

Sessió del dia 20 de desembre del 1935

L'apendicitis sota el punt de vista radiològic

pel Dr BREMON MASGRAU

L'apendicitis sota el punt de vista radiològic no és ben bé una cosa completament resolta. Fa molt anys que es remarca la importància de l'examen Roentgen per a despistar les afeccions d'origen apendicular; cal, però, de tant en tant, sospesar les conquestes fetes, comparar les dades absolutament definitives, rebutjar les que no hagin estat confirmades per la pràctica, aqüilatar el valor d'un símptoma o d'un mètode d'exploració, reajustar, que diríem, tot el que sobre apèndix hi hagi escrit o publicat, per a treure'n un concepte clar del que és cert i que és incert, del veritable i del problemàtic, de l'evident o de l'illusori en l'exploració apendicular.

Ullada històrica. — L'apèndix normal pot ésser representat radiogràficament en un considerable nombre de casos; els primers, foren publicats per Singer y Holzkecht, advertint, però, que la visualització s'obtenia d'una manera molt rara i incompleta; Grödel deia, que en un gran nombre d'individus explorats per ell, solament havia pogut veure l'apèndix en dos ocasions, i tots dos casos eren d'apendicitis crònica. Case, en canvi, presenta seixanta observacions en les quals va posar-lo de manifest, advertint que en cinquanta d'elles s'observaren alteracions d'apendicitis crònica en els apèndixs operats.

George i Gerber el 1913 van un xic més lluny, i afirmen que han assolit representar l'apèndix en quasi el 70 por 100 dels malalts sotmesos a examen; Grigorieff afirma que la repleció de l'òrgan s'aconsegueix en tots els

casos en què és permeable, i la seva comunicació amb el fons de sac del cec no està interrompuda.

L'escola francesa atribueix a Beclère el mèrit d'haver provat el 1909, per primera vegada, una imatge neta d'apèndix sobre el viu, indicant a l'ensem l'interès d'aquest mètode d'examen i fixant la tècnica considerada llavors com la més favorable, per a obtenir la imatge.

En 1912, Gourcerol resumia ja en la seva tesi la majoria dels treballs apareguts, atribuint als radiòlegs francesos el mèrit d'haver establert la possibilitat d'observar directament l'apèndix omplert per la pasta opaca, en un temps que els radiòlegs alemanys afirmaven amb Grödel que l'examen directe no era realitzable.

Sota un punt de vista neutral, és a l'escola americana i en particular a Case, Carman, Cole i George, a la qual es deu d'haver establert una tècnica que permet veure l'apèndix no d'una manera excepcional i insegura, sinó d'una manera corrent i regular, quasi en tots els casos el 80 per 100, o almenys en la meitat d'ells.

En una proporció, doncs, que segons Ledoux-Lebard depassa la meitat dels casos, i seguint una tècnica apropiada, i sobretot multiplicant els exàmens en el curs de les vint-i-quatre hores que segueixen a la ingestió del menjar opac, fent una veritable caça de l'apèndix, prodigant les observacions, és del que dependrà abans que tot la proporció dels èxits obtinguts.

Arribem ja a l'època moderna en què Cambies, francès, i Czepa, de l'escola alemanya, aconsellen la utilització de purgants salins que aprofiten les contraccions que produeixen als intestins per a obtenir un doble efecte: extreure de la llum apendicular la matèria fecal que pot omplir-lo i injectar-hi el menjar opac que el faci radiològicament visible.

Cambies dona el bari barrejat amb una solució d'aigua de Chatel-Guyon, i encara que Stierlin i Chaoul en la seva obra no en són partidaris, obté, diu, de 85 a 90 per 100 de visualitzacions apendiculars.

A. Czepa, en el seu article "Contribució al radiodiagnòstic de l'apèndix (Forsch. a. d. Ge. de Roentgendiagnòstic, agost del 1927, pàgs. 60-65), assegura que tots els apèndixs la llum del quals està en relació oberta amb el cec, poden omplir-se de menjar opac i ésser així radiològicament representats. Com a menjar opac, recomana la barreja ordinària, afegint-hi de dues a sis cullerades de les de cafè de sulfat de magnèsia. L'examen és practicat en decúbit dorsal a les 8, 24 i 48 hores després de l'àpat; si l'apèndix no s'omple en el curs d'un examen, s'haurà de repetir. En total, per tant, Czepa aconsella de veure sis vegades un apèndix per a visualitzar-lo, i si després d'aquestes temptatives, l'apèndix no s'omple, se'l pot considerar amb certesa com impermeable; és que hi ha hagut alteracions macroscòpiques que han modificat la llum.

La meua tècnica personal és la següent: dono la meitat del menjar opac catorze hores abans de l'examen fent prendre la meitat de la barreja dues hores després a fi d'obtenir un segment més gros de l'intestí omplert. Utilitzo, i en això sí que vull fer-hi atenció, una barreja de sulfat de bari (els 150 grams clàssics) a la qual s'hi ha addicionat una petita quantitat de pols d'agar-agar exemptes de propietats químiques i que, segons comunicació dels Drs. Delherm i Thoyer-Rozat a la Societat de Radiologia de França, evita l'inconvenient de la dessecació del bol fecal durant el trajecte intestinal, cosa que havem pogut comprovar repetides vegades; nosaltres encara atribuïm a l'acció de l'agar-agar que com sabem és imbibir-se dels líquids intestinals augmentat de volum, que un cop insinuat a la llum de l'apèndix, pel seu augment de volum eixampli aquesta llum apendicular, fent possible l'entrada de nova quantitat de bari i obtenint per tant una visualització amb més facilitat. Nosaltres atribuïm la gran quantitat de visualitzacions que obtenim al primer o segon examen (que utilitzant la barreja ordinària rares vegades s'obté), a l'ús d'aquesta mescla.

Si no obtenim la visualització apendicular clara al primer examen, i diem clara perquè cal no confondre l'apèndix amb traces de bari al recte o al costat del cec de forma apendicoide, en practiquem un altre al dia següent, fent ingerir per segona vegada al malalt el baragar; faig prendre la meitat de les pols vint-i-quatre hores abans d'aquest segon examen, i després el malalt ingereix dos dits d'aigua de Rubinat i dotze hores abans de la radioscòpia l'altra meitat de les pols, sense purgant aquesta vegada. Si en aquest segon examen no es visualitza l'apèndix, ja no insistim més, i donem per acabada l'exploració; i la donem per acabada, perquè no volem continuar insistint en donar purgants salins a un presumpte apendicític i exposar-lo als riscos d'una purga continuada. Algun malalt ja es queixa en l'examen seguit de l'aigua magnèsica que se'ls ha exacerbat els dolors que tenia o que se l'hi han presentat després de temps de no haver-ne tingut cap. Si això passa de primer antuvi, ¿què pot passar si el radiòleg insisteix?

Comprendrien, a més, la insistència en continuar els exàmens, si la visualització apendicular fos un signe cabdal de diagnòstic radiològic, però veiem el concepte que en tenen els autors.

Alwens: "He obtingut el 23 per 100 d'apèndixs visibles en individus sans, i 62 per 100 en malalts d'apendicitis crònica. La visualització seria més aviat un signe d'apendicitis crònica."

Arnone que: "És molt més difícil d'assolir la visibilitat d'un apèndix sa que d'un de malalt."

Czepa: "Si a les dues temptatives amb una tècnica correcta l'apèndix no s'omple, se'l pot considerar amb certesa com impermeable, i per tant és

que existeixen alteracions macroscòpiques; els apèndixs que s'omplen i es buiden bé i són lliurement mòbils s'han de considerar radiològicament com a normals, és a dir, indemnes d'alteracions macroscòpiques i funcionals. I, afegeix, els anormalment llargs són en general patològicament alterats, i els anormalment curts són sospitosos."

Dintre aquesta diversitat d'opinions, nosaltres creiem que l'apèndix visualitzat té els següents avantatges. 1.^o, que pot precisar-se un punt dolorós; 2.^o, poden comprovar-se amb certesa l'existència o absència d'estrangulacions o colzes; 3.^o, pot comprovar-se la seva llargària, i 4.^o, podem orientar el cirurgià respecte a la seva posició alta o baixa, però el fet en si, no pot ésser considerat ni com a normal ni com a patològic; més aviat donaríem importància a la no visualització com a signe d'apendicitis.

Permeteu-me que a propòsit d'això, i abusant de la vostra bondat, us llegeixi unes quantes històries clíniques resumides, que l'any 1928 varen ésser publicades a la revista "Arxius de Medicina pràctica", núm. 11, any V de la seva publicació, amb motiu d'una ponència sobre apendicitis crònica que desenrotllà el Dr. Rocha.

E. A. L'examen del tub digestiu proporciona les següents dades: estómac de forma i situació normal, amb peristaltisme, regular a totes les seves regions. Regió apendicular dolorosa i fixa. Diagnòstic radiològic: apendicitis. Operació. Apèndix adherit al cec i pel seu vèrtex a l'epiplon, de dimensions normals, serosa hiperemiada. Al tall, submucosa lleugerament esclerosada, mucosa hipertrofiada amb lleuger puntejat hemorràgic: llum apendicular contenint un coprolit. Diagnòstic operatori: Apendicitis aguda.

J. P. Regió apendicular molt dolorosa, amb apèndix dolorós i adherit; tifitis concomitant. Diagnòstic radiològic: apendicitis. Operació: tipus d'intens procés inflamatori en vies de regressió, adherències epiploiques i d'intestí prim, en la paret de la fossa ilíaca dreta (brides carneses). Apèndix posterior. Examen de la peça: serosa intensament hiperemiada; submucosa lleugerament esclerosada; mucosa hipertrofiada; llum apendicular ocupada per moco-pus en regular quantitat. Tractament: apendicectomia, tusura. Diagnòstic operatori: Apendicitis aguda inensa, amb reacció periapendicular.

M. V. Apèndix, còlon ascendent i hemicòlon drets dolorosos; espasme d'hemicòlon dret i ptosi discreta de travers. Diagnòstic radiològic: còlics apendiculars, tifitis, estasi. Operació. Apèndix llarg, flexuós sense adherències, de calibre normal. Tractament: apendicectomia sutura. Al tall: cavitat repleta de matèria estercoreàtica, mucosa amb puntejat hemorràgic. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica incipient.

J. V. Dilatació cecal; fixació de la regió apendicular; apèndix indolor. Apendicitis. Operació. Regió tifoapendicular fortament hiperemiada; aques-

ta hiperèmia afecta també el peritoneu parietal de la fossa ilíaca dreta; apèndix adherit, petit i friable, l'ablació del qual s'ha d'efectuar per fragments. Tractament: apendicectomia, sutura, metxa de gasa per hemorràgia en llençol. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica amb senyals d'intens i prolongat procés inflamatori.

M. R. Regió apendicular dolorosa, amb adherències. Diagnòstic radiològic: Apendicitis. Operació. Apèndix llarg, amb serosa hipertrofiada. Al tall: mucosa hipertròfica amb petits punts epismòtics. Contingut serosangonent. En la regió proximal de l'apèndix flota en aquest contingut un cuc (oxiur). Diagnòstic operatori: apendicitis aguda.

C. L. Regió apendicular dolorosa amb adherències. Peritiflitis: angle colicohepàtic dolorós i ptòsic. Diagnòstic radiogràfic: apendicitis crònica. Operació. Apèndix formant una massa única, amb el seu meso considerablement hipertrofiat, amb hemorràgies intersticials. Lleugeres adherències en la seva base, de fàcil dissecció; apèndix petit esclerosat intensament. Al tall: llum apendicular obstruïda en la seva porció basilar, mucosa atrofiada amb puntejat hemorràgic en tota la seva superfície. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica intensa.

E. C. Regió apendicular dolorosa; adherències; dolorós també tot el còlon; dolicoçolon esquerre. Diagnòstic radiogràfic: apendicitis. Operació. Apèndix adossat al cec en tota la seva longitud per adherències velamentoses. Examen de la peça: apèndix de dimensions més aviat reduïdes: serosa lleugerament hiperemiada; al tall, cavitat repleta de matèria estercoreàtica. Mucosa hipertrofiada. En el vèrtex, la llum apendicular ha desaparegut per procés esclèrsic. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica.

A. G. Regió apendicular dolorosa a la pressió, molt adherida. Hemicòlon dret considerablement ptòsic. Diagnòstic radiològic: apendicitis, ptosi d'hemicòlon dret. Operació. Apèndix posterior amb residus d'intens procés inflamatori, adherències en forma de falses membranes. Tractament: apendicectomia, sutura. Examen de la peça: serosa hiperemiada en unes zones, en altres desllustrada. Al tall: llum apendicular desapareguda, en alguns trams per fusió de la mucosa. Intensa esclerosi de la mucosa i submucosa. Diagnòstic operatori: apendicitis aguda intensa.

A. A. Regió cecal molt dilatada; dolorosa la regió apendicular; grans adherències. Diagnòstic radiològic: tifoapendicitis. Operació laboriosíssima, per trobar-se el cec fixat al pla posterior de la fossa ilíaca; signes d'haver sofert intensíssim procés inflamatori a la regió tifoapendicular; apèndix desintegrat i fragmentat pel dit procés, formant una massa única amb el cec difícil de diferenciar. Examen peça: apèndix parcial, amb signes macroscòpics d'haver sofert intensa flogosi. Diagnòstic operatori: intensa apendicitis.

J. M. Regió apendicular molt dolorosa, fixa per adherències. Diagnòstic radiològic: apendicitis crònica. Operació. Apèndix posterior i adherit. Examen de la peça: apèndix infiltrat, serosa hiperemiada. Al tall: submucosa esclerosada, mucosa molt hipertrofiada i hiperemiada. Llum apendicular ocupada per petita quantitat de matèria estercoreàtica, barrejada amb infusió hemorràgica antiga. Tractament: apendicectomia retrògrada i sutura. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica (de començament agut).

A. G. Regió apendicular dolorosa, fixa, amb adherències. Diagnòstic radiològic: apendicitis. Operació. Apèndix posterior, adherit al cec en tota la seva longitud per adherències laxes de fàcil dissecció excepte en el seu vèrtex lliure i acolzat. Examen de la peça: apèndix de dimensions normals, dur; serosa hiperemiada. Al tall, resistència per esclerosi de la submucosa, mucosa lleugerament hipertrofiada, amb intensa hiperèmia en la seva meitat distal: llum apendicular ocluida en la seva porció proximal per soldadura de la mucosa. Contingut hemorràgic en la seva porció distal. Tractament: apendicectomia, sutura. Diagnòstic operatori: apendicitis crònica secundària.

J. M. La regió tifloapendicular, encara que indolora a la pressió, es veu deformada i indica adherències. Diagnòstic radiològic: apendicitis. Operació. Apèndix posterior i adherit al cec en tota la seva longitud per adherències laxes en la seva porció proximal i intenses en el vèrtex. Tractament: apendicectomia laboriosa, estripant-se un petitíssim fragment que queda adherit; sutura; metxa de gasa per petita hemorràgia en llençol. Examen peça: apèndix de dimensions normals, serosa lleugerament hipertrofiada. Al tall: llum apendicular ocupada per serositat sagnosa; mucosa hipertrofiada. Diagnòstic operatori: apendicitis aguda.

S. V. Regió cecoapendicular dolorosa; mobilitat molt disminuïda (adherències). Diagnòstic radiològic: apendicitis. Operació. La incisió ha de prolongar-se cap a dalt per trobar-se bastant ascendida la massa tifloapendicular. Apèndix curt, però molt engruixit i dur, adherit en tota la seva longitud al cec per adherències fàcilment disseccables. Regió hiperemiada. Tractament: apendicectomia, sutura. Examen peça: serosa hiperemiada. Al tall: parets molt engruixides i esclerosades. Desaparició de la llum apendicular. Diagnòstic operatori: apendicitis aguda.

Remarquem: que en cap d'aquests casos l'apèndix fou visualitzat, que tots foren diagnòsticats d'apendicitis, que tots foren intervinguts, i que en tots es trobaren lesions macroscòpiques apendiculars que corroboraren el diagnòstic radiològic.

En aquests casos, doncs, el fet de no veure's l'apèndix semblaria donar la raó a Czepa i als seus cooipants que creuen que és un axioma en radiologia el fet que l'apendicitis crònica tendeix a l'obliteració de la llum

B A R I O S C O P

**Mitjà de contrast per a
radiodiagnòstic del tub digestiu**

Fórmula: Sulfat de bari 150 grs.
endulcorat i aromatitzat

Preparat als Laboratoris A. C. E.
pel farmacèutic **J. LLORENS**
Pons i Gallarza, 1 :: BARCELONA

Societat Anònima PRIETO

Fundada en 1900

FABRICACIÓ NACIONAL

Construccions Electro-Mèdiques

Instal·lacions Röntgen de totes
potències

Diatèrmies diferents models

Universtats

Sols d'Altura

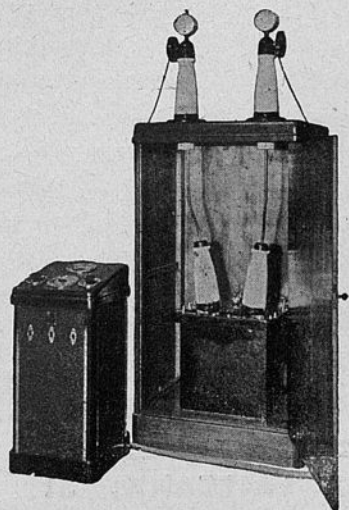
Làmpares Infra-roigs

Potter-Bucky

i tota classe d'accessoris

Clarís, 61 :: Telèfon 70293

B A R C E L O N A



Instal·lació Röntgen "SIMPLEX"

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 .	800	ptes.
Peu	150	»
Pedal.	25	»

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 fre-
da, coagulació . **1350** »

apendicular, essent com a conseqüència invisible l'apèndix. Rares vegades ampliem l'examen amb ènema opac; en general ens basta l'examen per os per a treure'n conseqüències.

Resum anatomofisiològic. — Permeteu-me que abans d'estudiar els signes radiològics de l'apendicitis, us faci un breu resum de l'anatomia i fisiologia de l'apèndix.

L'apèndix representa un òrgan allargat, vermiforme, de llum estreta i de longitud variable que sol dependre de la seva inserció i dimensions; tan freqüent és que estigui situat a la petita pelvis entre l'ílium i el cec, com que es dirigeixi horitzontalment cap a la línia mitja. La situació més freqüent és la subcecal, o sigui que es troba situat a la fossa ilíaca dreta o petita pelvis per sota el cec; a vegades, té una direcció oblíqua cap amunt; altres, els apèndixs, són retrocecal, en forma de coma, o de s, presentant sovint petites sinuositats; n'hi ha d'estirats en línia recta i de retorçats i apilotats en forma d'espiral.

L'apèndix té moviments peristàltics que fan que no s'ompli solament d'una manera mecànica, ans encara per la contractibilitat de les parets. Stroen ha pogut comprovar moviments ondulatoris per medi de radiografies seriades i radioscòpies, i a vegades s'observa que l'ombra és normalment dividida en dos, o tres segments.

El temps de buidatge està sotmès a gran variacions; en general, quan es buida el cec es buida també l'apèndix — buidatge satèl·lit —, però les oscil·lacions entre dotze i vint-i-quatre hores estan encara dintre els límits fisiològics (cas de Case, 10 dies; Cohn, 120 hores; Stierling, 5 dies).

Signes radiològics de l'apendicitis. — Recapitulant els signes d'apendicitis segons els diferents observadors, podríem fer el següent recompte:

1. **Dolor localitzat.** — En general, la immensa majoria d'autors donen a aquest símptoma una importància de primer ordre. Així, Carman diu: "el punt dolorós sobre un apèndix visualitzat, és més significatiu que el signe clínic dolor, damunt el pont de Mac Burney i sense aquest dolor, tots els altres signes d'apendicitis, perden molt de la llur persuasió". Singer i Holtzrecht donen un gran valor al símptoma "dolor localitzat" i senyalen els avantatges del seu distintor de cullera, aparell que permet palpar la regió apendicular sense exposar-se a les radiacions; Stierling tot hi donant el mateix valor al signe dolor que els anteriors autors, dona la següent norma per a descobrir-lo: percuteix digitalment la paret abdominal, fa una marca metàl·lica a la pell, fa una radioscòpia i comprova si la marca coincideix amb el punt dolorós.

Nosaltres donem una gran valor al dolor, no solament al fixe i precís del lloc determinat d'implantació apendicular, que es troba sovint en el moment de l'examen, ans encara al dolor que sent el malalt en el veïnatge

de l'apèndix sobretot en el cec i còlon ascendent. Fins en els casos en què s'examina el pressumpte apendicític en període de calma, i no existeix dolor, el malalt recorda, sobretot en les persones curoses, el lloc on el dolor anterior radicava, i cal donar-li també una gran valor. Czepa diu: el dolor a la pressió associat als altres signes és un auxiliar de diagnòstic; si és signe únic té una feble importància.

Dos autors italians, Campanacci i Lo Jacomo, al "Giornale de Clinica Medica" (10 d'agost del 1931), descriuen un punt dolorós dorsal tant en casos d'apendicitis agudes com cròniques; té gran importància, diuen, perquè és l'únic punt dolorós posterior, mentre que els anteriors o abdominals poden ésser molts o barrejats; ho interpreten com una espècie de neuràlgia cutània reflexa, d'origen apendicular. Nosaltres hem intentat moltes vegades de comprovar-ne l'existència, i ens hem hagut de convèncer que el tal punt dolorós és illusori.

2. **Imatges de concrecions apendiculars.** — És un signe que rares vegades es troba, car en general els fecàlits no solen ésser prou densos per a ésser mostrats en el film radiogràfic; no obstant, algunes vegades poden ésser identificats dintre la llum apendicular; cal llavors diferenciar-los de càlculs ureterals, flebolits, ganglis calcificats o càlculs vesiculars.

3. **Colzers, estrenyement i segmentacions.** — Quan són permanents poden ésser patològics (Carman), però cal anar amb compte en donar massa importància a aquestes malformacions, car **per se**, no indiquen d'una manera clara lesions apendiculars. Els apèndixs anormalment llargs són en general patològicament alterats, els anormalment curts són sospitosos (Czepa).

Poden apreciar-se també estenosis degudes a retracció o processos cicatricials que quan estan a l'extremitat distal que estrenyen la llum en l'apèndix perquè la porció perifèrica no pot omplir-se amb llibertat, el fan aparentment més curt, i quan radiquen en la porció proximal i no són suficients per a cloure'l, la primera porció sembla estrangulada i l'extremitat o punta sol ésser dilatada.

4. **Malposicions.** — La posició retrocecal fa pensar en apèndix patològic; cal, no obstant, tenir en compte que l'apèndix pot canviar de posició i configuració, en completa normalitat.

5. **Fixacions.** — Quan l'apèndix no es deixa desplaçar per la palpació, i la seva situació no es modifica pels moviments de pressió sobre la paret abdominal és que hi ha adherències de veïnat: a voltes és l'apèndix sol el que està fixe; si ho està per la punta, el cec ple fa que s'acosti el fons de sac cecal al punt de fixació i per tant és indolor, però si el cec és buit, en ascendir, el cec estira l'apèndix fixat per la punta i és causa de dolors que també se senten quan el cec es contrau o ascendeix.

L'apèndix pot ésser fixat per inflamacions anteriors que donen lloc a desplaçaments, colzers i distensions; segons Gottheimer, quan l'apèndix sembla enganxat a la paret de l'abdomen és signe característic d'adherències, però com tots els símptomes, aquest tindrà més valor com més vegades es comprovi damunt del llenç fluoroscòpic. Si l'apèndix està adherit a la pròpia paret del cec, llavors és quasi impossible d'ésser visualitzat, perquè la seva ombra es superposa a la del cec.

6. **Contorns irregulars cecals.** — Els processos de retracció del cec es coneixen roentgenològicament per la deformació constant dels seus contorns i solen ésser deguts a brides i adherències de peritífritis, que estrenyent la llum del budell donen lloc a èstasi fecal de diversos graus.

7. **Colzer de Lane i èstasi ilial.** — Aquests signes propis de l'ílium són poc importants. El colzer de Lane és una deformació de l'ílium poc abans de la seva desembocadura en el cec, i deguda a brides o adherències inflamatòries, i a partir del cec la porció terminal de l'ílium es dirigeix uns centímetres obliquament cap amunt per a doblar tot seguit cap avall formant un angle molt agut. El colzer de Lane es diagnostica per la constància d'aquest signe en diverses radiografies i és signe raríssim i pertant de valor molt relativa.

L'èstasi ilial és més important, i alguns autors com Jacquet i Gally ("Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris", 2 febrer del 1931) gosen a anomenar-la signe patognomònic igualment que els espasmes iliocicals. "L'associació d'aquests dos signes, èstasi ilial i espasmes iliocicals, es reforçarà, però sense necessitat absoluta amb la sensibilitat d'un apèndix visible són patognomònics." Guttman i Appeit creuen excessiva l'opinió dels seus compatriotes.

L'èstasi ilial pot ésser considerada patològica des de les vuit hores i és deguda a adherències cecals, insuficiència de la vàlvula de Bauhin o espasmes reflexos d'un altre òrgan amb sensibilitat anormal.

Estasi apendicular. Tot apèndix que triga més de vint-i-quatre hores en buidar-se ha d'ésser considerat com a sospitós.

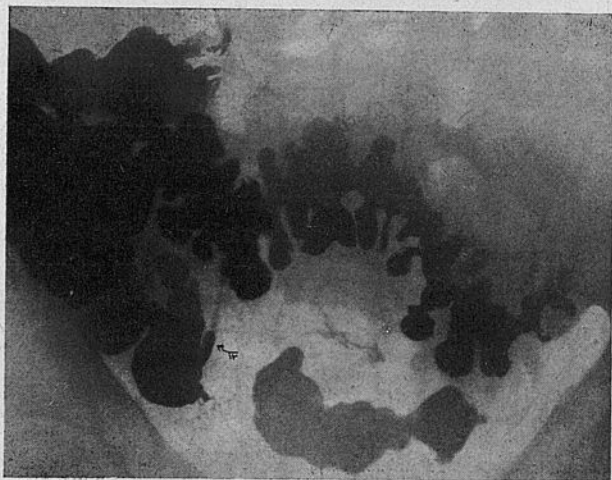
Estasi intestinal. De cada cent apendicítics, noranta són constipacions cròniques; és un signe secundari que té força valor no per si, sinó perquè les constipacions crònicament esdevenen amb freqüència apendicitis.

CONCLUSIONS

1.^a Cap signe no té el valor de patognomònic en la patologia de l'apèndix; un sol signe pot fer sospitar l'apendicitis, la coexistència de dos o tres signes en donen la seguretat.

2.^a A falta d'altres signes, és al dolor localitzat al que s'ha de donar el màxim valor. Dolor més un altre signe, igual a apendicitis.

3.^a Un apèndix visualitzat per si, ni nega ni afirma l'apendicitis. Cal, però, sospitar-la quan després de dos o tres exàmens d'haver ingerit bari, de preferència amb agar-agar, no se l'ha pogut visualitzar.



Apèndix llarg, ascendent, ben ple de bari al començ i amb petites vacuoles des de la porció mitja, al final.

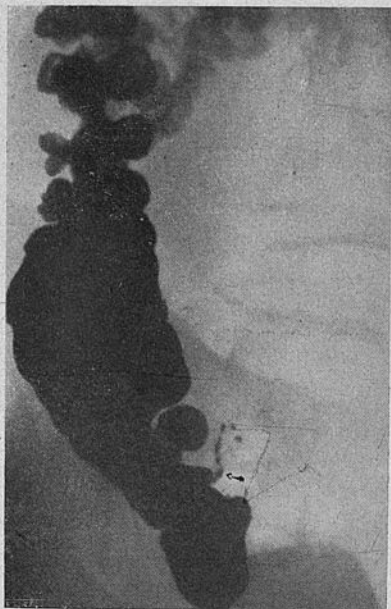


Apèndix molt llarg, ascendent, de conducte ample en el començ i estret a la porció final.

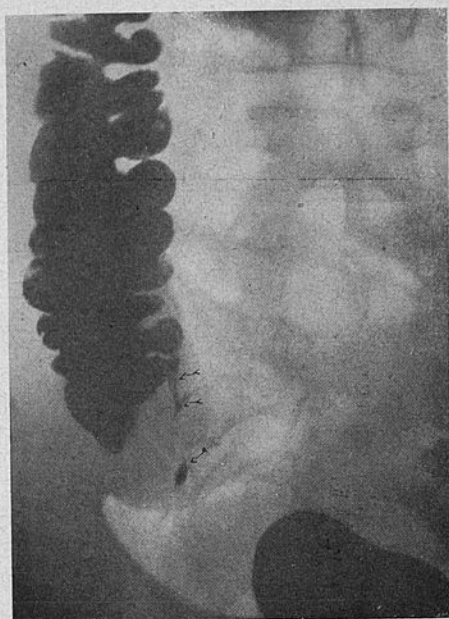


Pseudo imatge apendicular; bari en forma lineal dipositat al fons d'una nansa cecal no omplerta del tot: imatge semblant a l'apendicitis obliterated.

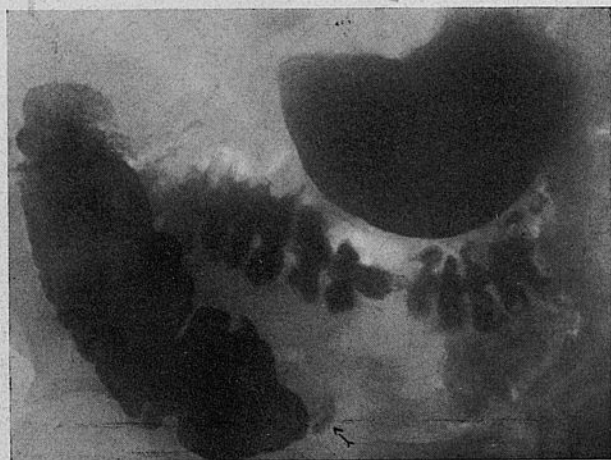
Apèndix seccionat, retorçat a la punta, ascendent en la primera meitat i descendent al final.



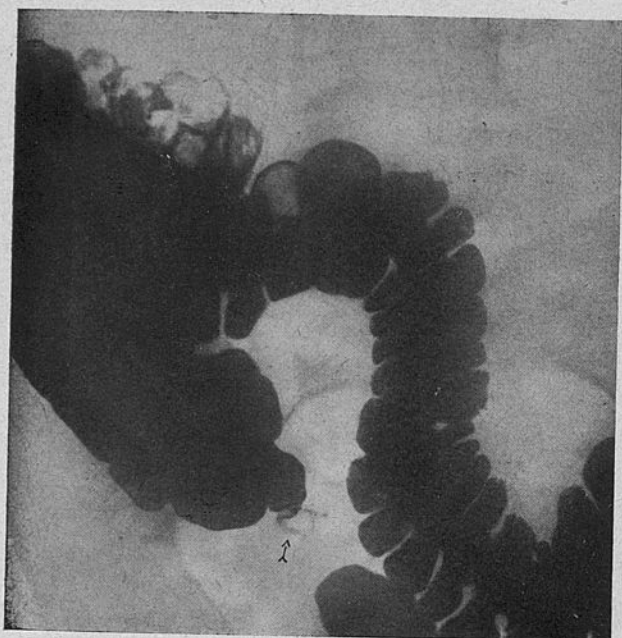
Apèndix llarg, ben visible al començ, invisible després, i tornant-se a fer visible en la punta; direcció ascendent paral·lela al cec.



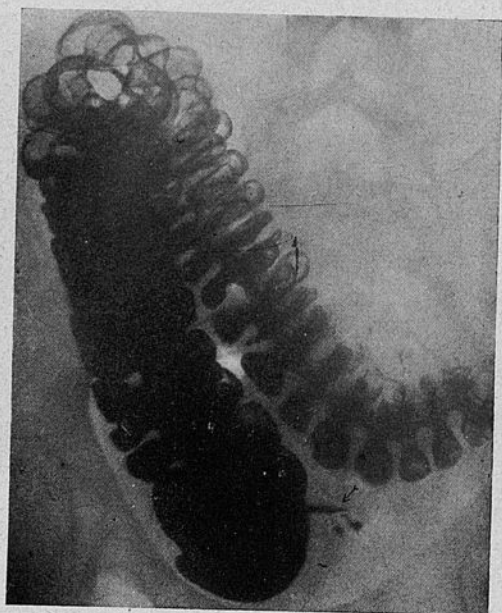
Apèndix d'implantació normal, molt incompletament omplert, de direcció descendent i punta arrodonida, i adherida al fons pèlvic.



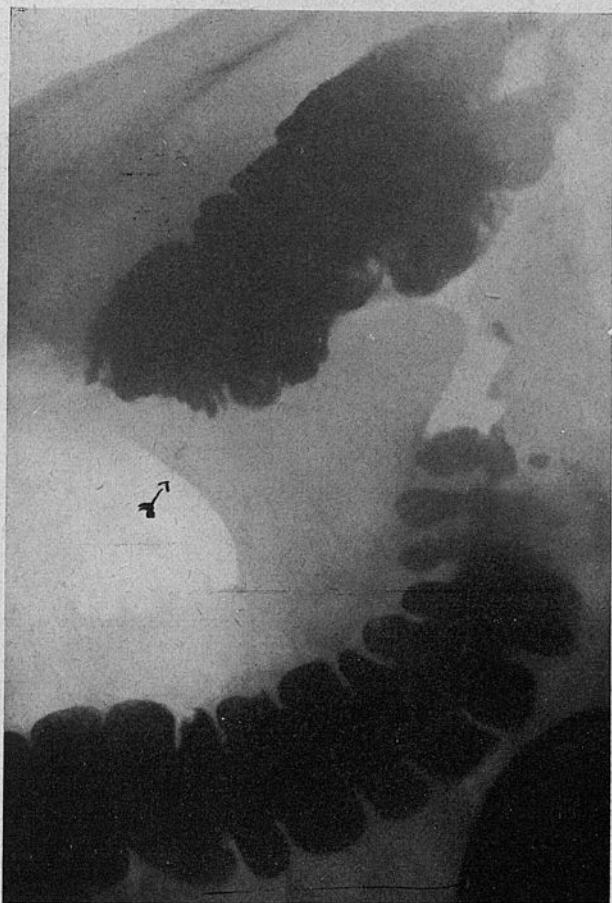
Apèndix curt amb vacuoles i adherit al fons pèlvic.



Apèndix curt, retorçat i adherit.



Apèndix curt, rígid, acabat en punta fina i direcció horitzontal i interna.



Apèndix poc visible a la base; i visible a la punta; curt i de direcció interna i superior; irregularitats molt manifestes del contorn del cec.

PROTECCIO INTEGRAL

contra la radiació i l'alta tensió

FOCUS LINIAL

segons Goetze en els tubs de Raigs X

Siemens Multix i Doglas

són els exponents d'alta qualitat de totes
les instal·lacions Röntgen de fabricació

Siemens Reiniger Veifa

Passeig de Gràcia, 48
BARCELONA

Fuencarral, 43
MADRID

Secció d'ofertes i demandes

- 1.—Compro sol d'altura per a corrent continu. Raó a la nostra Administració.
- 2.—Venc sol d'altura completament nou. Bones condicions. Raó a la nostra Administració.
- 3.—Compro Raigs X portàtil nou o quasi nou. Raó Administració.
- 4.—Pantostat de corrent continu es ven a bon preu. Raó Administració.
- 5.—Pantostat Siemens completament nou es ven. Corrent altern, 125 v. Raó Administració.
- 6.—Venc aparell Raigs X, contacte giratori, tub sense protegir, en bon estat i a bon preu. Raó Administració.
- 7.—Venc diatèrnia en bon estat amb taula corresponent per a aplicacions i assortiment d'accessoris. Raó Administració.
- 8.—Electrocardiògraf Siemens es ven en bones condicions. Raó Administració.
- 9.—Raigs X dental Siemens, corrent altern en perfecte funcionament, per 3.500 pts. Raó Administració.