aisladamente y, sobre todo, no interesar jamás la piel. Para obtener estos resultados yo me atengo todavía a la ignipuntura.

La dilatación forzada del ano constituye también una muy buena intervención en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides; pero únicamente está indicada y resulta eficaz contra el elemento dolor, en aquellos casos en que los dolores violentos dominan toda la escena, porque entonces existe contractura y probablemente una fisura anal. La dilatación nada puede contra las hemorragias y no hace otra cosa que aumentar la procidencia.

Vasos linfáticos. — Los vasos linfáticos son en este punto muy abundantes; acompañan a la arteria hemorroidal superior y terminan en los ganglios hipogástricos y en una serie de ganglios situados por detrás del recto, en el espesor del mesorrecto, formando así una cadena continua con la de los ganglios lumbares.

Nervios. — Los nervios provienen del gran simpático y acompañan a las arterias. Constituyen los plexos hemorroidales superior, medio e inferior. Los filetes procedentes de la médula salen del plexo sacro: por esto una lesión medular a nivel de la undécima vértebra dorsal paraliza al recto.

capital se a de se a d

pequeño grupo que acompaña a las arterias hemorroidales inferioras, va a parar

des. Pasado algún tiempo las parad Ano basad sal cominitivo que las

El ano no es únicamente el orificio inferior del tubo intestinal, sino que se da este nombre a una región en cuyo centro se encuentra el orificio anal. Es comparable a la región palpebral y a la de los labios. Debiendo el orificio anal abrirse y volverse a cerrar, en la región de este nombre se encuentran los órganos que concurren al cumplimiento de esta función, cuyo agente esencial es un músculo, el esfínter.

La región anal es algo profunda. Considero que la parte más inferior del recto, la que está rodeada de fibras circulares que forman el esfínter interno, debe formar parte de ella; tenemos, pues, que región anal y porción esfinteriana del recto son dos expresiones sinónimas; su altura varía entre 2 y 3 centímetros.

ORIFICIO ANAL

El orificio anal es circular, está constantemente cerrado en el intervalo de las deposiciones y fruncido como la abertura de una bolsa. Su situación no es igual en el hombre y en la mujer. En esta última está más hacia delante del coxis y menos hundido entre los dos isquiones. El orificio anal está deprimido, situado en el fondo de un infundíbulum, y los pliegues que lo rodean están borrados en los sujetos que se entregan a la sodomía. Está menos apartado del meato urinario en la mujer que en el hombre, de donde se desprenden ciertas consecuencias, de las cuales se ha podido sacar partido en medicina legal. En el hombre está rodeado de pelos; rara vez los presenta en la mujer.

Del contorno del orificio nacen cierto número de pliegues, llamados pliegues radiados del ano, cuya disposición es semejante a la de los radios de una rueda. Para ver estos pliegues, y especialmente en el hombre, conviene ejercer una ligera tracción sobre las partes laterales. Mejor los vemos aún aconsejando al enfermo que al mismo tiempo haga esfuerzos como para defecar. Sin esta precaución, a menudo es imposible reconocer la presencia de pequeñas heridas que muchas veces se encuentran en el fondo de estos pliegues y constituyen las fisuras del ano.

La fisura del ano es notable por los violentos dolores que ordinariamente provoca, debido a la contractura del esfínter. El dolor de la fisura es tan característico que, sin reconocer al enfermo, podríamos establecer el diagnóstico. Muy soportable en el momento de pasar las materias, se despierta algunos instantes después y aumenta durante un rato muy variable; luego desaparece insensiblemente para reaparecer en la siguiente deposición. Algunas veces el dolor se prolonga desde una deposición a la otra; en este caso, los enfermos no encuentran un momento de reposo y acaban por apenas comer, a fin de evitar la necesidad de obrar. El dolor es a veces bastante intolerable para provocar ideas de suicidio.

Poseemos un medio infalible para hacer desaparecer instantáneamente estos dolores: es la dilatación forzada, ideada por RÉCAMIER.

La muçosa que reviste la porción anal del recto presenta cierto número de pliegues verticales designados con el nombre de columnas del recto. Entre estas columnas existen repliegues valvulares comparados a las válvulas aórticas y cuyo borde libre mira hacia arriba. De ello resulta la presencia alrededor del ano de muchas pequeñas depresiones, en las cuales se introducen a veces cuerpos extraños, tales como pepitas de uva, fragmentos de hueso, etcétera, que son origen de ciertos abscesos y fístulas del ano, ordinariamente sin gravedad.

ESTRUCTURA DEL ANO

El ano está esencialmente formado por una capa muscular muy potente, que por su tonicidad mantiene el orificio constantemente cerrado, de modo que se opone al paso involuntario de las materias fecales y de los gases. Esto sucede cuando los esfínteres por una causa cualquiera están paralizados o destruídos.

Tres músculos entran en la composición de esta capa: el esfínter externo, el esfínter interno y las fibras más inferiores del elevador del ano.

El esfinter externo es orbicular; sus fibras, dispuestas por capas concéntricas, se extienden lateralmente hasta unos 3 centímetros del borde del ano. Por detrás, se fijan en un rafe fibroso extendido desde el orificio anal hasta la extremidad del coxis; en la parte anterior, una porción de ellas se insertan en la aponeurosis perineal superficial. Otras atraviesan esta aponeurosis y se entrecruzan en 8 de guarismo con el bulbocavernoso en el hombre y el constrictor de la vagina en la mujer, de modo que la acción de estos músculos es necesariamente sinérgica.

El esfinter interno lo constituyen las fibras circulares más inferiores del recto. En el cadáver es bastante difícil determinar sus límites superiores, pero no sucede lo mismo en el vivo. Como lo he hecho notar ya, el dedo aprecia perfectamente el borde superior, sobre todo por detrás; queda aprisionado como

por un anillo más o menos contraído, según los sujetos, y a veces cuesta mucho introducir en él el dedo, cuando el músculo está en contractura.

Este estado de contractura de los esfínteres del ano (y me ha parecido que muchas veces estaba afectado el interno aisladamente) es bastante frecuente y sobreviene bajo la influencia de diversas causas; como he dicho ya, la fisura es su causa más frecuente. Producida a su vez, en general, por una astricción de vientre pertinaz, la fisura determina paulatinamente esta contractura, que aumenta cada vez más y causa este dolor especial de que he hablado en su lugar. La prueba de que más bien debe atribuirse a la contractura que no a la herida la producción del dolor, se encuentra en la circunstancia de que éste no aparece sino algún tiempo después de haber pasado las materias fecales y que cesa inmediatamente una vez vencida la contractura, ya sea a beneficio de una distensión forzada o de una incisión profunda.

¿Por qué ciertas heridas del ano producen esa contractura dolorosa de los esfínteres, al paso que otras no determinan semejante accidente? Es difícil decirlo; sin embargo, es probable que dependa de erosiones muy superficiales del dermis; éstas ponen al descubierto la capa papilar y provocan con el tiempo una contractura refleja, al paso que las heridas más profundas no tienen semejante complicación, porque interesan la piel en todo su espesor. No titubearía en comparar este fenómeno con lo que sucede cuando existen en la córnea úlceras superficiales que ponen al descubierto los nervios de esta membrana. En este caso, se observa una intensa fotofobia y la contractura del orbicular, fenómenos que no se presentan tan marcados cuando las úlceras son profundas.

Un tumor hemorroidal inflamado o ulcerado puede producir la contractura de los esfinteres, y lo mismo puede suceder a consecuencia de la irritación producida por los oxiuros. Asimismo se encuentran contracturas dolorosas sin causa apreciable; Boyer llamaba a esto «fisura sin fisura»; es de creer que en este caso existe en la mucosa anal una ligera erosión imperceptible a simple vista. Sea cual fuere, por otra parte, la causa, el mismo tratamiento por la dilatación forzada es también aplicable a este caso.

En el borde superior del esfínter interno empiezan, en general, las estrecheces sifilíticas del recto; en el mismo punto, y en la parte posterior únicamente, se encuentra también la brida indicada anteriormente como causa de fístulas.

Con relación a los músculos esfínteres hemos de dividir las fístulas del ano en intra y extraesfinterianas.

Las primeras son submucosas; para su curación no hay necesidad de dividir fibras musculares, curan más pronto y no traen consigo ninguna mala consecuencia. Por el contrario, aquellas cuyo orificio externo y trayecto consiguiente están situados por fuera de los esfinteres, en general, se abren más arriba que las precedentes, no ya en la región anal, sino en el recto mismo.

El doctor Chassaignac en su artículo del Diccionario enciclopédico, ha dividido, y con razón, las fístulas del ano en fistulas anales y fistulas rectales. Estas últimas son mucho más graves, porque hacen indispensable dividir toda la porción esfinteriana; curan lentamente y a menudo dejan tras sí una incontinencia de materias líquidas y sobre todo de gases.

En presencia de una fístula extraesfinteriana o rectal, antes de proceder a la operación no debemos nunca olvidarnos de examinar si existe una brida semicircular en forma de cincha en la parte posterior del recto y a nivel del borde superior del esfínter interno, ya que la simple incisión de esta brida fibrosa, sin otra operación, ha bastado para hacer desaparecer en pocos días fístulas antiguas y profundas.

Fístulas hay que no tienen orificio externo, y a éstas se las denomina ciegas internas. Infinitamente más raras que las que tienen dos orificios (fístulas completas), o que no tienen más que un orificio externo (fistulas ciegas externas), se distinguen de éstas por ser enteramente diferente su marcha. Aparece un absceso en la margen del ano, se abre al exterior y se cicatriza del lado de la piel; pero el orificio mucoso queda abierto. El enfermo se considera curado, cuando, después de más o menos tiempo (algunas veces pasados algunos años), sobreviene un nuevo absceso, y así continúan las cosas hasta que se ha practicado la conveniente operación. Aunque sin tener una prueba suficiente, me inclino a creer que muchas fístulas ciegas internas están bajo la dependencia de una brida fibrosa parcial, análoga a la que he descrito anteriormente, y que desaparecerían seccionando dicha brida. Esto tiene tanto mayor importancia, cuanto que el absceso intermitente producido por la persistencia de una fístula ciega interna no siempre está limitado a la margen del ano, sino que puede invadir toda la fosa isquiorrectal de un lado y acompañarse de accidentes graves. Es notable ver con qué rapidez esta especie de abscesos llegan a supuracién; su marcha es siempre tan idéntica que los enfermos mismos predicen, en general, muy exactamente su evolución.

Una parte de las fibras longitudinales del recto confundidas con las del músculo elevador, cruzan perpendicularmente las fibras circulares de la porcién esfinteriana, se enredan con ellas y vienen a fijarse por pequeños tendones al contorno del ano, en la cara profunda del dermis. Se distingue bien esta disposición disecando por su cara interna la piel de la margen del ano, previamente fijada sobre una lámina de corcho.

He indicado las arterias y venas de la región anal al estudiar el recto.

Los vasos linfáticos nacen de la piel y de la mucosa. Los primeros siguen la cara interna del muslo y terminan en los ganglios internos del pliegue de la ingle; por esto las ulceraciones de toda especie que ocupan esta región producen a menudo una ingurgitación o degeneración ganglionar de la ingle. Los linfáticos que nacen de la mucosa se comportan como los del recto y van a parar a los ganglios de la pelvis.

Los nervios son en gran número: los que se distribuyen por la piel y el esfínter externo pertenecen a la vida animal; acompañan a los vasos hemorroidales y provienen del nervio pudendo interno. La mucosa y el esfínter interno reciben su inervación del plexo hipogástrico.

que primeio liama la stención y al principio puede extraviarnos algo en la via del diagnostico, fin pocos dias III OJUTIPAD solal queda lieno de pua, el tajido calular que contenta esta estacado, sale en forma de madeja de hilo

por la intensidad de los lenózenenes estas vala rapidez de su marcha. Casi

siempre se observa al propio tiempo qua paesjera netención de orina, que es lo

Hueco isquiorrectal

El recto no ocupa ni con mucho, en la excavación pelviana, todo el espacio comprendido entre los dos isquiones. A cada lado tiene una considerable excavación llena de grasa, a la cual se da el nombre de hueco isquiorrectal.

Para formarse una idea exacta de la forma y dimensiones de esta región, conviene estudiarla con preferencia en un corte vertical y transversal de la pelvis, pasando por los dos isquiones inmediatamente por delante del ano, como representa la figura 275. El hueco isquiorrectal tiene la forma de una pirámide triangular de base inferior. Las paredes que lo limitan presentan la siguiente disposición:

Por la parte externa se encuentran: la tuberosidad del isquion y la pared ósea que la continúa, tapizadas por el músculo obturador interno; éste está fuertemente sujeto contra los huesos por una aponeurosis resistente, la del obturador interno AO (fig. 275). La pared interna la constituye el músculo elevador del ano, cubierto igualmente por una hoja aponeurótica. La pared inferior corresponde a la piel y constituye la base de la pirámide. En este punto la piel no está forrada por un plano aponeurótico y está en relación directa con el tejido célulograsiento de la excavación, disposición extremadamente rara en la economía.

Esta base está circunscrita (fig. 276): posteriormente, por el borde inferior del músculo glúteo mayor; por delante, por el músculo transverso superficial del periné; por fuera, por el isquion, y por dentro, por el ano. La excavación se prolonga hacia delante por encima del transverso, y hacia atrás por encima del glúteo mayor, formando así dos fondos de saco.

Las colecciones purulentas desarrolladas en el hueco isquiorrectal pueden extenderse hacia la nalga por delante del músculo glúteo mayor. He visto en un joven que llevaba un mes de matrimonio un derrame de materias fecales que, después de haber llenado el hueco isquiorrectal, se habían extendido por toda la nalga: creyendo al principio que se trataba de un flemón del hueco isquiorrectal, practiqué un extenso desbridamiento y quedé sorprendido al encontrarme con una considerable masa de heces ventrales. Había a nivel de la ampolla rectal una extensa rasgadura cuya causa no pude descubrir.

El vértice del hueco isquiorrectal corresponde al punto de unión del elevador del ano con el obturador interno y se encuentra a unos 5 centímetros de la base. El espacio está herméticamente cerrado en este punto, por causa de la intima unión establecida entre las aponeurosis de estos dos músculos, de modo que las colecciones purulentas desarrolladas en esta región no pueden ganar la cavidad pelviana, sino después de haber atravesado el músculo elevador y sus

El hueco isquiorrectal está lleno de tejido célulograsiento. Cuando la supuración ha destruído este tejido, como las paredes de la excavación no pueden aproximarse, resultan de ello despegamientos cuya curación es más lenta que en las demás regiones.

Se desarrolla a veces en este espacio un verdadero flemón difuso, notable por la intensidad de los fenómenos generales y la rapidez de su marcha. Casi siempre se observa al propio tiempo una pasajera retención de orina, que es lo que primero llama la atención y al principio puede extraviarnos algo en la vía del diagnóstico. En pocos días el hueco isquiorrectal queda lleno de pus, el tejido celular que contenía está esfacelado, sale en forma de madeja de hilo y, si no se establece un tratamiento conveniente, pronto se gangrena la piel. Haré notar, además, que la fluctuación está lejos de corresponder a la cantidad de pus, porque este líquido fácilmente huye ante la presión del dedo; por consiguiente, conviene no esperar que sea bien manifiesta para obrar con energía. A este fin no practicaremos una punción, sino una extensa incisión que ocupe toda la altura de la base del hueco isquiorrectal, extendiéndose desde el trans-

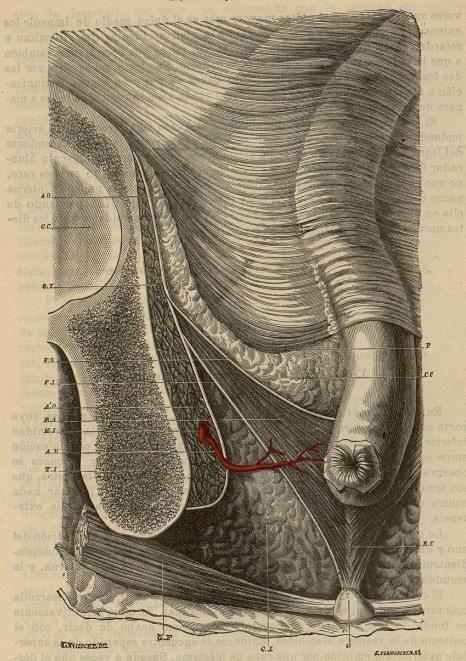


Fig. 275. — Hueco isquiorrectal derecho visto en un corte vertical y transcersal de la pelois pasando por los dos isquiones inmediatamente por delante del anc. Tamaño natural; adulto.

AH, arteria hemorroidal inferior.

AO, A'O, aponeurosis que cubre al obturador interno.

C. coxis.

CC. cavidad cotiloidea.

CG, capa grasienta subperitoneal.

Cl. hueco isquiorrectal.

FI, aponeurosis que cubre la cara inferior del elevador del ano.

FS, aponeurosis que cubre la cara superior del elevador del ano.

GF, borde posterior del glúteo mayor.

HI, arteria pudenda interna.

OI, obturador interno.

P. peritoneo.

RA, elevador del ano.

RC, rafe celuloso anocoxígeo.

II, corte de la tuberosidad del isquion.

verso superficial hasta el glúteo mayor; este es el único medio de impedir los extensos despegamientos y el esfacelo de la piel, accidentes que dificultan y retardan en gran manera la curación. De este modo nos opondremos también a que la inflamación se propague al lado opuesto. En efecto, no es raro ver las dos fosas isquiorrectales completamente llenas de pus y en mutua comunicación a nivel del coxis. En este caso el recto queda aislado por todos lados a manera de un badajo de campana.

DE LA PELVIS

El único vaso importante que contiene el hueco isquiorrectal es la arteria pudenda interna HI (fig. 275); pero está aplicada contra la rama ascendente del isquion y contenida en la vaina osteofibrosa que encierra al músculo obturador interno, de tal modo que, a no ser en caso de anomalía, lo cual es raro, no veo en qué circunstancias se la podría herir. De la arteria pudenda interna nacen en este punto las hemorroidales inferiores AH (fig. 275), partiendo de ella en ángulo recto; van acompañadas de las venas hemorroidales y de los filetes nerviosos que provienen del pudendo interno.

CAPITULO IV

Desarrollo del recto y del ano

En los primeros tiempos de la vida intrauterina, la vesícula alantoides, cuya parte más declive formará la vejiga, se abre ampliamente en la extremidad inferior del intestino, que en este momento no está perforado. La comunicación entre estas dos cavidades se oblitera, pero puede persistir, y entonces se observa una abertura del recto en las dos últimas porciones de la uretra, que son igualmente una dependencia de la alantoides. Sería inútil intentar nada contra este vicio de conformación, pues parece incompatible con la existencia.

Lo que importa saber, para comprender bien los vicios de conformación del ano y del recto, es que estas dos partes del intestino se desarrollan independientemente la una de la otra: la primera a expensas de la hoja interna, y la segunda a expensas de la hoja externa del blastodermo.

El recto no es otra cosa que el intestino posterior o anal, que se desarrolla más tarde que las otras dos partes del tubo intestinal. Termina primitivamente en fondo de saco, estando en comunicación, como acabo de decir, con el pedículo de la vesícula alantoides. Entonces se encuentra separado de la superficie exterior del embrión por una capa de blástema. Sucede a veces que el desarrollo del recto se detiene, y entonces el fondo de saco corresponde a diversos puntos de la corvadura sacra o al ángulo sacrovertebral.

El ano, o mejor, la porción anal del recto, se ahueca en medio del blástema por efecto de un trabajo de reabsorción que se efectúa a la vez en todos los puntos de éste, de modo que la porción anal y el recto, yendo a converger entre sí, acaban por confundirse y soldarse un extremo con otro. Si este trabajo de reabsorción se detiene, resulta, ya una estrechez, ya una ausencia parcial o absoluta de la porción anal, y si ha habido al mismo tiempo una suspen-

sión de desarrollo del recto, se comprende que la cavidad pelviana no contenga ni rudimentos de intestino.

Conocidos estos datos embriogénicos es fácil comprender las diversas variedades de imperforación del ano. Podemos reducirlas a las siguientes:

El recto y el ano están completamente desarrollados, pero el orificio anal está cubierto por un delgado opérculo cutáneo; este es el caso más simple; basta incindir este opérculo para colocar al niño en estado normal. Puede suceder también que los bordes estén simplemente pegados de modo que ni siquiera sea necesario el bisturí, sino que baste una sonda acanalada para restablecer el orificio; he visto un caso de esta naturaleza.

La porción anal y el recto han llegado a ponerse en contacto, pero aun quedan separados por un delgado tabique. Este caso es también de los más simples y lo resuelve una simple punción; pero se comprende que pueda inducir a error en el acto del nacimiento, puesto que el niño parece bien conformado. Ha operado uno en estas condiciones cuarenta y ocho horas después del nacimiento; sin embargo, el niño vivió. Cuando el tabique es muy delgado, no creo que sea necesaria la operación de Amussat. Una parte del tabique puede subsistir, produciendo una variedad de estrechez del recto, que no se revela, en general, hasta mucho tiempo después del nacimiento.

Paede suceder también que, aun habiéndose desarrollado normalmente el recto, haya quedado imperforada la porción anal: en este caso, pues, el fondo de saco del recto se encontrará a unos 2 centímetros por encima del rafe que representa el ano. A estos casos es especialmente aplicable el método de Amussat, es decir, el ano artificial perineal. Se incindirá capa por capa sobre la línea media, dirigiéndose hacia la concavidad del sacro, después de haber previamente introducido una sonda en la vejiga, si se trata de un niño, y en la vagina, si de una niña, para servir de guía. Al percibir la ampolla rectal con el pulpejo del dedo, se la incindirá; atrayendo en seguida con unas pinzas las paredes del recto, las fijaremos a la piel a beneficio de muchos puntos de sutura. Si nos contentáramos con dar salida al meconio, sin atraer hacia abajo las paredes del recto y sin suturar la mucosa al tegumento externo, toda la porción anal dividida se retraería rápidamente y, además, pronto veriamos aparecer un flemón estercoráceo de la pelvis. Por lo demás, esta operación no ofrece ninguna dificultad cuando la suspensión del desarrollo se ha limitado a la porción anal. Pero el caso se hace ya más difícil cuando, después de haber incindido en la altura de unos 2 centímetros, no se encuentra la dilatación rectal.

En este caso podríamos seguir la práctica del doctor Verneuil, que consiste en resecar el coxis, a fin de subir más sin peligro hacia la concavidad del sacro. El doctor Delens empleó este método con buen resultado, pero le ha visto llevar por consecuencia la caída del recto, accidente que es tan probable que, a mi entender, debe inducir a no practicar la resección del coxis sino después de haber fracasado la incisión simple.

Finalmente, cuando la dilatación rectal no sea accesible por el periné, el unico recurso será la formación de un ano artificial en la fosa ilíaca izquierda por el método de Littre.

En caso de imperforación del ano se presenta desde luego la importante cuestión de viabilidad del niño, cuestión que fué muy debatida a consecuencia de una observación publicada por Leprestre (de Caen), cuando yo estaba de interno con este distinguido cirujano. Un niño había sobrevivido después del establecimiento de un ano artificial, según el método de Littre, y, en su consecuencia, el doctor Leprestre sostenía que un niño nacido sin ano es viable.

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA. - 62. 12.ª edición.

Otro profesor de la escuela de Caen, el doctor Le Bidois, sostenía lo contrario. Lievada la cuestión a la Academia de Medicina, no fué resuelta, porque también allí se defendieron opiniones opuestas. No es este lugar oportuno para discutir esta difícil cuestión; no obstante, diré, a pesar de la opinión de U. Treclar, expresada en su artículo del Diccionario enciclopédico, que, para mí, un niño que nace sin ano, como está privado de un órgano indispensable para la vida, no es más viable que un monstruo acéfalo. Un niño sin recto o ano puede hacerse viable, pero le es absolutamente imposible vivir sin la intervención de la cirugía: no puede, pues, decirse que nació viable. Me parece que no hay argumento que invalide este simple razonamiento.

Obsérvanse a veces anastomosis anormales del recto: así es que en las niñas podemos encontrar una imperforación del ano con abertura del intestino a nivel de la horquilla y por delante del himen. Si el orificio es suficientemente ancho para permitir la salida de las materias, si la vida es posible, conviene, a mi entender, aguardar uno o más años antes de intentar ninguna operación. En el caso contrario, conviene dilatar inmediatamente el orificio con el bisturí, hendiendo la horquilla sobre la línea media para dar libre salida a las materias, lo cual no tiene nada de peligroso, y dejar para más tarde el complemento de la operación. Entonces se intentará disecar la extremidad inferior del recto, como se hace cuando se va a proceder a la extirpación, atraerlo hacia atrás, fijar la extremidad en la piel en el punto correspondiente al ano y practicar en seguida una perineorrafia.

Existen anastomosis anormales con la vagina, el escroto, el pene, etc., anomalías que casi siempre están por encima de los recursos del arte. Si en estos casos notamos la existencia de una ampolla rectal, estamos autorizados para ensayar el establecimiento de un ano artificial perineal según el método de Amussat.

driving one of delical cranes and distributes represented action is intended

PARTE CUARTA

SECTION AND SECTION

SUELO DE LA PELVIS O PERINÉ

Debemos entender por periné el conjunto de partes blandas que cierran inferiormente la cavidad pelviana, es decir, el suelo de la pelvis. Se encuentran en esta parte diferentes planos superpuestos de músculos y aponeurosis, atravesados (fig. 280) por el recto en la parte posterior y la uretra en la anterior, en el hombre, y en la mujer por estos mismos órganos, más el útero y la vagina.

Vemos, pues, que las vías génitourinarias forman parte integrante del periné en una parte de su trayecto; pero he debido presentar previamente una descripción aislada de estos órganos. Fáltame, sin embargo, describir el periné propiamente dicho, o sea las capas que se encuentran sucesivamente desde la piel hasta el peritoneo.

Desde luego es útil establecer una división que viene justificada tanto por la anatomía como por la patología: el periné comprende una porción anterior o génitourinaria, y otra posterior rectoanal. La línea de demarcación que las separa es en el esqueleto la isquiática, y en las partes blandas el borde posterior de los dos músculos transversos del periné. La porción rectoanal comprende el ano y el hueco isquiorrectal, que llevamos ya estudiados. No obstante, no creo útil describir aisladamente estas dos porciones, que tienen, por otra parte, un regular número de planos comunes; me limitaré a indicar, como de paso, lo que haya de particular en cada una de ellas.

Estudiaré sucesivamente el periné del hombre y el de la mujer.

CAPITULO PR!MERO

Periné del hombre

Superposición de los planos

Las capas que componen el periné del hombre son las siguientes:

La piel;

La fascia superficialis;

La aponeurosis perineal superficial;