Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LVI. | MEXICO, OCTUBRE DE 1925 | Núm. 3.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

IN MEMORIAM

Tratamiento de Ochsner en las Apendicitis Agudas

POR EL DR. ULISES VALDES,
F. A. C. S.

Al terminar el Año Académico anterior, el 25 de julio, murió violentamente a los 67 años de edad, por una angina de pecho, el eminente cirujano de Chicago, Dr. Albert J. Ochsner, que en dos ocasiones ha compartido con nosotros el pan de la ciencia en estos Sillones Académicos y que además fue electo por unanimidad, Académico Honorario. Por este motivo venimos a rendir un homenaje en nombre del "American College of Surgeons", a la memoria de este gran cirujano, cuyo nombre conocido y respetado en toda la Unión Americana y fuera también de las fronteras de ese País, figurará al lado del de Murphy en el monumental edificio que con un costo de más de 5 millones de dólares, está construyendo esta importante asociación, con el nombre "Jhon B. Murphy Memorial Building" y que una vez terminado servirá de oficinas centrales y lugar de reunión de esa enorme sociedad de cirujanos de todos los países civilizados de la que Ochsner fue Tesorero desde su fundación y varias veces Presidente.

Creemos que el honrar la figura de un hombre de ciencia desaparecido, mejor que relatar sus méritos y cualidades que en Ochsner pueden sintetizarse diciendo: fue uno de los más notables cirujanos americanos; pero todavía más notable por su bondad y sus virtudes personales. Creemos, decíamos, que mejor que relatar esos méritos, es divulgar alguna de sus con-

quistas científicas, útiles al ejercicio diario de la Medicina. Por eso hemos elegido este tema para desarrollarlo en memoria y homenaje del ilustre cirujano.

* * *

La cuestión del tratamiento de la apendicitis aguda ha sido objeto de numerosas y acaloradas discusiones entre dos grupos de facultativos que pretendían resolverla de diferente modo. Mientras unos opinaban por medios médicos, esperando a que desaparecieran los fenómenos agudos para después operar, otros eran partidarios de la intervención quirúrgica en todos los casos. Entre tanto exponían unos y otros sus argumentos, aumentaba el número de enfermos de apendicitis, las estadísticas se enriquecían y el criterio se orientaba hacía términos justos y serenos. Actualmente parece que el acuerdo se ha establecido por lo menos en algunos puntos: primeramente la operación precoz, durante las primeras horas del padecimiento, se admite como una medida salvadora de excelentes resultados; pero pasado el primer día, sobre todo el segundo, comienza nuevamente el desacuerdo y la antigua discusión reaparece. Para algunos el tiempo transcurrido no constituye obstáculo para la intervención; los otros dicen que salvo en las complicaciones supuradas de la apendicitis, vale más abstenerse, instituir un tratamiento médico y esperar a que los fenómenos agudos se disipen. Ya en frío, el acuerdo vuelve nuevamente a reinar: después de una crisis de apendicitis es forzoso intervenir.

Los abstencionistas del segundo período, como podríamos llamarlos, arguyen que la operación es inútil puesto que la apendicitis ha dejado de de ser una enfermedad local y su propagación al peritoneo la ha generalizado; por lo tanto si es tan difícil en esos casos la extirpación del apéndice y las maniobras sólo se reducen a una canalización insuficiente y de resultados generalmente malos, más vale no operar y confirman sus opiniones con las estadísticas de mortalidad que alcanzan a 30% y más cuando el peritoneo está ya invadido.

Ordinariamente los medios médicos para tratar a esta clase de enfermos se reducen al reposo, aplicaciones frías en el vientre, dieta hídrica, según algunos opio y belladona y suero artificial, además de algunas prescripciones puramente sintomáticas. El Dr. Ochsner observando los numerosos enfermos de su hospital, ideó el método que lleva su nombre, fundado en consideraciones anatómicas y fisiopatológicas muy justas, que puso en prác-

tica con verdadero éxito, puesto que su estadística de mortalidad en casos en que la infección ha pasado del apéndice a las regiones vecinas, tan solo alcanza un 2%. (1).

Vamos a examinar los fundamentos del método de Ochsner para describirlo en seguida, añadiendo sus indicaciones y resultados que comentaremos con un espíritu amplio y desapasionado.

FUNDAMENTOS DEL METODO

El apéndice ocupa en la fosa iliaca derecha una situación favorable para su aislamiento, puesto que salvo hacia adentro está rodeado de formaciones fijas susceptibles de localizar la infección. Efectivamente, hacia arriba la extremidad inferior del ciego y la última porción del íleon le ofrecen un límite de poca movilidad; adelante y a la derecha la pared abdominal lo circunscribe; descansa atrás sobre el iliaco y hacia abajo el piso pélvico le presenta un nuevo plano resistente. Tan solo por el lado interno encuentra las asas intestinales susceptibles de movimientos y translaciones. Claro es que el apéndice puede dirigirse hacia atrás (tipo retro-cecal) o hacia abajo (tipo descendente), adelante (tipo ascendente) o hacia afuera (tipo iliaco), pero en cualquiera de esas posiciones encuentra un plano más o menos fijo al que adherirse y rodearse de porciones vecinas capaces de limitar la infección, mientras que hacia adentro las asas intestinales esencialmente móviles, fácilmente propagan los elementos sépticos a la cavidad y aunque se inmovilicen por la inflamación de la serosa, el lóculo no queda cerrado tan herméticamente como en las otras direcciones. A estos elementos fijos debemos añadir otro, móvil, pero de interés capital: el epiplón mayor que rodea y aisla admirablemente el foco séptico, contribuyendo con su congestión a la defensa del organismo. Vemos cómo la misma naturaleza organiza la resistencia encerrando el apéndice dentro de un lóculo que lo separa de la cavidad. !De aquí podemos sacar la primera indicación lógica para el tratamiento de la apendicitis: hay que ayudar a la formación de esas adherencias e impedir toda causa que pueda destruirlas.

A estas primeras operaciones preventivas del organismo se añaden otras que contribuyen poderosamente al triunfo sobre la enfermedad: la primera es la paralización del intestino. Detenidos los movimientos se impide

1.—A new manual of surgery civil and military. A J. Ochsner y Percy.

el acarreo séptico a otras porciones no contaminadas, se favorece la formación de adherencias y se establece la condición de inmovilidad en las porciones vecinas al órgano enfermo. El curso de las materias alimenticias se suspende y la válvula íleo-cecal se cierra, aislando al ciego y por lo tanto al apéndice. A esto se añade la defensa muscular de la pared del vientre que protege la región atacada; el dolor inmoviliza al individuo; la respiración se hace del tipo costal superior contribuyendo al reposo del vientre; todas las condiciones son favorables para que el proceso se circunscriba y si los medios de nuestro tratamiento contribuyen a ello podremos estar seguros de que la apendicitis evolucionará favorablemente.

A ello tiende el método ideado por el distinguido cirujano y sus consejos ayudan a la obra de la naturaleza. Ochsner recomienda cuatro medidas principales: lavados de estómago; dieta absoluta; enterocolitis y posición de Fowler. Vamos a examinar cada una de ellas y a describir su técnica de aplicación.

DESCRIPCION DEL METODO

Lavado de estómago.—Uno de los síntomas característicos de la apendicitis es el vómito. Por este medio el organismo se desembaraza de los productos que han quedado en su interior o que indebidamente se le proporcionan. El intestino debe de estar vacío para quedar en completo reposo y si en su interior quedan restos de materias alimenticias o líquidos que se le suministren, necesita arrojarlos; pero como en su última porción la válvula íleo-cecal está cerrada y todos los elementos tienden a inmovilizarlo se establece un movimiento de antiperistalsis que concluye por arrojar por la boca todo el contenido. Parecería que después de varios vómitos el estómago quedaría enteramente vacío, pero ordinariamente no es así y un nuevo esfuerzo manifiesta que aun hay productos que deshechar. Debemos también tener presente, que el contenido duodenal es notablemente tóxico a pesar de ser casi estéril en lo que respecta a los microorganismos; y su retención da a los enfermos un aspecto de suma gravedad. Ochsner ha observado en individuos que sufrían de apendicitis aguda, que su estado de ansiedad y las terribles molestias que les producen los vómitos, se calman notablemente con el lavado de estómago, dando la apariencia de una mejoría.

Parecerá que en un enfermo tan delicado como lo es el que padece de un ataque de apendicitis, el lavado de estómago le ocasionará muchas molestias, sobre todo si se tiene en cuenta que hay que repetirlo varias veces, pe-

ro la técnica aconsejada por el autor del método, hace que esta maniobra se simplifique considerablemente. El enfermo estará en la posición de Fowler, ligeramente incorporado o bien vuelto hacia el lado derecho para favorecer con el peso de los intestinos las adherencias en la región apendicular. Se pulveriza la faringe con una solución de cocaína al 4%, permitiendo que el enfermo trague una poca de saliva mezclada con el anestésico para insensibilizar parte del esófago. La maniobra se hace con suavidad, interrumpiéndola para que el enfermo respire, trague o escupa. Ordinariamente basta una cucharadita de la solución para tener la faringe anestesiada. Después de cinco minutos de reposo, se introduce la sonda sin molestia y se vacía el estómago hasta que no salga ningún líquido al exterior; si se interrumpe bruscamente la salida del líquido, puede verterse un poco de suero para destapar alguna mucosidad que haya obstruído el orificio. Una vez que el estómago está vacío, se lava con una pequeña cantidad de suero caliente, repitiendo esto hasta que el líquido salga enteramente limpio. Si el enfermo está a dieta absoluta, bastarán dos o tres lavados de estómago durante el día, para suprimir los vómitos y mejorar el estado general. Grosser propone introducir una sonda pequeña y dejarla a permanencia, evitando así la repetición del acto en determinados enfermos. Debemos de advertir que en los niños se tropieza con positivas dificultades que a veces son difíciles de vencer.

En suma, el lavado de estómago contribuye poderosamente a impedir movimientos peristálticos del intestino y por este medio a inmovilizarlo, condición indispensable para la localización del padecimiento; vacía el estómago de toda substancia alimenticia y del moco que pueda acumularse, expulsando así productos tóxicos y suprimiendo los vómitos que sacuden el vientre y que además de dolorosos son contrarios al estado que se desea establecer.

Dieta absoluta.—Cuando el ataque de apendicitis ocurre en plena digestión, el contenido del intestino se ve obligado a salir por la boca desde que la válvula íleo-cecal se cierra impidiéndole el paso; pero una vez vacío, si se introduce una pequeña cantidad de alimentos, leche, pongamos por caso, los movimientos peristálticos se reanudan, comienzan las fermen-

taciones y los gases distendiendo el intestino pugnan por pasar al ciego originando con esto movimientos dolorosos en la región apendicular, desfavorables para la formación de adherencias. Si esto es simplemente con un alimento de fácil digestión, aun con el agua que es susceptible de despertar la peristalsis intestinal; ¿qué será con los purgantes que ordinariamente se dan a estos enfermos en el principio del ataque? Los resultados son fatales y numerosas perforaciones con peritonitis generalizadas, solo son la consecuencia de los purgantes torpemente administrados. Parecerá exagerado que hablemos de ellos en este padecimiento, pero desgraciadamente es así y no solo son los familiares los que los prescriben, sino aun médicos que con una exploración incompleta, formulan un falso diagnóstico y un tratamiento erróneo de consecuencias desastrosas. Sirva de ejemplo la historia clínica que vamos a relatar.

El Sr. G. P., de 42 años de edad, casado, de buenas condiciones físicas, con antecedentes de perturbaciones gástricas ligeras, cenó en cierta ocasión fuera de su casa, excediéndose en la calidad y cantidad de los alimentos ingeridos. Se acostó a la una de la mañana, conciliando el sueño tranquilamente. A las cuatro le despertó un dolor agudo en el vientre que le obligó a llamar a su médico; éste desconociendo la verdadera situación del enfermo y en la creencia de que se trataba de una indigestión, le ordenó un purgante de aceite de ricino. Tres o cuatro horas después se le llamaba de nuevo porque el dolor aumentaba y el purgante no había obrado. Prescribió entonces una cucharada de Laxol (aceite de ricino con sabor disimulado) cada media hora hasta obtener efecto. A las 5 de la tarde de ese mismo día, me previno el médico que tenía un enfermo con un cólico grave, que si no se mejoraba dentro de unas cuantas horas me llamaría para determinar si se operaba esa noche o al día siguiente. A las 8 de la noche ví al enfermo; le encontré acostado, enteramente tranquilo, con lucidez completa. Me contó los detalles de su cena anterior, los purgantes tomados sin efecto, terminando su relación diciéndome que desde hacía unas dos horas se había comenzado a sentir mejor aunque con gran debilidad. Su cara estaba pálida y ligeramente descompuesta, cubierta de sudor frío y viscoso. Temperatura de 35°8 y 160 pulsaciones apenas perceptibles. Las uñas de

las manos y de los pies cianosadas; el abdómen distendido y con defensa generalizada, aunque con poco dolor a la presión. Es decir un estado próximo a la muerte. Se consideró inútil intentar una operación y el enfermo murió a las 11 de la noche, 19 horas después de haber principiado el ataque.

La historia es tan demostrativa que huelgan los comentarios.

La dieta absoluta, de alimentos y de substancias medicamentosas ingeridas, especialmente purgantes, constituye la segunda medida del método en cuestión y es igualmente eficaz para la localización del proceso.

Posición de Fowler.—Esta posición que es de uso habitual en la práctica quirúrgica y cuyos beneficios son de sobra conocidos, encuentra en la apendicitis una aplicación más. Como sabemos consiste en elevar los hombros del paciente en una posición semi-sentada, la que favorece la acumulación de las vísceras o de los líquidos en el caso de que los haya, hacia la pelvis menor. De esta manera constribuye al plan ideado por el Dr. Ochsner.

Enteroclisis.—Prohibida terminantemente la administración de alimentos y líquidos por la boca, es necesario suministrar al individuo los materiales necesarios para su sostenimiento, para lo cual se aprovecha la vía rectal. No deben aplicarse lavativas que contengan substancias capaces de despertar el peristaltismo ni aplicarlas con rapidez; por lo tanto el método de Murphy está indicado y a él debemos de recurrir. Ochsner aconseja que cada cuatro horas se administre (por el recto) un alimento concentrado y predigerido, disuelto en 300 c.c. de solución salina normal. Esta vía puede utilizarse también para dar 10 o 30 gotas de tintura de opio en el caso de que el dolor sea intenso, aunque cabe advertir que el lavado de estómago mejora notablemente este síntoma y con frecuencia no hay necesidad de acudir a otros medios.

Estas cuatro medidas cardinales se prolongan todo el tiempo que sea necesario hasta que la temperatura, el pulso, el estado local y el general, indiquen una franca mejoría. Entonces se comenzará a alimentar al paciente dándole un caldo hecho con algún extracto de carne que se absorve en las primeras porciones del tubo digestivo y por lo tanto despierta poco el peristaltismo. Sucesivamente se irán administrando alimentos ade-

cuados, leche, sopas, etc., a medida que el estado del enfermo lo permita. Debe dejarse hasta lo último y cuando toda traza de inflamación haya desaparecido, la administración de un purgante, que ordenado precozmente puede traer malas consecuencias. Dos o tres meses más tarde se procederá a la extirpación del apéndice.

Tal es el método de abstinencia ideado por el notable cirujano de Chicago. Vamos ahora a señalar sus indicaciones.

INDICACIONES

Habíamos dicho que la operación en las primeras horas de un ataque de apendicitis aguda constituye el método ideal y las razones que lo justifican son numerosas: Estando el proceso localizado solamente al apéndice y quitando el foco de un modo radical, el enfermo prácticamente puede estar cierto de quedar sano. Volverá a sus ocupaciones en breve plazo. No volverá a sufrir de ese mal. Elimina las complicaciones tales como abcesos metastásicos, endocarditis, trombo-flebitis y en las mujeres las que se ligan con el aparato genital, dismenorrea, esterilidad, anexitis, etc. Como no hay necesidad de canalizar no hay peligro de hernia post-operatoria. Igualmente se evitan las perturbaciones digestivas de los que llevan un apéndice que ha tenido un ataque agudo.

Todas esas ventajas se obtienen cuando el enfermo llega a las manos del cirujano durante las primeras 24 horas del ataque; pasado el primer día las condiciones son menos favorables, sin embargo las 36 horas iniciales y aun las 48, constituyen un límite que en la mayoría de los casos puede aprovecharse para la intervención, salvo aquellos de marcha sobreaguda, felizmente raros, o en los que se han administrado purgantes, como el que acabamos de referir.

Pasado el segundo día de enfermedad, ordinariamente el proceso se ha extendido fuera del apéndice y la operación aunque factible, es de resultados desastrosos. Aquí pues interviene el método de Ochsner para impedir que se siga propagando la infección, siempre bajo una vigilancia estricta para conocer si se ha formado un abceso, en cuyo caso la intervención para canalizar es enteramente necesaria.

Indudablemente que el método puede y debe usarse también durante las primeras horas del ataque, mientras se prepara la operación, pero sin que se pretenda tomarlo como un substituto de la apendicetomía, ejecutada en el tiempo debido y con la técnica de rigor.

Así pues su indicación capital la constituyen las apendicitis que han dejado de estar localizadas al apéndice, aunque sean gangrenosas o perforadas, y como tratamiento de espera mientras se ejecuta la operación.

Richardson emplea un aforismo que resume admirablemente la cuestión. Dice refiriéndose a los casos en los cuales el método de Ochsner está indicado, que son "demasiado tardíos para una operación precoz y demasiado precoces para una operación tardía".

RESULTADOS.

El Dr. Ochsner revisa 1,000 casos atendidos en el Augustana Hospital durante un período de 33 meses. Sus resultados son los siguientes:

	Casos	Muertes	Porcentage
Apendicitis crónicas y apendicitis enfriadas.	540	3	0.5%
Apendicitis aguda sin perforación. (6 de estos enfermos entraron despues de 36 horas de haber comenzado el ataque).	255	5	1.9%
Apendicitis aguda perforada o gangrenosa sin absceso. (5 enfermos ingresaron después de 48 horas de iniciado el ataque).	55	0	0
Apendicitis aguda perforada con absceso. . .	117	4	3.4%
Apendicitis aguda con peritonitis difusa. . .	33	10	30.%
Total. . . .	1,000	22	2.2%

Analizando por grupos podemos decir que el primero presenta poco interés desde el punto de vista del tratamiento de abstención que estamos estudiando, aunque debemos de decir que dos de las muertes se debieron a errores de técnica (supresión de la canalización) y en el tercero a una hemorragia post-operatoria debida a una mala ligadura en un pediculo úteroovárico. Complicaba a la apendicitis una salpingitis supurada doble.

En el grupo de las apendicitis agudas sin perforación, se operaron inmediatamente 200 de las que únicamente 6 ingresaron después de 36 horas de haber comenzado el ataque. Los 55 restantes fueron tratados por el método de Ochsner. De las 5 defunciones ocurridas, todas fueron en pacientes operados luego, tres de ellas por falta de canalización, una por neumonía y peritonitis neumocóccica consecutiva y una por uremia. En realidad no es justo contar como fracasos de la operación hecha en esas condiciones las muertes señaladas, por lo que la estadística adquiere una cifra muy favorable.

El tercer grupo es en extremo interesante. Se compone de 55 casos de apendicitis perforadas o gangrenosas, sin abceso, de las cuales 5 llegaron después de 48 horas de haber principiado el ataque y a pesar de eso se operaron; 16 por circunstancias especiales se trataron quirúrgicamente y los 34 restantes se sometieron a los lavados de estómago, etc., que constituyeron el método en cuestión. No hubo ningún caso de fallecimiento lo que cinstituye una verdadera cifra feliz. En los operados se pudo observar el trabajo de la naturaleza para circunscribir el proceso.

En el grupo de las apendicitis con abceso, casi todos los pacientes entraron después del tercer día de iniciada la enfermedad y la mayor parte habían recibido purgantes o alimentos. Muchos de ellos estaban en una situación muy grave. 33 se operaron inmediatamente y 78 se sometieron al tratamiento de Ochsner hasta alcanzar las condiciones favorables para operarse. De las 4 muertes, todas ocurrieron en enfermos operados inmediatamente. Ochsner piensa que en varios casos sometidos a su método, se iniciaba una peritonitis generalizada y que el tratamiento la localizó.

Del último grupo, que da la cifra más alta de mortalidad, debe decirse que casi todos los que murieron llegaron al hospital en período agónico y que en realidad no deberían incluirse en la estadística. Todos fueron sometidos al método de abstinencia y fallecieron 10 de 33 enfermos admitidos.

La estadística total es de admirar puesto que suma toda clase de casos y su proporción tan solo alcanza 3.2% lo que puede considerarse como muy favorable. Si de ella se descontaran los casos recibidos casi en agonía y los errores de técnica, aun mejoraría, llegando a equipararse con las operaciones más seguras y con los padecimientos menos temibles.

En una estadística de C. B. Hoernicke (Arch. f. klin. chir. 1924. CXXX. 677.) sobre 1,500 casos de apendicitis, hace tres grupos de los que da los resultados siguientes: El primer grupo comprende los casos operados durante las primeras 48 horas y su mortalidad fue de 2.2%. El segundo comprende los casos intermedios del tercero al quinto día; en este se siguió un tratamiento médico distinto del de Ochsner, salvo aquellos casos de absceso apendicular que se operaron. Las defunciones estuvieron en la proporción de 4.6%. En el último grupo se reunen los que pasan del sexto día; gran parte de ellos fueron tratados conservadoramente salvo los casos de operación, y los fallecimientos alcanzaron hasta 6.7%. Hubo 80 pacientes con paritonitis generalizada. La mortalidad de los que se trataron quirúrgicamente fue de 27.4% y de los restantes, que tampoco recibieron el método

que hemos descrito, 67%. Reuniendo los casos tratados quirúrgicamente (1,178), su mortalidad fue de 1.6% y de todos los enfermos tratados de 3%.

Comparando los resultados obtenidos por Hoernicke con los de Ochsner, son mejores éstos últimos en totalidad o en partes lo que demuestra que el método efectivamente mejora las cifras de mortalidad. Si consideramos el grupo de los enfermos con peritonitis generalizada que el cirujano americano sometió siempre a la abstinencia y en los que se comprenden enfermos en estado agonizante, con el de la estadística alemana, veremos que mientras en la primera la mortalidad es de 30%, en la segunda llega a 67%, más del doble. Este grupo es particularmente demostrativo y sin perder de vista que seguramente es el que peores resultados debe de dar y en el que se lucha con elementos más desfavorables.

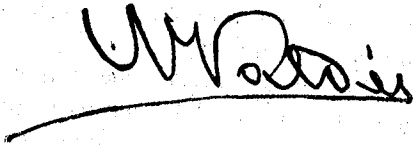
COMENTARIOS

Hemos descrito los fundamentos del método de Ochsner; los elementos anatómicos y fisiológicos que le sirven de base para apoyar las conclusiones terapéuticas que constituyen su tratamiento. Juzgándolo desapasionadamente podemos decir que sus consideraciones son enteramente justas y los resultados alentadores. La situación anatómica del apéndice tal como la describe, es exacta; el papel del epiplón, la importancia del peristaltismo y todas las condiciones que favorecen la localización del proceso están muy bien observadas y son ciertas. Con respecto a las medidas terapéuticas que componen su método, no podemos menos de confesar que algunas están universalmente admitidas, como son la prohibición de todo purgante y el reposo absoluto del individuo. Acerca del lavado de estómago debemos decir que es una excelente medida que debe de aplicarse no solo en las apendicitis sino en todos los estados que los americanos han reunido con el sencillo nombre de "acute abdomen". En casos de oclusión intestinal, en que los enfermos vomitan sin cesar, lo hemos aplicado y la mejoría que describe Ochsner es real y la hemos comprobado. La dieta absoluta, la posición de Fowler y la administración de líquidos por el recto, no son tan novedosas que necesiten un comentario más. En suma, ciñéndonos a sus indicaciones y sin pretender que el método de abstinencia sea un substituto de la in-

tervención, creemos que reune un conjunto de medidas que pueden dar los mejores resultados en aquellos pacientes en que no es posible intervenir, o bien a título de tratamiento de espera mientras se prepara la intervención. Se ha señalado como objeción, aunque en realidad no es justa puesto que no es defecto del método sino de quienes lo aplican, que tomándolo como tratamiento específico de la apendicitis, dejan pasar el período favorable para la intervención y o bien pueden presentarse complicaciones, abcesos, etc., o los enfermos pasada esa crisis no se operan creyendo que siempre el tratamiento los podrá salvar sin necesidad de la cirugía, lo que puede dar fatales resultados. Esto se evita ciñéndose a sus indicaciones. Queda como tratamiento durante las primeras horas, la apendicectomía por las razones ya señaladas y para los casos en que haya pasado el tiempo favorable para la operación o en que por otras circunstancias, no sucede así y algunos, falta de elementos, alejamiento de centros hospitalarios, etc.) no puede realizarse debidamente la extirpación del apéndice, se usará el método de Ochsner.

Seguramente que si una exploración cuidadosa y un diagnóstico exacto se hicieron en todas las veces, el tratamiento se aplicaría en pocas ocasiones, puesto que todas las apendicitis se harían operar; pero desgraciadamente pretenden curar médicamente este padecimiento a pesar de los numerosos fracasos que obtienen. Si los enfermos de apendicitis pasaran al cirujano no solo en el tiempo oportuno sino también debidamente cuidados, se realizarían operaciones que tienen una débil mortalidad, mejor que las que a diario se practican por otros motivos; pero hemos visto por la historia relatada, cómo un enfermo que llegó a nuestras manos durante las primeras 24 horas, estaba ya perdido por el tratamiento impropio al que se le había sujetado. Si a este señor se le hace el diagnóstico exacto desde el principio y no se le administran purgantes, se hubiera podido operar y seguramente hubiera sanado.

A propósito de estas apendicitis de marcha sobreaguda permítasenos hacer una pequeña digresión. Hay casos en los que la evolución del padecimiento es muy rápida, sin que una terapéutica impropia pueda ser la explicación de ella. Perforaciones y gangrenas que se producen en menos de 48 horas todos las hemos visto y en verdad que no satisface pensar tan solo en un padecimiento hiperséptico sino que seguramente debe haber

una lesión de la pared, un punto de menor resistencia que cede más fácilmente que los tejidos normales. Puede acontecer que un primer ataque de apendicitis origine lesiones que no lleguen a constituir la famosa cavidad cerrada de Dieulafoy, pero que sean suficientes para disminuir la resistencia en la zona atacada. Mientras este proceso tiene lugar en el apéndice, los síntomas que lo traducen son poco intensos, por lo mismo que la infección del apéndice canaliza por su conducto natural y la crisis o pasa inadvertida o se la confunde con una simple indigestión, un atascamiento u otra enfermedad benigna; pero el ataque siguiente en el que puede formarse la cavidad cerrada que exalta la virulencia, encuentra una pared debilitada en cierto punto y la perforación se produce en un tiempo menor del que ordinariamente se necesita para producir esas lesiones. Esto explica el por qué de la marcha sobre-aguda de algunas crisis apendiculares. Tenemos ejemplos y seguramente todos los cirujanos cuentan con otros semejantes, de enfermos que se quejan de ataques de apendicitis muy ligeros, casi dudosos y que al operarlos se encuentran lesiones tan graves que seguramente en la próxima crisis se perforarían en un día o dos. Otras veces en el curso de una laparotomía por otro padecimiento se sorprenden apéndices a punto de perforarse sin que la sintomatología anterior hubiera hecho pensar en un padecimiento tan grave. Bien sea que durante una crisis pasada se produzcan las lesiones o que en días anteriores haya comenzado el ataque sin manifestaciones ruidosas por canalizarse al intestino y al formarse la cavidad cerrada estallen bruscamente los síntomas como si entonces principiara, aunque en realidad el proceso se había iniciado horas o días antes con simple malestar, ligero dolor, estado nauseoso, atribuido a otras causas; sea cual sea la explicación de estos hechos, el resultado debe de ser el no considerar una crisis apendicular como benigna porque sus síntomas fueron ligeros, sino operar a todo paciente que ha sufrido un ataque apendicular y aprovechar la oportunidad que ofrecen las laparotomías por otros padecimientos para librar al individuo de un enemigo tan terrible como el apéndice.

Deseamos que la divulgación del método de Ochsner, sea el mejor homenaje que pueda rendirse al ilustrado cirujano.