

## FUNDAMENTOS DE LA CIRUGIA HEMORROIDAL (\*)

Dr. Tomás Clivio Durante

Este trabajo tiene por objeto realizar un análisis crítico de los conceptos teóricos y de las técnicas que hemos tenido oportunidad de ver aplicar y realizar en la terapéutica quirúrgica de las hemorroides.

El problema ha sido a nuestra manera de ver, un poco desplazado hacia un ángulo del mismo, puesto que la mayoría de ellos se refieren a la manera de hacer la incisión y sutura de los paquetes hemorroidarios juntamente con los materiales que deben utilizarse en su realización.

Creemos que es necesario rever las bases fisiopatológicas de esta afección para fundamentar una técnica basada en los conocimientos adquiridos hasta el momento actual.

Para ello realizaremos un estudio dividiendo al tema en cuatro capítulos:

*1er. capítulo:* Los conceptos anatómicos y fisiopatológicos del canal anal.

*2do. capítulo:* Los problemas técnicos a resolver por los cirujanos.

*3er. capítulo:* Los principios de la táctica operatoria que se realizarán.

*4to. capítulo:* Film operatorio documentando una operación de hemorroides en la que se pondrán en práctica los principios que sostenemos en este trabajo.

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 9 de mayo de 1951.

## CONCEPTOS ANATOMICOS Y FISIOPATOLOGICOS

El canal anal del punto de vista anatómico es una encrucijada venosa, intrincada en el sistema esfinteriano terminal del tubo digestivo, recubierto por una superficie muco-cutánea de transición.

El canal anal comienza cuando el recto pasa a través del diafragma pelviano, se dirige hacia abajo y hacia atrás terminando en el orificio correspondiente. En su conjunto constituye una formación cilindroide en la que se destaca la menor altura anterior (3 cms. contra 5 cms. aproximadamente) en su altura posterior debido precisamente a la oblicuidad de la base inferior.

**ESTRUCTURA ANATOMICA:** Debemos realizar en él la *estructura parietal del canal* y segundo *la luz del mismo*.

### 1º ESTRUCTURA PARIETAL.

El primer plano es mucoso y tiene tres segmentos:

a) Segmento superior, representado por la mucosa rectal en su porción terminal, cuyo límite configura la llamada línea pectinea.

b) Segmento medio, constituido por mucosa de transición, cuyo límite inferior es la llamada línea blanca de Hilton.

c) Segmento inferior, que corresponde a la zona cutánea pigmentada.

El segundo plano está representado por las túnicas propias de la pared rectal que en estas zonas sufren las modificaciones terminales correspondientes.

La túnica circular se espesa constituyendo el esfínter interno, anillo de una altura aproximada de 20 mm. y un espesor de 2 a 3 mm.

La túnica longitudinal se prolonga con un manguito fibroso que termina en dos prolongaciones o septum: *El interno* llega justamente a la línea blanca de Hinton y toma inserción en ella. *El externo* se prolonga con la aponeurosis perineal.

*El esfínter interno* fué descrito en 1715 por Santorini y fué relegado al olvido hasta que fué actualizado por Peter Thompson, anatomista inglés que publicó la *Miología del piso pelviano* en el

año 1890, donde realiza una minuciosa descripción de esta formación muscular.

En 1935 Milling y Morgan en el ovl. Centenario del Hospital Saint March de Londres hacen su descripción más completa y detallada, que es ulteriormente difundida y aceptada por la escuela inglesa y americana.

*El esfínter externo*, siguiendo esta concepción, tiene tres haces:

- un haz subcutáneo,
- un haz superficial,
- un haz profundo.

*El haz subcutáneo*, está llamado así porque se coloca debajo del segmento de piel del canal.

*El haz superficial*, está llamado así, porque se relaciona con la superficie mucosa y de ahí toma su nombre, de la cual está separado solamente por el esfínter interno. Tiene una forma de herradura cuyas ramas miran hacia atrás.

*El haz profundo*, llamado así por su situación con relación a los dos anteriores es el más lejano de la superficie anal, el que forma una herradura cuyas ramas miran hacia adelante, presentando íntima vinculación con el haz pubo-rectal del elevador.

*En la lámina N° 1*, que es un corte transverso del recto y canal anal, se aprecian las formaciones musculares en las siguientes formas.

En la parte alta se ve la túnica circular y longitudinal del recto. La circular, en la zona del canal, se ve su engrosamiento que constituye el esfínter interno.

La longitudinal con su manguito fibroso y sus dos septum. Por fuera aparecen en sección transversa los elementos del esfínter externo que son, yendo de la superficie a la profundidad, como dijimos, el haz subcutáneo, el haz superficial y el haz profundo, con el que se encuentra el haz pubo-rectal del elevador.

*En la lámina N° 2*, se puede apreciar las relaciones del esfínter con el elevador en corte sagital de acuerdo con la concepción de Lloyd Davis.

Aparece yendo de la superficie a la profundidad los 3 haces

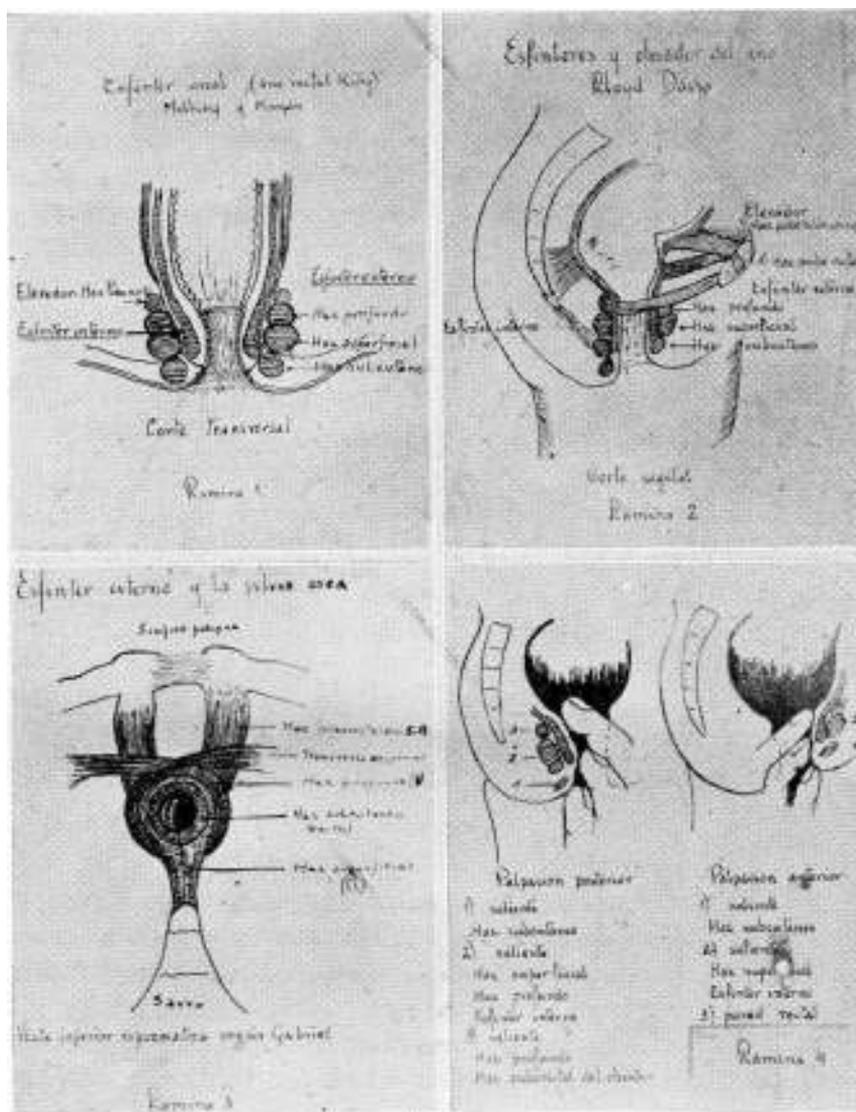


FIG. 1

del esfínter externo que han sido seccionados transversalmente expreso: se destaca la desigual altura del canal en su porción posterior con relación a la anterior.

El haz pubo-rectal del elevador, Lloyd Davis expreso lo

ha dejado íntegro, insertando en el pubis, para tener de esa manera la noción de la posición del recto y su papel en la sustentación del mismo.

En la lámina N° 3, tenemos una vista esquemática inferior que ha sido tomada de Gabriel en la cual puede verse el sistema muscular esfinteriano por su lado inferior. En esta lámina pueden verse las relaciones entre el sistema esfinteriano y sus pun-

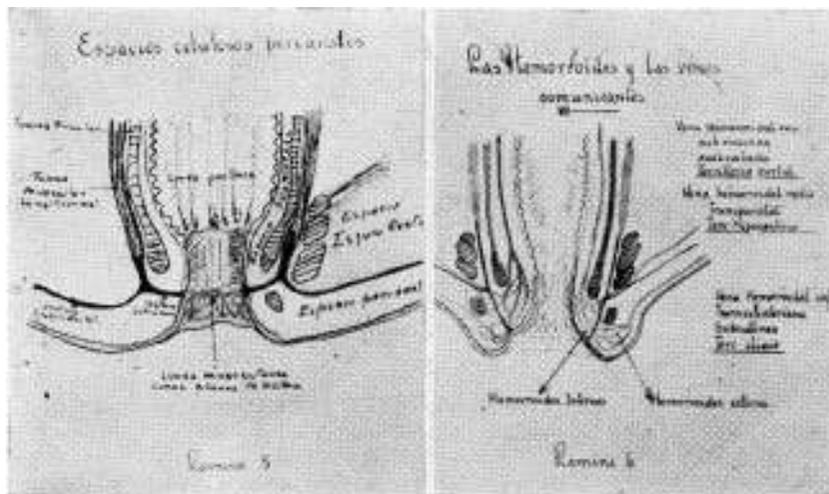


FIG. 2

tos de inserciones musculares y óseas. En primer lugar se ve el anillo constituido por el haz subcutáneo, por debajo de él la segunda formación constituida por el haz superficial con su forma de herradura, cuyas ramas miran hacia atrás y se insertan a nivel del sacrococix. La tercera formación representada por el haz profundo, que presenta sus ramas orientadas hacia adelante, intrincando sus fibras con el haz tubo-rectal del mismo lado y del opuesto, prolongándose además por las expansiones que presenta a los músculos transversos de periné.

En la lámina N° 4, damos un estudio semiológico de la luz del canal, y es a la palpación unidigital que percibimos las diferentes formaciones que hemos descripto anteriormente y su valor del punto de vista fisiológico o fisiopatológico.

Realizaremos una palpación posterior y luego otra anterior. En la palpación posterior que es la más extensa, la primera saliente que percibe el dedo que se introduce en la luz del canal corresponde al haz subcutáneo. La segunda saliente que se percibe corresponde al haz profundo suplementado por el haz superficial y el esfínter interno, mientras que la tercera saliente corresponde al borde libre del pubo-rectal del elevador junto a la túnica muscular del recto.

La palpación anterior se caracteriza porque estas son formaciones más difíciles de identificar, puesto que como tienen menos altura se encuentran más agrupadas.

*En la lámina N° 5*, se han tomado como objeto de estudio los espacios celulosos que determinan los septum, que prolongan, como vimos, la terminación de la túnica muscular longitudinal del recto.

Las tres logias son: el espacio perianal superficial, el espacio isquiorrectal, y el espacio submucoso.

El espacio perianal superficial está determinado como vemos, entre el septum y la piel. Se alojan en él los plexos hemorroidales externos y el haz subcutáneo del esfínter.

En el espacio submucoso se encuentran el esfínter interno y el grupo hemorroidario interno.

En el espacio isquiorrectal comprendido entre la prolongación perianal del septum y el elevador se encontrarán las venas comunicantes tributarias del territorio hipogástrico y los haces superficial y profundo del esfínter externo.

*En la lámina N° 6*, puede verse el emplazamiento del sistema venoso hemorroidal con sus comunicantes y los territorios tributarios.

Analizando este sistema vemos que tiene una similitud muy grande con el sistema venoso de la pierna, y al igual que éste puede dividirse en tres sectores:

a) El sistema hemorroidal superior constituido por venas submucosas avalvuladas y tributarias del territorio portal.

b) El sistema hemorroidal medio representado por las venas que cruzan la pared del canal anal propiamente dicho, entre

los haces musculares que son tributarios del sistema venoso hipogástrico.

c) Las hemorroidales superiores tributarias del territorio iliaco están vinculadas sobre todo con el haz subcutáneo del esfínter y por lo tanto tienen topografía subcutánea y se dirigen a dicho territorio. Del punto de vista fisiológico, este sistema venoso está sometido a la contracción tónica del sistema esfinteriano y bajo la vigilancia de la rica red sensitiva del canal. La estimulación del canal por las heces provocan el reflejo de dilatación del mismo, y la contracción del recto, o sea, se ha producido la inhibición tónica de estos elementos musculares. Como puede verse, este sistema muscular es un sistema activo durante el reposo, y solamente pasivo en los cortos momentos de su inhibición.

Del punto de vista fisiopatológico puede fácilmente comprenderse que cuando el sistema hemorroidal se encuentra en estado patológico los fenómenos funcionales que se producen son:

1. Una hipertonicidad esfinteriana.
2. Fenómenos irritativos y de hipersecreción mucosa.
3. Fenómenos flebíticos de todo tipo en los propios paquetes hemorroidales, y
4. Fenómenos neuríticos en la sed sensitiva.

El espasmo es la expresión máxima del círculo vicioso que se ha establecido.

Para lograr la curación y obtenerse el cierre tónico normal del canal junto a una defecación indolora es necesario pues, quebrar el círculo establecido.

Con ello podremos conseguir la vuelta a la normalidad de este segmento tan importante del tubo digestivo.

## LOS PROBLEMAS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

No vamos a entrar a discutir en este trabajo las indicaciones operatorias de las hemorroides, puesto que esto no es el objeto del mismo, y, por otra parte, están puntualizadas en forma concisa en la literatura corriente.

En cambio nos vamos a concretar en los problemas que

deben ser vencidos por el cirujano para realizar en forma correcta la operación aplicando los conceptos de anatomía, fisiología y fisiopatología hemorroidal que hemos anunciado.

El primer problema: LA EXPOSICION DE LA REGION.  
Este a su vez puede componerse de dos factores:

el primero: LA ANESTESIA ;

el segundo: EL DISPOSITIVO DE EXPOSICION.

#### *FACTOR ANESTESIA.*

La anestesia de elección es sin duda la que obtiene la relajación absoluta del sistema para poder obtener la total exposición de la mucosa en toda su altura, que como sabemos es de varios centímetros.

Insistimos nuevamente en la medida porque es necesario recordar que el canal anal es más alto de lo que a primera vista parece.

Hemos utilizado todas las técnicas y variantes de anestesia locales, regionales, generales.

Compartimos con Eversole la necesidad de la anestesia general complementada, asociada a una retardada para mantener un silencio regional necesario durante la intervención y en los primeros días subsiguientes a la misma.

Para conseguir de esa forma una buena cicatrización de la zona intervenida.

#### *DISPOSITIVO DE EXPOSICION.*

##### *a) Exposición con separadores*

Los separadores de tipo penetrante y valvulados realizan un verdadero apelonamiento por decirlo así, de los elementos nobles, a lo cual, agregado a la fibrosis de los septum, hacen que la identificación de los elementos esfinterianos sea muy difícil.

La segunda dificultad del apelonamiento de elementos es la hemorragia. La dificultad de la hemostasis por consiguiente gravita nuevamente sobre el riesgo esfinteriano.

##### *b) Exposición con pinzas fórceps*

Este tipo de exposición es mejor que el anterior, pero se

caracteriza porque condena a un ayudante a mantener la presión constante de los mismos, cuya fuerza de tensión variable contribuye a traumatizar más la región y a ser un factor de trauma

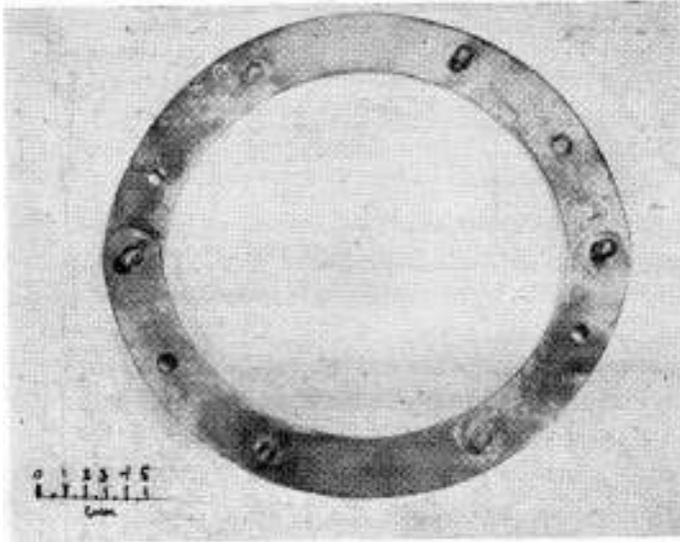


FIG. 3

hemorrágico. Además la variante de posición de la mano que sostiene, de ninguna manera cumple el papel que queremos darle.

c) *Exposición con el cuadrante*

Es un procedimiento que facilita la exposición y disminuye el trauma local y la hemorragia en nappa que fluye habitualmente de la frágil mucosa del canal.

Helfrick, en 1945, publica un retractor de anillo para exponer las hemorroides.

Desde 1947 diseñamos este cuadrante de aluminio con orificios simétricos y topes para fijar las hebras de catgut utilizado en las suturas, para que no varíe la posición de las mismas durante la intervención.

El paquete hemorroidario es tomado por una pinza de anillo que realiza amplia presa a baja presión para evitar nueva-

mente el trauma. Se busca el pedículo venoso superior el cual es ligado por transfixión con aguja enhebrada con catgut crómico 0. Los cabos de este catgut son enroscados en los topes correspondientes.

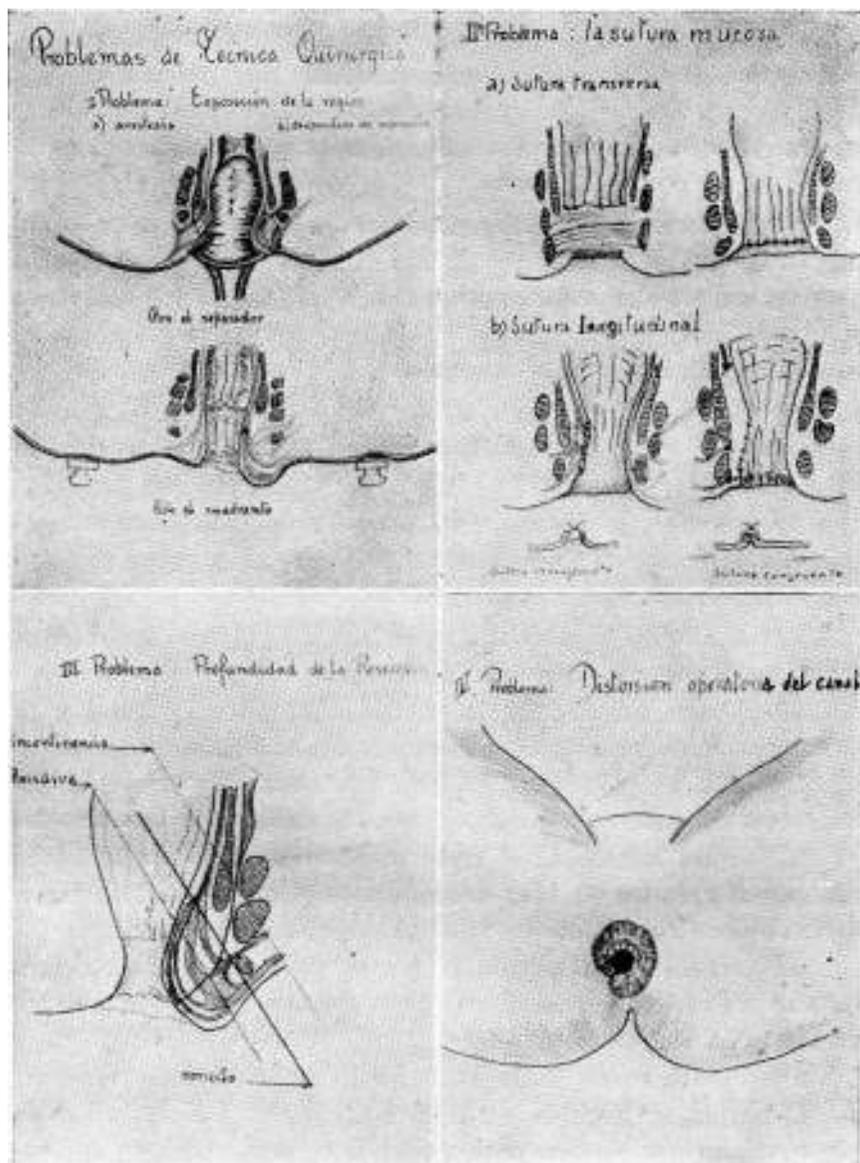


FIG. 4

Antes, pues, de iniciar la intervención, ya tenemos referida la futura posición de cada sutura.

*El segundo problema* que debe abordar el cirujano es el de la sutura mucosa.

a) La sutura transversa total de la mucosa es una sutura peligrosa por la tensión postoperatoria debida al edema, a la tonicidad muscular y a las pobres condiciones de vitalidad propias de la mucosa afectada, lo cual trae como consecuencia una dehiscencia de sutura en los días subsiguientes, cuyo resultado es la estenosis orificial secundaria.

b) Suturas del tipo longitudinal incongruentes, son aquellas en las cuales se hace una sutura simultánea de los elementos venosos con los elementos mucosos; dada la desigualdad de origen y de estructura de los tejidos, la cicatriz es viciosa y además es sangrante, tardando más en reponerse.

c) Sutura longitudinal congruente, es la que realizamos y preconizamos su realización. Expuesto el paquete hemorroidal la vena comunicante superior es ligada.

Se procede a la disección del paquete tratando de ser económico en la resección de la mucosa y dejando amplios puentes entre una sutura longitudinal y otra.

La incisión de la mucosa a cada lado del paquete se prolonga 1 cm. en la piel de expreso.

El paquete hemorroidario es disecado de ambos lados y ligadas las otras venas comunicantes y las arteriolitas del esfínter. Hecha la hemostasis se procede a la sutura de la herida que tiene aproximadamente 4 cm. según el tamaño de la hemorroide.

Se sutura solamente el recto mucoso con una surget hecho con catgut crómico 00, bien unido, dando el punto final en territorio cutáneo con objeto de fijar la posición de la sutura.

El territorio cutáneo de la herida es dejado abierto para colocar la pequeña mecha de gasa que drena serosidad abundante en las próximas 48 horas.

Discrepamos con Millingan respecto de la conducta a seguir con la herida mucosa: en su técnica abandona abierta la herida mucocutánea que realiza para extirpar la hemorroide; para demostrarlo no hay más que hacer un paquete hemorroidal sin

suturar mucosa y otro con la sutura longitudinal que permanece para convencerse de la diferencia de evolución de las heridas.

*El tercer problema:* lo llamamos de la profundidad de resección. Vimos ya las dificultades y el riesgo que implica la exposición incorrecta de la región.

Cuando la amplitud es discreta, la recidiva es un hecho a

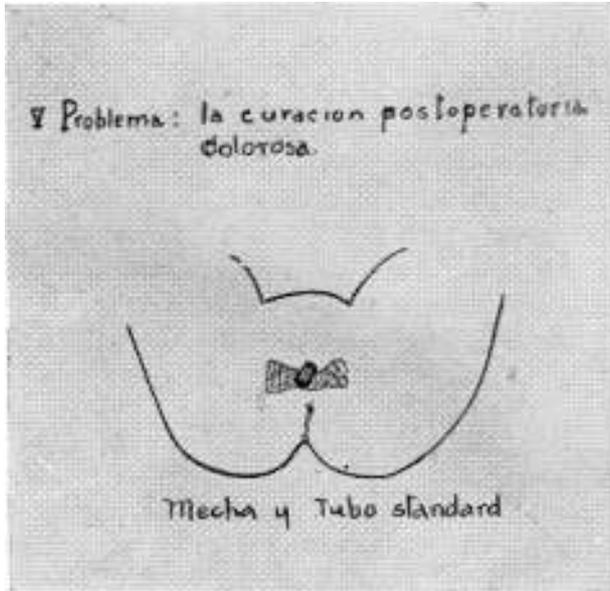


FIG. 5

breve plazo. Cuando por condiciones particulares se ha realizado un exceso de profundidad, corremos el riesgo de tomar al esfínter y exponernos a las contingencias de la incontinencia esfinteriana.

*El cuarto problema:* Distorsión operatoria del canal anal. Cuando examinamos a un sujeto intervenido de hemorroides y realizamos un estudio de la simetría de sus pliegues y de su estructura mucosa, podemos ver que, cuando el canal anal no ha conservado su constitución cilindroidea y sus cuadrantes son asimétricos, el enfermo se queja de los siguientes trastornos:

- a) secreciones anormales;
- b) control anal deficiente;

c) dolores en la defecación, traduciendo del punto de vista funcional una perturbación en el cierre tónico del canal y su equilibrio dinámico sensitivo.

*El quinto problema:* La curación postoperatoria. La colocación de una mecha de gasa con un tubo de goma grueso en la luz rectal, con lubricantes diversos, con objeto de realizar la mejor hemostasis y permitir durante 3 ó 4 días el tránsito de los gases, aumenta evidentemente el sufrimiento del enfermo, dificultando la cicatrización.

Creemos necesario evitar este tipo de curación porque:

1. Es posible controlar en la operación la hemorragia.
2. El tránsito de los gases está enlentecido por la sección que realizaremos del haz subcutáneo.
3. No habrá espasmo esfinteriano ni estímulo de contracción rectal por la presencia del cuerpo extraño constituido por la mecha y el tubo dentro de la luz del canal.
4. El reposo muscular regional permite acelerar la recuperación del aspecto estructural del canal.

#### TECNICA OPERATORIA QUE REALIZAREMOS

##### *1er. tiempo. Exposición y colocación del cuadrante*

El cuadrante se fija a las regiones glúteas con pinzas de campos, tratando que el orificio anal ocupe exactamente el centro del mismo.

##### *2do. tiempo. Disección del haz subcutáneo*

Disección longitudinal sobre la comisura posterior reparando al as con un asa de tracción de catgut.

##### *3er. tiempo. Ligaduras de las comunicantes superiores*

Practicamos una dilatación suave del canal y con las pinzas de anillo, exteriorizamos las hemorroides tomando individualmente cada uno de los paquetes.

Realizada la ligadura de las comunicantes superiores con catgut se fija este punto inicial en la posición correspondiente en el cuadrante.

##### *4to. tiempo. Disección subcutáneomucosa de los paquetes hemorroidarios*

De acuerdo con lo dicho anteriormente se secciona la mucosa

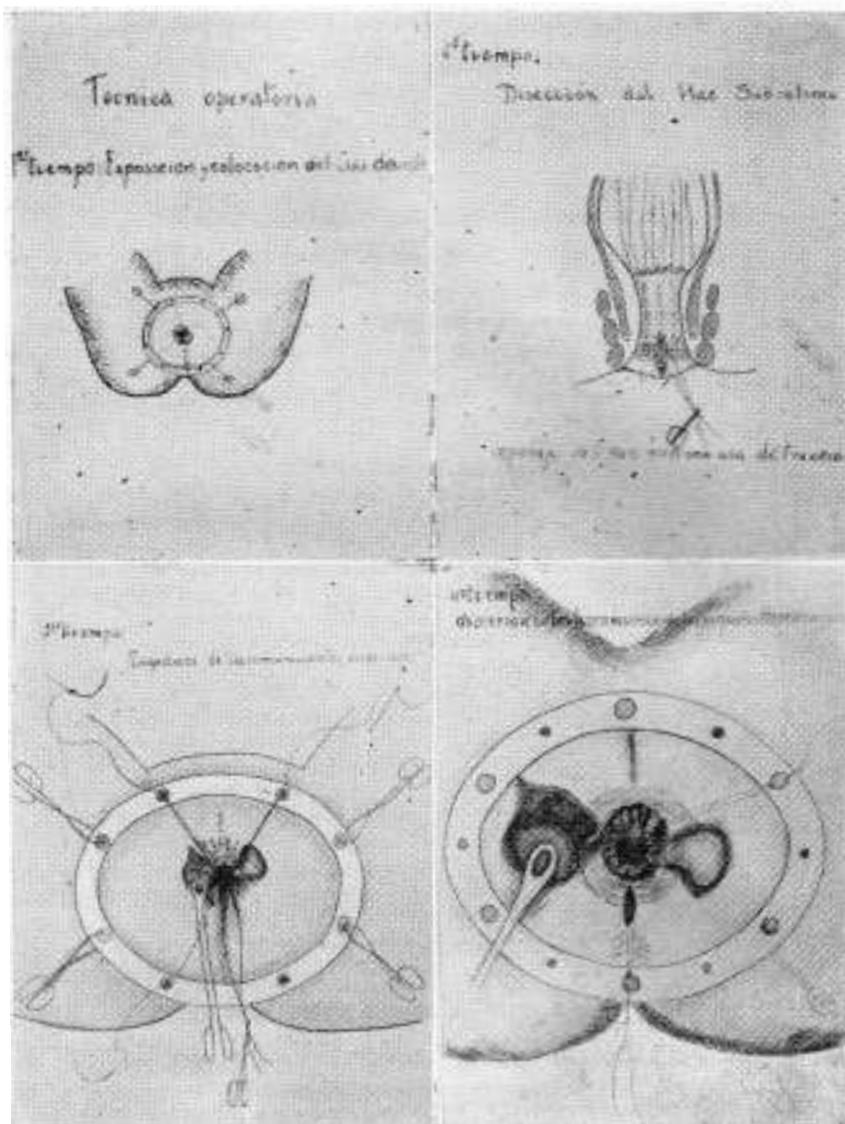


FIG. 6

a ambos lados de la pinza y se prolonga ésta 1 cm. más en la piel.

Se realiza la disección del paquete hemorroidario liberándolo de las adherencias vecinas, en general patológicas y se individualizan las demás comunicantes para ligarlas.



*5to. tiempo. Sutura longitudinal de la mucosa con anclaje cutáneo y drenaje subcutáneo*

Concluidas las ligaduras se realiza la sutura de la mucosa con catgut crómico 00, dando el punto final en la piel.

El sector cutáneo de la herida ha sido dejado abierto de expofeso para poder introducir la pequeña gasa que controlará el espacio submucoso durante 48 horas.

Sale por ella abundante serosidad que es el factor de irritación local y de edematización de los bordes mucosos de otras técnicas, lo que se traduce por dolor y alargamiento de la curación.

Esta sutura cicatriza rápidamente y es menos dolorosa que si esperamos una cicatrización secundaria, que es lo que sucede con otros procedimientos, que deja al descubierto el plano esfinteriano con todas las desventajas que ello crea.

*6to. tiempo. Sección del haz subcutáneo del esfínter externo*

Concluida la intervención en los paquetes, ajustada la superficie mucosa, se procede a la sección con bisturí del haz disecado e inmediatamente se coloca una curación plana encima.

## CONCLUSIONES

- 1º Revisión de la estructura anatómica del canal y su fisiología.
- 2º La utilización de un cuadrante de exposición que permita resolver los 5 problemas técnicos fundamentales:
  - I. La presentación **amplia** de los grupos hemorroidales.
  - II. Facilitar la realización de las suturas.
  - III. Graduar la correcta profundidad de la resección evitando la recidiva y la incontinencia.
  - IV. La hemostasis correcta.
  - V. Impedir la distorsión operatoria del canal anal.
- 3º La utilización del haz subcutáneo del esfínter externo como referencia de seguridad en el curso de la disección quirúrgica regional.
- 4º Reducción de un 50 % del sufrimiento y de los días de duración del postoperatorio por el tipo de curación utilizado, que acelera la curación de las heridas del canal anal.

Montevideo Octubre de 1950.

CONCLUSIONS

1. Revision of the anatomical structures of the anal canal and its physiopathology.
2. The utilization of a ring, anal retractor with the following objectives:
  - 1) Correct exposure of the field.
  - 2) Make easier and perfect the mucous sutures.
  - 3) Regulation of the correct resection depth in order to avoid the recurring hemorrhoids and the anal incontinence.
  - 4) To make easier the hemostasis.
  - 5) Avoid the anatomical distortion of the anal canal produced by incorrect sutures that decrease the local sensitivity and functioning of the closure mechanism.
3. Use of the subcutaneous bundle of the external sphincter as security repair during all the surgical dissection.
4. Reduction about 50 % of the pain and postoperative duration, by the use of this surgical dressing.

Montevideo, October, 1950.

BIBLIOGRAFIA

1. PETER THOMPSON. — The Myology of the pelvis floor. 1890.
2. LLOYD DAVIS. — Practitionere. 136, p. 186, 1936.
3. MILLINGAH AND MORGAN. — The Lancet. 2, 1150, 1934.
5. GABRIEL. — Rectal Surgery, 1949.
6. BACON. — Ano - Recto - Sigmoids. 1942.
7. HULLSIK. — Anal retractor. Minn. M. J. 20, 300. 1937.
8. HELFRICK. — Anal Retractor. A. J. S. 20, 131. 1945.
9. TRÁVELL. — S. G. O., 86, 437. 1948.

Tomás Clivio Durante

Juan M. Blanes 1286 - Montevideo

**Dr. García Capurro.** — La comunicación del Dr. Clivio Durante es interesante porque permite ver que la operación de hemorroides ya no es tan confusa, en primer lugar porque la zona donde se trabaja es expuesta estáticamente. De manera que todo lo que nos lleve a hacer una técnica precisa y tan exacta, parece que es muy razonable y debemos adoptarla.

Estos días pasados leí un artículo en el cual hay una técnica que si no es exacta, es bastante semejante. En esa técnica, al colocar el apa-

rato colocan los puntos entre la mucosa y el aparato, y al ir tirando se hace la evaginación del ano, algo parecido a la ventosa; de manera que una vez expuesto y abierto en forma de rosa y hecha una dilatación del ano, la región es estática, una región detenida en la cual se puede hacer todo trabajo.

**Dr. Stajano.** — Simplemente es para hacer un pequeño comentario al trabajo del Dr. Clivio. En la hemorroides corriente hace como complemento la sección del esfínter en la comisura posterior; esa es una cosa que me resulta muy simpática, por cuanto es una sección cuyas consecuencias ulteriores no modifican para nada la dinámica del aparato esfinteriano y que obra en una forma eficaz en esos postoperatorios muy dolorosos, terriblemente angustiosos, a base de espasmos, con esfínter hipertónico y que en realidad la sección suprime completamente.

No lo había utilizado en la hemorroides corriente, pero la técnica es tan sencilla y muy simple, y sin seccionar las fibras superficiales. De manera que esa sección esfinteriana que hace el Dr. Clivio es un complemento útil y sobre todo que justifica una práctica a la cual se tenía tanto miedo. Antes son los antibióticos, las fallas de suturas en la cirugía cólica de resección y otras veces era más peligrosa que antes; lo peligroso es cuando se hace la resección cólica con el intestino séptico, porque no está preparado como corresponde; en la sección del esfínter que yo hacía muchísimos años y sobre todo me demuestra que a las 48 horas de operado, el sujeto con intubación y resecado, tiene descargas de gases y materias líquidas abundantísimas que si no está seccionado el esfínter quedan por detrás del esfínter, como una represa y que esa evacuación espontánea dura 4 días, 5 días de tránsito líquido; a los 4, 5 días, cuando ya no se requiere, se vuelve a reconstruir la dinámica intestinal y la tónica esfinteriana vuelve a su cauce y no ha pasado absolutamente nada. Tengo enfermos sanos en ocho días, después de la sección esfinteriana y no se nota una marca, y el sujeto tiene evacuación perfecta y le ha servido para no tener continencia, puesto que la continencia puede ser peligrosa en ciertos momentos.

Es lo único que quería decir y felicitarlo.

**Dr. Urioste.** — El problema de las hemorroides, como muy bien decía el Dr. García Capurro, debe ser una cosa que nos lleve a simplificar en lo posible la técnica. Creo que un problema que es de la práctica corriente debe establecerse siempre en la forma más fácil. El Dr. Clivio, en el trabajo que nos ha mostrado, ha enseñado en una primera parte toda anatomía de la escuela inglesa. A mí me es grato haber escuchado el nombre de Peter Thompson, quien a fines del siglo pasado estableció la anatomía exacta y completa que no ha sido modificada absolutamente en nada, del perineo, y el gran maestro de la escuela inglesa al habernos

dato todos estos conceptos anatómicos y fisiológicos que han hecho escuela en el mundo y que se les ha seguido absolutamente en todo.

En cuanto a la técnica en sí, los continuadores de la escuela de Peter Thompson, en el momento actual son Davis, Milligan, los que han ido perfeccionando cada vez más hasta simplificar en absoluto la técnica de extirpación de hemorroides. A mí me tocó ver operar a los cuatro proctólogos actuales del San Marcos. La técnica de Milligan, para mí, en el momento actual, tiene una simplicidad extraordinaria: está basada en la fisiología y anatomía del canal anal, tal como lo conciben ellos y que está magníficamente expuesta en el libro de Gabriel. Milligan toma los tres paquetes hemorroidales principales con una pinza, que se lo expone perfectamente bien al ayudante; a eso es lo que la escuela inglesa llama el triángulo de exposición del canal; se hace con una simplicidad extraordinaria, y toma con el dedo índice por el lado de afuera ese paquete que está sostenido por su mano y por la pinza. Entonces da un golpe de tijera y otro del lado del paquete, tomando toda la sección anal cutánea y sigue por el lado de afuera hasta llegar a la capa superficial del esfínter y toma el plano de deslizamiento, hasta donde se encuentra el pedículo hemorroidal principal, liga eso y secciona; igual hace con los tres paquetes y deja esa herida completa, así, sin colocarle ningún punto de sutura.

Lo único que hacen es un lubricante sobre la herida y a veces colocaban tubos o mechas; yo, en todas las hemorroides, no he colocado tampoco tubos ni mechas; el post-operatorio es absolutamente sencillo, los enfermos no sufren absolutamente nada, es de una simplicidad extraordinaria. Creo que es la técnica más sencilla, la he visto realizar infinidad de veces, la he realizado yo mismo infinidad de veces y no presenta complicaciones de clase alguna. Creo que es la mejor cosa que hay en la simplificación de este problema.

**Dr. De Chiara.** — No pensaba hacer uso de la palabra, pero he escuchado con mucho placer a los que han comentado el trabajo del Dr. Clivio, pero si tuviera que apoyar en definitiva algunas de las manifestaciones escuchadas, me uniría en todo a las palabras que acabo de escuchar al Dr. Urioste; de hace tiempo empleo esa técnica, la técnica de Milligan. Podría repetir que los resultados me han acompañado con todo éxito, que hace que continúe en esa técnica que tiene para mí fundamentalmente una simpatía personal por lo siguiente: porque es una técnica sencilla y creo que la tendencia de la cirugía es ir a la sencillez, siempre que esa sencillez no vaya en detrimento de los resultados, desde luego; sencillez no quiere decir simplismo sino colocar una técnica, actualizar para que manos más o menos hábiles puedan sacar provecho de ella y tener los resultados buenos.

La técnica que nos ha presentado el Dr. Clivio está basada en cosas anatómicas y fisiopatológicas que comparto, y que por otra parte están respaldadas por escuelas quirúrgicas de importancia fundamental. Me ha impresionado como una técnica que en manos del comunicante, le ha dado

magníficos resultados, pero que no parece que sea una técnica para standardizar; me parece una técnica un poco complicada; hay técnicas más sencillas y que se pueden obtener resultados tan buenos como con ella, por lo menos yo los tengo y he escuchado con gran placer a otros colegas.

El segundo problema de la técnica presentada, el esfinteriano, la sección de los haces superficiales del esfínter, en ese sentido, creo como el profesor Stajano que es un complemento muy útil; desde hace mucho tiempo en la clínica del profesor Nario, donde yo me he formado, es una de las indicaciones formales en toda cirugía moctológica. Es la técnica que utilizo siempre en cirugía hemorroidal, termino con una sección ánteroposterior, en la misma forma como el Dr. Clivio, nada más que al final de la intervención y puedo decir que me he evitado colocar un tubo en el recto e incluso evitar esos postoperatorios sin recurrir a ninguna anestesia retardante o similares y a tener postoperatorios cortos, porque la enferma al 3er. día, a veces espontáneamente, a veces por un simple laxante oleaginoso mueve el vientre y al 4º día pasa y al correr del 10º día se reintegra el enfermo con su herida plástica cicatrizada; aquí hay algunos compañeros que me han acompañado en la clínica del profesor Nario, y pueden afirmar con su asentimiento o no, si las cosas son así o no con la técnica que acaba de comentar el Dr. Uriste y que es la que yo empleo.

Al margen de eso, tengo que decir que he escuchado con mucho placer la comunicación del Dr. Clivio por el interés que ha mostrado en el trabajo, la forma de haber sido presentado y el esfuerzo que representa haber presentado una nueva técnica. No discuto esa técnica en sí; digo que si tuviera que elegir, elegiría la que sigo haciendo por su simplicidad y por sus resultados tan buenos, como pueden ser los presentados.

**Dr. Prat.** — Me felicito que se haya hecho esta discusión sobre este tema de cirugía corriente, pero importante, porque a veces ciertos enfermos pueden quedar con algunas secuelas de esta operación a veces muy importantes. Y la prueba la tenemos en que cuando algún cirujano tiene que operarse de hemorroides no va a cualquiera, sino que elige al mejor cirujano, al que tiene más experiencia, lo que quiere decir que este es un asunto que tiene importancia.

En estos momentos, en que uno ya está en el pasivo, he tenido ocasión de concurrir al Servicio del Profesor Del Campo y he visto una cosa que me ha satisfecho mucho: en vez de ser el último venido el que hace la cirugía hemorroidaria, hay un asistente especializado que precisamente trata estas cuestiones de hemorroides, las opera y siempre está vigilando y ayudando en esta técnica; es una lástima que este asistente, que es el Dr. Tapella, no esté aquí porque nos podría haber dado elementos de interés.

En cuanto a la comunicación que ha presentado el Dr. Clivio Durante,

ya se ha dicho todo lo que se debe decir; voy a nombrar solamente dos o tres cosas.

Una de ellas: dijo el Dr. Durante que el canal anal o mejor dicho, el ano, es una encrucijada venosa de mucha importancia; yo diría de capital importancia, porque precisamente se juntan dos circulaciones: la porta y la cava y sabemos perfectamente, con las experiencias que se han hecho en Suiza, de que la mezcla de la sangre portal con la cava, provoca la coagulación, vale decir la trombosis y está a un paso de la embolización. Ahora, podría decir que en la cirugía de la hemorroides, nunca he visto esas trombosis postoperatorias ni embólicas, pero puedo decir que se hayan producido. Ahora, posiblemente lo que pasa es otra cosa: hoy día, que están en auge las operaciones de anastomosis del sistema portocava, por ejemplo, anastomosis de la esplénica con la renal, quiere decir que estas coagulaciones no se pueden producir, porque sino sería una cirugía a descartar completamente, pero incide la falta de otros factores. En estos casos que está la mezcla de las dos sangres, que se produce perfectamente, tiene que haber estasis sanguínea y es el factor que interviene más y en ese sentido, cuando hay esta mezcla de dos sangres perfectamente, puede venir la coagulación como pasa en la cirugía pelviana y de ahí el triste renombre de la cirugía de los fibromas. Esto tiene cierta importancia.

En la comunicación hay un asunto que para mí tiene cierto interés, pero tampoco en la práctica no lo he comprobado: lo que se refiere a la sección del esfínter; es curioso lo que le pasa al cirujano que todo el tiempo de la operación está vigilando una herida del esfínter y al final y de exproprio hace su sección. Es una práctica que se realiza con gran entusiasmo, pero por la experiencia del profesor Stajano y otros que la hacen, demuestran claramente que está entusiasmado, es una cosa muy clara. Por mi parte, nunca lo he hecho. Digo esto porque me he fundado en la parte fisiológica. Fisiología pura. Si recurrimos a la hermosa tesis de Monestier de principios de siglo, el estudio tan espléndido de la Fisiología del esfínter externo con el haz elevador del ano y demuestra categóricamente que aunque se seccione el esfínter externo, si no se secciona el haz del elevador no hay posibilidad de que se suprima la función. La función persiste igual, y eso el Dr. Stajano lo podrá encontrar en esa hermosa tesis de Monestier que se refiere precisamente a las vías sacras para el tratamiento del cáncer del recto. De manera que eso no lo he hecho nunca mismo para la cirugía del colon y me parece que si para unos es una gran cosa, para mí es un contrasentido.

Además de esto hay otro pequeño hecho que para mí tiene cierto valor: he visto que el Dr. Durante emplea una pinza bastante grande que tomando el paquete varicoso o las dilataciones varicosas, que a menudo estos casos presentan, y me pregunto si esas compresiones por todos lados, no pueden dejar escapar un coágulo. Es claro que uno no ve estas cosas porque lo hemos hecho un poco todos y no lo hemos visto, complicaciones de embolia después de las operaciones de hemorroi-

des. Sin embargo es una cuestión que habría que tener en cuenta. Hasta hace poco tiempo yo saltaba cuando veía a un ayudante, a un asistente, poner una pinza de Kocher o un anillo en el intestino, en el estómago, en la vesícula; creo que es una mutilación del órgano, de cualquier viscera, que no se debe hacer. Hoy día, con el criterio de operar con suavidad y delicadeza, debemos terminar con esas cosas. Para terminar diré que en la práctica de cirugía de hemorroides en el Instituto, cuando yo lo dirigía, nunca hice drenaje de tubo ni nunca dejaba drenaje de otra cosa, a lo sumo una ligera mechita si sangraba y generalmente una aplicación de vaselina de Chesborough, o un desinfectante cualquiera como el colagol o ictiol y nada más y no hemos visto esos dolores.

**Dr. Clivio.** — En primer lugar agradezco al Dr. García Capurro la opinión vertida. Nosotros no hemos pretendido presentar una nueva técnica operatoria, sino una ordenación de la misma bajo la dirección del reperaje previo del haz superficial del esfínter externo, agregándole además una exposición estática correcta superior a la que puede obtenerse con pinzas sostenidas por las manos del ayudante que le imprimen a la región cierta movilidad.

Aunque a primera vista la técnica de Milligan simplifica la intervención cosa que realizábamos en otra época, la hemos sustituido por la actual que es más completa, más científica y más racional, dado que son frecuentes las perturbaciones de la defecación y las recidivas; el caso filmado es precisamente una recidiva del Milligan donde comprobamos una vez más que el haz superficial estaba sepultado en el proceso fibroscítico perihemorroïdal y el cirujano no pudo regular la profundidad de la resección a lo que hubiere deseado a pesar de la habilidad que había tenido.

Esta opinión no es mía sino ampliamente compartida por la escuela Americana, a quien tenemos el honor de pertenecer y me remito al trabajo publicado en el *Surgery Gynecology* de febrero del corriente año, escrito por Blaisdeell que me excusa de ampliar el comentario al respecto.

Estoy de acuerdo con el Dr. Urioste sobre la importancia de la escuela inglesa en la concepción anatómica del esfínter. En cuanto a la sencillez del Milligan, también, no a la eficacia. La sutura mucosa controlada en el territorio cutáneo la hemos visto utilizar por cirujanos americanos diversos.

Al Dr. De Chiara, más o menos lo dicho al Dr. Urioste. No creo en la complejidad de la técnica, sino que tener algún elemento de guía es un postulado general de la técnica quirúrgica para ejecutar una intervención de cierta delicadeza.

Al Dr. Prat, le agradezco las opiniones vertidas, y estoy en especial manera de acuerdo cuando al hablar de la sencillez de la operación de

hemorroides, dice: "Un cirujano cuando debe operarse elige al que considera mejor"... El hecho tiene especial importancia. Lo que huelga todo comentario.

---

En cuanto a las pinzas para toma de hemorroides usamos la de anillos grandes y la razón se funda en un principio general de cirugía vascular venosa: no traumatizar por el desgarro que produce el deslizamiento de la pinza en la tracción.

Agradezco a los demás consocios que intervinieron y presenciaron el film, que si alguna falla tiene fué por razones de noviciado en el arte cinematográfico.

---