

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 monografía clásica en que FIS asentara sobre una base incontestable 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 Tiflisbis, epitiflitis, peri tiflitis, etc., representaban en realidad efectos de la perforación apendicular. La misma palabra es de tan reciente creación que no figura en el *Diccionario Etimo-*

lógico Histórico (inglés) de Murray, de 1888. No comienza ahí, claro está, la historia de la apenaicitis. 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 íleo. 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 iniciase 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 tiflitis), 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 conocimientos 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 apenaicitis imputados erró-

neamente 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 fue 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 muertos ha su-

N O T A S

Recibimos el libro "Los resultados sociales de la herencia," del conocido escritor ecuatoriano Ángel Modesto Paredes al que dedicaremos un ligero comentario en próximo número. Hemos hecho presente al autor nuestro profundo agradecimiento.

»—«

En ligero viaje de paseo estuvo dos días entre nosotros el Dr. José Inés Rápalo, Presiden-

te de la Asociación Médica Sanpedrana.

»—«

A permanecer una semana con sus padres vino de Danlí nuestro consocio el Dr. José María Sandoval.

»—«

En la Policlínica estuvieron recluidas por algunos días las distinguidas esposas de nuestros consocios los Drs. Manuel Cáceres Vigil y Víctor Manuel Velásquez.

bido 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. C?*) es que la mayor mortalidad en Estados Unidos (20 o 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 escasés relativa de hospitales en dicha región.

(Continuará).