

guiente: "Los cuerpos isómeros tienen las mismas propiedades biológicas con tal que sean asimilables." El eucalipto y la esencia de semen-contra, que son isómeros, la esencia de trementina, de perejil y muchas otras isómeras de aquella han confirmado ya esta ley, según M. Peyraud, en lo concerniente a la naturaleza y forma de los fenómenos convulsivos que producen.

Este experimentador, por otra parte, ensayando la acción de la esencia de clavos considerada por Berzelius como isómera del alcanfor del Japón y de la esencia de ajeno, ha observado acciones biológicas de tal manera distintas que, sospechando un error del célebre químico, ha investigado en nuevas obras la constitución atómica de esta esencia y la encontró, según Pelouze y Fremy, muy diferente de ambas.

Por lo demás, en nuevas investigaciones M. Peyraud, auxiliado siempre por los conocimientos químicos de M. Falières, se propone estudiar de un modo más completo la ley que solo inicia por ahora.

OBSTETRICIA.—De la auto-plastia procto-perineal en rupturas inveteradas.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Juan E. Bruner.

Señores:

Al cumplir con la obligación que los estatutos de la Universidad me imponen, de escribir una memoria sobre un punto cualquiera de la ciencia médica, he preferido tratar de estas operaciones de cirugía ginecológica, de las cuales he visto practicar algunas al célebre profesor Simon, de Heidelberg, habiendo yo en varias tenido el honor de tomar parte como asistente.

La plástica procto-perineal, tan importante para el paciente, tan interesante para el operador por lo difícil de su éxito, me ha parecido digna de particular estudio.

Por esto, señores, voy a ocupar vuestra atención con algunas reflexiones sobre los diversos procedimientos de esta operación.

I.

Pero antes de entrar a discutir sobre la operación misma, sea-

me permitido esponer mi modo de ver acerca de las rupturas perineales.

Formando el perineo la base de la pelvis i llamado por esto a representar el último momento en la mecánica del parto, tiene que resistir a una presión mui considerable durante este acto, e imprimir por su elasticidad reactiva la última dirección a la salida del feto. Es sabido que el perineo tiene en el sentido obstetricio una significación mucho más lata que en la anatomía común; pues mientras que anatómicamente considerado, representa la masa de tejidos colocados entre la vagina i el recto, en la obstetricia el perineo está constituido por dicha masa incluidas las paredes correspondientes del recto i de la vagina. Se puede considerar así el perineo como un triángulo cuya base es el cutis perineal, cuyo lado anterior es la pared posterior de la vagina, cuyo lado posterior es la pared anterior del recto, i cuyo vértice está formado por la reunión de estas dos paredes.

En consecuencia de la enorme dilatación del tubo vaginal durante el parto, nuestro triángulo perineal aparece tan dislocado hacia atrás que su vértice viene a colocarse junto a la extremidad del hueso coxis i su lado anterior viene a formar un plano mucho más inclinado que antes que, al cargar con la presión del feto, descompone la fuerza de expulsión, cambiando así su dirección axial en una póstero-anterior, hacia el punto de salida, hacia la rima.

Mientras que la parte póstero-superior resiste, la parte rimal cede a esta presión.

De estos datos fisiológico-mecánicos se desprenden las condiciones i el modo como pueden verificarse rupturas del perineo. Falta de dilatabilidad de la parte anterior i de toda la rima, falta de elasticidad de la parte superior; hé aquí las dos causas tóxicas de las rupturas, ya obren aisladamente, ya en combinación.

La enumeración de los casos especiales en que estas causas tienen lugar no entra en los límites de esta memoria. Lo que nos interesa es acentuar que en la rima es donde el perineo debe sobre todo ensancharse, i que es en su parte superior donde sobre todo debe oponer más elasticidad i resistencia para que el parto se verifique de un modo normal.

Segun esto, dos jéneros de rupturas son posibles: 1.º la ruptura horizontal, que comienza en la rima i se extiende superficialmente hacia atrás. Esta se produce por falta de dilatabilidad, tanto

de la rima misma, como de la parte ántero-inferior del perineo; 2.º rupturas oblicuas que comienzan arriba en la pared vaginal i se estienden hácia abajo i atrás al través del cuerpo perineal. Estas se producen por falta de elasticidad o por demasiada rijidez del perineo, como tambien por excesiva rijidez de la rima. Algunas veces es la persistencia de la membrana hymen, lo que produce esta inestensibilidad, i casos se han visto en que el perineo cedió antes que el hymen.

Además de rupturas oblicuas, se observan por las mismas causas rupturas que llaman centrales. El perineo desprovisto de su elasticidad i rijidez se dilata bajo la presión de la cabeza fetal de un modo tan enorme que recto i rima se alejan i quedan intactos mientras que el centro se desgarrá.

Rupturas horizontales, es decir, superficiales i pequeñas, pues tan rara vez, que podria decirse nunca, váan mas allá del centro tendineo, son muy frecuentes, 50 a 60 por ciento en primíparas, segun las apreciaciones mas comunes. Las del frénulo solo, las mas frecuentes, apenas son consideradas como algo patológico, tanto por su frecuencia 60 a 70 por ciento en primíparas, 30 por ciento en multiparas, como por no formar nunca objeto de intervencion quirúrgica.

Verdaderas rupturas, es decir, que interesan nó solo la piel i un poco de la mucosa vaginal sino tambien músculos i fascias, son menos frecuentes. Estas rupturas son las que hemos llamado oblicuas, 34½ por ciento en primíparas i 9 por ciento en multiparas, segun la estadística Schoeder en su clinica de Erlangen. Olshausen, que calcula 15 por ciento en término medio, se da por contento con esta cifra calculada de los resultados de su clinica en Halle, en consideracion de los datos mucho menos favorables de otras clinicas de Alemania; i citando a Snow Beck, que da de 112 partos 75 grandes rupturas, dice que aún este dato se acerca talvez mas a la verdad que los resultados de 2, 3 o 7 por ciento que registran muchos autores. La apreciacion de Olshausen ha sido tachada de exajerada por los anotadores de la traduccion francesa de Churchill, fundándose en que autores modernos dan la cifra de 3 por ciento i citando a Bourgeot, que 4 por ciento sobre 600 partos acaecidos en el hospital Lariboisiere, en Paris. Que estos datos tan diverjentes no dependen de una diferencia de raza lo prueban los datos contenidos en la tesis de Montfort (Paris, 69). De 1115

partos referidos hubo 247 rupturas, es decir, 22, 15 por ciento.

Estas diferencias estadísticas parecen mas bien depender, por una parte, de un exámen no bastante atento de parte del médico o de la matrona asistentes, i por otra parte, de lo incompleto de la estadística. Ya Cohen habia observado que una grande, sino la mayor parte de las rupturas grandes, comienzan de la pared vaginal, lado anterior del perineo; por consiguiente, rupturas que no han alcanzado a invadir la piel del perineo, pueden fácilmente pasar desapercibidas. Por otra parte, ¿cuántas veces un falso pudor no impide llevar a cabo un exámen suficiente? I mas tarde, como ligeras rupturas, i a veces tambien grandes, sanan por sí solas, i otras apenas producen sintomas tan considerables que la enferma se vea obligada a buscar la intervencion médica, no llegan al conocimiento de la ciencia estadística. En esta materia, como en otras análogas, la gran falta de las estadísticas, el ser incompletas, está exajerada, como el falso pudor de que orijina.

Rupturas complicadas, o cuarto grado de los autores franceses, son por fortuna relativamente raras.

Llámanse rupturas simples las que no alcanzan a interesar el recto; complicadas, aquellas en que el recto está desgarrado, i éstas pueden estenderse tanto hasta rupturar todo el perineo en todo su espesor i en toda su altura, i aún parte de la pared recto-vaginal, variedad a que se le ha dado el nombre de ruptura completa.

Las rupturas tienen jeneralmente una direccion rectilínea, ya en el rasgo mismo, ya a un lado de él. Algunas veces tienen la forma de una V o Y, i en estos casos está el recto, en las rupturas complicadas, desgarrado trasversal u oblicuamente.

En cuanto a la sintomatología, tenemos mui poco que decir. Ligera incomodidad al andar, que puede desaparecer mas tarde por tapizacion de la ruptura con piel i mucosa vaginal, lo que Roser llama reunion labriforme i que yo traduciria reunion por inflexion labriforme (Lippenförmige Vereinigung), i el ensanchamiento de la vulva, son los sintomas que mas saltan a la vista. Una consecuencia de la ruptura del perineo, es decir, de la falta de apoyo de la vagina, por una parte, es su relajacion i prolapso de su fondo con prolapso uterino consecutivo; por otra, de la falta de la contra-presion del perineo rupturado, el recto se aboveda hácia adelante, rectocele. Otras veces, aunque esto me parece mui raro,

son prolapso i rectocele debidos a la retraccion cicatricial. Digna de notarse es la disposicion a diarreas i la excitabilidad del recto consecutivas a desgarraduras profundas que no alcanzan a comprometer el esfinter anal. Éstos son los desórdenes producidos por las rupturas simples.

En las rupturas complicadas, es decir, aquellas en que por desgarramiento de todo el ancho del perineo obstetricio la parte inferior del recto i de la vagina forman una cloaca comun, a mas de esta asquerosa deformidad con sus consecuencias de incontinencia fecal, prolapso, uterino, etc, es la disposicion a diarrea con el debilitamiento de la paciente, lo que produce el síntoma mas predominante.

De esta lijera esposicion se deduce terapéuticamente la urjencia de la intervencion quirúrgica. I esta intervencion no puede ser otra, si se busca un resultado verdadero, que la formacion de las partes destruidas, es decir, la formacion artificial del perineo.

II.

El método de la plástica es la tension de los bordes, ya simples, ya con sublacion de ellos. Esta sublacion tiene a veces por objeto llenar el defecto (Langenbeck), mas frecuentemente elevar los bordes reunidos para ponerlos fuera de alcance de los secretos vajinales i rectales (Richet, etc). La perineosintesis de Langenbeck es una verdadera inclinacion de jiron. Dieffenbach añadia incisiones de distincion a ambos lados del defecto, práctica seguida por muchos hábiles operadores, Baker-Brown entre otros. Estos tajos han sido completamente rechazados por Simon, fundándose en que ellos no distienden mas que la piel, i lo que sobre todo interesa que sane, son las partes mas profundas del defecto; teniendo además dichas incisiones el inconveniente de ser heridas de larga i dificil curacion, i de esponer al individuo a todas las enfermedades accidentales de heridas abiertas. Simon las considera, no solo como inútiles (él no las ha necesitado nunca), sino tambien como perjudiciales. Me parece, sin embargo, que hai un caso en que estas incisiones estarian indicadas, i es aquel en que por enorme retraccion cicatricial o gangrena limitada de la parte inferior i anterior del perineo, la reunion de los bordes traiga consigo una excesiva estrechez de la vulva i una tension demasiado grande que no

solo dificulten el éxito inmediato sino tambien espongan a un nuevo desgarramiento en el próximo parto.

La seccion del esfinter anal, aunque muy recomendada por Baker-Brown i otros, con el fin de facilitar la salida de los excrementos i alejar de esta manera toda presion sobre el perineo reunido, es, segun la esperiencia de Simon, perfectamente inútil; pues además de la contraccion tetánica del esfinter cortado que obra en el sentido contrario al resultado que se desea, la herida después de doce a veinticuatro horas se cierra por prima intencion.

El sistema suavemente laxante adaptado a la individualidad de la enferma, se ha demostrado en la clínica de Simon perfectamente suficiente: aceite de palma-christi, dos cucharadas cada dos o tres dias, o 2 gramos de calomelano con 10 gramos de polvo de jalapa. Junto con esto, trata de vigorizar a la enferma i promover la prima intencion por medio de una alimentacion nutritiva i de fácil digestion: carne de ave, ternero, etc. i pequeñas cantidades de vino rojo.

Las operaciones en las rupturas inveteradas son bastante complicadas. No solamente el difícil refrescamiento sino tambien la adaptacion de los bordes ofrece dificultades a veces muy serias. Por la retraccion cicatricial los bordes, además de ser desiguales, ofrecen en algunos puntos endurecimiento. Por reunion labriforme de las mucosas del recto i de la vagina, están aquellos adelgazados, i los lados de la ruptura, en lugar de ser dos superficies anchas, están reducidos a bordes redondeados o reprimidos que apenas se distinguen en los lados de la cloaca. I esta inflexion labriforme tiene siempre lugar en la parte superior de la ruptura, donde el cuerpo perineal es mas angosto. Pero la dificultad mas grande proviene de la estension de las superficies avivadas que deben ser reunidas en toda su altura. El avivamiento debe, por consiguiente, ser hecho con mucho cuidado. "El cuidado i la exactitud mas grande en el avivamiento i en la reunion son como en todas las operaciones de la plástica gynæcológica, la condicion capital de su éxito," dice Simon.

I sobre la manera de hacer este avivamiento, reinan dos opiniones: la una quiere el avivamiento superficial; la otra, cuyo representante mas radical es el profesor Simon, proclama una oblacion tan profunda i estensa que todo lo que haya de endurecimiento cicatricial en los bordes, como todo lo que haya de relajado, sea perfectamente eliminado.

La primera opinion se funda sobre todo en el defecto que un avivamiento profundo produciria, es decir, en la reduccion del cuerpo perineal i la amenazante probabilidad de rupturas en el próximo parto.

Si consideramos, empero, la dificultad de reunion por primera intencion de tejidos cicatricialmente dejennerados, teniendo en vista el éxito inmediato, sin duda ninguna debemos optar por el avivamiento profundo. Por otra parte, aún antes de las investigaciones microscópicas sobre cicatrices, era conocida, i mui conocida, la facilidad que estos neoplasmas tienen para desgarrarse; mientras que, al contrario, la inmensa cantidad de fibra elástica que contiene el perineo es capaz por su estensibilidad de compensar en la mayor parte de los casos la reduccion del perineo producida por la obliacion profunda. Antes de decidir hasta dónde llevaremos el avivamiento, es necesario examinar la relacion que en el caso especial exista entre el tamaño de la parte que se tiene que quitar con la masa elástica que quedará.

Después de las observaciones i esperimentos de Simon sobre el material de sutura, no debe hacerse mas de esto una cuestion de tan grande importancia como lo quieren los operadores ingleses: hilo metálico, de seda o de alga marina (como Passavant quiere) lo mismo da; lo que importa es que el hilo sea fino i suave, i que la sutura esté bien hecha. Simon prefiere la seda por su docilidad i la facilidad de su uso. Que la seda por imbibicion con sustancias exteriores produzca una inflamacion de los tejidos que atraviesa i dé lugar a que las perforaciones queden, por consiguiente, a la formacion de fistulitas, como tambien que esponga a una inflamacion erisipelatosa de toda la herida, como lo pretenden los partidarios de la sutura metálica, esto es una posibilidad que *a priori* no puede negarse; la esperiencia de muchos cirujanos, empero, entre ellos la del mismo Simon, la reduce a bien poca cosa. Los hoyitos quedan, cualquiera que sea el material que se emplee, cuando la superficie de éste es áspera o la sutura está mal hecha, que produzca una contriccion mui grande o que por mala manipulacion los agujeros hallan salido sinuosos. Que la seda corte mas fácilmente los tejidos es falso: todo material demasiado grueso, áspero o inflexible, en una sutura mal hecha, lo hace.

III.

Cada una de las dos caras de la ruptura tiene la forma de un trapecio, cuyos lados son: por delante, la seccion de la pared posterior de la vajina; por abajo, la seccion de la piel del perineo; por detrás, la seccion de la pared anterior del recto; i por arriba, la parte no desgarrada del cuerpo perineal. Mientras mas profundas son las rupturas, mas pequeño es este lado, hasta desaparecer del todo en las completas.

De los tres lados accesibles puede intentarse la reunion; i bajo este punto de vista, es decir, segun el lado del cual se la tiene predominantemente, quisiera yo dividir estas operaciones en tres grandes grupos. Esta clasificacion corresponde perfectamente con el modo de obrar mecánico de la sutura, pues la direccion de las tracciones producidas por éstas es lo que mas influye para la reunion.

- 1.º Reunion intentada predominantemente por el lado cutáneo.
- 2.º Reunion intentada predominantemente por el lado vajinal.
- 3.º Reunion intentada predominantemente por el lado rectal.

PRIMER GRUPO.

Al primer grupo pertenecen algunos procedimientos operatorios. Todos ellos, desde la perineorafia unilateral hasta la reunion triangular de Dieffenbach, tienen de comun el intentar la reunion profunda desde el lado cutáneo. La traccion de las suturas, por consiguiente, se ejerce hácia abajo. De esta sola consideracion se manifiestan los inconvenientes de éstas, el peligro de la permanencia o *la formacion* de fistulas recto-vajinales, en los casos en que la ruptura es un tanto profunda, peligro bien demostrado por la observacion clínica.

A.—Perineorafia unilateral. El defecto está cosido solamente por el lado cutáneo. Este método es el mas sencillo, el mas antiguo, puesto por primera vez en práctica por Guillemeau, i es tambien el mas jeneralizado. Roux, después de haber arivado nui superficialmente los labios de la herida, aplica tres suturas profundas que ata sobre tubos de goma; i para asegurar el éxito, somete a la paciente a un sistema hijieno-terapéutico que tienda a producir en ella una permanente constipacion. Pero, por otro lado, a fin de evi-

tar una constipación que pueda dañar a la reunion, prescribe en ciertos casos la evacuación de escremento liquido.—Lane ata las suturas sobre dos varillas de marfil a ambos lados, en lugar de los tubos de goma.—Baker-Brown sigue exactamente el procedimiento de Roux, añadiendo la seccion bilateral del esfínter recomendada por Horner en 1837.—Jobert de Lamballe usa la sutura a puntos aislados i hace siempre las incisiones de distension de Dieffenbach que prolonga hasta mas atrás del ano.

Con suturas perineales, dice Simon, la reunion sobre el cutis perineal no puede efectuarse sino de un modo mui imperfecto; aunque confiesa que este método puede bastar mientras la ruptura no haya alcanzado a 1 o 2 centímetros encima del borde anal, o por lo menos, que no llegue mas arriba de la parte perineal de la pared recto-vajinal.

Otra de las desventajas de la perineorafia unilateral es el adelgazamiento posible de la parte perineal del tabique recto-vajinal, es decir, del cuerpo del perineo, con su consecuencia probable de favorecer la formacion de prolapso uterino i rectocele vajinal.

Este inconveniente lo evitan hasta cierto punto los procedimientos siguientes que adolecen siempre, sin embargo, de las faltas comunes a todo el grupo.

Estas operaciones, que se distinguen por añadir suturas auxiliares por el lado de la vagina o del recto o de ambos lados a la vez, son:

B.—Perineorafia bilateral, mas bien cutáneo-vajinal (Winkelnaht de los alemanes). Esta operacion, mas usada en las rupturas simples, consiste en añadir a la sutura profunda cutánea, algunos puntos de sutura superficial auxiliares, que cierren la desgarradura vajinal. Esta modificacion parece hallar su indicacion en aquellos casos en que la ruptura se estiende mui oblicuamente de lo alto de la pared vajinal hacia abajo a una pequeña altura en el recto. Como en estos casos hai gran disposicion a prolapso, Küchler añade dos a tres puntos de sutura que estrechen la vulva.—Richet hace esta perineorafia cutáneo-vajinal, como yo quisiera llamarla, formando dos jirones, uno a cada lado por subliacion de la mucosa vajinal, haciendo así que los bordes vajinales de la ruptura queden prominentes.

C.—Baker-Brown ha recomendado en las rupturas en que la pared rectal esté mui desgarrada, añadir a la sutura cutánea profunda

una auxiliar que reuna la desgarradura del recto, operacion que podríamos llamar perineorafía cutáneo-rectal.

D.—Para asegurar mas el resultado de la operacion i para obviar los inconvenientes indicados, Dieffenbach, ese gran maestro de la plástica quirúrgica, añade suturas auxiliares del recto i de la vagina, una reunion triangular que yo quisiera llamar perineorafía cutáneo-recto-vajinal. Con este procedimiento la operacion es practicable con éxito en los casos de desgarraduras oblicuas o transversales de la pared del recto. Dieffenbach usaba en sus últimas operaciones la sutura a puntos aislados i añadía a veces sus incisiones de distension.

Demarquay hace exactamente la reunion triangular de Dieffenbach, pero añadiendo la sublacion (preparacion) de los bordes de manera que en la vagina i recto los bordes reunidos quedan elevados, i así las secreciones vaginales i rectales no los mojan. Pero su gran ventaja es el que los bordes ganan en estension aumentando, por consiguiente, los puntos de contacto, i así la operacion en las rupturas que han invadido mas arriba del punto de confluencia de las paredes rectal i vaginal ofrece mas probabilidad de éxito.

Con esta modificacion de Demarquay ha llegado este grupo de procedimientos a su apogeo.

Tenemos aún, antes de abandonar este grupo, que tratar de la perineo-síntesis de Langenbeck, reunion bi o trilateral en la cual lo esencial consiste en que la ruptura vaginal en su parte inferior está cubierta con un jiron preparado de la pared posterior de la vagina. Este jiron forma como un techo sobre el perineo, con cuya piel se reune por su punta. La tension del jiron, estirando hácia arriba el perineo, hace mas difícil su reunion, por dislocar sus puntos de contacto; i se forman fistulitas sinuosas i largas, muy difíciles de sanar. Simon i otros operadores relatan casos de estas fistulas imposibles de sanar. Por la tension del jiron hácia arriba, el perineo se acorta además mucho i el ensanchamiento de la vulva que este acortamiento i estiramiento producen, puede favorecer i favorece la formacion de prolapso uterino.

Le Fort publicó en la *Gazette des Hopitaux*, núm. 25, un procedimiento cuya orijinalidad consiste en la exacta repeticion del método de Langenbeck.

2.º GRUPO.

En el segundo grupo, caracterizado por la aplicacion de suturas profundas por el lado de la vagina i que yo quisiera llamar procto-perineo-plástico-transvajinal, no sé que existan mas que las dos operaciones siguientes de mi profesor Simon.

A.—La mas simple, inventada i puesta en práctica por primera i hasta ahora única vez por el profesor Simon a mediados del año pasado, consiste en una sutura unilateral que desde los bordes vaginales abraza todo el cuerpo perineal, incluso los labios del recto. De manera que esta operacion tiene por objeto i resultado la formacion directa del tabique recto-vajinal, dejando para mas tarde una segunda operacion que consiste en la oclusion completa de los bordes cutáneos que, para evitar tracciones que pudieran tiro-near e inflamar, intencionalmente se habian dejado abiertos.

La paciente, mujer de cerca de 40 años, tenia una ruptura tan profunda que de la pared posterior de la vagina quedaban apenas unos 3 o 4 centímetros. Los bordes sumamente retraídos a ambos lados, i por reunion labriforme de las mucosas rectal i vajinal, solo con fuerza podia hacerseles sobresalir de las paredes laterales de la cloaca. En el lado cutáneo la retraccion no era tan grande i sus bordes podian estirarse hasta (la mujer estaba en la posicion de la talla con los muslos lijeramente abducidos) juntarse bastante bien. La enferma, convenientemente cloroformada, fué colocada en la posicion indicada. Puesto el defecto a la vista por medio de un espéculo de Sims, elevadores laterales i una placa anterior, fueron avivados los bordes lo mas completamente posible. Una vez sofocada la hemorragia i limpiada la herida, procedió Simon a colocar las suturas. Con una aguja mui curva (como las usa él siempre que se trata de una sutura exacta), armada con un hilo de seda delgado (núm. 2 de los alemanes), pasó un primer punto de sutura que, entrando por el borde vajinal izquierdo del avivamiento, entró al recto como a medio centímetro del borde rectal avivado. I así sucesivamente hasta seis u ocho. Lavada de nuevo mui cuidadosamente la herida, se procedió a amarrar las puntadas aisladamente. Entonces añadió algunos puntos de sutura superficiales en la vagina. La enferma, sometida al réjimen purgativo, fué colocada en la cama con los muslos juntos. La vagina era lavada tres a cuatro veces

al día por medio de la ducha de Esmarch con agua fría. En la tarde presentaba la paciente una temperatura de 38.5°c. Tres días se pasaron sin síntoma alguno digno de notarse i al cuarto se quitaron las suturas. La reunion del tabique era perfecta.

Esta operacion tiene sobre todas las por reunion triangular la gran ventaja de la mayor facilidad para retirar los hilos de sutura, acto que tantas veces ha hecho malegrarse la reunion casi obtenida. La otra gran ventaja, a la que difícilmente podria dársele demasiada importancia, consiste en que la traccion de las suturas se ejerce desde la pared misma del recto, evitando así todo tironcamiento del cuerpo intersticial del perineo, tan fácilmente cortado en parte o inflamado por los hilos de sutura.

Sobre la historia de este procedimiento, tenemos que indicar que Holst en 1863, con el objeto de asegurar la reunion exacta, i conociendo talvez la gran ventaja que acabo de indicar, recomendaba ya abrazar el recto con puntadas desde la vajina, en rupturas profundas, pero simples.

B.—Reunion triangular de Simon con suturas profundas desde la vajina, superficiales del recto i del cutis. Este método de reunion con suturas profundas desde la vajina i superficiales del recto i del cutis, que vamos a esponer lijramente, ha sido, como éste, completamente abandonado.

Aquí vamos a colocar la operacion de Simon, que él llamó procto-perineorafía, en la cual la reunion se intenta por medio de suturas igualmente profundas desde el recto i desde la vajina i superficiales del cutis, i cuyo resultado era tan superior a la operacion de Dieffenbach. Pero ya entonces preveía Simon que la combinacion de dos tracciones en sentido contrario, ejercidas desde el intersticio del cuerpo perineal, podria producir los inconvenientes que hemos indicado, lo que ha sido corroborado por la experiencia ulterior. Entonces modificó el procedimiento como lo espusimos hace un momento: suturas profundas desde la vajina, superficiales del recto i del cutis.

3.º GRUPO.

Al tercer grupo, es decir, la reunion intentada del lado del recto predominantemente i que yo llamaria procto-perineo-plástica-transrectal, pertenece una sola operacion: la reunion por suturas profundas desde el recto, superficiales del cutis i de la

vajina. Este procedimiento del profesor Simon, que he visto tantas veces practicar en su clinica i cuyos apuntes conservo, ha producido en sus manos resultados tan notables relativamente a los métodos anteriores, que enfermas de los países mas lejanos de la Europa occidental afluían a Heidelberg en busca de su auxilio, i aún cirujanos notables del extranjero no desdeñaban asistir a sus operaciones. Pero este procedimiento tiene la desventaja de producir una traccion mui fuerte del perineo hácia atrás, haciendo, aunque mui rara vez, malograrse la reunion del lado de la vajina; i la dificultad para retirar las suturas es tan grande i este acto está acompañado de tanto tironamiento de los bordes que a veces el resultado casi alcanzado ha sido en parte perdido. Esta dificultad i este peligro son tales que han obligado (como en todas las operaciones en que se colocaron suturas desde el recto) a dejar supurar las suturas, lo que ha favorecido la formacion de fistulas rectales.

Estos motivos hicieron a este experimentado cirujano sustituir esta operacion por la que hemos descrito bajo el nombre de transvajinal, procedimiento que a *priori* parece reunir todas las condiciones del éxito deseado. Pero, antes de formar sobre ella un juicio definitivo, esperemos que una mas larga experiencia de este método operatorio haga irrefutables sus ventajas. Su simplicidad, la facilidad de colocacion de las suturas, hacen por ahora de esta operacion la mas digna de ser con preferencia intentada en aquellos casos mas graves en que la perineorafia unilateral no alcance a llenar el objeto, es decir, cuando las desgarraduras son completas, o se estienden mas arriba del punto de confluencia del tabique recto-vajinal.

La plástica perineal en general, indicada ya por el padre de la cirujia francesa Ambrosio Paré, iniciada con éxito en sus grandes dias por Guillemeau, Saucerotte, Dupuytren, etc. ha sido llevada a un grado de perfeccion admirable por el ingenioso atrevimiento de los grandes maestros de la chliroplástica alemana, Dieffenbach, Langenbeck i Simon; i tengo el orgullo de esperar que en nuestro querido país tome su debido desarrollo bajo la influencia de nuestros antiguos i ejercitados cirujanos.

Santiago, agosto de 1874.

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad.*

Wenceslao Diaz, secretario.

