

CASUISTICA DE CIRUGIA DEL COLON DE LA CLINICA
DEL PROF. STAJANO, RELACIONADA CON LA SECCION
POSTERIOR DEL ESFINTER ANAL

(3ª. comunicación)

Dr. José Suárez Meléndez

En las historias relatadas en esta comunicación se refieren diversos casos de afecciones cólicas que han requerido intervención quirúrgica, habiéndose realizado en algunos la sección posterior del esfínter anal.

Historia No. 1. — Ficha 308. J. B. Sala 21. H. Pasteur.

Colectomía parcial por infarto del colon transverso. Fístula cólica post-operatoria. Sin sección del esfínter.

Ingresa a la Sala 21 en diciembre de 1936 por cuadro agudo de vientre, con intensos dolores de tipo cólico, diarreas sanguinolentas profusas, mal estado general, colapso vascular, intenso balonamiento abdominal con contractura del hemiventre superior, predominando a la derecha. Radioscópicamente, distensión de asas sin niveles líquidos, ni neumoperitoneo.

Intervención. Dr. Abel Chifflet. Dr. H. Suárez. (A la hora del ingreso). Anestesia al éter. Laparotomía supra e infraumbilical. Serosidad hemática en el peritoneo, unos 2 litros. Infarto del colon transverso. Exteriorización y resección del asa en una extensión de 30 cms. Enterostomía a la Witzel en el cabo proximal. Se dejan pinzas en permanencias en ambos cabos exteriorizados.

Post-operatorio. Ha sido excelente. Apirexia desde el 9º día.

Segunda intervención. A los 70 días. Previa preparación de la piel en los contornos de la herida, se restablece el tránsito intestinal por sutura cabo a cabo, extraperitoneal. Cierre de la pared. No se secciona el esfínter.

Post-operatorio. El primer día, de madrugada, el enfermo siente que algo se desplaza transversalmente del flanco derecho al epigastrio. Ha tenido hipo y vómitos. Al 2º día, hipertermia; se abre la herida y salen abundantes materias fecales pastosas por la herida. La herida presenta

ios bordes enrojecidos. Esta fístula post-operatoria ha persistido cuatro meses. El enfermo estaba en apirexia, con ninguna incidencia digna de mención.

Tercera intervención. — A los 4 meses. Anestesia al éter. Se reseca la cicatriz. Intestino adherido fuertemente al tejido aponeurótico, lo que dificulta el debridamiento. Se corta espolón intestinal posterior. Cierre de la fístula con seda, encapuchonando. Puntos de catgut grueso en plano aponeurótico, Temoin y crines en la piel.

Post - operatorio. Los primeros días pasa bien, expulsando gases por el ano. Al 10º día vienen gases y materias fecales por la herida operatoria. A los 43 días es dado de alta con la fístula cerrada.

Consideraciones. — En este enfermo se ha hecho una amplia resección de colon transverso de 30 ctms. La sutura de los dos cabos se hace forzosamente con cierta tensión. Después de las dos intervenciones cerrando los cabos intestinales y restableciendo el tránsito se tiene como complicación las fallas de las suturas por distensión cólica; en la primera anastomosis, a las 48 horas y en la segunda al 10º día. La consecuencia ha sido una prolongación en el post - operatorio, de 4 meses y de 43 días respectivamente. Pese a esa complicación sin mayores consecuencias, ha sido un caso feliz, curado con reintegración funcional completa. Nos preguntamos si este enfermo no hubiera beneficiado con la sección posterior del esfínter anal en el momento de la sutura de los cabos cólicos, evitando la distensión cólica y la dehiscencia de la anastomosis. Es una conducta que para el futuro, en casos similares, puede ser aconsejada. Para nosotros es ya hoy una indicación formal, por cuanto hemos palpado sus grandes ventajas ante tan mínima operación.

Historia No. 2. Caso publicado por el Prof. Stajano en Archivos Uruguayos de M. y E. Enferma del H. Italiano.

Vólvulos del sigmoides. Sección esfinteriana.

Embarazada de 6 meses, hace un vólvulo del asa sigmoide, sin megasigmoides. En su oportunidad fueron presentadas las radiografías del caso, muy interesantes.

Intervención. Prof. Stajano. Laparotomía mediana infraumbilical. Exploración: vólvulos del sigmoides. Detorsión simple del asa. Sección posterior del esfínter anal inmediata, seguida de descarga de materias líquidas y sólidas. La evolución ha sido perfecta. El embarazo siguió su evolución y ha tenido un parto normal. No concurrió después a operarse al servicio, como se le había indicado.

Consideraciones. — En este caso corresponde atribuir a la sección posterior del esfínter una participación importante favoreciendo la exoneración intestinal rápida y permanente para evitar la intoxicación post-operatoria por absorción en una enferma grávida avanzada.

Historia N° 3. — Ficha N° 97. I. W. 31 años. Polaco.

Colectomía por vólvulos del sigmoides. Sin sección esfinteriana.

Ingresó a la Sala 21 el 27 de julio de 1936, con síndrome oclusivo por vólvulos del sigmoides. Es intervenido de urgencia por la guardia.

Intervención. Incisión infraumbilical mediana. Líquido citrino en el vientre. Se exterioriza enorme asa sigmoidea volvulada, de unos 12 cms. de diámetro y de 50 cms. de largo. Se hace expresión de su cabo inferior, reduciendo en parte su contenido que en seguida se evacúa al exterior. Exteriorización del asa cuyas paredes presentan buen aspecto, en parte engrosadas, fibrosas. Se protege con compresas.

Post - operatorio. En la noche y al día siguiente de la operación dos evacuaciones espontáneas de materias líquidas, abundantes, negruzcas, como si fuera el contenido del asa. Estado febril. Al tercer día, foco pulmonar de base derecha con soplo tubario y estertores; el asa está tensa, roja y vital. Se punciona con aguja evacuando los gases. Hay movimientos de reptación una vez disminuida la tensión del asa. Al quinto día, se incide el asa sobre una bandeleta con termocauterio. Continúa el cuadro pulmonar y febril que persiste durante un mes, con expectoración purulenta.

Segunda intervención (A los 53 días). Sin anestesia. El asa presenta tendencia a rotar en el sentido del vólvulo primitivo, con la mucosa evertida. Se reseca la mucosa que sobresale del orificio. Hemostasis.

Al 7º día se coloca enterótomo en el espolón, desprendiéndose al 10º día.

Tercera intervención (Al 5º mes de su ingreso). Anestesia general al éter. Cierre del ano contranatura por vía extraperitoneal. Triple surjet intestinal uniendo ambos bordes de la abertura entérica. Sutura de los bordes aponeuróticos de los rectos, previa liberación. Cierre de piel con drenaje subcutáneo.

Post - operatorio. Estado febril hasta el 5º día por supuración de la herida. Evacuación intestinal al 6º día por enema, regularizando el tránsito en los días siguientes, con dos evacuaciones diarias. Alta al 13º día con la herida cicatrizada.

Historia N° 4. — Ficha N° 6323. T. A. 31 años. Urug. De Pan de Azúcar.

Flemón estercoral de región lumbar izquierda. Sección del esfínter anal. Evolución fatal.

Ingresó al Servicio (Sala 21) el 16 de febrero de 1943, por un sín-

drome doloroso de región lumbar izquierda. En tratamiento desde hace un año por lumbo-ciática bilateral. Dos meses antes de su ingreso tiene una tumefacción de región lumbar izquierda, casi indolora, del tamaño de una naranja, que fué puncionada extrayendo líquido turbio; se ignora el examen bacteriológico. Hace 10 días ha tenido un episodio doloroso de hipocondrio derecho al parecer con tinte subictérico de las conjuntivas. Adelgazamiento de 10 Kgrs., anorexia acentuada, sudores nocturnos. Apendicectomizado hace 14 años.

Examen. Enfermo febril, temp. 38°, sudoroso. Piel y mucosas decoloradas. Taquicardia. Facies de sufrimiento. **Región lumbar izquierda** tumefacta, con dolor exquisito, edema extendido, rubefacción, calor local; abolición total de los movimientos de flexión y extensión de la columna lumbar por dolor y contractura. La extensión de ambos muslos sobre la pelvis no es completa y provoca dolor sacro-ilíaco. Reflejos tendinosos y cutáneos normales. Abdomen: globuloso, tenso, indoloro a la palpación.

Al 8° día el estado general se ha agravado y la temperatura es a grandes oscilaciones, el facies tóxico, sudoroso. El absceso lumbar ha aumentado, es netamente fluctuante. Se incide evacuando unos 600 c.c. de pus muy fétido, negro. Tubo y mechas. El examen bacteriológico comprueba la presencia de **colibacilos y amibas disintéricas**.

En los días sucesivos la evolución ha sido desfavorable. El flemón pio-estercoral se ha difundido a toda la región lumbar izquierda, región glútea y miembro inferior izquierdo, requiriendo **drenajes sucesivos** y contraberturas por donde se evacuaba abundante pus negro, muy fétido, de aspecto fecaloideo. Se ha hecho tratamiento médico con sulfamida por vía oral y paraenteral, enemas de sulfanilamida e inyecciones de emetina y suero antigangrenoso.

Al 7° día del primer drenaje el estado general es grave. Se decide hacer **sección posterior del esfínter anal** para sostener una exoneración intestinal permanente y permitir los lavados intestinales fáciles con sulfanilamida. Se continúa el tratamiento con Soluseptazine por vía I. M., con sulfadiazine por boca y sulfanilamida local en las múltiples incisiones lumbares y de miembro inferior izquierdo, que son curadas diariamente. Transfusiones. Acido nicotínico.

Al 4° día de la sección esfinteriana, el enfermo parecía mejorar. Estaba apirético, con mejor estado general, se alimenta bien. Las heridas lumbares y glúteas drenan ahora un escaso exudado purulento, ha desaparecido el líquido fecaloideo de los primeros días. Se suspende el tratamiento sulfamídico por vía oral, paraenteral y local, y se aplica aceite gomenolado en las mechas. Se suspende igualmente la emetina, haciendo tratamiento con Stovarsol y enemas de adrenalina. Pese a la aparente mejoría del estado general y la apirexia, se insinúa una **pequeña escara sacra**, verdadero barómetro del estado general. En los días siguientes, nuevamente hipertermia.

A los 20 días de la primera intervención, hipertermia. Las heridas

glúteas y lumbares están granulando bien. La pierna izquierda tumefacta, con fluctuación, se incinde extrayendo un líquido seropuriforme.

Al 24º día, hipertermia permanente; escara sacra grande (10 por 10) escara de talón izq. que se insinúa. Edema de región lumbar y lateral izquierda de base de tórax. Se considera necesaria la intervención por vía lumbar para abordar el espacio retroperitoneal y drenar la colección que es tal vez punto de partida del proceso actual.

Intervención (Dres. Suárez Meléndez y Bossano). Anestesia local. Incisión transversa de región lumbar y flanco izquierdo por delante del borde anterior del gran dorsal, por disociación muscular, abordando el espacio retroperitoneal se decola ampliamente hasta tomar contacto con la columna, polo inferior del riñón. No se encuentra ninguna colección supurada. Se coloca polvo de sulfanilamida y mecha. Cierre alrededor del drenaje.

Post-operatorio. Continuó el estado febril a grandes oscilaciones. Al 6º día, edema del escroto, de ambos miembros inferiores y de la pared abdominal. Por la herida transversa del flanco drena abundante líquido seropuriforme muy fétido; se decola a dedo el espacio retroperitoneal, logrando evacuar abundante exudado fétido. Mecha y sulfamida local. La supuración ha continuado, el estado general reclinaba progresivamente, las escaras se extendían y finalmente, el 11 de abril fallece en caquexia y colapso.

No fué posible obtener la autorización familiar para la necropsia.

Consideraciones. — En este caso la sección posterior del esfínter ha sido un recurso terapéutico coadyuvante del tratamiento quirúrgico y médico que ha requerido el proceso pio-estercoral, cuyo origen no ha podido determinarse por necropsia.

CASOS DE FISTULAS COLICAS

En las diversas observaciones de fístulas cólicas del Servicio no fué practicada la sección esfinteriana. En todos los casos, ya sea con tratamiento médico o por cierre quirúrgico se ha obtenido la curación del proceso en un lapso que oscila entre 5 a 34 días. No obstante lo cual puede en ciertos casos tenerse presente, para el futuro, la práctica de esta pequeña intervención, sin carácter obligatorio, cuando es persistente la éstasis recto cólica y la localización fistulosa es baja.

Historia N° 5. Ficha 6804. Sala 24. M. S. M. 33 años. Urug.
Fístula cólica del sigmoides y eventración.

En otro servicio hospitalario ha sido intervenida de urgencia hace 18 meses, después de una evacuación instrumental de útero por gravidez

de 4 meses, a las 24 horas. Incisión mediana infraumbilical. Amenorrea desde entonces, apareciendo a los 15 días una fístula intestinal en el extremo inferior de la cicatriz, dando salida a regular cantidad de materias fecales. Cuello uterino de histerectomía subtotal, pelvis libre.

Intervención. Prof. Stajano, Dr. Suiffet, Dr. Bossano. Resección de la cicatriz operatoria. Liberación cuidadosa de asas intestinales adheridas a la cicatriz. Fístula del sigmoides. Cierre de la misma en dos planos, uno total invaginante y otro sero-seroso. Cierre de la pared curando la eventración. No se secciona el esfínter anal.

Post - operatorio. Ha sido excelente. Alta al 11º día con la herida cicatrizada de primera intención.

Historia Nº 6. — Ficha Nº 6488. R. E., 15 años.

Absceso apendicular. Fístula cecal.

Ingresa a la Sala el 16 de abril de 1943 operado en la guardia por absceso gaseoso de origen apendicular. La intervención consistió en incisión de Mac Burney y drenaje de colección purulenta fétida y gaseosa localizada en F. I. D.

Al 8º día evacúa por la herida materias fecales y restos de tejidos esfacelados. Sulfamida local y mecha. Régimen adecuado. A los 34 días es dado de alta con la fístula completamente cerrada.

Historia Nº 7. — Ficha 5253. R. P. 23 años. Urug. De Minas.

Fístula de sigmoides en fosa ilíaca derecha.

Ingresa a la Sala 21 en enero de 1942 por trayecto fistuloso de F.I.D. Operado hace 4 meses en Minas con incisión de Mac Burney, drenaron un absceso; al retirar las mechas persistió una fístula cecal (?).

Intervención. (Dr. Abel Chifflet, Dr. Suárez Meléndez). Se comprueba que el sigmoides adhiere al trayecto fistuloso, recubierto de exudados que se extienden hasta el Douglas, donde se presume hubo drenaje y hay un orificio fistuloso. Al explorar el ciego se encuentra un apéndice cecal libre, largo, que se extirpa. Última asa ileal con un desgarró de la serosa, no hay fístula, se hace una sutura sero-serosa transversal. Drenaje con mecha alrededor del sigmoides. No se secciona el esfínter.

Post - operatorio. Al 7º día se retiran las mechas, junto con las cuales vienen materias fecales. Al 25º día había cesado la salida de contenido intestinal por la herida, que supura bastante. Al 30º día la herida está en vías de cicatrización, con escaso rezumamiento seropuriforme. Tránsito intestinal normal. A los 34 días es dado de alta con la herida casi totalmente cicatrizada.

Historia Nº 8. — Ficha 5384. A. B. 55 años.

Fístula cecal. — Ingresa a la Sala 21 el 2 de marzo de 1942, con fístula cecal en F. I/D. y eventración mediana supraumbilical. Operado en otro hospital hace 4 años por úlcera perforada, se le hizo primero

una incisión de Mac Burney y después una mediana supraumbilical. Persistió desde entonces en el Mac Burney una fístula intestinal por donde salen materias más abundantemente cuando tiene alimentación líquida, por lo cual el enfermo habitualmente se alimenta con sustancias sólidas.

Intervención. — Dr. Mernies. Pte. Torres. Anestesia local. Incisión reseca la cicatriz anterior de Mac Burney. Se reseca el trayecto fistuloso. Sutura en dos planos, invaginando el orificio en el ciego. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — Excelente. Alta al 5º día con la herida cicatrizada.

Historia N° 9. — Ficha 2777. M. L. 14 años.

Año cecal. Herida de bala de escopeta. — Ingres a la Sala 21 el 4 de agosto de 1941 con una cecostomía realizada por el Dr. Cruz Goyenola en Rocha a raíz de un tiro de escopeta de fosa ilíaca derecha con lesiones de ciego.

Al examen del vientre presenta en F. I. D. una cicatriz en T rodeando un ano contranatura en el cual se observa una extensa eversión de la mucosa y dos orificios correspondientes uno al ciego y otro al ileo, por donde salen abundantes materias. Piel circundante con erupción de pequeñas flictenas y rezumamiento seropurulento. **Radioscopia de colon por enema:** el enema distiende bien los segmentos del colon y sale al exterior cuando comienza a distender el ciego.

Primera intervención. — Dr. Abel Chifflet, Dr. Suárez Meléndez. Mejorado el estado de la piel se procede a una **ileo-transversostomía término-lateral** por incisión paramediana derecha transrectal. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — Excelente. Al 4º día tiene evacuación espontánea por el ano y se reduce francamente la evacuación de materias por la cecostomía. Al 9º día se levanta, no moja la curación cecal, la piel circundante presenta buen aspecto.

Segunda intervención. (Al 3er. mes). Dr. Abel Chifflet. Dr. Suiffet. Estirpación de ciego, colon ascendente y segmento terminal de última asa ileal. Cierre de la pared.

Post-operatorio. — Ha tenido como complicaciones un proceso pulmonar de base derecha al 8º día y un flemón de pared que se abre espontáneamente al 15º día. Desde el 16º día el post-operatorio transcurre normalmente, la herida cicatriza de segunda intención. Se levanta al 23º día y es dado de alta al mes con la herida bien cicatrizada, sin eventración.

Comentario. — El caso precedente es una feliz evolución de una grave herida de escopeta abdominal. La conducta seguida en el primer momento, al tratar la herida exteriorizando el ciego y cohibiendo una profusa hemorragia que ha requerido reintervención, permitió salvar la vida de este joven. La interven-

resultado, pero habiendo una amplia brecha por la que salen materias fecales lo lógico hubiera sido hacer el ano ilíaco por encima de la lesión.

La tercera observación es quizás la más interesante de las tres. Y en la que el Prof. Stajano ha obtenido un excelente resultado, porque es allí en donde yo creería que es absolutamente necesario el ano ilíaco, por existir una amplia cavidad de comunicación entre la ampolla rectal y la vagina y en la que parecería de que la simple sección del esfínter no diera resultado y fuera indispensable mantener completamente libre de materia fecal esa porción para que esa cura de la fístula recto-vaginal se pudiera realizar. Es el caso más demostrativo de los tres sobre la eficacia de la sección posterior del esfínter.

Profesor Prat. — Quisiera preguntar al Prof. Stajano si en ese momento en que está anestesiado el paciente, una dilatación del esfínter no equivaldría a una eliminación del esfínter. Por otra parte, es una cuestión que se la he oído manifestar muchas veces al Dr. Stajano de que en los primeros días de la operación, no se puede hacer funcionar el intestino porque éste está paralizado. De manera que esta esfinterectomía no puede tener mucha acción, sobre todo en los primeros días de la operación porque está paralizado.

Prof. Stajano. — El primer caso es de un enfermo en que la sección del esfínter fué de indicación evidente. Contra la opinión de todos los médicos asistentes, me resolví a no hacer un ano ilíaco a pesar de tener un gran hematoma sub-peritoneal, y de temerse por esa causal un gran y grave escándalo inflamatorio. Yo me contenté a hacer la sección del esfínter pensando que con el drenaje rectal amplio y con la curación constante que se hacía con sulfamida, permitiría capear el temporal. Me demostró este caso que esa terapéutica fué eficaz. No digo que fué eso sólo, pero evidentemente fué de gran valor y me demostró que no estaba muy equivocado de la eficacia de la sección. esfinteriana.

El otro día el Dr. Chifflet presentó un caso de resección de un enorme tumor de colon izquierdo con adherencias al páncreas, en el cual hizo una anastomosis latero-lateral y por razones particulares operó en un tiempo, y le dió mayor importancia a la acción de la sulfosuccidina, que a la sección esfinteriana, en la evolución favorable de esa operación. Yo me voy a permitir dar mi opinión. Por de pronto, esa intervención, fué practicada en condiciones de laboriosidad y razones particulares obligaron a hacerla en un solo tiempo. Yo declaro que no he realizado nunca una resección en un tiempo. He visto y acompañado en algún caso a sus partidarios y de ello he visto más desastres que éxitos. He visto desastres en manos de los mejores técnicos en resecciones típicas y normalísimas fracasando y morirse los enfermos por fallas de la sutura a los 8 y 10 días. Las fallas próximas o de los 8 ó 10 días de las suturas de anastomosis cólicas, puedo afirmar que no es una cuestión de *técnica*, es una

cuestión de *medio*. Tal vez con este auxiliar y la acción medicamentosa asociada me reconcilie con la operación en un tiempo.

El Dr. Nario decía que era una cuestión de técnica. Yo lo acompañé en un caso en que realizó una técnica admirable. Parecía imposible que aquella sutura fallara. A los 10 días el enfermo hizo una peritonitis y murió. En el caso del Dr. Chifflet podía haberse repetido lo mismo como en tantos otros, por eso doy importancia mayor a la sección esfinteriana, que usó como complemento. La sulfasuccidina sólo actuó durante 48 horas. No creo en las maravillas tan grandes de una droga, y que pueda modificar en tal forma, y en tan breve plazo el microbismo intestinal, pues solo se administró 48 horas antes.

En cuanto al caso que presentó el Dr. Del Campo, de una resección de cáncer del recto sigmoideo bajo, casi en el límite del Douglas y que lo hizo en un tiempo y en condiciones de particular laboriosidad, hizo como operación de descarga una *apendicostomía*.

Ese caso para mí hubiese sido el de la perfecta y clara indicación de sección del esfínter. Como operación que descarga y evita la tensión líquida y gaseosa, mucho más, que la de una apendicostomía que aparte de imponer un acto operatorio, y que tiene su relativa complejidad no evita en absoluto la tensión sólida y líquida que hemos visto se produce sin la sección del esfínter.

En cuanto a lo que dice el doctor Fossati estoy de acuerdo con él. La sección esfinteriana no es una panacea, como no es una panacea ninguna droga ni el ano a cualquier altura. Son medios que como cualquier arma, utilizamos en determinado caso. Acepto que la haya realizado en algunos casos con exceso. Sabemos que los anos de cualquier tipo se cierran y se han cerrado siempre sin sección esfinteriana, pero esos anos por bien cerrados que estén, sufren el efecto de la tensión cavitaria y hemos tenido a veces como todos los cirujanos la desagradable sorpresa de ver pequeñas fistuletas de descarga de gas o materia fecal en el curso de la evolución del post-cierre. La sección esfinteriana coadyuva a descargar la tensión intestinal, y da una seguridad más. Cuando hemos hecho secciones esfinterianas tardías hemos presenciado olas fecales, y de gas, mostrándonos con elocuencia, los beneficios de la sección.

A lo que se refiere el doctor Prat yo no lo he entendido bien. Habló de la dilatación con el aparato de Trelat. Yo no la utilizo jamás porque esa dilatación instrumental constituye un acto peligroso, de una violencia grande, de fuerza incontrolada, yo he presenciado desastres en manos expertas del tipo de la incontinencia por rotura del esfínter.

La dilatación esfinteriana cuando la necesito, la realizo siempre digitalmente, sin perjuicios y sin trastornos. Por otra parte la dilatación del esfínter es temporaria y dura en su acción solo unos minutos y cuando mucho, unas horas. No es eficaz pues en los días sucesivos, los más peligrosos de todo el post-operatorio.

En cuanto a lo que decía el profesor Prat que yo sostengo que no se debe dar purgante hasta el quinto o sexto día. No es del todo exacto.

Yo sostengo que solamente el purgante no debe darse *nunca antes del tercer día*, en la cirugía corriente, no en la cólica en que demoro o aplazo la acción purgante, porque es el período en que está el intestino paralizado por la letargia normal de todo acto operatorio. Esa ha sido mi insistencia en lo que respecta al purgante nunca antes del tercer día.

Por otra parte la sección del esfínter no modifica la distensión, ni el dolor de las 24 a 48 horas porque es esta una distensión paralítica, sin contracciones del intestino. Ese dolor es distinto al de la distensión del colon, cuando hay lucha del intestino. Es un tipo de dolor diferente, y es la sección esfinteriana la que permite la expulsión de gases, ya a las 24 horas, cuando se recupera la motricidad normal.

Quiero insistir que es un recurso a mi juicio prudente y que no nos da la seguridad como no la da ningún procedimiento. Es un medio más para utilizar como medio de seguridad y de previsión. No dudo que se generalizará esta práctica que considero a la par que simple de una enorme utilidad, y que sólo requiere un clan simple y una incisión neta en la comisura posterior y que suprime durante los días requeridos, al enemigo más temible de la cirugía del colon como ser *la distensión* agravada por la infección.

Dr. LOUBEJAC. — Quería preguntar si el objeto que se persigue con la sección posterior del esfínter no sería lo mismo con la dilatación del ano.

Prof. STAJANO. — No se obtiene lo mismo porque la dilatación esfinteriana es transitoria aunque se realice al máximo, pues a los pocos minutos la tonicidad vuelve nuevamente. La relajación útil no puede durar para un post-operatorio que se prolonga una cantidad de días y donde es requerido el libre tránsito, en los días más peligrosos, que son desde que se recupera la motilidad intestinal. 48 horas en adelante.