á los cuarenta dias se pudo observar una inmensa cloaca por la que las secreciones vaginales, juntas con los excrementos salian al exterior; á los noventa dias la cicatrizacion era perfecta, y se procedió á la restauracion. Se empleó el método de Simpson, es decir, el del avivamiento en H. y se suturó

con hilo de plata todo, esto es, el tabique recto-vaginal, el esfínter del ano y los puntos profundos de éste se hicieron con crin de Florencia. Inútil es decir que sonda permanente, constipación intestinal á beneficio del opio y cuantos medios se aconsejan para el mejor éxito de estas operaciones fueron empleados, con todo, uno de los puntos del tabique recto-vaginal se supuró y quedó todo cicatrizado menos éste, quedando una fístula recto-vaginal, pequeña pero molesta, fístula que se operó y quedó igual y la enferma causada de tantos suprimientos salió de la clínica á los cinco meses de su estancia en

ella y con una fístula. Despues hemos tenido ocasion de volver á verla en nuestra consulta reclamando la intervencion, pues segun palabras de la misma enferma «de ese modo no puede vivir» pero todavia esta intervencion no se ha llevado á cabo.

Como podemos deducir de este relato, la sutura si se hubiese hecho en el momento de verificarse la rotura, no hubiese servido de nada, por lo que creemos que éste es uno de los casos en que no debe intentarse ninguna, pues es molestar á la enferma, inutilmente y es preferible esperar como se hizo.

Todas las operaciones que pasamos a describir han sido llevadas a cabo en enfermas entradas en la clínica con lesión; no hemos asistido al desgarro, no hemos estado presentes al verificarse aquel, probablemente se ha verificado sin tener la asistencia facultativa necesaria o en casos parecidos al que acabamos de relatar.

H^a = Es la primera A. C. de veinte y ocho años, primípara, reglada a los doce años, siendo las condiciones de esta función siempre normales. De herencia patológica así como hereditaria no da noticias de importancia, solo nos refiere que su padecimiento data de dos

años antes en que tuvo un parto distócico, pues hubo necesidad de hacer una aplicación de forceps, que su puerperio fué fisiológico completamente, pero que siguió experimentando molestias que cada día se le acentuaban mas, por lo que decidió ingresar en la clínica para su curación. Reconocida, se le apreció una rasgadura perineal incompleta. Dispuesta la operación, se procedió despues de la evacuación del intestino, desinfección de las vias genitales, desinfección general de la enferma, de los operadores, etc. en una palabra, despues de los preliminares de uso corriente, se procedió decimos a le do-

reformización y una vez obtenida ésta á la sutura de la lesion. Se refrescaron para ello las superficies que habian de ponerse en contacto, por el procedimiento de Hegar, y se procedió á la sutura con el hilo metálico para los puntos profundos y la crin de Florencia para los superficiales, se tuvo cuidado desde luego con la orina para que no contaminara la sutura y á los veinte y ocho dias pudieron ser retirados los puntos, sin contratiempo alguno siendo dada de alta á los treinta y cinco despues de operada

Lo dicho de ésta pudiéramos decir de las que

ocupan los números 5, 6, y 7; todas fueron rasgaduras incompletas, operadas por el mismo procedimiento, tratadas de la misma manera y obtenidos por fin los mismos resultados, por lo que renunciamos a describirles una por una, pues resultarían repeticiones enojosas, hacer este trabajo de una extensión considerable y causar la atención sin fruto alguno. Pasemos desde luego a los números 8, y 9, pues en ellos se trataba de rasgaduras completas y por tanto de operaciones algo más complicadas.

8^o = I. R. V. de veinte y dos años, soltera, de naturaleza mediana, bien constituida, reglada a los trece años, ha-

biendo revestido esta función los mayores signos de regularidad. Nos refiere el hecho ocasional de la lesión, diciéndonos que de su único parto quedó en las condiciones en que la vemos, a causa del excesivo tamaño fetal y de la pequenez de sus órganos genitales; que el puerperio, salvo las molestias de incontinencia fecal fue bastante bueno, pero que lleva en esta situación nueve meses y que ya se le hacia imposible la vida en tales condiciones. Reconocida pudimos apreciar una rasgadura completa, pero con integridad del tabique recto-vaginal. Después de los preliminares generales y cloroformada se procedió

a la reconstrucción del esfínter, suturándolos con hilo metálico y una vez conseguido esto a la reunión perineal, siguiendo ya el procedimiento ordinario y antes descrito. La enferma quedó en buen estado, pero al poco tiempo se le presentó una tos persistente y tenaz por efecto de una bronquitis aguda, que nos hizo temer faltase algún punto a causa de los esfuerzos, pero felizmente no sucedió así, continuó la enferma en buen estado y sujeta a todas las reglas generales de operada pudiendo ser dada de alta en completo estado de salud a los cincuenta días después de la operación.

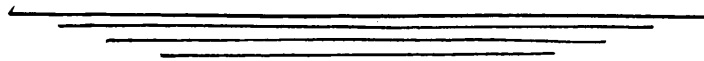
8º = El último de los casos de que nos vamos a ocupar es el de una enferma llamada A. N. V. de veinte y cinco años, soltera, primípara, bien reglada, de temperamento sanguíneo, fuerte constitución y bien conformada. Presentaba una rasgadura completa e interesando en una buena parte el tabique recto-vaginal. Las causas, según confesión de la enferma fueron, mala asistencia y presentación transversal con evolución espontánea. El tratamiento a que se le sometió fue en un todo igual al descrito para la de rasgadura completa, hecha en nuestra presencia, es decir, el del avivamiento en H. y suturado con seda. A es-

En enferma le fué colocada la sonda permanente que pudo resistir seis dias, despues se procuraba no dejarla orinar por sí sola. Con estos cuidados, ademas de los generales y corrientes de esta clase de operaciones al que hizo treinta dias pudieron ser retirados los puntos habiendo pegado todos, por lo que fué dada de alta á los cuarenta dias despues de operada, completamente sana y con un periné de mas de tres centímetros.

Estos son los casos observados en la clínica; las deducciones ya las hevos hecho en parte, es decir, el deber de operar inmediatamente, á menos que las cir-

-158-

circunstancias lo impidan y la otra consecuencia es, que por
pequeña que una rargadura sea inmediata o tardia -
mente siempre debe operarse.



~ Conclusiones ~

1.^a = Del conocimiento exacto de lo que por periné' debe entenderse, depende el que las operaciones verificadas en esta region — ó sean las rargaduras perineales — esten bien hechas ó solo sea lo que se establezca un puente que tape el desgarrro, pero de ninguna manera una curacion completa de la enferma

2.^a = Debe, pues, entenderse por periné' lo dicho y definido por el sabio anatómico Fillaux, es decir, que periné' es, «el conjunto de partes blandas que cierran inferiormente la cavidad pelviana, es decir, el suelo de la pelvis».

3.^a = No debe olvidarse nunca el cirujano el triángulo que representa el cuerpo perineal, pues de esto depende que las operaciones de esta índole sean todo lo completas que son posible.

4.^a = Ante una desgarradura perineal, debemos siempre sospechar un parto anterior, dado que ésta es casi su causa etiológica, pues las causadas por traumatismos son excesivamente raras.

5.^a = Entre las causas etiológicas dependientes de la madre, tenemos la edad, la conformación de los genitales externos, chancros cicatrizados o no, cicatrices en general, padecer anasarca y en general infiltración de los tejidos, exageración

de la contractibilidad uterina, deformaciones pelvianas, siempre que éstas sean compatibles con el parto y en suma la afecciones que sin ser deformaciones pelvianas las simulan.

6.^o = Entre las del feto encontramos el tamaño excesivo ó exagerado. (hidrocefalia, hidrotorax ascitis) tumores que puede presentar, prociencia de extremidades, las presentaciones occipito-posteriores persistentes y el paso de los hombros.

7.^o = Dependientes de la mala asistencia tenemos las aplicaciones de forceps mal hechas, no animar las contracciones cuando se presentan intensas, etc. y anticiparse á la dilatación de las partes genitales.

8.^a = Desde muy antiguo las rasgaduras se dividen en completas ó incompletas

9.^a = El himen no se destruye por completo en los primeros contactos sexuales, sino en el primer parto y esta es la rasgadura inevitable y puede ser origen de las perineales propiamente dichas.

10.^a = Las rasgaduras por el orden de frecuencia, se dividen en rasgaduras de la línea media, rasgaduras laterales y rasgaduras centrales, estas últimas excesivamente raras.

11.^a = Si se dejan abandonadas las rasgaduras á los solos esfuerzos de la Naturaleza, las incompletas cicatrizaran en

mayor ó menor estension por lo que acudiran al práctico ó no para su curacion, pero las completas reclaman siempre el auxilio inmediato del ginecólogo; en las centrales ordinariamente lo que se vé es la cicatrizacion.

12.º = El pronóstico de las rasgaduras se puede resumir en benigno para las himeneales y las que interesan la piel, reservado para las que invaden el cuerpo perineal, grave para las que interesan el esfínter.

13.º = Las rasgaduras incompletas pueden dar lugar á sub-
involucion de la vagina, prolapso del útero, prolapso de la
vagina, rectocele y cistocele.

14.^a = Las completas pueden ser origen a demas de las afeccio-
nes enumeradas en la conclusion anterior, a vi continen-
cia de las materias fecales y gases intestinales y prolapso del rebd.

15.^a = No debemos olvidar nunca el deber en que estamos de fa-
vorecer la estension de la cabera, asi como de no precipitarnos
en los partos con exageracion de la contractibilidad uterina,
sino procurar siempre y por todos los medios hacer retar-
dar en lo posible esta funcion.

16.^a = En caso de no poder por medio de las medicaciones
de todos conocidas como atenuantes de dicha contraccion,
no vacilar un momento en evitar su salida, valiendonos

de la fuerza, pero siempre con la moderacion y oportunidad debidas.

17.^o En los casos de lateralizacion de la cabeza fetal por vicios de conformacion pelviana en los partos en que sea posible, proceder en tanto se pueda á hacer que la cabeza adopte los diametros ordinarios.

18.^o — En los casos de proclividad debemos evitarla haciendo porque la parte fetal vuelva á su primitivo estado, pero de no ser posible esto, favorecer su salida, siempre que no coincidan con una presentacion de vértice, pues entonces aumentaríamos el volumen y haríamos mas fácil y probable la rasgadura

19.^o — No debemos dejar salir nunca los hombros al mis-

no tiempo, más enuclear uno y evitar que el anterior sea el primero que salga.

20.^o = En las aplicaciones de forceps, no debemos olvidar nunca el consejo de Bibermont-Dessaigues al aconsejar este autor que seamos parcos en la velocidad de las tracciones y que sea cualquiera que sea la lentitud con que se opere se va siempre más deprisa que la naturaleza.

21.^o = En lo que vulgarmente se denomina protección del perineo, debemos tener cuidado de dar un punto de apoyo y fuerza a esta región, no comprimirla, pues de este modo favorecemos más la rasgadura por evitar la distensión

natural de esta parte de la economía

22.^a = Debemos observar como regla capitalísima en el tratamiento profiláctico de las rasgas duras el enuclear la cabeza, es decir, evitar que las dos eminencias parietales salgan al mismo tiempo.

23.^a = La práctica que aconseja introducir un dedo en el recto para favorecer empujando con él, el movimiento de extensión de la cabeza fetal, es práctica poco recomendable y casi nunca da los resultados apetecidos, amén de servir de medio de infección á los genitales, tan propensos en este tiempo.

24.^a = El procedimiento de incisiones laterales, es recomen-

dable, si bien con algunas restricciones, pero en los casos indicados no debemos vacilar pues hemos visto muy buenos resultados con esta manera de proceder.

25^a = Dichos cortes deben practicarse siempre en el momento de las contracciones para que resulten menos dolorosos y el procedimiento mas recomendable es el seguido por Farnier.

26^a = Respecto á la discusion sostenida hace mucho tiempo y todavia no resuelta, cual es si debemos practicar la reconstruccion perineal en el momento, ó debemos esperar, es mejor sentir que se haga inmediatamente, si bien en algunas circunstancias es imposible, improcedente ó perjudicial.

27.^a = En las roturas incompletas inmediatamente despues del accidente, debemos proceder á el lavado y sutura, y al tratamiento general de todos conocido ó menor que determinadas circunstancias lo impidiesen

28.^a = En las rasgaduras completas inmediatamente despues del accidente se seguirá el mismo procedimiento que si se tratare de una antigua, á excepcion del avivamiento.

29.^a = En las rasgaduras incompletas y tardias, despues de los preliminares generales (desinfeccion y preparacion de la enferma y de los ayudantes, material de curas, etc.) y de elegido el procedimiento operatorio, se procederá desde luego á llevarlo á cabo

y sea cualquiera dicho procedimiento tendremos en cuenta que los puntos sean bien profundos, i única manera de asegurarnos una buena cicatrizacion

30.^a = En las completas despues del accidente debe tenerse en cuenta el cirujano que el precepto capital es la reconstruccion del esfinter y que la rasgadura perineal propriamente dicha viene á quedar como objeto secundario.

31.^a = En cuanto á dejar la operacion para el peleno puerperio no nos parece ventajoso en ningun caso, pues de no hacerlo en el mismo momento, debe dejarse para despues.

32.^a = En los casos presenciados por nosotros, aunque pocos,

en verdad, no pueden ser mas satisfactorios y lisonjeros los resultados.

He terminado, Excmo Señor, no creo haber dicho nada nuevo, pero al menos el deseo ha sido vehementísimo y si este trabajo no reúne las condiciones deseadas por mí, culpese á mis escasas fuerzas para llevarlo á cabo, pero no á falta de cariño y entusiasmo por estas cuestiones que han sido las que me han subyugado en mi corta carrera médica. Restame solo dar las gracias mas expresivas al digno Excmo

- 172 -

nal por la benevolencia con que ha escuchado mis pa-
labras, benevolencia muy justificada, pues esta a com-
pañía siempre a' los Maestros. = He dicho.

Sevilla 1.º de Agosto de 1904

Juan de Dios
Pérez



Indice

	Pag. ^o
Introduccion -----	1.
Tema -----	4.
Nocion Anatomico-fisiologica del perine' -----	6.
Etiologia de la afeccion -----	23.
Resgaduras propiamente dichas y su pronostico.	52.
Tratamiento profilactico.	78.
Plan curativo -----	102.
Casos clinicos.	136.
Conclusiones -----	159.
Epilogo.	171.

Admirable
R. Ferrer y Guzmán
[Signature]

Admirable
[Signature]

Verificó el ejercicio del grado de Doctor, y se
le calificó de Sobresaliente
Madrid 4 de octubre de 1894

Francisco
[Signature]

[Signature]

Maestro
[Signature]

José Robín

R. Ferrer y Guzmán
[Signature]