

Nuevo procedimiento de drenaje de la cavidad prevesical o de Retzius

Por el DOCTOR MANUEL SERÉS

Los flemones del tejido celular que ocupa la cavidad prevesical si son muy frecuentes son, en cambio, bastante difíciles de curar a causa de las malas condiciones en que se realiza el drenaje, resultando también bastante peligrosos por la gran extensión que pueden tener en el interior de la pelvis, constituyendo en este caso verdaderas celulitis pelvianas.

Primitivamente, es bastante raro el flemon de la cavidad de Retzius. Casi siempre es consecutivo a infecciones vesicales, constituyendo dicho flemon una verdadera pericistitis. Ordinariamente se infecta el tejido celular de la cavidad de Retzius en las maniobras preliminares para abrir la vejiga al practicar la talla hipogástrica, ya sola o bien como preliminar para practicar la prostatectomía transvesical. Las maniobras de despegamiento, si éstas son muy extensas y se prolongan hacia la cara posterior de la sínfisis pubiana, y el derrame de líquido séptico en dicha cavidad despegada antes de abrir la vejiga, son las causas de que brote la infección en el espacio prevesical. Otras veces es el mal drenaje de la vejiga que se ha establecido en el acto operatorio; en este caso, no recogiendo el tubo de desagüe íntegramente la orina, puede caer en la cavidad prevesical y dar origen, en el curso post-operatorio, a una infección más o menos extensa de la cavidad prevesical.

Por lo tanto, el espacio prevesical es un verdadero peligro para las tallas hipogástricas, practicadas en condiciones técnicas no muy correctas; y si la abertura del peritoneo representa un peligro para la talla epigástrica mal practicada, también lo es en la infección del tejido celular de la cavidad de Retzius: hay que practicar, pues, la talla hipogástrica procurando huir de estos dos enemigos, del peritoneo y de la infección del tejido celular de la cavidad de Retzius.

Conforme después indicaremos en la descripción anatómica, la cavidad de Retzius, mal llamada prevesical, es muy extensa, pues no se limita a la cara anterior de la vejiga, sino que rodea las caras laterales de ésta, extendiéndose hasta cerca del recto. Compréndase, por lo tanto, que si la infección gana por completo todo el tejido celular de la cavidad de Retzius, representa esta celulitis pelviana un serio peligro para los operados, la mayor parte de ellos de edad avanzada.

Nuestras investigaciones clínicas nos han indicado que en unos casos parece limitarse la infección a la parte de espacio que queda por delante de la vejiga: en estos casos es solamente prevesical. Pero en otros se prolonga hacia las caras laterales de la vejiga, en uno o ambos lados; la infección, en este caso, además de su extensión alcanza mayor profundidad hacia el suelo de la pelvis y adquiere extraordinaria gravedad.

¿Con qué recursos contamos, hasta el presente, cuando a un operado le sobreviene un flemon o absceso de la cavidad de Retzius?

La colocación de uno o dos tubos de drenaje en dicha cavidad, por el hipogastrio y los lavados extensos, con el fin de arrastrar los productos purulentos que se acumulan en la misma, acompañados de presiones sobre las paredes abdominales con el fin de ayudar el arrastre que produce el lavado, son el único medio que se utiliza. Compréndase que el drenaje colocado en estas condiciones surte muy mal efecto, ya que el pus va disecando toda la cavidad hasta la parte posterior y sitio más declive, sin que el drenaje pueda hacer gran cosa en este caso. Por otra parte, en estos enfermos, operados de talla hipogástrica, no podemos colocarlos en decúbito prono con el fin de establecer mejor drenaje a causa de la operación en ellos practicada. Sólo los grandes lavados antisépticos, practicados lo más frecuentemente posible, consiguen, a la larga, dominar esta infección si las fuerzas del enfermo y el estado general lo consienten.

En el primer Congreso Nacional de Medicina celebrado en Madrid el año 1920 indicaba ya la posibilidad de realizar un drenaje de la cavidad prevesical por el periné, es decir, estableciendo en este caso un drenaje declive altamente beneficioso.

Sin embargo, no es fácil establecer este drenaje por el periné, a causa de los órganos importantes que ocupan el suelo de la pelvis, si nosotros no utilizamos ciertos caminos que no ofrecen peligro.

Basaba mi idea y los ensayos que había efectuado sobre el cadáver en una larga serie de investigaciones anatómicas presentadas en dicho Congreso, a la sazón ponente del tema titulado «Topografía

y vascularización de la prostata» y que más tarde fueron publicados en un extenso trabajo titulado «Arquitectura y topografía de la excavación pelviana en el hombre».

Por lo tanto, a los nuevos conceptos sobre la constitución anatómica del suelo pelviano que, como resultado final de mis investigaciones anatómicas, acabamos de establecer, veníamos a encontrar una de las varias aplicaciones en un nuevo procedimiento para establecer un drenaje declive de la cavidad de Retzius por el periné.

Ideado, pues, este procedimiento el año 1920 y ensayado repetidas veces en el cadáver, no he querido sin embargo traer esta comunicación a esta ilustre Academia hasta que los resultados del mismo han sido sancionados por la práctica clínica.

A. CONSTITUCIÓN ANATÓMICA DE LA EXCAVACIÓN PELVIANA

Basado mi procedimiento en los nuevos conceptos respecto a la constitución anatómica de la excavación pelviana en el hombre, considero indispensable resumir dichos conceptos fruto de mis investigaciones con el fin de que mi procedimiento pueda comprenderse bien como un procedimiento basado en datos anatómicos y no como un procedimiento de drenaje establecido al azar.

Tapizadas las paredes laterales de la pelvis por los músculos obturadores internos recubiertos de su aponeurosis; constituida la pared posterior por el sacro tapizado por el piramidal, representando el techo, el peritoneo visceral que, al cubrir los órganos les incluye en el fondo de la pelvis, y, constituido el suelo de ésta por el músculo transverso profundo del periné, suelo bastante incompleto, ya que el tabique constituido por este músculo se encuentra solamente ocupando el periné anterior y, en cambio, el periné posterior está atravesado de arriba abajo por el recto, entra luego en escena para subdividir el espacio que queda entre el techo y el suelo, el músculo elevador del ano.

Este músculo se desprende de las paredes laterales de la pelvis, y dirigiéndose oblicuamente hacia abajo y hacia dentro va en busca del suelo de la excavación constituido en la forma que antes hemos indicado. En el periné posterior se echa encima del recto, en donde se inserta y en el periné anterior encuentra la hoja profunda de la aponeurosis perineal media, es decir, la que tapiza la cara profunda del músculo transverso profundo del periné. En este punto, las dos hojas aponeuróticas que, cubriendo ambas caras del elevador del ano, le constituyen una verdadera celda aponeurótica, se fusionan, bastante flojamente, sobre la hoja profunda de la aponeurosis perineal media.

La excavación pelviana, es decir, el espacio circunscrito por arriba por el peritoneo y por abajo por el suelo de la excavación, queda subdividido, a consecuencia de la orientación del músculo elevador del ano, en tres departamentos: uno superior y medio colocado por encima de los elevadores del ano, y dos inferiores situados, cada uno de ellos, debajo del músculo elevador respectivo y aplicados contra la pared lateral de la excavación.

Al departamento superior le llamaremos «*Departamento superior de la excavación*», y los «*Departamentos inferiores de la excavación*» no son otros que las fosas isquiorrectales ocupadas por tejido célulograsiento, con una parte, cada una de ellas, situada a los lados del recto y otra prolongada encima del músculo transverso profundo del periné, que es la prolongación anterior de la fosa isquiorrectal. No nos interesan los departamentos inferiores en el caso presente.

El departamento superior de la excavación tiene la forma de un embudo, cuya base corresponde a la abertura superior de la excavación y el vértice al suelo de la misma, especie de canal anteroposterior, en donde se encuentran las aberturas del tubo digestivo y aparato urinario. Por delante está completado por la sínfisis pubiana y por detrás por el músculo piramidal, cubierto por su aponeurosis. Este departamento está ocupado por varios órganos viscerales colocados en la línea media y orientados en sentido anteroposterior, por un ramillete de vasos y por gran cantidad de tejido celular que ocupan los espacios libres.

Varias hojas aponeuróticas subdividen este departamento medio o superior de la excavación, y por otra parte establecen la separación entre los órganos en él contenidos.

En primer lugar encontramos dos aponeurosis dispuestas en sentido sagital, orientadas en sentido anteroposterior y que nosotros conocemos con el nombre de «*aponeurosis pubo-próstato-rectales*» por sus inserciones.

Hay que establecer una diferenciación muy perfecta de estas aponeurosis, de las aponeurosis superiores de los músculos elevadores del ano, con las que se han querido confundir y como tales las describen varios anatómicos, es decir, que los anatómicos clásicos consideran a estas aponeurosis como una condensación de la aponeurosis superior del músculo elevador del ano en la parte que se pone en contacto con la próstata. En este punto le llaman, al trozo de aponeurosis superior del elevador del ano,

«aponeurosis lateral de la próstata», considerándola como una parte de las aponeurosis que ellos llaman pubo-sacras, por su inserción, es decir, que las hacen extender desde el pubis al sacro pasando por las caras laterales de la próstata y del recto.

Nosotros, después de múltiples investigaciones sobre el particular, hemos visto que estas aponeurosis, arrancando de la cara posterior del pubis al lado mismo de la sínfisis, se dirigen cada una de ellas, dispuestas en sentido sagital hacia atrás y hacia fuera, divergentes entre sí, y pasando por las caras laterales de la próstata van a terminar por detrás, en la cara anterior del recto en el sitio de unión con la cara lateral, sin que en ningún caso las hayamos visto extender hasta el sacro.

Por esto nosotros les llamamos «aponeurosis pubo-próstato-rectales».

Esta aponeurosis es muy diferente de la aponeurosis superior del elevador del ano; contacta por su cara externa con la cara interna del elevador del ano, pero de ninguna manera se fusiona con ella; al contrario, se encuentra entre ambas un espacio *celuloso fácilmente despegable*, que por arriba se pone en amplia comunicación con el tejido celular de la cavidad de Retzius.

Su *cara interna*, siguiéndola de delante a atrás, vemos que en las caras laterales de la próstata se fusiona íntimamente con ésta, limitando la celda aponeurótica de la próstata por este sitio; por lo tanto, las partes laterales de la celda prostática no están constituidas por las aponeurosis del elevador del ano, como describen los anatómicos clásicos, sino por la parte media de nuestras aponeurosis pubo-próstato-rectales. Por delante, entre la próstata y la sínfisis púbica, constituyen las paredes laterales de una cavidad en la que se encuentra contenido el plexo venoso de Santorini. Por detrás encuentran al recto, en donde terminan insertándose fuertemente. Y en el espacio que separa la próstata del recto, limitan estas aponeurosis lateralmente un espacio llamado «próstato-rectal».

Estas aponeurosis se encuentran constituidas por una sola hoja en toda su extension, pero en el espacio próstato-rectal las vemos constituidas por dos hojas, una externa continuación de la aponeurosis lateral de la próstata, y otra interna que, después de haber tapizado la cara interna de la anterior, salta, por delante, a la cara posterior de la próstata y por detrás a la cara anterior del recto, estableciéndose luego la continuidad con la del otro lado. Esta hoja interna es la que verdaderamente limita el espacio despegable próstato-rectal.

El *borde superior* de las aponeurosis pubo-próstato-rectales no queda limitado a las caras laterales de la próstata, ya que traspasando los límites de ésta salta a las caras laterales de la vejiga, en donde paulatinamente deja de tener los caracteres de hoja aponeurótica para tener un carácter *celuloso*. En las caras laterales de la vejiga constituye la pared interna de la cavidad de Retzius.

Es importante describir la manera de comportarse el borde interior de estas aponeurosis, ya que precisamente los encontraremos al practicar el drenaje de la cavidad de Retzius por el periné. Por delante, en el periné anterior, encuentran la hoja profunda de la aponeurosis perineal media y se soldan con ella por dentro del sitio en que lo hace la aponeurosis superior del elevador del ano. Por detrás, terminan en el recto. En el intervalo comprendido entre el recto y la próstata, mejor dicho, entre el recto y el borde posterior del músculo transversal profundo del periné, se encuentran completamente libres. Este borde se puede encontrar muy bien por el periné, conforme luego indicaremos.

Los bordes inferiores de estas aponeurosis, en la parte que se encuentran libres, están unidas entre sí por una lámina fibro-muscular, perteneciente a la parte más elevada del nudo perineal, lámina que cierra completamente por abajo el espacio despegable próstato-rectal: seccionando esta lámina, se abre completamente el espacio despegable próstato-rectal. Y a los dos lados de este espacio podemos entonces desprender, de la cara interna de los músculos elevadores del ano, por el periné, estas aponeurosis en el trozo comprendido entre la próstata y el recto, es decir, en el punto en que el borde inferior de las mismas es completamente libre.

El departamento superior de la excavación queda dividido mediante las aponeurosis pubi-próstato-rectales, dispuestas en sentido sagital y anteroposterior, en tres espacios o compartimientos, uno central y colocado en la línea media, entre ambas aponeurosis, y dos laterales y simétricos situados a cada lado del primero.

El *compartimiento central*, limitado lateralmente por las aponeurosis antes indicadas, constituye una especie de corredor anteroposterior, extendido del pubis al sacro, en el que se encuentran comprendidos todos los órganos viscerales de la excavación. Por eso nosotros le llamamos *celda visceral*. Varios tabiques transversales dividen la celda visceral en otros departamentos más pequeños, constituyendo cada uno de ellos verdaderas celdas para los órganos viscerales.

Un tabique transversal, situado por delante de la próstata, constituyendo la aponeurosis preprostática de Zuckerkandl y tendida entre ambas aponeurosis pubo-próstato-rectales, separa la celda prostática, situada por detrás, de la celda donde se encuentra contenida el plexo de Santorini colocada por delante. Por encima de la próstata, la aponeurosis preprostática es continuada por la aponeurosis umbilico-prevesical o de Retzius.

Detrás de la vejiga encontramos la aponeurosis retrovesical, que separa este órgano de la cara

anterior de las vesículas seminales y conductos deferentes. Detrás de éstas se encuentra otra hoja aponeurótica, la aponeurosis de Denonvilliers, formando otro tabique transversal que se interpone entre la próstata y vesículas seminales por delante y el recto por detrás. Claro es que, mediante estos tabiques transversales que van de una aponeurosis pubi-próstato-rectal a la otra, queda subdividida la celda visceral en varias cavidades dispuestas para alojar los órganos viscerales.

Los *compartimientos laterales* situados a cada lado de la celda visceral, les llamamos *espacios célula-vasculares del departamento superior* de la excavación, pues están ocupados por gran cantidad de tejido celular, en comunicación por encima del estrecho superior, con el tejido celular subperitoneal, y en el que se encuentran, además, los vasos pelvianos antes de su distribución. Este tejido celular se encuentra alrededor de los vasos, constituyéndoles vainas especiales.

Los espacios célula-vasculares del departamento superior de la excavación, situados a cada lado de la celda visceral, se encuentran subdivididos, cada uno de ellos, en dos partes, mediante una masa de tejido celular, en el interior de la cual se encuentran los vasos que de la pared pelviana se dirigen a las vísceras, es decir, la arteria umbilical, la hemorroidal media, deferenciales, etc., etc. Esta masa, dispuesta en sentido transversal en cada uno de los espacios célula-vasculares, constituye una especie de muro, al que nosotros llamamos *muro lámino-vascular*.

Para aislar este tabique transversal hasta despegar, por delante, la vejiga de la pared abdominal y del pubis, siguiendo luego por las caras laterales de la misma hasta que se encuentra un obstáculo que impide ir más hacia atrás: éste es el muro antes indicado. Por detrás, despegando el recto de la cara anterior del sacro y siguiendo este despegamiento a los lados del recto, se encuentran dos obstáculos laterales que son las aletas del recto, las cuales constituyen la vertiente posterior del muro. Así tenemos aislado este tabique transversal que subdivide los espacios célula-vasculares del departamento superior de la excavación en dos porciones, una que se encuentra situada por delante y otra posterior.

La porción posterior constituye el espacio retro-rectal que separa el recto de la cara anterior del sacro.

La porción anterior se continúa por delante de la vejiga y por encima del borde superior en este punto de las aponeurosis pubo-próstato-rectales, las cuales terminan en los ligamentos pubo-vesicales, con el espacio célula-vascular del otro lado. Esta porción anterior constituye el espacio prevesical, llamado «cavidad de Retzius», que ahora vamos a describir más detalladamente.

B. ESPACIO PREVESICAL O CAVIDAD DE RETZIUS

Descrito primeramente por el anatómico sueco Retzius, en el año 1856, de aquí el nombre de cavidad de Retzius, no constituye una cavidad cerrada y, por otra parte, es muy diferente el espacio prevesical, tal como modernamente se describe, del modo como lo describió dicho anatómico.

Retzius describía alrededor de la vejiga dos hojas aponeuróticas, una anterior fascia-transversalis, que se inserta en el pubis, y otra posterior, fascia-transversa, que siguiendo la cara profunda del peritoneo se dirige hacia la cara posterior de la vejiga. La cavidad de Retzius quedaba limitada por estas dos hojas y la vejiga estaría, por lo tanto, contenida en su interior.

Topográficamente y amoldándonos a la descripción que hemos hecho de la arquitectura pelviana, la cavidad prevesical o de Retzius representa una parte de los espacios célula-vasculares del departamento superior de la excavación: es la porción de este espacio que se halla situada por delante del muro lámino-vascular. Por lo tanto, el espacio no es solamente prevesical, sino que es perivesical.

Efectivamente, este espacio perivesical, ocupado por tejido celular, rodea no sólo la cara anterior, sino también las caras laterales de la vejiga, a causa de ponerse a continuación en la cara anterior de ésta el espacio de un lado con el del otro lado.

Aunque limitada la cavidad prevesical por los mismos elementos musculo-aponeuróticos que hemos descrito anteriormente, sin embargo, encima de ellos, y rodeando las paredes de la cavidad, se disponen dos láminas vasculares que son las que verdaderamente limitan el espacio celuloso. Es decir, que encima de los tabiques antes descritos, limitantes del espacio peri-vesical, vienen a tenderse dos láminas vasculares, una sobre la pared externa, dependencia de la arteria obturatriz que sigue la pared externa del espacio, y otra sobre la pared interna y cara anterior de la vejiga, dependencia de la arteria umbilical; esta lámina vascular se la conoce con el nombre de aponeurosis umbilico-prevesical.

La *aponeurosis umbilico-prevesical* afecta la forma de una lámina triangular arrollada en forma de canal o semi-cono con la base hacia abajo y cuyo vértice llega hasta el ombligo.

La cara anterior de esta aponeurosis es convexa hacia delante en los cortes horizontales de la pelvis, y limita la pared interna en las partes de la cavidad de Retzius. Su cara posterior es cóncava

y rodea las caras anteriores y laterales de la vejiga, de la que está separada, la cara anterior por el tejido celular que forma la vaina alantoidea, y en los lados por esta misma vaina y las prolongaciones de las aponeurosis pubi-próstato-rectales. El vértice termina en el ombligo o cerca del mismo. Los bordes laterales siguen las arterias umbilicales. Y la base rodea a la vejiga; forma una cavidad posterior y se extiende hasta el suelo del departamento superior de la pelvis. Sin embargo, no se fusiona con la aponeurosis del elevador, confrontan solamente, y en este punto la aponeurosis umbilico-prevesical cubre a la aponeurosis pubi-próstato-rectal.

Algunos autores han descrito dos tabiques, expansión de la aponeurosis umbilico-prevesical que subdividiría el espacio y establecería la separación entre el segmento anterior y los segmentos laterales. La disección anatómica no permite encontrar este tabicamiento; pero en clínica, por el estudio de las infecciones de este espacio, me ha sido fácil encontrar localizaciones diferentes de la infección, que en unos casos se limita al segmento anterior y en otros se localiza en uno de los laterales.

Para la descripción de la cavidad de Retzius admitiremos estos dos segmentos: un segmento anterior o prevesical, y dos segmentos laterales o látero-vesicales.

Segmento anterior.—Visto de frente afecta la forma de un triángulo, con la base correspondiente a los ligamentos pubo-vesicales y el vértice a la parte inferior de la cicatriz umbilical. Por lo tanto, este segmento tiene una porción superior o abdominal, y otra inferior o pelviana, cada una con dos paredes.

La pared anterior está constituida por la fascia transversalis que, después de insertarse en el borde superior de la sínfisis pubiana, sigue por la cara posterior de ésta, llegando hasta el fondo de la pelvis. La pared posterior está constituida por la aponeurosis umbilico-prevesical, que por arriba la separa del peritoneo y por abajo de la vaina alantoidea que cubre la vejiga.

En la parte más profunda del segmento anterior se encuentra una pequeña depresión llamada *foseta prevesical*, situada por delante del cuello de la vejiga, entre ambos ligamentos pubi-vesicales; la superficie de la misma está formada por la membrana pubi-vesical que une los bordes internos de ambos ligamentos. Debajo de esta membrana se encuentra el plexo de Santorini.

Segmentos laterales.—Afectan éstos la forma de dos corredores, situados a cada lado de la celda visceral, limitados por fuera por la pared de la excavación, y por dentro por los órganos viscerales, principalmente la vejiga. Estos segmentos ocupan sólo el interior de la pelvis y se continúan insensiblemente con el segmento anterior de la cavidad de Retzius; por esto, este espacio tiene en conjunto, en el interior de la pelvis, la forma de una herradura, con la concavidad abrazando la vejiga, cuya parte media se halla situada detrás de la sínfisis pubiana y cuyas ramas se extienden hasta la escotadura ciática.

Por la disección me ha sido imposible encontrar, en cada uno de los segmentos laterales del espacio de Retzius, dos pisos diferentes: un piso superior, que es la cavidad que se describe ordinariamente, y una pequeña cavidad inferior, que representa para la primera un recessus o bajo-fondo de la cavidad.

En el *piso superior*, las dos paredes del mismo son ligeramente convergentes hacia el suelo de la excavación. La pared interna está constituida por la aponeurosis del obturador interno recubierta por la lámina vascular parietal u obturatriz, que se extiende desde el muro lámino-vascular hasta el conducto subpubiano. La pared externa corresponde a la celda visceral, tapizada por la aponeurosis umbilico-prevesical. Las dos paredes se continúan entre sí en la vertiente anterior del muro lámino-vascular; en este punto la aponeurosis umbilico-prevesical se continúa insensiblemente con la vaina hipogástrica parietal formando un ángulo redondeado.

Bajo-fondo de la cavidad de Retzius.—Este recessus que hemos podido aislar por la disección en la parte más declive de los segmentos laterales de la cavidad tiene el aspecto de un surco que contribuye a aumentar la profundidad de la misma. Visto por arriba tiene una configuración ovalada, pudiéndose admitir dos paredes, confluentes entre sí, en dicho recessus. La pared interna está constituida por la cara lateral de la aponeurosis pubi-próstato-rectal en la porción correspondiente a la cara lateral de la próstata. La pared externa está constituida por la aponeurosis superior del elevador del ano en la porción que mira a la próstata.

Cuando las dos paredes se encuentran adosadas, limitan un intersticio ocupado solamente por tejido celular, pero no célulo-grasiento como el que llena la cavidad de Retzius. Este intersticio, en el periné anterior, está cerrado por la hoja profunda de la aponeurosis perineal media; pero por delante del recto desemboca en el periné entre los bordes inferiores del elevador del ano y los bordes inferiores, libres en este punto, de la aponeurosis pubi-próstato-rectal.

Por este sitio es por donde podremos drenar la cavidad de Retzius por el periné, constituyéndose un drenaje declive como ahora vamos a describir.

C. TÉCNICA DEL DRENAJE DE LA CAVIDAD DE RETZIUS POR EL PERINÉ

Practicaremos, en primer lugar, una incision cutánea de forma semicircular que, pasando por detrás del bulbo uretral, se extiende de una tuberosidad isquiática a la otra, como si se tratase de abordar la próstata por el periné.

En un primer plano muscular encontramos el rafe fibroso que resulta de la unión del músculo bulbo-cavernoso con la parte anterior del esfínter del ano, el cual será seccionado y atraídos los dos extremos hacia delante y hacia atrás. Este nódulo fibroso se prolonga más profundamente uniendo el borde posterior del músculo transverso del periné con el esfínter del ano en un nivel más superior. Lo seccionaremos también, y entonces nos encontraremos ya con la cara anterior del recto cubierto por los músculos elevadores del ano y más profundamente la parte más inferior del espacio próstato-rectal que por ser el sitio más importante que nos interesa conocer en la técnica de esta operación lo describiremos más extensamente:

En la parte más profunda del campo operatorio, entre la pared anterior del recto y el periné anterior encontramos, de fuera hacia dentro, los bordes inferiores de los músculos elevadores del ano que, procediendo del periné anterior por encima del músculo transverso profundo del periné, se dirigen hacia el recto aproximándose entre sí en la cara anterior del ano. Por dentro de los mismos encontramos los bordes inferiores de las aponeurosis pubi-próstato-rectales completamente libres en este segmento intermedio entre el periné anterior y el periné posterior. Como la cara externa de las mismas está pegada a la cara interna de los elevadores del ano, hay que desprenderla de estos músculos con el fin de que sea más visible, y todavía mejor, incidir la lámina fibrosa tendida entre los bordes inferiores de estas aponeurosis, que se conoce, por los clásicos, con el nombre de músculo recto-uretral. Entonces aparece muy claramente el borde inferior de esta aponeurosis, separada del elevador del ano y de la del otro lado por el espacio próstato-rectal.

Penetraremos entonces con el instrumento romo, la punta de unas tijeras o bien una larga pinza curva, en el intersticio comprendido entre la aponeurosis pubi-próstato-rectal y el elevador del ano, y orientándola hacia arriba y hacia delante, es decir, por encima del músculo transverso profundo del periné penetraremos insensiblemente y con gran facilidad en aquel recessus o bajo-fondo anteriormente descrito en los segmentos laterales de la cavidad de Retzius entre la aponeurosis del elevador del ano y la cara lateral de la próstata tapizada por la aponeurosis pubi-próstato-rectal, penetrando así en los departamentos laterales de la cavidad de Retzius.

Dirigiendo entonces la punta de la pinza hacia la cara posterior de la sínfisis pubiana penetraremos con toda seguridad en el segmento anterior entre la sínfisis y la cara anterior de la vejiga urinaria, pudiéndose hacer prominencia por encima del borde superior de la sínfisis pubiana en la piel de la parte más inferior del abdomen, en cuyo punto podemos incidir con el fin de practicar una contra-abertura, por donde podremos introducir un drenaje que, entrando por este sitio, le hagamos salir por el periné.

Así tendremos drenada una mitad de la cavidad de Retzius.

La misma maniobra quirúrgica puede repetirse en el otro lado, penetrando, en el fondo de la herida perineal, entre los bordes inferiores de las aponeurosis pubi-próstato-rectales y los elevadores del ano, siguiendo la misma dirección que en el caso anterior. Así drenaremos la mitad de la cavidad de Retzius del otro lado.

Compréndase que el drenaje no puede ser más declive, y por este hecho las reabsorciones sépticas desaparecen rápidamente y la curación de estos abscesos, verdaderas celulitis pelvianas, marchan rápidamente hacia su curación.