

El Tratamiento Quirúrgico de la Disentería y sus complicaciones locales

(Reporte al Tercer Congreso Local Anual de la Asociación Médica Egipcia.—El Cairo). El tratamiento quirúrgico' en ciertas complicaciones de la disentería como los abscesos hepáticos es viejo. No así el de la 'disentería propiamente dicha que data de 1884 en que Tollet hizo la primera coecostomía.

¿Cuál es el fin del tratamiento quirúrgico en la disentería? Poner en reposo el intestino por una derivación interna o externa para hacer irrigaciones o resecarlo. Esta última siempre hecha por error de diagnóstico es grave y casi abandonada.

Las derivaciones internas, ileosigmoidostomía o cecosigmoidostomía o ileoretostomía tiene pocos partidarios.

Las fistulizaciones tienen la mayoría de sufragios.

Apendicostomía, de un drenaje estrecho, insuficiente, no se practica.

Ileostomía, operación grave, sin embargo, la aconsejan con un anosigmoideo para hacer irrigaciones del colon.

Colostomías tienen el inconveniente de no poder asegurar el sitio justo de las lesiones y por ende quedan ciertas porciones adelante o atrás sin reposo. La cecostomía sólo ofrece ven-

tajas. Operación sencilla hecha a la anestesia local previa apendicectomía. -Fijar bien el ciego a la pared y abrirla hasta los cuatro días; por él se hacen lavados de nitrato de plata al 1 por 5.000. No deberá permitirse su cierre prematuro por el cuidado de que pudieran quedar algunas ulceraciones y despertar de nuevo la enfermedad. Se hacen exámenes repetidos de las heces.

Cuáles son las indicaciones. Las hay en la disentería aguda y en la crónica.

El síndrome de gravedad consiste en fiebre elevada y persistente, dolor a la presión cólica, heces frecuentes, fétidas y muy sanguinolentas y agravación rápida del estado general.

En la crónica: aparición o amenaza de caquexia, es decir, enflaquecimiento rápido, escaras y disociación del pulso y la temperatura.

En las complicaciones: Hemorragias, tratamiento quirúrgico inútil, perforaciones, dan lugar más a abscesos enquistados que a peritonitis generalizadas. Operación indicada.

Apendicitis disintérica. Una apendicitis puede aparecer en un individuo que tuvo disentería y que al ser operado reaparece o

bien ser originalmente de origen disentérico.

Puede la apendicitis ser un encuentro de autopsia ^n un muerto de disentería.

Puede presentarse una peritonitis por perforación que se creyó del colon siendo en realidad del apéndice.

O presentarse la apendicitis franca en el curso de la disentería.

La falsa apendicitis es no menos importante y mucho más frecuente. Sienta difíciles problemas clínicos. Anatómicamente se trata de disentería a localización cecal. Clínicamente parece apendicitis y así se operan estas tiftitis.

Debe pensarse siempre en es-

tas apendicitis falsas en las regiones donde la disentería es endémica y hacer exámenes sistemáticos de heces para no operar inútilmente y a veces con perjuicio serio.

A veces debe contemporizarse e instituir un tratamiento médico; si fracasa, operar.

En el reporte hay también algunas notas sobre estrecheces rectocólicas, inflamaciones anales y perianales, las rectitis, la invaginación intestinal, el prolapso en el curso de la disentería.

Tal es el estudio de Pavlos Petridis, de Alejandría, aparecido en el "Journal de Cirugía" de mayo 1932.

S. P. P.