

Sessió de 21 Juny del 1935.

## Síntomes radiològics de l'apendicitis crònica obliterant

pel Dr. T. A. PINÓS

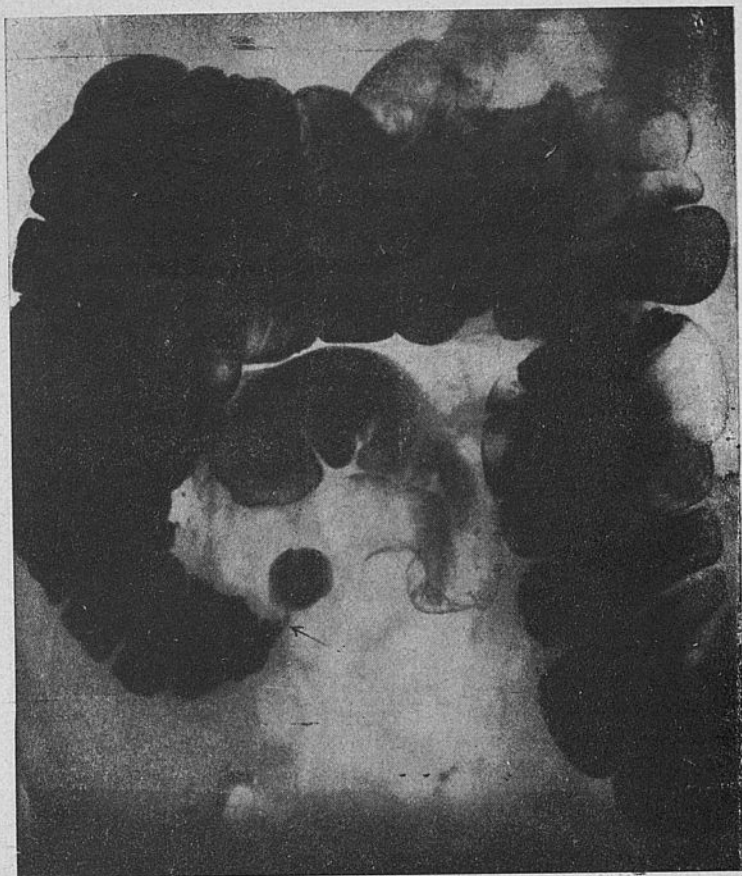
Treball de l'Escola de Patologia Digestiva  
de l'Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau  
Prof. Dr. Gallart Monés

El diagnòstic de l'apendicitis crònica és el problema mèdic que menys inquietud ha donat. Operació simple i resultats immediats quasi sempre satisfactoris són factors que han pesat en grau extraordinari perquè la intervenció quirúrgica fos decidida sense consultar freqüentment altre factor que la sensibilitat dolorosa a la pressió en qualsevol punt de la fosa ilíaca dreta.

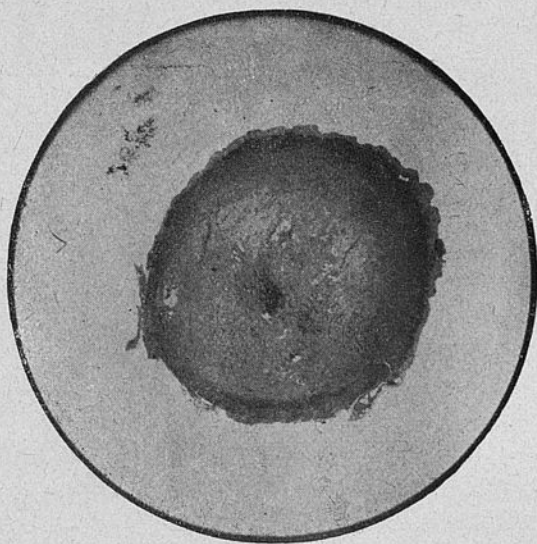
Es sabut, no obstant, la quantitat llarga de vegades que la intervenció no ha servit per altra cosa sinó per a demostrar que l'acte operatori ha estat completament inútil si no perjudicial. Cal, doncs, prudència abans de decidir-se a operar, ja que l'operació no és pas una cosa del tot inòcua, i tots recordem casos de mort després d'una operació felicíssima i fàcil.

De tots els mètodes de diagnòstic el que millor ens indicarà l'estat de l'apèndix i la necessitat de l'intervenció és l'exploració radiològica. Quasi ens atreviríem a dir que l'apendicitis crònica és una malaltia radiològica, i sense ella es pot sospitar la seva existència, però mai no pot fer-se un diagnòstic amb tota seguretat.

Desgraciadament encara no sabem que és l'apendicitis crònica. Certament que el terme apendicitis vol dir inflamació de l'apèndix, però hi ha indubtablement lleugeres lesions flogòsiques apendiculars que acompa-

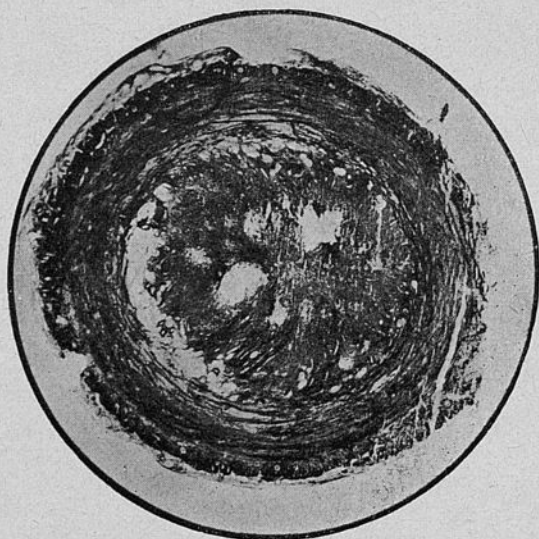
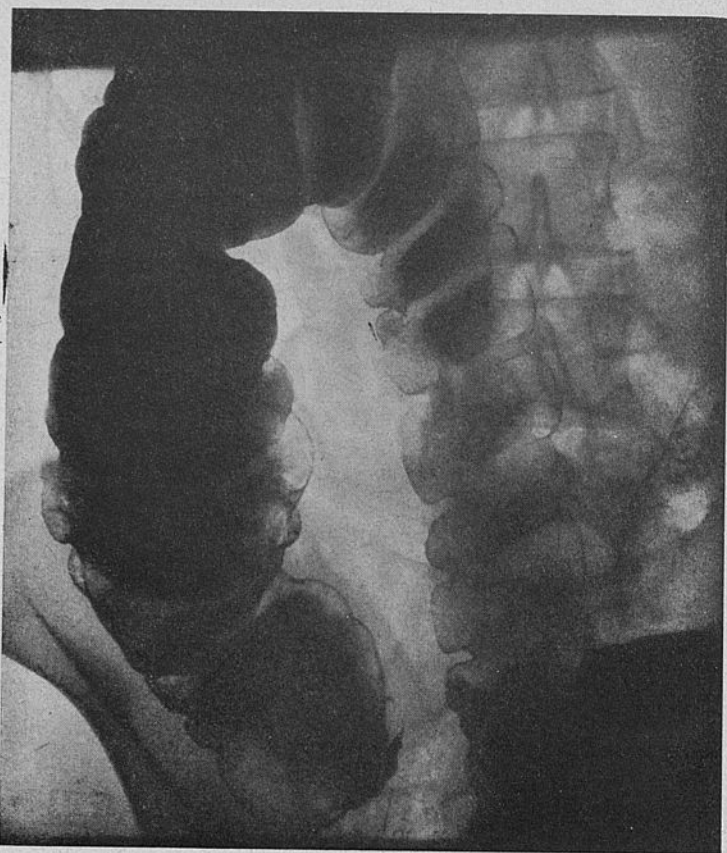


Base apendicular visible Terminació en punta i de contorns rígids.



Desaparició total de la llum apendicular de la mucosa i del fol·licles limfàtics

Apèndix visible en base  
contorns rígids i termina-  
ció en punta



Desaparició de llum apendicular  
i de mucosa Infiltrat linfocitari  
abundant. Desaparició de pel·lícula  
linfoides

PRODUCTE NACIONAL IMMILLORABLE

# RÈDIX

Medi de contrast perfecte per a les radioscòpies del tub digestiu  
i de la mucosa intestinal

RIQUESA DE CONTRAST EN LES IMATGES  
S'EXTEN UNIFORMEMENT - NO SEDIMENTA  
GUST AGRADABLE - EMULSIÓ FACILÍSSIMA

Capses de diversos tamanys                      Especial per a APENDIX  
Paquets a granel per a Clíniques i Hospitals

ES EL MES ECONOMIC

SOL·LICITEU FASCICLES I MOSTRES

Laboratori Dr. J. VILADOT - Secció Rëdix  
Consell de Cent, 303 - Telèfon 17870 - BARCELONA

---

# **EUHPOR**

 **S. A.**

**Electro-Medicina  
i Raigs X**

Taller de Construccions i reparacions

Exposició: Balmes, 98 - BARCELONA - Telèfon 72393

---

Aparells estrangers i nacionals

nyen a trastorns generals o còlics que no poden considerar-se com a veritables apendicitis. El terme flogòsic no té principi ni fi. Té solament una gamma extensíssima d'estats intermedis que van de l'apèndix normal fins a la destrucció completa del mateix. La radiologia és impossible que ens doni detalls tan precisos per a poder saber quan l'apèndix ha deixat d'ésser normal per a començar a ésser patològic, en els cassos que ni la seva morfologia ni el seu funcionalisme s'han alterat el més mínim.

Si això fos poc, s'ha descrit modernament l'apendicitis caracteritzada pels atacs de dolor imprecisos, sense vòmits ni temperatura ni alteracions de la fórmula hemàtica, batejada amb el nom d'apendicitis neurogènica.

En aquest cas la radiologia no podia descobrir-nos res patològic. El nostre criteri, no obstant, és que si es fa pagar a l'apèndix tantes culpes es per la seva facilitat d'extirpació i de la poca protesta per part de l'organisme que aquesta es verifiqui.

Encara actualment s'escriu que l'anatomia macro i microscòpica de l'apèndix no vol dir pas l'estat de l'apèndix, ja que un apèndix macro i microscòpicament normal, pot ésser no obstant causa d'innombrables trastorns que sols desapareixen amb l'extirpació del mateix.

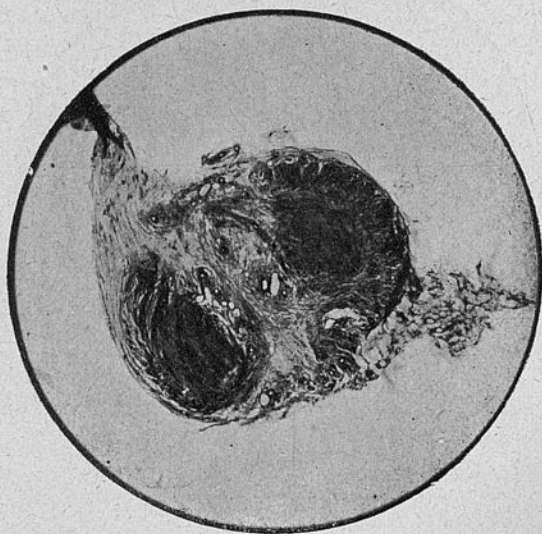
En un terreny tan purament teòric tota discussió es inútil. Si el diagnòstic ha d'ésser fet per pura presumpció, crec que la radiologia no solament ens dirà poca cosa si no que sobra del tot.

La radiologia, pesi als seus innombrables detractors en quant al diagnòstic de l'apendicitis, s'imposarà d'una manera completa com s'ha imposat en el diagnòstic d'altres lesions. Fa poc que en l'ulcus gàstric i lesions toràciques eren refusats els diagnòstics radiològics pels especialistes quasi amb igual intensitat que actualment es refusa el diagnòstic radiològic de l'apendicitis. Sortosament els fets s'imposen, sense que hi hagi cap força que pugui deturar-los. Cal no obstant no demanar a la radiologia més del que ella ens pugui donar. Cal demanar-li símptomes però no diagnòstics.

La radiologia es incapàs de descobrir les petites alteracions flogòsiques, si aquestes no han produït modificacions manifestes anatòmiques o funcionals sobre els òrgans en què radiquen. Per aquest motiu la gastritis colitis i la mateixa apendicitis, que es caracteritzen per una petita hipertrofia follicular o bé per un lleuger infiltrat submucós, ja sigui per una lesió actual poc intensa ja sigui restes d'una lesió passada, ni a l'ull nu ni a la radiografia poden donar símptomes prou manifestos per a permetre'ns un diagnòstic. Es més, no obstant aquestes lleugeres lesions encara està per esbrinar si es poden catalogar amb el nom d'apendicitis. Essent l'apèndix un òrgan d'eliminació tòxica i microbiana, son poques les infeccions ge-

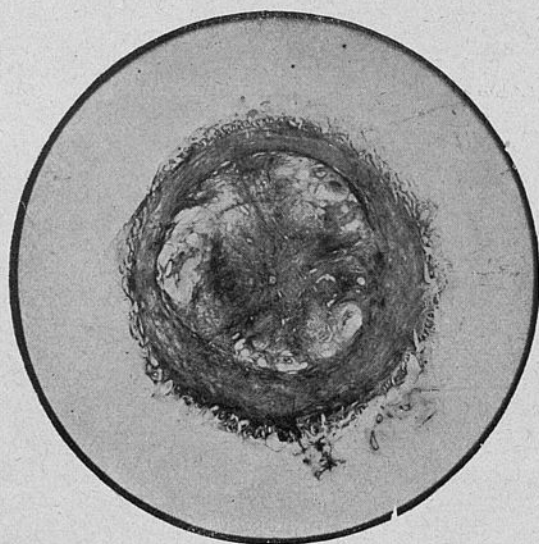


Retenció marcada de papilla i en il·lium. Apèndix sols visible en base.



Desaparició de la llum apendicular. Teixit de cicatriu en la part mitja que divideix en dos la capa muscular

Apèndix d'igual figura  
que l'anterior.



Obstrucció completa de la llum  
apendicular. El teixit mucós i  
submucós així com els fol·licles  
limfoides han estat reemplaçats  
per teixit fibrós de cicatriu.

nerals que no produeixen en grau més o menys marcat les alteracions abans descrites.

Tampoc, com acabem de dir, la radiologia ens donarà el diagnòstic escrit. De cap manera. La simptomatologia cal saber-la interpretar, i la seva interpretació correcta requereix raciocini i pràctica igual que qualsevol altre mètode exploratori. A més, com es comprèn, la radiologia solament ens pot donar símptomes per a interpretar l'estat actual de l'apèndix, però mai les lesions que han precedit l'actual, i menys encara el valor que tindrien les lesions passades per a decidir-nos a una intervenció quirúrgica. Per aquest fi manca el raciocini, manca l'esperit clínic de l'investigador, basat més que en altra cosa en l'interrogatori detallat passat pel sedàs de l'experiència clínic. Es el metge, el que en tot moment, ha de decidir la valor que té l'historial del malalt, els símptomes que ens donarà la radiologia i el laboratori, i del conjunt de tot, formarà un criteri per a prendre la determinació terapèutica adequada a cada cas.

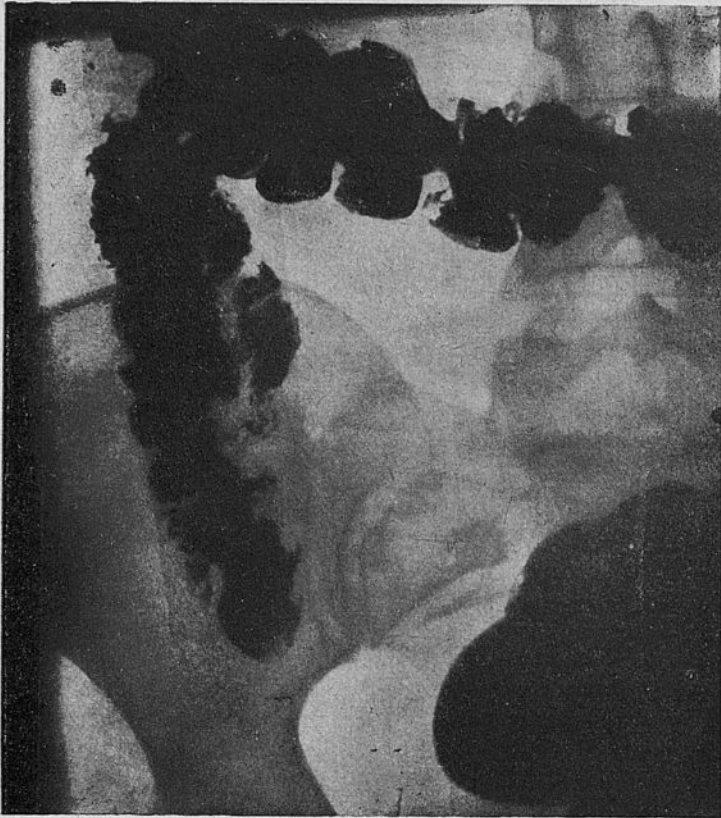
Per guiar-nos per les determinacions a prendre o per les possibilitats d'una rebrotada en un cas d'apendicitis crònica poden dir que la immensa majoria de vegades, com en quasi totes les malalties de l'aparell digestiu, l'interrogatori es el tot i l'exploració clínic quasi res.

Però per a saber **l'estat actual de l'apèndix, la seva situació, morfologia, funcionalisme, etc., l'únic mètode exploratori de què disposem és la radiologia.**

L'exploració radiològica no solament ens orientarà respecte l'estat actual de l'apèndix sinó també de les complicacions que l'acompanyen i les altres lesions en què es pot confondre una apendicitis. Respecte aquest punt hem insistit amb el Dr. Gallart en la nostra monografia titulada "Diagnòstic de l'apendicitis crònica". Allí exposarem el que nosaltres entenem per apendicitis crònica, i el valor de tots els mètodes exploratoris per arribar a un perfecte diagnòstic.

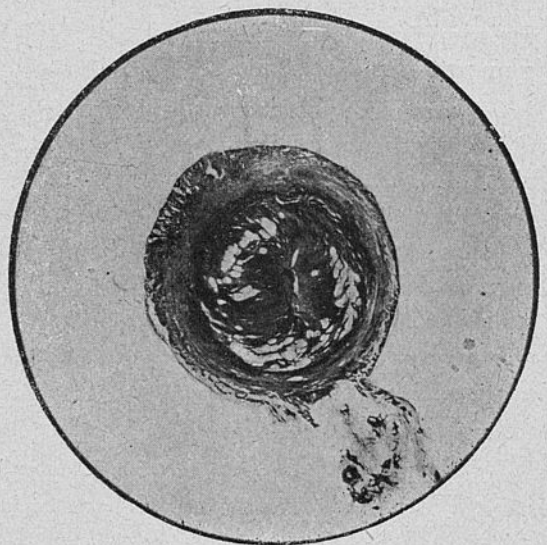
Avui volem presentar a la vostra consideració la valor formidable que té la radiologia en els casos en els quals l'atac d'apendicitis ha produït alteracions apendiculars ben manifestes, i més concretament encara, en els casos que d'una manera lenta o brusca les alteracions anàtomo-patològiques de les capes apendiculars són tan intenses que arriben a destruir la mucosa apendicular i obliteren la llum de l'apèndix. Avui volem descriure els símptomes radiològics de l'apendicitis crònica obliterant, que al nostre concepte tenen quasi tan valor com la presència d'un ninxol per al diagnòstic de l'ulcus gàstric o duodenal.



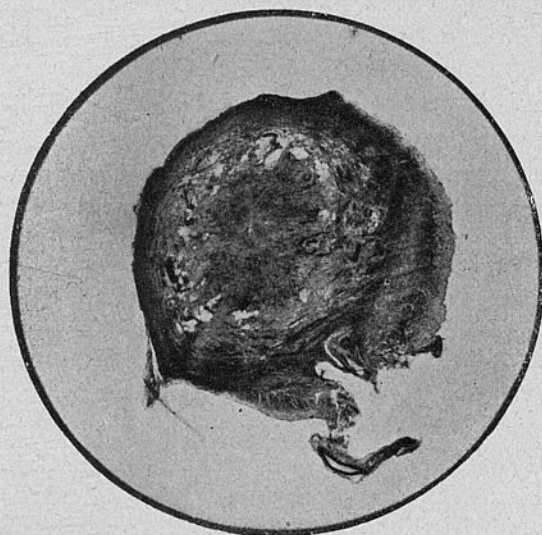
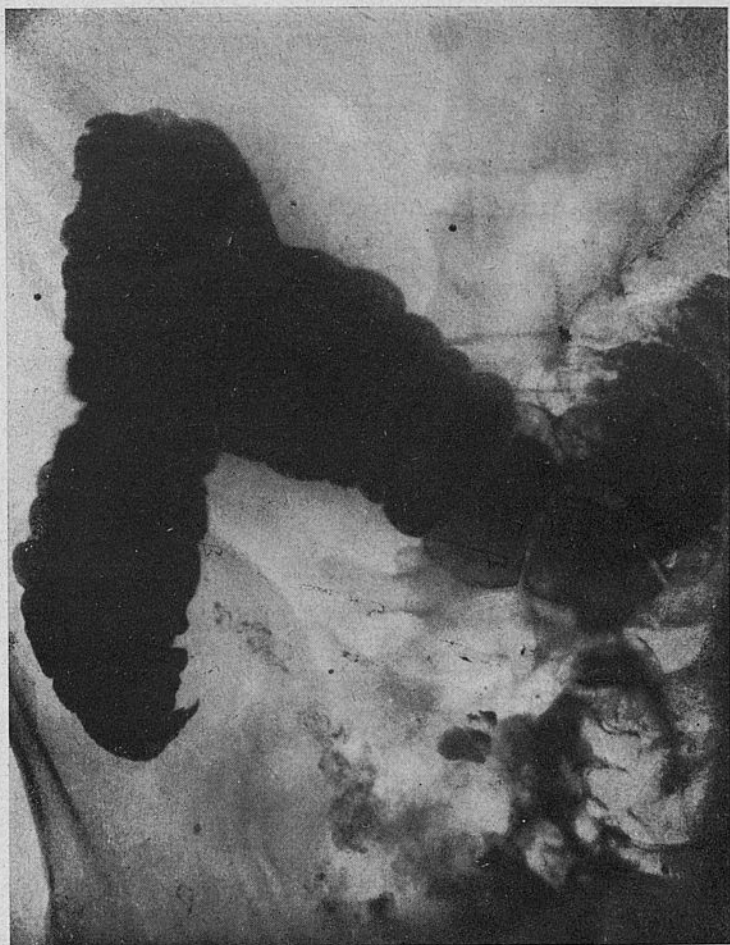


Imatge d'apèndix amb  
les mateixes caracte-  
rístiques que les an-  
teriors.

Desaparició total de llum apendi-  
cular, així com de la mucosa i  
fol·licles limfoides.



Imatge radiològica típica  
d'apendicitis obliterant.



Desaparició de la llum apendicular i mucosa. Fort infiltrat en la submucosa i capa muscular en alguns llocs destruïda pel procés flogòsic.

## SÍMPTOMES RADIOLOGICS DE L'APENDICITIS CRÒNICA OBLITERANT

L'obliteració de la llum apendicular per un procés flogòsic crònic pot tenir lloc en qualsevol punt del trajecte de l'apèndix. L'apendicitis de punta és la localització més freqüent d'aquesta malaltia; tant es així que Aschoff pretén que tota lesió apendicular té punt de partida en un procés de punta on les bactèries tindrien un caràcter diferent del reste.

En aquests casos la terminació radiològica de l'apèndix és dolorosa a la pressió de contorns irregulars, terminació en punta i freqüentment mòbil a la palpació. Les figures radiològiques a què aquesta lesió dona lloc han estat ja descrites per nosaltres en altres treballs, però aquestes apendicitis, no són les que regularment es coneixen amb el nom d'apendicitis crònica obliterant. Amb tal denominació indiquem nosaltres quan el procés flogòsic ha fet desaparèixer la quasi totalitat de la llum de l'apèndix per destrucció de la mucosa, i algun cop dels fol·licles limfàtics amb cicatrització ulterior. En el centre la llum apendicular està ocupada per teixit cellular lax fortament infiltrat; infiltració que agafa totes les capes de les parets de l'apèndix, inclús la serosa. Quasi mai l'obliteració és completa. La base, amb forma d'embut, es respectada quasi sempre pel procés.

La figura radiològica a què aquestes lesions donen lloc, és la de poder-se veure la base apendicular normal, però promptament les parets infiltrades es junten a una distància més o menys llarga, segons el lloc de l'obstrucció, i els contorns són irregulars donant la impressió radiològica d'anormalitat i rigidesa. És evident que cada imatge serà diferent, però en el fons totes les figures radiològiques de l'apendicitis es poden reduir a una, que es la descrita anteriorment.

Immediatament, per damunt d'aquesta terminació radiològica en punta, la pressió és fortament dolorosa, els fenòmens de peritífilitis, de retenció i dilatació de la terminació ileal manquen quasi sempre.

Repassant les històries clíniques de les apendicitis obliterants publicades en aquest treball, aquestes sovint indiquen que la lesió s'ha de buscar en fosa ilíaca dreta però manquen quasi sempre els grans símptomes que fan diagnosticar l'apendicitis sense dubtes.

Sovint encara, el cirurgià en treure l'apèndix es sorprèn de les poques lesions trobades, i no es estrany que indiqui que l'apèndix és completament normal. Cal no fiar-se si la figura radiològica és la descrita anteriorment. La coloració és normal en la seva gruixària, acostuma a ésser més prim i la duresa augmentada. No obstant, aquests símptomes poden no ésser ben manifestos, i macroscòpicament es pot prendre per normal un apèndix el procés flogòsic del qual ha destruït tota la seva llum. Com

# DIATÈRMIA PORTÀTIL

---

Aparell per a termo-penetració  
local, coagulació, depilació.  
El més indicat per a especialista

Una caixa metàl·lica de nova presentació i de dimensions reduïdes, tanca interiorment el circuit oscil·lant, deixant solament visible els estalladors de Tungsté. Un mil·liamperímetre tèrmic de precisió assenjala constantment el corrent del pacient. Peu amb base i columna de fundició, amb un departament per a guardar-hi els accessoris.

---

Diatèrmia portàtil .	<b>800</b>	ptes.
Peu . . . . .	<b>150</b>	»
Pedal. . . . .	<b>25</b>	»

Cooperativa de Consum del Sindicat de Metges de Catalunya  
(Casal del Metge)

---

**VIA LAIETANA, 31**  
**Tel. 11586-BARCELONA**

Gran aparell per a  
diatèrmia general  
i local, càustia freda,  
coagulació . **1350** »

---

havem indicat, manquen quasi sempre els fenòmens de peritonitis localitzada que fixen l'apèndix i el cec. Si existeixen els símptomes radiològics, són tan clars, que pesen més per al diagnòstic els símptomes de les complicacions que els mateixos de l'apendicitis obliterant. No obstant, cal pensar-hi; i enfront d'una obstrucció intestinal en fosa ilíaca dreta o d'una tumoració en el mateix lloc, d'un volvulus cecal, etc., acompanyats d'una figura radiològica com l'abans descrita, cal diagnosticar apendicitis amb complicació.

Els següents casos trets del nostre arxiu són una demostració palpable del que acabem d'exposar. En tots ells es pot veure la imatge radiològica característica de l'apendicitis crònica obliterant acompanyada de la imatge anatomopatològica ben típica.

D. M. S. Edat: 21 anys. Casada. Menarquia als 13 anys, 4-8/20, abundant. Sempre migranya, a voltes amb mareig. Fa tres anys comença a sofrir dolors somorts en f. i. d. que tenien fases de calma i exacerbacions; així fins fa un any en què cada vegada que apareixen són més forts. L'última, fa quatre dies, coincidí amb la menstruació; és la més forta, irradia a la cama dreta amb basqueig, sense constipació, no sap si febre. Queda fins avui amb doloriment de f. i. d. i dolors en ajupir-se. De tant en tant sensació de rampa a la cama dreta. Poca gana. Deposició diària normal. Ha fet vuit dies de llit i ha perdut quelcom de pes.

Exploració: Dolor provocat amb molt petita resistència en f. i. d. Tacte rectal dolorós, lleugerament en fons s. dret.

Diagnòstic: 1.<sup>a</sup> Obs. Cec normal de forma, posició i contorns; mòbil i dolorós a la pressió. Apèndix visible en la seva base i bastant dolorós.

2.<sup>a</sup> Obs. Apèndix visible parcialment en la seva part proximal.

3.<sup>a</sup> Obs. Les mateixes característiques que la primera observació. Apèndix visible en base.

J. B. B. Edat: 25 anys. Casat. Sense antecedents patològics importants. Fa quatre o cinc anys dolor en ronyó esquerre irradiat al testicle del mateix costat que durà tres dies. Expulsà un càlcul com un gra de mill. Quedà bé. Fa un any dolor brusc en epigastri sense irradiacions amb estat de basques i vòmits alimentaris després d'una injecció que calmà el dolor. Durà 10 o 12 hores. Al dia següent, bé del tot. D'aleshores pirois; mai temporades de benestar. Calmen amb bicarbonat i gasosa. Es presenten després dels menjars, a voltes al moment, a voltes a l'hora i altres a les quatre o cinc hores. Durant aquests anys tres atacs de dolor igual a l'anterior sense vòmits i calmaren amb injecció; en un d'ells el dolor s'irradià a regió cardíaca i braç esquerre.

A principis de novembre una altra crisi dolorosa en epigastri que s'irradià a tot el ventre i principalment a f. i. d amb vòmit i temperatura; al principi no calmà amb una injecció de morfina. Resistència i doloriment en f. i. d. Tacte rectal positiu. Exploració: Murphy lleugerament positiu, així mateix frènic i costal 12.<sup>a</sup>

Diagnòstic: Cec normal de posició mòbil i dolorós en la seva vora interna. Espasme en el punt d'implantació íleocecal. 2.<sup>a</sup> Obs. Les mateixes característiques de observació anterior. Apèndix no visible. 3.<sup>a</sup> Obs. Les mateixes característiques. Apèndix no visible.

J. G. T. Edat: 33 anys. Casada. Fa molts anys pateix de molèsties, ja en forma de malestar general, mareigs, dolors vagues a tot el cos, però principalment a f. i. d., hipocondri dret. Explica dos crisis de dolors forts a f. i. d. que s'irradiaren a tot el ventre sense vòmits ni febre.

Exploració radiològica: Cec normal de forma, posició i contorns. Apèndix solament visible en base; terminació en punta afilada.

J. R. M. Antecedents familiars: Avi i àvia, càncer. Pare càncer operat.

Antecedents personals: de deu anys, constipació dreta i de tant en tant malestar general que l'atribueix en aquest. Cefalees, dolors reumàtics, deixament. Prenia un purgant i tot li desapareixia. Durant aquests anys freqüents crisis doloroses de fosa ilíaca dreta sense febre ni sorolls. A més dolors lancinants.

El dia 25 de desembre presenta l'última crisi que dura vuit dies. Una exploració radiològica dona cec normal mòbil. Apèndix no visible els 1 i 3 dies. Visible en base el segon dia. Acabat en punta i dolorós.

Exploració: Punt dolorós a Mac Burney.

Intervenció: 12 gener del 1935. Anestèsia general. Incisió Mas Burney. Apèndix macroscòpicament normal. Apendicectomia tècnica corrent. Tancament de la paret per plans.

P. R. A. Edat: 24 anys. Solter. Sempre bé. Després d'uns dies de doloriment difús del ventre, va prendre oli de ricí que donà lloc a 4 o 5 deposicions i a forts dolors en f. i. d. amb basqueig i febre alta. Li posaren ènemes que feren poca cosa. Durà tres dies amb els dolors, la febre i tancament de ventre; després començaren a cedir, a fer gasos i al set dies evacuà. Des d'aleshores sols ha restat algun doloret de tant en tant a la flexió del cos. Bona gana, ha perdut uns 5 quilograms de pes. Deposició diària lligada.

Diagnòstic: Cec normal de forma, posició i contorns, poc mòbil i dolorós en la seva vora interna. Retenció ileal lleugera, apèndix visible en la seva base.

2.<sup>a</sup> Obs. Base apèndix visible.

3.<sup>a</sup> Obs. Cec baix, ptosat, molt dolorós a la pressió. Apèndix no visible.

C. J. M. Edat: 16 anys. Soltera. Menàrquia als 12 anys, 5-6/30, el primer dia dolorosa. Abans passava fins dos mesos amenorreica. De petita, de tant en tant crisis de dolor epigàstic d'aparició ràpida que corre per a tot el ventre sense localització determinada. Duren com a màxim dues hores amb ganes de vomitar i alguna vegada vòmits aquosos i esgarrifances de fred. Poca gana. Restrenyiment accentuat. Sempre ha estat prima.

Exploració: Dolor i resistència en f. i. d. Punt apendicular dolorós.

Raigs X: Apèndix visible en tota la seva extensió. Cec mòbil i no dolorós a la pressió, radiològicament apèndix normal.

E. G. V. Edat: 24 anys. Casada. sense antecedents patològics. Menàrquia als 13 anys, 4/30. Dismenorreica. Es casà als 19 anys. Fa un any i mig dolor brusc nocturns en f. i. d. de més de tres hores de duració sense basqueig ni vòmits ni temperatura. Calmà amb draps calents. Tardà tres dies en evacuar. Des d'aleshores dolors irregulars a tot l'abdomen. Restrenyiment després de l'atac de dolor durant quatre o cinc dies. Fa sis mesos altra vegada atac de dolor de tres hores de dura-

ció que passà amb draps calents sense vòmits ni temperatura i localitzat en la part mitja d'abdomen. Des de llavors, de tant en tan, dolor agut d'uns minuts de duració sense altre símptoma. Orina normal. El dolor no té irradiacions.

Radiologia: 1.<sup>a</sup> Obs. Cec normal de forma, posició i contorns; mòbil lleugerament dolorós a la pressió especialment a la seva vora interna. Apèndix parcialment visible.

2.<sup>a</sup> Obs. Les mateixes característiques de l'observació anterior. Apèndix visible en base.

3.<sup>a</sup> Obs. Apèndix parcialment visible.

Exploració per ènema insuflació: Apèndix interromput a 2 cm. de la base com a les altres exploracions.

C. A. L. Edat: 20 anys. Soltera. Menstruació irregular i dolorosa. Fa 4 mesos crisi dolorosa forta per tot el ventre, més localitzada al costat dret, de moltes hores de duració amb basqueig i febre, obligant fer llit i foment calent, quedant amb el ventre adolorit quatre o cinc dies. Des de llavors, s'ha queixat de tant en tant de molèsties en f. i. d. No ha repetit la crisi. Constipació.

Exploració: Dolor a la pressió en punt apendicular.

Exploració radiològica: Cec normal de forma, posició i contorns. Apèndix solament visible en base, de costats irregulars i terminació en punta. Punt apendicular radiològic dolorós a la pressió.

2.<sup>a</sup> i 3.<sup>a</sup> Exploracions: Iguals caràcters radiològics que en l'observació anterior.