

## EDITORIALES

---

### EL PROBLEMA Y GRAVEDAD DE LA APENDICITIS

A los que contemplan el puesto importante que ocupa la apendicitis en las estadísticas quirúrgicas, los cuadros hospitalarios y hasta la frecuencia con que se oye sonar su nombre en la vida diaria, quizás se les haga duro creer que la afección apenas si hace 50 años que tomó verdadera carta de naturaleza en la nosología médica. En efecto, hasta el año venidero no se cumplirá el cincuentenario de la publicación de la manografía clásica en que Fitz asentara sobre una base inconvencible la nueva entidad, al demostrar que el apéndice vermiforme constituía el punto de partida de la gran mayoría de los estados inflamatorios radicados en el hipocondrio derecho y que enmascarados hasta entonces con los nombres de tífitis, epitifitis, peritifitis, etc., representaban en realidad efectos de la perforación apendicular. La misma palabra es de tan reciente creación que no figura en el *Diccionario Etimológico Histórico* (inglés) de Murray, de 1888. No comienza ahí, claro está, la historia de la apendicitis. Hipócrates, a cuya sagacidad pocos fenómenos clínicos se escaparon, y otros autores griegos y romanos, ya mencionaron signos indicativos de apendicitis. En el Siglo XIV el inglés Ardenne habló de la *passio iliaca* en términos que parecen comprender la apendicitis así como el fleo. Heister en 1711 comunicó la primera autopsia en un caso cuya descripción resulta inconfundible hoy día. Hoffmann se refirió a las manifestaciones del mal en 1716. Mestivier en 1759 practicó la primera operación en una apendicitis localizada, y Frank en 1792 describió típicamente el estado con el nombre de "peritonitis muscular."

Con el Siglo XIX iníciase una nueva etapa. Parkinson, el neurólogo y sociólogo, comunicó el primer caso (en inglés) en 1812, dejando clara constancia de que la causa de la muerte residía en la perforación. En 1824 el francés Louyer-Villermay publicaba una reseña clásica, y en 1827 su compatriota Melier diferenciaba la enfermedad del ciego (la verdadera tífitis), de la del apéndice. En 1839 el gran clínico inglés Addison daba a la luz una descripción bastante completa. Los primeros en operar casos con conocimiento de causa parecen haber sido el inglés Hancock en 1848 y el americano Willard Parker en 1864. Antes del último, Habershorn, en su tratado del aparato digestivo de 1862, relataba las manifestaciones clínicas y hasta describía la perforación. Todo esto, sin embargo, había pasado casi desapercibido hasta que Fitz presentara su tesis famosa en 1886 y McBurney poco después (1889) descubriera el punto famoso, y Dieulafoy comenzara en 1896 en París a discutir

con su elocuente verbosidad el "foie appendiculaire." Desde entonces dicho estado se ha ido elevando a un puesto cada vez más encumbrado en los renglones de la morbilidad y en los anales de la medicina, y que, por la misma naturaleza de la dolencia, sólo reflejan las estadísticas de los nosocomios. Por no haber cifras anteriores al Siglo XX, no pueden trazarse comparaciones exactas de largo vuelo. ¡En las tinieblas escóndense Dios sabe cuántos casos de apendicitis imputados erróneamente a mil cosas distintas, y hasta en famosos episodios históricos al envenenamiento!

El incremento del mal en los últimos años ha sido objeto de bastantes comentarios, sobre todo en Estados Unidos. Por ejemplo, la Compañía Metropolitana de Seguro de Vida llamó la atención en 1930 sobre el constante ascenso de la mortalidad debida a esa causa desde 1911. En 60 importantes poblaciones estadounidenses, con una población de 29 millones de habitantes, la mortalidad ha subido de 13.3 por 100,000 en 1910 a 15.7 en 1932, lo cual choca completamente con la tendencia manifestada tanto por la mortalidad general como por ciertas afecciones. En el área de registro el aumento fué de 9.7 en 1900 a 11.4 en 1910, 13.4 en 1920 y 15.3 en 1930. En el Ejército de los Estados Unidos la morbilidad aumentó de 0.53 por 100 en 1902 a 0.95 en 1930, o sea en más de 75 por ciento.

En otros países la curva ha seguido una marcha semejante. En Río de Janeiro el número de muertes cargadas a la apendicitis ha saltado de 41 en el quinquenio 1903-07 a 425 en el quinquenio 1929-33, o sea de 6 en 1903 a 99 en 1933; en Chile, de un promedio de 199 en el trienio 1919-21 a 216 en 1929-31 y 219 en 1932. En Cuba el promedio anual de muertes ha subido de 49 en el quinquenio 1902-1906 a 17 en 1925-1929; en Buenos Aires de 38 en el quinquenio 1901-1905 a 128 en el trienio 1930-32; en el Uruguay de 10.8 en el decenio 1893-1902 a 20.6 en el trienio 1928-30, y en México de 197 en el trienio 1922-24 a 273 en 1928-30. En cambio, en el Canadá, país de estadísticas bastante completas, el coeficiente desde 1926 no ha revelado alteración, manteniéndose alrededor de 14 por 100,000, y en la ciudad de Caracas más bien ha mostrado disminución de 1926 a 1931. En cambio, entre 3,034 operaciones practicadas en dicha población de 1893 a 1911, sólo hubo 32 apendectomías (poco más de 1 por ciento), mientras que en dos series recientes, 1,127 operaciones del Hospital Vargas y 2,734 del Instituto Simón Rodríguez, la proporción subió a 7.45 y 11.4 por ciento, respectivamente.

Claro está que en el aparente aumento en muchos sitios pueden participar varios factores, y en particular los perfeccionamientos en el diagnóstico, mejoramiento de la estadística, más intervenciones quirúrgicas, etc. Lo contrario sucede con las cifras sumamente bajas para ciertos países tropicales, en los que pueden entrar en juego condiciones

precisamente opuestas. En Europa el coeficiente parece variar de 3 en España a 12 en Suiza. Un hecho curioso (*Stat. Bull. Metrop. Life Ins. Co.*) es que la mayor mortalidad en Estados Unidos (20 ó más) es en el grupo de Estados de las Montañas Rocosas, siguiendo los contiguos a ellos y el muy alejado y montañoso Estado de Vermont, lo cual se atribuye a la escasez relativa de hospitales en dicha región.

La marcada preferencia hacia el sexo masculino está reflejada en casi todas las estadísticas: proporción de 70 por ciento en Estados Unidos (blancos) en 1930-32; 65.6 por ciento en el Canadá en 1928-1932, y cifras semejantes para Argentina, Cuba, Chile, Inglaterra. Por otro lado, Solórzano y Baltodano consignaron recientemente su observación de que en Nicaragua, en contraposición a otros países, las mujeres son las más afectadas de apendicitis; en Colombia ambos sexos aparecen en la estadística afectados casi por igual, y en Ecuador el femenino más, aunque las informaciones para estos últimos países son reconocidamente muy incompletas.

Las causas del aumento están aún por dilucidar, aunque no faltan teorías tanto referente a este punto como a la etiología. Algunos autores creen que la complicada alimentación moderna tiene una intervención activa, comparando los bajos coeficientes de países como los de Centro América, Puerto Rico (2 per 100,000), Colombia (1.5), Ecuador, Haití, con los de Argentina (8 a 12 por 100,000, cálculo de Ivanissevich y Terrari, 1933), Canadá (14), Estados Unidos (15). Kelly (1933) cita, como prueba de ello, la poca frecuencia entre los negros, cuyo régimen es más sencillo. Ciertos individuos, por ejemplo, Egdahl (1933), opinan que la carencia de vitamina B y quizás de otra, puede guardar cierta relación. Se ha citado el caso de los soldados puertorriqueños, en los cuales el coeficiente de morbilidad saltó de 1.66 en 1921 a 5.52 en 1922, al introducirse el arroz pulido en la ración, coincidiendo con un brote de beriberi, y apenas se eliminó del régimen ese artículo alimenticio, descendió a 1.26 en 1923. En las tropas filipinas sucedió algo semejante, pues subió de 0.93 en 1909 a 2.36 en 1910, descendiendo a 0.57 en 1911, cuando se corrigió la avitaminosis que también había producido una epidemia de beriberi.

La participación de los helmintos intestinales, sobre todo oxiuros, ascárides y tricocéfalos, ha sido objeto de mucha atención en distintos países, incluso América, en particular en los últimos años. Metchnikoff quizás fuera de los primeros en recalcar el papel etiológico desempeñado por ciertos parásitos intestinales, y Riff, primero en Estrasburgo y después en París, encontraba proporciones elevadísimas de apéndices parasitados por oxiuros, así como Weinberg (1907) y Brumpt (1922). Cifras también bastante altas fueron consignadas por Urrutia en Medellín y Montoya en Antioquia, Colombia. La existencia de esos vermes en la serie de Gordon de unos 21,000 apéndices llegó a 1.05 por ciento,

con aumento en los últimos años. Mazza y Bianchi, entre 993 apéndices de Buenos Aires sólo encontraron oxiuros en menos de 0.5 por ciento, y Niño en 1.28 por ciento de 700 apéndices. En cambio, Gajardo Tobar, de Chile, descubrió esos gusanos en 3.76 por ciento de 1,751 apéndices extirpados de 1910 a 1929, siendo mucho mayor la proporción en los niños, fenómeno éste que también señalaran, entre otros, Mayer en Bélgica, Bacigalupo en Buenos Aires y Navarini en Rosario. Recientemente Solórzano y Baltodano, de Nicaragua, apuntaron que, de sus 50 casos de apendicitis, casi todos resultaron positivos para distintos parásitos, especialmente ascárides. Briceño Maas, al estudiar los protocolos de 264 apéndices extirpados en Maracaibo, Venezuela, encontró 12.5 por ciento parasitados. La amiba también ha sido inculpada por Keen, Sanfilipo y Córdoba. González Rincones y J. R. Rísquez, de Venezuela, fueron los primeros en América en describir la apendicitis debida a esquistosomas, que ha recibido últimamente mucho estudio en el Brasil.

En un estudio de lo más reciente de las varias fases de la apendicitis, Krech<sup>1</sup> hace notar que en la ciudad de Nueva York el número de muertes atribuidas a la dolencia se elevó de 792 en 1920 a 1,149 en 1933, o sea un aumento de 45 por ciento; y, como para imprimir mayor elocuencia al dato, agrega que el número de defunciones producidas conjuntamente por sarampión, tos ferina, escarlatina, difteria, tifoidea y meningitis epidémica, o sean las enfermedades contra las cuales se ha librado y libra una lucha científica y bien organizada, disminuyó de 2,876 a 629. Añadamos que los fallecidos por tuberculosis pulmonar o sea otra dolencia con todo derecho a aparecer en este grupo, descendieron de más de 6,000 a unas 4,000 en el mismo período.

Un análisis personal por dicho autor de las gráficas de 4,542 casos de apendicitis aguda ingresados en 14 hospitales de los más importantes de la ciudad, reveló que en 1921 se operaron 2,208 casos, comparado con 2,334 en 1931, y que la mortalidad operatoria de 7 por ciento en la primera fecha apenas si bajo en dicho oncenio 0.1 por ciento. Wilkie apuntó hace pocos años (1931) lo mismo para Inglaterra, declarando que ha mejorado el tratamiento, pero no el diagnóstico. También observa Krech que aunque la gente ya se dirige a los hospitales más temprano que antes en la apendicitis, todavía una gran proporción de los enfermos esperan que cedan espontáneamente los ataques. En 1931 aumentó bastante el número de los enfermos recibidos en las primeras 24 horas de la enfermedad, y disminuyeron los casos tardíos. También se ha acertado marcadamente la tardanza operatoria. Los protocolos hospitalarios sobre el asunto todavía revelan algunas lagunas, pues en 1921, 40 por ciento no contenían informes con respecto a ataques anteriores, y en 1931, casi 45 por ciento. En 1921 69 por ciento no

<sup>1</sup> Krech, S.: N. Y. St. Jour. Med., mzo. 15, 1935.

mencionaban catarsis, y en 1931, 63 por ciento. Este punto de la intervención precoz y de la demora inexplicable en acudir al cirujano fué debatido por la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en 1934, citándose una serie de casos en que la mortalidad operatoria sólo fué de 4.96 por ciento, mass en que hubiera subido a 10 por ciento de haberse dejado transcurrir 48 horas.

Otro análisis relativo a la frecuencia y mortalidad por edades, reveló que la apendicitis aguda es primordialmente un estado de la juventud, correspondiendo casi 56 por ciento de todos los casos al segundo y tercer decenios de la vida. La mortalidad relativa por edades reveló un marcado aumento en 1931, comparado con 1921, a las edades más avanzadas, lo cual, para Krech, denota que los individuos de más de 50 años no han podido desembarazarse de los efectos nocivos producidos por la falta de empleo y la crisis económica, y el ataque los ha encontrado en un estado de menor resistencia. La gravedad en la niñez y al pasar de los 50 años es conclusión aceptada por muchos, y en ello convinieron varios de los participantes en el precitado debate bonaerense.

Uno de los datos más notables del estudio es la propensión de los cirujanos a clasificar muchos casos como peritonitis difusa cuando los datos no lo justifican. La mortalidad en los casos más sencillos, es decir, los agudos sin complicaciones, o con una peritonitis localizada, va al parecer acercándose al mínimo irreducible. En cambio, en la peritonitis difusa se calcula conservadoramente que todavía es más de 30 por ciento, y en la peritonitis fibrino-purulenta, de 50 a 95 por ciento. Para Krech, si se describieran mejor las lesiones patológicas observadas en la intervención, muchos casos no se clasificarían como peritonitis difusa, y la mortalidad en ese grupo todavía sería mucho mayor.

Krech recomienda un mejoramiento de los protocolos, y para ello aconseja que todos los hospitales lleven a cabo un estudio detenido de la apendicitis aguda por un año, haciendo el interrogatorio y llevando los apuntes en una forma uniforme, clasificando todos los casos patológicamente, de acuerdo con una pauta preconcebida, y presentando al terminar el período un informe pormenorizado. Esos informes luego podrían pasar a una comisión que los estudiara y publicara los hallazgos, ofreciendo así una magnífica base de comparación para el futuro.

Kline recientemente, después de apuntar que la mortalidad operatoria oscila todavía en Estados Unidos entre 5 y 10 por ciento, comunicó una serie de 86 apendectomías en la que sólo ascendió a 1.15 por ciento, lo cual atribuye al cuidado y prontitud y, sobre todo, al empleo de la raquianestesia con novocaína. Stewart, en otra serie de 600 casos operados en 10 hospitales distintos de San Luis, tuvo una mortalidad de 1.66 por ciento, y entre 205 casos agudos, 3.42 por ciento, sin ninguna en 250 casos subagudos y crónicos.

Faure, el gran cirujano francés, manifestó en 1924 que la apendicitis

crónica es por demás frecuente, agregando con bastante exageración que cabía hasta decir que todos la padecemos. Es un hecho, sin embargo, que en todos los países va recibiendo mayor atención el mal, y ya hay un libro, escrito por dos autores españoles, sobre el diagnóstico de la forma crónica. En realidad, no debe escatimarse ningún esfuerzo para descubrir la enfermedad a tiempo, cuando la intervención quirúrgica entraña realmente poco peligro, hasta que se obtengan más datos prácticos sobre su profilaxia.

---

*Unidad internacional para la antitoxina de la gangrena gaseosa.*—En una reunión de la Comisión Permanente de Titulación Biológica de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, celebrada en Copenhague en agosto de 1934, se adoptó como unidad internacional para la antitoxina de la gangrena gaseosa (*Vibrio septique*), una unidad que equivale a la mitad de la unidad provisoria vigente hasta entonces en los Estados Unidos. Esa unidad internacional pasó a ser oficial en los Estados Unidos en septiembre de 1934. En un estudio realizado por Bengtson en el Instituto Nacional de Sanidad de los Estados Unidos, se observó por medio de titulaciones en ratones y conejos, que se obtenían resultados más satisfactorios determinando como antes las unidades provisionarias y multiplicando después por dos, para obtener las unidades internacionales. (IDA A. BENGTSON: *Pub. Health Rep.*, 1557, dbre, 28, 1934.)

---

*La marihuana en México.*—En México, según el historiador don Francisco Hernández del Castillo, cuya relación hace Ignacio Guzmán (1926), la marihuana se remonta a los primeros tiempos de la conquista, pues Pedro Cuadrado que vino con Cortés después de su regreso de España, fué el primero que la cultivó y la benefició así como otro que llegó con Narváez, no habiéndose podido identificar si éste fué el mismo Cuadrado, pero sí se conoce que enseñó a Francisco Terrazas, la industria de la siembra y su beneficio. Posteriormente se extendió su cultivo para emplearla en algunas industrias, como la alpargatería. Parece que su uso como narcótico fué desde el siglo XVI, pues en esa época los indios abusaban de los estupefacientes, especialmente del peyote y de otras muchas yerbas cuyos nombres no se mencionan, pero entre las que probablemente se encontraba ésta, por lo que el Santo Oficio promulgó varios edictos contra los que las empleaban.—SAMUEL RAMÍREZ MORENO, *Rev. Mex. Psiq., Neurol. & Med. Legal*, 11, nbre, 1934.

---

*Medicina y verbalismo.*—La medicina actual corre riesgo de ahogarse en un verbalismo progresivamente más frondoso y que desgraciadamente muchas veces suena a hueco. Muchas explicaciones, muchas teorías amenazan parecerse a las pomposas y vacías afirmaciones de los médicos de una época que el teatro y la novela han ridiculizado. Tratemos de no merecer que un moderno y genial Molière inmortalice la grotesca solemnidad de muchos razonamientos. Y lo más grave es que por comodidad, por pereza, por carencia de espíritu de crítica científica, estas pseudo-verdades, fugaces como la moda, se anclan en los cerebros de aquéllos que voluntaria o involuntariamente alejados de los centros de intenso movimiento científico, de las clínicas, de los laboratorios, de las bibliotecas, de las sociedades, concluyen por admitir como verdades definitivas, lo que fué el fugitivo aspecto de la ciencia en el momento que sus rudimentos les fueron dispensados en la facultad.—AGUSTO TURENNE, *Arch. Urug. Med. Cir. & Esp.*, 27, eno. 1935.