

EXAMENUL RADIOLOGIC AL ABDOMENULUI ACUT LA COPIL ȘI ADULT

Gr. Stanciu, Eugenia Stanciu, Vilma Gergely

Diagnosticul radiologic al abdomenului acut este o problemă delicată pentru radiolog, al cărui aport poate fi deosebit de însemnat cînd există o strînsă coroborare între simptomele clinice, evoluția bolii și datele radiologice. Acest deziderat se realizează prin colaborare cu ceilalți specialiști.

Timpul util în abdomenul acut fiind limitat, după etapa obligatorie în care trebuie stabilit diagnosticul, în etapa următoare se încearcă pe cît posibil stabilirea etiologiei. Dacă diagnosticul clinic primează, cel radiologic vine uneori să-i completeze „insuficiența”.

Afecțiunile chirurgicale, care produc abdomen acut, pot fi împărțite în 3 grupe: A. perforații, B. ocluzii, C. hemoragii, toate acestea avînd răsunset radiologic.

A. În cadrul perforațiilor se întîlnesc cel mai frecvent apendicita acută (67%) și procesele ulcerative gastro-intestinale (ulcerul gastro-duodenal 13,5%, ulcerati: enterice 1,5%, colita ulceroasă 1,5%, diverticulite etc (Hegglin, Turai).

Cînd se presupune perforația unui organ abdominal, examinarea radioscopică a bolnavului și executarea radiografiilor trebuie făcute în mai multe poziții: ortostatism (incidența PA), decubiți dorsal (incidența transversală dreaptă și stîngă) și poziția Trendelenburg. Radiologul este obligat să facă examenul cît mai repede și să scutească bolnavul pe cît se poate de anumite manevre traumatizante. Cel mai prețios semn radiologic care se obține este descoperirea aerului liber în cavitatea peritoneală (pneumoperitoneul) care ia anumite aspecte după poziția în care se examinează și după localizarea lui. În ortostatism, gazul liber din cavitatea peritoneală se adună de obicei în spațiul liber subdiafragmatic, decolînd diafragul de organele vecine: ficat la dreapta, marea tuberozitate gastrică, unghiul splenic și splina la stînga. Cîteodată se adună o bulă gazoasă și sub fața inferioară a ficatului. Aceste constatări sînt extrem de valoroase la copil, la care semnele premergătoare lipsesc aproape cu desăvîrșire (Vereanu). Aerul se poate întîlni bilateral sau numai unilateral, de aceea trebuie căutat sub ambele hemidiafragme. Dacă în cavitatea peritoneală se găsește lichid, se obține o imagine hidro-aerică.

Imaginea de transparență (aerică) obținută este în formă de semilună, crai nou, ghirlandă sau chiar triunghiulară, grosimea ei fiind în funcție de cantitatea de aer, de la o dungă fină pînă la aspectul obișnuit de semilună, cu concavitatea orientată caudal. Poziția ortostatică este obligatorie în abdomenul acut, iar concomitent se va observa integritatea bazelor pulmonare, excursiile diafragmului, sincronismul hemidiafragmelor, deplisarea fundului de sac și statica cardiacă.

În cadrul poziției de decubit dorsal, recomandată de *Liudin, Knutsson* (citat de *Chișleag*) se reușește punerea în evidență a gazului liber, în special a bulelor mici. În această poziție ficatul se îndepărtează prin greutatea sa de peretele abdominal și astfel bulele cele mai mici de gaz care eventual nu au fost vazute în ortostatism, au loc să se aducă în partea cea mai ridicată. În această poziție nu se riscă difuziunea unei eventuale colecții lichidiene. Astfel, în decubit lateral sting, aerul din cavitatea peritoneală produce o decolare între ficat și peretele lateral abdominal sting, obținindu-se în regiunea interhepato-parieto-frenică o imagine în coadă de rachetă, cu porțiunea subțiată dirijată caudal.

Poziția Trendelenburg demonstrează schimbarea pungi cu aer liber în cadrul cavității abdominale, la nivelul etajului inferior. Condiția este ca pungea de aer să nu fie închisată. Se pare că această poziție riscă să acumuleze sub diafragm lichidul care se găsește în abdomen și ar fi deci un abuz de examen, de aceea se va reurge la ea numai atunci cînd celelalte poziții nu sînt concludente (*Mondor*).

Pe lîngă semnele radiologice nete descrise mai sus, se întîlnesc și altele fruste. Astfel, gazul liber din cavitatea peritoneală uneori nu parvine sub diafragm și rămîne cantonat la diferite nivele ale ficatului sau, după cum s-a arătat înainte, se adună sub fața inferioară a ficatului. De asemenea simfizele apărute datorită proceselor inflamatorii pot împiedica atingerea de către gaz a punctelor celor mai ridicate. Se va căuta deci prezența de gaz în afara zonelor electiv, dar în aceste cazuri crește de obicei probabilitatea erorilor.

Cauze de eroare:

1. Nerecunoașterea pneumoperitoneului datorită unui examen prea sumar, luîndu-se drept pneumoperitoneu o imagine aerică ce nu este de aer liber.

2. Interpretarea inexactă a pneumoperitoneului: cînd se întîlnește o imagine gazoasă sub unul din hemidiafragme, trebuie să ne asigurăm dacă gazul este liber în cavitatea abdominală. Dificultățile diagnosticului sînt diferite. Depinde dacă este vorba de cupola diafragmatică dreaptă sau stîngă. Astfel, prezența aerului sub diafragmul drept poate fi datorită fie interpoziției colonului interhepatofrenic sau interpoziției intestinului subțire în același loc, fie unui abces subfrenic, sau unei inversiuni viscerale care face să se proiecteze la dreapta camera cu aer a stomacului și unghiul splenic al colonului. La stînga, identificarea unui pneumoperitoneu este mult mai indicată din cauza prezenței camerei cu aer a stomacului și a unghiului splenic al colonului. În general, pentru a diferenția aerul liber din cavitatea peritoneală și aerul din organele cavitate abdominale, se va ține cont de indicația lui *Assman* (citat de *Chișleag*) care susține că gazele din organele cavitate nu au mobilitatea celor din pneumoperitoneu la schimbarea poziției bolnavului. De asemenea se va ține cont de caracterele și aspectul ce le prezintă intestinul gros (haustrațiile) și intestinul subțire (aspectul de penaj).

3. Perforația poate rămîne radiologic mută, cînd nu are loc în momentul contracturii evacuatorii a stomacului și astfel gazul nu va ieși în cavitatea peritoneală. Cînd între tensiunea gastrică și cea din cavitatea peritoneală există un echilibru de presiune, aerul nu va pătrunde în cavitatea peritoneală sau cînd imediat după perforație se produce o obturare secundară sau rezorbție a gazului, radiologic nu se va vedea nimic.

De asemenea trebuie să ținem cont și de o serie de forme speciale de pneumoperitoneu ca de ex.:

a) pneumoperitoneul terapeutic;

b) pneumoperitoneul postoperator (cu o durată de 12—18 zile, după o intervenție pe cavitatea abdominală);

c) pneumoperitoneul post traumatic (cu plăgi abdominale, în care cazuri se constată și pareză intestinală);

d) pneumoperitoneul spontan sau idiopatic (*Fontayne*), care este de obicei fără tablou clinic specific și apare în pneumatoza chistică intestinală, hipertensiunea oculară, microperforații intestinale (febră tifoidă, tuberculoză, fisuri diverticulare, boala lui Crohn, corpi străini), pneumoliza formațiilor chistice abdominale, abcese pancreatice sau biliare, neoformațiuni etc. la care se mai adaugă originea genitală, prin trecerea aerului din uter către trompe și cavitatea peritoneală.

La stabilirea etiologiei se vor avea în vedere antecedentele bolnavului, faptul că la adult ulcerele proaspete de obicei perforază (*Birzu, Chișleag*), iar la copil, în primele luni ale vieții, ulcerele sînt mai expuse la hemoragie, și apoi la perforații, în timp ce mai târziu evoluția este dominată de perforații și stenoză (*Bird, Limper și Mayer*, citați de *Rusescu*). Chiar dacă simptomatologia clinică este tipică în sensul unei perforații, se va avea în vedere că este necesar să se efectueze radioscopie toracică, deoarece uneori se găsește o tuberculoză pulmonară, pneumopatie acută. În cadrul examenului abdominal pe gol vom căuta nu numai imaginea de transparență specifică, deoarece se întîmplă ca aceasta să nu existe (existînd perforație), dar în schimb să găsim opacități date de calculi renali care de asemenea pot imita simptomatologia.

B. Explorarea radiologică a intestinului ocluzionat a fost făcută prima dată de *Case* în 1910; *Ochsner și Grauzer, Hintze (1918)* și *Kloiber* au dezvoltat aceeași metodă (citată *Birzu*).

În sindroamele ocluzive examenul radiologic prezintă mai multe avantaje:

a) permite de multe ori să se pună un diagnostic sigur chiar înaintea unei simptomatologii evidente;

b) poate preciza natura ocluziei și acest fapt are importanță în vederea acțiunii operator;

c) poate preciza sediul.

Pentru ca examenul radiologic să corespundă cerinței, se cer două condiții esențiale: tehnică perfectă și interpretare precisă. Din punct de vedere tehnic se recomandă executarea de radioscopii și radiografii fără pregătire, cu clismă baritată și după absorbția de produse opace. În ceea ce privește examenul radiologic fără pregătire, se recomandă poziția în ortostatism, decubit dorsal, decubit lateral drept și stîng, precum și poziția Trendelenburg. Dacă se execută radiografie, este bine să se folosească film mare (mărimea de 30 per 40 cm) pentru a putea cuprinde pe aceeași regiunea bazei, toracelui și pubele. În ortostatism se pun mai bine în evidență nivele hidro-aerice, un eventual pneumoperitoneu și mai ales localizarea imaginilor transparente (date de gaz) în etajele superioare ale abdomenului. În decubit dorsal este bine să privim imaginea scopică din profil (în cazul că se poate detașa cecranul). Această poziție permite să eliminăm un pneumoperitoneu, precizează localizarea anselor dilatate în raport cu peretele, favorizează o bună disociere a intestinului subțire și gros, dînd posibilitatea să vedem ansa dilatată în lungimea ei. După executarea scopiei se recomandă să se facă și grafii. În decubit lateral drept sau stîng se pun bine în evidență etajele nivelelor de lichid. În poziția Trendelenburg ni se permite uneori de a pune în evidență o imagine aerică sau hidroaerică rămasă suspendată în porțiunea inferioară a abdomenului, cînd celelalte anse s-au supus legii de gravitație.

Toate aceste examene se fac fără purgative și ne permit într-o oarecare măsură să stabilim dacă este o ocluzie sau nu.

Examenul cu clismă baritată ne permite să ne pronunțăm dacă localizarea ocluziei este pe intestinul subțire sau gros. Soluția trebuie să fie fluidă, caldută, irigatorul să fie la înălțime mică, canula să nu fie obliterantă și să se facă sub control scopic amănunțit; în cazuri incipiente poate avea totodată efect terapeutic, restabilind tranzitul. Ingestia de produse opace cere multă rezervă și se execută în interval de mai multe ore. Unii autori (*Dimaria, Epfelbaum*) recomandă ingerarea a 2 linguri bariu. Timpul în care substanța de contrast ajunge la nivelul val-

vulei ileo-cecale fiind normal 6 ore. Ajungerea după 6 ore se interpretează ca ileus funcțional. Introducerea în ansele intestinale destinse a unei cantități ori cât de mici de lichid suplimentar, nu va fi fără inconvenient. De multe ori, datorită acestui lichid, o ocluzie incompletă se poate transforma în una completă. Se recomandă aspirarea substanței de contrast care a ajuns la obstacol, cu ajutorul tubului Müller Albot, după luarea clișeelor, aspirându-se înaintea acesteia, lichidul de stază.

Pentru o interpretare cât mai corectă a clișeelor se cere cunoașterea următoarelor aspecte radiologice: punga cu aer a stomacului, care este de obicei constantă, posibilitatea de a se întîlni uneori aer la nivelul genunchiului superior al duodenului; aerocolia este normală numai în măsura în care este discontinuă; intestinul subțire nu prezintă decât rar imagini gazoase scopic vizibile, excepție făcînd copiii pînă la vîrsta de 2 ani. Se va lua în considerare că aerocolia este importantă mai ales cînd se poate constitui cadrul colonului (aerocolie pe tot colonul), prezența coloanei sau bulelor gazoase în intestinul subțire este patologică și indică prezența unui obstacol. Se va avea de asemenea în vedere gradul de destîndere al ansei cît și claritatea și gradul ei de imobilitate. Se vor căuta nivele hidro-aerice care trebuie să fie constante în timp și la schimbarea poziției, iar limita lor de demarcație să fie perfect orizontală.

În ceea ce privește localizarea (pe intestinul subțire sau gros) precizarea este de multe ori dificilă. Totuși ne vom conduce după următoarele criterii:

a) aspectul pereților: pereții colonului sînt mai groși și boselați, iar cei ai jejunului sînt mai fini, au incizuri simetrice în interiorul lumenului asemănătoare frunzelor de ferigă, vrafului de farfurii sau penajului; pereții ileonului sînt de asemenea fini, au incizuri mai rare, aspectul fiind de tub plin cu apă;

b) bulele de gaz la colon sînt destul de multe și mari, astfel înțit permit reconstituirea continuității lui, formînd cadrul periferic; uneori pot fi mai înalte decît late: la nivelul intestinului subțire sînt destul de independente, discontinui, nu se poate reconstitui continuitatea intestinului — localizare mai ales centrală — și sînt de obicei mai late decît înalte;

c) aspectul imaginilor hidro-aerice. La nivelul intestinului gros sînt puțin numeroase și au aspectul de stază deasupra căreia apare o claritate limitată în sus printr-o zonă netă. La nivelul intestinului subțire acestea sînt numeroase, etajate și independente unele de altele cu aspect de gură de tunel, tuburi de orgă, tablă de șah, cuib de rîndunică. Aceste semne de diferențiere uneori nu se întîlnesc din cauza distensiei foarte accentuate a anselor intestinului subțire, care ating de 2—3 ori lărgimea lor obișnuită, și cînd se produce prin infiltrare îngroșarea peretelui. În asemenea cazuri putem obține relații importante, recurînd la clismă. Astfel, dacă substanța de contrast se oprește net, este posibil ca acolo să fie obstacolul. Nu avem certitudinea decît atunci cînd porțiunea supraiacentă este dilatăată; aceasta uneori nu se poate pune în evidență dacă obstrucția nu este completă și bariul pătrunde deasupra strangulării. Dacă cadrul colic se opacefiiază complet și înconjoară o zonă hidro-aerică, este precis vorba de interesarea intestinului subțire. Refluxarea în sus a transversului sau traectul său curb cu concavitatea în jos, ne dă indicații asupra unei distensii jejuno-ileale. Se întîmplă de multe ori că tulburările ocluzive ale intestinului gros să se transmită și intestinului subțire și marginile ocluzive ale celor 2 intestine se suprapun.

În orice ocluzie va trebui să examinăm aspectul stomacului (bine înțeles pe gol). Se pot întîlni imagini de colaps complet sau colaps parțial, reducînd imaginea gastrică la o bulă polară superior izolată. Uneori se poate întîlni o ecclazie enormă a stomacului (aerogastrie reflexă). Aerogastria izolată traduce uneori o ocluzie înaltă a intestinului subțire.

În urma datelor culese din literatură și pe baza experiențelor proprii Williams arată că aproximativ în 6% din cazuri de ocluzie intestinală distensia ansei intestinale se face prin lichid.

Trebuie să avem în vedere că uneori se întîlnesc semne radiologice destul de concludente fără să fie vorba de sindrom ocluziv. Deci există afecțiuni care să

creeze posibilități de eroare; dintre acestea înșirăm: enterocolita, cașexia, peritonitele bacilare în care se întîlnesc imagini de aerocolie; de asemenea purgația salină înainte de a-și face efectul, clisma reținută sau evacuată parțial; dilatarea gastroduodenală acută spontană (în care caz se observă un stomac enorm cu o cameră de aer de asemenea mai mare), proiectarea nivelului unei ascite, tumorile abdominale chistice etc. Se vor avea neapărat în vedere ocluziile reflexe care se întîlnesc în afecțiunile organelor retroperitoneale, colicele nefretice, traumatismele abdominale, traumatismele lombare vertebrale, afecțiunile medulare, sciatica, morbul Pott, afecțiunile toracice, genitale etc. În aceste situații vom descoperi afecțiunea primară. Aceste ocluzii reflexe pot fi segmentare, iar distensia are loc mai ales acolo unde este localizată durerea, fără să existe nivele de lichid. Uneori, după ingerarea de fructe și legume sau în unele greșeli de alimentație prin procese de fermentație se produce meteorism abdominal, care ulterior poate duce la o cudură a anselor, dînd naștere unui ileus. De asemenea poate să apară un megacolon congenital plin cu gaze (Boala lui Hirschprung). În aceste cazuri este vorba de prezența gazelor în intestinul gros, apariția lor în intestinul subțire fiind trecătoare. Examenul radiologic pe gol poate pune în evidență prezența aerului în căile biliare (pneumoangiocolia) sub formă de imagine ovală, cînd este vorba de pneumocolecist sau sub formă de imagini în Y, prin pătrunderea aerului în căile biliare. În asemenea situație vom ține cont de eventuale suferințe ale căilor biliare sau ulcer duodenal, fiind de obicei vorba de producerea unei fistule bilio-digestive. În prima copilărie și adolescență predomină ocluziile prin invaginații și aderențe, la adulți prin aderențe iar la bătrîni prin tumori.

În cadrul invaginației intestinale se observă la examenul pe gol imagini de ocluzie cu imagini hidroaerice. Clisma de bariu este singura metodă permisă de administrare a substanței opace și ne dă imagini caracteristice pentru acest sindrom. Coloana de bariu se oprește în fața porțiunii invaginate pe care o înconjoară, o mulează și descrie imagine de cupă sau de crai nou. Dacă presiunea clisimei sporește, o mică parte din lichidul baritat pătrunde în lumenul ansei invaginate, iar între cilindrul mijlociu și cel extern se realizează o imagine în furcă cu trei dinți. Cînd zona de invaginație se privește ortograd, se obține o imagine în cocardă, constituită dintr-o transparentă rotundă în centru și periferia opacă. *Pouliquen* (citată de *Chișleag*) descrie pe colon imaginea de carapace de rac, constituită din mai multe arcuri concentrice și care corespund resturilor de bariu de pe suprafața unei anse de colon invaginat, după ce o parte din substanța de contrast s-a evacuat. Alt semn important în invaginație este scurtarea unui segment sau chiar absența acestuia. Invaginația intestinală acută se întîlnește de obicei la sugar și la copilul mic, iar la adult are caracter subacut sau cronic, producîndu-se mai ales la nivelul ileocecului, deoarece acestea sînt segmentele care se contractă puternic, au peristaltism viu și se lasă împinse într-un segment cu lumen mai larg și mai lax (la progresiune contribuie bine înțeles și procesul tumoral etc.). La efectuarea examenului cu substanță baritată administrată peroral (cînd acest lucru se autorizează), se constată la locul stenozei un defect de umplere și dilatație și motricitate accentuată a anselor din amonte, eventual prezența de nivele hidro-aerice. Dacă afirmarea unei invaginații ceco-colice sau ileo-colice este ușură, invaginația ileo-ileală și jejuno-ileală etc., din fericire mai rare, se vor pune mai greu în evidență. În astfel de cazuri, dacă simptomatologia clinică este de invaginație și dacă găsim colonul indemn, ne îndreptăm spre o invaginație de intestin subțire. Uneori, prin umplere retrogradă ușor forțată, se pune în evidență o invaginație în porțiunea terminală a ileonului, determinată de diverticulul Meckel.

La interpretarea imaginii va trebui să ținem cont de posibilitatea unei invaginații retrograde care este deosebit de rară și în care semnele radiologice sînt atipice, inversate.

După clisma baritată, radiologul trebuie să afirme sau să infirme dezinvaginarea. Reducerea unei invaginații (cea ileo-colică) se poate afirma cind ampula cecală este coborîtă la locul ei. este bine destinsă, cu marginile perfect regulate, iar opacifierea este omogenă. Pasajul masiv de bariu în intestinul subțire este un test cert de dezinvaginare. Dimpotrivă, un pasaj parțial, filiform, pe o distanță redusă din intestinul subțire este suspect de o invaginare ileo-colică neredusă.

Ca formă particulară a ileusului dinamic menționăm ileusul biliar din cauza unui calcul biliar voluminos care s-a oprit în cursul migrațiunii lui într-o ansă de intestin subțire. La examenul radiologic se constată distensia moderată a anselor de deasupra, uneori se vede calculul biliar ca atare, care are opacitate palidă sau realizează imagine de cocardă; dacă se administrează bariu, substanța opacă se oprește la nivelul obstacolului și realizează imaginea de șarpe cu capul transparent. În cazuri rare se găsește în căile biliare aer, intrat din *douden*.

În ocluziile prin strangulare (*volvulus*) semnele radiologice sînt de cele mai multe ori reduse, existînd o discordanță netă între semnele clinice și cele radiologice, dilatația gazoasă apărînd într-o perioadă tardivă, cînd întîlnim o ansă foarte ectaziată, cu o claritate mare și 1—2 nivele hidro-aerice. De regulă, cînd se traduce radiologic pe clișeele fără preparare, *volvulus*ul intestinului subțire apare ca ocluzie mecanică cu aspect banal. Pentru *volvulus*ul intestinului gros este caracteristic faptul că ansa *volvulată* va avea alt sediu decît segmentul de intestin cîruia îi aparține. Astfel *volvulus*ul cecului nu se găsește în fosa iliacă dreaptă care este liberă, ci ocupă o situație vecină care este frecvent subhepatică sau subdiafragmatică; imaginea aerică, sus situată, are formă ovală, alungită, de balon sau în desagă. *Volvulus*ul sigmei depășește pelvisul, arc aspect de U invers, de balon sau de teavă de pușcă. Dacă se face clismă se constată că bariul se oprește sub forma unei prelungiri conice, sau unui cioc de pasăre, imediat după unghiul recto-sigmoidian.

Ocluziile funcționale sînt produse pe cale neuro-umorală și nu necesită intervenție chirurgicală. O parte dintre ele au la bază fenomenele reflexe amintite mai înainte. Vom insista mai mult asupra unor forme cu tablou radiologic evident.

Ileusul adinamic, paralytic sau inhibitor, se întîlnește în afecțiuni extraintestinale (hidronefroza, contuzii renale, colici hepatice sau renale, torsiunea unui chist de ovar, pancreatită acută, ruptură de splină, sarcină extrauterină, traumatisme ale coloanei sau bazinului, pneumopatie acută, pleurezie, intervenții pe abdomen etc.). Fiind vorba de o oprire a materiilor fecale și a gazelor, vom întîlni imagini transparente intestinale, absența nivelurilor de lichid sau chiar dacă există, sînt în număr redus, lipsa contracțiilor peristaltice. Examenul baritat peroral este neconcludent, deoarece bariul nu avansează din cauza parezei musculaturii intestinului, iar per clismam cadrul colic se injectează cu greu din aceeași cauză. *Porcher* și *Simon* insistă asupra imaginilor gazoase cu niveluri de lichid reduse, dezvoltate mai mult transversal, cu modificări de pliuri ale mucoasei care se șterg și dispar chiar și cu îngroșarea pereților intestinali. Autorii mai insistă și asupra existenței lichidului intraperitoneal în șanțurile parieto-colice și în pelvis. Diafragma apare imobil, mai ales în cazul cînd ileusul paralytic este produs de o peritonită generalizată.

Diagnosticul diferențial dintre ileusul mecanic (organic) și paralytic este uneori foarte greu, dar are mare importanță în vederea terapiei. Ileusul spastic apare clinic și radiologic sub forma unei ocluzii intestinale, iar la operație nu se găsește decît un spasm. Acest spasm are origini diferite: după perfuzie cu ser hipertonic, colică renală sau biliară, torsiune de chist ovarian, intoxicații acute cu Pb, stări alergice, etc. Examenul radiologic demonstrează că este vorba de un spasm localizat pe o lungime de aproximativ 10 cm cu dilatația anselor ce interesează atît colonul cît și intestinul subțire, pereții intestinelor sînt groși, iar imaginile de lichid sînt rare.

În ileusul cronic intermitent, examenul radiologic între crize arată încetinirea tranzitului baritat în dreptul unei anumite porțiuni a intestinului care se lărgește treptat și la nivelul căreia se produc mișcări peristaltice exagerate urmate de

mişcări antiperistaltice. Utilizând diferite manevre de compresiune și disociere a anselor, se poate studia ansa îngustată.

În ocluziile vasculare se observă semne radiologice de ocluzie funcțională; distensie gazoasă uniformă a anselor, transparență care de multe ori contrastează cu ansa cu infarct care este opacă.

Ocluziile intestinale congenitale se datoresc în majoritatea cazurilor unor imperforații anale și unor atrezii sau stenoze la nivelul tractusului intestinal. Se mai întilnesc în boala fibrochistică pancreatică care produce o varietate specială de ocluzie intestinală, cunoscută sub numele de ileus meconial. De asemenea compresiunile exercitate prin tumori congenitale, septurile, bridele sau aderențele, consecințe ale unor peritonite fetale, pot produce fenomene mecanice de torsioni, invaginație, volvulus (Vereanu).

C. În ce privește hemoragiile digestive se va avea în vedere faptul ca mai frecvent sînt produse de ulcere gastro-duodenale (80%) și apoi hipertensiune portală, cancer gastric, tumori gastrice benigne, hernie prin hiatus diafragmatic, gastrite polipoase (Ștefănescu). Examenul radiologic se va face în prezența chirurgului în funcție de starea generală a bolnavului (tensiune arterială, număr de hematii etc.) în poziție de decubit, mai rar în semidecubit și numai în mod excepțional în ortostatism. În ultimul timp se consideră că examenul radiologic cu substanță de contrast peroral este o metodă practică și lipsită de risc în vederea stabilirii etiologiei, fiind precedată de examenul pe gol spre a observa dacă nu există aspecte legate de alte sindroame de abdomen acut. Concordanța dintre examenul clinic și cel chirurgical este de 80% (Fontaine, citat de Ștefănescu) și 68% (Darvas, Stanciu, Bancu).

Sosit la redacție: 21 iunie 1965.

Bibliografie la autori.