tourinarios del hombre. El himen es un repliegue de formación secundaria que aparece alrededor del sexto mes.

Estas pequeñas consideraciones son suficientes para hacer comprender la mayor parte de los vicios de conformación que se encuentran en la mujer.

Puede suceder que con un desarrollo *completo* de los órganos genitales externos coexista una ausencia *total* de los internos, por cuanto su desarrollo es independiente. Yo he visto a una joven en estas condiciones; estaba en vísperas de casarse, y sus padres, admirados de que no hubiese aún menstruado, quisieron antes consultar sobre esta anomalía; la vulva, el monte de Venus y las mamas estaban completamente desarrolladas. Separando los pequeños labios se veía una membrana que obturaba la vulva, pareciéndose al himen; pero el tacto rectal, combinado con la introducción de una sonda en la vejiga, me permitió afirmar que aquella joven no tenía vagina ni útero. Afortunadamente no existían tampoco los ovarios, por cuanto jamás había notado ningún síntoma de congestión pelviana.

Como el ovario se desarrolla separadamente del filamento o conducto de Müller, que más tarde formará el útero y la vagina, es posible observar la presencia del ovario, faltando al mismo tiempo estos últimos órganos.

El conducto de Müller puede obliterarse total o parcialmente en la porción destinada a formar la vagina; en este caso, se encuentra una vulva normal y un principio de vagina terminado en fondo de saco más o menos profundo, pero existiendo el útero. Cuando esto sucede, estamos autorizados para labrar, en cierto modo, una vagina entre la vejiga y el recto o destruir el tabique, lo cual se ha hecho muchas veces con buen resultado.

La obliteración puede recaer en la parte del conducto que forma la matriz; entonces puede faltar ésta, existiendo completamente desarrollados los demás órganos: *uterus deficiens*.

El tabique, que primitivamente separa tanto al útero como a la vagina en dos partes laterales, puede persistir, resultando de ello un útero y una vagina dobles.

Puede suceder que el tabique persista en la vagina o en el útero exclusivamente: *uterus duplex*.

Si la unión de los dos conductos de Müller se efectúa en un punto más bajo que de ordinario, tendremos el útero bicorne.

Si esta unión no se efectúa y, por consiguiente, quedan separados los conductos, resulta el útero bífido: *bipartitus*.

Puede suceder que únicamente se desarrolle uno de los filamentos de Müller, atrofiándose el otro; entonces se encuentra medio útero y media vagina: *uterus unicornis*.

Si el tabique que separa la matriz en dos mitades laterales se reabsorbe únicamente en su parte inferior, existen en la superior dos cavidades uterinas: *uterus semipartitus*.

Cuando existen a la vez en un mismo sujeto órganos masculinos y femeninos, se llama a esta anomalía *hermafroditismo*.

El hermafroditismo se llama *lateral* cuando los órganos son masculinos de un lado y femeninos del otro. Se llama *vertical* o *doble* cuando en un mismo lado existen un órgano masculino y otro femenino. Se llama *transversal* cuando los órganos genitales externos son femeninos y los internos masculinos, o recíprocamente.

ÓRGANO DE LA DEFECACIÓN O RECTO

El recto es la última porción del intestino grueso. Superiormente se continúa con el colon e inferiormente termina en el ano.

El ano ofrece disposiciones anatómicas y patológicas especiales; se desarrolla aisladamente y por esto merece también una descripción especial. Además, el recto y el ano están en relación lateralmente con una excavación que tiene con ellos las más íntimas conexiones, es el hueco isquiorrectal.

Estudiaré, pues, en cuatro capítulos sucesivos: el recto, propiamente dicho, el ano, el hueco isquiorrectal y el desarrollo del recto y del ano.

CAPITULO PRIMERO

Recto

El *recto* es continuación directa de la S ilíaca del colon. Su límite superior, un poco convencional, al menos por su superficie externa, está en la sínfisis sacroilíaca izquierda.

DIRECCIÓN DEL RECTO

La dirección general del recto es vertical; sin embargo, en vez de ser rectilíneo, como parece indicarlo su nombre, más bien debería llamársele *curvo*, como lo hizo Lisfranc. En efecto, presenta diferentes incurvaciones, tanto en sentido lateral como anteroposterior.

Incurvaciones laterales. — Desde la sínfisis sacroilíaca izquierda, se dirige primero un poco a la derecha y traspasa la línea media; pero vuelve luego a la izquierda, para volver a colocarse en la línea media en su última porción (figura 275). En este trayecto afecta la forma de una *S* itálica prolongada, describe dos curvas laterales muy ligeras, una superior, cuya concavidad mira a la izquierda, y otra inferior, cuya concavidad mira a la derecha. Estas incurvaciones no son en gran manera interesantes y, por lo tanto, desde el punto de vista práctico, no dan lugar a ninguna consideración especial. Se enderezan

fácilmente y no se oponen a la introducción de sondas rectas. Por otra parte, únicamente se notan en un intestino vacío, como lo representa la figura 275.

Incurvaciones anteroposteriores. — Las incurvaciones anteroposteriores del recto son mucho más pronunciadas que las laterales, y asimismo más importantes (véanse nuestros diversos cortes anteroposteriores de la pelvis en el hombre y en la mujer). A partir de su origen, el recto gana la curva del sacro, se adapta a ella y la sigue hasta el vértice del coxis, es decir, que se dirige primeramente hacia atrás y después hacia delante, describiendo, lo mismo que la pared posterior de la pelvis, una vasta curva cuya concavidad mira directamente hacia delante. De este modo, en el hombre, el recto recibe en su concavidad la cara posterior convexa de la vejiga, y la extremidad inferior de la curva está en relación con el vértice o pico de la próstata. A partir de este punto, se dirige bruscamente hacia atrás y, después de un trayecto de unos 3 centímetros, termina en el ano.

Tenemos, pues, que el recto describe, en el plano anteroposterior, dos curvas de muy desigual longitud: la primera, superior, y cuya concavidad mira hacia delante, es tan larga como el sacro y el coxis, y la segunda, inferior, y cuya concavidad mira hacia atrás, es muy corta.

En la práctica conviene mucho conocer esta doble curva. Cuando se trata de introducir un cuerpo extraño en el recto, ya sea una cánula, una sonda o un espéculo, el instrumento debe empezar siguiendo el eje de la curva inferior o curva menor. Ahora bien, la dirección de este eje es de abajo arriba y de atrás adelante, y termina en la próstata en el hombre y en el tabique rectovaginal en la mujer. En su consecuencia, si se continúa empujando el instrumento en este sentido, se choca con una resistencia, y si se trata, por ejemplo, de administrar un enema, el líquido no penetra en el recto, lo cual sucede con bastante frecuencia.

Sin duda que a esta disposición se debieron los accidentes de que hablan los autores antiguos, pues cuando en vez de los irrigadores se usaban jeringas cuya cánula era puntiaguda, sucedía a menudo que un enfermero inconsiderado, al encontrar un obstáculo, atravesaba la pared rectal e inyectaba el líquido fuera de la cavidad. Tenemos, pues, que, para introducir un espéculo, la primera dirección que debemos darle es la de una línea que, prolongada, fuera a terminar en el ombligo; se levanta en seguida el mango hacia el pubis y se empuja la extremidad del instrumento hacia la concavidad del sacro. Si es necesario que el intrumento llegue muy arriba, puede suceder también que choque contra el gran número de pliegues que se encuentran en la superficie interna del recto: en este caso, debemos retirarlo un poco y cambiarle la dirección para empujarlo de nuevo suavemente. La presencia de estos pliegues podría hacer creer en la existencia de un obstáculo que, sin embargo, no existiera.

CALIBRE DEL RECTO

El calibre del recto está lejos de ser uniforme en toda la extensión de éste. La parte más estrecha corresponde al ano y a la porción que le sigue inmediatamente hasta el vértice de la próstata; rodean a esta porción los dos músculos esfínteres y por esto lleva el nombre de *porción esfinteriana* o *anal*. Forma una especie de hilera que, para franquearla, el dedo experimenta a menudo alguna dificultad; un reborde saliente, sobre todo por detrás, la limita en la parte superior. Por encima de la porción esfinteriana, el recto se dilata bruscamente en forma de ampolla, constituyendo la *porción ampular*, la cual no tiene bien circunscrito su límite superior. Por encima de la ampolla se encuentra la porción *supraampular*, que es regularmente cilíndrica. Estas denominaciones son cómodas en la práctica para designar el punto en que se encuentra la lesión, teniendo además la ventaja de ser aplicables a ambos sexos.

Como todas las vísceras huecas, el recto es susceptible de experimentar a la larga una ampliación considerable cuando las materias fecales se acumulan en él, pero parece que soporta bastante bien una dilatación brusca; así se explica cómo cirujanos alemanes han llegado a introducir toda la mano dentro del intestino, para hacerla llegar hasta la cavidad abdominal, explorando, de este modo, dicen, el riñón y hasta la cara inferior del hígado.

Por el contrario, no es raro observar *estrecheces del recto*. Estas pueden depender de diferentes causas y sobre todo del cáncer. También puede producirlas la tuberculosis. Existe una especie particular de estrechez, que se observa casi exclusivamente en la mujer, sobre la cual el doctor Gosselin ha llamado especialmente la atención y que está manifiestamente bajo la dependencia de la sífilis. El doctor A. Després la considera resultante de la cicatriz de un chancro fagedénico; pero es más probable que la mayor parte de estas estrecheces dependan de accidentes terciarios. Para el doctor A. Fournier, es consecuencia de un *sifiloma rectoanal*, constituído por una infiltración en las paredes rectales de productos de la sífilis terciaria; el doctor E. Vidal las considera como una especie de *goma difuso*. Sea como fuere, la estrechez sifilítica ocupa siempre el mismo sitio; se encuentra entre las porciones esfinteriana y ampular, asciende más o menos en esta última y ocupa toda la circunferencia del recto: es, pues, muy accesible al tacto. El tejido que la forma es denso, y, si el orificio es estrecho, opone una resistencia invencible a la introducción del dedo. Por otra parte, esta maniobra debe practicarse todo lo menos posible, porque puede provocar accidentes mortales.

Estas estrecheces son notables por la lentitud de su desarrollo; por lo general, diez o quince años después del accidente primitivo dificultan suficientemente las funciones, y es cuando los enfermos se deciden a someterse a un tratamiento. No obstante, he observado un caso en una mujer de veintiún años; pero había contraído la sífilis a los quince.

La dilatación progresiva, el desbridamiento múltiple y las escarificaciones por medio del rectótomo que yo hice construir, alivian mucho al enfermo, pero no le curan. Lo mismo sucede con la rectotomía lineal.

Siempre que sea posible, es preferible la resección total de la parte estrechada. Yo he practicado con éxito la resección parcial del anillo. En ningún caso debe emplearse la dilatación forzada contra las estrecheces del recto, sobre todo para las que son de naturaleza cancerosa, porque con esto nos expondríamos a provocar una rotura y una peritonitis rápidamente mortal. Por mi parte, rechazo por completo los instrumentos de Perrève y todos los destinados a este objeto.

La induración, causa de la estrechez, quizá no ocupe más que una parte de la circunferencia del intestino, y se llama a esta disposición estrechez parcial. Hace ya muchos años que observé una variedad no indicada aún e importante, sobre todo por su influencia sobre la producción y persistencia de las fístulas del ano; me ocuparé de ello más adelante.

Cualquiera que sea la causa de la estrechez, el intestino, siguiendo la ley general, se dilata por encima del punto estrechado y al mismo tiempo se pro-

ducen en la mucosa alteraciones más o menos profundas y, consecutivamente, lesiones de vecindad, de las que nos ocuparemos más adelante.

La longitud del recto varía en general de 20 a 25 centímetros, de los cuales unos 10 pertenecen a la porción subperitoneal.

RELACIONES DEL RECTO

En el recto, estudiado desde el punto de vista de sus relaciones, hemos de considerar una cara anterior, otra posterior y dos laterales. Las relaciones que contrae con el peritoneo son tan interesantes para la práctica, que creo conveniente empezar por éstas su estudio.

Relaciones del recto con el peritoneo. — En su origen, el recto está, como la S ilíaca, envuelto por todos lados por el peritoneo; se hunde en seguida en la pelvis para penetrar luego en medio de las partes blandas que cierran inferiormente esta cavidad, y las atraviesa contrayendo con ellas íntimas adherencias. El peritoneo lo abandona en este momento para reflejarse sobre las partes inmediatas. Vemos, pues, que el recto ofrece la particularidad de estar desprovisto de peritoneo en una parte de su extensión, de modo que podemos extirpar parte de este intestino sin abrir la cavidad peritoneal. Esta relación anatómica tiene tanta importancia en patología y medicina operatoria, que justifica perfectamente la división del recto en porción *sub* o *extraperitoneal* y porción *supra* o *intraperitoneal*. La figura 272 representa perfectamente esta disposición.

El hecho más sobresaliente es que el peritoneo desciende más por la cara anterior que por la posterior del recto; resulta, pues, que en una extirpación se puede llegar mucho más arriba a lo largo de la segunda que de la primera, sin peligro de herir el peritoneo. Por esto una lesión orgánica del recto será tanto más grave cuanto mayor sea la extensión que ocupe de la pared anterior.

Lo mismo podemos decir de las heridas del recto, que deben su especial gravedad a la herida del peritoneo. Otro peligro serio, a causa de una herida de guerra, por ejemplo, es el paso de materias fecales al tejido celular de la pelvis; por esto, en casos de esta naturaleza, es bueno dilatar extensamente la porción esfinteriana, a fin de que ningún obstáculo se oponga a la salida de las heces.

Al principio, el peritoneo forma en el recto un pequeño mesenterio que le sujeta a la cara anterior del sacro: por esto el intestino, cuando está vacío, puede flotar ligeramente dentro de la pelvis. Cuando está lleno, las dos hojas del peritoneo se separan para permitir su distensión.

Llegado a nivel de la base de las vesículas seminales en el hombre, y a cosa del cuarto superior de la vagina en la mujer, el peritoneo se refleja para formar un fondo de saco, sobre el cual he insistido suficientemente al estudiar los órganos génitourinarios del hombre y de la mujer. He de recordar que este fondo de saco dista del ano unos 5 centímetros cuando la vejiga está vacía, y 6 cuando está llena. Estas son al menos las distancias que por mi parte he encontrado las más de las veces; por lo demás, pueden variar de 1 a 2 centímetros, según los sujetos, pero en ningún caso llegan a los límites que les señaló Lisfranc (4 pulgadas en el hombre y 6 en la mujer). Por otra parte, veremos más adelante cómo es posible explicar los resultados que indica este cirujano y otros que se encuentran en su caso.

Desde la cara anterior del recto, el peritoneo, pasando por las caras laterales, cubre la posterior; pero este trayecto es muy oblicuo de abajo arriba y

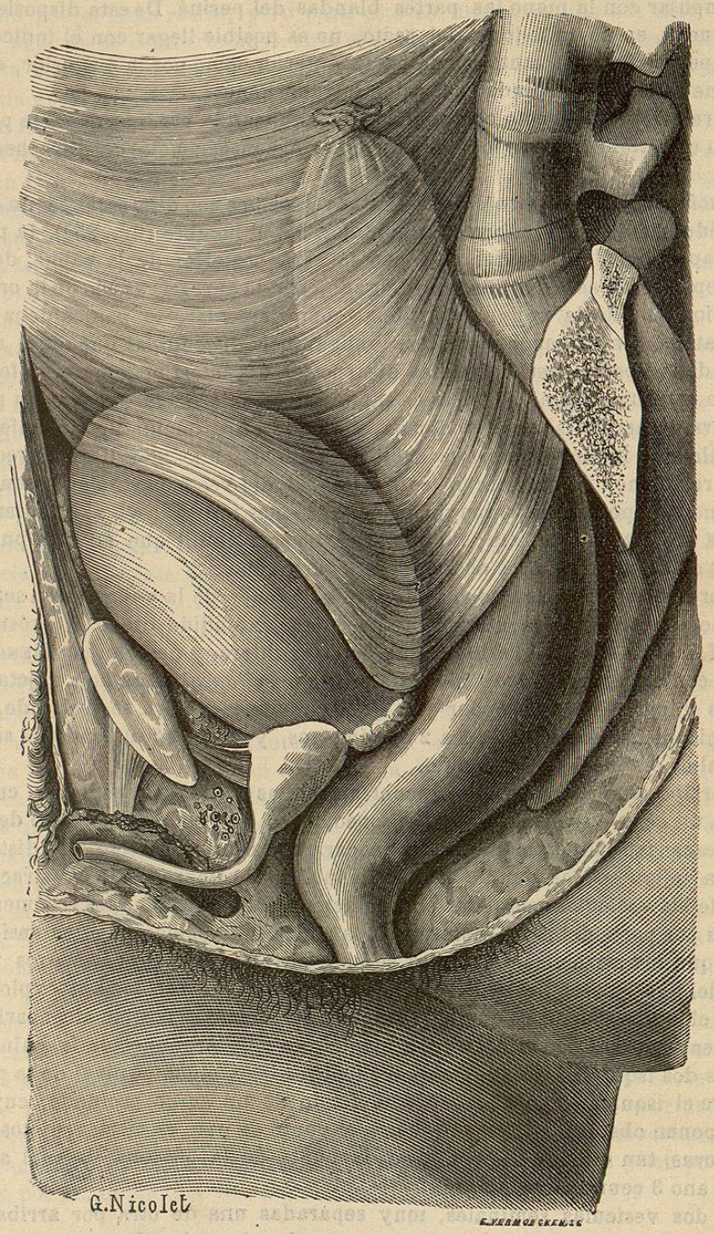

Fig. 272. — *Relaciones del peritoneo con las caras laterales de la vejiga y del recto*

de delante atrás, de donde resulta la diferencia de nivel en que se encuentra la serosa entre la parte anterior y la posterior del intestino. Hase medido con cuidado la distancia que separa el ano del punto en que el peritoneo viene

a cubrir la pared posterior del recto; por mi parte, he encontrado que es de 11 a 12 centímetros. A esta distancia es a la que puede llegar el índice, procurando empujar con la mano las partes blandas del periné. De esta disposición resulta que si, en un epitelioma del recto, no es posible llegar con el índice al límite superior del mal, tanto por la parte anterior como por la posterior, esto indica que se halla interesada la porción intraperitoneal.

Las relaciones del recto con el peritoneo explican la producción de la peritonitis en el último período de los cánceres, a consecuencia de estrecheces, etcétera.

Relaciones de la cara anterior. — Estas relaciones son diferentes según que las consideremos en el hombre o en la mujer. En el hombre (fig. 252), la porción intraperitoneal está en relación con la cara posterior de la vejiga, de la cual la separan las asas del intestino delgado cuando el reservatorio de la orina está vacío. Cuando la vejiga está llena, comprime al recto y lo aplana de delante atrás. Sin embargo, jamás la vejiga, por distendida que esté, aun a punto de romperse, determina una obstrucción del intestino grueso, ni fenómenos de estrangulación; en el caso supuesto, se sale de la excavación pelviana para desarrollarse en el abdomen, en donde experimenta un movimiento de báscula que inclina el vértice hacia delante dejando más libre el recto.

Las relaciones de la porción subperitoneal del recto por delante son en gran manera importantes; la mayor parte las hemos indicado ya al estudiar la vejiga, la próstata y la uretra; sin embargo, no será inútil que en este punto entremos en algunos detalles acerca de este particular.

Recordemos ante todo que el recto y el bajo fondo de la vejiga están separados uno de otro por un plano fibromuscular, extendido desde la próstata hasta el fondo de saco del peritoneo, al cual se adhiere, y descrito por Denonvilliers con el nombre de *aponeurosis prostatoperitoneal.* Esta hoja sujeta al peritoneo y permite comprender por qué, cuando la vejiga se distiende, la serosa únicamente se eleva de 1 a 2 centímetros, y por qué el fondo de saco peritoneal es entonces tan profundo.

De arriba abajo considerado, encontramos: las vesículas seminales, cuya base está un poco cubierta por el peritoneo, pero que en todo el resto de su altura descansan directamente sobre la cara anterior del recto. La distensión de la vejiga apenas cambia esta relación. Así se comprende la exploración posible de las vesículas seminales por el tacto rectal, así como los fenómenos dolorosos por parte del recto, determinados por la inflamación de estas vesículas. Ya que las vesículas seminales se encuentran a 6 u 8 centímetros por encima del ano, parece natural creer que siempre ha de ser fácil su exploración con el índice, siendo así que muy frecuentemente no es posible alcanzarlas. Esto depende de que, en el hombre, a menudo es muy pronunciada la eminencia de los dos isquiones. El ano no se encuentra ni con mucho a nivel de la piel que cubre el isquion, sino que ocupa el fondo de un surco profundo, cuyos bordes oponen obstáculo a la mano, hasta el punto de que, en ciertos sujetos de carnes duras, tan sólo se llega a tocar la punta de la próstata, la cual sólo dista del ano 3 centímetros.

Las dos vesículas seminales, muy separadas una de otra por arriba y aproximadas por abajo, dejan entre sí un espacio triangular (fig. 262), desprovisto de peritoneo y que corresponde al bajo fondo de la vejiga. Este espacio lo hemos estudiado ya en la página 815. He de recordar que, para la talla rectovesical, hoy justamente abandonada, en este punto se practicaba la sección de la vejiga.

El bajo fondo de la vejiga, detrás de la próstata, es el punto en que se alojan ordinariamente los cálculos vesicales. Por esto es posible encontrar el cálculo por el tacto rectal; pero para esto es necesario que sea muy voluminoso, pues de lo contrario huye ante el dedo. La talla de Celso estaba fundada en esta relación del recto con el bajo fondo de la vejiga. Como quiera que en aquella época los cirujanos aun no habían intentado introducir ningún conductor en la vejiga, tenían por única guía la piedra misma. Uno o dos dedos de la mano izquierda, introducidos en el recto, iban en busca del cálculo y, encorvados en forma de gancho, lo mantenían aplicado contra el periné. Entonces el cirujano practicaba una incisión sobre la eminencia de la piedra misma, incisión que, trazada de atrás adelante, algunas veces se inclina *elegantemente* hacia fuera, según expresión de Pablo de Egina (traducción del doctor René Briau). Se comprende fácilmente que esta maniobra sólo podía ejecutarse en sujetos cuyo periné estuviese poco desarrollado, y sin duda por este motivo se practicaba la talla tan sólo en las primeras edades de la vida, o sea antes de los quince años. Así es que la invención del catéter acanalado, del cual no se hizo mención antes de Juan de los Romanos, es uno de los más fértiles descubrimientos de la cirugía, puesto que nos ha permitido extender a todas las edades los beneficios de esta excelente operación, demasiado abandonada en nuestros días.

Por debajo de las vesículas seminales y del espacio triangular que las separa se encuentra la próstata. Anteriormente (pág. 830) he insistido sobre las relaciones de esta glándula con el recto y en las numerosas consecuencias que de ellas resultan. Por el recto es por donde conviene explorarla y por donde es preciso abrir los abscesos que se desarrollan en su espesor, etc. El recto está en contacto con la próstata y aun a veces traspasa los límites de ésta por los lados; por esto no es de extrañar que se hayan observado heridas del intestino en las diversas tallas prostáticas. Imitando la conducta de Sanson, Vacca Berlinghieri se adelantó al peligro, cortando de una vez y al principio de la operación la porción esfinteriana del recto en su pared anterior hasta el pico de la próstata. Puncionaba en seguida la porción muscular de la uretra sobre el catéter y dividía la próstata hacia atrás y en la línea media. El periné quedaba, pues, convertido en una especie de cloaca. Es indudable que por este procedimiento la operación es mucho más fácil que no dividiendo capa por capa el periné hasta el catéter, y, además, de este modo se evita con más seguridad el bulbo; pero tiene el gran inconveniente de dejar fístulas uretrorrectales consecutivas, cuya curación ofrece grandes dificultades. Además, de este modo se dividen casi con seguridad uno y a veces los dos conductos eyaculadores, y esta razón me parece suficiente para desechar todas las incisiones prostáticas medias posteriores, sobre todo si se trata de un sujeto joven.

Estas nociones anatómicas, un poco descuidadas desde que se ha abandonado la talla perineal, han recobrado en nuestros días su oportunidad con motivo de la prostatectomía. En efecto, uno de los tiempos importantes de la operación consiste en fraguarse una vía por delante del ano y en proteger el recto por medio de una valva que lo retira hacia atrás.

TRIÁNGULO RECTOURETRAL

A partir del vértice de la próstata, la uretra y el recto se separan uno de otro formando un ángulo de unos 30 a 40 grados; la primera se dirige hacia delante y el segundo hacia atrás. De aquí resulta un espacio triangular, cuya

base corresponde a la piel y el vértice al pico de la próstata, espacio designado con el nombre de *triángulo rectouretral*. La importancia de este triángulo me induce a describirlo de un modo especial (fig. 249).

Hemos de considerar en él un borde anterior, otro posterior, una base y un vértice. El área de este triángulo está ocupada por partes blandas.

El borde anterior está formado por la porción membranosa de la uretra. En los sujetos de edad, este borde está completamente cubierto por el bulbo, a su vez sujeto al conducto por un desdoblamiento de la aponeurosis media del periné; en este punto es en donde se establece el ojal perineal.

El borde posterior está formado por la pared anterior de la porción esfinteriana del recto.

La base está en relación con la piel y se extiende desde la raíz de las bolsas al ano.

El vértice corresponde a la punta de la próstata. En el vértice, la porción membranosa y el recto se tocan, de modo que las cavidades circunscritas por estas dos partes están separadas una de otra únicamente por el espesor de las paredes: por esto es tan fácil apreciar por el tacto rectal la presencia de una sonda en la uretra. En caso de hipertrofia del lóbulo medio de la próstata, con el dedo podemos repeler la sonda hacia arriba, ayudándola así a salvar el obstáculo. El espesor es tan poco, que se puede percibir la ranura del catéter acanalado, de modo que por el recto podemos abrir directamente la uretra sin interesar el ano y penetrar de este modo en la vejiga, operación que he visto llevar a cabo con admirable brillantez al doctor Maisonneuve. Por desgracia, se pueden hacer a esta operación las mismas objeciones que dirigí al método de Sanson y Vacca Berlinghieri; quizá aun predispone más a las fístulas rectouretrales.

El vértice del triángulo dista de la piel de 2 a 3 centímetros, pero esta distancia es muy variable según los sujetos; en algunos viejos la profundidad es doble, lo cual aumenta singularmente la dificultad de las primeras incisiones de la talla y de la prostatectomía.

El área del triángulo rectouretral está ocupada por el entrecruzamiento, sobre la línea media, del esfínter externo, del bulbo cavernoso y del transverso superficial del periné. Más profundamente, la porción membranosa y el recto se aproximan y únicamente están separados por una cantidad mayor o menor de tejido céluloadiposo. Tan sólo se encuentran en este punto arteriolas provenientes de las hemorroidales.

Por este espacio se llega a la vejiga en las tallas llamadas *perineales*. Las más importantes son la bilateral de Dupuytren y la prerrectal de Nélaton, y este es el momento oportuno para indicar las diferencias que existen entre estas dos operaciones, que se han considerado equivocadamente como idénticas. Para la generación actual este punto apenas ofrece más que un interés histórico, pero es bastante importante para que insista en él.

Existe tanta diferencia entre la talla de Nélaton y la de Dupuytren como entre la bilateral y la de Celso, y, sin embargo, muchas veces se había objetado lo contrario a aquel célebre cirujano. Sin duda que las dos primeras tienen muchos puntos comunes, en particular la incisión del cuello vesical con el litótomo doble de Charrière siguiendo los diámetros oblicuos inferiores de la próstata; pero se diferencian en absoluto en cuanto al camino que se sigue para llegar al catéter y respecto del punto en que se practica la punción de la uretra.

Dupuytren practicaba en el periné una incisión transversal y penetraba

directamente hasta el catéter acanalado, sin cuidarse de las capas que atravesaba. Llegaba a la porción membranosa, o sea al borde anterior del triángulo rectouretral, por el camino más corto. Sin duda que esta incisión facilita este tiempo de la operación, puesto que, en ciertos sujetos, se percibe perfectamente a este nivel la ranura del catéter a través de los tegumentos y se podría llegar a él de un solo golpe; pero el bulbo de la uretra resultaba fatalmente interesado, siempre que el enfermo tenía ya alguna edad. Ahora bien, la sección del bulbo constituye un accidente serio, aparte de la abundante hemorragia que de ello resulta, por dejar una puerta abierta a la flebitis y a la infección purulenta, tan frecuentes en aquella época. Seguramente que nada de esto preocupó por un momento a Dupuytren, por cuanto en vano buscaríamos en su Memoria la palabra bulbo de la uretra.

Nélaton, por el contrario, procuró por todos los medios evitar este accidente, y a este fin concibió la idea de llegar a la uretra, siguiendo la pared anterior del recto y tomándola por guía sin separarse de ella un instante. Una vez practicada la incisión por delante del ano, a pequeños cortes de bisturí desprendía la pared rectal, como si se tratase de extirparla. El índice izquierdo introducido en el recto y el pulgar en la herida indicaban constantemente al operador el espesor de la pared, advirtiéndole si se aproximaba o alejaba demasiado de la cavidad; durante este tiempo, un ayudante tiraba hacia arriba el labio anterior de la herida y con ella el bulbo. De este modo se continúa la disección hasta que se percibe el vértice de la próstata, punto en el cual se punciona la uretra.

Vemos, pues, que en la talla prerrectal se sigue el borde posterior del triángulo rectouretral, es decir, el camino más largo; por otra parte, conviene llegar hasta el vértice del triángulo; por esto, por mi parte, encuentro este tiempo de la operación mucho más difícil y más largo en la talla prerrectal que en la bilateral, sobre todo en ciertos viejos cuyo periné es muy profundo, y esta es la única objeción, si en realidad es tal, que debo hacer a semejante procedimiento. *A priori* podría creerse que la pared anterior del recto así aislada debe gangrenarse; pero nada de esto sucede.

En resumen, considero la talla prerrectal de Nélaton como muy superior a todas las que se han practicado hasta hoy. He de añadir que la vía señalada por Nélaton para penetrar en la vejiga es exactamente la que conviene seguir para practicar la prostatectomía.

Más adelante, al estudiar el triángulo isquiobulbar, estudiaré las ventajas e inconvenientes de la talla lateralizada.

Relaciones de la cara posterior. — La cara posterior del recto está en relación con la corvadura sacra, a la cual sigue en toda su longitud. La resección del sacro proporciona amplio acceso sobre el recto, como sucede en la operación llamada *de Kraske*, según demuestra la figura 273, hecha principalmente con este objeto. Descansa sobre los músculos piramidales, los isquiocoxígeos y los nervios del plexo sacro. La arteria mesentérica inferior está comprendida entre las dos hojas del mesorrecto.

Por detrás del recto existe una abundante y muy floja capa de tejido celular, que permite tirar hacia abajo al intestino; la capa que separa el recto de la cara posterior de la próstata, aunque más densa que la precedente, permite, sin embargo, operar la separación de estos dos órganos. Hemos visto anteriormente que el recto, movible en su porción intraperitoneal, está sujeto en toda la parte situada por debajo. Ahora bien, el principal medio de fijeza del recto es el músculo elevador del ano, cuyas fibras se continúan en la superficie del