

1. Belt, E., C. E. Ebert and A. C. Surber: A new anatomic approach in perineal prostatectomy. (J. Urol. 41: 482-497, 1939)

El propósito de los autores es describir la vía intraesfinteriana de abordaje de la próstata valorando su superioridad frente a otros abordajes. La técnica es sencilla y segura. Los trastornos de la continencia vesical y la impotencia no se observan como es posible en las vías perineales centrales. La visión de la próstata es amplia y la dilatación esfinteriana no dejaría trastornos de la continencia rectal.

Anotan que las fibras de los bordes internos de los elevadores, fibrosas, se unen a veces, las de un lado con el otro, formando una hoja que cubre la cara posterior de la próstata. Consideramos que esa hoja es la hoja interpróstato rectal, dependencia de la lámina pelviperineal, que normalmente está fusionada en los bordes internos del elevador.

2. Brearley, R.: Pilonidal sinus; a new theory of origin. (Brit. J. Surg. 43: 62-68, 1955)

Publicó en 1955 un artículo en el cual analiza en todos sus aspectos las teorías congénitas, aportando argumentación convincente de que no son aceptables.

3. Couvelaire, P. et J. R. Bouffard: L'adénomectomie prostatique par voie coccy-perinéale droite. (J. d'Urol. 57: 362-386, 1951)

Los autores refieren diferentes técnicas conocidas para el abordaje de la próstata por vía perineal posterior y describen su técnica personal. La incisión es en ángulo, con una rama transversa que corresponde a la base del coccix y una longitudinal que si-

gue el borde derecho del coccix. Resección del coccix y ampliación de la brecha hacia abajo. Sección de la lámina pelviperineal (ligamento de Waldeyer) entrando así en el espacio retrorrectal bajo, que rodea al recto bajo en el hombre. Manteniéndose en contacto del recto, se le reclina, exponiendo ampliamente la cara posterior de la próstata.

Los autores aconsejan esta vía en los obesos, con gran abdomen. Viendo operar a Couvelaire pudimos comprobar los beneficios de este abordaje para ciertas operaciones sobre el recto.

4. Chifflet, A.: (Congreso internacional de proctología, 19, Mar del Plata, 1956)

Sostiene el concepto de que la incompetencia del perineo posterior permite llevar al grado patológico el fenómeno normal de proyección intrarrectal de un esbozo de hernia.

5. Chifflet, A.: Anatomía del contenido pelviano masculino. Montevideo, Impr. Rosgal, 1956.

Considerando que en el cáncer del ano deben ser extirpadas todas las estructuras conjuntivas del perineo anterior, soporte de los linfáticos que van a la ingle, se describe una técnica operatoria de movilización de dichas estructuras de adelante a atrás, de modo que se mantengan en block con la viscera neoplásica. Esta movilización se obtiene en la parte media por sección de los músculos bulbocavernosos y separación del bulbo hasta contornear su polo posterior. Se penetra así (vía yuxta bulbar) directamente hasta el espacio retroprostático por delante del núcleo central del perineo.

6. Chifflet, A.: Anatomía del contenido

pelviano masculino; cirugía del recto. Montevideo, 1956. 280 p.

En este libro se estudia especialmente la arquitectura del tejido conjuntivo pelviano. El conocimiento de láminas y nudos fibrosos, así como de los espacios laxos, es la base para el conocimiento de la topografía y propagación de diversos procesos y para los desplazamientos del cirujano en forma segura en el curso de las operaciones.

Las disposiciones del tejido conjuntivo pelviano corresponden a las variaciones dinámicas regionales y de su estudio surgen, naturalmente, informaciones sobre la fisiología de los órganos.

Se estudia en el libro, con el nombre de lámina de sostén o lámina pelviana una hoja fibrosa, con forma de cúpula invertida, que se fija en las paredes de la pelvis, atrás, adelante y a los lados, separando hacia arriba vísceras pelvianas de almacenamiento y hacia abajo vísceras perineales de evacuación.

El recto tiene una parte por arriba de esa lámina ocupando su concavidad, con funciones de almacenamiento. Constituye el recto pelviano o ampolla. La otra parte está por debajo de la lámina, correspondiendo al recto genital.

La lámina pelviana o de sostén responde en el hombre a la base de la próstata y en la mujer al fondo vaginal posterior. Estas dos referencias, comprobables al examen clínico y operatorio, son las que señalan en forma precisa el límite entre recto alto o pelviano y recto bajo o genital.

7. Chifflet, A.: El colon desfuncionalizado, (Congreso uruguayo de cirugía, 10o., v. 1, 1959, p. 259-267)

El propósito de este artículo es el estudio clínico de lo que se produce en el segmento de colon que queda más allá de una colostomía que da salida a todo el contenido cólico.

8. Chifflet, A.: El colon destransitado, (Congreso de cirugía del Norte Argentino. Conferencia. 1967)

Se recuerdan las particularidades del colon destransitado y se analizan sus indicaciones, el manejo quirúrgico de dicho segmento y las indicaciones de la retransitación.

9. Chifflet, A.: Surgery for cancer of the lower rectum; diseases of the colon and rectum.

Este artículo, está especialmente destinado al estudio de las facias que corresponden al recto bajo o perineal

en vistas al conocimiento de la extensión del cáncer de dicho segmento rectal y de su tratamiento adecuado. Se describe con el nombre de celda perineal profunda a la región comprendida entre la lámina de sostén o pelviana y la lámina pelviperineal. En el interior de esta celda está el recto bajo y los órganos génito urinarios.

10. Chifflet, A.: Tratamiento de los cánceres del recto. (Congreso uruguayo de cirugía, 10o., 1960, p. 1-86)

La exigencia de extirpar las masas fibrograsosas isquiorrectales en block con el recto en los cánceres del recto bajo y del ano conducen al abordaje lateral externo. Una incisión siguiendo el surco genito crural conduce a la aponeurosis del muslo que recubre al recto interno. Sección de la aponeurosis a unos dos centímetros de la rama isquiopubiana paralela a ella. Decolamiento del labio superior hasta llegar a la rama ósea que es despojada de sus conexiones fibrosas, entrando así a la fosa isquiorrectal junto con las estructuras conjuntivas perineales anteriores que la prolongan hacia adelante.

11. Fournier, A.: Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, Paris, 1875, 21 p.

En 1875 hizo una descripción muy ilustrativa del proceso, atribuyéndolo totalmente a la sífilis. La enfermedad se denominó durante decenas de años con el nombre de sífiloma anorrectal de Fournier.

12. Galvan, E. E.: Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal. Buenos Aires, Impr. Cient., 1959. 62 p.

El autor presenta un capítulo sobre Neumopelvigrafía dinámica en el que documenta la situación del fondo del saco peritoneal pelviano. En el sujeto normal ese fondo se desplaza en los esfuerzos expulsivos dentro de determinados límites. En otros casos el desplazamiento es exagerado, lo cual es considerado por el autor como una predisposición a la hernia y el prolapso por debilidad de la pared perineal.

13. Gil Vernet, S.: Patología urogenital; cáncer de la próstata. 1944. 426 p.

Se describe con el nombre de para anal la vía que llamamos yuxta esfinteriana anterior. Considera que es menos agresiva que la vía media que hace sección del nudo perineal, en los abordajes de la próstata.

14. Gil Vernet, S.: Patología urogenital; cáncer de la próstata. 1944. 426 p.

El autor describe con el nombre de vía isquiorrectal yuxta esfinteria-

na la vía que llamamos yuxta esfinteriana lateral y que se utiliza para el abordaje de la cara posterior de la próstata.

Si en lugar de seccionar la lámina pelvipereineal frente a la próstata se hace la sección más alta, frente a la vejiga, por arriba del arco tendineo que responde a la unión vesico prostática, entramos directamente en el prolongamiento posterior del espacio prevesical. El autor practicó por esta vía el drenaje de este espacio en siete enfermos, con buenos resultados.

15. Goligher, J. C.: The treatment of complete prolapse of the rectum by the Roscoe Graham operation. (Brit. J. Surg. 45: 323, 1958)
El autor considerando los resultados de la rectosigmoidectomía en los prolapso completos anota que Hughes en 1949 encontró que de 150 enfermos tratados por ese método había 60% con recidiva del prolapso y un número alto de incontinencia.
16. Graham, R. R.: The operative repair of massive rectal prolapse. (Am. Surg. 115: 1007-1013, 1942)
El autor defiende la técnica de sutura de los elevadores por vía abdominal, entre el recto y los genitales. Se considera que obtiene el cierre de la brecha herniaria. En realidad cierra la brecha y contribuye a reparar bien el perineo posterior.
17. Hardaway, R. M.: Pilonidal cyst; neither pilonidal nor cyst. (Arch. Surg. 76: 143-147, 1958)
Hardaway publicó en 1958 el resultado de sus estudios, sosteniendo el origen adquirido. Anota que entre 1942 y 1945 fueron hospitalizados 77.637 soldados por fistulas interglúteas sintomáticas. Hubo además 9.000 casos en enfermos hospitalizados por otras causas y muchos que no ingresaron. Insiste en la influencia de las marchas prolongadas en Jeep, por lo que ciertos autores la llaman la enfermedad del Jeep.
18. Hartmann, H.: Chirurgie du rectum. Paris, Masson, 1931, 398 p.
En el capítulo sobre prolapso del recto, analizando factores etiológicos anota la frecuencia en ciertos religiosos de Prusia Oriental, que para mantenerse limpios por dentro, hacen diariamente grandes y prolongados esfuerzos de evacuación. Se refiere además a los mentales, frecuentes desnutridos, que tienen a menudo prolapso.

La asociación del prolapso herniario con malformaciones regionales es frecuente: espina bífida, imperforación anal, extrofia vesical, etc.

Describió las características clínicas de la perirectitis estenosantes en el capítulo sobre Rectitis estenosantes, p. 166 a 236, en una forma que obliga a recomendar su lectura. agrega una bibliografía completa del tema.

19. Harretche, M.: El colon destransitado. Tesis de doctorado. Montevideo, 1965. 96 p.
Es un estudio clínico, radiológico, manométrico, bacteriológico e histológico de lo que sucede en el colon por debajo de una colostomía que evacúa todo el contenido cólico. El autor encuentra procesos tan definidos e importantes, que considera que no puede denominarse segmento desfuncionalizado y propone el término de colon destransitado que nos parece correcto.
20. Hughes, E. S. R.: (Proc. R. Soc. Med. 42: 1007, 1949)
Se publican las observaciones de 5 enfermos operados en el St. Mark's Hospital de Londres, por el cierre simple del saco peritoneal, controlados posteriormente. Había 4 recidivas.
21. Jonnesco, Th.: (Poirier, P. y A. Charpy. Anatomía; tubo digestivo. v. 4, 1901, 396 p.)
El autor inicia su exposición en estos términos: "Espesa y resistente, la vaina fibrosa del recto rodea la parte posterior del recto pelviano". Para exponerla bien considera que es necesario abrir una brecha posterior resecaando gran parte del sacro, y dejando así a la vista la vaina. Esta hoja se continuaría a los lados del recto y sería completada adelante con el peritoneo para constituir la vaina fibrosa del recto.
La vaina fibrosa del recto descrita por Jonnesco no es pues una vaina circunferencial ni es de todo el recto. Corresponde a la parte posterior del órgano y únicamente al recto pelviano o recto alto. El autor llamó vaina a lo que nosotros llamamos lámina de sostén o lámina pelviana. El término vaina condujo, sin la lectura de la excelente descripción anatómica de Jonnesco, al concepto erróneo de que el recto tenía una vaina fibrosa que lo envolvía circunferencialmente.
22. Laufman, H.: The surgical treatment of penetrating wounds of the rectum. (Surg. Gyn. Obst. 82: 219-228, 1946)
El autor estudió enfermos con he-

ridas del recto en la guerra. Considera fundamental el drenaje perirrectal en estas lesiones. Anota la frecuencia de los drenajes que no estaban colocados en la región de la herida, permitiendo así el desarrollo de complicaciones graves. Para evitar dicho error aconseja introducir un dedo en el recto hasta la zona lesionada y reconocer a ese nivel a través de la pared rectal la punta del tubo bien ubicada frente a la lesión.

El recurso aconsejado impone sobre la importancia del buen drenaje y debe ser tenido en cuenta en ciertas circunstancias. No satisface la maniobra séptica de introducción en el recto y hemos comprobado que el dedo puede dar la sensación de estar separado del tubo por el simple espesor del recto y haber en realidad además una hoja fibrosa que lo mantiene en un espacio que no es el que se desea drenar. Preferimos la ubicación anatómica directa del drenaje.

23. Lenormant, Ch.: *Le prolapsus du rectum: causes et traitement opératoire*. Paris, 1903, 348 p.

Se describe la operación aconsejada por su maestro Gerard Marchant, que consiste en un abordaje posterior del recto, plegaduras de la cara posterior del órgano y fijación a las partes bajas del sacro.

Comparte los conceptos de Ludloff y de su maestro Gerard Marchant sostenidos a fines de siglo, de que las hernias de los prolapsos se producirían por ocupación de un saco peritoneal congénito que estaría en el espacio entre el recto y la próstata o la vagina.

El autor agrega que no todos los prolapsos del recto tienen hernia y que de éstos, que llama de fuerza, habría que separar los prolapsos de debilidad, que no tienen hernia. Son los prolapsos que describimos como prolapsos por invaginación simple.

24. Lockhart, J. and P. A. Mummery: *Newmoperation for prolapse of the rectum*. (Lancet. 1: 641, 1910)

La técnica de este autor consiste en penetrar en los espacios retrorrectales por una incisión transversa a media distancia entre el ano y la punta del coxix y a rellenar con amplias mechas de gasa bismutada dichos espacios. Las gasas se dejan varios días para lograr una fuerte fibrosis que fija el recto al sacro.

25. Malyschew, J. I.: *Resultados de la fijación del recto según las indicaciones de los cirujanos soviéticos*. (Zbl. Chir. 82: 789, 1957)

Se refiere al método de Kummel (1919) que consiste en suturar la cara posterior del recto a las estructuras fibrosas presacras y ligamento vertebral anterior frente al promontorio. Estudia 921 operados y anota cierto número de fenómenos obstructivos diversos, dolores dorsolumbares, alguna perforación del recto por los hilos de sutura. Después de varios años controla 554 enfermos, encontrando 11,29 de recidivas.

Debemos hacer notar que estas observaciones fueron hechas por cirujanos de muy diversos centros quirúrgicos y especialmente que no se discriminan las operaciones por prolapso rectal simple, en las que deben esperarse resultados excelentes y por prolapso herniario en las que la fijación como operación única está expuesta a muy probable recidiva.

26. Moschcowitz, A. V.: *The pathogenesis; anatomy and cure of prolapse of the rectum*. (Surg. Gyn. Obst. 15: 7-21, 1912)

Se recuerdan los autores que habían sostenido el concepto de que el prolapso rectal debe asimilarse a una hernia (Waldeyer, Ludloff, Zuckerhändl, Napalkow, etc.). No se acepta el origen congénito del saco y sostiene que se produce por claudicación de la conjuntiva propia del peritoneo que considera con el nombre de fascia transversalis.

27. Ortega, E.: *La adenomectomía prostática isquirrectal yuxta esfinteriana*. (Rev. Arg. urol. 24: 1-11, 1955)

El autor resume las diferentes técnicas de abordajes posteriores de la próstata con el nombre de vías isquirrectales. Dittel en 1890, J. y P. Fiolle en 1911, Voelker en 1911, Favre en 1950, Couvelaire y Bouffar en 1951. En todas ellas se entra al espacio pelviano bajo, que rodea al recto bajo y se aborda a la próstata por su cara posterior. Difieren estas técnicas entre ellas en la incisión y posición operatoria del enfermo: decúbito dorsal, decúbito ventral, lateral.

La técnica de Ortega está basada en la descripción de la vía isquirrectal yuxta esfinteriana de Gil Vernet (1944), que nosotros consideramos con el nombre de yuxta esfinteriana lateral. Llegando al elevador reconoce por el tacto la masa prostática, atraviesa a ese nivel al músculo y secciona la lámina pelviperineal en el sector lateroprostático, sobre la cara lateral de la próstata sin entrar en el espacio perirrectal bajo.

28. Pemberton, J. de J., P. C. Kiernan and A. H. Pemberton: The results of complete rectal prolapse with particular reference to the suspension fixation operation. (Am. Surg. 137: 478, 1953)

En la Clínica Mayo fueron tratados 55 enfermos con prolapso completo por la obliteración del saco peritoneal. Hubo 29 recidivas, es decir, 63%.

29. Quénu, A. et P. Duval: La colopexie. (Rev. chirurg. 41, 135, 1910)

La fijación del recto o colopexia se inicia con Jeannel en 1889. Después Bogdanik, Pachino, Lenormant, etc. Los autores del artículo, muy bien ilustrado, hacen la sutura cuidadosa del borde libre del recto-sigmoide y sigmoide bajo al psoas menor, descubierto por incisión peritoneal a izquierda del meso. Agregan a la fijación, la obliteración del fondo de saco peritoneal por dos puntos en bolsa superpuestos.

30. Villemin, F., P. Huart y M. Montaigné: Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. (Rev. Chirurg. Paris. 63: 40-80, 1925)

Según las investigaciones de estos autores los linfáticos del recto sigmoide se dirigen directamente al pedículo de la hemorroidal superior, siendo tributarios de los ganglios que constituyen el hilio del recto de Mondor. Estas vías linfáticas no se anastomo-

san con las que provienen de los segmentos pelviano y perineal del recto, manteniendo así su independencia hasta el hilio del recto.

El estudio de los linfático del recto demostró a estos autores que las inyecciones practicadas en la mucosa por arriba de la tercera válvula de Houston se extienden en trayecto ascendente, mientras que las inyecciones por debajo de esa referencia siguen un trayecto descendente. No existe pasaje de un territorio al otro al nivel de la válvula.

Estos hechos que habían sido anotados por Gerota (1895) y por Poirier, Cúneo y Delamère (1904) fueron confirmados por Sawyer y Bacon (1952).

31. Wood, Jones: (Brit. Med. J. 2: 1630, 1904)

Las investigaciones embriológicas de este autor mostraron el origen diferente de lo que va a constituir el recto alto y lo que corresponderá al recto bajo. Considerando su origen designó al primero con el nombre de recto pelviano y al segundo recto perineal. Anota que en la unión de los dos segmentos embriológicos se produciría el pasaje de las ramas arteriales hemorroidales a través de la muscular y que en esa parte se encuentran las fistulas recto uretrales congénitas.