

Complicaciones tardías y secuelas de la cirugía anal

Dr. LUIS PRADERI *

En nuestro medio, las complicaciones tardías y secuelas de la cirugía anal por afecciones benignas, no son de gran frecuencia felizmente (38), pero no por ello dejan de ser importantes, pues algunas son muy difíciles o aún imposibles de curar.

Como ya se ha dicho, la cirugía de las regiones esfinterianas, exige conocimientos y tácticas precisas, pues la ruptura de sus delicados mecanismos suele ser muy difícil de restaurar ad-integrum.

Las complicaciones tardías más comunes, en una rápida enumeración, son: *recidiva del proceso* (fístulas, hemorroides, etc.), *retardo de cicatrización, anitis, fisuras, prurito, plicomas y sicopatías*.

Entre las secuelas se destacan además del *prolapso mucoso*, dos que por su trascendencia y su difícil corrección son las más importantes: *las estenosis y las incontinencias anales*.

En este estudio analizaremos las que consideramos de mayor entidad y de más compleja etiopatogenia y tratamiento. Una vez más repetimos el concepto de que *el tratamiento más efectivo es el profiláctico*.

Hemos reunido las causales más frecuentes de las complicaciones tardías y secuelas, y son *en su mayoría iatrogénicas* (49).

La cirugía anal es realizada: 1) sin los conocimientos anátomo-funcionales básicos; 2) ignorando la teoría de la táctica y técnica ope-

ratoria; 3) sin adecuada y correcta semiología; 4) en forma ligera y descuidada, desconociendo la trascendencia de actos y gestos quirúrgicos; 5) abandonando el postoperatorio; y 6) sin un diagnóstico exacto.

Retardo de cicatrización.— Así llamamos a la persistencia de un área granulante, secretante, con una infección latente, punto de partida de otras complicaciones más graves como anitis (ano húmedo, anitis pruriginosa), estenosis e incontinencias parciales.

Cuando persiste esta área, más allá de los plazos comunes de cicatrización, el cirujano debe investigar, si ya no lo ha hecho en el preoperatorio, afecciones generales como diabetes, trastornos nutricionales, hepatopatías, tuberculosis, Nicolás y Favre, etc. (89). Aun en presencia de estas afecciones, muchas veces la cicatrización es normal.

Otras veces es la existencia de afecciones anorrectales ignoradas, como focos de infección (91), hemorroides residuales. Por lo general esta complicación a la cual el enfermo no da mayor entidad, responde a la cirugía de las fisuras y las fístulas (1); las resecciones muy amplias en fístulas complejas, las dehiscencias de suturas o la retracción de la mucosa o la piel, invaginando sus bordes, formando recesos o bolsillos donde se acumulan las secreciones, o a defectos de técnica (1a). Debe entenderse muy bien que no siempre las incisiones y las resecciones por ser más amplias tardarán mayor tiempo en cicatrizar.

Las resecciones deben extirpar todo el tejido enfermo, seccionando en zonas sanas, y

* Profesor Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

prolongar siempre por incisiones de descarga, hecho ya considerado, para que la cicatriz sea rápida y correcta.

El tratamiento de este problema, al principio debe ser médico (curaciones, toques con nitrato de plata, antibióticos). Si no da resultado, el tratamiento quirúrgico, consiste en reseca el tejido enfermo, tratar el foco infeccioso residual y terminar con incisiones de descarga. Es poco frecuente que se requiera una reintervención; hay que saber esperar.

Sicopatías.—La fijación en la patología anal (1a, 89), el temor al cáncer y la preocupación y observación desmedida de las funciones de defecación, etc., tiene generalmente una base patológica orgánica: 1) curación incompleta de la afección de origen, por defectos de técnica; 2) la iatrogenia dejando una secuela como estenosis, incontinencia, ano húmedo, etc.; 3) la existencia de una afección ignorada; 4) la recidiva de la afección.

Los trastornos síquicos se constituyen en la determinante de severos trastornos del tránsito intestinal, constipaciones rebeldes, dispepsias y trastornos sexuales, que agravan aún más la patología anal residual, constituyéndose un verdadero círculo vicioso. Nuestra conducta se orienta a mejorar el sustractum orgánico que alimenta y genera el trastorno síquico.

ESTENOSIS ANAL

A veces de instalación inmediata, otras veces progresiva, se hace severa a los dos o tres meses de la intervención. Constituye un trastorno tan serio, que altera totalmente el ritmo de vida del paciente.

Generalmente la consulta se hace luego de probar el uso de laxantes y purgantes de todo tipo. La constipación, origina dispepsias, distensión abdominal, congestión pelviana, repercusión general, etc. Su frecuencia es escasa en nuestro medio (89), en otras estadísticas oscila entre 2.3 % (69), 1.8 % (1), hasta 9 % (76).

Analicemos los mecanismos etiopatogénicos que generan la estenosis:

a) Posthemorroidectomias (79, 90). Por múltiples defectos de técnica puede originarse; suturas apretadas, desgarros que cicatrizan con retracción, al igual que hematomas que se organizan y fisuras postoperatorias. La operación de Whitehead (90, 95), con su resección anular de piel deja una sutura continua en toda la circunferencia del conducto anal, que al retraerse e invaginarse forma un anillo inextensible (1).

b) Cripto-papilitis, absesos o fístulas, desconocidos, son procesos de estirpe inflamatoria que originan la fibro estenosante.

c) El postoperatorio no controlado, puede dejar evolucionar una estenosis. Si estudiamos la fisiopatología veremos que existe un común denominador, que es la fibrosis reaccional instalada sobre un foco inflamatorio séptico ignorado o no tratado. Chifflet (22).

Esta fibrosis se extiende según tres tipos (22): I. Fibrosis submucosa en el sector bajo del canal anal, afirma la mucosa, evitando su deslizamiento normal y fisiológico, a conti-

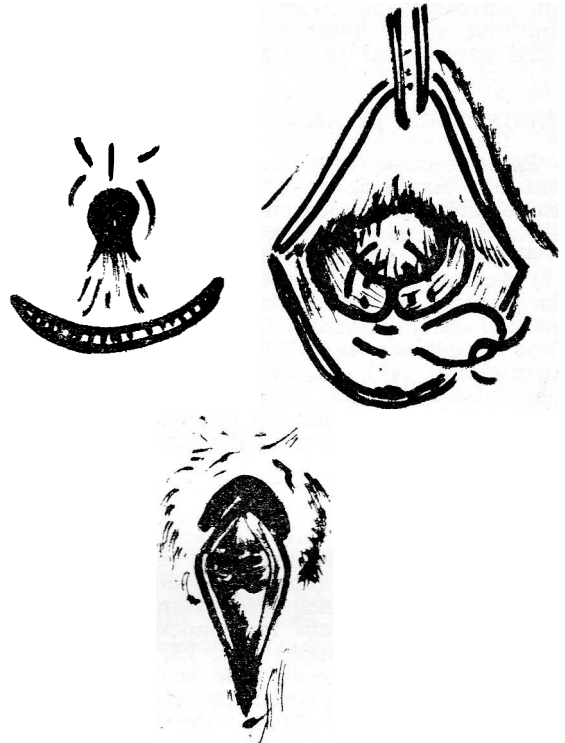


FIG. 1.—Método de percusión.

nuacion de lo cual se acartona y se retrae, estenosando el canal. Su inextensibilidad genera fisuras y hemorroides secundarios. Tipo II. Fibrosis esfínter interno; su invasión crea un anillo ubicado en la zona denominada pecten, de allí el nombre de pectenosis. Tipo II. Cuando la fibrosis invade el esfínter externo, la estenosis se hace más severa y difícil de corregir, pues la sección del esfínter puede determinar la instalación de incontinencia.

Tratamiento.—El objetivo terapéutico es doble: a) supresión del foco infeccioso, cuando existe; b) transformar mediante cirugía reparadora, aplicando criterios plásticos, la fibrosis inflamatoria en cicatrices normales. Cuando la estenosis es mucosa hacemos tratamiento médico, incruento a base de dilataciones graduales (34, 94), evitando en lo posible las fisuras de la mucosa, pues de lo contrario, estaríamos estimulando por microtraumatismos, la generación de la fibrosis reaccional antedicha. Debe usarse también diatermia, anti-inflamatorios, corticoides (22). Cuando es inoperante el tratamiento médico, la cirugía debe realizar plastias (37, 76), mediante secciones en Z o rotación de colgajos, aplicando los métodos correctores de las cicatrices retráctiles. Aconsejamos el método de Ferguson (32) (FIG. 1).

Si la estrechez tomó el esfínter externo, la solucionamos con una incisión arciforme, paralela a la margen anal, decolando la mucosa hasta alcanzar el haz superficial del esfínter que seccionamos. La mejoría no se instala brusca sino progresivamente. Hay

que advertir que la sección del esfínter debe limitarse a los haces subcutáneos y/o superficial para evitar la incontinencia.

INCONTINENCIA ANAL

Es la secuela más grave y de más difícil solución. Antes de entrar en tema, recordemos esquemáticamente los mecanismos fisiológicos de la defecación y de la continencia anal.

Mecanismo de la defecación (20, 21, 95).— 1º) Acumulación de materias en colon izquierdo y recto pelviano, determina aumento de presión intraluminal. 2º) Instalación del reflejo de defecación. 3º) Relajación del aparato esfinteriano. 4º) Expulsión por la hipertensión intra-abdominal creada por la contracción de la cincha muscular del abdomen y la relajación del aparato músculo-aponeurótico del periné.

Mecanismo de la continencia (20, 21).— Requiere la integridad de la función de reservorio en sigmoides y ampolla rectal, y del aparato esfinteriano gobernado por receptores mucosos y receptores musculares de tensión. La patología de las zonas esfinterianas no se entiende, si no poseemos los conocimientos básicos anatómo-funcionales (11, 25, 24).

El diagnóstico correcto de la incontinencia exige una semiología completa (8). En la *anamnesis* consignamos: Grado de Incontinencia (22). Tipo y evolución: transitorio-definitivo (22). Edad y tono muscular. Traumatismos quirúrgicos. Trastornos asociados del tránsito intestinal. Trastornos genitales y síquicos. Intentos de solución quirúrgica. En el *Examen Clínico* destacar: Estado general y abdominal. Inspección anal (forma, cicatrices, pliegues). Tono esfinteriano (surco o depresión en cerradura) (9). Mucosa anal, etc.

La incontinencia se ve asociada a la estenosis frecuentemente, y acompaña generalmente al prolapso (22, 34).

No olvidar el examen de recto-sigmoides y R.S.C. El electrodiagnóstico (electro-miografía y cronaxias) (8) lo hemos empleado para precisar la extensión de la destrucción esfintérica y la actividad del resto.

Etiopatología.— I) por afecciones neurológicas.

II) Por afecciones colorrectales, o post-quirúrgicas, cuando se ha suprimido el reservorio (8), en el caso de anastomosis bajas (C.U.C.-poliposis) o en algunas técnicas de resecciones de recto, como el pull-through (10). Empleando esta última técnica hemos tenido incontinencias parciales, sumadas a trastornos del tránsito, tenesmo, dolores posteriores, que generalmente han respondido al tratamiento médico. Para evitar este problema, deben respetarse 6-8 cms. de muñón rectal (incontinencia sensorial) (10). Las rectitis y perirectitis a veces abcedadas, acentúan también estos trastornos.

III) Por lesiones del conducto anal. No consideraremos las causadas por afecciones rectoanales (neoplasmas, prolapso, lesiones rádicas, etc.) (8) y las consecutivas a dilataciones, para referirnos a las post-quirúrgicas.

La cirugía ginecológica, crea con sus desgarrs, episiotomías, etc., incontinencias, que suelen ser más fáciles de corregir que las originadas por cirugía del canal anal.

Incontinencia post-cirugía anal.— Dos grupos etiológicos suelen ser fácilmente determinables: 1) *origen mucoso (zona ectodérmica)* afectación de los receptores sensoriales (21). Como ya se destacó, ella surge de la exagerada exeresis mucosa, después de intervenciones por hemorroides, prolapso hemorroidarios operados en agudo, que distorsionan mucho la anatomía normal o pectenotomía.

Se habla siempre de la operación de Whitehead (95), pero no debe olvidarse que puede también originarse por los procedimientos comunes, y hemos visto varios casos.

2) *Origen esfinteriano*. Afectación de receptores de tensión. Las fistulectomías (51 % según Birnbaum) (10, 95), casos múltiples o ramificados, abscesos ano-rectales altos, o dilataciones anales forzadas son las causas determinantes. No me extenderé sobre las diversas técnicas de fistulectomías que buscan evitar estas complicaciones (5, 9, 17, 40, 43, 65, 92). La frecuencia de I post-fistulectomía, es muy variable: 8 en 319 casos (65), 22 en 484 (43).

Tratamiento.

A) *Médico y preoperatorio* (8).— Lo consideramos fundamental y se basa en:

1) Regularización de las deposiciones, lo que obliga muchas veces a un estudio total del tubo digestivo.

2) Forma de las heces; el moldeado que determinan sobre el canal es insustituible (94).

3) Gimnasia voluntaria del esfínter, difícil de lograr, según el tipo de paciente.

4) Tratamiento eléctrico, mediante ionizaciones o faradización (no tenemos experiencia).

5) Supresión de focos infecciosos, es un concepto básico en toda cirugía anal.

6) Colostomía; no creo puedan esquematizarse sus indicaciones. Se reserva para los casos severos y luego de varios fracasos. La detransitación no es siempre útil (Chifflet-Harretche).

B) *Tratamiento quirúrgico*.

1) *Origen mucoso*.— Sus fundamentos son reseca el ectropión mucoso, y cubrirlo con piel viable de la margen anal. Las fibras esfinterianas deben quedar cubiertas por piel. Al realizar la sección y plastia mucosa debe corregirse ya la estenosis asociada.

El procedimiento de Ferguson (32), que crea dos colgajos, según se observa en el esquema, es sencillo y da buenos resultados.

2) *Origen esfinteriano*.— El procedimiento a emplear, debe elegirse según la extensión lesional (69). Consideramos 2 grupos:

a) *Formas segmentarias recientes*, pueden ensayarse los métodos de *reconstrucción*. La cita en la bibliografía mundial de más de 10 variantes técnicas, habla de las dificultades y los malos resultados.

El método clásico (13), de liberación (34) y sutura cumpliendo con los requisitos de una plástica, microtraumática, meticulosa (76, 89), la consideramos la mejor y con la que hemos obtenido mejores resultados. Citaremos breve-

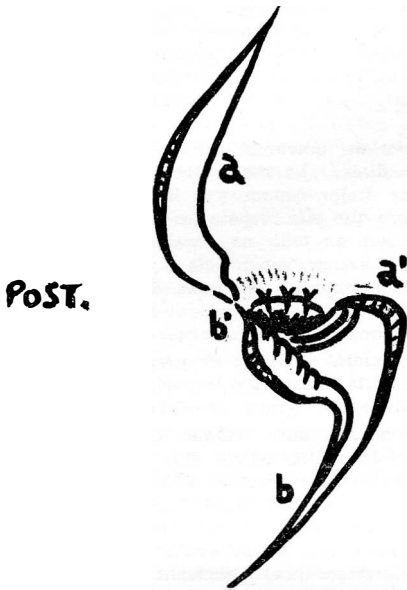


FIG. 2.— Técnica de Blaisdell.

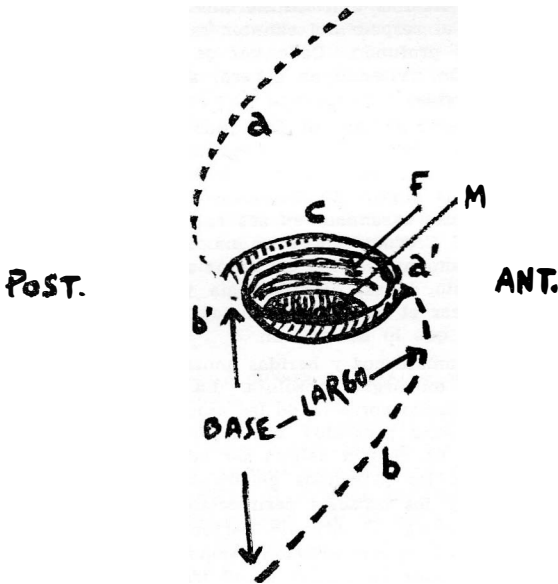


FIG. 3.— Resultado obtenido.

mente las particularidades de diversos métodos: Bine (9, 13) excisión del núcleo fibroso sin sutura, Blaisdell (7, 9, 11) incisión concéntrica semilunar y rizada del esfínter, para disminuir la luz del canal, dejando la herida

abierta (Figs. 2 y 3), Smiley y Kallet (9) emplean hilo de acero, Birnbaum (9, 13) aplica el método de Bunnell para la sutura tendinosa, con hilo de acero, Thiersch, Dodd y Gabriel cerclage de acero, en seniles, Fansler (13, 34) en las secciones medianas y posteriores profundas, acentúa el ángulo recto-anal por varios planos de sutura, empleando el haz puborrectal del elevador, Turell (13, 96) insiste en bloquear el espacio muerto submucoso, Lieder-Peskin realizan siempre colostomía previa y por fin otros autores suturan los elevadores.

b) *Formas graves inveteradas*, con destrucción esfintérica (74); estarían indicados los procedimientos de sustitución con:

1. *Formaciones anatómicas no contráctiles* tipo bandas de fascia (7) Wreden (13), Stone (13, 29), Mac Lanahan (74) fijas en las comisuras del canal o haciendo polea entre los fascículos de los glúteos.

2. *Formaciones musculares vecinas*. Existen más de 10 variantes publicadas; todas ellas son publicaciones de un número limitado de casos, que exigen curación primaria y gran disciplina del paciente. o corrigen totalmente el defecto (23). Se han empleado diversos músculos: Pickrell (74) con recto interno uno o bilateral, es el más empleado y sobre el que existe experiencia en nuestro medio (2), logrando resultados aceptables. Palma (73) ha empleado el glúteo mayor, como también Schoemaker (7), Chetwood (7), Henschen (7), Zahradnicek y Leimande (7). Gobell ha empleado el aductor mayor y Knapp (74) el trasverso superficial del periné.

La experiencia mundial es limitada y no hay estadísticas numerosas. Las causas de fracaso (9, 10) son: 1 — frecuente infección y dehiscencia, 2 — necrosis muscular por sutura muy apoyada, 3 — reabsorción del catgut, antes de consolidada la cicatriz, 4 — persistencia de un nido de infección entre los cabos y 5 — desvascularización y necrosis por liberación excesiva del esfínter.

Para terminar, repetimos las directivas de la cirugía anal, sobre las que insistía el Profesor Chifflet (22) y como modesto homenaje a su memoria:

1. — Conservar la zona sensible de la mucosa.
2. — Evitar la herida circunferencial de cicatriz estenosante.
3. — Drenar la zona decolada, mediante incisiones de descarga.
4. — Emparedar la mucosa contra el esfínter.
5. — Tratar los procesos patológicos de la mucosa (criptitis, papilitis, fisuras, etc.).
6. — Respetar la integridad esfinteriana.

Resumen

Las distintas ponencias han enfocado puntos específicos dentro del gran capítulo de los procesos benignos anorretales, y creemos que esas exposiciones han sido completas y concretas.

La realización de un resumen final es entonces una tarea relativamente fácil. Aspiramos a que él no sea una repetición de lo dicho en cada ponencia, y trataremos de hacer una síntesis de algunos aspectos generales del tema y de otros particulares, que entendemos deben destacarse como conceptos fundamentales. Son en su mayor parte principios que gobiernan la conducta terapéutica de los procesos anorretales.

En primer término el conocimiento completo de la fisiopatología de estas afecciones, donde los diferentes aspectos que la integran desbordan el enfoque de simple proceso local, para ser considerados aspectos de índole general como las reacciones alérgicas, y los factores neuropsíquicos. En lo local y regional, la anitís, proceso fundamental, exige un tratamiento médico que muchas veces será único y otras será previo, pero fundamental siempre, para la cirugía ulterior. No se debe operar en presencia de anitís, tanto en las hemorroides como en otras afecciones del canal anal.

El tratamiento con inyecciones esclerosantes debe ajustarse a indicaciones precisas. Su uso racional las hace un importante elemento terapéutico, que no es sólo del dominio del proctólogo médico, sino también del cirujano.

El tratamiento quirúrgico se fundamenta en la consideración de estos hechos en primer término, y luego en un conocimiento completo de la anatomía del recto y de las estructuras del ano.

Siguiendo los conceptos sustentados por A. Chifflet consideramos cuatro sectores en el recto, todos ellos con individualidad anatómica, funcional y patológica. La anatomía de cada segmento del recto, abdominal, pelviano, perineal y anal, es pilar fundamental para la cirugía. Dentro de ellos, el recto anal, donde asientan la gran mayoría de los procesos que hemos visto, exige el respeto al máximo de sus estructuras y en especial del sector esfinteriano y de la mucosa. El desconocimiento de los mismos y la realización de maniobras ciegas o no debidamente controladas, son elementos que determinan luego la aparición frecuente de complicaciones y secuelas.

No podrá encararse un tratamiento correcto si no es precedido de una semiología anorrectal completa, con anamnesis y examen físico cuidadosos. No debe nunca indicarse un tratamiento, por banal que él sea, sin un examen completo, que incluirá el tacto rectal y la anorrectoscopia, maniobras que deben ser habituales y no del dominio exclusivo del especialista. Así se podrá despistar un neoplasma que debuta por un pequeño sangrado en apariencia hemorroidal, o por un síndrome fisurario, etc. El examen anatomopatológico de rutina completará la seguridad diagnóstica frente al neoplasma, cuyas variadas formas pueden simular cualquier proceso anorrectal.

El tratamiento quirúrgico de las hemorroides y de otras lesiones como la fisura, la criptitis, etc., pueden realizarse con técnicas variadas. Hay muchas técnicas buenas, pero todas deben basarse en el respeto de la mucosa sensible, no dejar suturas circulares y evitar la creación de espacios muertos. Es aconsejable el

uso de incisiones de descarga, aunque para muchos no son imprescindibles. La mejor técnica para un cirujano es la que mejor conoce y a la que está acostumbrado, siempre que ella respete los principios enunciados. Por encima de todo no considerar la cirugía anal como cirugía menor, secundaria o aún de consultorio. Debe dársele su real jerarquía, de conocimiento y de ejecución, encarando siempre el tratamiento integral de las lesiones, frecuentemente asociadas.

La anestesia general debe ser de preferencia, siendo también excelentes la raquídea o la peridural. La anestesia local no debe ser nunca de elección.

Las fistulas anorretales, tratado el proceso asociado que, como la anitís, existe con frecuencia, son de tratamiento quirúrgico. Precedidas en un gran porcentaje por un absceso, el tratamiento correcto de éste puede ser una excelente profilaxis para evitar la formación de la fistula. En particular en los abscesos intra o transefinterianos, el "destechado" en agudo, incluyendo el tratamiento de la cripta responsable, constituye un tratamiento integral y definitivo del proceso, impidiendo la constitución ulterior de la fistula.

En las fistulas extraesfinterianas el hecho fundamental es el respeto del esfínter estriado, en especial de su haz profundo. Cada vez se tiende más a su conservación, evitando en general su sección, aún en forma diferida.

El tratamiento de los prolapsos anorretales, quirúrgico siempre salvo contraindicación general, está dominado por el conocimiento de la fisiopatología de los distintos tipos. El diagnóstico correcto de cada tipo, permite, basándose en sus caracteres, encarar su corrección. Creemos que buen número de los fracasos en el tratamiento de los prolapsos son debidos a desconocimiento de esa fisiopatología y por consiguiente a no encarar el tratamiento en los diferentes aspectos o factores que lo determinan.

Los traumatismos y heridas anorretales tienen una indicación quirúrgica absoluta. La buena semiología y el diagnóstico correcto de las asociaciones lesionales, frecuentemente presentes, son la base del encare terapéutico. La cirugía deberá ser hecha por quien conozca bien los principios generales ya expuestos, la anatomía y los espacios perirrectales. La reconstrucción anatómica, el drenaje correcto, y la eventual colostomía de destransitación temporaria, son los elementos a tener en cuenta en el tratamiento de estas heridas.

Los pólipos del recto constituyen una afección de relativa frecuencia. Es indispensable conocer su patología para tratarlos correctamente. Su exéresis completa y total para estudio histológico, es el principio básico. La biopsia de un pólipo no hace diagnóstico del mismo, y su valor sólo podrá ser de mera orientación, pero nunca definitivo para resolver una conducta.

Las acantosis verrucosas del ano, son procesos con individualidad anatomoclínica. Diferentes, de los condilomas y del neoplasma, exigen su conocimiento para realizar un correcto tratamiento. Sólo el examen histológico de toda la pieza cataloga su exacta naturaleza.

La exéresis debe ser completa y total, con respeto de estructuras, y de orientación conservadora.

Finalmente las complicaciones y secuelas de la cirugía anorrectal. En particular las secuelas y dentro de ellas la estrechez y la incontinencia, son de enorme importancia. En buen número son de naturaleza iatrogénica. La cirugía anal mal hecha, sin conocimientos anatómicos ni técnicos o en forma apresurada, deja con frecuencia secuelas y complicaciones.

Otras veces se originan en accidentes operatorios aún en manos experimentadas.

Su tratamiento es realmente difícil y pone muchas veces a prueba al cirujano más entrenado en cirugía anal. Muchas veces los resultados no son los esperados. Hay pacientes en los que se agregan grandes trastornos de la esfera psíquica, que deberán ser despijados y tratados.

Todo ello le confiere a este capítulo una especial complejidad y exige en general una debida especialización.

Bien. Hemos querido sólo bosquejar algunos puntos importantes de los temas en esta Mesa Redonda, que toca así a su fin, Mesa Redonda cuyos integrantes, discípulos y no discípulos del Prof. Abel Chifflet, dedican como sentido homenaje a su memoria.

Nos resta, en primer término, agradecer a las autoridades del XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía el honor que nos han conferido al designarnos como Coordinador de esta Mesa Redonda.

En segundo término agradecemos a las autoridades médicas y médicos de la ciudad de Concordia, por la gentil invitación de realizar esta reunión en esta ciudad.

Agradecemos de manera muy especial la valiosa colaboración que nos han brindado los colegas que nos han acompañado en este panel. A su aporte científico y brillantez se debe todo lo que pueda resultar de esta Mesa Redonda.

Finalmente nuestro agradecimiento a todos los colegas argentinos y uruguayos aquí presentes, y que nos han dispensado tan amable atención.

A todos, muchas gracias.

RÉSUMÉ

Il a été exposé ici divers aspects de la Chirurgie des affections bénignes ano-rectales.

Les différents travaux ont traité de thèmes spécifiques de ces affections, d'une manière que nous considérons concrète et exhaustive. Les questions qui ont été posées ont contribué à éclaircir certains points.

Il est alors relativement aisé de faire un résumé d'ensemble. Nous voulons faire en sorte qu'il ne s'agisse pas d'une simple redite des diverses présentations et nous essaierons de faire une synthèse de certains aspects généraux du thème et d'autres plus particuliers, qui doivent être considérés, à notre avis, comme des concepts fondamentaux. Il s'agit le plus souvent des principes qui commandent la conduite à suivre dans la thérapeutique des affections ano-rectales.

En premier lieu: la connaissance complète de la Physiopathologie de ces affections, dans lesquelles les différents aspects qu'elles présentent débordent le cadre de la simple évolution locale et doivent être considérés comme des aspects de caractère général, telles les réactions allergiques et les facteurs neuro-psychiques. Sur le plan local et régional, l'Anite — processus fondamental — exige un traitement médical le plus souvent unique, d'autres fois préalable, mais toujours essentiel pour la chirurgie ultérieure. On ne

doit pas opérer en présence d'anite, qu'il s'agisse d'hémorroïdes ou d'autres affections du canal anal.

Le traitement par injections sclérosantes doit se plier à des indications précises. Leur usage rationnel en fait un élément thérapeutique important, qui n'est pas seulement du ressort du Proctologue mais aussi du Chirurgien.

Le traitement chirurgical se base en premier lieu sur la considération de ces faits et en outre sur une connaissance complète de l'Anatomie du Rectum et des structures de l'Anus.

D'après les concepts soutenus par A. Chifflet, nous considérons quatre secteurs dans le Rectum, chacun ayant son individualité anatomique, fonctionnelle et pathologique. L'Anatomie de chaque segment du Rectum: abdominal, pelvien, périnéal et anal, est la pierre fondamentale de la Chirurgie. Parmi ces segments, le rectum anal, où naissent la plupart des processus que nous avons vus, exige que soient respectées le plus possible ses structures et en particulier celle du secteur sphinctérien et de la muqueuse. La méconnaissance de ces principes et des manoeuvres hasardeuses, ou insuffisamment contrôlées ont pour conséquence l'apparition fréquente de complications et séquelles.

On ne peut envisager un traitement correct s'il n'est précédé d'une sémiologie ano-rectale complète, avec anamnèse et examen physique étudiés. On ne doit jamais préconiser un traitement, si banal soit-il, sans un examen complet qui comprendra le Toucher rectal et l'Ano-rectoscopie, toutes manoeuvres qui doivent être courantes et non point du ressort exclusif du spécialiste. On pourra ainsi dépister un néoplasme qui se manifeste par une petite perte de sang en apparence hémorroïdale, ou par un syndrome de fissuration, etc. L'examen Anato-pathologique de routine donnera une plus complète sécurité au diagnostic du néoplasme, dont les formes très diverses peuvent faire croire à n'importe quelle affection ano-rectale.

Le traitement chirurgical des hémorroïdes et d'autres lésions telles que la fissure, la cryptite, etc., peut être appliqué suivant des techniques diverses. Il y a beaucoup de bonnes techniques mais toutes doivent se fonder sur une attention particulière de la muqueuse sensible, c'est à dire ne pas laisser de sutures circulaires et éviter la création de zones mortes. Il est recommandé de procéder à des incisions de décharge, bien que beaucoup ne les estiment pas indispensables. Pour le chirurgien la meilleure technique est celle qu'il connaît le mieux et à laquelle il est habitué, dans la mesure où elle respecte les principes déjà énoncés. Mais surtout il ne faut pas considérer la Chirurgie anale comme une chirurgie mineure, secondaire ou de cabinet de consultation. Il convient de lui attribuer l'importance qu'elle mérite, du point de vue des connaissances et de l'exécution, en y associant toujours le traitement intégral des lésions fréquemment concomitantes.

L'anesthésie générale est toujours préférable, mais la rachidienne et la péri-durale sont excellentes. Par contre l'anesthésie locale n'est jamais conseillable.

Les Fistules ano-rectales — une fois traitées l'affection associée qui, comme l'anite, coexiste fréquemment — doivent être chirurgicalement résolues. Pré-cédées, dans un pourcentage élevé, par un abcès, le traitement correct de celui-ci peut être une excellente prophylaxie qui pourra éviter la formation de la fistule. Dans les abcès intra ou trans-sphinctériens, en particulier, la "découverte" en période aigüe, comprenant

le traitement de la crypte responsable, constitue le traitement intégral et définitif de l'affection, empêchant la formation ultérieure de la fistule.

Dans les fistules extra-sphinctériennes le problème fondamental est l'intégrité du sphincter strié, spécialement de son faisceau profond. On tend de plus en plus à le préserver et à éviter en général sa section, même sous forme différée.

Le traitement des Prolapsus ano-rectaux, toujours chirurgical sauf contre-indication générale, est tributaire des connaissances en matière de Physiopathologie des différents types. Le diagnostic correct de chaque type — compte tenu de ses caractéristiques — permet d'en envisager la correction. Nous pensons qu'un bon nombre d'échecs dans le traitement des Prolapsus sont dus à la méconnaissance de cette physiopathologie et par conséquent au fait de ne pas envisager le traitement d'après les différents aspects ou facteurs qui le déterminent.

Les traumatismes et blessures ano-rectaux impliquent absolument l'intervention chirurgicale. Une bonne sémiologie et un diagnostic correct des associations lésionnelles, dont la présence est fréquente, sont la base de la conception thérapeutique. La chirurgie devra être faite par qui connaît bien les principes généraux que nous avons déjà exposés, l'anatomie et les espaces péri-rectaux. La reconstruction anatomique, le drainage correct, et l'éventuelle Colostomie de déviation temporaire, sont les éléments dont il faut tenir compte dans le traitement de ces blessures.

Les Polypes du Rectum sont une affection relativement fréquente. Il est indispensable, pour les traiter correctement, de connaître leur Pathologie. Leur exérèse complète et totale, pour une étude histologique, est le principe de base. La biopsie d'un Polype n'a pas de signification diagnostique, et ne peut servir que de simple orientation, mais jamais définitive quant à la conduite à suivre.

Les Acanthoses verruqueuses de l'Anus sont des affections d'une particularité anatomo-clinique. Différentes des Condylomes et du néoplasme, elles requièrent la connaissance de ces derniers, si l'on veut réaliser un traitement correct. Seul l'examen histologique de la pièce entière permet de cataloguer sa nature exacte. L'exérèse doit être complète et totale, avec respect des structures, et son orientation doit être conservatrice.

Enfin nous mentionnerons les complications et séquelles de la Chirurgie ano-rectale. Les séquelles en particulier et parmi elles le rétrécissement et l'incontinence, sont d'une énorme importance. Un bon nombre sont de nature iatrogénique. La chirurgie anale mal faite, sans connaissances anatomiques et techniques ou faite d'une manière hâtive, laisse fréquemment des séquelles et des complications.

Parfois elles ont pour cause des accidents opératoires même dans des mains expérimentées.

Leur traitement est réellement difficile et met très souvent à l'épreuve le chirurgien le plus entraîné en chirurgie anale. Très souvent aussi les résultats ne sont pas ceux que l'on escomptait. Chez certains patients on trouve en outre de grands troubles sur le plan psychique, qui doivent être décelés et traités.

Tout ce qui précède confère à ce chapitre une complexité très particulière qui exige en général une spécialisation appropriée.

Enfin, nous avons voulu seulement passer en revue quelques points importants des thèmes de cette Table ronde, qui touche à sa fin, Table ronde que les par-

ticipants, disciples ou non du Professeur Abel Chifflet, dédient en très sincère hommage à sa mémoire.

Il nous reste, en premier lieu, à remercier les autorités du XXIIIème Congrès Uruguayen de Chirurgie de l'honneur qu'elles ont bien voulu nous faire de nous désigner comme Coordinateur de cette Table ronde.

Nous remercions également les autorités médicales et les médecins de la ville de Concordia pour leur aimable invitation à organiser cette réunion en cette ville.

Nous sommes tout particulièrement reconnaissants de la précieuse collaboration que nous ont apportée les collègues qui nous ont accompagnés ici. C'est à leur apport scientifique et à leur talent que nous devons tous les enseignements de cette Table ronde.

Enfin notre gratitude s'adresse à tous les collègues argentins et uruguayens ici présents qui nous ont dispensé une si aimable attention.

A tous, un grand merci.

SUMMARY

Several surgical aspects of benign ano-rectal processes have been described at this meeting.

In making a final summary we shall try to avoid repetitions leaving only fundamental principles governing therapeutic conduct to be followed in ano-rectal processes.

In the first place we have complete knowledge of the Physiopathology of these diseases, for the different aspects that form it go beyond the approach that considers them a simple local process and comprises general aspects such as allergic reactions and neuro-psychic factors. With respect to local and regional aspects we have Anitis, which is a fundamental process demanding medical treatment, at times the sole treatment and at times prior to surgery, but in all cases a fundamental aspect. The patient should not be operated on when there is anitis, both in the case of haemorrhoids and in other diseases of the anal canal.

Treatment by sclerosing injections should follow precise indications. Their rational use turns them into an important therapeutic weapon, not only for the medical Proctologist, but also for the Surgeon.

Surgical treatment is based, in the first place, on the consideration of these aspects and then in the complete knowledge of the Anatomy of the Rectum and anal structures.

Following the criterion sustained by A. Chifflet we divide the Rectum into four sectors, with their own anatomic, functional and pathological characteristics. The Anatomy of each segment of the Rectum — abdominal, pelvic, perineal and anal — constitutes a fundamental pillar for Surgery. The anal Rectum in particular, — where lie the vast majority of the processes that we have seen, — demands the greatest respect for its structures, specially in the sphincterian sector and in the mucosa. Ignorance of these structures and performance of blind or imperfectly controlled manoeuvres later determine the frequent appearance of complications and sequelae.

Correct treatment cannot be undertaken unless preceded by complete ano-rectal semiology, including careful anamnesis and physical examination. Treatments should never be indicated, no matter how simple, without having performed a complete diagnosis examination, which should include digital examination and Ano-rectoscopy, manoeuvres which should be

part of a routine and not limited exclusively to the specialist. Thus a neoplasm beginning by slight bleeding, apparently of hemorrhoidal origin, or indicating a fissurary syndrome, etc., can be detected. A routine Anatomic-Pathological examination will fully confirm the diagnosis in the case of neoplasms, since its varied forms may simulate any of the ano-rectal processes.

Surgical treatment of hemorrhoids and other lesions, such as fissures, criptitis, etc., may follow different techniques. Many of these are good, but all should be based on respect for the sensitive mucosa, should never leave circular sutures and should avoid creating dead spaces. The use of discharge incisions is advisable, although many do not consider them essential. The best technique for a surgeon is that with which he is better acquainted and to which he is used, provided it respects the mentioned principles. Above all, it is important that anal Surgery should not be considered as minor, secondary or ambulatory surgery. It should be granted its due importance, both from the point of view of performance and of knowledge, and should always contemplate the complete treatment of the lesions, which are frequently associated.

General anesthesia should be preferred, although rachid or peri-dural anesthesia are also excellent. Local anesthesia should never be elective.

Ano-rectal Fistulas should be treated by surgery, having previously treated the associated processes which, as in the case of anitis, frequently accompanies them. To a large extent they are preceded by an abscess and its correct treatment may often prove excellent profilaxis, preventing the formation of the fistula. In intra or trans-sphincterian abscesses, in particular, the opening of the sinus which includes treatment of the responsible crypt, constitutes an excellent, complete and definitive treatment of the process, and prevents the ulterior formation of the fistula.

..In the case of extra-sphincterian fistulas the fundamental aspect is respect for the external sphincter, above all in its deep tract. There is an increasing tendency to preserve it, avoiding in general its division, even in deferred form.

The treatment of ano-rectal Prolapses is always by surgery, except when there is general counter-indication, and is governed by knowledge of the Physiopathology of the different types. Correct diagnosis of each type permits its correction based on its characteristics. We believe that a large number of failures in the treatment of Prolapses are due to lack of knowledge of its physiopathology and consequently to the fact that treatment is not based on the different aspects or factors that determine it.

Ano-rectal traumatism and wounds have absolute surgical indication. Good semiology and correct treatment of lesional association —frequently present— are the basis of the therapy. Surgery should be performed by someone who is well acquainted with the aforementioned general principles, anatomy and peri-rectal

spaces. Anatomical reconstruction, correct drainage and eventual Colostomy for temporary diversion are the elements that should be taken into consideration in the treatment of these wounds.

Polyps of the Rectum are relatively frequent. Acquaintance with their Pathology is essential for their correct treatment. Complete and total excision for their histological study, is a basic principle. Biopsy of a polyp does not establish diagnosis and its value is that of mere orientation, but never final in deciding on the conduct to be followed.

Verrucose Acanthosis of the Anus, are processes with anatomoclinical individuality. They differ from Condilomas and neoplasms and demand knowledge of this disease for the purpose of correct treatment. Only histological examination of the whole piece will reveal its exact nature. Excision should be complete and total, should respect structures and be conservative in tendency.

Finally we have the complications and sequelae of ano-rectal Surgery. Sequelae, in particular, are of the greatest importance, and among them we have narrowness and incontinency. A large number of them are iatrogenic in origin. Badly performed anal surgery, due to inadequate anatomic or technical knowledge, or hurriedly performed, often results in sequelae and complications.

At other times we find operatory accidents even in experienced hands.

Their treatment is really difficult and very often puts to the test the skillest surgeon in anal surgery. Many are the times when the results are not those that were expected. In some patients we find great psychological perturbation, and these patients should be detected and treated.

All these aspects make this a highly complex chapter and one that demands adequate specialisation.

Well. Our only aim was to give an outline of some important points brought up in this Panel Meeting, the members of which both disciples and non disciples of Prof. Abel Chifflet, dedicate as solemn homage to his memory, and which thus comes to its end.

We still have, in the first place, to thank the authorities of the XXIII Uruguayan Congress of Surgery for the honour which they have conferred upon me in appointing me Coordinator of this Panel Meeting.

In the second place, we wish to thank the medical authorities and the physicians of the city of Concordia, for their kind invitation to hold this meeting here.

Our very special thanks for the valuable collaboration of those colleagues who have accompanied us in this panel meeting. All the results obtained will be due to their scientific contribution and brilliant performance.

And finally, our thanks to our Argentine and Uruguayan colleagues present here, who have shown us such kind attention.

To you all, thank you very much.

Bibliografía

1. AGUILERA, M. Complicaciones de la cirugía anal. *Hoja Gastroent.* 1: 225, 1964.
- 1 b. AGUILERA, M. Complicaciones y secuelas de la cirugía hemorroidaria. *II Congr. Lat. Amer. Proctol.* 1: 181, 1963.
2. ALBO, M. La operación de Pickrell en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal. *XVI Congr. Urug. Cir.*, II: 477, 1965.
3. ALBO, M. y PORTOS, R. Criterio terapéutico en las hemorroides. Curso de Graduados Clin. Quir. "A", Prof. H. Ardao, Rivera, Octubre 1971 (inédito).
4. ALTEMEIER, W. A., GULBERTSON, W. R. and ALEXANDER, J. W. One stage perineal repair of rectal prolapse. Twelve years' experience. *Arch. Surg.*, 89: 6, 1964.
5. ARNOUS, J., PARNAUD, E. et TOUPET, A. Techniques chirurgicales. Chirurgie anale. *Lib. Maloine S. A.*, Paris, 1970.
6. ARNOUS, J., PARNAUD, E. et DENIS, J. Quelques réflexions sur les abcès et les fistules à l'anus. (À propos de 3.000 interventions). *Rev. Prat.*, 22: 1793, 1972.
7. ARONSSON, H. Anorectal infections and their sequelae, specially fistulae and incontinence. *Acta Chir. Scand.* 96 (Supp. 135-137): 121, 1948.
8. BENSUADE, A. Hemorroides y afecciones comunes de la región anal. *El Ateneo*, Buenos Aires, 1971.
9. BIRNBAUM, W. A method of repair for a common type of traumatic incontinence of the anal sphincter. *Surg. Gynec. Obstet.*, 87: 716, 1948.
10. BIRNBAUM, W. and SPROUL, G. The treatment of postoperative fecal incontinence. *Surg. Clin. N. Amer.*, 35: 1487, 1955.
11. BLAISDELL, P. A simple yet more effective repair of the incontinent sphincter ani. *Surg. Gynec. Obstet.*, 112: 375, 1961.
12. BLATT, L. J. Injury of the rectum by tip of dispensable enema. Report of a case. *Arch. Surg.*, 80: 442, 1960.
13. BLOCK, I. R. Repair of the incontinent sphincter ani following operative injury. *Surg. Gynec. Obstet.*, 109: 111, 1959.
14. BOCKUS, H. L., TACHDJIAN, V., FERGUSON, L. K., MOUHRAN, Y. and CHAMBERLAIN, C. Adenomatous polyps of colon and rectum; its relations to carcinoma. *Gastroenterology*, 41: 391, 1961.
15. BURNS, F. J. Papillomas of colon and rectum. *Amer. J. Surg.*, 28: 642, 1950.
16. CAMBELL, F. B. and SCHAEERER, W. C. Colostomy: its reconstruction and care. *J.A.M.A.*, 146: 93, 1951.
17. CARPANELLI, J. B., RAMIREZ, E. P., VELASCO, E. E. y RAMIREZ, M. N. Tratamiento de las fistulas anorrectales. *Rev. Arg. Cir.*, 21: 372, 1971.
18. CHAMBOULEYRON, E. J. y MUSIARI, J. P. Etiopatogenia y tratamiento de las fistulas perianales. *An. Paul. Med. e Cir.*, 68: 11, 1954.
19. CHESTER, B. and SCHWIMMER, B. Perianal verruca acuminata with mucosal lesion. *Arch. Dermat.*, 71: 149, 1955.
20. CHIFFLET, A. Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto. Imp. Rosgal. Montevideo, 1956.
21. CHIFFLET, A. El canal anorrectal. *Día Méd. Urug.*, 20: 17, 1948.
22. CHIFFLET, A. Enfermedades no neoplásicas del recto. S.M.U. Cuadernos de Medicina. Montevideo, 1970.
23. CHIFFLET, A. Fisiopatología del canal anorrectal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 18: 156, 1947.
24. CHIFFLET, A. La travesía del perineo masculino. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 21: 5, 1950.
25. CHIFFLET, A. KASDORF, H., VIOLA, J. y AGUIAR, A. Tratamiento de los cánceres del recto. Imp. Rosgal. Montevideo, 1961.
26. CODEFY, J. M., BRUNET, M. et FOURCADE, R. À propos de 12 cas de prolapsus rectal total de l'adulte traités par suspension au promontoire par bandelette de nylon. *Mém. Acad. Chir.*, 89: 536, 1963.
27. CULP, C. E., DOCKERTY, M. B. and JACKMAN, R. J. Histopathology of satellite polyps. *Arch. Surg.*, 92: 65, 1966.
28. DREESE, W. C., GRADINGER, B. C., HELWIG, C. A., WELCH, J. W. and CUSKER, E. N. Villous tumours of rectum and sigmoid. *Surg. Gynec. Obstet.*, 115: 182, 1962.
29. EISENHAMMER, S. A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. *Surg. Gynec. Obstet.*, 106: 595, 1958.
30. EISENHAMMER, S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg. Gynec. Obstet.*, 109: 583, 1959.
31. ESPECHE, A. N., SPEDALETTI, S. A., MIRANDE, J. L., ZORRAQUIN, G., FRIGERIO, A. J. y SCHÄRER, A. J. Tratamiento de las fistulas anorrectales. *Rev. Arg. Cir.*, 21: 355, 1971.
32. FERGUSON, M. Repair of Whitehead deformity of the anus. *Surg. Gynec. Obstet.*, 108: 115, 1959.
33. FERNANDEZ CHAPELA, A. Contribución al estudio anatómico del recto. Tesis de agregación (inédita).
34. FANSLER, W. A., NEUMEISTER, C. A. Treatment of incontinence and other abnormalities following infections of the anal and rectal regions. *Amer. J. Surg.*, 88: 821, 1954.
35. GABRIEL, W. B. The principles and practice of rectal surgery. Lewis & Co. Ltd. London, 1963.
36. GABRIEL, W. B., DUKES, F. and BUSSEY, H. Biopsy of the rectum. *Brit. J. Surg.*, 38: 152, 1951.
37. GALVAN, E. S. Técnica plástica para el tratamiento de la fisura del ano. *Prensa Méd. Arg.*, 59: 613, 1972.

38. GARCIA MATA, A. y CIARLO, A. Complicaciones y secuelas de la cirugía de las fistulas anorrectales. *II Congr. Lat. Amer. Proctol.*, II: 219, 1963.
39. GARRIZ, R. A. Patología quirúrgica anorrectal no maligna en el adulto. *Rev. Arg. Cir.*, 19: 133, 1969.
40. GARRIZ, R. A., FERNANDEZ, V. A. y LUCHETTI, E. S. Fístulas anorrectales recidivadas. *Rev. Arg. Cir.*, 21: 389, 1971.
41. GOLIGHER, J. C. Treatment of complete prolapse of the rectum by Roscoe-Graham operation. *Brit. J. Surg.*, 45: 223, 1958.
42. GUTIERREZ-BLANCO, H. Hiperazoemia extrarenal por tumor vellosa rectal hipersecretante. *Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.*, 50: 184, 1957.
43. HEIDENREICH, A. y LEMBRANDE, R. O. Fístulas perianales. *Rev. Arg. Cir.*, 21: 374, 1971.
44. HELWIG, E. B. Adenomas and pathogenesis of cancer of the colon and rectum. *Dis. Colon Rect.*, 2: 174, 1959.
45. HELWIG, E. B. Evolution of adenomas of large intestine and their relation to carcinoma. *Surg. Gynec. Obstet.*, 84: 36, 1947.
46. HORN, R. C., Jr. Malignant potencial of polypoid lesions of the colon and rectum. *Cancer*, 28: 146, 1971.
47. JACKMAN, R. J. Perianal sinuses: some unusual causes. *Dis. Colon Rect.*, 8: 115, 1965.
48. JACKMAN, R. J. and BEAHR, O. H. Tumors of the large bowel. Vol. 8. Philadelphia, B. Saunders & Co., 1968.
49. KEANE, J. F. Errors in anorrectal proctology. *Amer. J. Gastroent.*, 26: 100, 1956.
50. KRATZER, G. L. and DOCKERLY, M. B. Histopathology of the anal ducts. *Surg. Gynec. Obstet.*, 84: 333, 1947.
51. KUPFFER, C. A. and GOLIGHER, J. C. One hundred consecutive cases of complete prolapse of the rectum treated by operation. *Brit. J. Surg.*, 57: 481, 1970.
52. KUSTER, G. Relationship of anal glands to lymphatics. *Dis. Colon Rect.*, 8: 332, 1965.
53. KUSTER, G., LOOSLI, A. y BECKDORF, E. Nueva técnica operatoria en prolapso rectal mediante el uso de material irreabsorbible. *II Congr. Lat. Amer. Proctol.*, 3: 971, 1963.
54. LAHAUT, J. Cure radicale des grands prolapsus du rectum. *J. Chir.*, 72: 565, 1956.
55. LARACH, A. Tratamiento de las fistulas anorrectales. *Ias. Jornadas Chilenas de Proctología*, 1959.
56. LARGHERO, P. Comunicación personal.
57. LAURENCE, A. E. Fistulas anales. *Prensa Méd. Arg.*, 44: 305, 1957.
58. LOCKHART-MUMMERY, J. P. Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment. 2nd. Ed. W. Wood & Co. Baltimore, 1934.
59. LOYGUE, M. J. À propos des spondylodiscitis graves après fixation du col utérin au promontoire. *Mém. Acad. Chir.*, 89: 405, 1963.
60. LOYGUE, M. J. et CARBONNET, A. Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie suivant le procédé de Orr. À propos de 14 observations. *Mém. Acad. Chir.*, 83: 325, 1957.
61. LOYGUE, M. J., HUGUIER, M. and BIOTOIS, H. Complete prolapse of the rectum. *Brit. J. Surg.*, 58: 847, 1971.
62. LUND, H. Z. Tumors of the skin. Invasive acanthosis.
63. MACHACEK, G. F. and WEAKLEY, D. R. Giant condylomata acuminata of Buschke and Loewenstein. *Arch. Dermat.*, 1: 82, 1960.
64. MACHADO DA LUZ, R. Perforaciones traumáticas del recto. *XVI Congr. Urug. Cir.*, II: 466, 1965.
65. MALAFOSSE, M., BIOTOIS, H. et LOYGUE, J. Prolapsus total du rectum chez l'adulte. Bilan de la rectopexie au promontoire. *Ann. Chir.* 23-24: 1253, 1970.
66. MARENGO, E. R. Fístula perianal. Indicaciones y técnica tipo Roblès-Picot. *Rev. Arg. Cir.*, 21: 369, 1971.
67. McKENZIE, A. D. and BELL, G. A. Nonpenetrating injuries of the colon and rectum. *Surg. Clin. N. Amer.*, 52: 735, 1972.
68. MEROLA, L. H. Tratamiento de las fistulas perianales extraesfinterianas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 412, 1962.
69. MICHELINI, L. Algunas complicaciones de la cirugía anal. *Hoja Gastroent.*, 1: 228, 1964.
70. MILES, W. E. Observations upon internal piles. *Surg. Gynec. Obstet.*, 29: 497, 1919.
71. MORTON, J. H., HINSHAW, J. R. and MORTON, J. J. Blunt trauma to the abdomen. *Ann. Surg.*, 145: 699, 1957.
72. NAVEIRO, R. Fístula perianal extraesfinteriana (detalle de técnica). *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 54: 677, 1940.
73. PALMA, E., GIURIA, F., TOBLER, H. y TAI-BO, W. Plastia del esfínter anal mediante el músculo gran glúteo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 297, 1958.
74. PICKRELL, K., BROADBENT, T. R., MASTERS, F. W. and METZGER, J. T. Construction of a rectal sphincter and restoration of anal continence by translating the gracilis muscle. *Ann. Surg.*, 135: 853, 1952.
75. PICOT, M. G. Quatre observations de fistules anales extra-sphincteriennes traitées par l'excision du trajet et l'abaissement de la muqueuse rectale. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, (Paris), 50: 642, 1924.
76. POPE, C. An anorrectal plastic operation for fissure and stenosis and its surgical principles. *Surg. Gynec. Obstet.*, 108: 249, 1959.
77. RIPSTEIN, C. B. Surgical cure of massive rectal prolapse. *Dis. Colon Rect.*, 8: 34, 1965.
78. RIPSTEIN, C. B. and LANTER, A. Etiology and surgical therapy of massive prolapse of the rectum. *Ann. Surg.*, 157: 259, 1963.
79. RIVERA, C. A. Complicaciones y secuelas de la cirugía hemorroidaria. *II Congr. Lat. Amer. Proctol.*, I: 173, 1963.
80. ROBLÈS, M. Un procédé facile de la cure radicale des fistules à l'anus. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, (Paris), 58: 676, 1932.
81. ROSS, S. T. Treatment of anorrectal fistulas. *J. Int. Coll. Surg.*, 22: 607, 1954.
82. SAPRIZA-VIDAL, C. Complicación hemorrágica en cirugía del recto. *Rev. Urug. Proctol.*, 2: 85, 1966.

83. STAULESAND, J., STELZNER, F. Das corpus cavernosum recti, die morphologische grundlage der sogenannten innereren hämorrhoiden Klin. Wschr., 38: 1004, 1960.
84. SPRATT, J. S., ACKERMAN, L. V. and MOYER, C. A. Relationship of polyps of the colon to colonic cancer. *Ann. Surg.*, 148: 682, 1958.
85. SUAREZ-MELELENDEZ, L. Fístulas perianales de origen coccigeo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 17: 307, 1946.
86. SWINTON, N. W. and McKEE, D. M. Current Surgical Management of rectal Procidentia. *Surg. Clin. N. Amer.*, 45: 657, 1965.
87. SWINTON, N. W. Management of patients with complete rectal prolapse or procidencia. *Surg. Clin. N. Amer.*, 51: 825, 1971.
88. SWINTON, N. W. and SCHATMAN, B. Present-day concepts of rectal and colon polyps and their relation to cancer. *Jour. Lancet, Minneapolis*, 84: 104, 1969.
89. TAJES, V. y SAPRIZA, C. Complicaciones de la cirugía anal. *Rev. Urug. Proctol.*, 1: 4, 1964.
90. TAJES, V. y JEDWAB, M. La estenosis anal como secuela de la operación de Whitehead. *Síntesis Méd.*, 15: 29, 1958.
91. TAJES, V. Los procesos supurativos anorrectales. *Síntesis Méd.*, 8: 18, 1957.
92. TAJES, V. Las fistulas anorrectales. *Síntesis Méd.*, 21: 2, 1958.
93. TAPPELLA, O. Cirugía racional de las hemorroides. *An. Fac. Med. Montevideo*, 38: 45, 1953.
94. THORLAKSON, R. H. Dilatation in the management of anal lesions. *Surg. Gynec. Obstet.*, 116: 1245, 1963.
95. TODD, I. P. Fisiología quirúrgica de los sistemas esfinterianos. *II Congr. Lat. Amer. Proctol.*, II: 839, 1963.
96. TURELL, R., GORDON, J. B. and DAVIS, K. Plastic repair for postoperative anal incontinence. *Amer. J. Surg.*, 76: 89, 1948.
97. TURELL, R. Enfermedades del ano, recto y colon. Ed. Beta. Buenos Aires, 1962.
98. TURNBULL, R. B. Jr. Intestinal stomas. *Surg. Clin. N. Amer.*, 38: 1361, 1958.
99. TURNBULL, R. B. Jr. Carcinoma in colorrectal polyps. *Postgrad. Med.*, 21: 365, 1957.
100. WALKER, G. L. and NIGRO, N. D. The choice of an operation for massive rectal prolapse. *Surg. Clin. N. Amer.*, 45: 1293, 1965.
101. WHEAT, M., Jr., ACKERMAN, L. V. Villous adenomas of large intestine: Clinico pathological evaluation of 50 cases of villous adenomas with emphasis on treatment. *Ann. Surg.*, 147: 476, 1958.
102. ZOLLINGER, R. M. and HOWE, C. T. Hemorrhoids: en Christopher's Textbook of Surgery, Saunders, Philadelphia, 1968.