

RÉSUMÉ

L'auteur au moyen de la technique de greffes testiculaires chez les souris, de l'étude histologique des vésicules séminales, comme preuve de sécrétion androgénique, et enfin de l'étude des greffes pour voir les cellules qui dégénèrent et celles qui persistent. Il croit que la sécrétion androgénique est une fonction des cellules de Sertoli de la paroi du conduit seminifère.

APENDICITIS Y EMBARAZO

C. COLMEIRO LAFORET

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Municipal de Vigo. (Jefe: DR. C. COLMEIRO-LAFORET.)

Hemos tenido ocasión de consultar, recientemente, a una embarazada, de séptimo mes, que padeció una apendicitis de curso mortal. No nos referiremos con detalle a su historia, manifestamente incompleta en los datos que hemos podido recoger, porque la hemos visto en consulta con otros colegas que se ocupaban de su asistencia; en resumen, se trataba de una enferma que había tenido un episodio agudo de apendicitis típica en segundo mes de su embarazo y no fuera operada entonces por juzgar su médico que el hacerlo significaba un grave riesgo para la enferma y el embarazo. Este evolucionó ulteriormente sin incidentes, hasta que, poco después del séptimo mes, tuvo otro episodio agudo, que se inició por un dolor a cuatro traveses de dedo del reborde costal derecho en la línea mamilar aproximadamente. Se dudó de si este dolor, la fiebre, las alteraciones en el recuento de leucocitos y fórmula leucocitaria, etc., eran consecuencia de una presunta afección hepática o de una pielitis, y las investigaciones realizadas en ese sentido fueron negativas. Al tercer día de haberse iniciado este cuadro agudo vimos a la enferma estableciendo el diagnóstico probable de apendicitis y una indicación quirúrgica perentoria que no fué aceptada. El curso ulterior de la enferma, que no pudimos seguir personalmente, fué, según todos los informes, el clásico de una peritonitis secundaria generalizada de tipo mortal. No se hizo autopsia.

El estudio de este caso nos ha llevado a revisar las historias de las enfermas de nuestro servicio y la bibliografía sobre la cuestión. En lo que se refiere a las primeras, nuestra estadística tiene poco interés, porque en la revisión de nuestros casos, en los cinco años comprendidos entre 1943 y 1947, ambos inclusive, se encuentran, en un total de 2.064 pacientes obstétricas, sólo tres casos de apendicitis, lo que da, en esta

serie, una incidencia de un 1,4 por 1.000. Los tres casos registrados eran de apendicitis típicas entre segundo y tercer mes del embarazo, y en todos ellos se hicieron, antes de las veinte horas del primer síntoma clínico, apendicectomías, que cursaron sin incidentes, evolucionando después los embarazos hasta su término sin ninguna anormalidad. La revisión que hemos hecho de la bibliografía sobre este tema puede, en cambio, tener algún valor, sobre todo en vista de la experiencia que hicimos en el caso que motiva estos comentarios, en el que pudimos comprobar los erróneos criterios que algunos defienden en tales ocasiones.

FRECUENCIA.—Se admite generalmente que la apendicitis, sin ser un acontecimiento excepcional, se ve raras veces en embarazadas. Para poder hacer un juicio en grandes series de pacientes podrían citarse las observaciones referentes a apendicitis en casos obstétricos, dadas a conocer por:

BAFER, REIS y ARENS¹, que en 16.543 casos encontraron 28 de apendicitis.

FARFAS², que en 21.368 casos encontró 19 de apendicitis.

HOFFMANN y SUZUKI³, que en 21.682 casos encontraron 52 de apendicitis.

TEDENAT¹⁷, que en 11.479 casos encontró uno de apendicitis.

COSGROVE⁴, que en 25.000 casos encontró 18 de apendicitis.

Resulta, pues, que en los 96.072 casos citados se encuentran ciento dieciocho de apendicitis, de lo que resulta una frecuencia ligeramente superior a un uno por mil, exactamente 1,2 por millar.

Esta frecuencia, de aproximadamente un uno por mil, fundada en observaciones hechas en servicios ginecológicos en los que habitualmente se considera la apendicitis como un accidente que complica el embarazo, es distinta de la dada a conocer por los que han publicado estadísticas de servicios quirúrgicos, en los que el criterio de clasificación es completamente distinto y considerarse en ellas que el embarazo es un dato secundario recogido en series de enfermas operadas de apendicitis. Y así, en una serie de mil ochocientas operadas de apendicitis encuentra BALDWIN² seis embarazadas, lo que da una frecuencia de un tres por mil; SONNEBERG¹⁵, en una serie de dos mil apendicectomías, tiene cuatro embarazadas, incidencia de dos por mil, y, en cambio, UEBERMUTH¹⁹, en mil trescientas sesenta y ocho apendicitis, encuentra veintiuna embarazadas, equivalente a una frecuencia de uno y medio por ciento.

Es interesante, por tanto, tener en cuenta al estudiar esta cuestión, cuál ha sido el criterio para la clasificación de las pacientes y el estudio de la frecuencia de las apendicitis, pues de otra forma se pueden encontrar, como se advierte por lo expuesto, notables disparidades entre unas y otras estadísticas.

EPOCA DEL EMBARAZO.—La fase del embarazo en la que se presenta el accidente agudo que da lugar a la apendicectomía tiene, según se expondrá más adelante, un particular interés, tanto por lo que se refiere a las posibilidades de hacer un diagnóstico preciso y oportuno, como en relación con el pronóstico que haya de establecerse. En general, en la escasa bibliografía que puede encontrarse sobre esta cuestión, no se dan detalles precisos sobre cuál sea la época del embarazo en la que las intervenciones se han realizado.

En un trabajo publicado ya hace más de treinta años advertía SCHMIDT¹³ que, según su experiencia, el mayor número de casos de apendicitis coincidente con el embarazo se observan entre el tercero y el sexto mes. Algunas estadísticas modernas parecen confirmar ese punto de vista, pues BAER, REIS y ARENS¹, en sus veintiocho casos, encontraron solamente ocho en el primer trimestre y seis en el último, mientras que los catorce restantes se observaron en el segundo trimestre del embarazo. Sin embargo, HOFMANN y SUZUKI⁹ dan resultados opuestos, ya que, en veintitrés casos de apendicitis agudas, advierten que nueve fueron operados en el primer trimestre, seis en el segundo y ocho en el tercero. En la estadística de STOECKEL¹⁶, no comparable exactamente a las citadas porque clasifica sus casos en dos grupos, de primera y segunda mitad del embarazo, resulta que en un total de diecisiete casos se operó a tres enfermas en la primera mitad, a doce en la segunda y a dos en el puerperio.

Resulta, por tanto, que, contra lo que podríamos suponer, si tuviéramos en cuenta solamente la escasa experiencia de los casos personales a los que podemos referirnos aquí, parece ser que los accidentes agudos de la apendicitis en las embarazadas son más frecuentes en la segunda mitad de la gestación que en la primera.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—De los tres casos a que podemos referirnos aquí se ha podido tener una información satisfactoria sobre las características histológicas de los apéndices extirpados; en dos de ellos se trataba de agudizaciones de apendicitis crónicas y en el otro, en el que no había antecedentes de episodios agudos anteriores, el informe anatomo-patológico clasificaba el apéndice remitido como afectado de una infección catarral aguda. En el otro caso, del que, como ya se advirtió, no hemos podido obtener más que datos muy incompletos, las características de la evolución clínica de la enferma hacen muy verosímil la sospecha de que se tratara de una apendicitis gangrenosa.

En algunos trabajos se afirma que las apendicitis observadas durante el embarazo no se diferencian de las que se encuentran fuera de ese estado ni en la frecuencia con que se encuentran las diferentes variedades. Sin embargo, en los 28 casos estudiados detalladamente por BAER, REIS y ARENS¹ se notó que las formas

gangrenosa y perforativa de las apendicitis son, en embarazadas, cinco y tres veces más frecuentes, respectivamente, que en pacientes no embarazadas operadas en la misma clínica durante el tiempo en el que se hizo el estudio. Si este fenómeno depende, como pretendía WILSON²¹, de que los casos agudos evolucionan más rápidamente durante el embarazo que fuera de él, o si las observaciones hechas son consecuencia de retrasos en el diagnóstico que motivan operaciones más tardías que las que se hacen cuando éste no es dificultado por la existencia de un embarazo, son cuestiones que no es posible esclarecer con seguridad, aunque, personalmente, nos inclinamos a creer que, en la mayoría de los casos, las apendicitis se operan más tarde en embarazadas que en los demás casos y, por tanto, la afección tiene más tiempo de evolucionar, por lo que no es extraño que se vea un mayor porcentaje de casos en los que se han instaurado ya lesiones de gangrena o necrosis del apéndice y aun perforación de éste.

TOPOGRAFÍA DEL APÉNDICE DURANTE EL EMBARAZO.—Para el estudio de las apendicitis durante el embarazo es de todo punto indispensable conocer con detalle la topografía del ciego en las diferentes fases de él y los posibles desplazamientos que el apéndice sufre en ese estado.

Los antiguos clínicos ya habían advertido que la formación del plastrón por periapendicitis, proceso de curación espontánea de ciertas formas de apendicitis de evolución favorable, resultaba notablemente dificultado por el embarazo, pues durante éste las difusiones de la infección apendicular que dan lugar a peritonitis generalizadas eran mucho más frecuentes que fuera de la gestación. Esta ensombrece el pronóstico en tales casos porque, al desplazarse el ciego hacia arriba, la formación del plastrón y, eventualmente, del absceso periapendicular, es más difícil, porque la zona de infección limitada se encuentra en el abdomen superior y no en el inferior, porque las posibilidades de drenaje o evacuación espontánea son menores y más desfavorables, etc.

El mayor interés del estudio de las modificaciones topográficas de la situación del apéndice durante el embarazo reside en la importancia que su conocimiento tiene para poder hacer un juicio preciso que permita un diagnóstico correcto y oportuno de las apendicitis durante él. La localización del dolor en estos casos depende, en gran parte, del lugar en el que el apéndice se encuentra en el momento de la exploración, y sólo conociendo con algún detalle los desplazamientos que sufre es posible valorar atinadamente la significación de los puntos dolorosos que se puedan encontrar en la exploración. Y es obvio recordar que el diagnóstico exacto y precoz de estos casos tiene una superlativa importancia, pues los resultados del único tratamiento aceptable en ellos, es decir, de la apendicectomía, dependen principalmente, aparte de otros detalles de valor adjetivo, de la pron-

titud con la que se haya establecido el diagnóstico.

Las observaciones realizadas en laparatomías hechas accidentalmente en embarazadas tienen un valor muy escaso para determinar cuál sea la situación más frecuente del apéndice en ellas, porque nunca se puede afirmar que el ciego no ha sufrido desplazamientos que puedan atribuirse a las manipulaciones precisas para las intervenciones correspondientes; por otra parte, tales operaciones accidentales son poco fre-

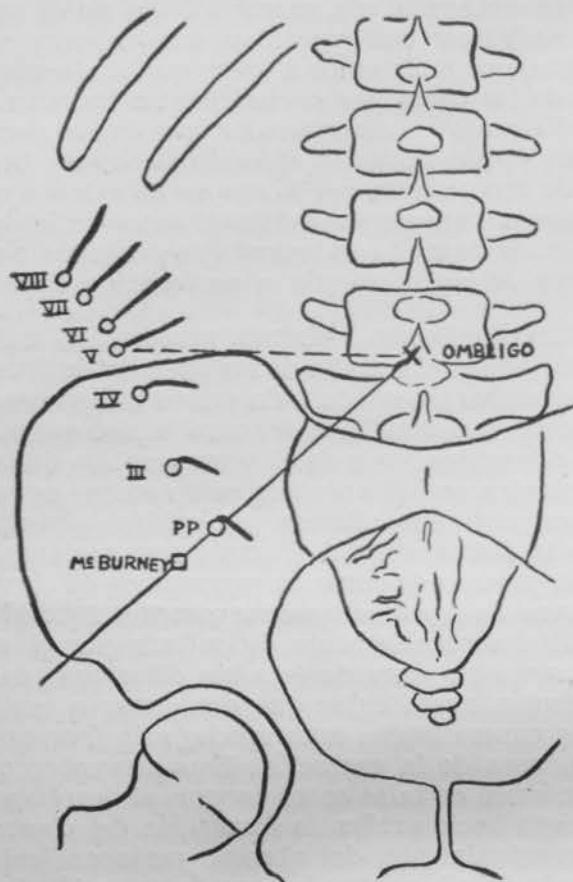


Fig. 1.—Topografía del apéndice durante el embarazo (según BAER, REIS y ARENS).

cuentes, y no es fácil reunir series de casos en las que fundar un criterio general. Por ello, se admite generalmente que los procedimientos más útiles para determinar la situación del apéndice durante el embarazo se fundan en hacer exámenes radiológicos previa ingestión de papilla de contraste; para estudiar la cuestión pueden hacerse exploraciones en gran número de embarazadas e incluso repetirlas en diferentes fases de la gestación. Desde que FINK⁷ inició estos estudios, se reconoce generalmente que los exámenes en radioscoopia, si bien son útiles como orientación, deben de ser completados con radiografías que, cuando son hechas con una técnica correcta, permiten precisar muchos más detalles. Los trabajos de FUETH y OELADEN⁸, SCHUMACHER¹⁴, BAER, REIS y ARENS¹, etc., tienen el mayor interés, ya que merced a ellos nos ha sido posible tener una orientación precisa sobre cuáles son los despla-

zamientos del ciego y cuál la localización del apéndice durante el embarazo.

En la figura 1, tomada del trabajo de BAER, REIS y ARENS¹, en la que estos autores esquematizan los resultados de sus estudios radiográficos, puede verse que el apéndice no se limita a seguir pasivamente al ciego en los desplazamientos que éste experimenta por consecuencia del embarazo, sino que sufre, además, cambios de dirección, que pasa a ser de fuera a dentro y de arriba a abajo para adoptar, en las últimas fases de la gestación, la posición de fuera a dentro y de abajo a arriba; este cambio de posición de la extremidad caudal del apéndice tiene, como fácilmente puede comprenderse, el mayor interés en caso de inflamación aguda. En el esquema a que nos referimos puede verse, también, que el gradual desplazamiento del ciego hacia arriba, que depende del aumento de tamaño del útero, da lugar a que el apéndice se encuentre cada vez más alejado del plano sagital del cuerpo y, simultáneamente, más desplazado hacia zonas superiores de la cavidad abdominal, encontrándose, a partir del quinto mes, por encima de la cresta iliaca.

DIAGNÓSTICO.—Durante los primeros tiempos del embarazo, por referirse a una fecha podría quizás decirse que durante el primer trimestre de él, las apendicitis no presentan características especiales que permitan diferenciarlas de las que pueden observarse fuera de ese estado. Su diagnóstico tendrá más o menos dificultades, según las peculiaridades de cada caso, pero habrá de llegar a él por el detenido estudio de los datos anamnésicos y mediante la exploración habitual de las enfermas, en las que habrá que determinar y enjuiciar adecuadamente las posibles zonas de dolor espontáneo o provocado, de defensa, la existencia de fiebre y demás detalles harto conocidos. Interesa advertir que, en las embarazadas, sólo tienen un valor relativo las sensaciones de náuseas o la existencia de vómitos ya que, en general, es prácticamente imposible determinar, con seguridad, en qué medida pueden depender del embarazo mismo. Por otra parte, los estudios de sangre, recuento de leucocitos, velocidad de sedimentación, etc., sólo pueden valorarse con cierta precaución mientras no se encuentren leucocitosis intensas o incrementos manifiestos en las cifras de sedimentación, ya que el embarazo produce moderadas leucocitosis y una aparente aceleración de la velocidad de sedimentación; quizás en este aspecto deba de concederse más valor que a ninguna otra determinación, a las cifras de neutrófilos y a las modificaciones que puedan experimentar en exámenes de sangre repetidos frecuentemente.

Para evitar graves errores de diagnóstico, que se cometen algunas veces solamente por no haberse planteado la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial frente a síndromes que, a primera vista, pudieran confundirse con una apendicitis, habría que tener presente la

posibilidad de un embarazo ectópico, de agudización de procesos inflamatorios antiguos de trompas y de accidentes que pudieran depender de torsión de pedículo de un quiste de ovario clínicamente silencioso hasta entonces, de necrosis de nódulos miomatosos ignorados¹, etc. En cualquiera de estos casos y en otros semejantes, una exploración ginecológica cuidadosa debe de conducir a establecer con seguridad un diagnóstico en el que sólo quepa un discreto margen de error.

A partir del cuarto mes del embarazo, el diagnóstico de las apendicitis resulta cada vez más difícil, porque las zonas de dolor espontáneo, defensa muscular y dolor provocado son distintas de las que se encuentran habitualmente fuera del embarazo, debido a los desplazamientos que el ciego sufre a partir de su tercer mes y a los cambios de situación del apéndice que coinciden con ellos. Importa sobremanera, para enjuiciar debidamente estos casos, tener presente cuál es, en cada mes del embarazo, la situación más probable del ciego y del apéndice, pues la exploración de éstos, ya perturbada por la presencia del embarazo que dificulta el acceso a las zonas que interesa palpar, sólo puede ser útil cuando, de antemano, se conoce su topografía.

A los datos que puedan recogerse por la exploración, de acuerdo con lo que se acaba de indicar, habrá que añadir los que puedan derivarse de un cuidadoso estudio de los antecedentes y del curso de la afección y los que se obtengan de las exploraciones complementarias, especialmente de investigaciones seriadas de número de leucocitos, fórmula leucocitaria, incremento de polinucleares neutrófilos, etc.

Hay que conceder la mayor atención a los problemas de diagnóstico diferencial que han de plantearse en estas ocasiones. En lo que se refiere a los errores que puedan derivarse de la existencia de afecciones genitales que puedan dar lugar a cuadros semejantes a los de una apendicitis aguda, no es probable que, pasado el cuarto mes, haya de pensarse en un embarazo ectópico o en reactivación de antiguas anexitis; son, en cambio, posibles accidentes por torsión de pedículo de quistes de ovario, alteraciones necróticas de nódulos miomatosos y, en fases avanzadas del embarazo, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. En cuanto a otras afecciones, extragenitales, que podrían inducir a errores, habría que citar las que puedan detener del sistema urinario, nefritis, pielitis, litiasis o espasmos de uréter, enfermedades hepáticas como disquinesias, litiasis o colecistitis. Otras afecciones más raras, como úlcera péptica, obstrucción intestinal, trombosis mesentérica, diverticulitis, etc., sólo han de considerarse como capaces de dar lugar a problemas en embarazadas en casos verdaderamente excepcionales. De cualquier forma, una exploración clínica detallada, en sentido general y obstétrico, complementada por las elemen-

tales investigaciones de laboratorio que son de rigor en estos casos, estudios de sangre y de orina, etc., deben de permitir llegar a conclusiones, si no completamente seguras para establecer un diagnóstico totalmente exacto, si lo bastante precisas para que sea posible basar en ellas un criterio terapéutico que, como se comprende, tiene en estos casos el mayor interés, ya que toda demora en aplicar la terapéutica adecuada puede dar lugar, en caso de apendicitis, a lesiones irreparables.

PRONÓSTICO.—Se admite unánimemente que el pronóstico de los casos de apendicitis y embarazo es, en general, grave; mas importa advertir que no se pueden hacer estudios comparativos de las cifras de mortalidad publicadas a causa de las notables diferencias que se notan en ellas. Tales diferencias dependen, principalmente, de dos grupos de factores. Por una parte, de los que se derivan de la apendicitis misma y, singularmente, de la forma anatómica de la afección, de su gravedad inicial y, sobre todo, del tiempo de evolución desde que el ataque se inicia hasta que es operada la enferma. Por otra, parece claro que el pronóstico varíe también, en igualdad de características de la afección inicial, dentro de lo que es posible establecer semejante apreciación, según la época del embarazo, pues a medida que éste es más avanzado, el riesgo de complicaciones en los casos agudos parece ser mayor. Cualquier criterio que se utilice para valorar los datos estadísticos publicados sobre este problema y para determinar, a base de ello, aunque sólo sea aproximadamente, cuál es la gravedad general de la apendicitis durante el embarazo, está, pues, sujeto a un gran margen de error y, por consecuencia, parece discreto advertir que las conclusiones a que pueda llegar sólo tienen un valor relativo, en el sentido de servir de orientación para poder establecer un juicio en cada caso concreto.

Considerando la cuestión desde el punto de vista obstétrico, debe de tenerse en cuenta que al estudiar el pronóstico de las apendicitis durante el embarazo ha de tenerse en cuenta los riesgos que esa afección pueda significar para la paciente y los peligros que de ello se deriven para el embarazo mismo; generalmente, la muerte de la madre significa la del feto, mas en muchos casos puede salvarse la vida de la madre y sucumbir el feto por aborto, parto prematuro, muerte intrauterina, etc. Por ello, para estudiar el pronóstico de estos casos deben de considerarse, independientemente, dentro de lo que esto sea posible, cuáles son los peligros para la madre y cuáles los riesgos que para el embarazo tienen las apendicitis.

En 1929 McDONALD¹¹ encuentra una mortalidad materna de 0,71 por 100 en los casos de apendicitis localizada, de un 23,5 por 100 en casos de absceso apendicular y de un 30,0 por 100 en los de peritonitis. Esta elevada mortalidad es semejante a la encontrada en 1943 por UNDERWOOD²⁰, que se refiere a una cifra de 29,7

por 100 de mortalidad materna en casos de apendicitis supurada. En la estadística publicada por STOECKEL¹⁶, también en 1943, se refieren quince casos de apendicitis operadas durante el embarazo, en los que sucumbieron cinco madres, lo que equivale a un 33,33 por 100 de mortalidad, siendo de notar que todos los casos mortales se operaron ya en plena peritonitis. En casos no complicados, acaso por haberse diagnosticado más prematuramente, el pronóstico es más favorable, y así se encuentran estadísticas como las de BAER, REIS y ARENS¹ sin muertes en veintiocho casos, de MUSSEY y CRANE¹² con dos muertes en ciento veintidós casos, de HOFFMANN y SUZUKI⁹ con una muerte en veintidós casos, etc.

Sin pretender negar que el embarazo pueda ensombrecer el pronóstico de las apendicitis, acaso porque las haga evolucionar con una mayor rapidez, parece razonable admitir que la mortalidad se incrementa en estos casos, igual que fuera del embarazo, a medida que las enfermas se operan en fases más avanzadas de la enfermedad. Las dificultades que tiene el oportuno diagnóstico de ésta en las embarazadas es, indirectamente, la causa fundamental del mal pronóstico que ha de establecerse en ellas en casos de apendicitis.

Las estadísticas en las que se exponen datos sobre los riesgos que las apendicitis tienen para el embarazo indican que éste es perturbado en un número muy elevado de casos. En los 456 casos de JERLOV¹⁰ el aborto se produjo en un 13 por 100; cifras semejantes, de un 12 por 100 de abortos en 486 casos, observó SCHMIDT¹³. En los 28 casos de BAER, REIS y ARENS¹ se produjeron partos prematuros en dos y aborto en uno.

Se podría admitir que la fase de la apendicitis en la que la intervención se realiza tiene una manifiesta influencia sobre la ulterior evolución del embarazo. Llevan a esta conclusión el estudio de las observaciones de HOFFMANN y SUZUKI⁹ que notaron interrupción del embarazo en el 33,3 por 100 de los casos de apendicitis localizada y en un 55,6 por 100 en los casos de peritonitis, y de McDONALD¹¹, que encuentra un 11,4 por 100 de abortos mientras la afección está localizada en el apéndice, un 66 por 100 en los casos de absceso apendicular y un 72 por 100 en caso de peritonitis secundaria. Coincidiendo con ellos podría citarse que TWYMAN, MUSSEY y STALKER¹⁴, que sólo perdieron tres fetos en setenta y cinco casos, advierten que en dos de ellos había ya rotura del apéndice en el momento de la intervención.

No es fácil establecer cuál sea la causa de la gran incidencia de abortos y partos prematuros en los casos de apendicitis, si bien nos parece que lo más discreto sea admitir, con FERRIS⁶, que el hecho dependa de que la gravedad de la infección, la toxemia y los demás factores secundarios anejos a la apendicitis puedan motivar alteraciones del organismo de la madre que den lugar a la expulsión prematura del huevo.

Estos trastornos tendrían, según este punto de vista, un valor capital y solamente una significación secundaria los que puedan depender de las manipulaciones necesarias para la intervención y del insulto que ésta representa, aunque, naturalmente, la suma de unos y otros contribuya a ensombrecer el pronóstico de estos casos.

TRATAMIENTO.—La experiencia cotidiana de todos los servicios en los que se tratan apendicitis y el estudio de la bibliografía sobre el problema de la coincidencia de la apendicitis aguda y embarazo, llevan a la conclusión de que el único tratamiento seguro en estos casos es la apendicectomía. La precocidad de la intervención, de gran valor en todos los casos, tiene una superlativa importancia en los que coinciden con el embarazo porque, según se advirtió anteriormente, las probabilidades de que éste pueda ser perturbado por la afección apendicular se incrementan extraordinariamente a medida que la apendicectomía se demora.

La indicación operatoria en casos de apendicitis crónica, sin fenómenos de agudización, puede ser discutible durante el embarazo, ya que es criterio generalmente admitido que durante éste deben de evitarse toda clase de intervenciones quirúrgicas que no sean estrictamente indispensables.

En los casos en los que sea precisa una operación de apendicitis durante el embarazo entendemos que, cualquiera que sea la fase de la afección y la fecha en la que el parto deba de tener lugar, el cirujano debe limitarse, exclusivamente, a cumplir la indicación de apendicectomía sin complicar la situación, ya de por sí grave, en que se encuentra la enferma, con maniobras obstétricas que no sean indispensables. Hay que intentar además, en cada caso, que el embarazo no se interrumpa, tanto adoptando durante la operación las precauciones precisas, como tratando a la enferma con sedantes, progesteron, etc.

RESUMEN.

La apendicitis es poco frecuente durante el embarazo, pues en grandes estadísticas se encuentra, aproximadamente, un caso en cada millar de embarazadas. La gravedad del pronóstico que ha de establecerse en estas ocasiones depende, principalmente, de las dificultades que ofrece el diagnóstico de la afección durante el embarazo que da lugar, muchas veces, a intervenciones tardías; por ello puede afirmarse que la máxima general de diagnosticar y operar rápidamente toda apendicitis debe de cumplirse, con especial cuidado, en los casos de apendicitis y embarazo.

BIBLIOGRAFIA (*)

1. BAER, REIS y ARENS.—Journ. Am. Med. Ass., 98, 1.359, 1932.
2. BALDWIN.—Cit. Baer y cols. en 1.

(*) La bibliografía española sobre apendicopatías en la mujer, en sus aspectos obstétrico y ginecológico, puede consultarse en el trabajo de HORNO LIRIA, publicado recientemente en "Clínica y Laboratorio", 46, 25, 1948.

3. COLMEIRO LAFORET.—Rev. Esp. Obst. y Ginec., 6, 260, 1947.
4. COSGROVE.—Am. J. Obst. and Gynec., 34, 469, 1937.
5. FARIAS.—Ref. Zblatt. für Gynaek., 62, 960, 1938 y en Am. J. Obst. and Gynec., 38, 739, 1939.
6. FERRIS.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 22, 140, 1947.
7. FINK.—Monatschr. für Geburts. und Gynaek., 71, 328, 1924.
8. FUETH y OFLADEN.—Deutsch. Med. Wschr., 54, 819, 1928.
9. HOFFMAN y SUZUKI.—Grace Hosp. Bull., 26, 25, 1948.
10. JERLOV.—Acta Obst. et Gynaec. Scand., 4, 6, 1925.
11. McDONALD.—Am. J. Obst. and Gynec., 18, 110, 1929.
12. MUSSEY y CRANE.—Arch. Surg., 13, 729, 1927.
13. SCHMIDT.—Mitt. an der Grenzgeb. der Med. und Chir., 23, 213, 1911.
14. SCHUMACHER.—Klin. Wschr., 8, 1.8-9, 1929.
15. SONNENBERG.—Cit. BAER y col. en 1.
16. STOECKEL.—Zblatt. für Gynaek., 67, 1.641, 1943.
17. TEDEAT.—Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynec., 14, 237, 1925.
18. TWYMAN, MUSSEY y STALKER.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 15, 484, 1940.
19. UEBERMUTH.—Zblatt. für Gynaek., 65, 1.100, 1941.
20. UNDERWOOD.—Journ. Med. Soc. New Jersey, 40, 62, 1943.
21. WILSON.—Surg., Gynec. and Obst., 45, 621, 1927.

SUMMARY

Appendicitis is uncommon during pregnancy since it is found in the large statistics that only one case arises out of every thousand. The seriousness of the prognosis which has to be established in these cases is mainly centered about the difficulties of diagnosis during pregnancy. It often leads to late surgical treatment. Therefore, it is to be stressed that the rule of prompt diagnosis and treatment holds very specially when pregnancy and appendicitis concur.

ZUSAMMENFASSUNG

Während der Schwangerschaft sieht man selten eine Appendicitis; in grossen Statistiken kommt auf jedes Tausend Schwangere ein Appendicitisfall. Die Prognose, die in solchen Fällen unbedingt gestellt werden muss, hängt vor allem von der Schwierigkeit der Diagnose zu dieser Zeit ab; denn dadurch kommt es oft zu späten Eingriffen. Die allgemeine Richtlinie einer schnellen Diagnose und Operation jeder Blinddarmentzündung muss bei Appendicitis und Schwangerschaft mit besonderer Sorgfalt befolgt werden.

RÉSUMÉ

L'appendicite est peu fréquente pendant la grossesse, car dans les grandes statistiques on trouve, approximativement, un cas parmi mille femmes grosses. La gravité du pronostic que l'on doit établir à ces occasions dépend surtout des difficultés que présente le diagnostic de l'affection pendant la grossesse, qui bien des fois donne lieu à des interventions tardives: c'est pourquoi on peut affirmer que la maxime générale de diagnostiquer et opérer rapidement toute appendicite, doit être suivie, avec grand soin surtout dans les cas d'appendicite et grossesse.

NOTAS CLINICAS

SOBRE DOS CASOS DE ANEMIA MEDITERRANEA

C. BONMATÍ AZORÍN.

(Cartagena.)

La copiosa casuística de anemias hemolíticas desde que MINKOWSKY, en el Congreso de Médicos internistas de Wiesbaden en 1900, expusiera el cuadro de ictericia hemolítica (ya existían los precedentes de MURCHISON y de STANLEY con sus "Some cases showing hereditary enlargement of the spleen") y CHAUFFARD lo considerara como hemopatía genuina y más tarde COOLEY y LEE, en 1925, desglosaran su "Erythroblastic anemia" del amplio contenido de los síndromes anémicos infantiles con raquitismo, de VON JAKSCH-HAVEM; y HERRICK describiera, por primera vez, en 1910, la enfermedad anémica de células falciformes o anemia drepanocítica, ha venido a integrarse, todo ello, en uno de los más interesantes capítulos de patología constitucional. Ya en el mismo grupo extenso de las anemias de VON JAKSCH observó KLEIN-

SCHMIDT la enfermedad en dos o tres gemelos, y no hay sino recordar que fué GAENSSLER, en 1915, el que nos dejó definitivamente constituido el cuadro de la "Constitución hemolítica".

Sobre esta base constitucional se han considerado en los últimos tiempos los estudios patogénicos, y una vez más las estrictas localizaciones topográficas orgánicas (v. g., actividad hemocaterética del bazo) han cedido el papel a las amplias sistematizaciones en tejidos y a mecanismos patogénicos constitucionales. La casuística española relativa a Anemia de Cooley ha sido enriquecida y perfectamente estudiada por JASO, ALÉS y PARDO con su primer caso español, el estudio ulterior y revisión de conjunto de ALÉS y JASO sobre el tema y el estudio y síntesis patogénica de JIMÉNEZ DÍAZ, MORALES PLEGUEZUELO, PANIAGUA, RODA y ROMEO.

Creada la constitución hemolítica como tronco común de tales entidades clínicas, era lógico pensar o suponer la existencia de casos clínicos no recortados ni fáciles de encasillar definitivamente, sino más bien formas de tránsito entre dos de dichas entidades, siendo de lo más destaca-